



Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

# LETNI POKIL POROČILO 2008

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI





Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami

# LETNI PORAČILO 2020

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI

## Pravno obvestilo

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

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

Europe Direct je služba za pomoč pri 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 bolgarskem, španskem, češkem, danskem, nemškem, estonskem, grškem, angleškem, francoskem, italijanskem, latvijskem, litovskem, madžarskem, nizozemskem, poljskem, portugalskem, romunskem, slovaškem, slovenskem, finskem, švedskem, turškem in norveškem jeziku. Vse prevode je opravil Prevajalski center za organe Evropske unije.

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2008

ISBN 978-92-9168-339-0

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2008

Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

*Printed in Luxembourg*

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE KLORA



**Evropski center za spremljanje  
drog in zasvojenosti z drogami**

**Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lizbona, Portugalska**

**Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11**

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

## VSEBINA

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar: Stanje na področju drog v Evropi – novi vidiki in nekatera stara dejstva	11
Poglavje 1: Politika in zakoni Razvoj mednarodnih politik in politik EU • Nacionalne strategije • Javni izdatki • Nacionalna zakonodaja • Kriminal • Nacionalne raziskave	18
Poglavje 2: Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled Preprečevanje • Zdravljenje • Zmanjševanje škode • Socialna reintegracija • Zdravje in družbeni odzivi v zaporu	28
Poglavje 3: Konoplja Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Zdravljenje	36
Poglavje 4: Amfetamini, ekstazi in LSD Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Sprostitutvena okolja • Zagotavljanje zdravljenja	47
Poglavje 5: Kokain in crack kokain Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uporabe • Zdravljenje in zmanjševanje škode	58
Poglavje 6: Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog Ponudba in razpoložljivost heroina •ocene razširjenosti problematičnega uživanja opiodov • Vbrizgavanje drog • Zdravljenje problematičnega uživanja drog	68
Poglavje 7: Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri Nalezljive bolezni • Preprečevanje nalezljivih bolezni • Smrt in smrtrost • Zmanjševanje števila smrtnih primerov	78
Poglavje 8: Nove droge in nastajajoči trendi Ukrep EU glede novih psihoaktivnih snovi • Spletna trgovina • GHB in GBL	90
Literatura in viri	95



## Predgovor

S ponosom predstavljamo trinajsto letno poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, ki ga ne bi mogli pripraviti brez trdega dela in predanosti naših partnerjev v nacionalnih kontaktnih točkah mreže Reitox in strokovnjakov iz cele Evrope, ki so prispevali k analizi. Prav tako smo globoko hvaležni tudi drugim agencijam EU in mednarodnim organizacijam, ki delujejo na področju drog. Naše poročilo je plod skupnega prizadevanja, zato se zahvaljujemo vsem za njihov prispevek. Pri svojem delu smo izhajali iz načela, da je trezna analiza vsega, kar vemo o stanju na področju drog, predpogoj za poučeno, plodno in utemeljeno razpravo. Omogoča nam pojasnjevanje mnenj z dejstvi, tistim, ki sprejemajo težke odločitve glede politike, pa jasno razumevanje stroškov in koristi razpoložljivih možnosti.

To leto je bil izjemno delovno, kar zadeva politiko na področju drog, Center pa je imel čast pomagati pri končni oceni trenutnega akcijskega načrta EU glede drog in pregledu izrednega zasedanja Generalne skupščine Združenih narodov leta 1998 glede problema drog. Razveseljuje nas ugotovitev, da Evropa po mednarodnih standardih izstopa kot eden izmed delov sveta, kjer so zmogljivosti za spremljanje najbolj razvite. Kljub temu se zavedamo pomanjkljivosti svojih trenutnih informacijskih virov in se s svojimi partnerji stalno trudimo izboljšati kakovost in ustreznost razpoložljivih podatkov.

Osnovna tema razprave o politiki do drog so tako skriti kot vidni stroški evropskega problema z drogami. O tem vprašanju smo pisali v različnih delih tega poročila. Center EMCDDA si je prizadeval razjasniti razumevanje javnih stroškov, ki so v državah članicah EU povezani z reševanjem težav zaradi uživanja drog. To delo je še v povojih, tako da so trenutne ocene informativne in ne tako natančne. Kljub temu podatki kažejo na porabo znatne količine sredstev, uvodne številke pa se gibljejo med 28 in 40 milijardami EUR. Težje pa je z ekonomskimi izrazi opredeliti škodo, ki jo povzročijo droge. Kaj pomenijo ti stroški v primerjavi s tragično izgubo življenj, ki jo povzročajo droge po celi Evropi, negativnim vplivom na skupnosti, kjer se droge proizvajajo ali prodajajo, ali načinom, na katerega trgovanje z drogami spodkopava socialni razvoj in politično stabilnost držav proizvajalk

in tranzitnih držav? Če samo pomislimo na zaskrbljujoče dogodke, ki so posledica tranzita kokaina skozi Zahodno Afriko, nas ti takoj opomnijo na stransko škodo, ki jo lahko povzroči ta problem.

Pozitivno pa je dejstvo, da se uživanje drog v Evropi na videz ustaljuje, pri odzivu držav članic EU na to vprašanje pa je opazen napredek. Naša splošna ocena za večino oblik uživanja drog je, da povečan ni opaziti in da je na nekaterih območjih mogoče opaziti celo trend upadanja. Glede odzivov smo v skoraj vseh državah članicah opazili usvojitev strateškega obravnavanja težave, na evropski ravni pa večjo kohezijo. Razpoložljivost zdravljenja se še vedno povečuje, v nekaterih državah pa je celo dosegla točko, da je večina uživalcev heroina, ki so nekoč veljali za skrito populacijo, sedaj v stiku s službo te ali one vrste. Okužba s HIV pri injicirajočih uživalcih drog je bila ne tako dolgo nazaj glavna skrb v razpravi o politiki do drog. Od tedaj je v Evropi postal standard pragmatična mešanica preprečevanja, zdravljenja in ukrepov za zmanjšanje škodljivih učinkov, število novih okužb zaradi uporabe drog pa se je zmanjšalo in se še zmanjšuje.

Dobre novice niso za objavo na časopisnih naslovnih in jih zaradi tega zlahka prezremo. Kljub temu je pomembno, da priznamo napredek tam, kjer je bil dosežen. V Evropi se vse bolj izboljšuje razumevanje ukrepov, ki so lahko učinkoviti pri spopadanju s problemom drog. Sprejemanje dejstva, da naše dejavnosti lahko pomenijo spremembe in tudi res privedejo do sprememb, je predpogoj za zagotavljanje naložb in podpore politike. To pa ne pomeni, da naše poročilo ne opozarja na mnogo zaskrbljujočih področij za Evropsko unijo. Omenimo naj samo vse večjo uporabo kokaina in občutne razlike, ki še vedno obstajajo med državami glede razpoložljivosti in kakovosti storitev za osebe s težavami. Zaradi tega moramo zaključiti, da potovanje kljub napredku še zdaleč ni končano. Smo pa danes v Evropi bolj kot kadar koli prej soglasni glede smeri, ki jo je treba ubrati.

**Marcel Reimen**

Predsednik upravnega odbora EMCDDA

**Wolfgang Götz**

Direktor EMCDDA





## Zahvale

Center se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

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

### Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

Kontaktne podatke za posamezne nacionalne kontaktne točke so na voljo na:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



## Uvodna opomba

Letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih v obliki nacionalnih poročil Centru poslale države članice EU, države kandidatke in Norveška (ki pri delu Centra sodeluje od leta 2001). Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2006 (ali zadnje razpoložljivo leto). Grafični prikazi in preglednice v tem poročilu lahko odražajo podatke iz samo podskupine držav članic EU: izbor je narejen na podlagi tistih držav, katerih podatki so na voljo za zadevno obdobje.

Maloprodajne cene drog, sporočene Centru, odražajo ceno za uporabnika. Poročila o čistosti ali učinku iz večine držav temeljijo na vzorcu vseh zaseženih drog, na splošno pa sporočenih podatkov ni mogoče povezovati z določeno ravno trga s prepovedanimi drogami. Vse analize glede čistosti ali učinka in maloprodajnih cen temeljijo na značilnih (modalnih) vrednosti, če pa te ne obstajajo, pa na povprečnih (ali srednjih) vrednostih.

Poročila o razširjenosti uporabe drog, ki temeljijo na raziskavah med splošno populacijo, se večinoma nanašajo na nacionalno populacijo med 15 in 64 letom starosti. Države, ki uporabljajo drugačne zgornje ali spodnje starostne omejitve, so: Bolgarija (18–60), Češka republika (18), Danska (16), Nemčija (18), Madžarska (18–59), Malta (18), Švedska (16) in Združeno kraljestvo (16–59).

V poročilih o povpraševanju po zdravljenju so „nove osebe“ tiste osebe, ki so se prvič v življenju začele zdraviti, „vse osebe“ pa so vsi tisti, ki se zdravijo. Oseb, vključenih v trajno zdravljenje na začetku zadevnega leta, podatki ne zajemajo. Kjer je naveden delež povpraševanja po zdravljenju zaradi primarnega uživanja drog, je imenovalc število primerov, za katere je znana primarna droga.

Analiza trendov temelji samo na tistih državah, ki posredujejo zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem časovnem obdobju. Podatki za leto 2005 lahko nadomestijo manjkajoče vrednosti za leto 2006 v analizi trendov glede na podatke o trgu s prepovedanimi drogami; za analizo drugih trendov je mogoče opraviti interpolacijo manjkajočih podatkov. Trendi v zvezi s ceno so prilagojeni inflaciji na nacionalni ravni.

Izraz „poročila“ o kršitvah zakonov o drogah lahko v različnih državah opisuje različne pojme.

Nadaljnje informacije o podatkih in analitskih metodah so na voljo v Statističnem biltenu 2008.

Letno poročilo je na voljo za prenos v 23 jezikih, in sicer na spletni strani <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Statistični bilten za leto 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) vsebuje celoten sklop izvornih preglednic, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji in približno 100 dodatnih statističnih grafikonov.

Pregledi posameznih držav (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) ponujajo povzetke ključnih podatkov o razmerah na področju drog za vsako državo.

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



## Komentar

# Stanje na področju drog v Evropi – novi vidiki in nekatera stara dejstva

### Močan glas Evrope v letu, pomembnem za razmislek in oblikovanje politike

V Evropi se v letu 2008 izvaja ocena akcijskega načrta na področju drog za obdobje 2005–2008, skupaj z delom za pripravo novega načrta za nadaljevanje strategije EU na področju drog med drugim obdobjem načrta (2009–2012). Istočasno 13 držav članic preoblikuje ali pregleduje svoje nacionalne strategije na področju drog ali akcijske načrte. Na mednarodni ravni to leto zaznamuje tudi 10-letno točko pregleda deklaracij in akcijskih načrtov, sprejetih na 20. izrednem zasedanju Generalne skupščine Združenih narodov (Ungass). Zato je leto 2008 najpomembnejše leto za evropske in globalne razmisleke o dosedanjem izvajanju politik na področju drog in o tem, katerim smernicam je treba slediti v prihodnosti.

Naraščajoče evropsko soglasje je razvidno iz načina, kako so države članice sprejele nacionalne strategije na področju drog, in iz njihovega prispevka h globalni razpravi o drogah. Vse države članice EU razen ene imajo zdaj dokumente nacionalne politike na področju drog in približno polovica od njih oblikuje dokumente nacionalne politike v skladu s smernicami, podobnimi tistim iz akcijskega načrta EU, kar je znak naraščajočega zблиževanja politik v Evropi glede načina obravnavanja problema drog. Države članice EU ob podpori Komisije uveljavljajo vedno bolj enoten položaj EU v tekočih razpravah, ki spremljajo pregled Ungass. V evropskih prispevkih k razpravam je bil poudarek na potrebi po celovitih, uravnoveženih in na izsledkih temelječih politikah in akcijah ter na vrednosti izboljšane spremljanja globalnega problema drog v obdobju po Ungass.

### Uživanje drog in uporaba kazenskih sankcij: mešana slika

V zadnjih letih je Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami poročal o težnjah evropskih držav po močnejšem razlikovanju v njihovih zakonodajah na področju drog med tistimi, ki trgujejo z drogami ali jih prodajajo, in tistimi, ki jih uživajo. To razlikovanje se odraža v zmanjšanju kazni za uživanje drog v nekaterih

državah, medtem ko druge države niso zmanjšale kazni ali so jih celo povečale. V praksi je razlikovanje med dobaviteljem in uživalcem pogosto težavno in države članice se med seboj močno razlikujejo glede meje med tema dvema kategorijama.

Mnenje, da se je uporaba kazenskih sankcij za uživanje drog v evropskih državah zdaj zmanjšala, ne temelji na razpoložljivih podatkih. V Evropi se je v zadnjih petih letih število prijavljenih kršitev zakonov o drogah povečalo. Večina prijavljenih kršitev zakonov o drogah je povezana z uživanjem in posedovanjem z namenom uživanja, ne pa s ponudbo, pri čemer so se kršitve, povezane s ponudbo, povečale za 12 %, tiste, povezane s posedovanjem, pa za več kot 50 %. Konoplja je še vedno tista droga, ki je najpogosteje povezana s kršitvami zakonov o drogah.

Razlogi za povečanje števila kršitev zakonov o drogah, povezanih z uživanjem drog, so nejasni in jih je mogoče povezati celo z možnostjo, da je v nekaterih državah morda postalo upravno enostavneje izreči obsodbo za posedovanje. Vendar pa stališče nekaterih, da se je za uživalce drog in še zlasti uživalce konoplje verjetnost obtožbe zaradi kaznivih dejanj v zvezi z drogami v zadnjih letih zmanjšala, ni podprto s podatki. Poleg tega obseg, v katerem so se sankcije za posedovanje drog spremenile, ni jasen in Center bo to vprašanje raziskal v izbranem vprašanju naslednje leto.

### Nova raziskava preučuje odnos mladih do uživanja drog

Nedavna raziskava Eurobarometra je preučevala odnos in stališča mladih do drog ter ugotovila precejšnje soglasje med državami. Na splošno so bila tveganja, povezana z uživanjem drog, kot so heroin, kokain in ekstazi, ocenjena kot visoka in naj bi v državah, kjer je bila izvedena raziskava, znašala med 81 % in 96 %. Velika večina anketirancev (95 %) je menila, da je treba te droge v Evropi še naprej nadzorovati. Stališča glede konoplje pa so bila bolj deljena, pri čemer jih je 40 % menilo, da ta droga predstavlja visoko tveganje, medtem ko jih je približno enako število (43 %) menilo, da uživanje konoplje predstavlja „srednje veliko tveganje za

zdravje", ki je v splošnem podobno tveganjem, povezanim s kajenjem tobaka. Zaznavanje tveganj za zdravje, povezanih z uživanjem konoplje, se je odražalo v manjši stopnji podpore za nadaljnjo prepoved konoplje (67 %) in stališču precejšnje manjšine (31 %), da bi bilo treba konopljo urediti na podoben način kot alkohol in tobačne izdelke.

### **Preprečevanje uživanja drog: vedno več dokazov, vendar so spremembe v praksi počasne**

Kljub skoraj vsesplošni podpori za preprečevanje uživanja drog so uradne ocene na tem področju metodološko zahtevne, razpoložljivi dokazi za prikaz učinkovitosti intervencij pa so zgodovinsko omejeni. Razmere se spreminjajo s stalnim povečevanjem strokovne podlage za preprečevanje uživanja drog in izvajanjem natančnejših raziskav. Čeprav je treba sklepe še vedno pogosto oblikovati na podlagi rezultatov ameriških raziskav, katerih pomembnost za evropske razmere je vprašljiva, se v zadnjem času izvaja vedno več evropskih raziskav. Dandanes razpoložljive informacije skupaj omogočajo boljše razumevanje tega, katere vrste dejavnosti bi se lahko izkazale za učinkovite in kako se osredotočiti na tiste, ki so najbolj izpostavljeni tveganju. Vendar pa novi podatki kažejo, da so v številnih državah prevladujoči pristopi še vedno tisti, ki jim primanjkuje trdnih dokazov in ki v nekaterih primerih vključujejo dejavnosti, ki so lahko celo kontraproduktivne. Dejstvo, da programi, za katere je znano, da prinašajo koristi, pogosteje zahtevajo večje vlaganje sredstev ter več pozornosti, namenjene usposabljanju in nadzoru kakovosti, bi bil lahko izziv za oblikovalce politik.

Za podporo prenosa znanja in najboljše prakse na področju drog je Center v letu 2008 uvedel spletni portal o najboljši praksi. Portal, ki vključuje modul za preprečevanje, ponuja pregled najnovejših dokazov o učinkovitosti in uspešnosti programov ter orodja in standarde, namenjene izboljšanju kakovosti intervencij. Navedeni so tudi primeri ocenjenih praks v Evropi.

### **Zdravljenje odvisnosti od drog: večji poudarek na rezultatih in potrebah uživalcev**

Število uživalcev drog na zdravljenju zaradi odvisnosti se je v zadnjih letih precej povečalo, številne države pa imajo velik delež problematičnih uživalcev opioidov na dolgotrajnem nadomestnem zdravljenju. Ta trend je vodil do razširitve razpoložljivih farmacevtskih rešitev ter večje osredotočenosti na kakovost zdravljenja in rezultat, v nasprotju z razumevanjem zdravljenja, kot glavne skrbi politike. Polemika se je premaknila na razprave o

tem, kaj določa realne dolgoročne cilje za nadomestno zdravljenje ter v kakšnem obsegu se lahko uživalci socialno reintegrirajo in vrnejo v normalno življenje. Zaposlitev je eden izmed ključnih elementov za ponovno vključitev v družbo in izkazalo se je, da ima veliko prognostično vrednost. Vendar pa je ponovni vstop na trg dela pogosto težko doseči, saj je za številne izmed tistih, ki spadajo v splošno starajočo se populacijo kroničnih uživalcev drog na dolgotrajnem zdravljenju v Evropi, značilno pomanjkanje znanja in nizek izobrazbeni status. Doseganje soglasja o tem, kaj določa uspešne rezultate za tiste z dolgotrajnimi težavami zaradi drog in v kakšnem obsegu se lahko člani te populacije ponovno uspešno vključijo v družbo, postaja vedno bolj pomembno vprašanje za evropske službe za zdravljenje odvisnosti od drog.

Čeprav je Evropa še vedno priča porastu zagotavljanja zdravljenja odvisnosti od drog, pa med državami še vedno obstajajo precejšnje razlike v razpoložljivosti oskrbe ali obsegu, v katerem se pri storitvah upoštevajo različne vrste težav zaradi drog. Poleg tega pa je treba široko priznavanje vrednosti zagotavljanja možnosti zdravljenja odvisnosti od drog uživalcem v zaporu združiti z naložbami v storitve na tem področju, ki ostajajo v večini držav slabo razvite. Pomemben izziv za službe za zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi je potreba po razvoju oskrbe, prilagojene potrebam bolj heterogene populacije uživalcev drog. V nasprotju s splošnimi podatki, kjer dokazi ne izpostavljajo enega samega najboljšega pristopa, nekatere evropske države razvijajo zanimive nove metode zdravljenja uživalcev konoplje ali kokaina. Zapletene težave, ki jih povzročajo različni vzorci hkratnega uživanja več drog, vključno z alkoholom, predstavljajo izziv za razvoj storitev. Zato obstaja verjetnost, da bodo morale evropske službe za zdravljenje odvisnosti od drog v prihodnosti razvijati čedalje bolj raznolike vrste odzivov, da bi zadovoljile čedalje bolj raznolike potrebe uživalcev, ki se zdravijo.

### **Močnejši kazalci o zmanjševanju priljubljenosti uživanja konoplje**

Najnovejši podatki iz raziskav med šolsko in odraslo populacijo kažejo, da se je splošno uživanje konoplje v nekaterih državah ustalilo ali pa se zmanjšuje. Še vedno so očitni različni nacionalni trendi, med državami pa obstajajo očitne razlike. To se odraža v srednjeročnih trendih, kjer so države z majhno razširjenostjo poročale o povečanjih, številne druge o ustaljenem stanju, nekatere države z veliko razširjenostjo pa o zmanjšanjih.

Zmanjšanja v razširjenosti so najbolj očitna med mlajšimi starostnimi skupinami. Novi podatki iz najnovejše raziskave

## Kratek pregled – ocene uživanja drog v Evropi

Tu predstavljene ocene se nanašajo na odraslo prebivalstvo (staro od 15 do 64 let) in temeljijo na najnovejših razpoložljivih podatkih. Za celoten niz podatkov in informacij o metodologiji glej priloženi statistični bilten.

### Konoplja

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: najmanj 71 milijonov (22 % odraslih Evropejcev).

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

Zaužitje v zadnjem mesecu: več kot 12 milijonov Evropejcev.

Razlike med državami pri zaužitju v zadnjem letu: skupni razpon od 0,8 % do 11,2 %.

### Kokain

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: najmanj 12 milijonov (3,6 % odraslih Evropejcev).

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

Zaužitje v zadnjem mesecu: približno 2 milijona.

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

### Ekstazi

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: približno 9,5 milijona (2,8 % odraslih Evropejcev).

Zaužitje v zadnjem letu: 2,6 milijona ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Zaužitje v zadnjem mesecu: več kot 1 milijon.

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

### Amfetamini

Razširjenost uživanja kadar koli v življenju: skoraj 11 milijonov (3,3 % odraslih Evropejcev).

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

Zaužitje v zadnjem mesecu: manj kot 1 milijon.

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

### Opioidi

Problematično uživanje opioidov: od enega primera do šest primerov na 1 000 odraslih oseb.

V obdobju 2005–2006 je število smrtnih primerov zaradi drog predstavljalo 3,5 % vseh smrtnih primerov med Evropejci v starosti od 15 do 39 let, od tega so pri približno 70 % odkrili opioide.

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

Leta 2006 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih več kot 600 000 uživalcev opioidov.

HBSC (Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju), izvedene med šolsko populacijo, v večini držav za obdobje 2001–2006 razkrivajo ustaljen ali padajoč trend uživanja drog med 15-letnimi dijaki, predhodna poročila pa kažejo, da bo to stanje morda potrdil najnovejši krog raziskave ESPAD (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino), ki bo objavljena konec leta 2008. V Združenem kraljestvu, državi, ki je izstopala v smislu velike razširjenosti uživanja konoplje, je zdaj opazen trend stalnega upadanja, ki je najbolj očitno v starostni skupini od 16 do 24 let. Razlogi, zakaj uživanje konoplje morda postaja manj priljubljeno med mladimi, niso dobro dokumentirani, vendar pa so lahko povezani z morebitnimi spremembami v zaznavanju tveganj, povezanih z uživanjem te droge. Nekateri komentatorji menijo, da je zmanjšanje priljubljenosti uživanja konoplje lahko povezano s spreminjajočimi se stališči do kajenja cigaret. Konoplja se v Evropi pogosto kadi v kombinaciji s tobakom, programi preprečevanja na področju uživanja drog pa vse pogosteje skupaj obravnavajo vplive prepovedanih in dovoljenih snovi na zdravje.

Kljub najnovejšim trendom pa stopnje uživanja konoplje v Evropi ostajajo visoke, pri čemer v številnih državah obstaja veliko število rednih in intenzivnih uživalcev, predvsem mlajših moških. Trendi v številu rednih in intenzivnih uživalcev konoplje se lahko neodvisno od razširjenosti uživanja droge prenesejo na splošno populacijo in potrebna je večja osredotočenost na te vzorce uživanja in povezane težave.

### Domača proizvodnja konoplje: velika neznanka

Hašiš je zgodovinsko prevladujoči proizvod v številnih državah članicah EU in zahodna Evropa ostaja na splošno glavna globalna potrošnica te oblike droge. Vendar pa se v Evropi povečuje domača proizvodnja marihuane, ki je v veliki meri neodkrita. Dandanes večina držav poroča o lokalni proizvodnji, ki znaša od nekaj rastlin, gojenih za osebno porabo, do velikih nasadov, gojenih za komercialne namene.

Obseg in relativni tržni delež marihuane domače proizvodnje ostajata neznana, kot odziv na to pa Center izvaja študijo za določitev trga konoplje v Evropi. Vedno pogostejše so tudi razprave o vplivih razvijajočega se trga konoplje. Med izraženimi skrbmi sta negativni vpliv, ki ga imajo kraji proizvodnje konoplje na lokalne skupnosti zaradi povišane stopnje kaznivih dejanj in dejstvo, da ima konoplja domače proizvodnje precej močan učinek. Lokalna proizvodnja predstavlja izziv tudi za organe kazenskega pregona, saj se kraji proizvodnje nahajajo

blizu potrošnikov, jih je sorazmerno lahko skriti, droge pa ni treba voziti čez nacionalne meje.

### **Uživanje kokaina na razdeljenem evropskem trgu stimulansov še vedno narašča**

Stimulansi imajo pomembno vlogo ne samo v vzorcih uživanja drog med kronično in marginalizirano populacijo problematičnih uživalcev drog v Evropi, temveč tudi med boljše socialno integriranimi skupinami mladih, ki uživajo droge bolj rekreativno. Vendar pa se vzorci uživanja stimulansov v Evropi razlikujejo: kokain je dandanes v številnih državah v južni in zahodni Evropi najpogosteje uživan stimulan, njegova uporaba pa se še povečuje. V nasprotju s tem kazalci za uživanje amfetamina in ekstazija kažejo splošno sliko ustaljenega stanja ali upadanja, čeprav amfetamini ostajajo najpogosteje uživani stimulansi v večini držav srednje, severne in vzhodne Evrope, kjer v nekaterih primerih predstavljajo pomemben del problema drog. Uživanje metamfetamina izven Češke republike in Slovaške je še vedno redko, čeprav druge države občasno poročajo o razpoložljivosti ali uživanju te droge.

Ker obstajajo podobnosti glede okolij, v katerih se uživajo stimulatívne droge, in glede razlogov za njihovo uživanje, se lahko te snovi v določenem obsegu obravnavajo kot konkurenčni proizvodi na evropskem trgu drog. To pomeni, da morajo intervencije poleg osredotočanja na posamezne snovi upoštevati stimulatívne droge kot problem skupine in ne samo kot problem posameznikov. Ta ugotovitev je pomembna, saj so učinki ukrepov, ki naj bi vplivali na razpoložljivost ene od teh snovi, lahko oslabiljeni, če povzročijo enostavno samo to, da uživalci preidejo na alternativne proizvode.

### **Dogodki na področju proizvodnje sintetičnih drog v Evropi povečujejo zaskrbljenost glede okoljskih stroškov**

Evropske države so še vedno glavne proizvajalke amfetaminov in MDMA, čeprav se je morda sorazmerna pomembnost Evrope zmanjšala s povečanjem proizvodnje drugje. Običajno je vsako leto odkritih med 70 in 90 proizvodnih enot, ki se večinoma nahajajo v le nekaj državah zahodne in vzhodne Evrope. Podatki iz kazenskega pregona kažejo, da proizvodnja sintetičnih drog, vključno z metamfetaminom, postaja bolj zahtevna, s proizvodnimi serijami večjega obsega prek uporabe večjih reakcijskih posod, industrijske in uporabnikom prilagojene opreme ter mobilnih enot.

Povečanje obsega običajnih proizvodnih serij lahko zaostri problem odlaganja odpadkov. Običajno nastane

s proizvodnjo enega kilograma amfetamina ali MDMA približno 15–20 kilogramov odpadnega materiala, vključno s strupenimi in vnetljivimi kemikalijami, ki predstavljajo nevarnost za okolje. Stroški v smislu okoljske škode in čiščenja območij, ki so se uporabljala za prepovedano odlaganje kemijskih odpadkov, nastalih s proizvodnjo sintetičnih drog, so lahko precejšnji.

### **Trgovanje s kokainom prek zahodne Afrike: področje, ki zbuja zaskrbljenost, in ukrepanje**

Ker se uživanje kokaina v Evropi še naprej povečuje, se vedno več prizadevanj osredotoča na preprečevanje uživanja kokaina. Količina in število zasegov kokaina se še naprej povečujeta, pri čemer letni zasegi presegajo 120 ton, od katerih več kot tri četrtine prispevata Španija in Portugalska. Prizadevanja za preprečevanje prodaje kokaina v Evropo podpira ustanova v Lizboni, Pomorski analitični in operacijski center za narkotike (MAOC-N), ki ima pomembno vlogo pri usklajevanju dejavnosti preprečevanja in izmenjavi znanj med sodelujočimi državami članicami.

Čeprav kokain prihaja v Evropo po številnih poteh, se je trgovanje prek zahodnoafriških držav drastično povečalo in dandanes predstavlja glavno pot za kokain, namenjen na evropski trg. To stanje lahko destabilizira in ogrozi prizadevanja za razvoj v regiji, ki se že sooča s socialnimi, zdravstvenimi in političnimi izzivi. Obstaja zlasti velika verjetnost, da prihodki iz trgovanja s kokainom ogrozijo kazensko-sodne sisteme in spodbudijo korupcijo. Evropska unija in njene države članice sodelujejo z zahodnoafriškimi državami pri razvoju vrste ukrepov za spopadanje z naraščajočo nevarnostjo.

### **Težave s heroinom se ne zmanjšujejo, hkrati se poroča o povečanem uživanju sintetičnih opioidov**

Najnovejše ocene kažejo, da se svetovna proizvodnja heroína, ki je ocenjena na 733 ton, še vedno povečuje. Vendar pa je vpliv tega povečanja na razpoložljivost in uživanje te droge v Evropi težko oceniti. Razpoložljivi podatki otežujejo oblikovanje zaključkov na tem področju. Količina heroína, zaseženega v Evropski uniji, se je na primer nekoliko zmanjšala, vendar je bilo to zmanjšanje izničeno s precejšnjim povečanjem v Turčiji.

Ni trdnih dokazov, ki bi kazali na epidemično naraščanje težav s heroinom, podobno tistemu, ki so mu bili v 90-tih letih prejšnjega stoletja priča v številnih delih Evrope; na splošno podatki kažejo na problem, ki je ustaljen, vendar se ne zmanjšuje. V Evropi je uživanje heroína kot tako še vedno resen javnozdravstveni problem in še vedno predstavlja velik del vseh zdravstvenih in socialnih



stroškov, povezanih z uživanjem droge. Podatki kažejo, da v Evropi približno 60 % tistih, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, uživa opioide, predvsem heroin. Med novimi osebami na zdravljenju se sorazmerni delež uživancev opioidov – vendar ne njihovo dejansko število – zmanjšuje, vendar se zdi, da se je ta trend zdaj ustalil. Čeprav obstajajo dokazi, da se evropska populacija uživancev opioidov počasi stara, podatki kažejo, da je število novih uživancev še vedno tolikšno, da se obseg problema v bližnji prihodnosti zagotovo ne bo bistveno zmanjšal.

Glede na stanje v Afganistanu se, morda v nasprotju z intuicijo, zdijo problemi s preusmerjenimi in nezakonito proizvedenimi sintetičnimi opiodi v nekaterih državah vedno bolj običajni. V Latviji, Litvi in Estoniji na primer obstajajo znaki naraščajočega problema, ki ga povzroča razpoložljivost 3-metilfentanila, ki se nezakonito proizvaja izven EU. Zaradi njene moči (fentanil je veliko močnejši od heroina) je lahko uporaba te droge izredno nevarna, kar se je izkazalo v več kot 70 smrtnih zastrupitvah, povezanih s fentanilom, v Estoniji leta 2006. Druge države beležijo naraščajoče število posameznikov, ki iščejo pomoč zaradi težav, povezanih z uživanjem opioidov, za katere se zdi, da so bili predpisani v terapevtske namene in nato zlorabljeni, to pa prispeva k naraščajočemu problemu uživanja več različnih drog, ki je dandanes značilen za kronično uživanje drog v nekaterih delih Evrope.

### **Vbrizgavanje drog in HIV: splošna slika pozitivna, vendar pomembne razlike med državami**

Več kot 40 % vseh uživancev heroina, ki se začnejo zdraviti izvenbolnišnično, si drogo vbrizgava, pri čemer je treba poudariti, da je ta izredno škodljiva oblika uživanja še vedno pomemben zdravstveni problem v Evropi. Vbrizgavanje je povezano s številnimi težavami, med drugim s širitvijo okužb, ki se prenašajo s krvjo, vključno s HIV in hepatitisom C. Spremembe v deležu uživancev med tistimi, ki se začnejo zdraviti, kažejo, da obstaja v številnih državah splošni trend zmanjševanja vbrizgavanja, čeprav so iz podatkov razvidne jasne regionalne in nacionalne razlike. V nekaterih državah, zlasti v vzhodni Evropi, je vbrizgavanje drog še vedno glavni način uživanja heroina, pri čemer o njem poroča več kot 80 % uživancev heroina, ki se začnejo zdraviti. Zdi se, da se v nekaterih državah pojavljajo tudi razmeroma visoke stopnje začenja uživanja drog, kot je nakazano z raziskavami med injicirajočimi užitniki drog, ki kažejo razmeroma velik delež mladih in novih uživancev.

Po tem, ko so v začetku tega desetletja lokalne epidemije v nekaterih državah povzročile vrhunec, se stopnja novih

okužb s HIV v Evropi na splošno zmanjšuje. Zdi se, da je upadanje vbrizgavanja skupaj z večjo razpoložljivostjo storitev zdravljenja in zmanjševanja škode na splošno privedlo do boljšega stanja; in četudi so zabeležena nekatera povišanja stopnje novih okužb, so ta majhna. Med državami pa vendarle obstajajo pomembne razlike. Čeprav podatki kažejo na izboljševanje stanja v Estoniji, Latviji in na Portugalskem, te države še vedno poročajo o nesorazmerno visokih stopnjah novih okužb in predstavljajo pomemben delež vseh novih primerov okužb z virusom HIV, ki so posledica uživanja drog, v Evropi. Podatki iz regionalnih in lokalnih študij tudi kažejo, da prenos okužbe s HIV še vedno predstavlja problem v Španiji in Italiji, čeprav pomanjkanje podatkov o nacionalnih primerih otežuje spremljanje trendov v teh državah. Drugod se tvegano vedenje nadaljuje in še vedno obstaja možnost za novo epidemijo, kar močno kaže na potrebo po še nadaljnji pazljivosti. Bolgarija je na primer poročala o 34 novih primerih v letu 2006, vendar ni poročala praktično o nobeni okužbi med letoma 2000 in 2003.

### **Z drogami povezani smrtni primeri: veliko breme za javno zdravstvo**

Center spremlja smrtne zastrupitve, neposredno povezane z uživanjem drog (smrtni primeri, ki jih povzročijo droge). V povprečju je v Evropi vsako leto prijavljenih približno 7 000–8 000 smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, glede na pomanjkljivo poročanje pa ta številka predstavlja najnižjo oceno. Opioidi, predvsem heroin, so tiste droge, ki so najpogosteje povezane s prevelikim odmerkom, čeprav so običajno prisotne tudi druge droge in alkohol. Po nekajletnem upadanju v začetku tega desetletja se je trend števila smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, zdaj ustalil. Razlogi za to niso jasni, kar kaže na potrebo po več raziskavah dejavnikov, povezanih s prevelikim odmerkom, in učinkovitosti preprečevalnih ukrepov. Užitniki drog, ki so odpuščeni iz zapora, so lahko izpostavljeni še posebej velikemu tveganju, saj so v najnovejši študiji sporočene stopnje umrljivosti osemkrat višje od pričakovanih. V splošnem preprečevanje prevelikega odmerka ostaja področje, na katerem so potrebna večja vlaganja.

Študije so tudi pokazale, da je splošna umrljivost med užitniki drog, če so upoštevane tudi bolezni, nesreče in nasilje, tudi do petdesetkrat višja od umrljivosti med splošnim prebivalstvom. Zato so potrebna vlaganja v dobro zasnovane kohortne študije za zagotovitev boljšega razumevanja vzrokov in obsega splošne umrljivosti, povezane z drogo, ter za preučitev različnih tveganj,

kot so tista, s katerimi se soočajo zaporniki ob izpustitvi iz zapora in tisti, ki predčasno prekinejo zdravljenje.

### **Internet in tržne inovacije predstavljajo izziv za politiko na področju drog**

Nedavna raziskava Centra je pokazala, da se v Evropi več kot 200 naravnih, polysintetičnih in sintetičnih psihoaktivnih proizvodov prodaja prek spletnih trgovin. Številne od teh snovi so opredeljene kot „dovoljene droge“ ali „droge rastlinskega izvora“ in se oglašujejo kot alternative nadzorovanim snovem, čeprav se lahko njihov dejanski pravni status po Evropi močno razlikuje. Poročila kažejo, da število spletnih prodajalcev teh proizvodov narašča in da se ti hitro prilagajajo poskusom nadzora trga, na primer tako, da na trg uvedejo nov proizvod. Poleg tega spletne lekarne in spletni prodajalci, ki prodajajo psihoaktivne snovi za domnevno zakonite namene, morda ustvarjajo nove poti za nezakonito oskrbo z drogami. Hkrati predstavlja spletna prodaja velik izziv tako za mednarodne kot tudi nacionalne politike na področju drog in mehanizme nadzora. Glede na hitrost, s katero se novi proizvodi lahko pojavijo in prodajajo, postaja spremljanje spletnih dejavnosti pomembno področje za razvoj.

### **Vedno večje priznavanje pomembnosti dialoga s civilno družbo**

Težave, ki jih povzročajo droge, so prepletene z vrsto drugih socialnih in zdravstvenih vprašanj. Uspešne intervencije na tem področju zato zahtevajo vključitev širokega kroga udeležencev in jim je v korist podpora skupnosti, v katerih se izvajajo. To razumevanje se odraža v vedno večjem prepoznavanju, da mora politična razprava temeljiti na dialogu s civilno družbo. S tem

ciljem v mislih so bili pred kratkim izvedeni nekateri ukrepi v okviru evropske razprave o drogah. Med najbolj pomembnimi ukrepi je ukrep Evropske komisije, ki je vzpostavila forum civilne družbe, ki daje možnost za zagotovitev, da so neposredne izkušnje vključene v postopek, ki vodi do nove strategije EU na področju drog, in v oceno akcijskega načrta EU o drogah. V strategiji EU na področju drog je bil priznan tudi pomen posvetovanja s predstavniki nevladnih organizacij in lokalnih skupnosti, kar je odražalo tudi poročilo, ki ga je marca 2008 sprejel Evropski parlament in v katerem je bila priznana ključna vloga civilne družbe pri razvoju, izvajanju, ocenjevanju in spremljanju politik na področju drog.

### **Evropske raziskave o drogah in potreba po nadvladnem sodelovanju**

V Evropi so se raziskave, povezane z drogami, in infrastruktura, ki jih podpira (raziskovalni centri, znanstvene revije, mehanizmi financiranja), v zadnjem desetletju močno razvili, kar kaže tudi izbrano vprašanje o raziskavah, ki ga je Center objavil leta 2008. Manj pozitivno pa je, da tega napredka ne spremlja primerljiv porast sodelovanja in usklajevanja raziskovalnih prizadevanj, povezanih z drogami, med državami članicami EU. Temu problemu je namenjena vedno večja pozornost, Evropska komisija pa je naročila novo raziskavo za popis raziskovalnih dejavnosti, skupaj s primerjalno analizo razpoložljive infrastrukture v Evropi in drugih regijah sveta. V poročilo bodo vključena tudi priporočila o tem, kako izboljšati sodelovanje na ravni EU in prispevati k razpravi o tem, kako izboljšati povezave med evropskimi možnostmi financiranja raziskav in potrebami po raziskavah in politiki.



# Poglavje 1

## Politika in zakoni

### Uvod

Politika na področju drog je v letu 2008 pomembno vprašanje. V tem letu Združeni narodi in Evropska unija ocenjujejo rezultate svojih politik do drog na uporabo prepovedanih drog in njihove škodljive učinke. Združeni narodi proučujejo napredek, dosežen pri izvajanju ukrepov in doseganju ciljev, opredeljenih na izrednem zasedanju Generalne skupščine Združenih narodov o drogah leta 1998 (Ungass) glede svetovnega problema drog. Leta 2008 bomo v Evropi pričali zadnji oceni sedanjega akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2005–2008) in pripravi akcijskega načrta za 2009–2012. Poleg tega v tem letu doslej največje število držav članic EU proučuje nacionalne strategije boja proti drogam in akcijske načrte ter pripravlja nove dokumente politike boja proti drogam <sup>(1)</sup>.

Center bo ugotovitve in razvojne dogodke v letu 2008 obravnaval v naslednjem letnem poročilu. To leto se poglavje 1 osredotoča na nedavne spremembe politike boja proti drogam, predstavlja nove podatke o javnih izdatkih, povezanih z drogami, raziskuje tri posebne razsežnosti zakonodaje o drogah – posedovanje za osebno uporabo, druge možnosti kaznovanja in osredotočanje na zaščito javnosti – ter poudarja najnovejšo trende na področju kršitev, povezanih z drogami. Poglavje se zaključi s pregledom raziskav držav članic EU, povezanih z drogami.

### Razvoj mednarodnih politik in politik EU

#### Ungass – 10-letni pregled

Junija 1998 je v New Yorku potekalo 20. izredno zasedanje Generalne skupščine Združenih narodov (Ungass), posvečeno svetovnemu problemu drog. Na tem „vrhu o drogah“ je bil določen nov program za mednarodno skupnost, in sicer s sprejetjem treh ključnih dokumentov <sup>(2)</sup>: politične deklaracije; deklaracije o vodilnih načelih zmanjšanja povpraševanja po drogah in petdelne resolucije z ukrepi za izboljšanje mednarodnega

sodelovanja. S sprejetjem politične deklaracije so se članice ZN zavezale k doseganju merljivih rezultatov pri zmanjševanju ponudbe in povpraševanja po prepovedanih drogah do leta 2008.

Letošnje zasedanje Komisije Združenih narodov za droge (CND) je botrovalo desetletnemu pregledu napredka, doseženega pri doseganju ciljev, zastavljenih med Ungass leta 1998. V poročilu, ki ga je predstavil Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC), je bilo navedeno, da je bil v zadnjih desetih letih dosežen velik napredek, čeprav na nekaterih področjih in regijah države članice ZN niso v celoti dosegle ciljev, omenjenih v politični deklaraciji <sup>(3)</sup>. Tej oceni mora slediti enoletno obdobje za presojo, med katerim bodo najprej potekale razprave med medvladnimi strokovnimi delovnimi skupinami, nato pa še na srečanjih med zasedanji. To bo omogočilo priprave na posebno dvodnevno zasedanje CND na visoki ravni leta 2009, kjer se bo odločalo o možni prihodnji politični deklaraciji in ukrepih.

Evropska unija ima aktivno vlogo pri pregledu Ungass. Resolucije, ki jih je pripravila EU, so bile sprejete na zasedanjih CND leta 2006 (49/1), 2007 (50/12) in 2008 (51/4), vse pa pozivajo k znanstvenemu in preglednemu postopku pregleda. Center je sodeloval tudi pri strokovnih posvetovanjih, ki jih je financirala Evropska unija in izvedel UNDOC, v tem okviru pa je bil zagotovljen pregled strategij boja proti drogam in odzivov v Evropi od leta 1998.

#### Ocena akcijskega načrta EU za boj proti drogam

Decembra 2007 je Evropska komisija predstavila drugi pregled napredka v zvezi z izvajanjem akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2005–2008). Poročilo, ki vključuje podatke iz držav članic EU, Centra, Europolu in Evropske komisije, ocenjuje, v kolikšni meri so bili izvedeni ukrepi, načrtovani za leto 2007. Eden izmed glavnih zaključkov pregleda je bil, da obstajajo znaki, da se politike držav članic glede boja proti drogam zблиžujejo.

<sup>(1)</sup> Izraz „nacionalni dokument politike boja proti drogam“ pomeni kateri koli uradni dokument, ki ga odobri vlada in ki opredeljuje splošna načela in posebne intervencije ali cilje na področju drog, uradno pa je predstavljen kot strategija boja proti drogam, akcijski načrt, program ali drug dokument politike.

<sup>(2)</sup> <http://www.un.org/ga/20special/>

<sup>(3)</sup> <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

Pregled je tudi izpostavil težave pri zbiranju podatkov o dejavnostih za zmanjševanje ponudbe in pri povezovanju načrtovanih ukrepov s kazalnikom, izbranim za oceno njihovega izvajanja.

Končna ocena sedanjega akcijskega načrta EU za boj proti drogam je potekala leta 2008, podatke pa so prispevali države članice EU, Europol in Center. Ocenjevalno poročilo bo Komisija objavila jeseni leta 2008, njegove ugotovitve pa bodo prispevale k oblikovanju drugega akcijskega načrta (2009–2012) v okviru sedanje strategije EU za boj proti drogam (2005–2012).

### Druge razvojne spremembe na ravni EU

Septembra 2007 sta Svet in Evropski parlament v skladu s finančnim okvirom 2007–2013 in splošnim programom za civilno pravosodje in temeljne pravice sprejela „program za preprečevanje uporabe drog in obveščanje“<sup>(4)</sup>. Splošni cilji programa so: preprečevanje in zmanjševanje uporabe drog, odvisnosti in škode, povezane z drogami; prispevanje k izboljšanju informacij o uporabi drog in podpiranje ukrepov, sprejetih v okviru strategije EU za boj proti drogam (2005–2012). V okviru programa bo za študije Komisije, stroške poslovanja evropskih nevladnih organizacij na področju drog in nadnacionalne projekte na voljo 21,35 milijona EUR. Z drugimi programi Skupnosti se lahko izvajajo skupni ukrepi, na primer drugi program ukrepov Skupnosti na področju zdravja (2008–2013)<sup>(5)</sup>, ki v delu, povezanem s krepitvijo zdravja v zvezi z različnimi dejavniki zdravja, vključuje ukrepe za prepovedane droge v določenih okoljih, kot so šole in delovna mesta.

Junija 2006 je Evropska komisija objavila zeleno knjigo o vlogi civilne družbe v politiki na področju drog v Evropski uniji, kot je določeno v akcijskem načrtu na področju drog. Temu je leta 2007 sledil postopek izbire za nov forum civilne družbe o drogah. Namen foruma je delovati kot platforma za neformalno izmenjavo mnenj in informacij med Komisijo in organizacijami civilne družbe v EU, državah kandidatkah in, če je primerno, državah, ki sodelujejo pri evropski sosedski politiki. Forum vključuje 26 organizacij, ki predstavljajo širok spekter mnenj. Forum se je prvič sestal decembra 2007 in drugič maja 2008. Udeleženci so razpravljali o oceni sedanjega akcijskega načrta EU za boj proti drogam in novega akcijskega načrta.

## Nacionalne strategije boja proti drogam

### Nove razvojne spremembe

Nove akcijske načrte na področju drog ali programe so v drugi polovici leta 2007 sprejele štiri države članice EU (Češka republika, Estonija, Madžarska, Finska), Turčija in Norveška. Vsi ti dokumenti obsegajo obdobje treh ali štirih let in so, z izjemo turškega akcijskega načrta, nadaljevanje prejšnjih načrtov ali programov. Leta 2007 je tudi Španija sprejela dopolnilni nacionalni akcijski program boja proti kokainu (2007–2010).

V začetku leta 2008 so nove dokumente politike sprejele še tri države članice. Prvi italijanski akcijski načrt na področju drog obsega obdobje enega leta in mu bo sledil štiriletni akcijski načrt (2009–2012), ki bo usklajen z novim akcijskim načrtom EU za boj proti drogam. Prvi malteški nacionalni dokument politike boja proti drogam vključuje, čeprav ne opredeljuje časovnega obdobja, skoraj petdeset ukrepov, ki naj bi bili izvedeni v prihodnjih letih. In nenazadnje, novo britansko desetletno strategijo boja proti drogam (2008–2018) prvič dopolnjuje triletni akcijski načrt (2008–2011), ki opredeljuje glavne ukrepe, ki naj bi se izvedli v bližnji prihodnosti.

Večina nacionalnih dokumentov politike boja proti drogam, sprejetih konec leta 2007 in v začetku leta 2008, se osredotoča na prepovedane droge, nekateri dokumenti pa obravnavajo tudi druge snovi, kot so alkohol, tobak, zdravila in doping. To odraža težnjo evropskih držav, kjer so priznane povezave in podobnosti med uporabo prepovedanih in dovoljenih snovi, vendar pa dokumenti politike boja proti drogam redko celovito obravnavajo snovi, ki niso prepovedane droge<sup>(6)</sup>. Norveška je še naprej ena izmed izjem v tem vzorcu, saj je prepovedane droge in alkohol v celoti vključila v akcijski načrt, ki je bil sprejet nedavno. Številne nacionalne strategije boja proti drogam in akcijski načrti, pripravljene za leto 2009, bodo skupaj z nedavno sprejetimi strategijami in načrti Centru omogočili, da prouči, ali se trend vedno večjega vključevanja dovoljenih in prepovedanih drog v nacionalne politike boja proti drogam, ki je bil opredeljen v izbranem vprašanju za leto 2006, nadaljuje.

### Splošno stanje

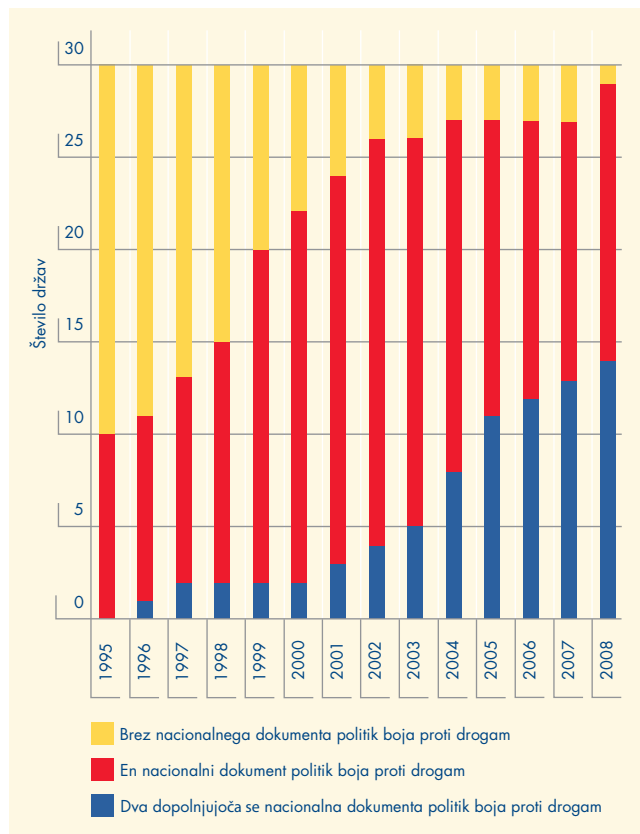
Avstrija je zdaj edina država članica EU, ki ni sprejela nacionalne strategije boja proti drogam ali akcijskega načrta, čeprav ima vsaka izmed njenih dežel regionalno strategijo na področju drog in odvisnosti ali akcijski načrt.

(4) Sklep št. 1150/2007/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 25. septembra 2007 o vzpostavitvi posebnega programa „Preprečevanje uporabe drog in obveščanje“ za obdobje 2007–2013 v okviru splošnega programa „Temeljne pravice in pravosodje“ (UL L 257, 3.10.2007, str. 23).

(5) Sklep št. 1350/2007/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 23. oktobra 2007 o uvedbi drugega programa ukrepov Skupnosti na področju zdravja (2008–2013) (UL L 301, 20.11.2007, str. 3).

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

**Prikaz 1:** Trend v državah, ki imajo nacionalne dokumente politik boja proti drogam, v skupini 27 držav članic EU, Hrvaške, Turčije in Norveške



Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

V ostalih 26 državah članicah ter na Hrvaškem, v Turčiji in na Norveškem je politika boja proti drogam določena v nacionalnih dokumentih politike boja proti drogam. Za primerjavo – leta 1995 je samo deset izmed teh 30 držav razvilo takšen instrument (prikaz 1).

Zbliževanje lahko opazimo tudi v obliki strategij in akcijskih načrtov na področju drog. Štirinajst držav zdaj svoje nacionalne dokumente politik boja proti drogam oblikuje podobno, kot sta oblikovana sedanja strategija EU in akcijski načrt za boj proti drogam. Poleg tega enako število držav zdaj organizira svoje nacionalne politike boja proti drogam s pomočjo dveh dopolnilnih instrumentov: strateškega okvira in akcijskega načrta (prikaz 1). Leta 2000, ko je Evropska unija prvič uporabila ta pristop, sta samo dve državi članici imeli dva dopolnilna dokumenta politike boja proti drogam.

Vsebina nacionalnih dokumentov politike boja proti drogam pa je še eno področje, kjer so vidni znaki zблиževanja med državami članicami EU, Hrvaško, Turčijo in Norveško. V nacionalnih strategijah boja proti drogam in akcijskih načrtih za boj proti drogam, ki so jih sprejele različne države, je vedno več dokazov o skupnih ciljih in skupnih

intervencijah. Vendar pa bodo razlike med nacionalnimi politikami boja proti drogam, pa čeprav so te vedno manjše, v enakem obsegu verjetno obstajale tudi v prihodnosti, saj je problem drog v evropskih državah različen, različne pa so tudi njihove politične, družbene in gospodarske razmere. Nekateri primeri teh razlik so poudarjeni v poglavju 2.

### Vrednotenje

V letu 2008 je 13 držav članic EU že preoblikovalo ali pa mora pregledati in preoblikovati nacionalne dokumente politike boja proti drogam, kar je letos povzročilo največjo dejavnost v oblikovanju politik na nacionalni ravni. Irska bo leta 2008 po Italiji, Malti in Združenem kraljestvu prenovila strategijo boja proti drogam; Francija, Portugalska in Romunija bodo prenovile akcijske načrte na področju drog; Bolgarija, Španija, Ciper, Litva in Slovaška bodo prenovile strategije, pa tudi akcijske načrte na področju drog. Nizozemska, ki ima najstarejši nacionalni dokument politike boja proti drogam v Evropi, bo novega sestavila v letu 2008.

V Evropi se vedno bolj priznava potreba po vključitvi spremljanja in vrednotenja kot bistvenih komponent v strategije in akcijske načrte na področju drog. Skoraj vse zgoraj omenjene države so pripravile ali nameravajo pripraviti pregled napredka pri izvajanju nacionalnih strategij ali akcijskih načrtov na področju drog, nekatere, na primer Irska, Ciper in Portugalska, pa bi v letu 2008 lahko izvedle bolj poglobljene ocene.

Vendar pa imajo države članice EU različne metode in pristope za vrednotenje nacionalnih strategij in akcijskih načrtov na področju drog; in obstaja potreba po opredelitvi najboljših praks na tem področju. To je bilo poudarjeno na konferenci o vrednotenju, ki jo je organiziralo portugalsko predsedstvo EU septembra 2007. Da bi se odzval na ta izziv, Center skupaj z državami članicami raziskuje možnost priprave evropskih smernic na tem področju.

### Javni izdatki za boj proti drogam

Za leto 2006 so štiri države članice EU (Češka republika, Irska, Poljska, Portugalska) predložile podrobne informacije o javnih izdatkih, povezanih z bojem proti drogam (povzeto v preglednici 1). Informacije o delitvi javnih izdatkov za boj proti drogam med osrednjo vlado in regionalno oziroma lokalno vlado sta predložili dve izmed štirih držav, kar je omogočilo primerjavo vloge, ki jo imajo različni državni sektorji. V državah, katerih podatki so na voljo, se večina sporočenih javnih izdatkov za boj proti drogam dodeli dejavnostim, ki jih financira osrednja vlada.



Enajst držav članic je podalo podrobnosti o državnih izdatkih za posamezne dejavnosti, izvedene kot odziv na problematiko drog. Še dve državi sta predložili grobe ocene vseh javnih izdatkov, povezanih s problematiko drog (Španija, Malta), nista pa podali informacij o dejavnostih, za katere je bil denar porabljen.

Za leto 2005 je bilo izračunano, da vsi javni izdatki za boj proti drogam v evropskih državah znašajo med 13 in 36 milijard EUR (EMCDDA, 2007a). Ta znesek je bil ocenjen z ekstrapolacijo vseh izdatkov za boj proti drogam šestih držav (Belgije, Madžarske, Nizozemske, Finske, Švedske, Združenega kraljestva) z drugimi državami. Nedavno je bila predlagana revidirana ocena (EMCDDA, 2008d), ki vključuje podatke iz drugih držav (Češke republike, Francije, Luksemburga, Poljske, Slovaške). Nova ocena javnih izdatkov za boj proti drogam v Evropi znaša 34 milijard EUR (95-odstotni interval zaupanja, 28–40 milijard EUR), kar je enako 0,3 % skupnega bruto domačega proizvoda vseh držav članic EU. To pomeni, da javni izdatki za problematiko drog stanejo povprečnega evropskega državljana 60 EUR na leto. Vendar pa je te zneske treba obravnavati kot okvirne, in sicer zaradi omejenih podatkov, na katerih temeljijo.

### Poročila o družbenih stroških uživanja drog

Podatke o družbenih stroških uživanja drog (neposredni in posredni stroški, ki so posledica uživanja drog) so sporočile štiri države članice. Medtem ko lahko ta poročila ponudijo koristen vpogled v vpliv uživanja drog v državi, iz katere poročila izhajajo, pa zaradi razlik v metodah in načinih, kako se ti rezultati sporočajo, teh držav ni mogoče primerjati. Pomanjkanje primerljivosti podatkov iz različnih držav poudarja potrebo po

sprejetju skupnega pristopa k spremljanju družbenih stroškov uporabe drog v Evropi.

V Italiji so bili družbeni stroški uživanja prepovedanih drog ocenjeni na 6 473 milijonov EUR, pri čemer so največji delež (43 %) predstavljale dejavnosti odkrivanja in pregona, preostanek pa zdravstvena nega in socialne službe (27 %) ter izguba produktivnosti uživalcev drog in ljudi, ki jih je uživanje drog neposredno prizadelo (30 %). Poleg tega je bilo ocenjeno, da so uživalci drog za nakup prepovedanih drog porabili 3 980 milijonov EUR. Na podlagi teh podatkov se ocenjuje, da strošek uživanja drog v Italiji predstavlja 0,7 % nacionalnega bruto domačega proizvoda. Pri podatkih, sporočenih za Avstrijo v letu 2004, je bila razdelitev neposrednih in posrednih stroškov obratna razdelitvi, sporočeni za Italijo: od ocenjenih družbenih stroškov uživanja drog v višini 1 444 milijonov EUR so 72 % predstavljali posredni stroški.

Združeno kraljestvo je sporočilo, da so v letu 2003–2004 ekonomski in družbeni stroški uživanja drog iz razreda A <sup>(7)</sup> v Angliji in Walesu znašali 22,26 milijarde EUR, kar predstavlja letni strošek v višini 63 940 EUR za vsakega problematičnega uživalca drog. Domnevno naj bi problematično uživanje drog predstavljalo 99 % vseh stroškov. Stroški za kriminal, povezan z drogo, vključno z odkrivanjem in pregonom, in stroški za žrtve kriminala, povezanega z drogo, so predstavljali največji delež vseh stroškov (90 % ali 20,1 milijarde EUR).

### Razvoj nacionalne zakonodaje

Preučevanje sprememb zakonodaje o drogah, izvedenih od Ungass leta 1998 o drogah, je v tem letu mednarodnih, evropskih in nacionalnih pregledov ter

**Preglednica 1: Javni izdatki, označeni kot povezani z drogami <sup>(1)</sup>, po izbranih državah članicah EU**

Država	Označeni izdatki, o katerih je poročal vladni sektor (v EUR)				Delež skupnih javnih izdatkov <sup>(2)</sup> (v %)
	Osrednji	Regionalni	Lokalni	Skupaj	
Češka republika	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irska <sup>(3)</sup>	214 687 000	-	-	214 687 000	0,39
Poljska	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalska	75 195 175	-	-	75 195 175	0,11

<sup>(1)</sup> Javni izdatki, izrecno „označeni“ kot povezani z drogo v uradnih računovodskih dokumentih.

<sup>(2)</sup> Vsi splošni vladni izdatki v letu

<sup>(3)</sup> Na Irskem so vladni oddelki in državne agencije pozvani k sporočanju z drogami povezanih letnih izdatkov usklajevalnemu oddelku za skupnostne, podeželske in irsko-keltske zadeve (Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs). Ti izdatki niso nujno „označeni“ kot povezani z drogo v uradnih računovodskih dokumentih.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox in Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

<sup>(7)</sup> Droge iz razreda A so opredeljene kot droge, ki so najbolj škodljive.

ocen dokumentov politike boja proti drogam še posebej pomembno. Ta razdelek ob opazovanju sprememb na treh ključnih področjih zastavlja naslednje vprašanje: Ali spremembe pravnih opredelitev in odzivov na uživalce drog pomenijo nov, širši trend v načinu, kako države obravnavajo uživalce drog?

### **Posedovanje za osebno uporabo**

V zadnjih desetih letih je večina evropskih držav prevzela pristop, ki razlikuje med preprodajalcem drog, ki se obravnava kot kriminallec, in uživalcem drog, ki se obravnava kot bolnik, ki potrebuje zdravljenje. Vendar pa se države članice medsebojno zelo razlikujejo v načinu, kako opredeljujejo te kategorije v novih zakonih, ki so jih sprejele v zadnjih letih.

Vprašanje, pri katerem se je pokazala največja razlika med državami članicami, je, ali določiti mejne količine za osebno uporabo ali ne. V obdobju 2004–2006 je Bolgarija umaknila pojem osebna uporaba, Italija ga je po 12 letih ponovno uveljavila, Združeno kraljestvo pa je ta pojem uzakonilo, vendar se je nato odločilo, da ga ne bo uporabilo. Ciper in Belgija sta določene mejne količine za vse droge in konopljo uvedla leta 2003; v Nemčiji želijo dežele dosledneje izvajati sodbo ustavnega sodišča, katere sklicevanje na „zanemarljive količine“ ni bilo opredeljeno, kar pomeni razlage med 3 in 30 grami. Leta 2005 so na Slovaškem pravne opredelitve osebne

### **Boljše razumevanje javnih izdatkov za boj proti drogam v Evropi – izbrano vprašanje Centra za leto 2008**

Center je kot odziv na akcijski načrt EU za boj proti drogam (2005–2008) pripravil projekt, namenjen identifikaciji, razvoju in preskušanju metod za ocenjevanje javnih izdatkov za boj proti drogam. Izbrano vprašanje na to temo podaja pregled splošnih podatkov o javnih izdatkih za boj proti drogam v letu 2005 v državah članicah EU in na Norveškem. Večina opredeljenih izdatkov je bila prvotno „označena“ kot povezana z drogami in je bila večinoma izsledena z izčrpnim pregledovanjem uradnih računovodskih dokumentov, s čimer se je ugotavljala morebitna prostovoljna udeležba držav na področju drog. Kjer je bilo to mogoče, so bili skriti ali „neoznačeni“ izdatki, vključeni v programe s širšimi cilji, ocenjeni s tehnikami modeliranja. Ta novi dvojni pristop daje standardizirane ocene, ki povečujejo veljavnost in primerljivost javnih izdatkov za boj proti drogam in zasvojenosti z drogami med državami.

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

uporabe razširili z največ enega odmerka na največ tri odmerke ter za večje količine na deset odmerkov. Hkrati pa je bila kazen za posedovanje večjih količin zvišana na najmanj štiri leta zaporne kazni, enako kot za kaznivo dejanje preprodaje.

Uživanje drog v manjših skupinah predstavlja še en izziv za poskuse razlikovanja med uživalci in dobavitelji. V Belgiji je bilo posebno kaznivo dejanje uživanja drog v skupini razveljavljeno leta 2003; istega leta je sprememba madžarskega kazenskega zakonika omogočila preusmeritev v zdravljenje za dobavitelja majhne količine, namenjene „skupnemu“ uživanju (temu pa je sledila pritožba o pravni nejasnosti). Leta 2006 je Malta ugotovila, da najmanjša šestmesečna kazen za dobavitelje ni vedno primerna, ko gre za soudeležbo, in spremenila zakonodajo, ki je dovoljevala izjeme.

V zvezi s kaznovanjem so bile najvišje ali verjetne kazni za uživanje ali posedovanje za osebno uporabo, v odsotnosti oteževalnih okoliščin, od leta 2001 znižane v različnih evropskih državah – bodisi za vse droge (Estonija, Grčija, Madžarska, Portugalska, Finska) ali samo za konopljo (Belgija, Luksemburg, Združeno kraljestvo) ali za droge z manjšim tveganjem. Vendar pa v tem obdobju vse države niso znižale kazni: Francija in Poljska sta se po posvetovanjih odločili, da jih ne bosta znižali; Danska je „običajne“ kazni zvišala z opozoril na globe (ki so bile nato zvišane). Novi zakon v Italiji je uživanje drog ponovno uveljavil kot prekršek, konoplja pa je bila prerazvrščena in zanjo veljajo enake kazni kot za druge prepovedane snovi, kot sta heroin in kokain. V Združenem kraljestvu so naznanili, da bodo konopljo prerazvrstili višje.

### **Alternative kaznovanju**

Spremembam v dostopu uživalcev drog do zdravljenja prek kazensko-sodnega sistema sta običajno skupni dve značilnosti. Prvič, vse spremembe razširjajo obseg za napotitev uživalcev drog na zdravljenje. Vendar pa med državami obstajajo razlike v zvezi s fazo, v kateri se ponudi zdravljenje, saj večina držav zdravljenje ponudi v fazi sojenja in ne v zgodnejših fazah stikov s policijo ali tožilstvom. Drugič, te spremembe so pogojne; kršitev odredbe za zdravljenje ponovno sproži postopek kazenske obtožbe, kazenskega pregona ali kaznovanja.

Države so uvedle ali razširile možnosti ali sisteme za storilce, ki so napoteni na zdravljenje ali svetovanje, in sicer kot alternativo kaznovanju ali zaporni kazni, v skladu s cilji akcijskih načrtov Ungass in EU. Na Irskem in na Malti je mogoče uživalce drog po aretaciji napotiti na zdravljenje. To velja tudi za Združeno kraljestvo, kjer je v določenih okoliščinah dovoljeno testiranje uživanja drog.



Na Irskem, v Združenem kraljestvu (Anglija in Škotska) in na Norveškem so bila ustanovljena posebna sodišča za droge, na Malti o njih še razpravljajo, na Portugalskem pa so vzpostavili sistem „komisij za odvrčanje od uživanja drog“, sestavljenih iz odvetnika, zdravnika in socialnega delavca. Z novimi zakoni v drugih državah je bila uvedena oblika zdravljenja kot alternativa kaznovanju: v Franciji se lahko neodvisni kršitelji zakona o drogah udeležijo tečajev ozaveščanja in jih plačajo; v Španiji, na Madžarskem in v Latviji je za uživalce drog, ki se zdravijo, možna odložitev kazni; v Bolgariji, Romuniji in Turčiji je pogojno kazen možno združiti z zdravljenjem. Nizozemska želi povečati obseg zdravljenja kot pogoj za predčasni izpust iz zapora. Na Finskem je mogoče, ko se to zdi primerno, obsojene storilce napotiti v zapor odprtega tipa, če ti ne uživajo več drog; v Grčiji jih lahko pošljejo v enoto za posebno zdravljenje. Upravičenost do programov zdravljenja odvisnosti je bila razširjena na osebe, obsojene za več hudih kaznivih dejanj, v Italiji (če je za kaznivo dejanje zagrožena zaporna kazen do šest let, zvišana s štirih let) in Španiji (zvišana s treh na pet let). V Belgiji na vseh stopnjah kazensko-sodnega postopka obstajajo druge možnosti za preusmeritev storilcev, ki uživajo drogo, na zdravljenje.

Nadaljnji opisi različnih zdravljenj kot alternativ kaznovanju in obsega uporabe zdravljenja so na voljo v razdelkih ELDD „Tematski pregled“ in „Pravna poročila“<sup>(8)</sup>.

### Osredotočanje na zaščito javnosti

V zadnjem desetletju se kazensko pravo pogosteje uporablja za zaščito javnosti pred uživalcem drog, vzporedno z razlikovanjem med „bolnim“ uživalcem in „kriminalcem“ preprodajalcem pa je kategorija „uživalca“ prav tako pravno nadalje razdeljena na tiste, ki vznemirjajo druge člane družbe in jim škodujejo, ter na tiste, ki jih ne vznemirjajo in jim ne škodujejo. Zgoraj opisani ukrepi, ki znižujejo kazni za osebno uporabo ali ki ponujajo alternative kaznovanju, so del tega razvoja. Te možnosti zdravljenja ali znižane kazni se na primer odobrijo pod pogojem, da uživalec ne vznemirja javnosti.

Merila so bila razširjena in kazni so bile zvišane za tiste storilce, ki lahko škodujejo drugim članom družbe. Večina zakonodajnih dejavnosti se osredotoča na tiste, ki uživajo droge in nato sedejo za volan (Belgija, Češka republika, Danska, Španija, Francija, Latvija, Litva, Portugalska, Finska). Novi zakoni, ki urejajo testiranje uživanja drog na delovnem mestu na Irskem, Finskem, in Norveškem, poudarjajo, da je testiranje dovoljeno v glavnem takrat, ko bi osebe, ki so pod vplivom drog, lahko resno ogrozile

svojo okolico. Uživanje drog v različnih oblikah prevoza urejajo novi zakoni: vlaki in ladje na Irskem; čolni v Latviji; letalstvo na Finskem. V zadnjih nekaj letih smo bili priča tudi: zakonom in strategijam za preprečitev ali kaznovanje kršenja javnega reda (glej izbrano vprašanje za leto 2006); novim pooblastilom za zaprtje barov in drugih prostorov ali prepoved vstopa vanje (Belgija, Irska, Nizozemska) ter pooblastilom za zaprtje zasebnih bivališč, kjer poteka komercialna distribucija drog (Nizozemska) ali sistematično uživanje drog (Združeno kraljestvo). Hkrati so bili v tem času v Evropi uvedeni novi zakoni za zaščito nekadilcev pred uporabo tobaka: od leta 2004 je 24 držav članic EU (vse razen Grčije, Madžarske in Poljske) prepovedalo ali zelo omejilo kajenje v zaprtih javnih prostorih, pogosto z visokimi kaznimi za kršitelje.

Če povzamemo pregledane pravne spremembe se zdi, da so bile kazenske sankcije pogosto zmanjšane za posamezne uživalce, ki se izogibajo oteževalnim okoliščinam, vendar pa so se, skoraj kot protiutež, povečale za tiste, katerih dejanja lahko vplivajo na druge člane družbe. Slednje odraža večjo osredotočenost na uporabo kazenskega prava za zaščito javnosti.

### Kriminal, povezan z drogo

Kriminal, povezan z drugo, je širok pojem, ki lahko vključuje vsa storjena kazniva dejanja, ki so na določen način povezana z drogami<sup>(9)</sup>. V praksi so tekoči podatki o prvotnih poročilih o kršitvah zakonov o drogah na voljo samo v Evropi, predvsem pri policiji. Čeprav se ti podatki običajno obravnavajo kot posredni kazalniki uživanja drog ali preprodaje drog, je treba opozoriti, da odražajo razlike v nacionalni zakonodaji ter različne načine uporabe in izvajanja zakonov. Podatki odražajo tudi razlike v določenih prednostnih vprašanjih in sredstvih, ki jih organi kazenskega pravosodja dodelijo določenim kaznivim dejanjem. Poleg tega obstajajo razlike med nacionalnimi informacijskimi sistemi o kršitvah zakonov o drogah, zlasti v zvezi s prijavljanjem in beleženjem. Ker te razlike otežujejo primerjave med državami, je bolj primerno primerjati trende kot pa absolutne številke.

Na splošno se je število prijavljenih kršitev zakonov o drogah v državah članicah EU med letoma 2001 in 2006 v povprečju zvišalo za 36 % (prikaz 2). Iz podatkov je razviden trend povečevanja v vseh državah poročevalkah, razen v Bolgariji, Grčiji, Latviji in v Sloveniji, ki so poročale o splošnem zmanjšanju v petletnem obdobju<sup>(10)</sup>.

<sup>(8)</sup> <http://eldd.emcdda.europa.eu>

<sup>(9)</sup> Za razpravo o povezavah med drogami in kriminalom glej EMCDDA (2007b).

<sup>(10)</sup> Glej preglednico DLO-1 v Statističnem biltenu 2008.

### Kazniva dejanja, povezana z uživanjem in ponudbo drog

Razmerje med kaznivimi dejanji, povezanimi z uživanjem drog, in kaznivimi dejanji, povezanimi s ponudbo drog (trgovina, preprodaja, proizvodnja), je podobno razmerju v prejšnjih letih. Večina evropskih držav je poročala, da je bila večina kaznivih dejanj povezana z uživanjem drog ali posedovanjem drog, pri čemer podatki za leto 2006 kažejo, da je bil največji delež dosežen v Španiji <sup>(11)</sup>, in sicer 93 %. V Češki republiki, na Nizozemskem, v Turčiji in na Norveškem pa so prevladovali kršitve zakonov o drogah, povezane s trgovino, pri čemer je njihov delež znašal med 52 % (Turčija) in 88 % (Češka republika) vseh zabeleženih kršitev zakonov o drogah v letu 2006.

Število kršitev zakonov o drogah, povezanih z uživanjem drog, se je v EU med letoma 2001 in 2006 v povprečju povečalo za 51 %; v zadnjih petih letih <sup>(12)</sup> dve tretjini držav poročevalk izkazujejo naraščajoči trend, le Slovenija in Norveška pa izkazujejo padajoči trend. Poleg tega je treba navesti, da je, kot delež vseh kršitev zakonov o drogah, število kaznivih dejanj, povezanih z uživanjem drog, v istem obdobju naraslo v polovici držav poročevalk.

Število kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo drog, je v obdobju 2001–2006 prav tako naraslo, vendar precej počasneje, saj povprečno povečanje v EU znaša 12 %. V tem obdobju je število kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo, naraslo v več kot polovici držav poročevalk, v štirih državah (Nemčiji, na Cipru, na Nizozemskem, v Sloveniji) pa se je zmanjšalo <sup>(13)</sup>.

### Trendi po posameznih drogah

V letu 2006 je bila v večini evropskih držav članic konoplja še vedno tista prepovedana droga, ki je bila najpogosteje predmet prijavljenih kršitev zakonov o drogah <sup>(14)</sup>. V državah, za katere ta trditev drži, je delež s konopljo povezanih kršitev predstavljal od 36 do 86 % vseh kršitev zakonov o drogah. V nekaterih državah so v kršitvah zakonov o drogah poleg konoplje prevladovali še druge droge: v Češki republiki je metamfetamin predstavljal 60 % vseh kršitev zakonov o drogah, na Malti pa je heroin predstavljal 41-odstotni delež. V Luksemburgu so konoplja, heroin in kokain predstavljali skoraj enake deleže kršitev zakonov o drogah.

V petletnem obdobju od leta 2001 do 2006 se je število kršitev zakonov o drogah, povezanih s konopljo, v večini držav poročevalk povečalo ali pa ostalo na enaki ravni, kar je v Evropski uniji povzročilo skupno povprečno

povečanje za 34 % (prikaz 2). Bolgarija, Češka republika (med letoma 2002 in 2006), Italija in Slovenija pa so poročale o trendu zmanjševanja <sup>(15)</sup>.

Število kršitev, povezanih s kokainom, se je v obdobju med letoma 2001 in 2006 povečalo v vseh evropskih državah, razen v Bolgariji, Nemčiji in na Slovaškem. Povprečje EU se je v istem obdobju povečalo za 61 %.

Kršitve zakonov o drogah, povezanih s heroinom, med letoma 2001 in 2006 kažejo drugačno sliko kot pri konoplji ali kokainu, saj je v Evropski uniji njihovo število v povprečju upadlo za 14 %, predvsem med letoma 2001 in 2003. Vendar pa se nacionalni trendi kršitev, povezanih s heroinom, v tem obdobju razhajajo, saj tretjina držav poroča o trendih povečevanja <sup>(16)</sup>.

Povprečni trendi v EU v zvezi s kršitvami, povezanimi z amfetaminom in ekstazijem, so dosegli vrh leta 2004. Medtem ko je trend kršitev, povezanih z amfetaminom, še vedno naraščal (povprečno povečanje za 41 % v letih 2001–2006), je evropsko povprečje kršitev, povezanih z ekstazijem, v tem obdobju nihalo in se med letoma 2001 in 2006 na splošno ni spreminjalo.

### Nacionalne raziskave v zvezi z drogami

Raziskave problematike drog se izvajajo v vseh evropskih državah in zagotavljajo informacije, ki so potrebne za opisovanje in razumevanje vpliva prepovedanih drog na nacionalni ravni. Na podlagi poročil iz 25 držav članic, Hrvaške in Norveške je mogoče podati pregled organiziranosti raziskav v zvezi z drogami v evropskih državah. V času, ko je pomembnost intervencij na podlagi dokazov vedno bolj priznana, je očitno, da je 21 držav poročalo, da rezultati raziskav vsaj do neke mere vplivajo na politiko boja proti drogami.

### Usklajevanje in financiranje

Raziskave v zvezi z drogami so omenjene v nacionalni strategiji boja proti drogami ali akcijskem načrtu za boj proti drogami v vsaj 20 od 27 držav poročevalk, in sicer raziskave predstavljajo posebno temo ali pa se omenjajo kot bistvena komponenta politike, ki temelji na izsledkih. V 15 od 27 držav poročevalk strukture za usklajevanje raziskav v zvezi z drogami obstajajo na nacionalni ravni. Samo pet držav poroča, da z drogo povezane raziskave niso omenjene v njihovih nacionalnih strategijah oziroma da na tem področju nimajo nacionalne usklajevalne strukture.

<sup>(11)</sup> Glej preglednico DLO-2 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(12)</sup> Glej prikaz DLO-2 in preglednico DLO-4 v Statističnem biltenu 2008.

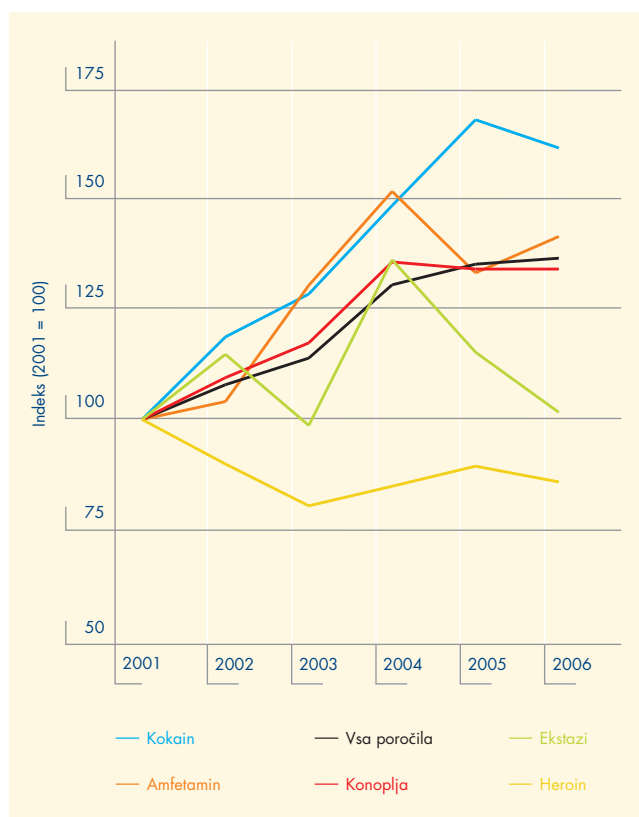
<sup>(13)</sup> Glej preglednico DLO-5 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(14)</sup> Glej preglednico DLO-3 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(15)</sup> Glej preglednico DLO-6 v Statističnem biltenu 2008. Za dodatno analizo kršitev, povezanih s konopljo, glej poglavje 3.

<sup>(16)</sup> Glej preglednico DLO-7 v Statističnem biltenu 2008.

**Prikaz 2:** Indeksirani trendi v poročilih o prekrških v zvezi z drogami v državah članicah EU med letoma 2001 in 2006



**Opomba:** Trendi predstavljajo razpoložljive informacije o nacionalnem številu poročil o prekrških, povezanih z drogo (kazenskih in nekazenskih), o katerih poročajo vsi organi kazenskega pregona v državah članicah EU. Vsi nizi so indeksirani do osnove 100 za poročila iz leta 2001 in ponderirani glede na število prebivalcev v državah, da bi ugotovili splošni trend v EU. Skupno število kršitev, sporočenih leta 2006 v državah, vključenih v trende (pred ponderiranjem), je bilo: amfetamin: 41 069, konoplja: 550 878, kokain: 100 117, ekstazi: 17 598, heroin: 77 242, vsa poročila: 936 866. Države, ki nimajo podatkov za dve ali več zaporednih let, niso vključene v izračun trenda: splošni trend temelji na vseh državah EU, razen Združenega kraljestva, trend za konopljo temelji na 18 državah, za heroin na 18, za kokain na 17, za amfetamin na 12 in za ekstazi na 13.

**Viri:** Nacionalne kontaktne točke Reitox, za podatke o prebivalstvu pa Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Država je glavni vir financiranja raziskav v zvezi z drogo, o katerih poročajo države članice; financiranje poteka prek programov za splošne raziskave ali prek raziskovalnih programov na področju drog. Zdravstvene in družbene vede sta dve glavni področji splošnega raziskovanja, kjer obstaja financiranje za raziskave v zvezi z drogami. Financiranje, posebej namenjeno za raziskave v zvezi z drogami, je lahko na voljo prek nacionalnih usklajevalnih organov na področju drog (Češka republika, Španija, Francija, Luksemburg, Madžarska, Poljska, Portugalska, Norveška). Obe vrsti programov financiranja pogosto združujeta raziskave v zvezi s prepovedanimi drogami z drugimi področji odvisnosti, kot so alkohol, tobak in hazarderstvo. Sredstva so večinoma na voljo prek pogodb

za naročene raziskave ali prek okvirnih programov, na katere se prijavijo raziskovalci. Med drugimi vrstami poročanih virov financiranja so fundacije, znanstvene akademije, zasebne ustanove, posebni skladi za boj proti drogam, Evropska komisija in Združeni narodi.

### Strukture in projekti

Večina držav je poročala, da raziskave potekajo večinoma na univerzah in v specializiranih centrih, nekatere gostijo nacionalne kontaktne točke, sledijo pa javni in zasebni raziskovalni centri. Nekaj držav (Nemčija, Španija, Portugalska) je poročalo o nacionalnih raziskovalnih mrežah. Te imajo lahko pomembno vlogo pri organizaciji in financiranju raziskovanja in lahko tudi spodbujajo bolj neposredne povezave med raziskavami in prakso.

Od pomembnih študij, izvedenih od leta 2000, o katerih so poročale države članice, je bila polovica študij izvedena na področju epidemiologije, tretjina pa na področju uporabnih raziskav (večinoma ocene intervencij pri preprečevanju in zdravljenju). Navedene so bile tudi študije dejavnikov zdravja, dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov za uživanje drog, posledic uživanja drog in mehanizmov na področju drog ter vplivov.

Nekatere države so poročale o omejitvah raziskav v zvezi z drogo. Med opredeljenimi težavami so bili: organizacijski vidiki, kot so pomanjkanje usklajenosti in razpršeni viri (Nemčija, Francija, Avstrija); pomanjkanje kvalificiranega raziskovalnega osebja (Latvija, Madžarska) in metodološki vidiki (vprašanje varstva podatkov, težave pri doseganju skrite populacije, pomanjkanje stalnosti v raziskovalnih projektih). Več držav je kot pomembno omejitev navedlo omejeno financiranje, ki je na voljo za raziskave v zvezi z drogami (Belgija, Grčija, Poljska, Romunija, Finska).

### Razširjanje

Ugotovljenih je bilo 25 evropskih strokovno pregledanih revij, specializiranih za področje drog, ki izhajajo v 11 jezikih (brez angleščine). Večina teh nacionalnih revij objavlja povzetke v angleškem jeziku in sprejema mednarodne prispevke. Članki o uživanju prepovedanih drog se poleg publikacij, specializiranih za prepovedane droge in odvisnost, objavljajo tudi v strokovno pregledanih revijah, ki pokrivajo več strok, in v znanstvenih publikacijah. Leta 2006 so bili rezultati raziskav na področju drog objavljeni v več kot 100 takšnih evropskih revijah. Druge vrste publikacij, vključno s publikacijami nacionalnih kontaktnih točk, so prav tako pomembne pri razširjanju informacij.

Tudi nacionalne kontaktne točke Reitox so pomembne pri razširjanju rezultatov raziskav v vseh državah poročevalkah, predvsem s pomočjo nacionalnih poročil.

### **Več o raziskavah v zvezi z drogami**

Center je prek svoje mreže nacionalnih kontaktnih točk Reitox zbral podrobne informacije o raziskavah na področju drog, izvedenih v evropskih državah. Informacije, ki jih predložijo države članice, vključujejo opis nacionalnih raziskovalnih organizacij in načinov financiranja. Države članice so predložile tudi sezname glavnih študij, izvedenih od leta 2000, in opredelile znanstvene članke, znanstvene revije in spletne strani, prek katerih je potekalo razširjanje ugotovitev nacionalnih raziskav, povezanih z drogami. Center omogoča razširjanje teh in drugih informacij s pomočjo različnih izdelkov in kanalov za razširjanje (glej <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Za poglobljen pregled te teme glej izbrano vprašanje o raziskavah v zvezi z drogami za leto 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Evropska komisija je naročila poglobljeno primerjalno analizo raziskav prepovedanih drog v Evropski uniji. Študija naj bi podala pregled financiranja, ki je na voljo za raziskave na področju drog iz Evropske unije in držav članic, na podlagi rezultatov izbranega vprašanja o raziskavah in ob razširjanju obsega za vključitev raziskav na področju zmanjševanja ponudbe drog in varnosti. Študija bo preverila obstoječo raziskovalno infrastrukturo v državah članicah in na evropski ravni ter izvedla primerjavo z drugimi regijami, kot sta Severna Amerika in Avstralija. Podala bo priporočila za politične možnosti za odpravo vrzeli v poznavanju problematike in za izboljšanje sodelovanja na evropski ravni. Ocenila bo tudi obstoječe evropske mreže, vključno z mrežami Centra in njegovimi nacionalnimi kontaktnimi točkami Reitox. Rezultati študije bodo na voljo v začetku leta 2009.



## Poglavje 2

# Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled

### Uvod

To poglavje predstavlja pregled odzivov na problematiko drog v Evropi, in kjer je mogoče, poudarja trende, razvojne dogodke in vprašanja kakovosti. Pregled sklopa ukrepov vključuje preprečevanje, zdravljenje, zmanjševanje škode in socialno reintegracijo, ki skupaj tvorijo celovit sistem za zmanjševanje povpraševanja. Poglavje vključuje tudi pregled razpoložljivih podatkov o potrebah uživalcev drog v zaporih in o obstoječih odzivih v tem okolju. Poleg tega so na kratko obravnavani tudi prihodnji izzivi spremljanja na drugem področju politike boja proti drogam – področju zmanjševanja ponudbe drog.

### Preprečevanje

Preprečevanje na področju uživanja drog je mogoče razdeliti na različne ravni ali strategije, od okoljske strategije do indiciranega preprečevanja, ki si v idealnih okoliščinah ne nasprotujeta, temveč se dopolnjujeta. Naslednji opis trenutnega stanja in trendov v Evropi temelji na kvalitativnih podatkih o zagotavljanju vsesplošnega in selektivnega preprečevanja, o katerem so države poročale Centru leta 2007 <sup>(17)</sup>, ter na pregledu literature o indiciranem preprečevanju (EMCDDA, 2008f).

### Vsesplošno preprečevanje

Zdi se, da so se cilji vsesplošnega preprečevanja v šolah v Evropi v zadnjih letih spremenili. Leta 2007 je bil razvoj spretnosti za življenje najpogosteje poročani cilj dejavnosti preprečevanja (12 od 28 držav poročevalk), medtem ko je leta 2004 polovica držav (13/26) kot o glavnem cilju poročala o ozaveščanju in zagotavljanju informacij. Ustvarjanje varovalnih šolskih okolij, oblike strukturnih intervencij, je bilo leta 2007 (šest držav) v primerjavi z letom 2004 (štiri države) prav tako pogosteje navedeno kot glavni cilj. Spremembe poročanih ciljev lahko odražajo sprejetje bolj racionalnega in na izsledkih temelječega pristopa, vendar pa je obseg, v katerem ta sprememba ciljev odraža dejansko zagotavljanje, nejasen.

Dogodki za starše in strategije, ki nudijo samo informacije (informativni dnevi, obiski strokovnjakov ali policistov na

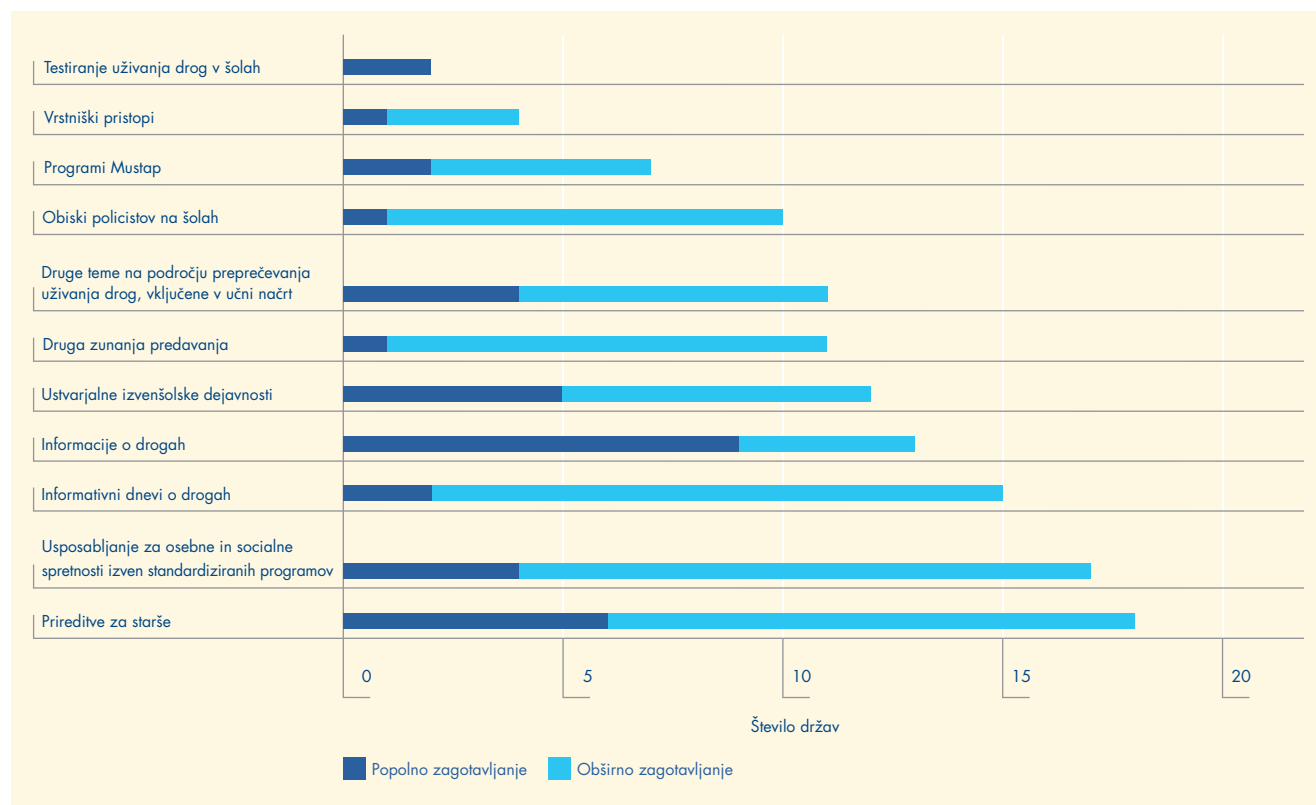
### Izboljšanje spremljanja zmanjševanja ponudbe drog

Zmanjševanje ponudbe drog lahko opredelimo kot dejavnost, ki vključuje vse dejavnosti, namenjene preprečevanju, da bi prepovedane droge dosegle uživalce. Te dejavnosti lahko vključujejo instrumente, kot so mednarodne konvencije, zakonodaja EU in nacionalne zakonodaje ter politike in ukrepi, ki obravnavajo različne postopke in akterje, ki so del proizvodnje in trgovine s prepovedanimi drogami, pa tudi zlorabe ali nezakonite proizvodnje dovoljenih snovi (zdravil, predhodnih sestavin) v nezakonite namene ter pranja denarja, povezanega z drogami. Dejavnosti kazenskega pregona, alternativne razvojne pobude in projekti, namenjeni preprečevanju z drogo povezanega kriminala, prispevajo k zmanjševanju ponudbe prepovedanih drog. Spremljanje in analiza sta, kot je to pri zmanjševanju povpraševanja po drogah, pomembna podpora dejavnika za te dejavnosti in njihovo ocenjevanje.

Nedavno zbiranje podatkov v okviru letnih pregledov napredka akcijskega načrta EU za boj proti drogam in pregleda Ungass (glej poglavje 1) je razkrilo mešano sliko glede razpoložljivosti podatkov o odzivu na področju zmanjševanja ponudbe. Dejavnosti v zvezi z mednarodnimi projekti so običajno dobro dokumentirane, medtem ko je do podatkov o dejavnostih na nacionalni ravni pogosto težko dostopati in jih primerjati. Evropska komisija, Eurostat, Europol in Center si prizadevajo izboljšati to stanje v okviru naslednjega akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2009–2012). Treba je preveriti obstoječe temeljne okvire in informacijske sisteme, pa tudi morebitne vire informacij za spremljanje in analizo dejavnosti za zmanjševanje ponudbe v državah članicah. Obstaja tudi potreba po boljšem razumevanju trgov z drogami, zlasti ureditve ponudbe in distribucije, tako v ekonomskem kot tudi socialnem smislu. Dve študiji, ki jih financira Evropska komisija, bosta raziskali informacijske sisteme in vire za zmanjševanje ponudbe drog ter mednarodne trge z drogami.

šolah), so med vrstami intervencij šolah, o katerih poročajo največ držav (prikaz 3). Učinkovitost teh intervencij ni jasna. Nasprotno pa o intervencijah, ki bolj temeljijo na izsledkih, poročajo le nekaj držav. Te vključujejo standardizirane programe, pristope, ki temeljijo na

<sup>(17)</sup> Podatke so predložili nacionalni strokovnjaki v državah članicah.

**Prikaz 3:** Najpogostejša vrsta intervencij v vsesplošnem preprečevanju v šolah

Opomba: Mustap = večkratna srečanja, standardizirani programi s tiskanim gradivom.  
 Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

vrstnikih, ali intervencije, posebej namenjene fantom; vse pa je namenjeno izboljšanju komunikacijskih sposobnosti, povečanju zmožnosti za reševanje konfliktov, stresa in frustracij ali ublažitvi napačnega dojemanja v zvezi z uživanjem drog. Splošna prevlada intervencij, ki ne temeljijo na dokazih ali temeljijo na neprepričljivih dokazih, je lahko posledica dejstva, da zahtevajo manj virov in manj usposabljanja osebja.

Poleg dejavnosti, usmerjenih na uživanje drog, obstajajo strukturne intervencije tudi v šolah. Strukturne intervencije, ki so namenjena ustvarjanju varovalnih in normativnih družbenih okolij, želijo tako vplivati na izbiro mladih v zvezi z uživanjem drog (Toumbourou et al., 2007). Ta pristop ustreza splošnim politikam preprečevanja, ki vedno bolj zajemajo strožje ureditve glede tobaka in alkohola v šolah. Tako 20 držav poroča o popolni prepovedi kajenja v vseh šolah, 18 držav pa poroča o popolnem ali obširnem zagotavljanju <sup>(18)</sup> politik boja proti drogam v šolah. Zlasti v srednji in zahodni Evropi države članice poročajo o uvedbi strukturnih intervencij, namenjenih zmanjšanju uživanja tobaka in alkohola v šolah. Te ukrepe preprečevanja je mogoče dopolniti tudi z drugimi

strukturnimi ukrepi, kot je izboljšanje zasnove šolskih stavb in šolskega življenja.

Preprečevanje v družini je drug širše uporabljen pristop. 11 držav je poročalo o popolnem ali obširnem zagotavljanju družinskih srečanj in dogodkov. Zdi se, da je tako kot preprečevanje v šolah tudi preprečevanje v družini usmerjeno predvsem v nudenje informacij. Intenzivno mentorstvo in usposabljanje za družine, pristop, ki se je v študijah izkazal za stalno učinkovitega (Petrie et al., 2007), je na voljo omejeno; le sedem držav je poročalo o najvišjih ravneh zagotavljanja.

### Selektivno preprečevanje

Selektivno preprečevanje vodijo družbeni in demografski kazalniki, kot so stopnja nezaposlenosti, prestopništva ali namernega izostajanja od pouka. Takšno preprečevanje je prisotno pri posebnih skupinah, družinah ali celotnih skupnostih, katerih člani bi lahko zaradi pomanjkanja družbenih vezi in virov pogosteje začeli uživati droge ali celo postali odvisni.

13 držav poroča, da je njihovo preprečevanje v družini selektivno. Vendar pa so pomembni pogoji tveganja

<sup>(18)</sup> Obširno zagotavljanje: posredovanje se zagotavlja na večini lokacij, kjer je velikost ciljne populacije dovolj velika za izvajanje. Popolno zagotavljanje: posredovanje je na voljo na skoraj vseh lokacijah, kjer je velikost ciljne populacije dovolj velika za izvajanje.



družin v Evropi le redko obravnavani. Izmed 30 držav poročevalk jih le sedem poroča o popolnem ali obširnem zagotavljanju intervencij za uživanje snovi v družinah, pet pa jih poroča o zagotavljanju intervencij za družinske konflikte in zanemarjanje. Poleg tega so štiri države poročale o naslednjih kategorijah intervencij: obravnavanje socialne prikrajšanosti (npr. nezaposlenost), pomoč pri kazensko-sodnih problemih ali pomoč marginaliziranim družinam iz etničnih manjšin. Poleg tega samo tri države obravnavajo potrebe družin, ki se spopadajo s problemi duševnega zdravja.

Pogoji tveganja mladih ranljivih skupin, na primer mladih storilcev, brezdomec, učencev in dijakov, ki neupravičeno izostajajo od pouka, prikrajšane mladine in mladine iz manjšin, so prav tako redko obravnavani, kljub vedno večji politični pomembnosti. Od leta 2004 so zaradi vedno večjega števila politik boja proti drogam glavni cilj intervencij preprečevanja, vendar pa se poročana raven zagotavljanja intervencij v tem obdobju ni zvišala. Podrobnejši podatki so predstavljeni v izbranem vprašanju o ranljivi mladini 2008.

### Indicirano preprečevanje

Namen indiciranega preprečevanja je opredelitev posameznikov z vedenjskimi ali psihološkimi težavami, ki lahko nakazujejo razvoj težav z uživanjem snovi pozneje v življenju, in njihova individualna obravnava s posebnimi intervencijami. Med takšnimi posamezniki so tisti, ki ne končajo šole, in tisti, ki imajo psihiatrične motnje, ki izkazujejo protidružbeno vedenje ali zgodnje znake uživanja droge. Poročilo, ki ga je pred kratkim objavil Center (EMCDDA, 2008f), predstavlja longitudinalne študije, ki opredeljujejo razvoj težav, nevrološko vedenjske študije in vedno obsežnejše znanje o dovzetnosti možganov in vlogi živčnih prenašalcev ter poudarja ugotovitve iz intervencij, o katerih so poročale države članice.

Pri otrocih z vedenjskimi motnjami, kot so motnja pomanjkanja pozornosti (hiperaktivnost) in motnje v obnašanju, je verjetnost razvoja uživanja snovi zelo velika. Zgodnja intervencija pri otrocih z vedenjskimi motnjami zahteva tesno sodelovanje med zdravstvenimi, socialnimi in mladinskimi službami. Nemški „koncept zdravljenja z več moduli“ na primer ponuja kombinacijo svetovanja za starše in skrbnike; hkratno zdravstveno, psihoterapevtsko in psihosocialno podporo; ter izobraževalno podporo v vrtcu ali šoli. Irski pristop usmerjenega izobraževanja in psihološkega svetovanja za mlade, zlasti za preprečevanje razvojnih problemov v šolah, izobraževalnih ustanovah in v družini, je prinesel splošno pozitivne rezultate ocenjevanja. Na Nizozemskem je študija o dolgoročnih preventivnih

### Droge in ranljive skupine mladih ljudi – izbrano vprašanje Centra za leto 2008

Mladi ljudje iz določenih skupin so bolj izpostavljeni možnosti socialne izključenosti, kar bi lahko bilo povezano z večjo verjetnostjo za uživanje drog in razvoj s tem povezanih težav. Z osredotočanjem intervencij, ki so oblikovane za zmanjševanje uživanja drog in škode zaradi njih, na določene skupine, se poveča možnost zadovoljevanja potreb teh skupin kot tudi verjetnost, da bo intervencija uspešna.

To izbrano vprašanje ponuja poglobljene informacije o dejavnih tveganja in profilih ranljivosti določenih skupin in raziskuje uživanje drog in z njimi povezane težave med temi skupinami. Raziskuje tudi posledice ranljivosti, ki izvira iz opustitve šolanja, učnega neuspeha, slabega socialnega položaja, družinskih težav in prestopništva. Obravnavani so tudi posebni odzivi na uživanje drog in težave z njimi med ranljivimi skupinami, med drugim zakonodaja, preprečevanje in zdravljenje.

To izbrano vprašanje je na voljo v tiskani obliki in na spletni strani samo v angleščini (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

učinkih zdravljenja motečega obnašanja pri mladih v srednjem otroštvu (med 8. in 13. letom starosti) pokazala, da manualna vedenjska terapija v primerjavi z običajnim zdravljenjem izkazuje precej boljše nadaljnje rezultate pri kajenju ali uživanju konoplje (Zonneville-Bender et al., 2007).

### Učinkovitost in tveganja intervencij

Uživanje drog med otroki in v družinah ostaja v središču pozornosti usmerjenega preprečevanja v Evropi. Veliko študij o socialnih in živčnovedenjskih pokazateljih razvoja v uživanje snovi kaže, da lahko na uživanje droge vpliva tudi preprečevanje, ki ni osredotočeno na droge. Selektivno in indicirano preprečevanje lahko ublažita vpliv zgodnjih razvojnih pomanjkljivosti, njihovega razvoja v socialno marginalizacijo in posledičnega stopnjevanja v zlorabo snovi. Več raziskovalnih študij je pokazalo, da imajo intervencije, izvedene v zgodnjih šolskih letih, ki so namenjene izboljšanju izobraževalnih okolij in zmanjšanju socialne izključenosti, prav tako blažilni učinek na poznejše uživanje drog (Toumbourou et al., 2007).

Splošna učinkovitost preprečevanja v šolah je bila vprašljiva (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Vendar pa nedavni pregledi literature <sup>(19)</sup> kažejo, da so nekatere komponente preprečevanja v šolah, kot je osredotočanje na normativna prepričanja in spretnosti za življenje, učinkoviti. Študija EU-Dap, evropska nadzorovana randomizirana študija, ki jo

<sup>(19)</sup> Glej portal najboljših praks (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).



### Portal najboljših praks Centra

Center je letos ponudil prvi modul svojega spletnega portala najboljših praks za intervencije, povezane z drogami (preprečevanje, zdravljenje, zmanjševanje škode in socialna reintegracija). Portal ponuja pregled najnovejših dokazov o učinkovitosti različnih intervencij, predstavlja orodja in standarde, namenjene izboljšanju kakovosti intervencij, izpostavlja pa tudi primere ocenjene prakse iz vse Evrope. Namenjen je zdravstvenim delavcem, oblikovalcem politik in raziskovalcem na področju drog in je močno vseevropsko usmerjen.

Prvi modul portala se osredotoča na vsesplošno preprečevanje, zlasti na dokaze o učinkovitosti, ki temeljijo na več pregledih, objavljenih od leta 2000. Podrobnosti o teh ugotovitvah so na voljo na naslovu <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portal ponuja informacije o učinkovitosti različnih intervencij, vendar je treba poudariti, da je zbirka dokazov včasih omejena in da je treba različne intervencije izbirati previdno. Poleg tega pa ostaja način, kako učinkovite bodo določene intervencije v različnih okoljih, vprašljiv, saj nadzorovane študije merijo učinkovitost programov. Nova izdaja banke podatkov Centra, ki je na voljo na portalu, vsebuje primere ocenjenih intervencij v različnih državah in okoljih in lahko ponudi dodatne smernice.

je sofinancirala Evropska komisija ter je bila namenjena razvoju in oceni programa preprečevanja v šolah, je na primer poročala o pozitivnih rezultatih <sup>(20)</sup>. Nadaljnja študija je pokazala, da je bil 15 mesecev po intervenciji učinek programa še vedno nespremenjen; med udeleženci so opazili manj pogosto stanje pijanosti in uživanja konoplje. „Prosti“ program, uporabljen v poskusu, je postavil pod vprašaj norme o sprejemanju in prepričanjih glede razširjenosti uživanja različnih snovi med mladimi.

Preprečevanje mora biti ne le učinkovito, temveč tudi varno – nezaželene učinki morajo ostati na najnižji ravni. Zato je treba pri oblikovanju in oceni intervencij skrbno upoštevati tveganja za negativne vplive. To je še zlasti pomembno za vsesplošno preprečevanje v šolah, ki se izvaja za veliko in raznoliko ciljno populacijo. Na primer, samo zagotavljanje informacij o vplivih drog, kar je razširjen pristop v Evropi, ni le neučinkovito, temveč lahko prinese tveganja za nezaželene učinke (Werch and Owen, 2002). Enako velja za kampanje v sredstvih javnega obveščanja, ki lahko prinesejo tveganja za povečanje nagnjenosti k uživanju snovi <sup>(21)</sup>.

Eden izmed načinov, kako zagotoviti, da bodo programi preprečevanja temeljili na dokazih in da bodo tveganja

za nezaželene učinke zmanjšana, je razvoj standardov za izvajanje in vsebino projektov preprečevanja. Število držav članic, ki poročajo o standardih za načrtovanje in ocenjevanje projektov, se je povečalo, in sicer s treh leta 2004 na devet leta 2007. Nekatere države članice so poročale, da pripravljajo postopke certificiranja za zagotovitev kakovosti programov in učinkovito uporabo virov iz javnih proračunov (Češka republika, Madžarska, Poljska, Portugalska). V Češki republiki je certifikacija preventivnih dejavnosti pogoj za prejemanje subvencij iz državnega proračuna.

### Zdravljenje

Ta razdelek je namenjen pregledu zdravljenja odvisnosti od drog v Evropi ter opisuje organiziranost in zagotavljanje storitev.

#### Organiziranost

Na splošno so v državah članicah EU storitve zdravljenja odvisnosti od drog zagotovljene prek javnega sektorja, čeprav so lahko nevladne organizacije pri tem enako pomembne (sedem držav članic) ali pa so celo glavni ponudnik storitev zdravljenja (pet držav članic). Splošni zdravniki imajo prav tako pomembno vlogo in so v nekaterih državah glavni ponudniki nadomestnega zdravljenja. V nekaterih državah sodeluje tudi zasebni sektor, predvsem pri bolnišničnem zdravljenju. Kljub temu se financiranje za zdravljenje odvisnosti od drog zagotavlja predvsem iz javne blagajne ali pa je vezano na socialno ali zdravstveno zavarovanje.

#### Zagotavljanje storitev

Zdravljenje odvisnosti od drog poteka v različnih okoljih, vključno z izvenbolnišničnimi in bolnišničnimi centri za zdravljenje, splošno prakso, nizkopražnimi agencijami in zaporom. V Evropi večina zdravljenja odvisnosti od drog poteka v izvenbolnišničnem okolju, vključno s splošno prakso, predvsem zato, ker se v teh okoljih običajno izvaja nadomestno zdravljenje. Uživalci drog, ki se zdravijo v izvenbolnišničnih okoljih, so glede na najnoveše podatke kazalnika povpraševanja po zdravljenju povprečno stari okoli 30 let in so večinoma moški <sup>(22)</sup>. Približno tretjina se sama odloči za zdravljenje, 22 % jih na zdravljenje napoti kazensko-sodni sistem, pri čemer se ta odstotek v zadnjih letih povečuje, ostale pa na zdravljenje napotijo socialne in zdravstvene službe ali neformalne mreže <sup>(23)</sup>.

<sup>(20)</sup> <http://www.eudap.net>

<sup>(21)</sup> Glej poglavje 3 tega poročila in Letno poročilo 2007.

<sup>(22)</sup> Glej preglednici TDI-10, del (iii), in TDI-21, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(23)</sup> Glej preglednico TDI-16 v Statističnem biltenu 2008.

Polovica uživalcev, ki se zdravijo v izvenbolnišničnem okolju, poroča o primarnem uživanju opioidov, medtem ko jih 21 % navaja konopljo, 16 % pa kokain kot primarno drogo. Povečanje deleža uživalcev, zlasti novih uživalcev, napotenih na zdravljenje zaradi težav z drogami, ki niso opiodi, lahko odraža izboljšave v razpoložljivosti zdravljenja za uživalce konoplje in kokaina v več državah članicah, pa tudi povečanje števila uživalcev, ki iščejo zdravljenje zaradi teh drog (glej poglavji 3 in 5). Vendar pa splošna razpoložljivost storitev, posebej namenjenih potrebam uživalcev drog, ki niso opiodi, ostaja omejena.

Zdravljenje v bolnišničnih okoljih poteka večinoma v terapevtskih skupnostih, psihiatričnih bolnišnicah in specializiranih oddelkih v splošnih bolnišnicah. Ponujane storitve obsegajo od kratkotrajnega razstrupljanja do programov podaljšanega psihiatričnega in na abstinenci temelječega zdravljenja. Bolnišnične storitve lahko zlasti ustrezajo uživalcem drog, ki imajo kompleksne potrebe po zdravljenju zaradi hkratnih telesnih in duševnih zdravstvenih težav. Uživalci v bolnišničnem okolju so v povprečju podobni uživalcem v izvenbolnišničnem okolju: stari so okoli 30 let, prevladujejo moški, zdravijo pa se zaradi primarnega uživanja opioidov <sup>(24)</sup>. Delež uživalcev drog, ki niso zaposleni in nimajo stalnega prebivališča, pa je med bolnišničnimi uživalci večji kot med izvenbolnišničnimi uživalci, in sicer v večini držav, kjer je možna primerjava <sup>(25)</sup>.

V preteklosti so bile storitve zdravljenja odvisnosti od drog organizirane glede na potrebe uživalcev opioidov, ki še vedno predstavljajo glavno skupino uživalcev na zdravljenju. V večini držav članic je nadomestno zdravljenje, skupaj s psihosocialno oskrbo, postalo prevladujoča možnost za uživalce opioidov. Z uvedbo zdravljenja z velikim odmerkom buprenorfina na Cipru leta 2007 je nadomestno zdravljenje zdaj na voljo v vseh državah članicah ter na Hrvaškem in Norveškem <sup>(26)</sup>. V Turčiji še niso uvedli nadomestnega zdravljenja, čeprav je to dovoljeno v skladu z uredbo o centrih za zdravljenje iz leta 2004. Za metadonom je buprenorfin drugi najpogosteje predpisan nadomestek za opioide, v zadnjih letih pa se je njegova uporaba pri zdravljenju odvisnosti od opioidov povečala (glej poglavje 6). Zdaj je na voljo kot možnost zdravljenja v vseh državah članicah, razen v Bolgariji, na Madžarskem in na Poljskem. Ocenjuje se, da je leta 2006 v Evropi 600 000 uživalcev opioidov prejelo nadomestno zdravljenje, pri čemer je 16 od 22 držav, ki so sporočile podatke, poročalo o povečanju v primerjavi s predhodnim letom.

## Zmanjševanje škode

Preprečevanje in zmanjševanje škode, povezane z drogami, je javnozdravstveni cilj v vseh državah članicah ter v strategiji in akcijskem načrtu EU za boj proti drogam (Evropska komisija, 2007a). Glavne intervencije na tem področju so nadomestno zdravljenje z opiodi in programi injekcijskih igel in brizg, s katerimi poskušajo vplivati predvsem na smrtne primere zaradi prevelikega odmerka in razširjanje nalezljivih bolezni. Države so poročale, da so ti ukrepi na voljo v vseh državah, razen v Turčiji (glej tudi poglavji 6 in 8), in čeprav med obsegom in ravnmi zagotavljanja storitev obstajajo znatne razlike, je splošni trend v Evropi rast in utrjevanje ukrepov za zmanjševanje škode.

Poleg tega večina držav vrsto zdravstvenih in socialnih storitev zagotavlja v nizkopraznih agencijah, vendar pa nekatere države poročajo, da je bilo izvajanje ukrepov za zmanjševanje škode odloženo zaradi pomanjkanja politične podpore. V Grčiji je bilo širjenje nizkopraznih storitev in nadomestnega zdravljenja upočasnjeno; programi injekcijskih igel in brizg v Romuniji in na Poljskem so bili leta 2006 po prenehanju zunanjšega financiranja zmanjšani; edini ciprski program injekcijskih igel in brizg ni uradno finančno podprt. Na Madžarskem, kjer so programi injekcijskih igel in brizg ter terensko delo z uživalci drog naraščali, študija, izvedena med populacijo, ki je končala zdravljenje, nakazuje, da je zagotavljanje še vedno nezadostno in da so ovire za dostop visoke.

Zaradi posebnega profila Baltskih držav in Romunije v zvezi z HIV/AIDS so v teh državah še vedno zelo pomembni mednarodni donatorji. Finančno podporo za dejavnosti zmanjševanja škode zagotavlja „Program za boj proti aidsu, malariji in tuberkulozi“ Svetovnega sklada, v Estoniji, Litvi in Latviji pa je UNODC pred kratkim začel s projektom „Preprečevanje okužbe s HIV/AIDS in oskrba v zaporih in med uživalci, ki si vbrizgavajo droge“.

Nekaj držav članic je pred kratkim preverilo posledice uvedbe intervencij za zmanjševanje škode. V Franciji opaženo zmanjšanje stopenj umrljivosti med uživalci drog sovпада z uvedbo trojnih protivirusnih terapij, razvojem politike zmanjševanja škode in razpoložljivostjo nadomestnega zdravljenja z opiodi. V Španiji je bilo upadajoče število uživalcev, ki si vbrizgavajo drogo, skupaj z enostavnim dostopom do metadonskega vzdrževalnega zdravljenja, povezano z upadom nalezljivih bolezni in smrtnih primerov zaradi drog med uživalci (De la Fuente et al., 2006), na Portugalskem pa razpoložljivi podatki kažejo, da se je razširjenost

<sup>(24)</sup> Glej preglednici TDI-10, del (vii), in TDI-21, del (iv), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(25)</sup> Glej preglednice TDI-13 in TDI-15, del (ii) in del (iv), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(26)</sup> Glej preglednici HSR-1 in HSR-2 v Statističnem biltenu 2008.

nalezljivih boleznih ustalila, kar je delno mogoče pripisati povečanju razpoložljivosti zmanjševanja škode in odzivom na zdravljenje.

## Socialna reintegracija

Uživalci drog, ki se zdravijo, so pogosto nezaposleni in brezdomci. Takšna prikrajšanost je običajno bolj razširjena med posebnimi skupinami uživalcev, zlasti ženskami, uživalci heroina in cracka, pripadniki etničnih manjšin in osebami, ki imajo hkrati tudi psihiatrične težave.

Socialna reintegracija je priznana kot bistvena komponenta celovitih strategij boja proti drogam, izvajati pa jo je mogoče v vsaki fazi uživanja drog in v različnih okoljih. Cilje intervencij socialne reintegracije je mogoče doseči z razvojem sposobnosti, izboljšanjem socialnih zmožnosti, ukrepi za pospeševanje in spodbujanje zaposlenosti ter za pridobitev ali izboljšanje nastanitve. V praksi so med storitvami reintegracije lahko poklicno svetovanje, delovna praksa in pomoč pri nastanitvi, intervencije v zaporu pa lahko zapornike v okviru priprav na izpustitev povežejo z nastanitvijo v skupnosti in storitvami socialne pomoči.

Brezdomstvo je skupaj z nestalno nastanitvijo ena izmed najresnejših oblik socialne izključenosti, s katero se soočajo uživalci drog, saj je bilo približno 10 % uživalcev drog, ki so se začeli zdraviti leta 2006, brezdomcev<sup>(27)</sup>. Medtem ko veliko držav uživalcem, ki se zdravijo, ponuja pomoč pri nastanitvi, je bilo zabeleženo tudi pomanjkanje nastanitve, dve državi pa poročata, da uživalci drog zelo težko pridejo do splošnih storitev za brezdomce, ki so običajno na voljo problematičnim uživalcem alkohola (Irska, Italija). Tri države (Belgija, Danska, Nizozemska) izvajajo nove ukrepe, ki morda lahko pripomorejo k izpolnjevanju potreb uživalcev drog po nastanitvi, poročajo pa tudi, da zmogljivosti za brezdomne dolgotrajne odvisnike postajajo centralizirane, odpirajo pa se tudi specializirani oskrbni domovi za uživalce drog s problematičnim vedenjem ali sooblevnostjo.

Pomoč uživalcem na zdravljenju pri iskanju zaposlitve je ključni element socialne reintegracije, saj je polovica uživalcev, ki se začnejo zdraviti, nezaposlena<sup>(28)</sup>. Novi pristopi k pomoči uživalcem pri iskanju in ohranitvi zaposlitve so se izkazali za uspešne. Pristopi vključujejo: „mentorske programe“, subvencionirana delovna mesta (od leta 2006 na voljo tudi v Litvi), posebna usposabljanja

delodajalcev in delojemalcev, kot se izvajajo v okviru projekta „Ready for work“ na Irskem, ali različne „delovne in socialne agencije“ v Češki republiki.

## Zdravje in družbeni odzivi v zaporu

Zapori so pomembno okolje za izvajanje zdravstvenih in socialnih intervencij za uživalce drog. V tem razdelku je podan pregled podatkov o uživanju drog in uživalcih drog v evropskih zaporih, skupaj z najnovejšimi informacijami o zagotavljanju storitev zaprtim uživalcem drog in o novih zakonih o zdravljenju odvisnosti v zaporu.

### Uživanje drog

Podatki, ki jih podajajo različne študije, še naprej pričajo o velikem deležu uživalcev drog v evropskih zaporih v primerjavi s splošno populacijo. Raziskave, izvedene med letoma 2001 in 2006, so pokazale, da se delež zapornikov<sup>(29)</sup>, ki poročajo o uživanju prepovedanih drog, med zaporniški populacijami, prostori za pridržanje in državami zelo razlikuje, od tretjine ali manj (Bolgarija, Madžarska, Romunija) do več kot 50 % v večini študij ter do 84 % v ženskem zaporu v Angliji in Walesu. Konoplja je še vedno najpogosteje navedena prepovedana droga, s stopnjami razširjenosti uživanja kadar koli v življenju do 78 %. Čeprav so lahko ocene uživanja drugih snovi kadar koli v življenju v nekaterih zaporih zelo nizke (celo 1 %), nekatere študije nakazujejo 50- do 60-odstotne stopnje razširjenosti uživanja za heroin, amfetamine ali kokain med zaporniki kadar koli v življenju<sup>(30)</sup>. Med zaporniki so razširjene tudi najškodljivejše oblike uživanja drog, saj nekatere študije poročajo, da si je več kot tretjina vključenih v raziskave že vbrizgavala droge<sup>(31)</sup>.

Dejstvo, da se kljub vsem ukrepom, sprejetim za zmanjševanje njihove ponudbe, droge znajdejo v večini zaporov, priznavajo tako strokovnjaki za zapore kot oblikovalci politik. Študije, izvedene v Evropi med letoma 2001 in 2006, kažejo, da med 1 in 56 % zapornikov poroča o uživanju drog v zaporu, tretjina zapornikov pa si je v zaporu droge vbrizgavala<sup>(32)</sup>. To vzbuja skrb glede morebitnega širjenja nalezljivih boleznih, zlasti v zvezi s souporabo opreme za vbrizgavanje.

Zaporniška populacija v Evropski uniji šteje več kot 607 000<sup>(33)</sup> zapornikov, po ocenah pa se v enem letu zamenja več kot 860 000 zapornikov. V večini držav je delež zapornikov, obsojenih zaradi kršitev zakonov

<sup>(27)</sup> Glej preglednico TDI-15 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(28)</sup> Glej preglednico TDI-20 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(29)</sup> Izraz „zapornik“ se tukaj uporablja v širšem pomenu ter vključuje osebe v preiskovalnem zaporu in obsojene zapornike.

<sup>(30)</sup> Glej preglednico DUP-1 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(31)</sup> Glej preglednico DUP-2 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(32)</sup> Glej preglednici DUP-3 in DUP-4 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(33)</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics (SPACE), na podlagi raziskave o zaporniški populaciji s sklicevanjem na 1. september 2006.

## Novejša zakonodaja o zdravljenju odvisnosti od drog v zaporu

Leta 2006 in v začetku leta 2007 je šest držav revidiralo svoje pravne okvire in smernice, ki vplivajo na pravice zapornikov do zdravljenja odvisnosti od drog.

V Belgiji direktiva ministrstva za pravosodje iz leta 2006 navaja, da imajo zaporniki pravico do enakega obsega zdravljenja, kot je na voljo izven zapora. Na Irskem nove smernice za zapore poudarjajo standard zdravstvenega varstva za storitve zdravljenja, ki morajo biti primerljive s storitvami v skupnosti in hkrati primerne za zaporniško okolje.

Na Danskem sprememba zakona iz januarja 2007 zaprtim uživalcem drog daje pravico do brezplačnega zdravljenja zaradi uživanja drog. Zakon določa, da se mora zdravljenje začeti v roku 14 dni od dne, ko je zapornik zaprosil za zdravljenje pri danski službi za zapore in pogoje izpuste. Vendar pa zapornik do tega ni upravičen, če se pričakuje, da bo izpuščen v treh mesecih ali se obravnava kot neprimeren ali nemotiviran za zdravljenje.

V Romuniji je bila s skupno odredbo ministrov za pravosodje, javno zdravstvo ter upravo in notranje zadeve maja 2006 vzpostavljena nova pravna podlaga za nadomestno zdravljenje v zaporu v zvezi z nadaljevanjem integriranih zdravstvenih in psiholoških programov ter programov socialne pomoči za zapornike.

Na Norveškem sta ministrstvo za pravosodje ter ministrstvo za zdravje in socialne zadeve z okrožnico okrepili sodelovanje med obema sektorjema, namenjeno zagotavljanju boljšega nadaljnjega spremljanja med prestajanjem kazni in po njem. Na Slovaškem je zakon iz leta 2006 omogočil zagotavljanje psiholoških storitev uživalcem drog v preiskovalnem zaporu, ki trpijo zaradi simptomov odtegnitve. Cilj tega zakona je zagotoviti uživalcem drog takšne storitve v času, ko jih ti najbolj potrebujejo, v času prisilne odtegnitve takoj po prihodu v zapor. Zakon je ustvaril tudi zakonodajni okvir za podporo obstoječim enotam za posebno zdravljenje za obsojene uživalce drog.

o drogah, od 10 do 30%. Iz razpoložljivih podatkov je mogoče oceniti, da se v evropskih zaporih vsako leto znajde več kot 400 000 ljudi s preteklimi ali sedanjimi izkušnjami z uživanjem prepovedanih drog. Precejšnje število med njimi je problematičnih uživalcev. Potrebe po zdravstveni oskrbi te velike populacije nekdanjih ali sedanjih uživalcev drog v evropskih zaporih so, do neke mere, opredeljene z zdravstvenimi težavami, povezanimi z uživanjem drog, in sicer nalezljivimi boleznimi, kot so hepatitis B in C ter HIV/AIDS (glej poglavje 7).

### Zdravstvena oskrba

Za zdravstveno oskrbo v zaporih je v večini držav odgovorno ministrstvo za pravosodje. Vendar pa se to spreminja in v vedno več evropskih državah je odgovornost prenesena na zdravstveni sistem (Francija, Italija, Anglija in Wales v Združenem kraljestvu, Norveška). V Španiji so celovite storitve za uživalce drog pripravljene v vseh zaporih v skladu z akcijskim načrtom nacionalne strategije o drogah (2000–2008) in na podlagi protokola o sodelovanju med Ministrstvom za zdravje in Ministrstvom za notranje zadeve, podpisanega leta 2005. V drugih državah so zapori, da bi izpolnili potrebe vedno večjega števila zaprtih uživalcev drog, vzpostavili sodelovanje

z javnimi zdravstvenimi službami in specializiranimi nevladnimi agencijami za droge v skupnosti.

V Evropski uniji so se intervencije, namenjene zapornikom, ki uživajo droge, razširile. V primerjavi s stanjem pred petimi leti zdaj več držav poroča o dejavnostih na naslednjih področjih: obveščanje v zvezi z drogami, preprečevanje, pregledi zaradi nalezljivih bolezni in cepljenje ter zdravljenje odvisnosti, vključno z nadomestnim zdravljenjem. Poleg tega so te intervencije v državah postale širše razpoložljive. Nadomestno zdravljenje v zaporih je uradno na voljo v vseh državah, razen v Bolgariji, Estoniji, Latviji, Litvi, na Cipru, na Slovaškem in v Turčiji, čeprav je v tudi v številnih drugih državah splošna razpoložljivost tega zdravljenja omejena. Španija je trenutno edina evropska država, ki v zaporih zagotavlja širok razpon ukrepov za zmanjševanje škode.

Leta 2006 so samo štiri države članice sporočile sociodemografske podatke in informacije o vzorcih uživanja drog pri zapornikih, ki se zdravijo, in sicer prek nacionalnih sistemov za spremljanje zdravljenja. V Franciji, na Cipru in na Slovaškem osebe, ki se začnejo zdraviti, kot primarno drogo najpogosteje navajajo opioid, običajno heroin; na Švedskem pa je glavni razlog za začetek zdravljenja v zaporu primarno uživanje amfetaminov, kar močno odraža vzorce problematičnega uživanja drog v državi.



## Poglavje 3

# Konoplja

### Uvod

Evropska slika v zvezi s konopljo se je v zadnjem desetletju močno spremenila, kakor tudi razprava o tem, kako se pravilno odzvati na razširjeno uživanje te droge. Na začetku in sredi 90. let prejšnjega stoletja se je z veliko razširjenostjo soočalo nekaj držav, medtem ko so bile povprečne evropske ravni uživanja glede na današnje standarde nizke. V skoraj vseh državah je uživanje konoplje naraslo v 90. letih prejšnjega stoletja in na začetku tega stoletja, posledica tega pa je današnja precej manj raznolika evropska slika, čeprav razlike med državami še vedno ostajajo. Poleg tega je v zadnjih nekaj letih prišlo do večjega razumevanja posledic dolgotrajnega in razširjenega uživanja te droge za javno zdravje, povečale pa so se tudi poročane ravni povpraševanja po zdravljenju zaradi težav, povezanih s konopljo. Evropa morda prehaja v novo fazo, saj podatki nakazujejo ustalitev ali celo upadanje uživanja, vendar pa ravni uživanja glede na pretekle standarde ostajajo visoke. Vprašanje, kaj predstavlja učinkovit odziv na uživanje konoplje, pa ostaja ključno v evropski razpravi o drogah.

### Ponudba in razpoložljivost

#### Proizvodnja in trgovina

Konopljo je mogoče gojiti v zelo različnih okoljih in raste v naravi v številnih delih sveta. Prevladuje mnenje, da se ta rastlina goji v 172 državah in ozemljih (UNODC, 2008) <sup>(34)</sup>. Ta dejstva skupaj pomenijo, da je zelo težko natančno oceniti svetovno proizvodnjo konoplje. Po najnovjših podatkih UNDOC znaša svetovna proizvodnja marihuane 41 600 ton (2006), od česar več kot polovico proizvedejo v obeh Amerikah (Severni Ameriki in Južni Ameriki), skoraj četrtino pa v Afriki (UNODC, 2008).

Široko razširjeno gojenje konoplje tudi pomeni, da je velik del trgovine verjetno omejen na notranjost regij. To velja za marihuano v Evropi, kjer sta bili poleg domače proizvodnje <sup>(35)</sup> kot izvorni državi navedeni Albanija in Nizozemska (nacionalna poročila Reitox). Marihuana v Evropi po poročanju prihaja tudi iz drugih delov sveta,

#### Ponudba in razpoložljivost drog – podatki in viri

Sistematične in tekoče informacije, ki opisujejo trge s prepovedanimi drogami in trgovine z drogami, so še vedno omejene. Ocene proizvodnje heroina, kokaina in konoplje izhajajo iz ocen gojenja, ki temeljijo na terenskem delu (vzorčenje na terenu) ter posnetkov iz zraka in satelitskih posnetkov. Te ocene imajo nekaj pomembnih omejitev, na primer razlike v podatkih o pridelku ali težave pri spremljanju pridelkov, gojenih na omejenih geografskih območjih, kot je konoplja.

Zasegi drog se pogosto štejejo kot posredni kazalec ponudbe, trgovskih poti in razpoložljivosti drog, čeprav pogosto odražajo tudi prednostne naloge kazenskega pregona, vire in strategije, vpliv, ki ga imajo uvedeni ukrepi na trgovce z mamili, in prakse poročanja. Da bi razumeli maloprodajne trge z drogami, je mogoče analizirati tudi podatke o čistosti ali moči ter maloprodajne cene prepovedanih drog. Vendar pa je lahko razpoložljivost teh vrst podatkov omejena, zanesljivost in primerljivost pa sta lahko vprašljivi. Obveščevalne informacije organov kazenskega pregona so lahko pri tem v pomoč.

Center zbira nacionalne podatke o zasegih drog, čistosti in maloprodajnih cenah v Evropi. Drugi podatki o ponudbi drog izhajajo večinoma iz informacijskih sistemov UNODC in analiz, ki jih dopolnjujejo dodatne informacije iz Europol. Informacije o predhodnih sestavinah za droge nudi INCB, ki sodeluje v mednarodnih pobudah za preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin, ki se uporabljajo pri proizvodnji prepovedanih drog.

Ker v številnih delih sveta primanjkuje dobrih informacijskih sistemov v zvezi s ponudbo drog, je treba nekatere ocene in druge podatke, čeprav so ti najboljše možne približne ocene, razlagati previdno.

vključno z zahodno in južno Afriko (Nigerija, Angola), jugovzhodno Azijo (Tajska), jugozahodno Azijo (Pakistan) in obema Amerikama (Kolumbija, Jamajka) (CND, 2008; Europol, 2008).

Svetovna proizvodnja hašiša je bila leta 2006 ocenjena na 6 000 ton, kar je manj kot leta 2004 (7 500 ton) (UNODC, 2007), pri čemer je Maroko še vedno glavni

<sup>(34)</sup> Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej okvirček na tej strani.

<sup>(35)</sup> Glej „Proizvodnja konoplje v Evropi“, str. 36.



mednarodni proizvajalec. Površina, na kateri se goji hašiš, se je zmanjšala s 134 000 hektarjev v letu 2003 na 76 400 hektarjev leta 2005, kjer se je proizvedlo 1 066 ton (UNODC in vlada Maroka, 2007).

O proizvodnji hašiša poročajo tudi iz Afganistana, kjer močno narašča, ter iz Pakistana, Indije, Nepala ter osrednje Azije in drugih držav Skupnosti neodvisnih držav (SND) (UNODC, 2008). Hašiš, proizveden v Maroku, je običajno pretihotapljen v Evropo prek Iberskega polotoka (Europol, 2008), del te količine pa se prodaja nadalje iz Nizozemske.

### Zasegi

Leta 2006 je bilo po vsem svetu zaseženih 5 230 ton marihuane in 1 025 ton hašiša, kar je manj od najvišjih ravni v letu 2004. Največ marihuane je bilo še vedno zasežene v Severni Ameriki (58%), medtem ko je bilo največ hašiša še vedno zaseženega v zahodni in srednji Evropi (62%) (UNODC, 2008).

Po ocenah je bilo leta 2006 v Evropi zaseženih 86 ton marihuane v 177 000 zasegih <sup>(36)</sup>. Združeno kraljestvo je država članica, ki poroča o največ zasegih marihuane, čeprav podatki za leto 2006 še niso na voljo. Turčija je poročala o zasegih rekordnih količin marihuane v letu 2006. Število zasegov marihuane v Evropi se od leta 2001 stalno povečuje, medtem ko se je zasežena količina do leta 2005 na splošno zmanjšala, povečanje pa je opazno v najnovejših podatkih.

Zasegi hašiša v Evropi presegajo zasege marihuane tako po številu kot po količini: zasegov je bilo dvakrat več (325 000), prestrežena količina pa osemkrat večja (713 ton). O večini zasegov hašiša še vedno poročajo iz Španije (ki je zasegla približno polovico vseh drog in približno dve tretjini količine, zasežene v letu 2006), precej za njo pa sta Francija in Združeno kraljestvo. Po obdobju ustalitve med letoma 2001 in 2003 se število zasegov hašiša v Evropi povečuje, medtem ko so se prestrežene količine do leta 2003–2004 povečevale, nato pa so se zmanjšale.

Leta 2006 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 10 500 zasegov, v katerih je bilo zaseženih 2,3 milijona rastlin konoplje <sup>(37)</sup> in 22 ton rastlin konoplje (64% v Španiji). Po stalnem povečevanju od leta 2001 se je število zasegov rastlin konoplje leta 2006 ustalilo <sup>(38)</sup>. Po velikem zmanjšanju leta 2002, ki je sledilo rekordni količini, zaseženi leta 2001, se je število zaseženih rastlin v Evropi povečevalo, čeprav se je leta 2006 ustalilo pri polovici

### Proizvodnja konoplje v Evropi

V Evropi je vprašanje domače proizvodnje konoplje v zadnjih letih postalo pomembnejše, kar odraža dejstvo, da večina evropskih držav zdaj poroča o lokalnem gojenju konoplje in o nekaj velikih zasegih rastlin konoplje. V Evropi gojena konoplja, se po poročanih goji v zaprtih prostorih, kjer je gojenje pogosto intenzivno, in na prostem. Velikosti nasadov se močno razlikujejo in so odvisne od motivacije in sredstev pridelovalca, vse od nekaj rastlin za osebno uporabo pa do več tisoč rastlin v večjih nasadih, namenjenih za prodajo.

Razpoložljive informacije so neenotne in ne omogočajo natančne ocene obsega gojenja konoplje v Evropi. Kljub temu pa poročanja iz več držav kažejo, da gojenje ne bo več dolgo obrobne pomena. V francoskih raziskavah med prebivalstvom leta 2005 je bilo na primer ocenjeno, da je približno 200 000 ljudi gojilo konopljo vsaj enkrat v življenju. V Združenem kraljestvu je londonska policija v letih 2005 in 2006 poročala o zaprtju več kot 1 500 „gojišč konoplje“, ki so v povprečju vsebovala 400 rastlin (Daly, 2007), večina marihuane, ki je zdaj na voljo, pa naj bi bila proizvedena v bližini ali v drugih evropskih državah. Na Nizozemskem je gojenje konoplje v nekaterih delih države zelo razširjeno, saj je bilo v letih 2005 in 2006 po ocenah uničenih 6 000 gojišč.

V nekaterih zahodnoevropskih državah se je proizvodnja konoplje od začetka in sredine 90. let prejšnjega stoletja močno povečala, deloma kot odziv uživalcev konoplje na slabo kakovost in visoke cene uvoženega hašiša, takrat najbolj razširjenega proizvoda konoplje. Zdi se, da v nekaterih državah večina uživalcev uživa lokalno proizvedeno marihuano. Ta delna nadomestitev uvoženega hašiša z doma proizvedeno marihuano je bila možna zaradi boljšega vrtnarskega znanja in tehnologije (za povečanje pridelka in preprečevanje odkritja), ki sta se tedaj razširila na spletu (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Konoplja, ki se proizvaja lokalno, ima za proizvajalca to prednost, da je ni treba prevažati prek državnih meja.

količine, zasežene leta 2001. V enakem petletnem obdobju se je količina zaseženih rastlin konoplje v Evropi, poročana v kilogramih, stalno povečevala in dosegla vrh leta 2006 zaradi rekordnega zasega v Litvi.

### Moč in cena

Moč proizvodov iz konoplje se določi glede na njihovo vsebnost delta-9-tetrahidrokanabiola (THC), ki je glavna aktivna snov. Moč konoplje se med državami in znotraj držav, pa tudi med različnimi vzorci in proizvodi iz konoplje močno razlikuje. Iz več metodoloških razlogov je podatke

<sup>(36)</sup> Podatki o zasegih drog v Evropi, omenjenih v tem poglavju, so na voljo v preglednicah SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 in SZR-6 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(37)</sup> Ker je Turčija poročala, da v letih 2005 in 2006 ni zasegla nič rastlin konoplje, poročala pa je o velikem številu zasegov te snovi v obdobju 2001–2004, je bila izključena iz evropske analize.

<sup>(38)</sup> Ta slika je predhodna, saj podatki za Združeno kraljestvo, ki je v letu 2005 poročalo o največ zaseženih rastlinah konoplje, za leto 2006 še niso na voljo.

## Raziskave med prebivalstvom: pomembno orodje za razumevanje vzorcev in trendov uživanja drog v Evropi

Uživanje drog med splošno ali šolsko populacijo je mogoče izmeriti s pomočjo reprezentativnih raziskav, ki zagotavljajo ocene deleža posameznikov, ki poročajo o uživanju določenih drog v opredeljenem obdobju. Raziskave zagotavljajo tudi koristne informacije o vzorcih uživanja, sociodemografskih lastnostih uživalcev ter zaznavanjih tveganj in razpoložljivosti <sup>(1)</sup>.

Center je v tesnem sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki razvil sklop skupnih osrednjih elementov za raziskave med odraslimi („evropski vzorčni vprašalnik“, EMQ). Ta protokol zdaj uporablja večina držav članic EU <sup>(2)</sup>. Vendar pa med državami še vedno obstajajo razlike v zvezi z uporabljenimi metodologijo in letom zbiranja podatkov, to pa pomeni, da je treba majhne razlike, zlasti med državami, razlagati previdno <sup>(3)</sup>.

Ker je izvajanje raziskav drago, le malo držav podatke zbira vsako leto, čeprav jih veliko zbira podatke v presledkih dveh do štirih let. V tem poročilu so podatki predstavljeni na podlagi najnovejših razpoložljivih raziskav iz vsake države, pri čemer gre v večini primerov za raziskave iz obdobja med letoma 2004 do 2007.

Izmed treh standardnih časovnih okvirov, ki se uporabljajo za sporočanje podatkov iz raziskav, je razširjenost kadar koli v življenju najpogostejša. To merilo ne odraža trenutnega stanja na področju uživanja drog med odraslimi, vendar je koristno za poročanje o šolski mladini ter za zagotavljanje vpogleda v vzorce uživanja in pojavnosti. Za odrasle je poudarek na uživanju v zadnjem letu in zadnjem mesecu <sup>(4)</sup>. Opredelitev tistih, ki droge uživajo redno ali imajo težave z uživanjem drog, je pomembna, napredek pa je v zvezi s tem dosežen pri razvoju kratkih lestvic za ocenitev intenzivnejših oblik uživanja med splošnim prebivalstvom, odraslimi in šolsko mladino (glej polje o razvoju psihometričnih lestvic v letnem poročilu za leto 2007).

<sup>(1)</sup> Več informacij o metodologiji raziskav je na voljo v Statističnem biltenu 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

<sup>(2)</sup> Na voljo na naslovu <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>.

<sup>(3)</sup> Za več informacij o nacionalnih raziskavah glej preglednico GPS-121 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(4)</sup> Standardni starostni skupini, ki ju uporablja Center, sta: vsi odrasli (15 do 64 let) in mlajši odrasli (15 do 34 let). V tem poročilu so uporabljeni izrazi „uživanje ali razširjenost kadar koli v življenju“, „razširjenost v zadnjem letu“ in „razširjenost v zadnjem mesecu“, včasih pa bolj pogovorni izrazi „izkušnja kadar koli v življenju“, „nedavno uživanje“ oziroma „trenutno uživanje“.

na tem področju težko razložiti, obseg, v katerem so zasegi analizirani, pa odraža celoten zadevni trg. Raziskave nakazujejo, da ima na splošno konoplja, ki je proizvedena doma pod intenzivnimi pogoji, večjo moč. Leta 2006 je vsebnost THC v vzorcih hašiša po poročanju znašala od 2,3 % do 18,4 %, medtem ko je vsebnost THC v marihuani znašala od manj kot 1 % do 13 %. V obdobju 2001–2006 je moč hašiša in marihuane ostala nespremenjena ali pa se je zmanjšala v večini od 16 evropskih držav, ki so predložile zadostne podatke; vendar pa so bili zabeleženi naraščajoči trendi za uvožen hašiš na Nizozemskem in marihuano v sedmih drugih državah. Ocene moči lokalno proizvedene marihuane v več letih so na voljo samo za Nizozemsko, ki je poročala o zmanjšanju na 16,0 % leta 2006 z najvišje vrednosti 20,3 % leta 2004 <sup>(39)</sup>.

Tipična maloprodajna cena marihuane in hašiša je znašala od 2 do 14 EUR za gram, večina evropskih držav pa je poročala o cenah od 4 do 10 EUR za oba proizvoda. V obdobju 2001–2006 so se, razen v Belgiji in Nemčiji, maloprodajne cene hašiša (popravljen glede na inflacijo) po poročanjih znižale. Razpoložljivi podatki iz večine držav nakazujejo stabilnejše stanje v zvezi s cenami marihuane v tem obdobju, z izjemo Nemčije in Avstrije, kjer so bili opaženi znaki zviševanja cen.

## Razširjenost in vzorci uživanja

### Med splošno populacijo

Po previdnih ocenah naj bi konopljo vsaj enkrat v življenju (razširjenost uživanja kadar koli v življenju) zaužilo več kot 70 milijonov Evropejcev, kar je več kot petina vseh oseb v starosti od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 2). Čeprav so med državami precejšnje razlike, pri čemer nacionalni podatki znašajo od 2 do 37 %, polovica držav poroča o ocenah v razponu od 11 do 22 %.

Veliko držav poroča o razmeroma visokih ravneh razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem letu in zadnjem mesecu. Ocenjuje se, da je v zadnjem letu konopljo uživalo približno 23 milijonov Evropejcev, oziroma povprečno približno 7 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let. Ocene razširjenosti v zadnjem mesecu bodo vključevale osebe, ki drogo uživajo redno, čeprav ne nujno tudi intenzivno (glej spodaj). Ocenjuje se, da je v zadnjem mesecu drogo uživalo približno 12,5 milijona Evropejcev, oziroma povprečno približno 4 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let.

### Uživanje konoplje med mlajšimi odraslimi osebami

Uživanje konoplje je močno osredotočeno med mladimi (15 do 34 let), o najvišjih ravneh uživanja pa na splošno poročajo med osebami, stari od 15 do 24 let. To drži

<sup>(39)</sup> Za podatke o moči in ceni glej preglednici PPP-1 in PPP-5 v Statističnem biltenu 2008.



## Nedavne raziskave med šolsko mladino

Raziskava „Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju“ (HBSC) je skupna študija SZO, ki preučuje zdravje otrok in njihovo zdravstveno vedenje ter vključuje vprašanja o uživanju konoplje med 15-letnimi dijaki od leta 2001. Drugi krog te raziskave z vprašanji o uživanju konoplje je bil izveden med oktobrom 2005 in majem 2006, sodelovalo pa je 26 držav članic EU in Hrvaška.

Četrty krog „Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino“ (ESPAD) je bil izveden leta 2007, sodelovalo pa je 25 držav članic EU, Hrvaška in Norveška. Raziskava se je osredotočila zlasti na uživanje snovi med dijaki, ki bodo v koledarskem letu dopolnili 16 let. Rezultati najnovejših raziskav bodo objavljeni decembra 2008.

Sodelovanje v obeh mednarodnih raziskavah med šolsko mladino, ki se izvajata vsake štiri leta, je v vsakem krogu večje in zdaj vključuje večino evropskih držav.

Podatke o uživanju konoplje iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino leta 2006 so sporočile tudi Španija, Italija, Portugalska, Slovaška, Švedska in Združeno kraljestvo.

za skoraj vse evropske države, razen za Belgijo, Ciper in Portugalsko <sup>(40)</sup>.

Podatki iz raziskav med prebivalstvom kažejo, da je v povprečju 31 % mlajših odraslih Evropejcev (15 do 34 let) že kdaj v življenju poskusilo konopljo, 13 % jih je konopljo zaužilo v zadnjem letu, 7 % pa v zadnjem mesecu. Ocenjuje se, da je še večji delež Evropejcev v starosti od 15 do 24 let v zadnjem letu (17 %) ali zadnjem mesecu (9 %) zaužil konopljo, čeprav jih je iz te starostne skupine nekoliko manj poskusilo konopljo (30 %). Ocene nacionalne razširjenosti uživanja konoplje se med državami zelo razlikujejo v vseh merilih razširjenosti; države na zgornjem delu lestvice poročajo o vrednostih, ki so do desetkrat višje od vrednosti držav z najmanjšo razširjenostjo.

Uživanje konoplje je pogostejše med moškimi kot med ženskami (glej izbrano vprašanje o spolu in uživanju drog za leto 2006), čeprav so med državami opažene razlike. Na primer, razmerje med moškimi in ženskami, ki poročajo o uživanju konoplje v zadnjem letu, znaša od 6,4 : 1 na Portugalskem do 1,3 : 1 v Italiji.

## Uživanje konoplje med šolsko mladino

Za tobakom in alkoholom konoplja ostaja tista psihoaktivna snov, ki jo šolska mladina najpogosteje uživa.

Uživanje konoplje kadar koli v življenju med šolsko mladino, staro 15 ali 16 let, lahko odraža nedavno ali sedanje uživanje, saj pri teh letih pogosto pride do prvega eksperimentiranja s to snovjo. Podatki iz raziskave HBSC 2005–2006 o 15-letnikih so pokazali, da med 27 državami obstajajo velike razlike v razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju. Pet držav je podalo ocene razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju, ki je znašala manj kot 10 %; 11 držav je poročalo o vrednostih med 10 in 20 %, 11 držav pa o vrednostih med 21 in 31 % (Currie et al., 2008) <sup>(41)</sup>. V tej starostni skupini fantje običajno poročajo o večji razširjenosti uživanja konoplje kot dekleta, vendar je razlika v poročani razširjenosti med spoloma majhna ali pa je v nekaterih državah, ki imajo najvišje ocene razširjenosti, celo ni.

Tako kot pri uživanju kadar koli v življenju obstajajo velike razlike med šolsko mladino iz različnih držav tudi pri ocenah uživanja v zadnjih 30 dneh. Nekatere države o tem ne poročajo, v drugih državah pa 15 % vprašanih poroča o uživanju v zadnjih 30 dneh, včasih pa moški poročajo celo o višjih odstotkih. Na podlagi podatkov, zbranih v prejšnjih raziskavah ESPAD, se ocenjuje, da je leta 2003 približno 3,5 milijona (22,1 %) šolske mladine v starosti od 15 do 16 let (države članice EU, Hrvaška in Turčija) zaužilo konopljo vsaj enkrat v življenju, približno 1,7 milijona (11 %) pa jih je konopljo zaužilo v mesecu pred raziskavo.

## Mednarodne primerjave

Evropske podatke lahko primerjamo s podatki iz drugih delov sveta. V Združenih državah Amerike je bilo na primer v nacionalni raziskavi o uživanju drog in zdravju (Samhsa, 2005) ocenjeno, da je razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju med mlajšimi odraslimi 49 % (15–34 let, preračunal Center), razširjenost v zadnjem letu pa 21 %. Za isto starostno skupino je bila razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju 58 %, razširjenost v Kanadi 28 % (2004), v Avstraliji (2004) pa 48 oziroma 20 %. Vse te številke so višje od ustreznih evropskih povprečij, ki znašata 31 oziroma 13 %.

## Vzorci uživanja konoplje

Razpoložljivi podatki kažejo na več vzorcev uživanja konoplje. Samo 30 % oseb, starih od 15 do 64 let, ki so kadar koli zaužili konopljo, je to storilo v zadnjem letu <sup>(42)</sup>. Vendar jih je izmed teh 30 % v povprečju 56 % konopljo zaužilo v zadnjem mesecu.

<sup>(40)</sup> Glej prikaz GPS-1 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(41)</sup> Glej prikaz EYE-5 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(42)</sup> Glej prikaz GPS-2 v Statističnem biltenu 2008.

**Preglednica 2: Razširjenost uživanja konoplje v splošni populaciji – povzetek podatkov**

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
<b>15–64 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	71,5 milijona	23 milijonov	12,5 milijona
Evropsko povprečje	21,8%	6,8%	3,8%
Razpon	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (1,7%) Malta (3,5%) Bolgarija (4,4%) Ciper (6,6%)	Malta (0,8%) Bolgarija (1,5%) Grčija (1,7%) Švedska (2,0%)	Malta (0,5%) Švedska (0,6%) Litva (0,7%) Bolgarija (0,8%)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (36,5%) Francija (30,6%) Združeno kraljestvo (30,1%) Italija (29,3%)	Italija, Španija (11,2%) Češka republika (9,3%) Francija (8,6%)	Španija (8,7%) Italija (5,8%) Združeno kraljestvo, Francija, Češka republika (4,8%)
<b>15–34 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	42 milijonov	17,5 milijona	10 milijonov
Evropsko povprečje	31,2%	13%	7,3%
Razpon	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (2,9%) Malta (4,8%) Bolgarija (8,7%) Ciper (9,9%)	Malta (1,9%) Grčija (3,2%) Ciper (3,4%) Bolgarija (3,5%)	Grčija, Litva, Švedska (1,5%) Bolgarija (1,7%)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (49,5%) Francija (43,6%) Združeno kraljestvo (41,4%) Španija (38,6%)	Španija (20,3%) Češka republika (19,3%) Francija (16,7%) Italija (16,5%)	Španija (15,5%) Francija, Češka republika (9,8%) Združeno kraljestvo (9,2%)
<b>15–24 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	20 milijonov	11 milijonov	6 milijonov
Evropsko povprečje	30,7%	16,7%	9,1%
Razpon	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (2,7%) Malta (4,9%) Ciper (6,9%) Grčija (9,0%)	Grčija, Ciper (3,6%) Švedska (6,0%) Bolgarija, Portugalska (6,6%)	Grčija (1,2%) Švedska (1,6%) Ciper, Litva (2,0%)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (44,2%) Češka republika (43,9%) Francija (42,0%) Združeno kraljestvo (39,5%)	Češka republika (28,2%) Španija (24,3%) Francija (21,7%) Združeno kraljestvo (20,9%)	Španija (18,6%) Češka republika (15,4%) Francija (12,7%) Združeno kraljestvo (12,0%)

Podatki temeljijo na zadnji raziskavi, ki je na voljo za posamezno državo. Leto študije se giblje med 2001 in 2007. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi tehtanega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (328 milijonov), 15–34 (134 milijonov) in 15–24 (64 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2008 pod naslovom „Raziskave med splošno populacijo“.

Ocena intenzivnih in dolgotrajnih vzorcev uživanja je pomembno vprašanje javnega zdravstva. Dnevno ali skoraj dnevno uživanje (uživanje 20 dni ali več v zadnjih 30 dnevih) je lahko pokazatelj intenzivnega uživanja. Podatki o tej obliki uživanja konoplje v Evropi so bili zbrani leta 2007–2008 kot del „poskusa na terenu“, ki ga je usklajeval Center v sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki in kontaktnimi točkami Reitox v 13 državah. Na podlagi teh podatkov, pa čeprav omejenih, se ocenjuje, da več kot odstotek evropskih odraslih, približno 4 milijoni, vsak dan ali skoraj vsak dan uživa konopljo. Večina teh uživalcev konoplje, približno trije milijoni, je starih od 15 do 34 let, kar pomeni približno 2 do 2,5 % vseh Evropejcev v tej starostni skupini <sup>(43)</sup>.

Trende intenzivnega uživanja konoplje v Evropi je težko oceniti, vendar pa je povprečno povečanje med državami, ki so sodelovale pri obeh poskusih na terenu leta 2004 in 2007 (Francija, Španija, Irska, Grčija, Italija, Nizozemska, Portugalska), znašalo približno 20 %, čeprav na to oceno močno vplivajo podatki za Francijo, Španijo in Italijo.

Ponavljajoče uživanje konoplje je v daljših časovnih obdobjih lahko precej ustaljeno, celo med mlajšimi uživalci. Nedavno objavljena nemška študija, ki je deset let spremljala skupino 14- do 24-letnikov, je pokazala, da je veliko tistih, ki so na začetku študije konopljo zaužili večkrat (petkrat ali večkrat v življenju), z uživanjem droge tudi nadaljevalo, saj jih je štiri leta kasneje 56 % poročalo o uživanju, 46 % pa jih je drogo uživalo tudi čez deset let. Nasprotno pa občasno uživanje droge na začetku obdobja (enkrat do štirikrat) ni bilo povezano s posledičnim razvojem dolgotrajnih in bolj problematičnih oblik uživanja (Perkonig, 2008).

Odvisnost od konoplje je vedno bolj priznana kot možna posledica rednega uživanja te droge, četudi se resnost in posledice zdijo manj hude od tistih, ki so običajno povezane z drugimi psihoaktivnimi snovmi. Kljub temu pa je lahko splošen vpliv intenzivnih oblik uživanja konoplje na javno zdravje velik, in sicer zaradi razmeroma velikega deleža populacije, ki konopljo uživa redno. Analiza podatkov iz nacionalne raziskave prebivalstva ZDA razkriva, da je bilo v obdobju od leta 2000 do leta 2006 približno 20 do 30 % dnevnih uživalcev odvisnih <sup>(44)</sup>. V avstralski študiji je bilo 92 % dolgotrajnih uživalcev konoplje označenih kot odvisnih v določenem

življenjskem obdobju, pri čemer je bilo več kot polovica od njih označenih kot odvisnih v času študije. Nadaljevalna študija, izvedena leto pozneje, je pokazala, da so med dolgotrajnimi uživalci merila za uživanje konoplje in odvisnost za to obdobje nespremenjena (Swift et al., 2000).

Center v sodelovanju z več državami razvija metode za spremljanje intenzivnejših in pomembnejših dolgotrajnih oblik uživanja konoplje, vključno z odvisnostjo. Več držav EU preskuša psihometrične lestvice, razpoložljivi dokazi pa bodo analizirani letos. Ta informacija lahko državam članicam EU pomaga pri oceni posledic problematičnejših oblik uživanja konoplje za javno zdravje ter pri načrtovanju ustreznih intervencij <sup>(45)</sup>.

### Vzorci uživanja konoplje med šolsko mladino

Podatki HBSC kažejo, da je pogosto uživanje konoplje med 15-letno šolsko mladino redko. Samo šest držav poroča o razširjenosti pogostega uživanja konoplje (tukaj opredeljeno kot štiridesetkrat ali več v zadnjih 12 mesecih), ki presega 2 %. Vendar pa je pogosto uživanje na splošno bolj razširjeno med moškimi z ocenjenim deležem do 5 % v sedmih državah. Poročila kažejo na obstoj povezave med bolj problematičnimi vzorci uživanja konoplje in pripadnostjo ranljivi skupini (npr. mlajši storilci, učenci, ki neupravičeno izostajajo od pouka, osebe z nizko izobrazbo), kar pomeni, da so potrebne posebne strategije za zagotovitev varnostne mreže za te še posebej ranljive mlade ljudi. Ta problem je izpostavljen v izbranem vprašanju o ranljivih mladih ljudeh za leto 2008.

V sodelovanju z ESPAD je bila izvedena preiskava uživanja več različnih drog, in sicer s primerjavo šolske mladine, stare 15 in 16 let (leta 2003), ki je zaužila konopljo v zadnjih 30 dneh, z ostalo šolsko mladino. Primerjava je pokazala, da je pri dijakih, ki so uživali konopljo, v povprečju večja verjetnost uživanja drugih snovi. Čeprav je pri uživalcih konoplje razširjenost uživanja drugih drog v zadnjem mesecu ostala nizka (pod 10 %), pa so bile ravni kajenja cigaret in popivanja med uživalci konoplje dvakrat višje (80 %) od ravni med splošno dijaško populacijo. Te primerjave kažejo, da je uživanje konoplje povezano z ravnimi uživanja dovoljenih in prepovedanih drog, ki so znatno višje od povprečnih <sup>(46)</sup>.

<sup>(43)</sup> Prikazana evropska povprečja so groba ocena, ki temelji na tehtanem povprečju (za populacijo) za države s podatki. Povprečen rezultat je vnesen za države, ki podatkov nimajo. Pridobljeni podatki so 1,2 % za vse odrasle (15–64 let) in 2,3 % za mlajše odrasle (15–34 let). Glej prikaz GPS-7 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(44)</sup> Spletno orodje NSDUH za analizo: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, obiskano 25. februarja 2008 in analizirano z uporabo spremenljivk MJDAY30A in DEPNDMRJ.

<sup>(45)</sup> Intervencije, npr. oblike zdravljenja, so predstavljene v „Zagotavljanju zdravljenja“, str. 44.

<sup>(46)</sup> Analiza temelji na podatkih iz baze podatkov, sestavljene v okviru Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), in je skladna s pravili za uporabo baze podatkov ESPAD. Glavne nacionalne raziskovalce, ki zagotavljajo podatke za vsako od vključenih držav, najdete na spletni strani raziskave ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

### Trendi uživanja konoplje

Samo Švedska in Norveška poročata o serijah raziskav mladih ljudi ali nabornikov iz 70. let prejšnjega stoletja. Prvi val uživanja je bil opažen v 70. letih, v 80. letih je sledil upad, v 90. letih pa nov znaten porast. Analiza leta začetka v nedavnih raziskavah je pokazala tudi znatno širjenje uživanja konoplje v Španiji (sredi 70. let) in Nemčiji (na začetku 90. let) (glej letni poročili 2004 in 2007).

Podatki iz nacionalnih raziskav, predloženi Centru, kažejo, da se je uživanje konoplje v 90. letih znatno povečalo v skoraj vseh državah EU, zlasti med mladimi (prikaz 4) in šolsko mladino. Okoli leta 2000 je razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju v starostni skupini od 15 do 34 let v devetih državah narasla na več kot 30 % in v dveh primerih na približno 40 %, medtem ko je razširjenost v zadnjem letu dosegla 15 do 20 % v sedmih državah in razširjenost v zadnjem mesecu 8 do 15 % v šestih državah. Zlasti zanimiv je trend uživanja konoplje v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), v državi, ki je poročala o najvišjih ocenah razširjenosti v Evropi na začetku in sredi 90. let. Vendar pa je bil nedavno opažen trend

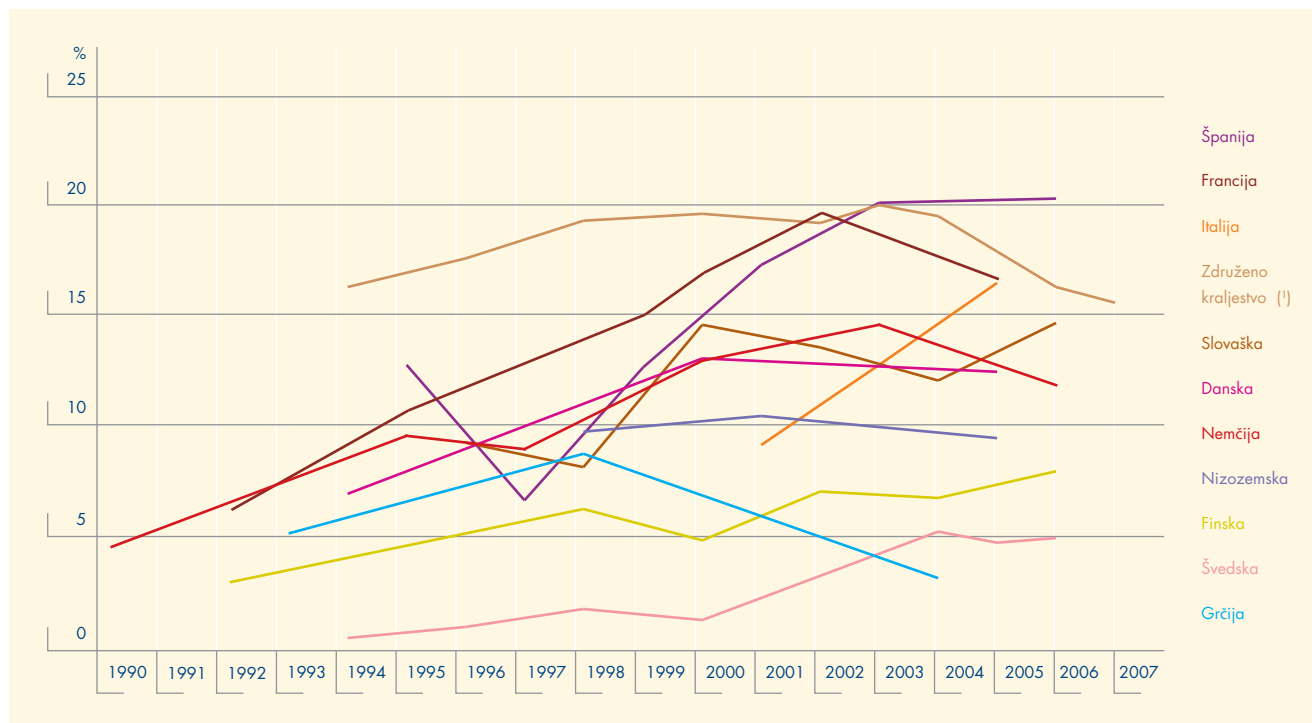
enakomernega upadanja, zlasti v starostni skupini od 16 do 24 let <sup>(47)</sup>.

Podatki iz najnovejših nacionalnih raziskav kažejo, da se uživanje konoplje v številnih državah ustaljuje. V 16 državah, za katere je mogoče analizirati trend od leta 2001 do leta 2006, je razširjenost med mlajšimi odraslimi v zadnjem letu narasla za 15 % ali več v šestih državah, v treh se je zmanjšala za podoben odstotek, v sedmih pa je bila nespremenjena <sup>(48)</sup>.

Trendi umirjanja ali upadanja so razvidni tudi iz najnovejših objavljenih podatkov o uživanju konoplje med šolsko mladino. Primerjava podatkov HBSC za leti 2001–2002 in 2005–2006 kaže trend umirjanja ali upadanja uživanja konoplje kadar koli v življenju in tudi drugega pogostejšega uživanja med 15-letnimi dijaki v večini držav EU <sup>(49)</sup>. Druge novejšje nacionalne raziskave med šolsko mladino, izvedene v Španiji, na Portugalskem, Slovaškem, Švedskem in v Združenem kraljestvu, prav tako kažejo na trende umirjanja ali upadanja.

Ker se zdi, da se razpoložljivost konoplje v Evropi ni spremenila, cene pa se v večini držav, ki zagotavljajo

**Prikaz 4:** Trendi v razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (v starosti od 15 do 34 let)



<sup>(1)</sup> Anglija in Wales.

Opomba: Za nadaljnje informacije glej prikaz GPS-4 v Statističnem biltenu 2008.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2007), vzeta iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih člankov.

<sup>(47)</sup> Glej prikaz GPS-10 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(48)</sup> Kjer niso bile na voljo informacije o natančnih letih, so bile uporabljene informacije iz prejšnjih ali naslednjih let; kjer niso bile na voljo niti te informacije, analiza ni bila izvedena.

<sup>(49)</sup> Glej prikaza EYE-4 in EYE-5 v Statističnem biltenu 2008.

informacije, nižajo, je treba razlago za sedanjo ustalitev ali upad poiskati drugje. V raziskavi med francoskim prebivalstvom iz leta 2005 (Baromètre Sante) je bilo ugotovljeno, da je 80 % oseb, ki so prenehale uživati konopljo, kot razlog navedlo pomanjkanje zanimanja. Del razlage lahko najdemo tudi v ugotovljenem zmanjšanju kajenja tobaka, ki se uživa na enak način kot konoplja, vedenje pa lahko torej povežemo na enaki ravni (nacionalna poročila Reitox in Currie et al., 2008).

Upadi eksperimentalnega ali priložnostnega uživanja konoplje niso nujno neposredno povezani s trendi rednega uživanja droge. To je razvidno iz podatkov dveh zaporednih raziskav med mladostniki v Nemčiji, ki sta pokazali zmanjšanje razširjenosti kadar koli v življenju in v zadnjem letu, medtem ko je „redno uživanje“ konoplje (več kot desetkrat v zadnjem letu) ostalo nespremenjeno (2,3 %) (BZgA, 2004 in BZgA, 2007, citirano v nemškem nacionalnem poročilu).

## Zdravljenje zaradi konoplje

### Vzorci povpraševanja po zdravljenju

Od skupaj približno 390 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih poročajo za leto 2006 (na voljo so podatki iz 24 držav), je bila konoplja primarni vzrok za začetek zdravljenja v približno 21 % vseh primerov, kar pomeni, da je po poročanju druga najpogostejša droga za heroinom<sup>(50)</sup>. Vendar pa so bile razlike med državami velike, saj je v Bolgariji, Litvi, Luksemburgu in Romuniji konopljo kot glavni razlog za začetek zdravljenja navedlo manj kot 5 % užívalcev, medtem ko o konoplji kot glavni drogi poročajo več kot 30 % užívalcev na zdravljenju v Franciji, na Madžarskem in na Nizozemskem<sup>(51)</sup>.

Velike razlike so tudi v zvezi s povpraševanjem po zdravljenju, saj je v Bolgariji, Litvi in Romuniji konopljo kot primarno drogo navedlo manj kot 10 % novih užívalcev, na Danskem, v Nemčiji, Franciji in na Madžarskem pa več kot 50 %<sup>(52)</sup>. Te razlike je mogoče pojasniti z razlikami v razširjenosti intenzivnega uživanja konoplje, organizaciji zdravljenja odvisnosti od drog ali praksah glede napotitev. Nekatere države z velikim deležem bolnikov, ki uživajo konopljo (npr. Nemčija, Madžarska, Avstrija, Švedska), zdravljenje odvisnosti od drog ponujajo kot alternativo kazni, včasih pa je zdravljenje v primeru aretacije obvezno. V Franciji, ki poroča o največjem deležu užívalcev konoplje v Evropi, so pred kratkim ustanovili

specializirane centre za užívalce konoplje, to pa bo imelo neposreden vpliv na poročanje.

Užívalci konoplje se večinoma zdravijo v izvenbolnišničnih centrih, nekatere države (Irska, Slovaška, Finska, Švedska) pa poročajo o približno tretjini, ki se želi zdraviti v bolnišničnih okoljih<sup>(53)</sup>. Večina užívalcev konoplje se za zdravljenje odloči sama, vendar je takšna vrsta napotitve manj pogosta med užívalci konoplje kot med tistimi, ki iščejo pomoč zaradi težav z drugimi drogami.

Osebe, ki iščejo zdravljenje v izvenbolnišničnih okoljih zaradi primarnega uživanja konoplje, po poročanju uživajo tudi druge droge: 21 % jih poroča o uživanju alkohola kot sekundarne snovi, 12 % o uživanju amfetaminov in ekstazija ter 10 % o uživanju kokaina. Med tistimi, ki se zdravijo zaradi drugih primarnih drog, je konoplja po poročanju za alkoholom (32 %) druga najpogosteje navedena sekundarna snov (21 %)<sup>(54)</sup>.

### Trendi novih povpraševanj po zdravljenju

Med približno 160 000 novimi povpraševanji po zdravljenju odvisnosti od drog (podatki iz 24 držav), o katerih so države poročale leta 2006, predstavljajo užívalci konoplje za užívalci heroína (34 %) drugo največjo skupino (28 %). V primerjavi z deležem vseh užívalcev, ki kot primarno drogo navajajo konopljo, je delež med novimi užívalci višji. Polovica držav poroča, da se delež novih užívalcev, ki zahtevajo zdravljenje zaradi konoplje kot primarne droge, povečuje. Absolutno število novih povpraševanj po zdravljenju zaradi konoplje se je v obdobju 2002–2006 povečalo, medtem ko se je delež novih užívalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja konoplje, v obdobju od leta 2002 do leta 2005 povečal, v letu 2006 pa je ostal na enaki ravni<sup>(55)</sup>.

Trend naraščanja, ugotovljen pri povpraševanjih po zdravljenju zaradi konoplje, lahko povežemo z več dejavniki: večjim uživanjem konoplje ali intenzivnim in dolgoročnim uživanjem; boljše podatkovno pokritostjo; nedavno širitvijo in raznolikostjo sistema zdravljenja, ki je bil prej osredotočen na užívalce heroína, zdaj pa je namenjen tudi užívalcem drugih drog, in spremembami zakonodaje in politik, zaradi katerih kazensko-sodni sistem lahko izda več napotitev na zdravljenje (EMCDDA, 2008a). Nedavno ustalitev novih povpraševanj po zdravljenju, povezanem z uživanjem konoplje, je mogoče povezati z novejšimi trendi v zvezi z uživanjem konoplje,

<sup>(50)</sup> Glej prikaz TDI-2, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(51)</sup> Glej preglednico TDI-5, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(52)</sup> Glej preglednico TDI-4, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(53)</sup> Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(54)</sup> Glej preglednici TDI-22 in TDI-23, del (i) in del (iv), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(55)</sup> Glej prikaza TDI-1 in TDI-2 ter preglednici TDI-3, del (iv), in TDI-5, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.



spremembami v sistemu zdravljenja ali spremembami vrst napotitev na zdravljenje.

### Profil uživalcev, ki se zdravijo

Uživalci konoplje, ki se začnejo zdraviti v izvenbolnišničnih okoljih, so predvsem mlajši moški, pri čemer je razmerje med moškimi in ženskami 5,2 : 1, povprečna starost pa je 24 let. O konoplji kot primarni drogi se najpogosteje poroča med mlajšimi starostnimi skupinami. Med tistimi, ki se začnejo zdraviti prvič, primarno uživa konopljo 67 % oseb med 15. in 19. letom starosti in 80 % oseb, mlajših od 15 let <sup>(56)</sup>.

Večina uživalcev konoplje, ki se zdravijo, je razmeroma dobro socialno integriranih v primerjavi s tistimi osebami, ki iščejo pomoč zaradi težav z drugimi vrstami drog. Veliko se jih še vedno izobražuje in ima stalno bivališče, pogosto pri starših, vendar pa nedavna raziskava kaže, da se tudi socialni profil bolnikov, ki se zdravijo zaradi konoplje, razlikuje od splošne populacije v enaki starostni skupini in da izhajajo iz slabšega okolja (EMCDDA, 2008a).

Na splošno je primarne uživalce konoplje, ki se začnejo zdraviti, mogoče razdeliti v tri skupine glede na pogostnost uživanja: tiste, ki jo uživajo občasno (30 %), tiste, ki jo zaužijejo enkrat do večkrat na teden (30 %), in tiste, ki jo uživajo vsakodnevno (40 %) <sup>(57)</sup>. Vendar pa med državami obstajajo velike razlike, zlasti v deležu rednih uživalcev konoplje, ki se začnejo zdraviti. V državah, kjer je oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, več, je delež dnevnik uživalcev večji od 70 % na Nizozemskem in Danskem, od 40 do 60 % v Španiji, Franciji in Italiji ter od 20 do 30 % v Nemčiji in na Madžarskem.

### Zagotavljanje zdravljenja

Raziskava o zagotavljanju zdravljenja zaradi konoplje na vzorcu služb za zdravljenje odvisnosti od drog v 19 državah članicah, ki jo je naročil Center, je razkrila, da polovica pregledanih služb nima programov, posebej namenjenih težavam s konopljo (EMCDDA, 2008a). Ta ugotovitev pomeni, da se veliko uživalcev konoplje zdravi v istih okoljih kot uživalci drugih drog, kar pa lahko predstavlja težave tako pri zdravstvenem osebju kot pri uživalcih, ki se zdravijo.

Izmed preverjenih specialističnih storitev večina ponujenih kratkih tečajev zdravljenja zaradi uživanja konoplje obsega manj kot 20 srečanj. Zdravljenje običajno poteka v obliki individualnega svetovanja in terapije ali svetovanja o možnih posledicah uživanja konoplje. Nekatere agencije so

poročale o razstrupljanju zaradi konoplje, družinski terapiji, terapevtski skupnosti in vzajemnih skupinah pomoči kot možnih komponentah zdravljenja. Bolnišnično zdravljenje zaradi konoplje, če je bilo na voljo, je bilo običajno zagotovljeno v okviru nadomestnega zdravljenja socialno-vedenjskih težav.

Znanstvena literatura s tega področja navaja, da se je pri zdravljenju zaradi konoplje za učinkovite izkazalo več psihoterapij, vključno z motivacijsko terapijo in kognitivno-vedenjsko terapijo, vendar pa se nobena oblika ni izkazala za učinkovitejšo od druge (Nordstrom in Levin, 2007). Čeprav je bila večina študij o učinkovitosti zdravljenja zaradi konoplje izvedena v ZDA in Avstraliji, se zdaj začenjajo izvajati evropske študije oziroma se o njih poroča. Leta 2004 se je začela nemška nadzorovana randomizirana študija „Candis“, ki preučuje program zdravljenja za mladostnike z motnjo, povezano s konopljo. Program temelji na motivacijski izboljšavi, kognitivno-vedenjski terapiji in reševanju psihosocialnih težav. Prvi rezultati kažejo, da je do zaključka zdravljenja konopljo prenehala uživati polovica bolnikov. 30 % jih je konopljo uživalo v manjši meri. Poleg tega so poročali o znatnem upadu povezanih duševnih in socialnih težav. Načrtuje se nadaljevalna študija.

Več držav je poročalo o pobudah za zagotavljanje zdravljenja za mlade uživalce konoplje. V Franciji so od leta 2005 ustanovili približno 250 svetovalnih centrov za uživalce konoplje, ki nudijo svetovanje in podporo uživalcem in njihovim družinam. Na Danskem so pred kratkim namenili posebna sredstva razvoju usmerjenih programov za mlade uživalce konoplje. Poleg tega Belgija, Nemčija, Francija, Nizozemska in Švica sodelujejo v mednarodni študiji učinkovitosti celovitega zdravljenja problematičnih uživalcev konoplje, v katerem sodeluje vsa družina (Incant) <sup>(58)</sup>.

V Nemčiji poskušajo spletni program za prenehanje uživanja konoplje „Quit the shit“ <sup>(59)</sup>, ki ponuja interaktivno svetovanje v sodelovanju z izvenbolnišničnimi ustanovami za zdravljenje, prenesti na občinske strukture za dobrobit mladih in skrb za uživalce drog ali ustanove za preprečevanje odvisnosti od drog.

Uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije pri intervencijah za zmanjšanje povpraševanja po drogah v Evropi še naprej narašča. V letu 2006/2007 je razpoložljivost svetovanja in nasvetov v zvezi z uživanjem drog omenilo devet držav članic: osem jih je poročalo o uporabi spleta (Češka republika, Nemčija, Estonija, Nizozemska, Portugalska, Avstrija, Slovaška, Združeno

<sup>(56)</sup> Glej preglednici TDI-10 in TDI-21, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(57)</sup> Glej preglednico TDI-18 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(58)</sup> <http://www.incant.eu>

<sup>(59)</sup> <http://www.drugcom.de>

kraljestvo), medtem ko je Danska poročala o uporabi kratkih besedilnih sporočil (SMS-ov). Te spletne storitve so namenjene mladim in so osredotočene na probleme, povezane z alkoholom in konopljo.

### Uživalci konoplje v stiku s kazensko-sodnim sistemom

Konoplja je prepovedana droga, ki jo evropska policija v poročilih o kršitvah zakonov o drogah <sup>(60)</sup> največkrat omenja. Število kaznivih dejanj, povezanih s to drogo, se je v Evropski uniji med letoma 2001 in 2006 v povprečju povečalo za 34 % (prikaz 2). Razpoložljivi podatki kažejo, da gre pri večini zabeleženih kaznivih dejanj, povezanih s konopljo, za uživanje in posedovanje te droge in ne za trgovino z njo ali njeno dobavo. Kazniva dejanja, povezana z uživanjem, v večini držav poročevalk predstavljajo 62 do 95 % vseh zabeleženih kršitev v zvezi s konopljo.

Ker je veliko kršilcev zakonov o drogah mladih uživalcev konoplje, ki se sicer ne bi srečali s programi zdravljenja

odvisnosti, obstaja po poročanju vedno večje sodelovanje med sodišči in službami za preprečevanje in svetovanje v šolah ter ustanovami za dobrobit mladih. Nemčija, Španija (Katalonija), Luksemburg in Avstrija so uvedli protokole in programe za mlade, ki kršijo zakone o drogah, ali ki so bili obsojeni zaradi uživanja ali posedovanja drog, predvsem konoplje. Storilci se lahko odločijo, da namesto plačila globe končajo tečaj. Cilj programov, ki so na voljo v različnih državah, je preprečiti nadaljnji razvoj uživanja drog in ponovnih kršitev zakonov, lahko pa vključujejo družinsko, šolsko ali psihološko svetovanje.

Nadaljnja ocena nemških programov FReD za mlade prestopnike (100 anketirancev) je pokazala, da je 44 % nekdanjih udeležencev zmanjšalo uživanje alkohola in tobaka, 79 % je zmanjšalo ali prenehalo uživati prepovedane droge, 69 % pa jih je poročalo, da od zaključka tečaja niso več kršili zakonov o drogah. Med ocenjevanjem podobnih skupin mladih prestopnikov (YOT) v Združenem kraljestvu je bilo ugotovljeno, da ima ta pristop velike potencialne koristi (Matrix Research, 2007).

### Prepovedi kajenja in konoplja

Možna povezava med politikami na področju tobaka in kajenjem konoplje je vprašanje, vredno pozornosti. Prepovedi kajenja so v Evropi vedno bolj razširjene, v devetih državah članicah velja popolna prepoved kajenja (v javnih prostorih in na delovnih mestih, vključno z restavracijami in bari), Belgija, Danska, Nemčija, Nizozemska in Portugalska pa so pred kratkim uvedle vsaj delne prepovedi kajenja.

Povezava med uživanjem tobaka in kasnejšim uživanjem prepovedanih drog je pri ugotavljanju dejavnikov tveganja večkrat spregledana, kot je to pokazal pregled predvidenih študij (Mathers et al., 2006). Pa vendar je v Evropi uživanje konoplje bolj razširjeno med kadilci tobaka kot med nekadilci,

stroge regulativne politike na področju tobaka pa bi lahko ugodno vplivale na sprejete norme, ki napovedujejo uživanje tobaka in konoplje.

Obstajajo tudi dokazi o tem, da je konoplja ekonomsko dopolnilo (tj. enako odzivanje na ceno in razpoložljivost) cigaretam (Cameron in Williams, 2001). V izoliranih študijah je bilo ugotovljeno, da višji davki na cigarete zmanjšajo intenzivnost uživanja marihuane in imajo lahko skromen negativen vpliv na verjetnost uživanja med moškimi (Farrelly et al., 2001).

Vredno je tudi opozoriti, da se nizozemska prepoved kajenja v restavracijah in barih nanaša tudi na lokale, imenovane „coffee shops“, in da se je mesto Amsterdam odločilo za prepoved kajenja konoplje v javnosti.

<sup>(60)</sup> Glej preglednico DLO-6 v Statističnem biltenu 2008.

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 in LSD

### Uvod

V svetu so amfetamini (splošen izraz, ki označuje amfetamine in metamfetamine) in ekstazi za konopljo najpogosteje uporabljene prepovedane droge. Danes je v Evropi, v absolutnih številkah, uživanje kokaina morda pogostejše, vendar geografska razširjenost kokaina v nekaj državah pomeni, da v večini Evropske unije določena oblika sintetično pridobljene droge ostaja druga najpogosteje uporabljena prepovedana snov. Poleg tega predstavlja uživanje amfetaminov v nekaterih delih Evrope pomemben del problemov z drogami, saj predstavlja velik delež tistih, ki potrebujejo zdravljenje.

Amfetamin in metamfetamin stimulirata osrednji živčni sistem. V Evropi je amfetamin precej bolj običajen, medtem

ko se zdi, da je pomembnejše uživanje metamfetamina omejeno na Češko republiko in Slovaško.

Izraz ekstazi se nanaša na sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se nekoliko razlikujejo po učinkih. Najbolj znana snov iz skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), v tabletah ekstazija pa je včasih mogoče najti tudi druge podobne snovi (MDA, MDEA). Ekstazi je bil v Evropi do konca 80. let prejšnjega stoletja skoraj neznan, vendar se je njegovo uživanje v 90. letih močno povečalo. Njegova priljubljenost je bila v preteklosti povezana z disko sceno, na splošno pa je velika razširjenost uživanja sintetičnih drog povezana s posebnimi kulturnimi podskupinami ali socialnimi okolji.

Ocene uživanja dietilamid lisergične kisline (LSD) v Evropi, daleč najbolj znane halucinogene droge, so že nekaj časa nizke in precej ustaljene. Vendar pa se med mladimi pojavlja vedno večje zanimanje za naravne halucinogene.

### Amfetamin in metamfetamin: razlike in podobnosti

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

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

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

Vir: EMCDDA, Lastnosti drog (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

### Ponudba in razpoložljivost

#### Amfetamin

Čeprav se je svetovna proizvodnja amfetamina, ki je leta 2006 po ocenah znašala 126 ton, razširila tudi na druge dele sveta, predvsem v Severno Ameriko in jugovzhodno Azijo <sup>(61)</sup>, je še vedno najbolj razširjena v Evropi, kjer je bilo po poročanju leta 2006 79 % vseh laboratorijev za izdelavo amfetaminov (UNODC, 2008). Leta 2006 je bilo na svetu zaseženih 19 ton amfetaminov, večinoma na Bližnjem in Srednjem vzhodu (67 %), v povezavi s tabletami „Captagon“ <sup>(62)</sup>, proizvedenimi v jugovzhodni Evropi, sledijo pa zasegi amfetaminov v zahodni in srednji Evropi (27 %), kar odraža vlogo Evrope kot velike proizvajalke in potrošnice te droge (CND, 2008; UNODC, 2008).

Večina amfetamina, zaseženega v Evropi, se proizvaja (v vrstnem redu glede na pomembnost) na Nizozemskem, Poljskem in v Belgiji, v manjšem obsegu pa v Estoniji in Litvi. Leta 2006 so v Evropi odkrili 40 lokacij, povezanih s proizvodnjo, pakiranjem ali shranjevanjem amfetaminov

<sup>(61)</sup> Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 36.

<sup>(62)</sup> Captagon je eno izmed registriranih trgovskih imen za fenetilin, sintetični stimulant osrednjega živčnega sistema, čeprav tablete, ki se s tem logotipom prodajajo na nezakonitem trgu, običajno vsebujejo amfetamin, pomešan s kofeinom.

(Europol, 2007a); UNODC (2008) pa poroča, da je bilo v evropskih državah uničenih 123 laboratorijev.

Turčija je poročala o zasegih približno 20 milijonov tablet amfetamina z logotipom „Captagon“. O proizvodnji amfetamina v tej obliki poročajo iz Bolgarije in Turčije, namenjen pa naj bi bil za izvoz v države potrošnice na Bližnjem vzhodu.

Leta 2006 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 38 000 zasegov, v katerih je bilo zaseženo 6,2 tone amfetamina v prahu. Medtem ko začasni podatki za leto 2006 kažejo na upad v primerjavi z ravnmi v letih 2004 in 2005, pa sta se število zasegov in količina prestreženih amfetaminov v petletnem obdobju 2001–2006 povečala<sup>(63)</sup>. Vendar pa je ta ugotovitev začasna, saj najnovejši podatki iz Združenega kraljestva, evropske države, ki običajno poroča o največ zasegih, še niso na voljo. Nekaj držav vse pogosteje poroča o zasegih tablet amfetamina, v nasprotju s prahom; leta 2006 je bilo v Evropski uniji (največ v Španiji) skupno zaseženih 390 000 tablet.

Čistost vzorcev amfetamina, prestreženega v Evropi v letu 2006, se zelo razlikuje, in sicer do te mere, da je treba izjave v zvezi z značilnimi vrednostmi podajati s previdnostjo. Kljub temu pa je mogoče države, ki sporočajo podatke za leto 2006, razdeliti v dve skupini: 10 držav poroča o vrednostih od 2 do 10 %, ostale pa poročajo o višjih stopnjah čistosti (25 do 47 %). V zadnji skupini so običajno tiste države, za katere je znano, da so bolj udeležene v proizvodnji, preprodaji ali porabi amfetamina (Nizozemska, Poljska, Baltske in nordijske države). V zadnjih petih letih je čistost amfetamina ustaljena oziroma upada v večini izmed teh 19 držav, kjer je na voljo dovolj podatkov za analizo.

Leta 2006 je tipična maloprodajna cena amfetamina znašala od 10 do 15 EUR za gram, in sicer v polovici držav poročevalk. V obdobju med letoma 2001 in 2006 se je maloprodajna cena amfetamina po poročanju znižala v vseh 16 državah poročevalkah, ki so sporočile zadostne podatke za analizo, razen v Češki republiki, Španiji in Romuniji.

### Metamfetamin

Proizvodnja metamfetamina je najbolj razširjena v Severni Ameriki ter vzhodni in jugovzhodni Aziji. Ocenjuje se, da je leta 2006 svetovna proizvodnja metamfetamina znašala 266 ton, kar presega proizvodnjo katere koli druge prepovedane sintetične droge. Leta 2006 so po vsem svetu odkrili približno 15,8 tone metamfetamina, večino pa so zasegli v vzhodni in jugovzhodni Aziji, sledi

Severna Amerika, v Evropi pa je bilo opravljenih manj kot 1 % zasegov (UNODC, 2007, 2008).

V Evropi je prepovedana proizvodnja metamfetamina večinoma omejena na Češko republiko, kjer so leta 2006 odkrili več kot 400 manjših „kuhinjskih laboratorijev“. Po poročanju to drogo proizvajajo tudi na Slovaškem in v manjšem obsegu v Litvi (INCB, 2008a).

Leta 2006 so iz 17 evropskih držav poročali o približno 3 000 zasegih metamfetamina, kar pomeni 154 kg te droge. Na Norveškem so opravili največ zasegov in

### Mednarodni ukrepi proti proizvodnji in zlorabi sintetičnih predhodnih sestavin

Prizadevanja kazenskega pregona so kot dodatni protiukrepi vedno bolj usmerjena v predhodne sestavine, potrebne za izdelavo prepovedanih drog, na tem področju pa je mednarodno sodelovanje še posebej dragoceno. Projekt Prism je mednarodna pobuda, namenjena preprečevanju zlorabe predhodnih sestavin, ki se uporabljajo pri prepovedani proizvodnji sintetičnih drog, in sicer prek sistema prijav pred izvozom za dovoljeno trgovino in poročanja o ustavljenih in zaseženih pošiljkah pri pojavu sumljivih transakcij. Informacije o dejavnosti na tem področju se sporočijo Mednarodnemu nadzornemu svetu za droge (INCB, 2008b).

Poročila kažejo, da je bilo leta 2006 na svetu zaseženih več kot 11 ton efedrina in psevdofedrina, glavnih predhodnih sestavin za metamfetamin. Približno polovica teh snovi je bila zasežena na Kitajskem, sledita pa ji Kanada in Mjanmar. V državah članicah EU (predvsem v Belgiji in na Madžarskem) ter v Ruski federaciji in Ukrajini je bilo zaseženih samo 0,3 tone, čeprav Europol (2008) poroča o nedavnem porastu izvoza, pretovarjanja in preusmeritev teh kemikalij v Evropsko unijo.

V letu 2006 se je število zasegov 1-fenil-2-propanona (P-2-P), ki se lahko uporablja za nezakonito proizvodnjo amfetamina in metamfetamina, v svetu zmanjšalo. Izjema so bile države članice EU (predvsem Danska, Nizozemska in Poljska), skupaj s Turčijo in Rusko federacijo, kjer je bila zasežena večina izmed 2 600 litrov P-2-P. Ta predhodna sestavina se uporablja predvsem pri proizvodnji amfetamina v Evropi, P-2-P pa običajno prihaja iz azijskih držav (Kitajske), čeprav ta sestavina po poročilih od leta 2004 prihaja tudi iz Ruske federacije (Europol, 2007a).

Količina svetovnih zasegov 3,4-metilendioksifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), ki se uporablja v proizvodnji MDMA, se je v letu 2006 zmanjšala na 7 500 litrov, pri čemer je bila skoraj celotna količina, razen 105 litrov, ki jih je zasegla Nizozemska, zasežena v Kanadi. Zasegi safrola, ki lahko nadomesti 3,4-MDP-2-P pri sintezi MDMA, so bili tudi v letu 2006 zanemarljivi, pri čemer je bilo po svetu zaseženih 62 litrov, predvsem v Avstraliji; v Evropi pa je o zasegu safrola (7 litrov) poročala samo Francija.

<sup>(63)</sup> Podatki o evropskih zasegih drog v tem poglavju so na voljo v preglednicah SZR-11 do SZR-18 v Statističnem biltenu 2008. Kjer podatkov za 2006 ni, so za oceno skupnih števil uporabljeni ustrezní podatki za 2005.

prestregli največje količine, sledijo pa Švedska, Češka republika in Slovaška. V Češki republiki in na Slovaškem so bili zasegi manjši, običajno nekaj gramov ali manj. Med letoma 2001 in 2006 sta se v Evropi povečala tako število kot tudi količina zaseženega metamfetamina; kljub temu pa sta v primerjavi z drugimi drogami še vedno nizka. Omejeni razpoložljivi podatki za leto 2006 kažejo, da je tipična čistost metamfetamina od 20 do 55 %.

## Ekstazi

Po poročanju se je leta 2006 svetovna proizvodnja ekstazija zmanjšala na približno 102 tona (UNODC, 2007a). Zdi se, da je proizvodnja postala bolj geografsko razpršena, saj je izdelava za lokalne potrebe zdaj pogostejša v Severni Ameriki ter v vzhodni in jugovzhodni Aziji. Kljub temu pa Evropa ostaja glavno področje proizvodnje ekstazija, saj je središče proizvodnje na Nizozemskem (kjer je proizvodnja po nekaj letih upadanja leta 2006 ponovno narasla), v Belgiji ter v manjši meri tudi na Poljskem in v Združenem kraljestvu.

Sorazmerna pomembnost Evrope kot potrošnice in proizvajalke ekstazija je razvidna iz podatkov o zasegih drog. Evropa je poročala o več kot 20 000 zasegih, v katerih so leta 2006 prestregli skoraj 14 milijonov tablet ekstazija. Na Nizozemskem je bila zasežena največja količina ekstazija (4,1 milijona tablet), sledijo Združeno kraljestvo, Turčija, Francija in Nemčija. Na splošno se je v obdobju 2001–2006 število zasegov ekstazija zmanjšalo, po vrhuncu leta 2002 pa se je zmanjšala tudi zasežena količina<sup>(64)</sup>. Od 4,5 tone ekstazija, zaseženega po vsem svetu leta 2006, je bilo v zahodni in srednji Evropi zaseženih 43 %; za primerjavo: delež, zasežen v Severni Ameriki, predstavlja 34 % (UNODC, 2008).

V Evropi je večina tablet ekstazija, analiziranih leta 2006, vsebovala MDMA ali drugo ekstazijo podobno snov (MDEA, MDA) kot edino prisotno psihoaktivno snov, 17 držav pa je poročalo, da to velja za več kot 70 % vseh analiziranih tablet. Španija in Poljska sta bili izjemi, saj sta poročali, da so analize tablet, označenih kot ekstazi, pogosto odkrile prisotnost amfetamina ali metamfetamina, pogosto v kombinaciji z MDMA ali podobno snovjo. V Latviji in na Malti večina analiziranih tablet ni vsebovala nobene nadzorovane snovi.

Večina držav je poročala, da je bila tipična vsebnost MDMA v tabletah ekstazija nekje med 25 in 65 mg – čeprav so se analizirani vzorci precej razlikovali (9 do 90 mg). Poleg tega je nekaj držav poročalo o tabletah z velikim odmerkom ekstazija, ki so vsebovale več kot

130 mg MDMA (Belgija, Danska, Nemčija, Francija, Nizozemska, Norveška), visokokakovosten prah MDMA pa je zdaj na voljo na nekaterih trgih. Glede vsebnosti MDMA v tabletah ekstazija ni opaziti jasnega srednjeročnega trenda. Vendar pa je jasno, da je postal ekstazi v primerjavi z začetkom 90. let prejšnjega stoletja, ko se je ta droga prvič pojavila v Evropi, precej cenejši. Čeprav obstajajo poročila o ceni 1 EUR za tableto, večina držav poroča, da tipična maloprodajna cena znaša od 3 do 9 EUR za tableto, podatki, razpoložljivi za obdobje 2001–2006, pa kažejo, da se maloprodajna cena (prilagojena glede na inflacijo) še naprej znižuje.

## LSD

Uživanje LSD-ja in trgovanje z njim še vedno veljata za obrobna, čeprav zasegi v Evropi kažejo na preporod zanimanja za to drogo v zadnjih nekaj letih. Po dolgotrajnem upadanju, ki sega že v 90. leta, se število in količina zasegov od leta 2003 povečujeta. Trenutno stanje ni jasno, saj, čeprav začasno razpoložljivi podatki kažejo na rahel upad zasegov in količin, Združeno kraljestvo, ki običajno poroča o največjih količinah zaseženega LSD-ja, še ni sporočilo podatkov. Maloprodajne cene LSD-ja (prilagojene glede na inflacijo) od leta 2001 rahlo padajo, v večini evropskih držav pa so leta 2006 znašale od 5 do 11 EUR za enoto.

## Razširjenost in vzorci uživanja

Med državami članicami EU je uživanje amfetaminov ali ekstazija precej razširjeno v Češki republiki, Estoniji in Združenem kraljestvu, glede na splošno nacionalno stanje na področju drog pa je precej razširjeno tudi v nekaterih srednje- in severnoevropskih državah. V nasprotju s tem pa so splošne ravni uživanja sintetičnih halucinogenih drog, kot je dietilamid lisergična kislina (LSD), nižje in so že dlje časa precej ustaljene.

Višje stopnje razširjenosti v nekaterih državah je treba razumeti, vsaj v preprostem smislu, v okviru dveh različnih vzorcev uživanja. V omejenem številu držav uživanje amfetamina ali metamfetamina z vbizgavanjem predstavlja velik delež vseh problematičnih uživalcev drog in tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav z drogami. V nasprotju s temi kroničnimi populacijami obstaja splošnejša povezava med sintetičnimi drogami, zlasti ekstazijem, ter nočnimi klubi, plesno glasbo in nekaterimi subkulturami; posledica tega so precej višje ravni uživanja med mladimi v primerjavi s splošno populacijo in zelo visoke ravni uživanja v nekaterih okoljih ali posebnih subpopulacijah.

<sup>(64)</sup> Ta slika je začasna, saj podatki za Združeno kraljestvo, ki je poročalo o največ zasegih v l. 2005, za l. 2006 še niso na voljo.

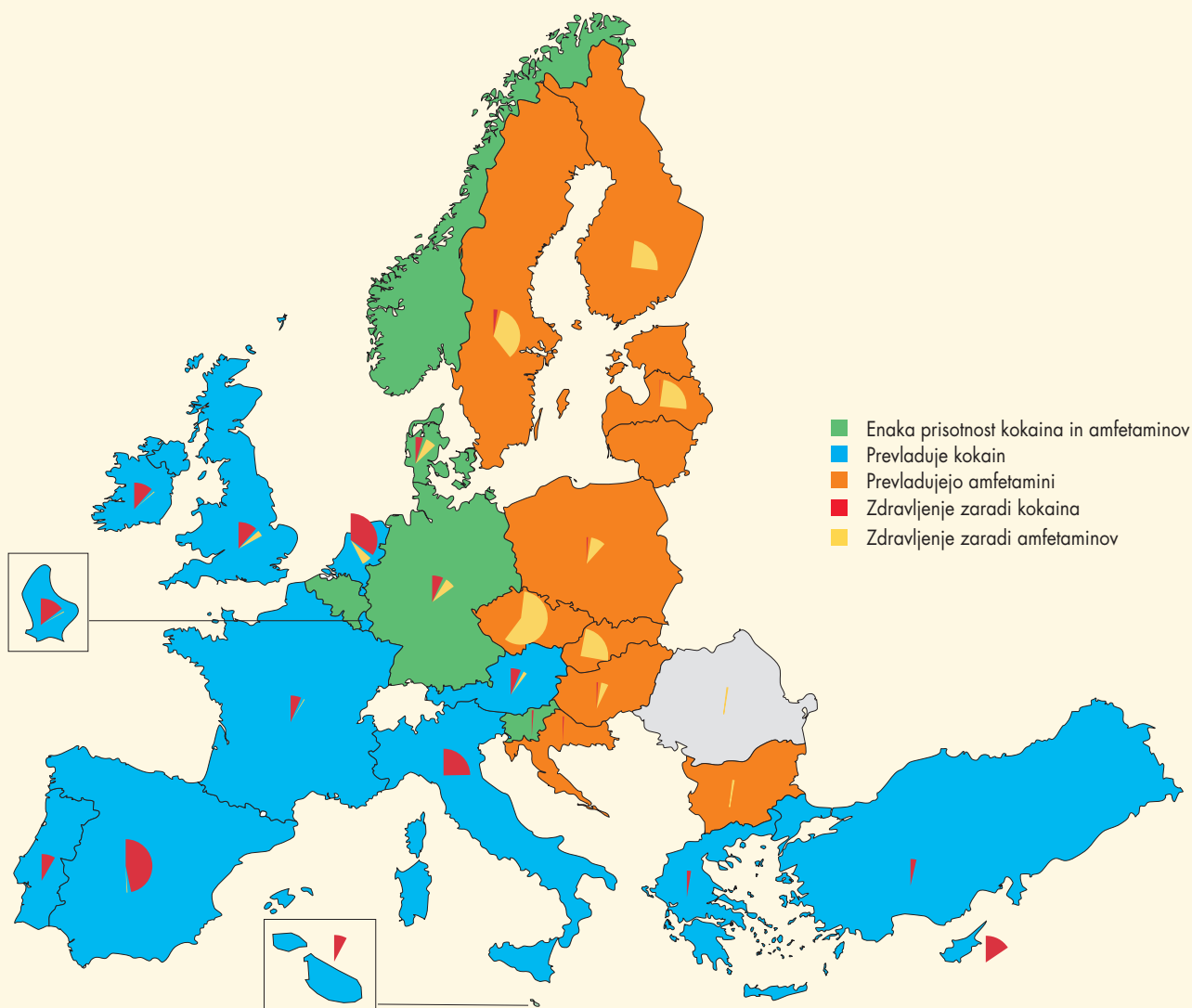
## Evropski trg s stimulanzi: „države kokaina“ in „države amfetaminov“?

Povzetek informacij iz različnih virov kaže, da imajo lahko različni stimulanzi v različnih državah podobno vlogo, zato bi bilo pametno, da se pri razvoju politike na tem področju upoštevajo ne le posamezne snovi, temveč trg s stimulanzi kot celota. V nekaterih državah se zdi, da je kokain prevladujoč stimulan, v drugih pa se pogosteje uživata amfetamin ali metamfetamin. Slika, ki se pokaže, če združimo podatke iz raziskav med splošnim prebivalstvom in poročil o zasegah,

kaže, da države iz severne in srednje Evrope na splošno spadajo v skupino, kjer prevladuje uporaba amfetaminov, države zahodne in južne Evrope pa v skupino, kjer prevladuje uporaba kokaina.

Med državami so velike razlike tudi v zvezi s pomembnostjo stimulansov v splošni problematiki na področju drog. To je razvidno iz podatkov o zdravljenju: za omejeno skupino držav so stimulanzi razlog za precej velik delež

Trgi s stimulanzi v Evropi: relativna razširjenost kokaina ali amfetamina v zasegah in raziskavah med prebivalstvom in delež uživalcev drog na zdravljenju, ki ti dve snovi navajajo kot primarni drogi



vseh povpraševanj po zdravljenju odvisnosti od drog (metamfetamin v Češki republiki in na Slovaškem; amfetamin v Latviji, na Švedskem in Finskem in kokain v Španiji, Italiji in na Nizozemskem), drugje pa je delež uživalcev na zdravljenju, ki te snovi navajajo kot glavni razlog za iskanje pomoči, majhen ali celo zanemarljiv.

Podatki, ki jih navajajo uživalci na zdravljenju, kažejo tudi na to, da imajo tisti, ki se zdravijo zaradi težav s stimulansi, težave samo z eno vrsto stimulansov. Med tistimi, ki se v izvenbolnišničnem okolju zdravijo zaradi kokaina (vsa povpraševanja), jih na primer samo 8 % navaja amfetamin kot sekundarno drogo; med uživalci amfetamina, ki se zdravijo, pa jih manj kot 9 % navaja kokain kot sekundarno problematično drogo. Poleg tega poročila iz nekaterih držav kažejo, da lahko na trgu z drogami včasih en stimulans izrine drugega. Obstoječi podatki na primer kažejo, da lahko med nekaterimi populacijami, ki uživajo droge, kokain nadomesti amfetamine in ekstazi; na Nizozemskem se izven mestnih območij amfetamini morda uporabljajo kot poceni nadomestki za kokain.

Medtem ko se stimulansi lahko razlikujejo glede učinkov in posledic, pa so možnosti, stopnje zadržanja in rezultati pri zdravljenju odvisnosti od drog zelo podobni (Rawson et al., 2000; Copeland in Sorensen, 2001). V določenem obsegu so podobnosti opazne tudi pri vzorcih uživanja teh drog in v splošni tipologiji uživalcev. Rekreativni ter manj intenzivni in škodljivi vzorci uživanja med socialno dobro integriranimi uživalci so lahko prisotni skupaj z intenzivnim uživanjem med marginaliziranimi skupinami, z večjo povezavo s problemi odvisnosti in bolj tveganimi načini uživanja, kot sta vbizgavanje in kajenje.

**Opomba:** Barva ozadja pomeni relativno prevlado kokaina ali amfetaminov glede na raziskave med splošnim prebivalstvom (razširjenost uživanja v zadnjem letu med populacijo, staro med 15 in 34 let) in podatke o zasegih; tortni diagrami predstavljajo deleže vseh povpraševanj po zdravljenju zaradi teh dveh drog – prikazani so samo segmenti za kokain in amfetamine. Za Italijo, Nizozemsko in Poljsko so tam, kjer podatki o zasegih niso na voljo, uporabljeni samo podatki iz raziskav med prebivalstvom. Za Hrvaško so bili uporabljeni samo podatki o zasegih. Za Norveško in Belgijo podatki o zdravljenju niso bili na voljo. Podatki, ki so bili na voljo za Romunijo, niso omogočali sklepov za državo kot celoto. V Češki republiki in na Slovaškem je metamfetamin najpogosteje uporabljeni amfetamin.

## Amfetamini

Najnovejše raziskave med prebivalstvom kažejo, da se v Evropi odstotek tistih, ki so že kdaj poskusili amfetamine <sup>(65)</sup>, razlikuje med državami in znaša od 0,1 % do 11,9 % vseh odraslih (15 do 64 let). V povprečju 3,3 % vseh odraslih Evropejcev poroča, da so vsaj enkrat poskusili amfetamine. Uživanje te droge je v zadnjih letih precej manjše, evropsko povprečje pa znaša 0,6 % (od 0,0 do 1,3 %). Ocene kažejo, da je približno 11 milijonov Evropejcev že kdaj poskusilo amfetamine, približno 2 milijona pa jih je to drogo zaužilo v zadnjem letu (za povzetek podatkov glej preglednico 3).

Med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let) se razširjenost amfetaminov kadar koli v življenju med državami zelo razlikuje in znaša od 0,2 % do 16,5 %, evropsko povprečje pa je približno 5 %. V tej starostni skupini je uživanje amfetaminov v zadnjem letu znašalo med 0,1 % in 2,9 %, večina držav pa poroča o ocenah razširjenosti med 0,7 in 1,9 %. Ocenjuje se, da je v prejšnjem letu amfetamine v povprečju zaužilo 1,3 % mladih Evropejcev.

### Problematično uživanje amfetamina

Kazalnik Centra o problematičnem uživanju drog (PDU) se v omejenem smislu lahko uporablja tudi za amfetamine, in sicer kjer kot tako opredeljuje vbizgavanje ali dolgotrajno/redno uživanje snovi. Samo ena država članica (Finska) je predložila nedavno nacionalno oceno problematičnega uživanja amfetaminov, ki je za leto 2005 znašala med 12 000 in 22 000 problematičnih uživalcev amfetaminov (4,3 do 7,9 primera na 1 000, v starosti od 15 do 54 let), kar je približno štirikrat več od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov v državi.

V večini evropskih držav je število sporočenih povpraševanj po zdravljenju v zvezi z uživanjem amfetamina razmeroma nizko. Zdravljenje zaradi uživanja amfetamina predstavlja velik delež celotnega sporočenega povpraševanja po zdravljenju v Latviji, na Švedskem in Finskem, kjer je med 25 in 35 % uživalcev, ki so se začeli zdraviti, poročalo o amfetaminu kot primarni drogi. Razen v teh državah predstavlja zdravljenje zaradi amfetamina več kot 5 % sporočenega zdravljenja odvisnosti od drog samo na Danskem, v Nemčiji, na Nizozemskem in na Poljskem, kjer od 6 do 9 % uživalcev, ki se zdravijo, poroča o amfetaminu kot primarni drogi <sup>(66)</sup>.

<sup>(65)</sup> Podatki raziskav o „uživanju amfetamina“ pogosto ne razlikujejo med amfetaminom in metamfetaminom, čeprav je to tipično povezano z uživanjem amfetamina (sulfata ali deskamfetamina), saj je uživanje metamfetamina v Evropi redko; na tej celini poročajo o manj kot 1 % vseh zaseženih količin metamfetamina na svetu.

<sup>(66)</sup> Glej preglednico TDI-5, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.



V večini držav, razen na Švedskem in Finskem, je delež novih uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja amfetaminov, večji od deleža vseh uživalcev, ki se zdravijo zaradi te droge. Med letoma 2002 in 2006 je bil delež novih uživalcev, ki so se začeli zdraviti zaradi primarnega uživanja amfetamina, v Evropi precej ustaljen, čeprav Latvija in Danska po tem obdobju poročata o povečanju, medtem ko se je na Švedskem in Finskem delež novih uživalcev amfetamina, ki se zdravijo, zmanjšal, kar lahko kaže na starejšo populacijo <sup>(67)</sup>.

Uživalci amfetamina, ki se začnejo zdraviti, so v povprečju stari približno 29 let in so moškega spola. Čeprav je razmerje med moškimi in ženskami približno 2 : 1, je celoten delež žensk med uživalci amfetamina, ki se zdravijo, višji od deleža, ki ga najdemo pri drugih drogah <sup>(68)</sup>.

### Problematično uživanje metamfetamina

V nasprotju z drugimi deli sveta, kjer je uživanje metamfetamina v zadnjih letih naraslo, se zdi, da so ravni uživanja v Evropi omejene (Griffiths et al., 2008). V preteklosti je bilo uživanje te droge v Evropi največje v Češki republiki in, v določeni meri, na Slovaškem. Samo ti dve državi poročata o najnovejših ocenah problematičnega uživanja. Leta 2006 je bilo po ocenah v Češki republiki od 17 500 do 22 500 uživalcev metamfetamina (2,4 do 3,1 primera na 1 000, v starosti od 15 do 64 let), kar je skoraj dvakrat več od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov; na Slovaškem naj bi bilo od 6 200 do 15 500 uživalcev metamfetamina (1,6 do 4,0 primera na 1 000, v starosti od 15 do 64 let), kar je približno 20 % manj od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov.

**Preglednica 3: Razširjenost uživanja amfetaminov v splošni populaciji – povzetek podatkov**

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
<b>15–64 let</b>		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	11 milijonov	2 milijona
Evropsko povprečje	3,3%	0,6%
Razpon	0,1–11,9%	0,0–1,3%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Grčija (0,1%) Romunija (0,2%) Malta (0,4%) Ciper (0,8%)	Grčija, Malta (0,0%) Francija (0,1%) Portugalska (0,2%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (11,9%) Danska (6,9%) Norveška (3,6%) Irska (3,5%)	Združeno kraljestvo, Estonija (1,3%) Norveška, Latvija (1,1%)
<b>15–34 let</b>		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7 milijonov	2 milijona
Evropsko povprečje	5,1%	1,3%
Razpon	0,2–16,5%	0,1–2,9%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Grčija (0,2%) Romunija (0,5%) Malta (0,7%) Ciper (0,8%)	Grčija (0,1%) Francija (0,2%) Ciper (0,3%) Portugalska (0,4%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (16,5%) Danska (12,7%) Norveška (5,9%) Španija, Latvija (5,3%)	Estonija (2,9%) Združeno kraljestvo (2,7%) Latvija (2,4%) Danska (2,2%)

Podatki temeljijo na zadnji raziskavi, ki je na voljo za posamezno državo. Leto študije se giblje med 2001 in 2007. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi tehtanega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (328 milijonov), 15–34 (134 milijonov) in 15–24 (64 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2008 pod naslovom „Raziskave med splošno populacijo“.

<sup>(67)</sup> Glej prikaz TDI-1 in preglednice TDI-4, del (ii), TDI-5, del (ii), in TDI-36 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(68)</sup> Glej preglednico TDI-37 v Statističnem biltenu 2008.

V zadnjih petih letih se sporočeno povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja metamfetamina povečuje v obeh državah. Metamfetamin je postal primarna droga, o kateri najpogosteje poročajo osebe, ki prvič iščejo zdravljenje na Slovaškem, kjer to zdravljenje predstavlja 25 % vsega povpraševanja po zdravljenju. V Češki republiki 59 % vseh uživalcev, ki se zdravijo, poroča o metamfetaminu kot primarni drogi <sup>(69)</sup>. Uživalci, ki se zdravijo zaradi metamfetamina, poročajo o visokih stopnjah vbrzgovanja drog: približno 50 % na Slovaškem in 80 % v Češki republiki.

## Ekstazi

Ocenjuje se, da je ekstazi poskusilo približno 9,5 milijona odraslih Evropejcev (v povprečju 3 %) in da jih je približno 3 milijone (0,8 %) ekstazi zaužilo v zadnjem letu (za povzetek podatkov glej preglednico 4). Med državami obstajajo velike razlike, saj najnovejše raziskave kažejo, da je med 0,3 in 7,3 % vseh odraslih (15 do 64 let) že poskusilo to drogo, večina držav pa poroča o ocenah razširjenosti uživanja kadar koli v življenju v razponu med 1,3 in 3,1 %. V Evropi je uživanje te droge v zadnjem letu znašalo med 0,2 in 3,5 %. Pri vseh merjenjih, kot to velja za večino drugih prepovedanih drog, je bilo sporočeno uživanje precej večje med moškimi kot med ženskami.

Uživanje ekstazija je bilo pogostejše med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let), kjer so ocene razširjenosti kadar koli v življenju na nacionalni ravni znašale med 0,5 in 14,6 %, med 0,4 in 7,7 % oseb v tej starostni skupini pa je zaužilo drogo v zadnjem letu. Ocenjuje se, da je 7,5 milijona mladih Evropejcev (5,6 %) že poskusilo ekstazi, približno 2,5 milijona (1,8 %) pa ga je zaužilo v zadnjem letu. Ocene razširjenosti so višje, če se omejimo na mlajše osebe: v starostni skupini od 15 do 24 let se razširjenost kadar koli v življenju giblje med 0,4 in 18,7 %, čeprav večina držav poroča o ocenah v razponu od 2,5 do 8 % <sup>(70)</sup>. Čeprav večina držav za to starostno skupino poroča o ocenah med 1,5 in 4,6 % za uživanje v zadnjem letu, je bila velika razlika med najnižjo nacionalno oceno 0,3 % in najvišjo oceno 12 %, kar odraža različne izkušnje nekaterih držav članic.

Med šolsko mladino se lahko pokaže veliko povečanje ravni razširjenosti pri le nekoliko višji starosti, podatki iz 16 držav na primer kažejo, da je razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju pri 17- in 18-letnikih v primerjavi z mlajšimi dijaki na splošno precej večja, kar

pomeni, da šolska mladina drogo prvič zaužije po 16. letu starosti <sup>(71)</sup>.

Čeprav je v Evropi število uživalcev ekstazija podobno številu uživalcev amfetamina, jih le malo poišče zdravljenje. Leta 2006 je v večini držav manj kot odstotek uživalcev drog, ki so se začeli zdraviti, ekstazi navedlo kot primarno drogo in v večini držav se le malo uživalcev zdravi zaradi težav, povezanih z ekstazijem. Samo pet držav poroča o več kot 100 uživalcih ekstazija, ki se zdravijo (Francija, Italija, Madžarska, Združeno kraljestvo, Turčija), kar predstavlja od 0,5 do 4 % vseh uživalcev, ki se v teh državah zdravijo zaradi odvisnosti. Uživalci ekstazija so v povprečju stari od 24 do 25 let in so med najmlajšimi skupinami, ki se zdravijo zaradi drog, redno pa poročajo o hkratnem uživanju drugih snovi, med drugim konoplje, kokaina, alkohola in amfetaminov <sup>(72)</sup>.

## LSD

Razširjenost uživanja LSD-ja kadar koli v življenju med odraslo populacijo (15 do 64 let) znaša med 0,0 in 5,4 %. Med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let) so ocene razširjenosti kadar koli v življenju nekoliko višje (0,3 do 7,1 %), čeprav o najnižjih ravneh razširjenosti poročajo med 15- in 24-letniki. V nasprotju s tem pa v državah, ki so predložile primerljive podatke, uživanje LSD-ja pogosto presega uživanje halucinogenih gob, kjer se ocene razširjenosti kadar koli v življenju za mlajše odrasle gibljejo med 1 in 9 %, ocene razširjenosti v zadnjem letu pa med 0,3 in 3 % (EMCDDA, 2006).

## Trendi uživanja amfetaminov in ekstazija

Poročila o tem, da se trendi uživanja amfetamina in ekstazija v Evropi umirjajo ali celo upadajo, so podprta z najnovejšimi podatki. Po splošnem povečanju uživanja v 90. letih prejšnjega stoletja raziskave med prebivalstvom zdaj kažejo na splošno umirjanje ali celo manjše upadanje priljubljenosti obeh drog, čeprav ta vzorec ni opažen v vseh državah.

Uživanje amfetamina (v zadnjih 12 mesecih) med mlajšimi odraslimi (15–34 let) se je v Združenem kraljestvu med letoma 1996 (6,5 %) in 2002 (3,1 %) bistveno zmanjšalo, potem pa je število uživalcev ostalo nespremenjeno. Na Danskem so poročali o precejšnjem povečanju uživanja amfetamina med letoma 1994 in 2000, vendar rezultati raziskave iz leta 2005 kažejo na upadanje uživanja te snovi od začetka tega desetletja <sup>(73)</sup>. V drugih državah, ki so poročale o ponovnih raziskavah v podobnem časovnem obdobju (Nemčija, Grčija, Španija, Francija, Nizozemska,

<sup>(69)</sup> Glej preglednico TDI-5, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(70)</sup> Glej preglednico GPS-17 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(71)</sup> Glej preglednici EYE-1 in EYE-2 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(72)</sup> Glej preglednice TDI-5 ter TDI-37, del (i), del (ii) in del (iii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(73)</sup> Na Danskem se za l. 1994 informacije nanašajo na „trde droge“, kamor so predvsem spadali amfetamini.

**Preglednica 4: Razširjenost uživanja ekstazija v splošni populaciji – povzetek podatkov**

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
<b>15–64 let</b>		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	9,5 milijona	2,6 milijona
Evropsko povprečje	2,8%	0,8%
Razpon	0,3–7,3%	0,2–3,5%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,3%) Grčija (0,4%) Malta (0,7%) Litva (1,0%)	Grčija, Malta (0,2%) Danska, Poljska (0,3%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (7,3%) Češka republika (7,1%) Irska (5,4%) Španija (4,4%)	Češka republika (3,5%) Združeno kraljestvo (1,8%) Estonija (1,7%) Slovaška (1,6%)
<b>15–34 let</b>		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7,5 milijona	2,5 milijona
Evropsko povprečje	5,6%	1,8%
Razpon	0,5–14,6%	0,4–7,7%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,5%) Grčija (0,6%) Malta (1,4%) Litva, Poljska (2,1%)	Grčija (0,4%) Italija, Poljska (0,7%) Danska, Litva, Portugalska (0,9%)
Države z največjo razširjenostjo	Češka republika (14,6%) Združeno kraljestvo (13,0%) Irska (9,0%) Slovaška (8,4%)	Češka republika (7,7%) Združeno kraljestvo (3,9%) Estonija (3,7%) Nizozemska, Slovaška (2,7%)

Podatki temeljijo na zadnji raziskavi, ki je na voljo za posamezno državo. Leto študije se giblje med 2001 in 2007. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi tehtanega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (328 milijonov), 15–34 (134 milijonov) in 15–24 (64 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2008 pod naslovom „Raziskave med splošno populacijo“.

Slovaška, Finska) so trendi večinoma nespremenjeni <sup>(74)</sup>. V petletnem obdobju med letoma 2001 in 2006 izmed 14 držav z zadostnimi podatki o razširjenosti uživanja amfetaminov v zadnjem letu v starostni skupini 15–34 let tri države poročajo o upadu v višini 15% ali več, štiri poročajo o nespremenjenem stanju, sedem pa jih poroča o povečanju v višini 15% ali več.

Pri uživanju ekstazija med mlajšimi odraslimi (15–34 let) je stanje bolj raznoliko, saj so ravni uživanja še vedno visoke med mlajšimi moškimi <sup>(75)</sup> ter v študijah nekaterih posebnih sprostitvenih okolij. Po splošnem povečanju uživanja v nekaterih evropskih državah konec 80. in na začetku 90. let prejšnjega stoletja, ki je privedlo do podobnih ravni uživanja ekstazija v Nemčiji, Španiji in Združenem kraljestvu sredi 90. let, je v zadnjem letu

razširjenost uživanja v Združenem kraljestvu v primerjavi z drugimi državami ostala višja <sup>(76)</sup>. V petletnem obdobju med letoma 2001 in 2006 se je razširjenost uživanja ekstazija v zadnjem letu med mlajšimi moškimi zmanjšala v treh od 14 držav, ki so predložile zadostne informacije, medtem ko je ostala nespremenjena v petih državah, v šestih državah pa se je povečala.

Podatki iz novih držav kažejo, da bi v nekaterih skupinah populacije, ki uživa droge, kokain lahko nadomeščal amfetamine in ekstazi. To bi lahko veljalo za Združeno kraljestvo in Dansko ter v določenem obsegu za Španijo. Tako Združeno kraljestvo kot tudi Danska poročata o relativno visokih ocenah razširjenosti uživanja amfetaminov kadar koli v življenju (11,9 in 6,9%), vendar pa so ravni sporočenega uživanja v zadnjem

<sup>(74)</sup> Glej prikaz GPS-8 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(75)</sup> Glej prikaz GPS-9, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(76)</sup> Glej prikaz GPS-21 v Statističnem biltenu 2008.



letu in zadnjem mesecu bolj skladne z ravnmi v drugih državah. Povečano uživanje kokaina v teh državah je v določeni meri posledica upada uživanja amfetaminov, kar povečuje možnost, da na teh trgih en stimulant nadomešča drugega <sup>(77)</sup>. Možne spremembe vzorcev uživanja droge v drugih državah (Nemčija, Francija, Italija, Nizozemska) niso tako jasne. Na splošno pa vzajemno delovanje različnih drog, ki so lahko podobno zanimive za uživalce, ostaja slabo razumljeno.

Analiza podatkov iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino, ki so na voljo za leto 2007 (Češka republika, Španija, Portugalska, Slovaška, Švedska, Združeno kraljestvo), podpira domnevo o splošnem umirjanju stanja brez sprememb ali celo manjšem upadanju, ugotovljenem pri sporočenem uživanju amfetamina in ekstazija kadar koli v življenju.

## Sprostitutvena okolja

### Uživanje amfetaminov in ekstazija v sprostivnih okoljih

Študije o uživanju drog v izbranih sprostivnih okoljih, kjer se zbirajo mladi in ki se včasih povezujejo z uživanjem drog, kot so plesni dogodki ali glasbeni festivali, lahko ponudijo uporaben vpogled v vedenje oseb, ki redno in intenzivno uživajo amfetamine in ekstazi. Ocene uživanja drog v teh okoljih so običajno visoke, vendar pa jih ni mogoče posplošiti na širšo populacijo.

Raziskava med mladimi v starosti 15–30 let, ki se redno zabavajo na prizoriščih nočnega življenja, izvedena leta 2006 v devetih evropskih mestih (Atene, Berlin, Brno, Lizbona, Liverpool, Ljubljana, Palma, Benetke, Dunaj), je podala naslednje ocene razširjenosti kadar koli v življenju: 27 % za uživanje ekstazija in 17 % za uživanje amfetamina. Pogosto uživanje teh drog je bilo precej manjše, saj je samo 1,4 % anketirancev navedlo, da ekstazi vzamejo enkrat tedensko ali pogosteje, manj kot odstotek pa jih je enako navedlo za amfetamin. V skupini, vključeni v raziskavo, je bila povprečna starost ob prvem zaužitju obeh drog 18 let <sup>(78)</sup>. Hkratno uživanje alkohola je bilo običajno, saj je 34 % vprašanih poročalo o „stanju pijanosti“ več kot dvakrat v štirih tednih pred raziskavo. O tej stopnji pijanosti so pogosteje poročali moški kot ženske: 42 % moških in 27 % žensk (Evropska komisija, 2007b).

Francoska raziskava, izvedena leta 2004 in 2005 na petih prizoriščih elektronske glasbe, je na vzorcu 1 496 anketirancev pokazala 32-odstotno razširjenost uživanja

ekstazija in 13-odstotno razširjenost uživanja amfetaminov v zadnjem mesecu. Vendar pa je treba navesti, da je bila razširjenost večja med posebnimi subpopulacijami, za katere so bili značilni uporniški elementi in so bile označene kot „alternativne“. Med temi subpopulacijami so bile ocene razširjenosti uživanja ekstazija in amfetamina 54 oziroma 29 %.

### Intervencije v sprostivnih okoljih

V Evropi je pri obravnavi lokalnega javnega miru ali zdravstvenih vprašanj vedno bolj prisoten trend skupne obravnave dovoljenih in prepovedanih drog s strani pristojnih organov. Ta pristop je še posebej pomemben pri intervencijah, katerih cilj so okolja, kjer se uživajo sintetične droge, stimulant in alkohol, na primer nočni bari in klubi. Ena izmed težav na tem področju je, da je težko razložiti relativni vlogi prepovedanih in dovoljenih drog. Uživanje alkohola med mladimi povzroča v Evropi vedno večjo zaskrbljenost; leta 2006 je Evropska komisija sprejela strategijo EU za boj proti škodljivim posledicam uživanja alkohola, da bi podprla države članice pri zmanjševanju z alkoholom povezane škode med mladimi. Dejansko je škodljivo uživanje alkohola povezano z enim izmed štirih smrtnih primerov med mlajšimi moškimi (v starosti od 15 do 29 let) ter z enim izmed desetih smrtnih primerov med mlajšimi ženskami <sup>(79)</sup>.

Zaskrbljenost zaradi hkratnega uživanja drog in alkohola pri mladih v javnih okoljih je privedla do razvoja strategij, ki so usmerjene v spreminjanje socialnih, gospodarskih in fizičnih okolij, povezanih z uživanjem alkohola in drog. Cilji strategij so: spremeniti vedenje in norme uživanja; ustvariti pogoje, ki so manj ugodni za omamljanje, in zmanjšati priložnosti za nastanek težav, povezanih z alkoholom in drogami <sup>(80)</sup>. Države članice poročajo o več ukrepih, ki naj bi se izvajali v okoljih nočnega življenja ali v njihovi bližini, s posebnim ciljem zmanjšati škodo ali pozitivno spremeniti socialno okolje. Ti vključujejo: usposabljanje za gostinsko in varnostno osebje; boljše izvajanje obstoječih zakonov; ozaveščanje o škodi, povezani s temi snovmi; zagotavljanje prevoza pozno ponoči; in izboljšave, katerih namen je zagotoviti varnejše okolje nočnega življenja. Ukrepi na tem področju so raznoliki, vključujejo pa tudi: izboljšanje ulične razsvetljave; razpoložljivost pitne vode; primerno zračenje in celo ukrepe za zagotavljanje hitrega odziva na potrebe po zdravstveni oskrbi. Skupna značilnost tega pristopa je pogosto ta, da temelji na dialogu med različnimi interesnimi skupinami, kot so policija, licenčni organi, lastniki klubov in ponudniki zdravstvenih storitev, od katerih

<sup>(77)</sup> Glej „Evropski trg s stimulansi: ‚države kokaina‘ in ‚države amfetaminov‘?“, str. 50.

<sup>(78)</sup> Glej preglednico EYE-2 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(79)</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_factsheet\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf)

<sup>(80)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

se zahteva sodelovanje, da bi lahko opredelili lokalne potrebe in možne rešitve.

Primer dela na tem področju najdemo na Danskem, kjer so v sodelovanju z občinskimi organi in policijo ter lastniki restavracij in ljudmi, ki delajo v okolju nočnega življenja, na voljo tečajji za spodbujanje skupnih prizadevanj za omejitev uživanja in prodaje drog in alkohola. Vse večjo pozornost pridobivajo tudi nekateri pristopi, ki so jih na tem področju oblikovale posamezne države članice, kar je razvidno iz dejstva, da se smernice za varno plesno zabavo, oblikovane v Združenem kraljestvu, zdaj izvajajo tudi v Parizu in Bruslju. Lastniki klubov s pomočjo terenskih delavcev in lokalnih oblasti pomagajo pri spodbujanju zmerne pitja alkohola ter pri ozaveščanju o škodi, ki jo povzročajo droge in alkohol, hkrati pa izboljšujejo varnostne značilnosti okolij (npr. zagotavljajo brezplačno vodo, osebje, usposobljeno za izvajanje prve pomoči, prostore za sprostitev).

Povezava med vožnjo avtomobila ter uživanjem drog in alkohola je vprašanje, vključeno v nekatere strategije za okolje. Primeri, navedeni tukaj, vključujejo zagotavljanje prevoza za omamljene voznike, ki je na voljo v nekaterih pariških nočnih klubih, in spodbujanje možnosti javnega prevoza s strani bruseljskih klubov. V Španiji so bile zlasti ob koncih tedna izvedene preventivne kampanje, ki so bile osredotočene na „določene voznike“ in na ozaveščanje o tveganjih vožnje pod vplivom psihoaktivnih snovi. Morda so te kampanje leta 2006 v Španiji prispevale k 16-odstotnemu upadu števila prometnih nesreč, v katerih so bili udeleženi mladi med 18. in 20. letom starosti <sup>(81)</sup>.

Zdi se, da lahko strategije, namenjene okolju, v katerem mladi uživajo tako droge kot tudi alkohol, močno vplivajo na varovanje javnega zdravja in izboljšanje javne varnosti, koristi pa imajo lahko ne le uživalci, temveč tudi širša

skupnost. Vendar pa so takšni pristopi dandanes v Evropi omejeni na določeno znano problematično področje, pogosto v večjih mestnih središčih, in se le redko celovito izvajajo, kar močno kaže na to, da obstaja veliko možnosti za nadaljnje naložbe in razvoj na tem področju. Na splošno je delo na tem področju omejeno na intervencije, usmerjene na posebna problematična vedenja ali vidike okolja in ne na širšo nalogo obravnavanja normativnih prepričanj in odnosov, ki jih mladi gojijo do uživanja drog in alkohola v določenih okoljih.

## Zagotavljanje zdravljenja

V večini držav članic se omejeno povpraševanje odraža v omejeni razpoložljivosti storitev zdravljenja, posebej namenjenih uživalcem amfetamina, metamfetamina ali ekstazija. To stanje je nekoliko drugačno v nekaj državah članicah s populacijo dolgotrajnih kroničnih uživalcev amfetamina ali metamfetamina. V teh državah (predvsem v Češki republiki, na Slovaškem, Finskem in Švedskem) se uživalci amfetamina ali metamfetamina zdravijo v okviru specializiranih storitev. Zdi se, da so možnosti zdravljenja sestavljene iz razstrupljanja, ki mu sledi individualna terapija v izvenbolnišničnem okolju ali skupinska terapija v izvenbolnišničnem ali bolnišničnem okolju.

Dokazano učinkovite terapevtske oblike pa na splošno pomanjkljivo vodijo zdravljenje odvisnosti od psihostimulantov, kot so amfetanimi in kokain. Kot je navedeno v poglavju 5, trenutno ni na voljo farmakoloških učinkovin, ki bi uživalcem pomagale pri nadzoru abstinence ali zmanjšanju želje, povezane z odvisnostjo od psihostimulantov. Poleg tega bi iz literature lahko sklepali, da se, kar zadeva pomoč uživalcem psihostimulantov pri vzdrževanju abstinence, nobena psihosocialna intervencija ni izkazala za posebej učinkovito.

<sup>(81)</sup> Za več informacij o preventivnih kampanjah v Evropi glej izbrano vprašanje o drogah in vožnji za leto 2007.



## Poglavje 5

# Kokain in crack kokain

### Uvod

Najnovejši podatki še naprej kažejo na splošno povečanje uživanja kokaina v Evropi. Raziskave med prebivalstvom, izvedene v več državah, so zabeležile velik porast uživanja med mladimi od sredine 90. let prejšnjega stoletja. Te ugotovitve so podprte z rezultati usmerjenih študij, ki so zabeležile zelo visoke ravni uživanja kokaina v nekaterih sprostitvenih okoljih (prizorišča nočnega življenja in plesne glasbe). Hkrati so se pokazatelji razpoložljivosti kokaina v Evropi, vključno s številom zasegov te droge in zaseženo količino, dramatično povečali.

V nekaterih državah članicah EU se je v zadnjih letih povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja kokaina močno povečalo in zdaj v nekaterih državah, mestih in regijah presega celo povpraševanje po zdravljenju zaradi opioidov. Poleg tega velik del uživalcev opioidov na zdravljenju kokain navaja kot sekundarno drogo, kar lahko prispeva k njihovim težavam in lahko oteži njihovo oskrbo. V številnih državah navajajo kokain tudi v toksikološki analizi velikega dela z drogo povezanih smrtnih primerov, običajno v kombinaciji z opioidi in drugimi snovmi.

Zaradi precejšnjih razlik med državami, pri čemer veliko držav še vedno poroča o nizkih ravneh uživanja, je treba opozoriti na ugotovitev, da uživanje kokaina v Evropi na splošno narašča. Zelo različne so tudi nacionalne izkušnje s problemom kokaina; na primer, v Evropi razmeroma majhno število držav predstavlja večino vseh povpraševanj po zdravljenju zaradi kokaina.

### Ponudba in razpoložljivost

#### Proizvodnja in trgovina

Gojenje grmov koke, ki so vir kokaina, je še vedno najbolj razširjeno v nekaj državah andske regije<sup>(82)</sup>. Po oceni Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih (2008) naj bi bilo v letu 2007 proizvedenih 994 ton čistega kokaina hidroklorida, od česar je Kolumbija prispevala 61 %, Peru 29 % in Bolivija 10 %. Analiza uničenih laboratorijev kaže, da večina proizvodnje ostaja v teh

treh državah, čeprav se droga pred izvozom na glavne potrošniške trge v Severni Ameriki in Evropi lahko pojavi tudi v drugih državah Južne Amerike. Informacije o prepovedani trgovini s kalijevim permanganatom (kemijski reagent, ki se uporablja pri sintezi kokain hidroklorida) podpirajo to ugotovitev, saj Kolumbija poroča o 99 od 101 tone kalijevega permanganata, ki je bil na svetu zasežen leta 2006 (INCB, 2008b).

Kokain, proizveden v andski regiji, nato pretihotapijo v Evropo iz južnoameriških držav (prek Brazilije, Ekvadorja, Venezuele). Medtem ko Karibi ostajajo najpomembnejše tranzitno območje za kokain, namenjen v Evropo, se v zadnjih nekaj letih močno povečuje pretovarjanje prek držav v zahodni Afriki, zlasti v Gvinejskem zalivu in ob obali Zelenortskega otokov, Gvineje in Gvineje Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a)<sup>(83)</sup>. Španija in Portugalska ostajata glavni vstopni točki za kokain v Evropi, pri čemer se je vloga Portugalske od leta 2005 zelo okreplila. Vendar pa kokain v Evropo še vedno prihaja bolj neposredno, bodisi s pošiljkami prek Atlantskega oceana ali po zraku, še zlasti na Nizozemsko, v Belgijo, Italijo, Francijo, Združeno kraljestvo in Nemčijo. Nizozemska in Francija sta po poročanju glavni tranzitni državi za nadaljnjo distribucijo kokaina v Evropi (Europol, 2007b). Najnovejša poročila o uvozu kokaina prek vzhodnoevropskih držav (Bolgarija, Estonija, Latvija, Litva, Romunija, Rusija) morda kažejo na razvoj novih trgovskih poti v tem delu Evrope.

#### Zasegi

Kokain je droga, s katero se na svetu poleg marihuane in hašiša največ trguje. Leta 2006 se je količina zasegov kokaina nekoliko znižala, in sicer na 706 ton. Južna Amerika je še naprej poročala o največji zaseženi količini, ki je predstavljala 45 % vseh zasegov na svetu, sledijo Severna Amerika s 24 % ter zahodna in srednja Evropa s 17 % (UNODC, 2008).

Število zasegov kokaina v Evropi zadnjih 20 let narašča in to je veljalo tudi za obdobje med letoma 2001 in 2006, razen upada leta 2003. V zadnjem desetletju se je povečevala tudi količina zaseženega kokaina, vendar

<sup>(82)</sup> Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 36.

<sup>(83)</sup> Glej tudi „Zahodna Afrika: zdaj regionalno tranzitno središče za trgovino v Evropo“, str. 59.

## Zahodna Afrika: zdaj regionalno tranzitno središče za trgovino v Evropo

V zadnjih petih letih je zahodna Afrika postala pomembna regija za trgovino s kokainom v Evropo<sup>(1)</sup>, saj deluje kot mesto tranzita, shranjevanja in prepakiranja (Europol, 2007b; UNODC, 2007b; USDS, 2008). Ocenjuje se, da je skoraj četrtina kokaina, prodanega v Evropo v letu 2007, prešla to regijo (UNODC, 2008). Spričo vse bolj razširjenega uživanja kokaina v Evropi obstaja mnenje, da je porast trgovine z drogami prek zahodnoafriške poti prispeval k padcu cene droge, hkrati pa se je okrepila vloga Iberskega polotoka kot vstopne točke za distribucijo kokaina v Evropi (Europol, 2007b).

Kokain potuje iz zahodne Afrike v Evropo predvsem po morju, saj ribiške ladje velike pošiljke prevažajo do mest, kjer jih raztovorijo, predvsem na obali severne Portugalske in Galicije v Španiji. Manjše pošiljke kokaina so pretihotapljene po zraku ali po kopnem, čedalje večkrat v povezavi s tihotapljenjem hašiša iz severne Afrike.

Rast zahodnoafriške trgovske poti za kokain je bila pripisana več dejavnikom. Med njimi so učinkovitejše kontrole na alternativnih trgovskih poteh (Europol, 2007b); geografski položaj zahodne Afrike in ekonomska ranljivost držav na tem področju, posledica česar je pogosto slab sodni in kazenski sistem.

Mednarodna skupnost je sprožila val pobud za obravnavo tega problema. Poleg drugih pobud Evropske unije je Svet, prek horizontalne delovne skupine za droge, zahodno Afriko uvrstil na vrh dnevnega reda in Komisiji ZN za droge 2008 predstavil resolucijo o okrepitvi mednarodne podpore zahodni Afriki. Poleg tega je sedem držav članic, ob podpori EU, sodelovalo pri ustanovitvi Pomorskega analitičnega in operacijskega centra za narkotike (MAOC-N), centra za kazenski pregon s sedežem v Lizboni, z vojaško podporo, katerega cilj je zatreči trgovanje s kokainom s posebnim poudarkom na vzhodnem delu Atlantika.

<sup>(1)</sup> UNODC (2007b) poroča, da so Senegal, Gana, Mavretanija, Gvineja Bissau, Zelenortski otoki, Nigerija, Benin in Sierra Leone leta 2006–2007 zabeležili največje zasege.

z rednimi nihanji. Leta 2006 se je število zasegov kokaina v Evropi povečalo na 72 700 primerov, zasežena količina pa je znašala 121 ton<sup>(84)</sup>. Španija je bila zopet tista država, ki je poročala o največ zasegih, saj je opravila 58 % vseh zasegov, pri čemer je zasegla 41 % vse količine, zasežene tega leta v Evropi. Veliko povečanje količine, zasežene na Portugalskem od leta 2005, kar pomeni 28 % zasežene količine v Evropi leta 2006, kaže, da trgovci s kokainom Iberski polotok vedno pogosteje uporabljajo kot vstopno točko na evropski trg.

## Čistost in cena

Leta 2006 se je tipična čistost kokaina v Evropi gibala med 1 in 90 %, čeprav je večina držav navajala vrednosti med 25 in 55 %<sup>(85)</sup>. Od 23 držav, ki so predložile zadostne podatke, jih večina poroča o trendu zmanjševanja čistosti kokaina v obdobju 2001–2006; povečanja so bila med letoma 2003 in 2006 zabeležena v Grčiji in Franciji.

Leta 2006 je tipična maloprodajna cena kokaina v večini evropskih držav znašala od 50 do 75 EUR za gram, čeprav Ciper, Romunija, Švedska in Turčija poročajo o precej višjih cenah. V obdobju med letoma 2001 in 2006 se je kokain, ki se prodaja na ulici, pocenil v 18 državah, ki so predložile zadostne podatke, razen v Romuniji, kjer je bila zabeležena podražitev (prilagojeno glede na inflacijo).

## Razširjenost in vzorci uživanja

Razlike niso opazne samo v splošnih ravneh uživanja kokaina, o katerih poročajo države članice, temveč se odražajo tudi v značilnostih samih uživalcev kokaina, ki spadajo v različne družbene sloje, od najbolj privilegiranih do najbolj obrobni članov družbe. Vzorci uživanja kokaina so lahko temu primerno različni, od občasnega in rekreativnega uživanja do zelo kompulzivnega uživanja in odvisnosti. Oblika, v kateri se kokain uživa (kokain hidraklorid ali crack kokain), in način uživanja te droge sta dodatna oteževalna dejavnika. To raznolikost je treba upoštevati tako pri razumevanju obsega težav, ki so lahko povezane z različnimi vzorci uživanja kokaina, kot tudi pri obveščanju usmerjanja in razvoja storitev za različne skupine uživalcev drog.

## Med splošno populacijo

Na splošno ostaja kokain, za konopljo, druga najpogosteje uživana prepovedana droga v Evropi, čeprav se podatki o uživanju med državami precej razlikujejo. Ocenjuje se, da je kokain vsaj enkrat v življenju zaužilo približno 12 milijonov Evropejcev; v povprečju 3,6 % odraslih v starosti od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 5). Nacionalni podatki znašajo od 0,4 do 7,7 %, 12 držav, večinoma države članice, ki so v Evropsko unijo vstopile leta 2004, pa poroča o zelo nizkih ravneh uživanja kadar koli v življenju med vsemi odraslimi (0,4 do 1,2 %).

Ocenjuje se, da je v zadnjem letu približno 4 milijone Evropejcev zaužilo kokain (v povprečju 1,2 %), čeprav so razlike med državami zelo velike. To je razvidno iz

<sup>(84)</sup> Podatki o evropskih zasegih kokaina, omenjeni v tem poglavju, so na voljo v preglednicah SZR-9 in SZR-10 v Statističnem biltenu 2008. Kjer podatkov za 2006 ni, so za oceno skupnih števil v Evropi uporabljeni ustrezni podatki za 2005.

<sup>(85)</sup> Za podatke o čistosti in ceni glej preglednici PPP-3 in PPP-7 v Statističnem biltenu 2008.

rezultatov najnovejših nacionalnih raziskav, ki poročajo o ocenah razširjenosti v zadnjem letu med 0,1 in 3 %; vendar samo v štirih državah ravni uživanja presegajo 1 %. Ocena razširjenosti uživanja v zadnjem mesecu, ki znaša 2 milijona, predstavlja približno polovico razširjenosti v zadnjem letu in približno 0,5 % vse odrasle populacije. Te ocene so verjetno previdne.

Na splošno se zdi, da je uživanje kokaina osredotočeno na nekaj držav, predvsem Španijo in Združeno kraljestvo ter v manjšem obsegu Italijo, Dansko in Irsko, medtem ko je uživanje te droge v večini drugih evropskih držav precej redko. V državah, kjer na trgu prepovedanih stimulativen drog prevladuje amfetamin, so ocene uživanja kokaina nizke v skoraj vseh primerih; nasprotno pa v večini držav, kjer je kokain glavni prepovedani stimulant, poročajo o nizkih ravneh uživanja amfetamina <sup>(86)</sup>.

### Uživanje kokaina med mlajšimi odraslimi

Kokain uživajo predvsem mlajši odrasli (15–34 let). Od 4 milijonov Evropejcev, ki so to drogo zaužili v zadnjem letu, je bilo najverjetneje sedem od osmih oseb mlajših odraslih.

V Evropi se ocenjuje, da je 7,5 milijona mlajših odraslih (15–34 let) ali povprečno 5,4 % vsaj enkrat v življenju zaužilo kokain. Nacionalni podatki znašajo od 0,7 do 12,7 %. Evropsko povprečje uživanja kokaina v zadnjem letu v tej starostni skupini je ocenjeno na 2,3 % (3,5 milijona), uživanja v zadnjem mesecu pa na 1 % (1,5 milijona).

Uživanje je zlasti pogosto med mlajšimi moškimi (15–34 let), razširjenost uživanja kokaina v zadnjem letu pa v Španiji, na Danskem, Irskem, v Italiji in v Združenem kraljestvu znaša od 4 do 7 % <sup>(87)</sup>. Za mlajše odrasle v različnih državah se razmerje med ženskami in moškimi za razširjenost uživanja v zadnjem letu giblje med 1 : 1 in 1 : 13. Tehtano povprečje za Evropsko unijo kot celoto kaže, da je bilo med uživalci kokaina v starosti od 15 do 34 let razmerje med moškimi in ženskami skoraj 4 : 1 (3,8 moškega na eno žensko).

Merjenje nedavnega uživanja kokaina (v zadnjem letu in zadnjem mesecu) je pokazalo največji delež v starostni skupini od 15 do 24 let, čeprav ta pojav ni tako očiten kot v primeru konoplje ali ekstazija <sup>(88)</sup>. Razširjenost uživanja kokaina v zadnjem letu je za to skupino ocenjena na 2,6 %, kar pomeni, da je 2 milijona 15- do 24-letnikov v zadnjem letu zaužilo to drogo.

Uživanje kokaina je povezano tudi z določenimi življenjskimi slogi. V analizi podatkov iz britanskega

### Ocenjevanje uživanja kokaina z analizo komunalne odpadne vode

Uporaba novejšega razvoja analitične kemije pri odkrivanju kokaina v odpadnih vodah je uvedla nov pristop k spremljanju uživanja prepovedanih drog v skupnosti, znan kot „epidemiologija odpadne vode“. Metoda obsega merjenje ravni razgradnih produktov prepovedanih drog, ki se izločijo v urin uživalca. Ravni razgradnih produktov, izmerjenih v odpadni vodi, se nato ovrednotijo in izračuna se uživanje prepovedanih drog med prebivalstvom. V primeru kokaina je glavni presnovek v urin benzoilekgonin. Ker je razgradnja kokaina v človeškem telesu edini verjetni vir benzoilekgonina v odpadnih vodah, je s pomočjo določenih domnev iz količine presnovka v odpadni vodi mogoče izračunati količino zaužitega kokaina v skupnosti (ne pa tudi števila uživalcev).

Epidemiologija odpadne vode je še vedno v zgodnji fazi razvoja in informacije, ki jih nudi, je treba skupaj s pomembnimi tehničnimi in etičnimi vprašanji vključiti v sedanje raziskovalno razmišljanje. Ta vprašanja obravnava nova publikacija Centra o analizi odpadne vode (EMCDDA, 2008b). Poročilo, pri katerem so sodelovali strokovnjaki z različnih področij, ugotavlja, da epidemiologija odpadne vode predstavlja dobro možnost za nadzor nad drogami v skupnosti, čeprav je potreben še nadaljnji razvoj. Pristop bi lahko postal tudi orodje za nadzor drog, ki bi javnozdravstvenim delavcem in uradnikom kazenskega pregona pomagalo pri opredelitvi vzorcev uživanja drog v občinah različnih velikosti. In ker je vzorčenje in analizo odpadne vode mogoče opravljati vsak dan, teden ali mesec, bi lahko podatke uporabili za pridobitev bolj realnih meritev, ki bi skupnostim zagotavljale več možnosti za spremljanje vpliva in učinkovitosti dejavnosti preprečevanja in intervencij.

pregleda kaznivih dejanj 2003–2004 je bilo ocenjeno, da je približno 13 % 16- do 29-letnikov, ki so v zadnjem letu pogosto obiskovali pivnice in bare, poročalo o uživanju kokaina, medtem ko je o tem poročalo samo 3,7 % manj pogostih obiskovalcev. Med 30- do 59-letniki ta deleža znašata 3,1 in 1 %. Sporočeno uživanje crack kokaina v istem pregledu je bilo zelo nizko, celo med skupino, ki je poročala o najvišjih ravneh razširjenosti kokaina. To podpira ugotovitve bolj ozko usmerjenih študij, ki poročajo o drugačnem profilu uživalca kokaina v prahu v primerjavi s profilom uživalca crack kokaina. Verjetno je, da je tudi v drugih državah uživanje kokaina povezano s podobnimi dejavniki življenjskega sloga.

Raziskave, izvedene v sprostitvenih okoljih, pogosto poročajo o veliki razširjenosti uživanja kokaina. V raziskavi, ki je bila leta 2006 izvedena v devetih evropskih

<sup>(86)</sup> Glej „Evropski trg s stimulansi: ‚države kokaina‘ in ‚države amfetaminov?‘“, str. 50.

<sup>(87)</sup> Glej prikaz GPS-13 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(88)</sup> Glej prikaz GPS-15 in preglednice GPS-14 do GPS-16 za vsa leta; preglednice GPS-17 do GPS-19 za najnovejše podatke v Statističnem biltenu 2008.



**Preglednica 5: Razširjenost uživanja kokaina v splošni populaciji – povzetek podatkov**

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
<b>15–64 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	12 milijonov	4 milijonov	2 milijona
Evropsko povprečje	3,6%	1,2%	0,5%
Razpon	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija, Malta, Litva (0,4%) Grčija (0,7%)	Grčija (0,1%) Poljska, Latvija, Češka republika (0,2%)	Grčija, Estonija, Češka republika (0,0%) Malta, Litva, Poljska, Finska, Latvija (0,1%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (7,7%) Španija (7,0%) Italija (6,6%) Irska (5,3%)	Španija (3,0%) Združeno kraljestvo (2,6%) Italija (2,2%) Irska (1,7%)	Španija (1,6%) Združeno kraljestvo (1,3%) Italija (0,8%) Irska (0,5%)
<b>15–34 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7,5 milijona	3,5 milijona	1,5 milijona
Evropsko povprečje	5,4%	2,3%	1%
Razpon	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija, Litva (0,7%) Malta (0,9%) Grčija (1,0%)	Grčija (0,2%) Poljska (0,3%) Latvija, Češka republika (0,4%)	Estonija (0,0%) Grčija, Poljska, Latvija, Češka republika (0,1%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (12,7%) Španija (9,6%) Danska (9,1%) Irska (8,2%)	Združeno kraljestvo (5,4%) Španija (5,2%) Italija (3,2%) Irska (3,1%)	Španija (2,8%) Združeno kraljestvo (2,7%) Italija (1,2%) Danska, Irska (1,0%)
<b>15–24 let</b>			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	3 milijoni	2 milijona	800 000
Evropsko povprečje	4,5%	2,6%	1,2%
Razpon	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,4%) Grčija (0,6%) Litva (0,7%) Malta, Poljska (1,1%)	Grčija (0,2%) Poljska (0,3%) Češka republika (0,4%) Latvija (0,6%)	Estonija (0,0%) Grčija, Latvija (0,1%) Češka republika, Poljska, Portugalska (0,2%)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (11,2%) Španija (8,7%) Danska (8,0%) Irska (7,0%)	Združeno kraljestvo (6,1%) Španija (5,8%) Irska (3,8%) Danska, Italija (3,3%)	Združeno kraljestvo (3,2%) Španija (3,1%) Italija (1,3%) Bolgarija, Irska (1,1%)

Podatki temeljijo na zadnji raziskavi, ki je na voljo za posamezno državo. Leto študije se giblje med 2001 in 2007. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi tehtanega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (328 milijonov), 15–34 (134 milijonov) in 15–24 (64 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2008 pod naslovom „Raziskave med splošno populacijo“.



mestih (Atenah, Berlinu, Brnu, Palmi, Lizboni, Liverpoolu, Ljubljani, Benetkah, na Dunaju) in je zajela 1 383 mladih v starosti od 15 do 30 let, ki se redno zabavajo na prizoriščih nočnega življenja, je bilo ugotovljeno, da je 29 % to drogo zaužilo vsaj enkrat, skoraj 4 % pa vsaj enkrat tedensko ali še pogosteje (Evropska komisija, 2007b). Višje ravni razširjenosti so bile ugotovljene tudi v francoski raziskavi iz leta 2004/05, ki je zajela 1 496 posameznikov, anketiranih na petih različnih prizoriščih elektronske glasbe. V zadnjem mesecu je skoraj 35 % vprašanih zaužilo kokain, 6 % pa crack kokain ali kokainsko bazo. Raziskava je pokazala tudi razlike med subpopulacijami: med tistimi, označenimi za „alternativne“ je bila razširjenost za uživanje kokaina v zadnjem mesecu 50 %, za uživanje cracka pa 13 %, medtem ko je približno četrtnina „mainstreamovskih“ subpopulacij uživala kokain, 2 % pa crack kokain.

### Uživanje kokaina med šolsko mladino

Med šolsko mladino so splošne ravni razširjenosti uživanja kokaina precej nižje od ravni uživanja konoplje. V večini držav je razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med šolsko mladino v starosti od 15 do 16 let 2 % ali nižja, medtem ko je v Španiji 4 %, v Združenem kraljestvu pa 5 %<sup>(89)</sup>. V državah, ki so sporočile novejšo podatke iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino (Španija, Portugalska, Slovaška, Švedska, Združeno kraljestvo), je razširjenost uživanja kokaina ustaljena ali se nekoliko zmanjšuje, čeprav so spremembe v ravneh razširjenosti običajno premajhne, da bi bile statistično pomembne. V Španiji je nedavna raziskava pokazala znaten upad med šolsko mladino v starosti od 17 do 18 let.

### Vzorci uživanja kokaina

Podatki iz raziskav med splošnim prebivalstvom kažejo visoke ravni prenehanja med uživalci kokaina: v državah, kjer je razširjenost v zadnjem letu višja od 2 %, med 80 in 90 % odraslih, ki so kokain zaužili vsaj enkrat v življenju, te droge v zadnjem mesecu ni zaužilo<sup>(90)</sup>.

O pogostosti uživanja kokaina v Evropi so na voljo le omejene informacije. Analiza britanskega pregleda kaznivih dejanj je ugotovila, da je približno 20 % mladih (16–24 let), ki so kokain zaužili v zadnjem letu, to drogo zaužilo pogosteje kot enkrat na mesec. Z raziskavo v več evropskih mestih z usmerjenimi vzorci uživalcev kokaina v devetih mestih (Prinzleve et al., 2004) je bilo ugotovljeno, da je sporočena pogostost uživanja v povprečju manjša

med socialno integriranimi uživalci (sedem dni na mesec) kot med socialno izključenimi uživalci (11 dni na mesec) ali med uživalci opioidov, ki se zdravijo (14 dni na mesec).

### Problematično uživanje kokaina in povpraševanje po zdravljenju

Nacionalne ocene problematičnega uživanja kokaina (vbrizgavanje ali dolgotrajno/redno uživanje) so na voljo samo za Španijo in Italijo, regionalne ocene pa so na voljo za Združeno kraljestvo. Glede na najnovije podatke je bilo v Španiji leta 2006 od 4,5 do 6 problematičnih uživalcev kokaina na 1 000 odraslih oseb (15–64 let). Podobno je bilo v Italiji v istem letu od 3,7 do 4,5 problematičnih uživalcev kokaina na 1 000 odraslih oseb. Podatki za Združeno kraljestvo niso neposredno primerljivi s podatki za Španijo in Italijo, saj temeljijo na uživanju crack kokaina. Leta 2004–2005 je bilo v neki raziskavi ocenjeno, da je v Angliji od 5,7 do 6,4 problematičnih uživalcev crack kokaina na 1 000 odraslih oseb.

Leta 2006 je v Evropi kokain, predvsem kokain v prahu, kot glavni razlog za začetek zdravljenja navedlo približno 16 % vseh uživalcev, ki se zdravijo, kar predstavlja približno 61 000 sporočenih primerov v 24 državah<sup>(91)</sup>. Kokain je kot sekundarno drogo navedlo tudi 18 % vseh uživalcev, ki se zdravijo v izvenbolnišničnih okoljih<sup>(92)</sup>. Med državami obstajajo velike razlike, saj uživalci kokaina predstavljajo velik delež uživalcev na zdravljenju samo v Španiji (47 %) in na Nizozemskem (35 %); čeprav ta droga zdaj predstavlja 25 % vseh povpraševanj po zdravljenju v Italiji. Drugod po Evropi kokain predstavlja od 5 do 10 % vseh povpraševanj po zdravljenju (10 držav) ali manj kot 5 % (12 držav)<sup>(93)</sup>.

Delež uživalcev kokaina je višji med tistimi, ki so se prvič začeli zdraviti. Leta 2006 je v Evropi 23 % novih bolnikov na zdravljenju (približno 37 000 posameznikov)<sup>(94)</sup> kokain navedlo kot primarno drogo. Leta 2005 je v Španiji, glede na najnovije podatke, kokain kot primarno drogo navedlo največ novih uživalcev, ki so se začeli zdraviti, in ti bolniki predstavljajo 63 % vseh novih bolnikov na zdravljenju v Španiji.

### Trendi uživanja kokaina

Razširjenost v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (15–34 let) uporabljena kot kazalnik trendov ravni nedavnega uživanja (uživanje kokaina je namreč najbolj

<sup>(89)</sup> Glej preglednico EYE-1 v Statističnem biltenu 2008.

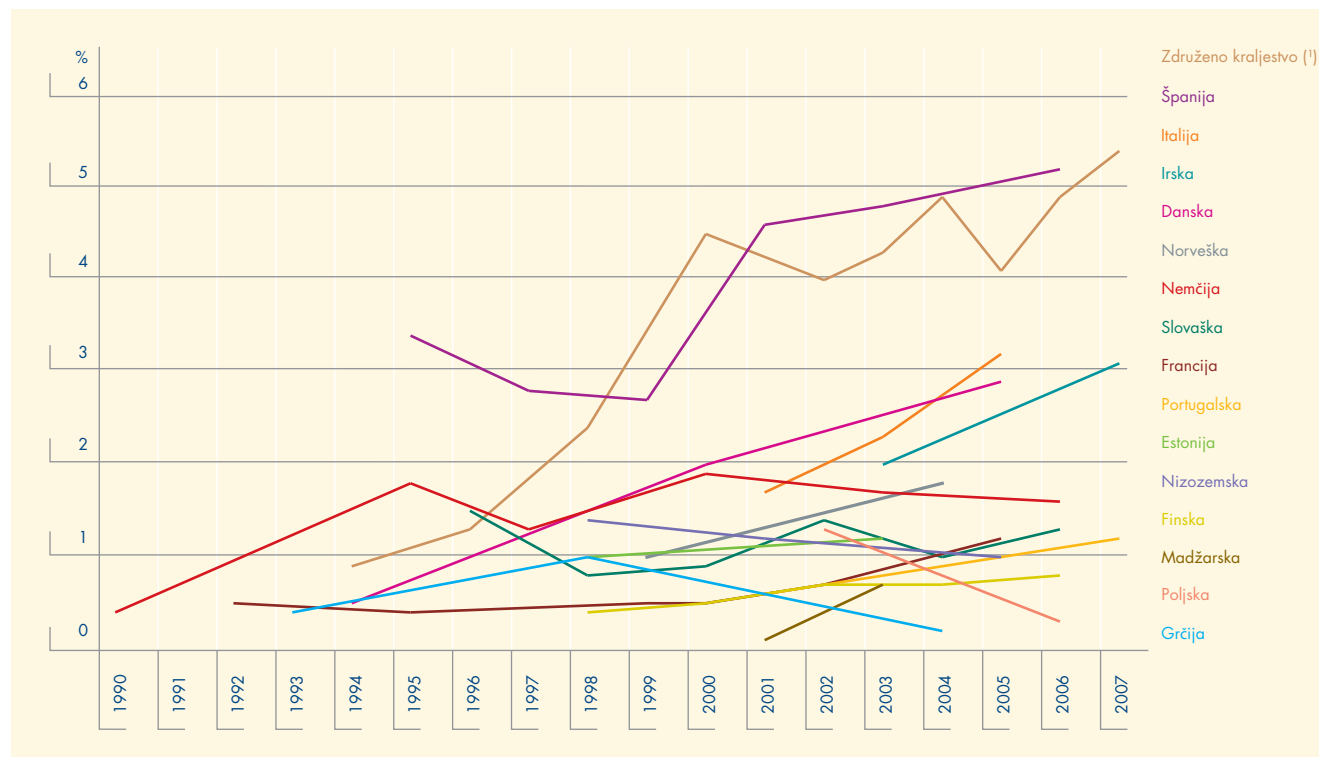
<sup>(90)</sup> Glej prikaz GPS-16 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(91)</sup> Glej preglednico TDI-115 in prikaz TDI-2 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(92)</sup> Glej preglednico TDI-22, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(93)</sup> Glej preglednico TDI-5, del (ii), v Statističnem biltenu 2008, za Španijo glej podatke za 2005.

<sup>(94)</sup> Glej prikaz TDI-2 v Statističnem biltenu 2008.

**Prikaz 5:** Trendi razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (v starosti od 15 do 34 let)

(¹) Anglija in Wales.

Opomba: Na Danskem vrednost za leto 1994 ustreza „trdim drogam“. Za nadaljnje informacije glej prikaz GPS-14 v Statističnem biltenu 2008.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2007), vzeta iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih člankov.

razširjeno v tej starostni skupini) kaže, da se je uživanje kokaina v Španiji, na Danskem in v Združenem kraljestvu v drugi polovici 90. let zelo povečalo. Novi podatki (raziskave iz obdobja 2005–2007) potrjujejo trend naraščanja, o katerem so že lani poročale Francija, Irsko, Španija, Združeno kraljestvo, Italija, Danska in Portugalska; v Nemčiji, na Nizozemskem, Slovaškem in Finskem so zabeležili ustaljeno razširjenost, Poljska pa je poročala o upadu (prikaz 5).

Trend naraščanja povpraševanja po zdravljenju zaradi kokaina, opažen v prejšnjih letih, se prav tako nadaljuje, čeprav nanj nesorazmerno vplivajo nekatere države. Med letoma 2002 in 2006 je delež novih uživalcev, ki iščejo zdravljenje zaradi primarnega uživanja kokaina, narasel s 13 na 25 %, število sporočenih primerov pa je naraslo s približno 13 000 na skoraj 30 000. Povečanje je bilo opaženo tudi pri številu in deležu vseh uživalcev kokaina, ki so se začeli zdraviti: z 22 000 uživalcev na zdravljenju (13 % vseh povpraševanj po zdravljenju) leta 2002 na 50 000 (19 %) leta 2006. O največjem porastu sta poročali Italija in Španija <sup>(95)</sup>.

Trend naraščanja števila uživalcev kokaina, ki se začnejo zdraviti, je lahko povezan z večjo razširjenostjo uživanja kokaina in povezanimi težavami, vendar tudi z drugimi dejavniki (npr. večjim številom napotitev na zdravljenje ali intervencijami, posebej namenjenimi uživalcem kokaina). Na deleže posameznih vrst droge pa očitno vplivajo tudi spremembe v povpraševanju po zdravljenju s strani uživalcev drugih snovi.

### Mednarodne primerjave

Na splošno je ocenjena razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med mlajšimi odraslimi v Evropski uniji manjša kot med njihovimi sovrstniki v Avstraliji, Kanadi in ZDA. Vendar pa so Danska, Irsko, Španija, Italija in Združeno kraljestvo (Anglija in Wales) v primerjavi z Avstralijo na nacionalni ravni poročali o višjih številkah. Samo Združeno kraljestvo (Anglija in Wales) poroča o oceni razširjenosti kadar koli v življenju, ki je podobna razširjenosti v ZDA <sup>(96)</sup>. V določenem pogledu je to razširjenost mogoče označiti kot odraz preteklega razvoja problematike kokaina in zgodnejše izkušnje ZDA in, v evropskem okviru, Združenega kraljestva, z vsesplošno razširjenim uživanjem kokaina.

<sup>(95)</sup> Glej prikaza TDI-1 in TDI-3 ter preglednico TDI-3, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(96)</sup> Glej prikaz GPS-20 v Statističnem biltenu 2008.

## Z uživanjem kokaina povezane zdravstvene težave

Ozaveščenost o povezavah med uživanjem kokaina in boleznijo je pogosto slaba, celo med strokovnimi zdravstvenimi delavci. Posledično nekatere s kokainom povezane težave niso prepoznane kot take, tisti, ki zaradi njih trpijo, pa niso deležni ustreznih oskrb. Nezadostno poročanje o težavah s kokainom predstavlja oviro za razumevanje vpliva droge na javno zdravje.

Tveganja, povezana z določenimi problematičnimi načini uživanja kokaina, so dobro poznana in prizadenejo predvsem prepoznane skupine uživalcev (nekdanje ali sedanje uživalce opioidov, marginalizirane skupine). Vbrizgavanje kokaina je na primer povezano s tveganjem okužbe in povečanim tveganjem prevelikega odmerka, uživanje v kombinaciji z opiodi pa naj bi bilo povezano z večjim tveganjem prevelikega odmerka opioidov.

Vendar pa za zdravstvene težave, povezane s kokainom v prahu, obstaja večja verjetnost, da ostanejo neprepoznane in lahko prizadenejo uživalce, ki običajno menijo, da niso ogroženi. Kronično uživanje kokaina lahko povzroči velike zdravstvene težave, predvsem kardiovaskularne (ateroskleroza, kardiomiopatijo, aritmijo, srčno ishemijsko) in nevrološke (cerebrovaskularne bolezni in napade). Te težave lahko poslabšajo obstoječa stanja (npr. vaskularne malformacije) in

dejavniki tveganja, kot sta kajenje ali uživanje alkohola. Veliko smrtnih primerov, pripisanih kokainu, je posledica teh patologij.

Uživanje kokaina v kombinaciji z alkoholom poveča ravni kokaina v krvi tudi do 30 %. Z vedenjskega vidika lahko uživanje kokaina spodbudi pretirano uživanje alkohola, saj uživalcem omogoči daljše pitje, kar pa lahko poveča količino zaužitega kokaina (Gossop et al., 2006). Tvorba kokaitilena v jetrih je lahko povezana tudi z nadaljnjimi možnimi tveganji za zdravje, povezanimi s hkratnim uživanjem kokaina in alkohola.

Študij za ocenjevanje vpliva uživanja kokaina na javno zdravje ni bilo veliko. V obsežni raziskavi med prebivalstvom v ZDA (1988–1994) je bilo ugotovljeno, da je bila četrtina akutnih miokardičnih infarkcij, ki niso povzročile smrti, med 18- do 45-letniki posledica „pogostega uživanja kokaina kadar koli v življenju“. Pri pogostih uživalcih je bilo tveganje za miokardične infarkcije brez smrtnega izida sedemkrat večje od tveganja pri neuživalcih (Qureshi et al., 2001). Vendar pa rezultatov te študije ni mogoče neposredno posplošiti na Evropo. Trenutno je razumevanje možnega vpliva povečanega uživanja kokaina na zdravje v Evropi še vedno slabo in ostaja pomembno vprašanje za prihodnje raziskave javnega zdravja.

Za več informacij o zdravstvenih težavah, povezanih z uživanjem kokaina, glej izbrano vprašanje o kokainu za leto 2007.

## Zdravljenje in zmanjševanje škode

### Profil uživalcev, ki se zdravijo

V Evropi predstavljajo izvenbolnišnična okolja skoraj vsa (94 %) sporočena povpraševanja po zdravljenju zaradi kokaina<sup>(97)</sup>. Vendar pa je treba opozoriti, da zdravljenje zaradi kokaina včasih poteka tudi v zasebnih klinikah, tudi na bolnišnični osnovi, ta oblika zdravljenja pa v sedanjem sistemu spremljanja ni dobro predstavljena.

Med uživalci kokaina, ki se zdravijo v izvenbolnišničnih okoljih, je najvišji delež moških v primerjavi z ženskami (5 moških na eno žensko). Njihova povprečna starost je 31 let<sup>(98)</sup>, kar pomeni, da je to za uživalci opioidov ter uživalci hipnotikov in sedativov tretja najstarejša skupina uživalcev, ki se zdravijo. Večina uživalcev kokaina, ki se zdravi, je začela to drogo uživati v starosti med 15. in 24. letom starosti<sup>(99)</sup>.

Med državami obstajajo velike razlike v zvezi z načinom uživanja kokaina. Na splošno približno polovica (55 %) uživalcev kokaina to drogo snifa, tretjina (32 %) jo kadi, manjši delež (9 %) pa si jo vbrizgava<sup>(100)</sup>. Med uživalci na zdravljenju lahko opredelimo dve glavni skupini

uživalcev kokaina. V prvi skupini so običajno socialno bolj integrirani, ki poročajo o stalni nastanitvi in zaposlitvi in večinoma navajajo snifanje kokaina. Druga skupina je bolj marginalizirana skupina uživalcev, ki kokain običajno kadijo ali si ga vbrizgavajo (glej EMCDDA, 2006), pogosteje pa uživajo tudi crack kokain ali kombinacijo kokaina in heroina. Uživalci crack kokaina, ki se zdravijo, običajno živijo v velikih mestih, pripadajo etničnim manjšinam in poročajo o veliki stopnji nezaposlenosti in slabih bivalnih pogojih<sup>(101)</sup>. Ta težava je v evropskem merilu majhna in geografsko omejena, saj je večina težav s crack kokainom omejena na razmeroma majhno število mest. Leta 2006 se je po poročanju približno 8 000 uživalcev crack kokaina (približno 2 % vseh bolnikov na zdravljenju) začelo zdraviti v 20 evropskih mestih, o večini pa je poročalo Združeno kraljestvo<sup>(102)</sup>.

Obravnavanje težav, povezanih s hkratnim uživanjem kokaina in heroina, postaja v nekaterih državah vse bolj pomembno vprašanje. Uživalci na zdravljenju so lahko zdajšnji ali nekdanji uživalci heroina, včasih so vključeni v nadomestno zdravljenje. V nekaterih državah predstavljajo največjo skupino uživalcev kokaina, ki se zdravijo.

<sup>(97)</sup> Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(98)</sup> Glej preglednici TDI-10 in TDI-21 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(99)</sup> Glej preglednico TDI-11, del (iii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(100)</sup> Glej preglednice TDI-17, del (ii) in del (vi), ter TDI-111, del (vii) in del (viii), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(101)</sup> Glej Izbrano vprašanje o kokainu iz leta 2007.

<sup>(102)</sup> Glej preglednico TDI-115 v Statističnem biltenu 2008.

Nekatere raziskave so pokazale, da je hkratno uživanje kokaina in heroina mogoče povezati z dvojno diagnozo ali hudimi psihološkimi težavami, kot je bipolarna motnja. Pokazalo se je, da hkratno uživanje kokaina med metadonskim vzdrževalnim zdravljenjem prispeva k vztrajnemu uživanju heroina ali ponovnemu uživanju – tveganju za virus HIV ali druge okužbe, ki se prenašajo s krvjo, ter hudim zdravstvenim in socialnim težavam ter težavam, povezanim s kriminalom.

### Zdravljenje zaradi kokaina

Po povečanju uživanja kokaina in zaradi povezanih težav v več državah članicah se specializirane ustanove za zdravljenje odvisnosti od drog soočajo s težavno nalogo prilagajanja tradicionalnih, opioidom namenjenih storitev različnim populacijam, ki uživajo kokain in crack. Leta 2006 so države članice, z izjemo Španije, razpoložljivost in dostopnost programov zdravljenja za kokain ocenile kot slabi.

Med državami članicami, ki poročajo o visokih ravneh razširjenosti kokaina ali crack kokaina, jih je bilo pri odzivanju na ta problem nekaj še posebej aktivnih. Leta 2006 je Španija uvedla poseben nacionalni akcijski načrt za kokain, medtem ko je Irska izvedla in ocenila več posebnih programov, namenjenih različnim skupinam uživalcev kokaina. Ti programi so bili namenjeni problematičnim uživalcem, ki so snifali kokain, uživalcem več drog hkrati, ki imajo težave s kokainom, pa tudi ženskam in prostitutkam, ki uživajo kokain. V Italiji bo leta 2008 izvedeno obširno klinično preskušanje, v katerem bo preučena učinkovitost dveh farmacevtskih sredstev (aripiprazola in ropinirola) pri zdravljenju odvisnosti od kokaina.

Informacije o naravi storitev, ponujenih problematičnim uživalcem kokaina v Evropi, so skope. Kljub temu pa nacionalne klinične publikacije oziroma raziskave med strokovnjaki dajejo dober vpogled v trenutne prakse. Glede na najnovejše poročilo Združenega kraljestva (NICE, 2007) se zdi, da britanski specializirani centri za zdravljenje obravnavajo s kokainom povezane težave samo, če je primarni problem z drogami povezan z opiodi. Najnovejša italijanska raziskava med strokovnjaki, ki sodelujejo pri zdravljenju uživalcev kokaina, je pokazala težave pri uporabi nekaterih elementov, ki jih ti strokovnjaki štejejo za ključne dejavnike pri doseganju uspešnih rezultatov zdravljenja, kot je na primer zagotavljanje ustreznih storitev (npr. kratkotrajna bolnišnična oskrba, strukturirane psihosocialne intervencije) ali klinično razlikovanje med različnimi vrstami uživalcev kokaina. Po poročanju so te težave posledica organizacijskih težav,

pomanjkanja virov in pomanjkanja učinkovitih intervencij za zdravljenje zaradi kokaina. Zelo verjetno je, da se s podobnimi težavami soočajo tudi strokovnjaki v drugih državah članicah. Zato so ustrezne naložbe, ustrezni protokoli zdravljenja in potrebe po specializiranem usposabljanju verjetno ključni elementi razvoja storitev na tem področju.

Nedavni pregledi literature kažejo, da sedanje psihosocialne intervencije ne zagotavljajo močnih dokazov o učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od kokaina, prav tako pa ne obstajajo učinkoviti pristopi farmakološkega zdravljenja. Nedavni pregled psihosocialnih intervencij za kokain in druge psihostimulanse, ki ga je izvedla Cochranova skupina, je pokazal, da so bili stalni, pozitivni vedenjski rezultati (zadržanje na zdravljenju, manjše uživanje drog) ugotovljeni pri psihosocialnih intervencijah, ki so kot sestavni del vključevale nadzor nepredvidljivih razmer <sup>(103)</sup>.

### Obvladovanje nepredvidenih okoliščin

Cilj tehnike obvladovanja nepredvidenih okoliščin je zmanjšati stopnjo, s katero se učinke drog z nagrajevanjem abstinence. Običajno se ta tehnika uvede na začetku zdravljenja, s psihosocialno podporo, spodbude pa so odvisne od oddaje vzorcev urina, ki ne pokažejo prisotnosti drog. Spodbude so lahko na primer boni majhne vrednosti, ki pa se povečuje z vsakim naslednjim obdobjem abstinence. Pri tem ne vzdrževanje abstinence pomeni izgubo pridobljenih nagrad.

Ta tehnika na ponavljajoč način krepi uživalčevo vedenje brez drog in redno ponuja cilje, ki jih je treba doseči. Najpomembnejši dokaz učinkovitosti obvladovanja nepredvidenih okoliščin pri vzdrževanju abstinence od drog izhaja iz študij o zdravljenju zaradi kokaina in heroina, čeprav obstajajo dokazi o učinkovitosti tega pristopa tudi pri zdravljenju zaradi konoplje in metamfetamina.

Čeprav je bila večina raziskav o obvladovanju nepredvidenih okoliščin izvedena izven Evrope, so študije izvedljivosti obvladovanja nepredvidenih okoliščin pred kratkim dale pozitivne rezultate za uživalce kokaina v Španiji (Secades-Villa et al., 2008) ter pri obravnavi uživanja kokaina med uživalci na nadomestnem zdravljenju zaradi opiodov na Nizozemskem (DeFuentes-Merillas and De Jong, 2008), kjer je bila povprečna spodbuda na koncu študije blago v vrednosti 150 EUR. Ekonomska analiza, ki jo je izvedel National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) v Združenem kraljestvu, kaže, da je obvladovanje nepredvidenih okoliščin stroškovno učinkovita možnost pri zdravljenju zaradi kokaina, zlasti če upoštevamo širše ekonomske stroške uživanja kokaina.

<sup>(103)</sup> Glej „Obvladovanje nepredvidenih okoliščin“.

Za razliko od odvisnosti od opioidov trenutno ni na voljo učinkovitega farmakološkega zdravljenja, ki bi uživalcem kokaina pomagalo pri vzdrževanju abstinence ali zmanjšanju uživanja (glej izbrano vprašanje o kokainu za leto 2007). Eksperimentalna terapevtska zdravila za zmanjšanje uživanja kokaina in želje po kokainu so se v kliničnih poskusih izkazala za uspešna (npr. baklofen, tiagabin, topiramet). Modafinil, stimulant osrednjega živčnega sistema, je pokazal še posebej obetavne rezultate kot nadomestno zdravilo za psihostimulans, s to prednostjo, da je njegova izpostavljenost zlorabi v primerjavi z drugimi možnimi nadomestnimi zdravili (npr. d-amfetaminom) majhna (Myrick et al., 2004). Poleg tega so buprenorfin, topiramet in tiagabin pokazali obetavne rezultate pri zmanjšanju uživanja kokaina pri uživalcih opioidov, ki se nadomestno zdravijo s hkratnim uživanjem kokaina.

Preverja se tudi imunoterapija za odvisnost od kokaina s cepivom proti kokainu (TA-CD). Ko se cepivo vbrizga, v telesu vzpodbudi nastanek protiteles, ki se v krvnem obtoku vežejo na molekule kokaina in tako omogočijo, da jih naravni encimi pretvorijo v neaktivne molekule. Rezultati prvih kliničnih poskusov so vzpodbudni, čeprav so potrebne nadaljnje študije za ugotovitev, ali je cepivo primerno kot farmakoterapija za odvisnost od kokaina.

Cepivo proti kokainu je namenjeno predvsem preprečevanju ponovnega uživanja, vendar izraz „cepivo“ vzbuja tudi pričakovanja v zvezi z njegovo morebitno uporabo pri preprečevanju odvisnosti od kokaina, ko se uporablja kot profilaktično zdravljenje (npr. pri otrocih ali mladostnikih, ki niso pod vplivom drog). Učinkovitost takšnega pristopa je negotova in vzbuja etična vprašanja, ki so podrobno obravnavana v publikaciji Centra „*Addiction neurobiology: ethical and social implications*“, ki je v pripravi.

### Zmanjševanje škode

Problematično uživanje kokaina je pogosto povezano s hudimi telesnimi in duševnimi posledicami za zdravje. Na Irskem ja na primer dveletna nadaljevalna raziskava o kokainu v lokalnih skupnostih pokazala poslabšanje splošnega zdravstvenega stanja pri uživalcih na zdravljenju, odvisnih od kokaina, zlasti med uživalci, ki si drogo vbrizgavajo. Več projektov je pokazalo tudi povečanje števila uživalcev na zdravljenju, pri katerih se pojavljajo ognjki in rane zaradi nehigienskega vbrzganja, druge težave, ki so se pojavile med uživalci kokaina na zdravljenju, pa vključujejo izgubo teže, spolno prenosljive okužbe, srčna obolenja, amputacije in izostavljenost tveganjem.

Države članice običajno uživalcem, ki si vbrizgavajo drogo, zagotavljajo enake storitve in zmogljivosti kot uživalcem opioidov, na primer priporočila za varno uživanje, usposabljanje za varno vbrzganje in programe injekcijskih igel. Nizkopražni programi zdravljenja odvisnosti od drog imajo pri tem pomembno vlogo, saj nudijo osnovno oskrbo ter svetovanje in medicinsko pomoč. Uživalce s hudimi težavami, povezanimi s kokainom in crackom, kot so sočasne telesne in duševne zdravstvene težave ali socialne težave, npr. nastanitev, je mogoče napotiti v programe bolnišnične rehabilitacije in v terapevtske skupnosti. Namen teh programov ni samo doseči abstinence, temveč ponuditi daljše bivanje ter intenzivno oskrbo in podporo, da bi uživalcem pomagali spremeniti kaotičen in tvegan življenjski slog.

Kvalitativna študija v šestih španskih mestih je pokazala, da osebe, ki se ukvarjajo s prostitucijo, največkrat uživajo alkohol in kokain. Uživanje droge je po poročanju občasno in instrumentalno ter pomaga pri zmanjšanju psiholoških ovir ali zadržkov ter poveča toleranco do večurnega spolnega dela z različnimi strankami. Med posledicami uživanja drog med osebami, ki se ukvarjajo s prostitucijo, sta bila nezaščiten spolni odnos in večja nevarnost nasilja s strani strank. V tej skupini so pogosto opazni tudi vzorci pogostega uživanja crack kokaina.

Spolnim delavkam s težavami, povezanimi s kokainom in crack kokainom, so namenjene terenske storitve in storitve zmanjševanja škode. Na Nizozemskem so na primer občinske zdravstvene službe uvedle posebne zdravstvene programe, namenjene spolnim delavkam, ki uživajo crack kokain; v Franciji združenje *Espoir Goutte d'Or*, ki se osredotoča na preprečevanje tveganj in zmanjševanje škode za uživalce crack kokaina in spolne delavce, organizira tedensko prostovoljno svetovanje in hitro testiranje za HIV in hepatitis.

Rekreativno uživanje kokaina v kombinaciji s prekomernim uživanjem alkohola je na prizoriščih nočnega življenja pogosto in ga je mogoče povezati s hudimi akutnimi telesnimi težavami. Po poročanju v poglavju 4 države članice v vedno večji meri sprejemajo celostni pristop k zmanjševanju škode, povezane z uživanjem alkohola in prepovedanih drog v sprostitvenih okoljih. Programi ponujajo mladim svetovanje in informacije v zvezi s tveganji, povezanimi z alkoholom in uživanjem drog na splošno, običajno pa vključujejo gradiva o tveganjih, povezanih z akutnim in kroničnim uživanjem kokaina. Zelo dejavni pri ozaveščanju in dajanju podpore uživalcem drog so tudi člani Evropske fundacije telefonskih linij za pomoč v zvezi z drogami, ki svetujejo in obveščajo o tveganjih na področju drog.





## Poglavje 6

# Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog

### Ponudba in razpoložljivost heroina

V Evropi se na trgu prepovedanih drog uporabljata dve obliki uvoženega heroina: po navadi je na voljo rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), večinoma iz Afganistana, nekoliko redkeje pa beli heroin (v obliki soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije, čeprav ta oblika postaja vedno redkejša <sup>(104)</sup>. Poleg tega se manjša količina opioidov proizvaja v Evropi, in sicer gre večinoma za domačo proizvodnjo proizvodov iz vrtnega maka (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v nekaterih vzhodnoevropskih državah (npr. Latvija, Litva).

### Proizvodnja in trgovina

Večina heroina, ki se uporablja v Evropi, je proizvedena v Afganistanu, ki ostaja vodilni vir ponudbe prepovedanega opija na svetu, sledita pa mu Mjanmar in Mehika. Svetovna proizvodnja opija se je v letu 2007 spet precej povečala (34 %), in sicer na ocenjenih 8 870 ton, predvsem zaradi povečanja proizvodnje v Afganistanu, ki je bila ocenjena na 8 200 ton. Svetovna proizvodnja heroina je zato leta 2007 dosegla rekordno raven in je po ocenah znašala 733 ton (UNODC, 2008). Naraščajoče število uničenih laboratorijev v Afganistanu v zadnjih nekaj letih kaže, da se opij vedno pogosteje predeluje v morfij ali heroin tudi v sami državi proizvajalki. Vendar pa veliki zasegi morfija v sosednjih državah (Pakistanu in Iranu) kažejo, da veliko predelave poteka tudi zunaj Afganistana (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroin prihaja v Evropo predvsem po dveh glavnih trgovskih poteh: po zgodovinsko pomembni balkanski poti in njenih vejah, potem ko je šel skozi Pakistan, Iran in Turčijo; in po vedno pogosteje uporabljeni „severni poti“ prek osrednje Azije in Ruske federacije (prikaz 6). Poroča se tudi o sekundarnih trgovskih poteh za heroin iz jugozahodne Azije, na primer neposredno iz Pakistana v Evropo (Združeno kraljestvo), vendar tudi prek Pakistana in držav Bližnjega vzhoda ter Afrike na nezakonite trge v Evropi in Severni Ameriki (INCB, 2008a; Europol, 2008;

UNODC, 2007; WCO, 2007). Heroin se iz jugozahodne Azije v Evropo tihotapi tudi prek južne Azije (Bangladeša) (INCB, 2008a). V Evropski uniji imata Nizozemska in v manjši meri tudi Belgija pomembno vlogo kot središči sekundarne distribucije (Europol, 2008).

### Zasegi

Leta 2006 se je število zasegov po svetu povečalo na 384 ton za opij in 104 tone za heroin in morfij. Medtem ko je bilo v Iranu zaseženega največ opija (81 %), sta bila heroin in morfij zasežena predvsem v Pakistanu (34 %), sledili pa so Iran (20 %), Turčija (10 %) in Kitajska (6 %) (UNODC, 2008).

V Evropi je bilo leta 2006 v 48 200 zasegih prestreženih 19,4 tone heroina. Združeno kraljestvo je spet poročalo o največjem številu zasegov, Turčija pa je spet zasegla največje količine, saj je leta 2006 zasegla 10,3 tone te droge <sup>(105)</sup>. Količina prestreženega heroina v povprečnem zasegu se je med tema dvema državama zelo razlikovala, saj je bila povprečna zasežena količina v Turčiji stokrat večja od količine v Združenem kraljestvu, kar odraža različna položaja v dobavni verigi (prikaz 6). V zadnjih 10 letih število zasegov heroina v Evropi upada, pri čemer je bila največja relativna vrednost dosežena leta 2001, rekordno nizko število pa leta 2003. Količina prestreženega heroina v Evropski uniji kaže na splošen upad med letoma 2001 in 2006. Nasprotno pa se je količina, zasežena v Turčiji, v tem obdobju skoraj potrojila.

Količina zasegov anhidrida oetne kisline (ki se uporablja v nezakoniti proizvodnji heroina) po vsem svetu se je leta 2006 povečala na 26 400 litrov, večina je bila zasežena v Ruski federaciji (9 900 litrov) in Kolumbiji (8 800 litrov), sledila pa je Turčija (3 800 litrov) (INCB, 2008b).

Trgovske poti med Afganistanom in Evropo se uporabljajo tudi za tihotapljenje predhodnih sestavin (predvsem anhidrida oetne kisline prek „svilene poti“) in sintetičnih drog (predvsem ekstazija) proti vzhodu (Europol, 2008).

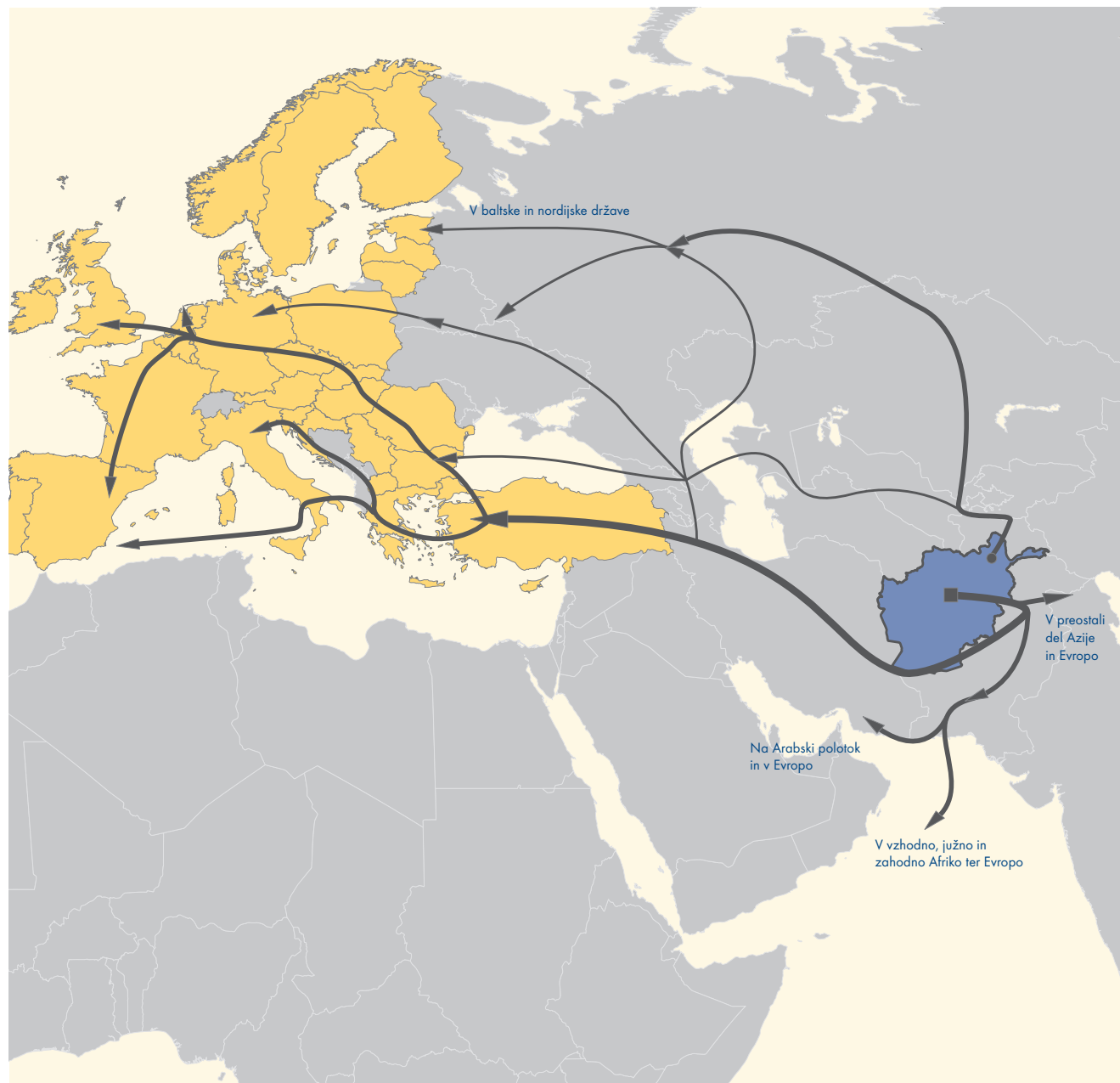
Zasegi 3-metilfentanila, o katerih so leta 2006 poročali v Latviji in Litvi, ter poročila o povečanem vbrizgavanju

<sup>(104)</sup> Za informacije o virih podatkov glede ponudbe in razpoložljivosti drog glej str. 36.

<sup>(105)</sup> Glej preglednici SZR-7 in SZR-8 v Statističnem biltenu 2008. Za namene ocenjevanja so bili manjkajoči podatki za l. 2006 o zasegih v Evropi nadomeščeni s podatki za l. 2005. Ta analiza je začasna, saj podatki za Združeno kraljestvo za l. 2006 še niso na voljo.



**Prikaz 6:** Glavne trgovske poti za heroin iz Afganistana v Evropo



Opomba: Trgovske poti, predstavljene na zemljevidu, so skupek analiz več mednarodnih in nacionalnih organizacij (nacionalne kontaktne točke Reitox, Europol, INCB, UNODC, WCO). Takšne analize temeljijo na informacijah, povezanih z zasegi drog ob trgovskih poteh, pa tudi na obveščevalnih informacijah iz agencij za odkrivanje in pregon v tranzitnih in namembnih državah, včasih pa tudi na poročilih iz dodatnih virov. Glavne trgovske poti, predstavljene na zemljevidu, je treba obravnavati kot okvirne za glavne poti, saj lahko vzdolž poti obstajajo kraki v druge države, obstajajo pa tudi številne sekundarne podregionalne poti, ki tukaj niso predstavljene in se lahko hitro spremenijo.

nezakonito proizvedenega fentanila v Estoniji kažejo na potrebo po natančnejšem spremljanju razpoložljivosti sintetičnih opioidov, kot je fentanil (ki je precej močnejši od heroina).

### Čistost in cena

Leta 2006 je tipična čistost rjavega heroina v večini držav poročevalk znašala med 15 in 25 %, čeprav so Grčija, Francija in Avstrija poročale o vrednostih pod 10 %, Malta (31 %), Turčija (36 %) in Združeno kraljestvo (43 %) pa o višjih vrednostih. Tipična čistost belega heroina je bila v nekaterih evropskih državah, ki so sporočile podatke, na splošno večja (med 45 in 70 %) <sup>(106)</sup>.

Leta 2006 je maloprodajna cena rjavega heroina znašala med 14,5 EUR za gram v Turčiji in 110 EUR za gram na Švedskem, večina evropskih držav pa je poročala o tipičnih cenah med 30 in 45 EUR za gram. O ceni belega heroina so poročale samo nekatere evropske države, gibala pa se je med 27 in 110 EUR za gram. V obdobju med letoma 2001 in 2006 se je cena rjavega heroina v večini od 13 evropskih držav, ki so sporočile časovne trende, znižala, čeprav so bili na Poljskem ugotovljeni znaki zvišanja cene.

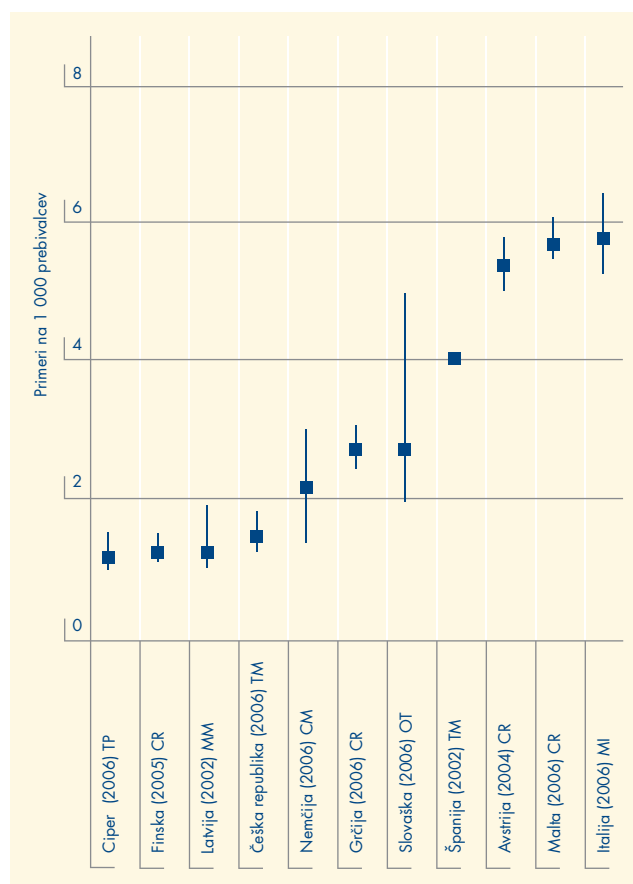
### Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov

Podatki v tem razdelku temeljijo na kazalniku centra EMCDDA o problematičnem uživanju drog, ki večinoma vključuje ocene uživanja drog z vbrizgavanjem in uživanja opioidov, čeprav so v nekaterih državah pomemben sestavni del tudi uživalci amfetaminov in kokaina. Ocene števila problematičnih uživalcev opioidov so na splošno nezanesljive ob upoštevanju sorazmerno majhne razširjenosti in skrite narave uživanja te vrste droge, za pridobitev ocen razširjenosti iz razpoložljivih virov podatkov pa so potrebne statistične ekstrapolacije. Poleg tega je ekstrapolacija za ustvarjanje nacionalnih ocen pogosto težavna, saj večina študij temelji na omejenem geografskem območju.

Zdi se, da postajajo vzorci problematičnega uživanja drog v Evropi vedno bolj raznoliki. Na primer, v nekaterih državah, kjer je v preteklosti prevladovalo problematično uživanje opioidov, najnovejša poročila kažejo na vedno večji pomen drugih drog, vključno s kokainom. Potreba po učinkovitem spremljanju vrste vzorcev problematičnega uživanja drog je spodbudila Center, da poroča o subpopulacijah, določenih z drogo, pri katerih je uživanje problematično in ki se lahko prekrivajo <sup>(107)</sup>.

Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov na nacionalni ravni v obdobju 2002–2006 navajajo

**Prikaz 7:** Ocene letne razširjenosti problematičnega uživanja opioidov (primeri na 1 000 prebivalcev med 15. in 64. letom starosti)



Opomba: Simbol pomeni ocenjeno vrednost; črtica pomeni oceno intervala 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 s Finske in Malte so bile uporabljene nestandardne starosti (15 do 54 oziroma 12 do 64 let). Za Nemčijo interval predstavlja najnižjo mejo vseh obstoječih ocen in najvišjo mejo ocen, ocenjena vrednost pa enostavno povprečje vmesnih vrednosti. Kratice za metode ocenjevanja: CR = zajetje-ponovno zajetje; TM = pomnoževalnik zdravljenja; MI = večvrstni kazalnik; TP = skrajšan Poisson; MM = pomnoževalnik umrljivosti; CM = kombinirane metode; OT = druge metode. Za podrobnosti glej prikaz PDU-1, del (ii), v Statističnem biltenu 2008. Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

od enega do šest primerov na 1 000 prebivalcev, starih med 15 in 64 let; splošna razširjenost problematičnega uživanja drog znaša po ocenah med enim in 10 primeri na 1 000 prebivalcev. Najnižje razpoložljive, dobro dokumentirane ocene problematičnega uživanja opioidov so s Cipra, iz Latvije, Češke republike in Finske (čeprav imata Češka republika in Finska veliko problematičnih uživalcev amfetaminov), najvišje ocene pa so z Malte, iz Avstrije in Italije (prikaz 7).

Iz razmeroma omejenih podatkov, ki so na voljo, je mogoče izpeljati, da povprečna razširjenost problematičnega uživanja opioidov znaša med štirimi in

<sup>(106)</sup> Za podatke o čistosti in ceni glej preglednici PPP-2 in PPP-6 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(107)</sup> Za pregled razpoložljivih ocen sestavnih delov problematičnega uživanja drog glej Statistični bilten 2008.

petimi primeri na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Če domnevamo, da to odraža EU kot celoto, to pomeni da je bilo leta 2006 v EU in na Norveškem približno 1,5 milijona (1,3 do 1,5 milijona) problematičnih uživalcev opioidov.

### Trendi in pojavnost problematičnega uživanja opioidov

Zaradi omejenega števila večkratnega ocenjevanja in negotovosti v zvezi s posameznimi ocenami je časovne trende razširjenosti problematičnega uživanja opioidov težko oceniti. Podatki iz devetih držav z večkratnimi ocenami v obdobju 2001–2006 kažejo različen razvoj. Zdi se, da je razširjenost v Češki republiki, Nemčiji, Grčiji, Italiji, na Malti, Slovaškem in Finskem sorazmerno ustaljena, medtem ko je bil v Avstriji zabeležen porast (najnovejši podatki iz leta 2004), na Cipru pa so znaki, ki kažejo na morebiten upad <sup>(108)</sup>.

Pojavnost problematičnega uživanja opioidov (število novih primerov v zadevnem letu) je občutljivejše merilo za spremembe, ki se pojavijo sčasoma in lahko zagotovi zgodnji vpogled v prihodnji razvoj razširjenosti in povpraševanja po zdravljenju. Uporabljeni modeli ocenjevanja pa podajajo več domnev. Poleg tega lahko ti modeli zagotovijo samo delno oceno pojavnosti, saj temeljijo samo na tistih primerih, kjer pride do stika z zdravljenjem. Samo dve državi sporočata novejšo podatke, ki pa kažejo različne trende. V Italiji se ocenjuje, da se je pojavnost zmanjšala, in sicer z okoli 32 500 novih primerov leta 1990 na okoli 22 000 novih primerov leta 1997, nato pa se je leta 2006 spet povečala na okoli 30 000 novih primerov. V nasprotju s tem pa se po ocenah pojavnost problematičnega uživanja opioidov v Španiji od vrhunca okoli leta 1980 stalno zmanjšuje, čeprav se zdi, da se je v zadnjih letih (2002–2004) ustalila na sorazmerno nizki ravni (približno 3 000 novih primerov na leto). Center je v sodelovanju s skupino nacionalnih strokovnjakov pred kratkim razvil nove smernice za oceno pojavnosti, in sicer z namenom spodbuditi nadaljnje delo na tem področju (Scalia Tomba et al., 2008).

### Uživalci opioidov, ki se zdravijo

Opioidi, predvsem heroin, ostajajo glavne droge, zaradi katerih v večini držav poročevalci uživalci iščejo zdravljenje. Od 387 000 zahtev za zdravljenje v letu 2006 (razpoložljivi podatki iz 24 držav) je bil heroin zabeležen kot glavna droga v 47 % primerov, za katere je primarna droga znana. V večini držav je po poročanju med 50 in 60 % vseh povpraševanj po zdravljenju

### Kazalniki uživanja opioidov se ne zmanjšujejo več

V nasprotju s trendi, opisanimi v prejšnjih letnih poročilih, zadnji podatki kažejo nekaj porastov števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, zasegov heroina in novih povpraševanj po zdravljenju zaradi heroina v Evropski uniji.

Leta 2003 se je trend upadanja števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, o katerih so poročali v Evropi in so bili povezani predvsem z uživanjem opioidov, ustavil, med letoma 2003 in 2005 pa je večina držav članic poročala o trendu naraščanja. Število zasegov heroina se je med letoma 2003 in 2006 povečalo za več kot 10 % v 16 od 24 držav poročevalk. Po nekajletnem upadanju se je število novih povpraševanj po zdravljenju zaradi primarnega uživanja heroina povečalo v približno polovici držav, ki so sporočale podatke v letih 2005 in 2006. To lahko odraža spremembo pojavnosti uživanja heroina izpred nekaj let, in sicer zaradi običajnega zamika med začetkom uživanja in prvim zdravljenjem.

Ti novejši trendi se pojavljajo hkrati s povečano proizvodnjo opija v Afganistanu in vzbujajo skrb, da so ti dogodki povezani z večjo razpoložljivostjo heroina na evropskem trgu. To je pomembno vprašanje za nadaljnjo raziskavo, saj razpoložljivi podatki ne dajejo jasne slike. Poleg tega obstajajo pomembni presenetljivi dejavniki. Uživanje farmacevtskih opioidov v nezdravstvene namene je bilo na primer po poročanju še naprej na visoki ravni, v nekaterih državah pa se je celo povečalo (Češka republika, Estonija, Francija, Avstrija, Finska) in lahko predstavlja pomemben dejavnik pri razlagi trendov smrtnih primerov zaradi uporabe drog.

povezanih z uživanjem opioidov; v ostalih državah se ta delež giblje med 15 in 40 % <sup>(109)</sup>. Opioidi niso najpogostejše sporočena primarna droga samo med tistimi, ki se začnejo zdraviti, temveč tudi med tistimi, ki se že zdravijo. V nedavnem projektu, ki je vključeval devet držav in se osredotočal na vse uživalce na zdravljenju, je bilo ugotovljeno, da so primarni uživalci opioidov predstavljali 59 % uživalcev, ki se že zdravijo, in samo 40 % uživalcev, ki so se začeli zdraviti prvič <sup>(110)</sup>.

Večina uživalcev drog, ki so se začeli zdraviti v izvenbolnišničnih okoljih zaradi primarnega uživanja opioidov, uživa tudi druge droge, vključno s kokainom (25 %), drugimi opioidi (23 %) in konopljo (18 %). Poleg tega med tistimi, ki se zdravijo zaradi primarnega uživanja drugih drog, 13 % uživalcev na izvenbolnišničnem zdravljenju in 11 % na bolnišničnem zdravljenju poroča o opioidih kot o sekundarni drogi <sup>(111)</sup>.

<sup>(108)</sup> Za popolne informacije, vključno z intervali zaupanja, glej preglednico PDU-6, del (ii), v Statističnem biltenu 2008 in preglednico PDU-102.

<sup>(109)</sup> Glej preglednico TDI-5 v Statističnem biltenu 2007.

<sup>(110)</sup> Glej preglednico TDI-39 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(111)</sup> Glej preglednici TDI-22 in TDI-23 v Statističnem biltenu 2008.

Nekatere države poročajo o velikem deležu povpraševanj po zdravljenju v zvezi z opiodi, ki niso heroin. Zlorabo buprenorfina navaja kot glavni razlog za začetek zdravljenja 40 % vseh užívalcev na zdravljenju na Finskem in 8 % užívalcev na zdravljenju v Franciji. V Latviji in na Švedskem med 5 in 8 % užívalcev drog na zdravljenju poroča o primarnem uživanju opiodov, ki niso heroin ali metadon: predvsem buprenorfina, tablet za lajšanje bolečin in drugih opiodov <sup>(112)</sup>. Nekatere države poročajo o povečanju deleža užívalcev, ki uživajo več drog hkrati, med užívalci heroína na zdravljenju ter o več užívalcih na zdravljenju, ki uživajo opioide, ki niso heroin.

Absolutno število povpraševanj po zdravljenju, sporočeno s pomočjo kazalnika povpraševanja po zdravljenju, se je med letoma 2002 in 2006 povečalo za več kot 30 000 primerov, s 108 100 na 138 500. Podobno se je med užívalci, ki so se začeli zdraviti prvič v življenju, število primarnih užívalcev heroína povečalo z okoli 33 000 leta 2002 na več kot 41 000 v letu 2006. Dejavniki, ki bi lahko pojasnili ta trend, vključujejo povečanje števila problematičnih užívalcev heroína, boljše zagotavljanje zdravljenja ali boljše pokritost poročanja.

## Vbrizgavanje drog

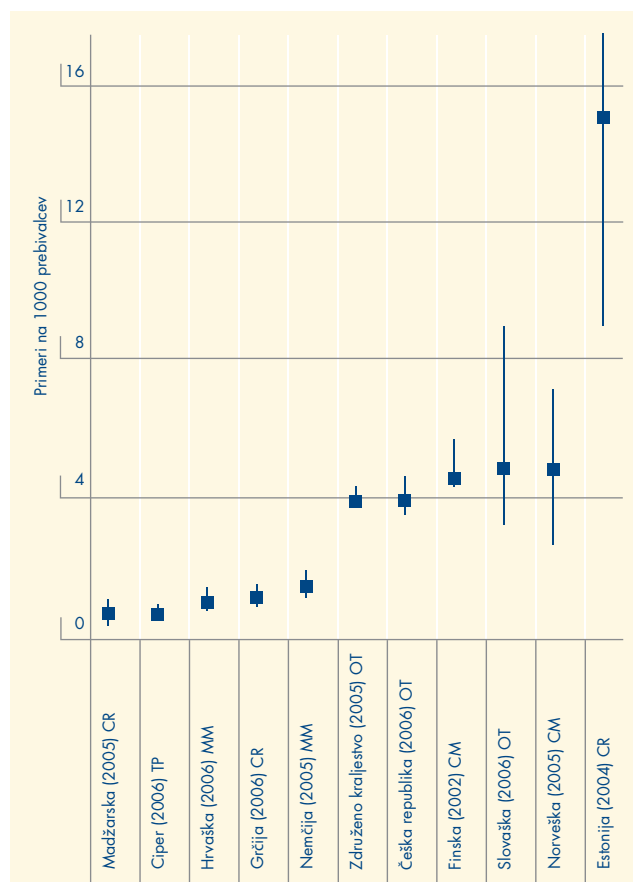
### Razširjenost vbrizgavanja drog

Injicirajoči užívalci drog so med tistimi, ki so najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, kot so bolezni, ki se prenašajo s krvjo (npr. HIV/AIDS, hepatitis), ali smrti zaradi prevelikega odmerka. Kljub pomembnosti za javno zdravje (prikaz 8) je samo 11 držav lahko predložilo najnovjše ocene ravni vbrizgavanja drog. Izboljšanje ravni informacij, ki so na voljo za to posebno populacijo, je zato pomemben izziv za razvoj sistemov spremljanja zdravja v Evropi.

Razpoložljive ocene kažejo velike razlike med državami v zvezi z razširjenostjo vbrizgavanja drog. Ocene se gibljejo med enim in petimi primeri na 1 000 prebivalcev med 15. in 64. letom starosti za večino držav, z izjemno visoko ravno 15 primerov na 1 000 prebivalcev, o kateri poroča Estonija.

Zaradi pomanjkanja podatkov je sklepanje o časovnih trendih razširjenosti vbrizgavanja težavno, čeprav razpoložljivi podatki kažejo na upad na Norveškem (med letoma 2001 in 2005) ter ustaljeno stanje v Češki republiki, Grčiji, na Cipru in v Združenem kraljestvu <sup>(113)</sup>.

**Prikaz 8:** Ocene letne razširjenosti vbrizgavanja drog (primeri na 1 000 prebivalcev med 15. in 64. letom starosti)



Opomba: Simbol pomeni ocenjeno vrednost; črtica pomeni oceno intervala negotovosti: 95-odstotni interval zaupanja ali pa interval na podlagi analize občutljivosti. Za Estonijo je zgornja meja intervala negotovosti nesorazmerna (37,9 na 1 000). Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod ocenjevanja in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Kratice za metode ocenjevanja: CR = zajetje-ponovno zajetje; TM = pomnoževalnik zdravljenja; MI = večvrstni kazalnik; TP = skrajšan Poisson; MM = pomnoževalnik umrljivosti; CM = kombinirane metode; OT = druge metode. Za podrobnosti glej prikaz PDU-2 v Statističnem biltenu 2008.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

### Vbrizgavanje med užívalci opiodov, ki se začnejo zdraviti

43 % vseh užívalcev opiodov, ki so se začeli zdraviti v izvenbolnišničnem okolju v letu 2006, si je drogo vbrizgavalo. Spremembe deleža injicirajočih užívalcev med užívalci heroína, ki se začnejo zdraviti, lahko nakazujejo trende v širši skupini problematičnih užívalcev opiodov. Upadi tega deleža med letoma 2002 in 2006 so bili zabeleženi v devetih državah (na Danskem, v Nemčiji, na Irskem, v Grčiji, Franciji, Italiji, na Švedskem, v Združenem kraljestvu, Turčiji), medtem ko dve državi (Romunija, Slovaška) poročata o povečanju. Države se zelo razlikujejo glede ravni vbrizgavanja med užívalci heroína, ki se začnejo zdraviti, saj o najnižjih deležih

<sup>(112)</sup> Glej preglednico TDI-113 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(113)</sup> Glej preglednico PDU-6, del (iii), v Statističnem biltenu 2008.

injicirajočih uživalcev poročajo v Španiji, Franciji in na Nizozemskem (manj kot 25 %), o najvišjih deležih (več kot 80 %) pa v Bolgariji, Češki republiki, Romuniji, na Slovaškem in na Finskem <sup>(114)</sup>.

Med uživalci opioidov, ki so se leta 2006 začeli zdraviti prvič, jih je nekoliko manj takšnih, ki si drogo vbrizgavajo (približno 40 %). Če pogledamo časovne trende, se je delež injicirajočih uživalcev med novimi uživalci opioidov na zdravljenju zmanjšal s 43 % leta 2003 na 35 % leta 2006, in sicer v 13 državah, ki so predložile zadostne podatke <sup>(115)</sup>.

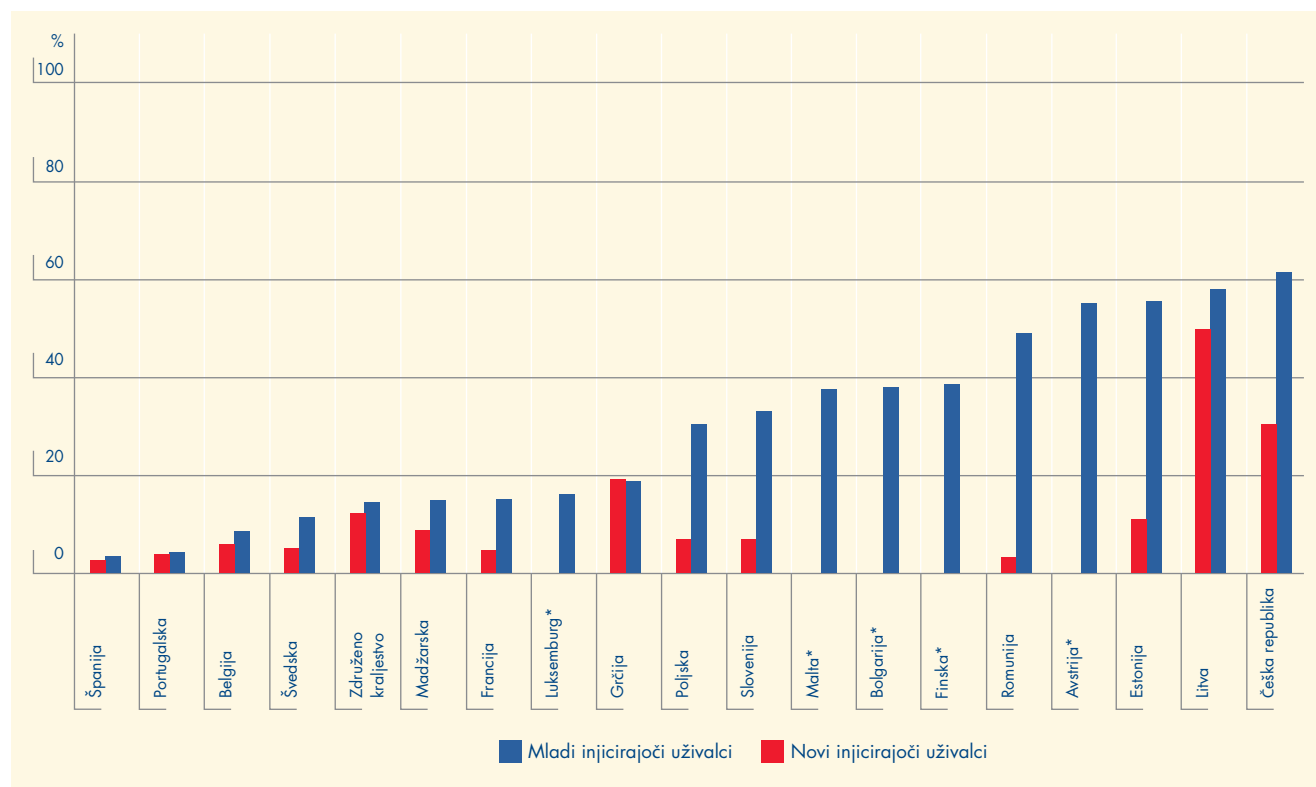
Analiza podatkov o povpraševanju po zdravljenju za devet držav, ki so sodelovale v pilotski študiji, je pokazala, da si je približno 63 % vseh uživalcev opioidov na zdravljenju (tistih, ki se že zdravijo, in tistih, ki so se začeli zdraviti v zadnjem letu) vbrizgavalo drogo v času začetka zdravljenja <sup>(116)</sup>. To pomeni, da je bil med uživalci, ki se

že zdravijo, delež injicirajočih v času začetka zdravljenja sorazmerno velik.

Študije med injicirajočimi uživalci drog lahko ponudijo še en vpogled v razlike med državami in v spremembe vbrizgavanja drog v Evropi skozi čas. Veliko držav izvaja redne ponovitve študij na skupinah injicirajočih uživalcev, običajno v okviru testiranja za nalezljive bolezni, uživalci pa izvirajo iz najrazličnejših okolij, da se zagotovi čim večje posploševanje. Zaradi morebitnih predsodkov pri selektivnem naboru za te študije pa je treba primerjave med državami delati previdno <sup>(117)</sup>.

V nekaterih državah je v te študije vključen velik delež (več kot 20 %) novih injicirajočih uživalcev (ki si drogo vbrizgavajo manj kot dve leti), medtem ko je v več državah ta delež manjši od 10 % (prikaz 9). V Češki republiki, Estoniji, Litvi, Avstriji in Romuniji predstavljajo mladi injicirajoči uživalci drog (mlajši od 25 let), vključeni v raziskave, več kot 40 % teh uživalcev, medtem ko

**Prikaz 9:** Delež mladih in novih injicirajočih uživalcev v vzorcih uživalcev, ki si drogo vbrizgavajo



Opomba: Vzorci zajemajo injicirajoče uživalce, ki so bili testirani za nalezljive bolezni (HIV in HCV). Uporabljen je bil najnovejši razpoložljivi vzorec za vsako državo za obdobje 2002–2006, pod pogojem, da je zajemal vsaj 100 injicirajočih uživalcev. Zvezdica pomeni, da za nove injicirajoče uživalce ni podatkov. Za več informacij glej prikaz PDU-3 v Statističnem biltenu 2008.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

<sup>(114)</sup> Glej preglednice PDU-104, TDI-4, TDI-5 in TDI-17, del (v), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(115)</sup> Glej prikaz TDI-7 in preglednico TDI-17, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(116)</sup> Glej preglednici TDI-17, del (v), in TDI-40 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(117)</sup> Lahko bi pričakovali, da bo delež mladih ali novih injicirajočih uživalcev manjši v vzorcih uživalcev iz zdravljenja odvisnosti od drog kot pa v vzorcih iz bolj „odprtih“ okolij, kot so nizkopražne storitve, saj v povprečju uživalci, ki se začnejo zdraviti, to storijo po nekaj letih uživanja drog. Vendar pa statistična analiza povezave med okoljem zdravljenja in deleži mladih ali novih injicirajočih uživalcev ni pokazala pomembnih statističnih razlik, kar pomeni, da okolje zdravljenja (označeno kot „le zdravljenje zaradi drog“, „ni zdravljenja zaradi drog“ in „mešana okolja“) verjetno nima velikega vpliva na te deleže.

v drugih devetih državah injicirajoči uživalci, mlajši od 25 let, predstavljajo manj kot 20 % uživalcev, vključenih v raziskave.

Na splošno je velik delež novih injicirajočih uživalcev alarmanten, zlasti če je med njimi veliko mladih injicirajočih uživalcev. Medtem ko lahko večji delež novih injicirajočih uživalcev kaže na nov porast vbrizgavanja droge, so lahko s tem pojavom povezani tudi drugi dejavniki (npr. krajši čas vbrizgavanja, boljša razpoložljivost zdravljenja, večji delež smrtnih primerov med starejšo populacijo).

Države s populacijami dolgotrajnih problematičnih uživalcev opioidov imajo na splošno majhne deleže mladih in novih injicirajočih uživalcev. V ostalih, pogosto novih državah članicah podatki kažejo visoke ravni mladih injicirajočih uživalcev. Različne ravni novih injicirajočih uživalcev v teh državah, kjer so podatki na voljo, lahko odražajo razlike v povprečni starosti ob začetku in tudi večjo pojavnost vbrizgavanja med mlajšo ali starejšo populacijo.

## Zdravljenje problematičnih uživalcev opioidov

### Profil uživalcev opioidov, ki se začnejo zdraviti

Uživalci, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja opioidov, so starejši (povprečna starost 32 let) od tistih, ki se začnejo zdraviti zaradi kokaina, drugih stimulansov in konoplje (povprečna starost 31, 27 oziroma 24 let), pri čemer so ženske na splošno leto ali dve mlajše od moških bolnikov. Uživalci opioidov na zdravljenju so na splošno mlajši v tistih državah, ki so se Evropski uniji pridružile od leta 2004, pa tudi na Irskem, v Grčiji, Avstriji in na Finskem <sup>(118)</sup>.

V povprečju je razmerje moških in žensk med uživalci opioidov na zdravljenju 3 : 1, pri čemer večje deleže moških najdemo predvsem v južnoevropskih državah (Bolgarija, Grčija, Španija, Francija, Italija, Ciper, Malta, Portugalska) <sup>(119)</sup>.

V primerjavi z drugimi uživalci na zdravljenju je za uživalce opioidov značilna večja brezposelnost in nižja dosežena stopnja izobrazbe (glej poglavje 2, Odzivi na problematiko drog v Evropi), v nekaterih državah pa je ugotovljena večja pogostost hkratnih psihiatričnih motenj.

Približno polovica uživalcev opioidov, ki iščejo zdravljenje, poroča o začetku uživanja pred 20. letom starosti,

približno tretjina pa o začetku med 20. in 24. letom starosti. Prvo zaužitje opioidov po 25. letu starosti je redko <sup>(120)</sup>. Od prvega uživanja opioidov do prvega stika z zdravljenjem zaradi drog v povprečju preteče med sedem in devet let, pri čemer moški poročajo o daljšem obdobju kot ženske <sup>(121)</sup>.

### Zagotavljanje in pokritost zdravljenja

Zdravljenje uživalcev opioidov večinoma poteka v izvenbolnišničnih okoljih, med katerimi so lahko specialistični centri, splošni zdravniki in nizkopražne ustanove. V nekaterih državah so zelo pomembni tudi bolnišnični centri, predvsem v Bolgariji, Grčiji, na Finskem in Švedskem <sup>(122)</sup>.

Zdravljenje brez drog in nadomestno zdravljenje za uživanje opioidov sta na voljo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem in Norveškem. V Turčiji prihodnjo uporabo nadomestnega zdravljenja še preučujejo. V večini držav

### Razširitev farmacevtskih možnosti

V Evropi so bile razvite in dane na voljo nove farmacevtske možnosti za zdravljenje odvisnosti od opioidov. Cilji teh novih možnosti predpisovanja vključujejo izboljšanje učinkovitosti zdravljenja, odzivanje na potrebe različnih skupin uživalcev opioidov in zmanjševanje možnosti za zlorabo nadomestnih drog.

Kombinacija buprenorfina/naloksone je bila dana na trg EU leta 2006 kot alternativa samostojni uporabi buprenorfina, cilj pa je bil zmanjšati možnost in privlačnost uživanja z vbrizgavanjem. Več držav članic trenutno ocenjuje vrednost te snovi kot možnosti zdravljenja odvisnosti od opioidov <sup>(1)</sup>.

Predpisovanje medicinskega heroina (diamorfina) kot možnosti zdravljenja za kronične uživalce opioidov, ki so odporni na zdravljenje, je v omejenem obsegu na voljo na Nizozemskem (815 uživalcev na zdravljenju leta 2006), v Združenem kraljestvu (400 uživalcev na zdravljenju) in v Nemčiji, kjer udeleženci v poskusu s heroinom v skladu s posebno uredbo še naprej prejemajo diamorfin. Poleg tega v Združenem kraljestvu trenutno poteka randomizirana študija o opioidih, ki se vbrizgavajo (RIOTT), ki bo ocenila učinkovitost diamorfina in metadona, ki se vbrizgavata, in metadona, ki se uživa peroralno. Februarja 2008 so se na Danskem odločili, da bodo uvedli program za predpisovanje diamorfina.

<sup>(1)</sup> Tehnične informacije o snovi so na voljo na spletni strani Evropske agencije za zdravila: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

<sup>(118)</sup> Glej preglednice TDI-10, TDI-32 in TDI-103 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(119)</sup> Glej preglednici TDI-5 in TDI-21 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(120)</sup> Glej preglednice TDI-11, TDI-107 in TDI-109 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(121)</sup> Glej preglednico TDI-33 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(122)</sup> Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2008.



je nadomestno zdravljenje najširše razpoložljiva možnost, čeprav so leta 2005 Madžarska, Poljska in Švedska poročale o prevladi pristopov zdravljenja brez drog.

Nadomestno zdravljenje, ki običajno vključuje psihosocialno oskrbo, se tipično zagotavlja v specializiranih izvenbolnišničnih centrih in ustanovah z deljeno oskrbo, kjer so prisotni tudi splošni zdravniki. Razpoložljivi podatki o številu bolnikov na nadomestnem zdravljenju kažejo na splošno povečanje v zadnjem letu, razen v Franciji, na Nizozemskem, Malti in v Luksemburgu, kjer je bilo stanje nespremenjeno. O največjem sorazmernem povečanju je poročala Češka republika (42 %), čeprav so o več kot 10-odstotnem povečanju poročale tudi Poljska (26 %), Finska (25 %), Estonija (20 %), Švedska (19 %), Norveška (15 %), Madžarska in Avstrija (11 %).

Preprosta primerjava ocen števila problematičnih uživalcev opioidov in sporočenega števila primerov zdravljenja kaže, da bi lahko več kot eden od treh uživalcev prejemal nadomestno zdravljenje. Vendar pa je treba upoštevati, da sta oba podatkovna niza premalo natančna, kar pomeni, da je treba ta izračun upoštevati s previdnostjo. Poleg tega široki intervali zaupanja v ocenah problematičnega uživanja opioidov pomenijo, da so primerjave med državami težavne. Kljub temu pa razpoložljivi podatki kažejo, da se delež problematičnih uživalcev opioidov, ki prejemajo nadomestno zdravljenje, med državami zelo razlikuje, pri čemer ocenjeni deleži znašajo približno 5 % na Slovaškem, od 20 do 30 % na Finskem, v Grčiji in na Norveškem, od 35 do 45 % v Češki republiki, na Malti in v Italiji ter več kot 50 % v Združenem kraljestvu (Anglija), Nemčiji in na Hrvaškem <sup>(123)</sup>.

Čeprav je v Evropi metadon, ki se uživa peroralno, glavna droga v nadomestnem zdravljenju, pa se vedno pogosteje uporablja tudi buprenorfin. Eden izmed razlogov je, da buprenorfin ob zlorabi izkazuje nižje ravni smrtnosti (Connock et al., 2007). Danski nacionalni odbor za zdravje je po pregledu smernic za nadomestno zdravljenje splošne zdravnike pozval k predpisovanju buprenorfina namesto metadona.

### Učinkovitost, kakovost in standardi zdravljenja

Pregledi nadzorovanih randomiziranih študij in opazovalnih študij so pokazali, da sta lahko tako metadonsko vzdrževalno zdravljenje kot tudi vzdrževalno zdravljenje z buprenorfinom učinkovita pri nadzoru odvisnosti od opioidov. Nedavni pregled, ki ga je opravila skupina Cochrane, pa je pokazal, da je buprenorfin manj učinkovit kot metadon v ustreznih odmerkih (Mattick et al., 2008). Več študij je tudi pokazalo, da je lahko

vzdrževanje z diamorfinom učinkovito za tiste, ki se ne odzivajo na metadonsko vzdrževalno zdravljenje (Schulte et al., in press). Na splošno je nadomestno zdravljenje povezano z več pozitivnimi rezultati, vključno z zadržanjem na zdravljenju, zmanjšanjem uživanja in vbrizgavanja prepovedanih opioidov, zmanjšanjem smrtnosti in kriminalnega ravnanja ter umiritvijo in izboljšanjem zdravstvenega in socialnega stanja kroničnih uživalcev heroina.

Psihosocialne in psihoterapevtske intervencije v kombinaciji s farmakoterapijo so se v študijah rezultatov zdravljenja prav tako izkazale za učinkovite, na primer NTORS v Združenem kraljestvu (Gossop et al., 2002) in DATOS v Združenih državah Amerike (Hubbard et al., 2003). Ti pristopi ne povečujejo le motivacije za zdravljenje, preprečujejo ponovno uživanje in zmanjšujejo škodo, temveč ponujajo tudi nasvete in praktično podporo uživalcem na zdravljenju, ki se morajo poleg zdravljenja odvisnosti od opioidov ukvarjati tudi z iskanjem bivališča in zaposlitve ter urediti družinske težave. Vendar pa razpoložljivi dokazi ne podpirajo uporabe zgolj psihosocialnega zdravljenja (Mayet et al., 2006).

Veliko držav je pred kratkim poročalo o izboljšanju smernic za zdravljenje. Na Hrvaškem, Danskem in Škotskem so preverili nadomestne programe, spremenili pa so tudi smernice za izboljšanje kakovosti zdravljenja in preprečitev preusmeritve na črni trg. Tudi Združeno kraljestvo je posodobilo smernice za klinični nadzor odvisnosti od drog, National Institute for Clinical Excellence pa je izdal posebne smernice za predpisovanje metadona in buprenorfina, za zdravljenje z naltreksonom, razstrupljanje in psihosocialno zdravljenje. Tudi Portugalska je pripravila nove smernice za zagotovitev pravočasnega dostopa do zdravljenja.

### Zdravljenje v zaporih

Oblikovalci politik EU priznavajo potrebo po uskladitvi praks in kakovosti storitev med skupnostjo in zapori. Vendar pa je poročilo Evropske komisije (2007a) poudarilo pomanjkanje storitev za uživalce drog v zaporih in opozorilo na pomembnost posredovanja v tem okolju. Primeri omejitev v zagotavljanju storitev na področju drog v zaporih vključujejo pomanjkanje zmogljivosti in strokovnega znanja (Latvija, Poljska, Malta), razdrobljeno pomoč (Latvija), pomanjkanje intervencij za posebne skupine, kot so mladi zaporniki, ki uživajo droge (Avstrija), ter odsotnost preventivne strategije, ki temelji na javnem zdravju (Grčija).

Bolj pozitivno je dejstvo, da so postali programi na področju drog v zaporih bolj razširjeni, veliko držav

<sup>(123)</sup> Glej prikaz HSR-1 v Statističnem biltenu 2008.



pa poroča o novih pobudah. Na Portugalskem so na primer uvedli pravni okvir za programe brizg v zaporih; v Litvi so sprejeli odlok, ki zaporom nalaga zagotovitev svetovanja pred izpustom; na Danskem lahko od januarja 2007 vsi zaporniki, ki služijo kazen, daljšo od treh mesecev, koristijo „zagotavljanje zdravljenja“; v Češki republiki je bilo nadomestno zdravljenje razširjeno na 10 zaporov; na Irskem pa se storitve zdravljenja v zaporu trenutno ocenjujejo, z namenom doseganja enakovrednosti s storitvami v skupnosti.

V primerjavi s skupnostjo ostaja raven zagotavljanja zdravljenja v zaporih nizka, čeprav je uživanje drog v zaporih na splošno bolj razširjeno. V veliko državah je razstrupljanje bolj zaželeno in včasih edino razpoložljivo zdravljenje. Veliko držav teoretično nudi nadomestno zdravljenje, vendar podatki kažejo, da je takšnega zdravljenja v praksi deležno le malo uživalcev drog. Izjemi sta Španija, kjer je bilo leta 2006 14 % vseh obsojenih zapornikov (19 600) deležnih nadomestnega

zdravljenja, in Združeno kraljestvo (Anglija in Wales), kjer pričakujejo, da bo število uživalcev, ki prejemajo metadon, naraslo s 6 000 na 12 000, in sicer zaradi uvedbe novih smernic aprila 2007.

Pred kratkim so bile objavljene praktične smernice za nadomestno zdravljenje v zaporih, ki sta jih potrdila WHO in UNODC (Kastelic et al., 2008), nekatere raziskave pa kažejo, da ima nadomestna terapija za opioide v zaporih pozitivne učinke na tvegano vedenje in smrtnost (Dolan et al., 2003). Nedavni pregled raziskovalnih študij nadomestnih programov v zaporih je pokazal, da so pozitivni učinki odvisni od zagotavljanja zadostnih odmerkov in zdravljenja, ki mora potekati ves čas bivanja v zaporu (Stallwitz in Stöver, 2007). Poleg tega sta previdno načrtovanje izpustitve in povezanost z oskrbo v skupnosti druga ključna elementa storitev na tem področju, ki sta potrebna za zagotovitev, da se koristi za zdravje, dosežene v času bivanja v zaporu, ne izgubijo <sup>(124)</sup>.

<sup>(124)</sup> Glej „Povečano tveganje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka po končani zaporni kazni ali po zdravljenju“, str. 88.



## Poglavje 7

# Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri

### Nalezljive bolezni, povezane z drogami

Nalezljive bolezni, kot so HIV ter hepatitis B in C, so med najhujšimi zdravstvenimi posledicami uživanja drog. Celo v državah, kjer je razširjenost virusa HIV pri injicirajočih uživalcih drog majhna, lahko uživalce drog nesorazmerno prizadenejo druge nalezljive bolezni, kot so hepatitis A, B in C, spolno prenosljive bolezni, tuberkuloza, tetanus, butolizem in človeški T-limfotropni virus. Center sistematično spremlja pojav virusa HIV ter hepatitisa B in C med injicirajočimi uživalci drog (razširjenost protiteles ali drugi posebni znaki v primeru hepatitisa B). Zaradi več metodoloških omejitev v različnih podatkovnih sistemih pa je treba podatke razlagati previdno <sup>(125)</sup>.

### HIV in AIDS

Konec leta 2006 je bilo število ugotovljenih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog v večini držav EU majhno, splošno stanje v EU pa se zdi v svetovnem merilu razmeroma pozitivno. To je morda vsaj delno posledica večje razpoložljivosti preprečevanja, zdravljenja in ukrepov za zmanjševanje škode, vključno z nadomestnim zdravljenjem ter programi injekcijskih igel in brizg. Pomembni so tudi drugi dejavniki, na primer upad uživanja drog z vbizgavanjem, o katerem poroča nekaj držav. Vendar pa podatki kažejo, da je bila leta 2006 v nekaterih delih Evrope raven števila okužb z virusom HIV, povezanih z vbizgavanjem drog, še vedno precej visoka, kar poudarja potrebo po zagotovitvi pokritosti in učinkovitosti lokalne prakse preprečevanja.

### Trendi okužb z virusom HIV

Podatki za leto 2006 o novo ugotovljenih primerih, povezanih z vbizgavanjem drog, kažejo, da število okužb v Evropski uniji še vedno upada, in sicer po najvišji vrednosti v letih 2001 in 2002, ki je bila posledica epidemije v Estoniji, Latviji in Litvi <sup>(126)</sup>. Leta 2006 je bilo v

25 državah članicah EU, za katere so na voljo nacionalni podatki, med injicirajočimi uživalci skupaj na novo ugotovljenih 5,0 primera okužb na milijon prebivalcev, kar je manj kot leta 2005, ko je bilo ugotovljenih 5,6 primera okužb <sup>(127)</sup>. Izmed treh držav, ki poročajo o največ primerih novo ugotovljenih okužb (Estonija, Latvija, Portugalska), Portugalska za leto 2005-2006 še naprej poroča o trendu upadanja, medtem ko se je trend v Estoniji in Latviji ustalil pri 142,0 oziroma 47,1 novo ugotovljenega primera na milijon prebivalcev. Med letoma 2001 in 2006 v nobeni državi ni bil ugotovljen večji porast števila okužb z virusom HIV med prebivalstvom. V državah, kjer je zabeležen rahel porast (npr. v Bolgariji, na Irskem), ta ni presegel dodatnega primera na milijon prebivalcev na leto.

Absolutne številke razkrivajo katere države najbolj prispevajo k skupnemu številu za EU. O največ novo ugotovljenih okužbah med injicirajočimi uživalci drog so leta 2006 poročale države, ki imajo najvišje stopnje okužb (Portugalska, 703 nove diagnoze; Estonija, 191; Latvija, 108) <sup>(128)</sup>, in države, ki imajo veliko prebivalcev (Združeno kraljestvo, 187; Nemčija, 168; Francija, 167; Poljska, 112) (prikaz 10). Spričo splošnih trendov upadanja je bil v absolutnih številkah od leta 2001 največji porast zabeležen v Združenem kraljestvu, kjer je vsako leto ugotovljenih približno 13 novih primerov, in v Nemčiji, kjer je ugotovljenih približno 10 novih primerov, čeprav ti primeri niso enakomerno razporejeni po letih. V Bolgariji se je nizka stopnja porasta pred kratkim zelo povečala, in sicer na 0, 2, 0, 7, 13 in 34 novih primerov med letoma 2001 in 2006, kar kaže na možnost epidemije.

Podatki o trendih iz spremljanja razširjenosti virusa HIV pri vzorcih injicirajočih uživalcev drog so pomembno dopolnilo k podatkom iz poročanja o primerih okužb z virusom HIV, saj zagotavljajo informacije tudi o neugotovljenih okužbah. Podatki o razširjenosti v obdobju med letoma 2002 in 2006 so na voljo za 25 držav <sup>(129)</sup>. V 15 državah se razširjenost virusa HIV v tem obdobju ni

<sup>(125)</sup> Za podrobnosti o metodah in opredelitvah glej Statistični bilten 2008.

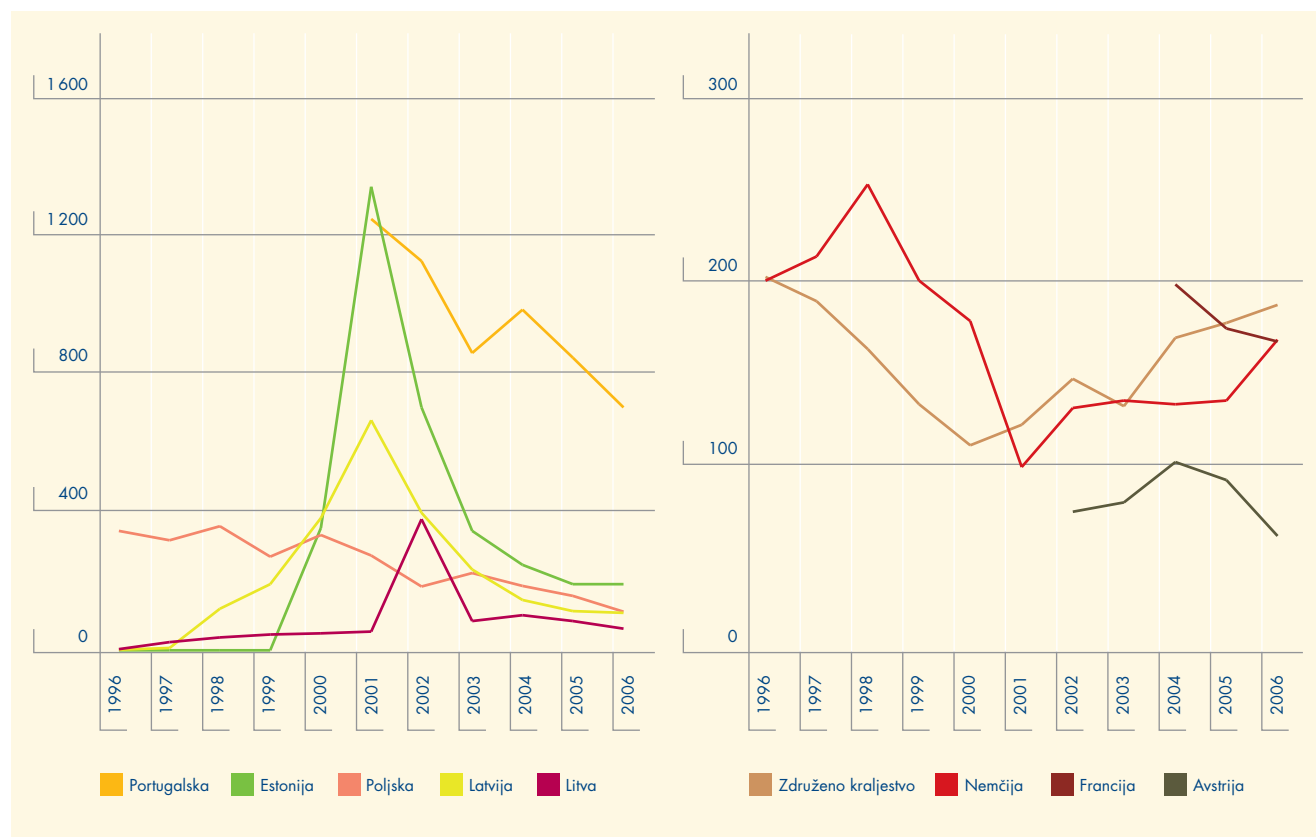
<sup>(126)</sup> Glej preglednico INF-104 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(127)</sup> Nacionalni podatki niso na voljo za Španijo in Italijo. Ob prilagoditvi za ti dve državi bi dobili 5,9 primerov na milijon prebivalcev, kar je manj kot 6,4 v l. 2005.

<sup>(128)</sup> Na Portugalskem EuroHIV za l. 2006 poroča o 703 primerih, medtem ko je Portuguese Epidemiological Surveillance Centre of Transmissible Disease (CVEDT) poročal o 432 primerih; razlika je posledica razvrščanja po letu poročanja (EuroHIV) in letu diagnoze (CVEDT).

<sup>(129)</sup> Glej preglednico INF-108 v Statističnem biltenu 2008.

**Prikaz 10:** Absolutno število na novo ugotovljenih okužb z virusom HIV med uživalci, ki si drogo vbrizgavajo, po letu poročila: države z najvišjo ravni nad 300 (levo) ter med 100 in 300 (desno)



Opomba: Za Španijo in Italijo ni na voljo nacionalnih podatkov; kjer so na voljo podatki za regije, so tudi prikazani. Za obe državi so delni podatki pokazali več kot 100 novih primerov v letu 2005, kar pomeni trend upadanja. Za dodatne informacije glej preglednico INF-104 v Statističnem biltenu 2008.

Vir: EuroHIV.

spremenila. V petih državah (Bolgariji, Nemčiji, Španiji, Italiji, Latviji) se je razširjenost s statističnega vidika močno zmanjšala, za vse so podlaga nacionalni vzorci. Dve izmed teh držav pa sta poročali o regionalnem porastu: v Bolgariji eno mesto, Sofija, in v Italiji osem izmed 21 regij ter eno mesto. V petih državah o nacionalnih trendih ne poročajo oziroma so ti ustaljeni, medtem ko je vsaj en podnacionalni vzorec pokazal trend naraščanja, čeprav ravni razširjenosti ostajajo večinoma nizke (Belgija, Češka republika, Litva, Združeno kraljestvo in verjetno Slovenija).

Primerjava trendov novo ugotovljenih okužb, povezanih z vbrizgavanjem droge, s trendi razširjenosti HIV med injicirajočimi uživalci kaže, da pojavnost okužbe z virusom HIV, ki je povezana z vbrizgavanjem drog, v večini držav na nacionalni ravni upada. Razlaga je težja, kjer si ti podatkovni viri delno nasprotujejo, kot na primer v Bolgariji, Nemčiji in Združenem kraljestvu; čeprav sta v teh državah število primerov novih diagnoz in stopnja porasta (razen v Bolgariji med letoma 2004 in 2006) nizka.

Visoke letne stopnje novih diagnoz okužb z virusom HIV, povezanih z vbrizgavanjem drog, v Estoniji, Latviji in

na Portugalskem pomenijo, da v teh državah še vedno pogosto prihaja do prenosa virusa HIV. Za Estonijo to dejstvo potrjujejo podatki o razširjenosti iz leta 2005, ki kažejo, da je bila približno tretjina novih injicirajočih uživalcev drog (ki si droge vbrizgavajo manj kot dve leti) okužena z virusom HIV. Druge znake prenosa virusa HIV kažejo poročila o visokih ravneh razširjenosti (več kot 5%) med mladimi injicirajočimi uživalci (vzorci 50 ali več injicirajočih uživalcev, mlajših od 25 let) v več državah: v Španiji (nacionalni podatki za leto 2005), na Portugalskem (nacionalni podatki za leto 2006), v Estoniji (dve regiji, 2005), Latviji (nacionalno in v dveh mestih, 2002–2003), Litvi (eno mesto, 2006) in na Poljskem (eno mesto, 2005) <sup>(130)</sup>.

#### 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. Podatki o pojavnosti aidsa lahko ponudijo tudi informacije o pokritosti in učinkovitosti izredno aktivne protiretrovirusne terapije (HAART). Visoke stopnje pojavnosti aidsa v nekaterih evropskih državah

<sup>(130)</sup> Glej preglednici INF-109 in INF-110 v Statističnem biltenu 2008.

## „Vročna mesta“ HIV-a in aidsa

Najnovejši podatki kažejo, da je pojavnost okužb s HIV med injicirajočimi uživalci v Evropski uniji na splošno majhna. Vendar pa je potrebna previdnost, saj se v nekaterih državah članicah še naprej pojavljajo visoke stopnje novih okužb s HIV, ki so povezane z injicirajočim uživanjem drog, stanje pa je še bolj zaskrbljujoče v nekaterih sosednjih državah.

Po nedavni epidemiji HIV v Estoniji in Latviji so se stopnje na novo ugotovljenih okužb pri injicirajočih uživalcih od leta 2001 znižale, vendar so se zdaj ustalile na še vedno visokih ravneh (142,0 oziroma 47,1 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2006), kar pomeni, da so stopnje prenosa visoke. Na Portugalskem imajo še vedno največ na novo ugotovljenih okužb v Evropski uniji (glej str. 78) in čeprav je prisoten trend zniževanja, je letna stopnja na novo sporočenih diagnoz še vedno visoka, in sicer 66,5 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2006.

V sosednjih državah vzhodno od EU je stanje še posebej zaskrbljujoče. V dveh največjih državah, Rusiji in Ukrajini, je število na novo ugotovljenih diagnoz visoko in še narašča. Leta 2006 so v Rusiji število na novo ugotovljenih okužb, povezanih z vbizgavanjem drog, ocenili na 11 000, v Ukrajini pa na 7 000 (78,6 oziroma 152,9 novega primera na milijon prebivalcev).

Visoke stopnje prenosa med injicirajočimi uživalci pomenijo, da je treba preveriti razpoložljivost, raven in obseg obstoječega zagotavljanja storitev, vključno s posebnimi ukrepi, namenjenimi zmanjšanju širjenja nalezljivih bolezni, kot sta program injekcijskih igel in nadomestno zdravljenje. Poleg tega so potrebne študije med injicirajočimi uživalci, da se preuči, zakaj se zdijo nekatere populacije še posebej ranljive; dejavnike, povezane s tveganim vedenjem in ovirami za samozaščito; opredeliti pa je treba tudi obetavne pristope za preprečevanje novih epidemij.

lahko pomenijo, da veliko injicirajočih uživalcev, okuženih z virusom HIV, ni deležnih terapije HAART v dovolj zgodnji fazi okužbe, ko bi lahko zdravljenje najbolje izkoristili.

Portugalska je še vedno država z največjo pojavnostjo aidsa zaradi vbizgavanja drog, čeprav je zdaj prisoten trend upadanja, z 29,9 primera na milijon prebivalcev leta 2005 na ocenjenih 22,4 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2006. O sorazmerno visokih stopnjah pojavnosti aidsa poročajo tudi za Estonijo, Španijo in Latvijo, ki imajo 17,1, 15,1 oziroma 13,5 novega primera na milijon prebivalcev. Med temi tremi državami je v Španiji in Latviji prisoten trend upadanja, medtem ko v Estoniji najnovejši podatki kažejo na povečanje z 11,9 novega primera na milijon prebivalcev leta 2005 na 17,2 primera na milijon prebivalcev leta 2006. Porast

so zabeležili tudi v Litvi, in sicer z 2,0 novega primera na milijon prebivalcev leta 2005 na 5,0 primera leta 2006 <sup>(131)</sup>.

## Hepatitis B in C

Medtem ko so visoke ravni razširjenosti okužb z virusom HIV prisotne samo v nekaj državah članicah EU, so virusni hepatitis in predvsem okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), pogostejše prisotne pri injicirajočih uživalcih v vsej Evropi. V obdobju 2005–2006 so se ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uživalcev gibale med 15 in 90 %, večina držav pa je poročala o ravneh nad 40 %. Samo nekatere države (Bolgarija, Češka republika, Finska) poročajo o manj kot 25-odstotni razširjenosti v nacionalnih vzorcih injicirajočih uživalcev, vendar pa tudi stopnje okužb na tej ravni še vedno predstavljajo velik problem za javno zdravstvo <sup>(132)</sup>.

V državah se ravni razširjenosti HCV močno razlikujejo, kar odraža tako razlike med regijami kot tudi značilnosti vzorčene populacije. V Združenem kraljestvu so na primer lokalne študije pokazale ravni med 29 in 59 %, v Italiji pa se različne regionalne ocene gibljejo med približno 40 in 96 %. Medtem ko je treba ocene iz neverjetnostnega vzorčenja vedno upoštevati s previdnostjo, imajo ugotovljene razlike med ravnimi razširjenosti verjetno pomemben vpliv na usmerjanje in izvajanje programov za preprečevanje in zdravljenje. Poleg tega lahko razumevanje dejavnikov, ki so odgovorni za različne ravni okužbe, pripomore k razvoju boljših strategij intervencije.

Raziskave med mladimi (mlajšimi od 25 let) in novimi (ki si drogo vbizgavajo manj kot dve leti) injicirajočimi uživalci drog kažejo, da je čas, ki je na voljo za preprečitev okužbe s HCV, zelo kratek, saj se veliko uživalcev z virusom okuži že zgodaj v obdobju vbizgavanja. Nedavne študije (2005–2006) poročajo o ravneh razširjenosti med 20 in 50 %, čeprav obstajajo med vzorci precejšnje razlike.

Razširjenost protiteles za virus hepatitisa B (HBV) se še bolj razlikuje kot razširjenost protiteles HCV, delno verjetno zaradi razlik v stopnjah cepljenja, čeprav so lahko prisotni tudi drugi dejavniki. Najpopolnejši podatkovni niz, ki je na voljo, so podatki o protitelesih proti antigenu sredice virusa hepatitisa (anti-HBc), iz katerih je razvidna zgodovina okužbe. V letih 2005 in 2006 so iz šestih od 11 držav, ki so predložile podatke o injicirajočih uživalcih, poročali o stopnjah razširjenosti anti-HBc nad 40 % <sup>(133)</sup>.

Časovni trendi pri prijavljenih primerih hepatitisa B in C kažejo drugačno sliko. V primeru hepatitisa B je videti,

<sup>(131)</sup> Glej prikaz INF-1 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(132)</sup> Glej preglednice INF-111 do INF-113 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(133)</sup> Glej preglednico INF-115 v Statističnem biltenu 2008.

## Dostop do testiranja in zdravljenja za HIV

Med ljudmi v Evropi, ki so okuženi s HIV, se lahko eden izmed treh sploh ne zaveda, da je okužen (ECDC, 2007), poročila iz nekaterih držav članic pa kažejo, da je ta delež med injicirajočimi uživalci lahko celo višji.

Posledično veliko na novo okuženih ne bo imelo priložnosti izkoristiti zgodnjega zdravljenja in oskrbe, prispevajo pa lahko tudi k širjenju HIV, saj nevede druge izpostavljajo tveganju okužbe. Poleg tega je kakovost podatkov, zbranih s sistemi nadzora HIV, slabša.

Začasni podatki kažejo, da je dostop injicirajočih uživalcev do protiretrovirusnega zdravljenja in oskrbe nesorazmerno slab (Donoghoe et al., 2007). Učinkoviti protivirusni pristopi zdravljenja morajo upoštevati posebno stanje in potrebe injicirajočih uživalcev. Ti vključujejo istočasne zdravstvene in socialne težave (npr. brezdomstvo in pomanjkanje zavarovanja), pa tudi stigmatizacijo in diskriminacijo v zdravstvenih okoljih ali večkratne aretacije in prestajanje zaporne kazni.

Da bi izboljšali dostop do testiranja in zdravljenja HIV, je Center pripravil posebne smernice za zagotavljanje letnih prostovoljnih zdravstvenih pregledov injicirajočim uživalcem, vključno s testiranjem za HIV in virusni hepatitis (<sup>1</sup>).

(<sup>1</sup>) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

da se je delež injicirajočih uživalcev drog med vsemi prijavljenimi primeri v nekaterih državah nekoliko zmanjšal, kar najbrž kaže na vedno večji učinek programov cepljenj, namenjenih injicirajočim uživalcem. V primeru hepatitisa C se je delež injicirajočih uživalcev med prijavljenimi primeri zmanjšal v petih državah, v drugih petih državah pa je narasel (Češka republika, Luksemburg, Malta, Švedska, Združeno kraljestvo) (<sup>134</sup>). Leta 2006 se je tako za hepatitis B kot tudi za hepatitis C delež injicirajočih uživalcev med prijavljenimi primeri med državami še vedno precej razlikoval, kar kaže na geografske razlike v epidemiologiji teh okužb, čeprav ni mogoče izključiti odstopanj zaradi različnih testiranj in metod poročanja.

## Preprečevanje nalezljivih bolezni

Države članice EU uporabljajo za zmanjšanje razširjenosti in posledic nalezljivih bolezni med uživalci drog kombinacijo nekaterih izmed naslednjih ukrepov: zdravljenje zaradi drog, vključno z nadomestnim zdravljenjem (glej poglavje 6), zdravstvene informacije in svetovanje, razdeljevanje sterilnega materiala za vbizgavanje ter izobraževanje v zvezi z varno spolnostjo

in varnim uživanjem. Razpoložljivost in pokritost teh ukrepov se med državami zelo razlikujeta.

Programi injekcijskih igel in brizg ter nadomestno zdravljenje za opioide so na voljo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem in Norveškem, čeprav se precej razlikujejo glede na okolja izvajanja in ciljno populacijo. V zadnjem desetletju so se ravni nadomestnega zdravljenja in zagotavljanja storitev za zmanjševanje škode v Evropi zelo povečale. V nekaterih državah pa te intervencije ostajajo omejene in potrebe na splošno še vedno presegaajo zagotavljanje na teh področjih.

Nedavna kohortna študija v Amsterdamu je opozorila na koristi kombinirane razpoložljivosti metadonskega vzdrževanja in programa injekcijskih igel, saj je bila prisotnost obeh storitev, v primerjavi s prisotnostjo le ene, povezana z manjšo pojavnostjo okužb s HCV in HIV med injicirajočimi uživalci drog (Van den Berg et al., 2007).

Ocenjevanje pokritosti programov injekcijskih igel in brizg je težavno in samo nekatere države zagotavljajo zadevne podatke. Češka republika na primer poroča o mreži 90 nizkopražnih ustanov, ki pomaga približno 25 000 uživalcem drog na leto, od katerih je 70 % injicirajočih uživalcev, v povprečju pa posameznemu injicirajočemu uživalcu zagotovi 210 igel.

Nekatere države poročajo o povečanju števila igel, razdeljenih v okviru programov injekcijskih igel in brizg: v Estoniji se je ocenjeno število igel, razdeljenih na posameznega injicirajočega uživalca, med letoma 2005 in 2006 podvojilo, saj je doseglo število 112. V istem obdobju se je število izmenjanih igel v okviru madžarskega programa injekcijskih igel in brizg povečalo za 56 %, število prejemnikov pa za 84 %. Finska nadaljuje s poročanjem o povečanem številu prejemnikov in igel, razdeljenih v zdravstvenih svetovalnih centrih. Vse države pa vendarle ne poročajo o povečanju: na Malti in na Slovaškem je razdeljevanje igel v letu 2006 ostalo nespremenjeno; Poljska je poročala o manjšem številu delujočih agencij in o 15-odstotnem zmanjšanju števila izmenjanih igel; Romunija je poročala o 70-odstotnem znižanju izmenjanih igel v Bukarešti, pri čemer so bile kot glavni vzrok navedene finančne težave.

V številnih državah lahko ustalitev ali upad v izmenjavi igel odraža spremembe v splošnih vzorcih vbizgavanja drog in spremembe v razpoložljivosti zdravljenja: v Luksemburgu se je število igel, ki so jih razdeljevale nizkopražne agencije, po večletnem povečevanju leta 2005 ustalilo in leta 2006 upadlo; o nedavnem upadu zagotavljanja igel poročajo tudi s Portugalske in iz Belgije (flamska skupnost), iz Nemčije in Nizozemske pa o upadu na lokalni ravni.

(<sup>134</sup>) Glej preglednici INF-105 in INF-106 v Statističnem biltenu 2008.



## Cepljenje proti hepatitisu B med uživalci drog

Prenos virusa hepatitisa B (HBV) je med injicirajočimi uživalci v Evropi še vedno prisoten; v večini držav ostajajo stopnje aktivne okužbe s HBV (razširjenost HbsAg) v primerjavi s splošnim prebivalstvom visoke (!). Cepljenje velja za najučinkovitejši ukrep za preprečevanje okužbe z virusom hepatitisa B (HBV) in njenih posledic. V skladu s priporočilom SZO iz leta 1991 je večina držav članic EU (vendar ne vse) uvedla vsesplošno cepljenje proti temu virusu. Politike cepljenja dojenčkov pa bodo najbolj vplivale na prihodnje generacije uživalcev drog. Da bi hitreje zmanjšali širjenje okužbe, je polovica držav članic EU sprejela programe cepljenja, ki so posebej namenjeni injicirajočim uživalcem drog in/ali zapornikom. Kljub temu je pokritje teh programov med državami različno, tretjina držav članic EU pa še vedno ne poroča o programih cepljenja, posebej namenjenih uživalcem drog.

Programe cepljenja, namenjene uživalcem drog, pogosto spremlja problem slabe usklajenosti, posledica pa so nedokončana cepljenja. Glede na razpoložljivost varnega in učinkovitega cepiva lahko strategije za doseganje višjih ravni imunizacije med ogroženimi vključujejo prilagodljiv pristop ter dosežejo uživalce drog na začetku uživanja in tiste skupnosti, kjer je razširjenost uživanja drog velika. Večkratno zagotavljanje cepljenja in dodatnih odmerkov tistim, ki imajo slabši imunski sistem, lahko prav tako pomaga doseči boljše rezultate glede imunizacije. Države članice bodo morda zaradi tega morale preveriti in celo izboljšati svoje politike, če želijo zmanjšati pojav kronične okužbe s HBV in njenih posledic.

(!) Glej preglednici INF-106 in INF-114 v Statističnem biltenu 2008.

Storitve zamenjave injekcijskih igel in nizkopražne storitve lahko zagotavljajo tudi način oskrbe za tiste s slabim dostopom do splošnih storitev. To vključuje osnovno zdravstveno varstvo, pa tudi ukrepe za spodbujanje zdrave spolnosti, kot so razdeljevanje kondomov in lubrikantov ter zagotavljanje izobraževanja za varno spolnost. Izvajanje storitev za preprečevanje nalezljivih bolezni s pomočjo terenskih ekip ali v nizkopražnih ustanovah je prav tako vzpostavljeno v večini držav; vendar pa so storitve na tem področju še vedno v razvoju. V Estoniji, Latviji in Litvi se na primer vzpostavlja nadnacionalna nizkopražna mreža za preprečevanje, ki bo uporabljala skupne standarde za storitve in protokole za epidemiološko spremljanje.

Zdravstvene storitve se zagotavljajo na nizkopražnih klinikah in z mobilnimi službami ali prek programov napotitev. Češka nizkopražna mreža na primer tesno sodeluje z regionalnimi javnozdravstvenimi službami za olajšanje dostopa do svetovanja, testiranja in zdravljenja somatične sobolevnosti, zlasti virusnega hepatitisa. V Bolgariji je mobilna ordinacija v Bourgasu ob Črnem

morju leta 2006 izvedla 750 posvetovanj. Nekaj danskih občin je prejelo državna sredstva za zdravstvene programe, namenjene najbolj ranljivim uživalcem drog. Poleg tega je projekt „soba zdravja“ v Kopenhagenu, ki združuje ukrepe zdravstvene nege in ukrepe socialnega svetovanja z nizkopražnim pristopom, triletni pilotski program, vzpostavljen leta 2008.

## Preprečevanje virusnega hepatitisa

Leta 2006 je več držav poročalo o pobudah za preprečevanje širjenja virusnega hepatitisa. V Luksemburgu so na primer po rezultatih akcijskega raziskovalnega projekta okrepili zagotavljanje svetovanja o varnejšem uživanju za mlade in nove uživalce drog ter izboljšali brezplačni dostop do opreme za vbrizgavanje za injicirajoče uživalce. Na Danskem je za uživalce drog in njihove partnerje od leta 2006 na voljo brezplačno cepljenje proti hepatitisu A in B, občine pa morajo zagotoviti celosten obseg storitev za nalezljive bolezni za injicirajoče uživalce drog. Na Irskem je delovna skupina za HCV leta 2007 dobila nalogo, da razvije nacionalno strategijo za nadzor, izobraževanje in zdravljenje.

Zapori so pomembna okolja za intervencije, namenjene nalezljivim boleznim, povezanim z uživanjem drog, in za zagotavljanje zdravstvenih storitev populaciji, ki jo je sicer težko doseči (glej poglavje 2, Odzivi na problematiko drog v Evropi). Nedavne raziskave kažejo, da je treba zagotoviti testiranje za virus vsem tistim, ki so kadar koli uživali prepovedane droge, kažejo pa tudi na to, da je bilo odkrivanje okužbe s kroničnim hepatitisom C ob sprejemu v zapor stroškovno učinkovit ukrep (Sutton et al., 2006). Poleg okuženih oseb, ki so deležne potrebnega zdravljenja in oskrbe, lahko uživalci drog v zaporih izkoristijo vrsto intervencij, kot sta zdravstveno izobraževanje in imunizacija proti hepatitisu B <sup>(135)</sup>.

## Z drogo povezani smrtni primeri in umrljivost

Uživanje drog je eden izmed pomembnejših razlogov za zdravstvene težave in smrtne primere med mladimi v Evropi. Velika umrljivost, ki je posledica uživanja opioidov, je zlasti razvidna iz mednarodne študije, ki jo je podprl Center in v kateri je bilo ugotovljeno, da je mogoče v sedmih evropskih mestnih območjih od 10 do 23 % smrtnih primerov med 15- do 49-letniki pripisati uživanju opioidov (Bargagli et al., 2005).

Ključni kazalnik Centra „Z drogo povezani smrtni primeri in umrljivost med uživalci drog“ spremlja predvsem smrtne primere, ki so neposredna posledica uživanja drog (smrt zaradi prevelikega odmerka), v bolj omejenem obsegu

<sup>(135)</sup> Glej preglednice DUP v Statističnem biltenu 2008.



## Z drogami povezana umrljivost: zapleten pojem

Tako znanstvene kot tudi politične razprave o umrljivosti, povezani z drogami, ovira vrsta pojmov in opredelitev, ki se uporabljajo na tem področju. Če se uporabljajo zelo široki in vključujoči pojmi, so lahko podatki manj uporabni za razumevanje vzročnih dejavnikov, povezanih z umrljivostjo zaradi drog. Če na primer združimo vse smrtne primere s pozitivnim toksikološkim pregledom, bo to vključevalo primere, kjer so imele droge neposredno vzročno vlogo, posredno vlogo ali pa nobene vloge.

Drugo pomembno vprašanje je upoštevanje snov, ki je lahko omejena na prepovedane droge ali razširjena na druge psihoaktivne snovi in zdravila. Pri zdravilih je morda težko razlikovati med smrtnimi primeri, ki so primarno povezani z vprašanji duševnega zdravja (npr. samomor v okviru depresije), in primeri, povezanimi z uživanjem snovi. Poleg tega gre pri veliko smrtnih primerih zaradi uživanja drog dejansko za smrtne primere zaradi uživanja več drog hkrati, razumevanje vlog posameznih drog pa je lahko težavno.

Pomensko umrljivost zaradi drog vključuje dve širši komponenti. Prva in najbolj dokumentirana se nanaša na tiste smrtne primere, ki so posledica delovanja ene ali več drog. Ti smrtni primeri so običajno imenovani „preveliki odmerki“, „zastрупitve“ ali „smrtni primeri, ki jih povzročijo droge“. Druga komponenta je širša in zajema smrtne primere, ki jih ni mogoče neposredno pripisati farmakološkemu delovanju drog, vendar so kljub temu povezani z njihovim uživanjem: dolgotrajne posledice nalezljivih bolezni, vzajemno delovanje z duševnimi težavami (npr. samomor) ali z drugimi okoliščinami (npr. prometne nesreče). Obstajajo tudi smrtni primeri, ki so povezani z drogami, vendar so posledica okoliščin (npr. nasilje, povezano s preprodajo drog).

Sedanji pristop Centra do poročanja o splošni umrljivosti, povezani z drogami, temelji na ocenjevanju stopenj umrljivosti med kohortami problematičnih uživalcev drog. Vendar pa se raziskujejo tudi drugi pristopi, pri čemer je podatke iz različnih virov mogoče združiti, da se oceni skupno breme umrljivosti, povezane z drogami v skupnosti (glej „Splošna umrljivost, povezana z drogami“, str. 87).

pa splošno umrljivost med uživalci drog, ki vključuje tudi smrtne primere, povezane z različnimi drugimi zdravstvenimi in socialnimi težavami.

## Smrt zaradi prevelikega odmerka

Centrova opredelitev smrti zaradi prevelikega odmerka<sup>(136)</sup> se nanaša na tiste smrtne primere, ki so neposredna posledica (zastрупitev ali preveliki odmerki) zaužitja ene ali več drog, pri čemer je vsaj ena snov prepovedana droga. Število uživalcev drog, njihovi vzorci uživanja (vbrizgavanje, uživanje več drog hkrati) ter razpoložljivost zdravljenja in storitve v nujnih primerih so vse dejavniki, ki lahko vplivajo na skupno število takšnih smrtnih primerov v skupnosti. Na splošno do smrti zaradi prevelikega odmerka pride kmalu po zaužitju snovi.

Izboljšave kakovosti in zanesljivosti evropskih podatkov v zadnjih letih so omogočile boljše opise splošnih in nacionalnih trendov, večina držav pa je zdaj sprejela opredelitev primera v skladu z opredelitvijo Centra<sup>(137)</sup>. Kljub temu pa je treba biti zaradi razlik v kakovosti poročanja, ki so prisotne med državami, pri neposrednih primerjavah previden.

V obdobju med letoma 1990 in 2005 so države članice EU vsako leto poročale o 6 500 do 8 500 primerih smrti zaradi prevelikega odmerka, kar je skupaj približno 130 000 smrtnih primerov. Te številke pa je treba obravnavati kot najnižjo oceno<sup>(138)</sup>.

Umrljivost prebivalstva zaradi z drogo povezanih smrtnih primerov se med državami zelo razlikuje, saj znaša med 3 in 5 do več kot 70 smrtnih primerov na milijon prebivalcev v starosti od 15 do 64 let (povprečno 21 smrtnih primerov na milijon prebivalcev). Več kot 20 smrtnih primerov na milijon prebivalcev najdemo v 16 evropskih državah, več kot 40 primerov na milijon prebivalcev pa v petih državah. Med moškimi v starosti od 15 do 39 let so stopnje umrljivosti povprečne, v večini držav pa so dvakrat višje (povprečno 44 smrtnih primerov na milijon prebivalcev v Evropi). V letih 2005 in 2006 so z drogo povezani smrtni primeri predstavljali 3,5 % vseh smrti med Evropejci v starosti od 15 do 39 let, v osmih državah pa več kot 7 %<sup>(139)</sup> (prikaz 11).

Raziskave o umrljivosti in drugih posledicah prevelikih odmerkov brez smrtne izida so še vedno omejene, omejene pa so tudi naložbe v preventivne ukrepe, kljub dokazom o precej visokih številkah. V študijah je bilo ocenjeno, da je za vsak smrtni primer zaradi prevelikega odmerka med 20 in 25 primerov brez smrtne izida. Čeprav ne vemo, ali te ocene veljajo za Evropsko unijo kot celoto, pa bi groba ocena znašala približno 120 000 do 175 000 prevelikih odmerkov brez smrtne izida na leto.

## Smrtni primeri, povezani z opiodi

### Heroin

Prevelik odmerok opiodov je eden glavnih vzrokov smrti med mladimi v Evropi, zlasti med moškimi na mestnih

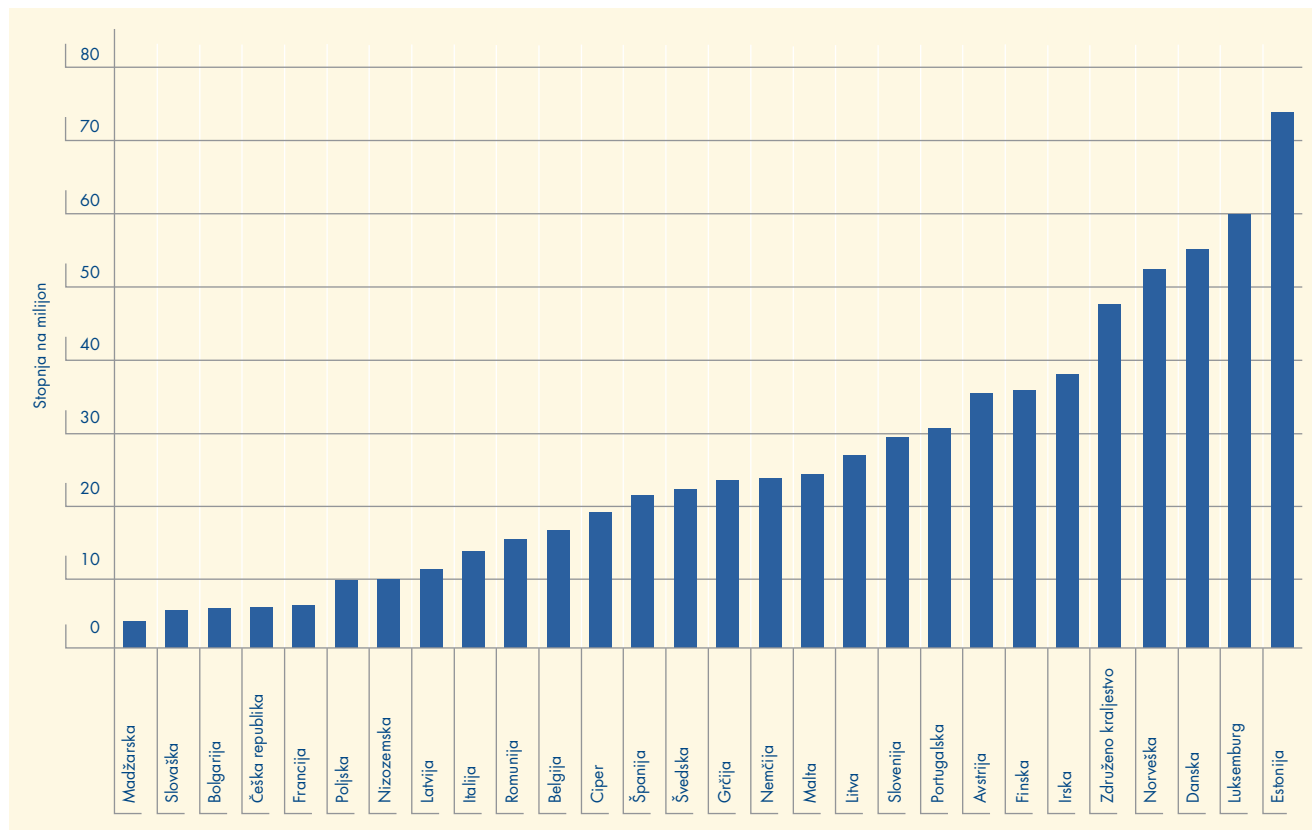
<sup>(136)</sup> Izraz „smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka“ je zdaj sprejet, saj bolj natančno odraža uporabljeno opredelitev primera.

<sup>(137)</sup> Glej podrobne metodološke informacije o z drogo povezanih smrtnih primerih v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(138)</sup> Glej preglednico DRD-2, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(139)</sup> Glej preglednico DRD-5 in prikaz DRD-7, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.

**Prikaz 11:** Stopnje umrljivosti zaradi prevelikega odmerka med vsemi odraslimi (15 do 64 let)



**Opomba:** Za Češko republiko je bila namesto nacionalne opredelitve uporabljena opredelitev centra EMCDDA iz izbora D; za Združeno kraljestvo je bila uporabljena opredelitev strategije boja proti drogam; za Romunijo se podatki nanašajo samo na Bukarešto in nekaj okoliš, za katere je pristojen toksikološki laboratorij iz Bukarešte. Izračuni stopenj umrljivosti med prebivalstvom temeljijo na nacionalnih populacijah za leto 2005, kot jih je sporočil Eurostat. Pri primerjavah stopenj med prebivalstvom je treba biti previden, saj pri opredelitvah primerov in kakovosti poročanja obstajajo razlike. Za intervale zaupanja in za več informacij o podatkih glej prikaz DRD-7, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

**Viri:** Nacionalna poročila Reitox 2007, na podlagi podatkov nacionalnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih) in Eurostata.

območjih <sup>(140)</sup>. Opioidi, večinoma heroin in njegovi presnovki, so prisotni pri večini z drogo povezanih smrtnih primerov, o katerih poročajo v EU, ter pomenijo od 55 do 100 % teh primerov, več kot polovica držav pa poroča o deležih, večjih od 80 % <sup>(141)</sup>. V toksikoloških poročilih o smrtih, povezanih s heroinom, se pogosto ugotovi, da so bile morda vpletene tudi druge snovi. Največkrat poročajo o alkoholu, benzodiazepinih, drugih opioidih in v nekaterih državah kokainu. Nedavno delo Centra, pri katerem je sodelovalo devet držav, je potrdilo, da se v toksikoloških rezultatih pri prevelikih odmerkih opioidov (od 60 do 90 % primerov) navadno navaja več drog. To pomeni, da je velik delež vseh smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka lahko povezan z uživanjem več drog hkrati.

Pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka opioidov gre večinoma (60 do 95 %) za moške v starosti od 20 do 40 let, v

večini držav pa je povprečna starost sredi tridesetih let <sup>(142)</sup>. V več državah se povprečna starost ob smrti zaradi prevelikega odmerka zvišuje, kar lahko pomeni, da se število mladih uživalcev heroina ustaljuje oziroma zmanjšuje. Vendar pa je drugje (Bolgarija, Estonija, Romunija, Avstrija) sorazmerno velik delež smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi od 25 let, kar lahko pomeni, da v teh državah heroin uživa oziroma si droge vbrižgava mlajša populacija <sup>(143)</sup>.

#### Metadon in buprenorfin

Raziskave kažejo, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tveganje smrti zaradi prevelikih odmerkov, vendar pa države vsako leto poročajo o številnih smrtnih primerih, povezanih z nadomestnimi zdravili za opioide, predvsem zaradi zlorabe ali, v manj primerih, zaradi težav, ki se pojavijo med zdravljenjem <sup>(144)</sup>.

<sup>(140)</sup> Ker gre pri večini primerov, o katerih poročajo Centru, za prevelike odmerke opioidov, so glavne značilnosti smrti zaradi prevelikega odmerka uporabljene za opis primerov, povezanih z opiodi.

<sup>(141)</sup> Glej prikaz DRD-1 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(142)</sup> Glej preglednico DRD-1, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(143)</sup> Glej prikaze DRD-2, DRD-3 in DRD-4 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(144)</sup> Glej „Smrtni primeri, povezani z nadomestnim zdravljenjem“, str. 85.

### Smrtne primeri, povezani z nadomestnim zdravljenjem

Raziskave so pokazale, da se tveganje prevelikega odmerka znatno zmanjša, ko so uživalci heroina na metadonskem nadomestnem zdravljenju. Z nedavno kohortno študijo, ki je vključevala več kot 5 000 uživalcev heroina, je bilo na primer ugotovljeno, da je tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka pri uživalcih na nadomestnem zdravljenju devetkrat manjše kot v času izven tega zdravljenja, ne glede na to, ali so bili med tem vključeni v drugo vrsto zdravljenja ali se zdravljenja sploh niso udeleževali (Brugal et al., 2005).

V toksikoloških poročilih za nekaj smrtnih primerov je bil naveden metadon, vendar pa to ne pomeni, da v vseh primerih obstaja neposredna vzročna povezava, saj so lahko prisotne tudi druge droge ali dejavniki. Smrtne primeri zaradi prevelikega odmerka se zgodijo, med možnimi dejavniki pa so lahko spremembe v toleranci, prevelik odmerek, neprimerno uživanje s strani uživalca in uživanje droge v neterapevtske namene.

Ukrepi za preprečevanje preusmeritve metadona na prepovedane trge so bili povezani z zmanjšanjem števila sporočenih smrti zaradi metadona v Združenem kraljestvu (Zador et al., 2006), na splošno pa je dobra praksa pri nadomestnem zdravljenju lahko pomembna komponenta pri zmanjševanju tveganja smrti, povezanega z metadonom. Zdravje bolnikov in skupnosti lahko torej zaščitimo z izboljšanjem standardov kakovosti zdravljenja, vključno s praksami predpisovanja; spremljanja uživalcev med prvo fazo zdravljenja; spremljanja morebitne toksičnosti zdravil za srce, informacij o tveganjih uživanja drugih zdravil ali psihoaktivnih snovi in praks razdeljevanja zdravil za zmanjšanje tveganja zlorab.

Dramatična razširitev metadonskega zdravljenja v Evropi se ne odraža v vzporednem povečanju števila smrtnih primerov, povezanih z metadonom. Študija, izvedena v Združenem kraljestvu, je pokazala, da se je med letoma 1993 in 2004 skupna količina predpisane metadona za peroralno uporabo povečala za 3,6-krat, število smrti, povezanih z metadonom, pa se je zmanjšalo z 226 na 194 (Morgan et al., 2006). To predstavlja znižanje stopnje smrtnih primerov, povezanih z metadonom, s 13 na 1 000 bolnikov leta 1993 na 3,1 na 1 000 bolnikov leta 2004. Podobne študije bi bile koristne tudi v drugih državah, vendar razpoložljivi dokazi kažejo, da so z metadonom povezani smrtne primeri bolj verjetno povezani s pomanjkljivostmi v praksah predpisovanja kot pa s splošnimi ravnmi nadomestnega zdravljenja.

Nekaj držav poroča o prisotnosti metadona v večjem deležu z drogami povezanih smrtnih primerov, čeprav je zaradi pomanjkanja skupnih standardov poročanja vloga te snovi pogosto nejasna. Države, ki poročajo

o precejšnjem številu smrtnih primerov, kjer je prisoten metadon, so Danska, Nemčija, Združeno kraljestvo in Norveška; druge države niso poročale o primerih ali pa so poročale o zgolj omejenem številu (<sup>145</sup>). Iz ZDA od leta 1999 poročajo o velikem povečanju števila smrtnih primerov, povezanih z metadonom. Večina teh primerov je povezana z zlorabo metadona, dobljenega v bolnišnicah, lekarnah, pri zdravstvenih delavcih in zdravnikih za nadzor bolečin, samo nekaj primerov pa je povezanih z metadonom, dobljenim pri programih nadomestnega zdravljenja (<sup>146</sup>).

Smrtne primeri zaradi zastrupitve z buprenorfinom se zdijo redki, kljub vedno pogostejši uporabi te snovi v nadomestnem zdravljenju v več evropskih državah. V Franciji poročajo o zelo majhnem številu smrtnih primerov, čeprav je število uživalcev drog, ki prejemajo buprenorfin, precejšnje (76 000–90 000). Na Finskem pa je buprenorfin prisoten v večini smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, ponavadi v kombinaciji s pomirjevali ali alkoholom ali pa je vbrizgan (<sup>147</sup>).

#### Fentanil

Estonija je pred kratkim poročala o zaskrbljujoči epidemiji smrtnih zastrupitev s 3-metilfentanilom, in sicer na podlagi posmrtnih forenzičnih toksikoloških ugotovitev: leta 2005 je bilo 46 smrtnih zastrupitev, leta 2006 pa 72 (Ojanperä et al., v tisku). Poleg tega začasne ugotovitve iz Estonije kažejo, da je bilo 85 smrtnih primerov v letu 2004 povezanih z isto snovjo. Obstajajo tudi posamezna poročila o smrtnih primerih zaradi fentanila v drugih evropskih državah, o nedavnih, običajno kratkotrajnih, epidemijah smrtnih primerov pa so poročali iz ZDA; na primer, v Chicagu je bilo med letoma 2005 in 2007 350 smrtnih primerov povezanih s fentanilom (Denton et al., 2008). Zelo močan učinek te snovi lahko poveča tveganje prevelikega odmerka, v toksikoloških pregledih pa je lahko spregledan. Povečana prepovedana proizvodnja in uživanje fentanila zato lahko predstavljata izziv za obstoječe sisteme spremljanja in odzive javnega zdravstva.

#### Smrtne primeri, povezani z drugimi drogami (<sup>148</sup>)

Smrtne primere zaradi prevelikega odmerka kokaina je težje opredeliti in ugotoviti kot tiste, ki jih povzročijo opiodi (glej izbrano vprašanje o kokainu za leto 2007). Smrtne primeri, ki so neposredno povzročeni zaradi farmakološkega prevelikega odmerka, se zdijo redki, običajno pa so povezani z zelo velikimi odmerki kokaina. Sicer pa se zdi, da je večina smrtnih primerov zaradi

<sup>(145)</sup> Glej preglednico DRD-108 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(146)</sup> National Drug Intelligence Center, „Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate“, november 2007. Dokument 2007-Q0317-001 (<http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>).

<sup>(147)</sup> Glej preglednico DRD-108 v Statističnem biltenu 2008 in Letno poročilo 2007 za več informacij.

<sup>(148)</sup> Glej preglednico DRD-108 v Statističnem biltenu 2008.

kokaina posledica kronične toksičnosti droge, ki povzroči kardiovaskularne in nevrološke težave. Vloga kokaina v teh smrtnih primerih ni vedno opredeljena in ti primeri morda niso prijavljeni kot povezani z njim. Razlaga podatkov o smrtnih primerih, povezanih s kokainom, je v veliko primerih še bolj zapletena zaradi prisotnosti drugih snovi, zaradi česar je ugotavljanje vzročnih povezav težavno.

V letu 2006 je 14 držav članic poročalo o več kot 450 smrtnih primerih, povezanih s kokainom – vendar pa obstaja verjetnost, da je število smrtnih primerov v EU zaradi prevelikega odmerka kokaina podcenjeno.

O smrtnih primerih, pri katerih je prisoten ekstazi, ni veliko poročil. O večini smrtnih primerov, kjer je „prisoten ekstazi“, poročajo iz Združenega kraljestva, vendar pa v številnih primerih ta droga ni opredeljena kot neposredni vzrok smrti.

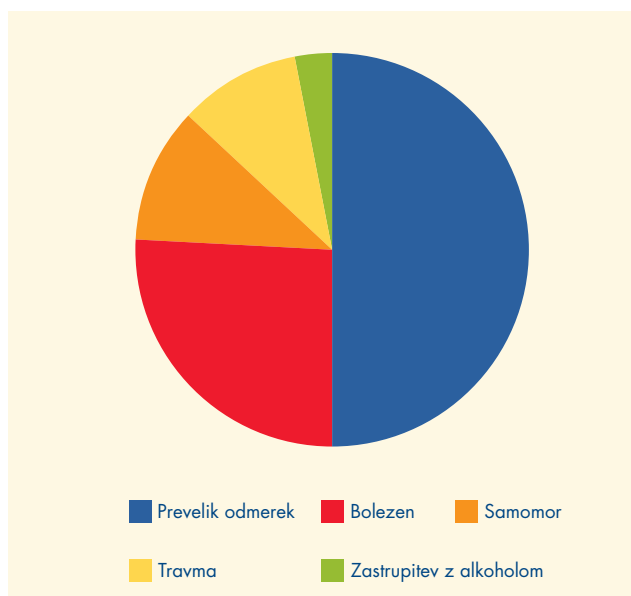
Tudi poročila o smrtnih primerih zaradi amfetaminov so v Evropi redka, vendar pa je bilo v Češki republiki veliko smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka pripisanih pervitinu (metamfetamin). Na Finskem so poročali o 65 smrtnih primerih, pri katerih so bili amfetamini opredeljeni toksikološko, vendar to ne pomeni nujno, da je bila ta droga neposredni vzrok smrti.

### Trendi smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge

Število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, se je v Evropi v 80. in na začetku 90. let prejšnjega stoletja močno povečalo, verjetno zaradi hkratnega povečanega uživanja heroina in vbrižgavanja droge, po tem obdobju pa je število ostalo na visoki ravni <sup>(149)</sup>. Vendar pa podatki iz držav z dolgoročnimi nizi nakazujejo različne trende: v nekaterih državah (npr. Nemčiji, Španiji, Franciji, Italiji) je bilo število smrtnih primerov največje v začetku in sredi 90. let, nato pa se je zmanjšalo; v drugih državah (npr. na Irskem, v Grčiji, na Portugalskem, Finskem, Švedskem in Norveškem) je bilo število primerov največje okoli leta 2000, nato pa se je zmanjšalo; spet v drugih državah (npr. na Danskem, Nizozemskem, v Avstriji, Združenem kraljestvu) je bil zabeležen trend naraščanja, vendar brez očitnega vrhunca <sup>(150)</sup>.

Za obdobje od leta 2001 do 2005–2006 je trende smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, težje opisati. V prvih letih tega desetletja (2000–2003) je veliko držav EU poročalo o upadu, število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, pa se je na splošno zmanjšalo

**Prikaz 12:** Znani vzroki smrtnih primerov med kohorto uživancev drog na Norveškem



Opomba: Podatki so iz študije, ki temelji na vzorcu 501 uživalca drog, sprejetega na zdravljenje zaradi odvisnosti od drog v obdobju med letoma 1981–91. Do leta 2003 je bilo zabeleženih 189 smrtnih primerov, pri čemer v 14 primerih ni bilo mogoče ugotoviti vzroka smrti.

Vir: Ødegard, E., Amundsen, E. J. in Kielland, K. B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–82.

za 3 % leta 2001, 14 % leta 2002 in 7 % leta 2003 <sup>(151)</sup>. Vendar pa je leta 2004 in 2005 večina evropskih držav poročala o manjšem porastu. S tem je mogoče povezati več dejavnikov, vključno s povečanim uživanjem več drog hkrati, morebitno večjo razpoložljivostjo heroina ali starajočo se populacijo kroničnih uživancev drog <sup>(152)</sup>.

Ker za nekatere večje države ni na voljo podatkov, so splošne ocene števila smrtnih primerov zaradi drog za leto 2006časne. Vendar pa razpoložljivi podatki iz 18 držav kažejo na manjši porast v primerjavi z letom 2005.

V Evropi se je število smrtnih primerov zaradi drog pri osebah, mlajših od 25 let, rahlo zmanjšalo, v državah članicah, ki so se EU pridružile po letu 2004, pa se je do pred kratkim število smrtnih primerov v tej starostni skupini povečevalo <sup>(153)</sup>. Vendar pa je bil v zadnjih letih v Grčiji, Luksemburgu in Avstriji zabeležen porast deleža primerov med mlajšimi, v manjšem obsegu pa tudi v Bolgariji, Latviji in na Nizozemskem <sup>(154)</sup>. To ugotovitev je treba nadalje preiskati, saj lahko kaže na povečanje števila mladih, ki uživajo opioide, v teh državah.

<sup>(149)</sup> Glej prikaz DRD-8 v Statističnem biltenu 2008. Iz zgodovinskih razlogov se ta trend nanaša na EU-15 in Norveško.

<sup>(150)</sup> Glej prikaz DRD-11 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(151)</sup> Tukaj poročani podatki se razlikujejo od podatkov iz prejšnjih let, in sicer zaradi sprememb v opredelitvi primera ali pokritosti na Danskem, v Španiji, Franciji in Združenem kraljestvu ter zaradi posodobitev v več državah.

<sup>(152)</sup> Glej „Kazalniki uživanja opioidov se ne zmanjšujejo več“, str. 71; in preglednico DRD-2, del (i), in prikaz DRD-12 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(153)</sup> Glej prikaz DRD-13, del (i), v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(154)</sup> Glej prikaz DRD-9 v Statističnem biltenu 2008.

### Splošna umrljivost, povezana z drogami

Nedavna študija je pokazala, da je bila stopnja umrljivosti med uživalci opioidov, sprejetih na zdravljenje na osmih lokacijah (sedem mest in ena država) v Evropi, zelo visoka v primerjavi z njihovimi vrstniki (glej EMCDDA, 2006). Druge kohortne študije so pokazale, da je bila stopnja umrljivosti med uživalci drog od šest- do 54-krat večja kot pri splošnem prebivalstvu. Te razlike so predvsem posledica prevelikih odmerkov, čeprav so pomembni tudi drugi dejavniki, v nekaterih državah pa ima pomembno vlogo tudi AIDS. Darke et al. (2007) so oblikovali štiri širše kategorije smrtnih primerov med uživalci drog: preveliki odmerki (vključno z zastrupitvijo z alkoholom), bolezni, samomori in travma. Med boleznimi lahko z uživanjem drog povežemo stanja, povezana z virusi, ki se prenašajo s krvjo (HIV, HCV in HBV, glej zgoraj), neoplazme, bolezni jeter ter bolezni obtočil in dihalnih sistemov. Travma zajema predvsem nesreče, umore in drugo nasilje.

Nedavna norveška študija kohorte uživalcev drog, napotenih na zdravljenje, je pokazala, da je med 189 zabeleženimi smrtnimi primeri prevelik odmerek predstavljal polovico vseh primerov, kjer je bil vzrok znan. Bolezni, predvsem AIDS in bolezni jeter, so predstavljale še nadaljnjo četrtino, samomor in travma vsak približno desetino, zastrupitev z alkoholom pa približno 2 % (prikaz 12). Treba je opozoriti, da je lahko delež smrtnih primerov zaradi aidsa precej večji v državah z veliko razširjenostjo aidsa med uživalci drog.

Kohortne študije so dragoceno orodje za ocenjevanje in razumevanje splošne umrljivosti, povezane z uživanjem drog, drugi pristopi pa lahko pomagajo pri boljšem razumevanju problema in zagotovijo pregled na nacionalni ravni. Center trenutno proučuje več novih metod na tem področju, in sicer v tesnem sodelovanju z državami članicami, cilj pa je njihova uvedba na evropski ravni. V enem izmed teh pristopov so stopnje umrljivosti iz kohortnih študij ekstrapolirane na lokalne (Bargagli et al., 2005) ali nacionalne ocene problematičnih uživalcev drog (Cruts et al., 2008). V drugem pristopu se deli, ki jih je mogoče pripisati drogami in so izpeljani iz različnih študij, uporabijo pri vzrokih smrtnih primerov, ki so najpogosteje povezani z uživanjem drog (npr. AIDS, nesreče, samomori in zastrupitve) in ki so zabeleženi v registrih umrljivosti med splošno populacijo.

### Smrtni primeri, posredno povezani z uživanjem drog

AIDS, povezan z vbrizgavanjem drog, je drug pomemben vzrok smrti. Na podlagi podatkov iz Eurostata in EuroHIV-a (poročilo ob koncu leta za 2005, 2006) je

mogoče oceniti, da je leta 2003 več kot 2 600 ljudi umrlo zaradi aidsa, povezanega z uživanjem drog<sup>(155)</sup>. O večini teh smrtnih primerov je poročalo nekaj držav, pri čemer se jih več kot 90 % zgodilo v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem. Umrljivost zaradi aidsa je bila največja sredi 90. let, po uvedbi in večji pokritosti HAART-a pa se je zelo zmanjšala.

Razen v Španiji, Italiji in zlasti na Portugalskem so stopnje umrljivosti med prebivalstvom zaradi aidsa, povezanega z vbrizgavanjem drog, zelo nizke. V veliko državah je umrljivost zaradi prevelikega odmerka med uživalci drog precej večja kot umrljivost zaradi aidsa<sup>(156)</sup>. Število smrtnih primerov zaradi drugih vzrokov (npr. posledic drugih nalezljivih bolezni, nasilja, nesreč) je trenutno težje oceniti, obstaja pa tudi potreba po izboljšavi zbiranja podatkov in ocen na tem področju (glej prejšnji razdelek).

Zdi se, da je samomor pogost vzrok smrti med uživalci drog. Pregled literature (Darke in Ross, 2002) je pokazal, da je stopnja samomorov med uživalci heroina 14-krat večja kot med splošnim prebivalstvom.

### Zmanjševanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov

Zmanjšanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov je cilj večine nacionalnih strategij boja proti drogami, nekaj držav pa je sprejelo akcijske načrte ali sistematične smernice za ukrepe, ki jih je treba sprejeti. Leta 2007 je britansko ministrstvo za zdravje izdalo nove smernice za klinični nadzor zlorabe drog in odvisnosti, ki določajo posebne ukrepe za preprečevanje z drogami povezanih smrtnih primerov.

Dolgotrajna študija v Italiji (Davoli et al., 2007) je pokazala, da lahko zdravljenje, vključno z nadomestnim zdravljenjem in psihosocialno oskrbo ter psihoterapijo, pripomore k zmanjšanju umrljivosti med uživalci drog. Študija je bila izvedena v kohorti 10 454 uživalcev heroina, ki so se začeli zdraviti v javnih ustanovah med letoma 1998 in 2001, ocenila pa je zadržanje na zdravljenju in umrljivost zaradi prevelikega odmerka. Tveganje smrti v kohorti je bilo v primerjavi s splošnim prebivalstvom v povprečju desetkrat večje. Med uživalci na zdravljenju je bilo tveganje smrti štirikrat večje od tveganja med splošnim prebivalstvom, med tistimi, ki pa so se prenehali zdraviti, je bilo tveganje dvajsetkrat večje.

V večini držav sta usmerjeno razširjanje informacij o tveganjih prevelikega odmerka ter nadzor s pomočjo letakov, brošur in plakatov splošna praksa. Poleg tega

<sup>(155)</sup> Leto 2003 je bilo vzeto kot tisto preteklo leto, za katerega so informacije iz skoraj vseh držav članic v zvezi z vzroki smrti na voljo prek Eurostata. Za podrobne informacije o virih, številkah in izračunih glej preglednico DRD-5 v Statističnem biltenu 2008.

<sup>(156)</sup> Glej prikaz DRD-7, del (ii), v Statističnem biltenu 2008.



polovica vseh držav članic poroča o delavnicah za usposabljanje za izboljšanje znanja in spretnosti pri nadzoru prevelikega odmerka. To usposabljanje je lahko namenjeno uživalcem drog, sorodnikom, pa tudi osebjem, običajno pa vključuje informacije o posebnih tveganjih, vključno z zmanjšano toleranco po obdobjih abstinence; učinkih uživanja več drog hkrati, zlasti hkratnega uživanja alkohola; o uživanju drog, ko ni prisotna nobena druga oseba, in o spretnostih prve pomoči. V Italiji poročajo, da se kombinacija usposabljanja za odzivanje pri prevelikem odmerku z razdeljevanjem naloksona na recept uporablja v polovici oddelkov za oskrbo odvisnikov, ki jih usklajujejo javne zdravstvene službe.

### **Povečano tveganje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka po končani zaporni kazni ali po zdravljenju**

Študije, izvedene v Evropi in drugje, kažejo, da je tveganje smrti zaradi droge neposredno po izpustu iz zapora ali zaradi ponovnega uživanja po zdravljenju precej povečano.

Nedavna študija, izvedena v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), je primerjala podatke skoraj 49 000 zapornikov, izpuščenih med letoma 1998 in 2000, z vsemi smrtnimi primeri, zabeleženimi do novembra 2003 (Farrell and Marsden, 2008). Od 442 smrtnih primerov, do katerih je v tem obdobju prišlo v vzorcu, je bila večina povezana z drogami. V letu po izpustu je bila stopnja umrljivosti zaradi drog 5,2 na 1 000 moških in 5,9 na 1 000 žensk. V obdobju neposredno po izpustu so bile pričakovane stopnje presežene za več kot desetkrat pri ženskah in več kot osemkrat pri moških. Vse smrti pri ženskah in 95 % smrti pri moških, do katerih je prišlo v prvih dveh tednih po končani zaporni kazni, so bile povezane z drogo in jih je mogoče pripisati prevelikemu odmerku ali, bolj splošno, motnjam

Proaktivno spremljanje psihosocialnega stanja uživalcev drog, vključno s tistimi na nadomestnem zdravljenju, je lahko dragoceno, saj prevelike odmerke velikokrat sprožijo predhodne zdravstvene ali socialne težave, stopnje namernega prevelikega odmerka pa so lahko visoke (Oliver et al., 2007).

Drug izziv v veliko državah pa je ta, da se zdravstvene in socialne službe soočajo s starajočo se populacijo dolgotrajnih uživalcev drog, ki so lahko bolj ranljivi tako za prevelike odmerke kot tudi za vrsto negativnih posledic za zdravje. Zlasti injicirajoči uživalci lahko trpijo zaradi visokih ravni somatskih bolezni, predvsem kroničnih okužb jeter, kar še dodatno poveča ranljivost teh oseb.

v uživanju snovi. Zapiski mrliškega oglednika so navajali prisotnost opioidov v 95 % vseh smrtnih primerov zaradi droge, benzodiazepina v 20 %, kokaina v 14 % in tricikličnih antidepresivov v 10 % primerov.

Študija VEdeTTE v Italiji (Davoli et al., 2007) je zabeležila stopnjo umrljivosti zaradi prevelikega odmerka pri enem na 1 000 uživalcev heroina na zdravljenju in 23 na 1 000 uživalcev v prvem mesecu po zdravljenju, kar ustreza 27-kratnemu tveganju smrti zaradi prevelikega odmerka v prvem mesecu po zdravljenju, po prilagoditvi možnih odstopanj.

Kljub ugotovljeni povezavi med smrtnimi primeri zaradi droge in izpustom iz zapora ali prenehanjem zdravljenja le malo držav sistematično investira v izobraževanje zapornikov ali bolnikov na zdravljenju o tveganju prevelikega odmerka. V veliko državah je nadaljnja oskrba in rehabilitacija uživalcev drog, ki so izpuščeni iz zapora, premalo razvita. Izboljšave na teh dveh področjih bi lahko pomenile dragocene možnosti za preprečevanje z drogami povezanih smrtnih primerov.





## Poglavje 8

# Nove droge in nastajajoči trendi

### Uvod

Uživanje novih psihoaktivnih snovi ima lahko pomembne posledice za javno zdravje in politiko, vendar pa je spremljanje nastajajočih trendov velik izziv. Nove vzorce uživanja drog je težko odkriti, saj se običajno najprej pojavijo na nižjih ravneh in na posebnih krajih ali med omejenimi podskupinami prebivalcev. Le malo držav ima sisteme spremljanja, ki so občutljivi za to vrsto vedenja, metodološke težave, ki jih predstavlja spremljanje tovrstnega uživanja drog, pa so velike. Kljub temu pa je pomembnost ugotavljanja morebitnih novih groženj široko priznana in Evropska unija je kot neposreden odziv na to s Sklepom Sveta o novih psihoaktivnih snoveh razvila sistem za zgodnje opozarjanje, ki nudi mehanizme za hitro odzivanje na pojav novih psihoaktivnih snovi na evropskem prizorišču drog. Dejavnosti za podporo sistemov za zgodnje opozarjanje tvorijo pomemben del dela Centra in spadajo v širšo perspektivo uporabe različnih podatkovnih virov za izboljšanje pravočasnosti in občutljivosti evropskega sistema za spremljanje drog.

### Ukrep EU glede novih psihoaktivnih snovi

Sklep Sveta o novih psihoaktivnih snoveh <sup>(157)</sup> vzpostavlja mehanizem za hitro izmenjavo informacij o novih psihoaktivnih snoveh, ki lahko predstavljajo nevarnost za javno zdravje in socialo. Zagotavlja tudi oceno tveganj, povezanih s temi novimi snovmi, z namenom, da bi se ukrepi, ki se v državah članicah uporabljajo za nadzor drog in psihotropnih snovi, lahko uporabljali tudi za nove snovi. Maja 2007 je razširjeni znanstveni odbor Centra izvedel oceno tveganja nove psihoaktivne snovi BZP (1-benzilpiperazina) ter Svetu in Evropski komisiji predložil poročilo <sup>(158)</sup>. V oceni tveganja je bilo ugotovljeno, da zaradi stimulatивnih lastnosti, tveganja za zdravje in pomanjkanja zdravstvenih koristi obstaja potreba po nadzoru BZP, vendar pa morajo biti ukrepi nadzora skladni s sorazmerno majhnim tveganjem, ki ga snov predstavlja.

Marca 2008 je Svet sprejel sklep, ki BZP opredeljuje kot novo psihoaktivno snov, ki mora postati predmet ukrepov nadzora in kazenskih določb. Države članice imajo v skladu z nacionalno zakonodajo leto dni časa za sprejem potrebnih ukrepov, da BZP podvržejo ukrepom nadzora, sorazmernim s tveganji, povezanimi s to snovjo, in kaznim za kazniva dejanja, kot to predvideva njihova zakonodaja, skladno z obveznostmi po Konvenciji ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

Marca 2007 sta Center in Europol Komisiji poročala o aktivnem spremljanju 1-(3-klorofenil)piperazina (mCPP) <sup>(159)</sup>. To poročilo je bilo sestavljeno samo za namene obveščanja in v njem je bilo ugotovljeno, da se „mCPP verjetno ne bo uveljavil kot samostojna rekreativna droga“, in sicer zaradi neizrazitih psihoaktivnih lastnosti in nekaterih škodljivih učinkov. Ker se zdi, da mCPP ni posebej zanimiv za uživalce, je verjetno, da je gonilo evropskega trga s to snovjo večja ponudba in ne večje povpraševanje.

V letu 2007 je bilo prek sistema za hitro opozarjanje Centru in Europolu prvič prijavljenih 15 novih psihoaktivnih snovi. Skupina na novo prijavljenih snovi je raznolika in poleg novih sintetičnih drog vključuje tudi zdravila in naravne snovi. Devet izmed novo prijavljenih zmesi je bilo sintetičnih drog, podobnih tistim v seznamih I ali II Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971. Vključevale so snovi iz znanih kemičnih skupin, kot so fenetilamini, triptamini in piperazini, pa tudi snovi z manj običajno kemično sestavo. Ta skupina je enakovredno porazdeljena med snovi, ki imajo izrazit halucinogen učinek, in tiste, ki izkazujejo predvsem stimulatивne lastnosti.

Leta 2007 so bile prek mehanizma za izmenjavo informacij prvič prijavljene tri naravne snovi; med njimi *Salvia divinorum*, rastlina z močnimi psihoaktivnimi lastnostmi <sup>(160)</sup>.

<sup>(157)</sup> Sklep Sveta 2005/387/PNZ z dne 10. maja 2005 o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi (UL L 127, 20.5.2005, str. 32).

<sup>(158)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

<sup>(159)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

<sup>(160)</sup> Glej „Nove nadzorovane snovi“, str. 91.

## Nove nadzorovane snovi

Od januarja 2006 12 držav poroča o dodatkih ali spremembah seznamov nadzorovanih snovi. Šest držav (Belgija, Nemčija, Litva, Madžarska, Malta, Slovaška) je na seznam nadzorovanih snovi dodalo mCPP (1-(3-klorofenil)piperazin), BZP (1-benzilpiperazin) pa so dodale štiri države (Estonija, Italija, Litva, Malta). Od teh snovi Center in Europol aktivno spremljata mCPP, BZP pa je bil leta 2007 predmet ocene tveganja. Druge snovi, ki so bile v tem obdobju pod nadzorom, so halucinogeni DOC (4-kloro-2,5-dimetoksi amfetamin), DOI (4-jodo-2,5-dimetoksi amfetamin) in bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranil-izopropilamin), in sicer na Danskem in Švedskem, ter ketamin v Estoniji.

Nadzorujejo se tudi različne rastline s psihoaktivnimi lastnostmi. V ta namen je Belgija spremenila zakonodajo o psihotropnih snoveh in vključila novo kategorijo, ki navaja rastline ali dele rastlin pod nadzorom in ne le njihove psihoaktivne sestavine kot v preteklosti. Med rastlinami na seznamu sta khat (qat, *Catha edulis*) in *Salvia divinorum*. Khat je zdaj nadzorovan v 11 državah v Evropi (ocena tveganja iz leta 2005 v Združenem kraljestvu je nadzor odsvetovala). Leta 2006 je Švedska na seznam dodala salvorin-A, glavno aktivno sestavino *Salvia divinorum*; rastlino je leta 2008 začela nadzorovati tudi Nemčija. V istem obdobju je bila na seznam nadzorovanih snovi v Franciji dodana *Tabernanthe iboga*, po pravnem nadzoru aktivne sestavine ibogaina v Belgiji, na Danskem in na Švedskem. Kot odziv na smrtno primere, povezane s halucinogenimi gobami, sta Irska in Nizozemska zapolnili prejšnje vrzeli, ki so omogočale prodajo in posedovanje svežih gob, ki vsebujejo psilocin; na Irskem je zakon začel veljati januarja 2006, na Nizozemskem pa je zakon v času sestave tega poročila v parlamentarnem postopku.

Za dodatne informacije je seznam snovi, ki so nadzorovane v EU in na Norveškem, predstavljen v „Substances and classifications table“ v Evropski pravni zbirki podatkov o drogah (<http://eldd.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

## Svetovni splet – trg za psihoaktivne snovi

Internet uživalcu drog ponuja okno v svet, in sicer s pomočjo spletnih forumov in klepetalnic, ponuja pa tudi strani s spletnimi trgovinami, ki prodajajo psihoaktivne alternative nadzorovanim snovem. Razpoložljive informacije dajejo vpogled v različne vidike spletnega trga z drogami, na primer o delovnih metodah spletnih trgovin, o načinu odzivanja na povpraševanje uživalcev in o novih trendih med mladimi. Da bi določil trenutni razvoj na spletnem trgu z drogami, je Center v začetku leta 2008 izvedel kratko študijo, ki je vključevala 25 spletnih trgovin. Rezultati študije so predstavljeni tukaj.

## Spletne trgovine

Poročila navajajo naraščajoče število spletnih trgovin, ki ponujajo psihoaktivne alternative nadzorovanim drogam, kot so LSD, ekstazi, konoplja in opiodi. Čeprav so snovi, ki jih ponujajo spletne trgovine, pogosto označene kot „zakonita mamila“ ali „zeliščna mamila“, pa v nekaterih evropskih državah za te droge veljajo enaki zakoni in enake kazni kot za nadzorovane droge.

V Evropski uniji se večina spletnih trgovin, identificiranih v kratki študiji, nahaja v Združenem kraljestvu in na Nizozemskem, v manjšem obsegu pa tudi v Nemčiji in Avstriji. Spletne trgovine so pogosto specializirane za določene vrste z drogo povezanih izdelkov, nekatere na primer prodajajo predvsem opremo za uživanje drog, nekatere so specializirane za halucinogene gobe ali „tabletke za zabavo“, spet tretje pa prodajajo široko paleto zeliščnih, polysintetičnih in sintetičnih snovi.

Spletne trgovine v Evropi oglašujejo več kot 200 psihoaktivnih izdelkov. Najpogostejša „zakonita mamila“ so *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), havajska drevesna roža (*Argyrea nervosa*), halucinogene gobe (EMCDDA, 2006) in vrsta „tabletek za zabavo“.

Ponujene snovi se oglašujejo kot snovi, ki imajo podoben učinek kot nadzorovane droge. *Salvia divinorum* in havajska drevesna roža sta, skupaj z manj pogosto ponujenim vražjim semenom (*Ipomoea violacea*), opisana kot snovi, ki povzročata halucinogene učinke, podobne učinkom LSD. Kratom se pogosto oglašuje kot nadomestek za opioide, različni preparati se ponujajo kot alternative konoplji, „tabletke za zabavo“ pa se prodajajo kot

## Metodologija spletnih študij

Za analizo trenutnega stanja so bila januarja 2008 izvedena spletna iskanja z uporabo večjezikovnih ključnih besed in spletnega brskalnika Google (<http://www.google.com>). Najdenih je bilo 68 spletnih trgovin iz EU, ki prodajajo različne vrste „zakonitih mamil“. Razvrščene so bile glede na državo izvora. Za prepoznavanje države izvora so bile uporabljene kode držav EU (npr. ES, FR, DE) ali druge oznake izvora iz EU (npr. kontaktni naslovi). Več kot polovica trgovin (52 %) se je nahajala v Združenem kraljestvu, 37 % na Nizozemskem, 6 % v Nemčiji, 4 % v Avstriji in en odstotek v drugih državah (npr. na Irskem, Poljskem). Za podrobno analizo je bil izbran naključni vzorec 25 spletnih trgovin. Vzorcene skupine v vsakem sloju (država izvora) so bile sorazmerne s tistimi iz celotnega vzorca spletnih trgovin. Spletne trgovine, ki so se ukvarjale izključno s prodajo podjetjem in ne potrošnikom, so bile izključene, prav tako pa tudi tiste, ki so prodajale samo halucinogene gobe.

alternative MDMA. „Tabletke za zabavo“ lahko vsebujejo rastlinski material ali polysintetične ali sintetične snovi. Glavna sestavina sintetičnih „tabletk za zabavo“ je pogosto benzilpiperazin (BZP), čeprav se zdi, da imajo spletne trgovine pripravljene nadomestne snovi za čas, ko bo BZP v državah članicah EU postal predmet ukrepov nadzora. Oglaševane cene ponujenih snovi znašajo od 1 do 11 EUR za en odmerek.

## GHB in njena predhodna sestavina GBL: nadaljevanje

V Evropi je gama hidroksibutirična kislina (GHB) pod nadzorom od leta 2000, ko je bila izvedena ocena tveganja te snovi pod pogoji skupnega ukrepa o novih sintetičnih drogah iz leta 1997 (EMCDDA, 2002). Ko so GHB marca 2001 dodali na seznam IV Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971, so morale države članice to drogo nadzorovati v skladu s svojo zakonodajo o psihotropnih snoveh, nov nadzor pa je hitro zmanjšal prejšnjo prosto prodajo GHB.

GHB naravno nastaja v človeškem telesu, vendar se uporablja tudi kot zdravilo in rekreativna droga. Nemedicinska uporaba GHB se je v 90. letih pojavila na prizoriščih nočnega življenja v nekaterih delih Evrope, ZDA in Avstralije, zlasti v nočnih klubih, kjer so se pogosto uživale tudi številne druge droge. Kmalu so se pojavila vprašanja o tveganjih za zdravje, povezanih z uživanjem GHB. Pojavile so se zlasti skrbi glede morebitnega prikritega dodajanja GHB v pijačo (splošno znanega kot „drink spiking“ oz. primešanje v pijačo) z namenom spolne zlorabe. Vendar pa za to ni dovolj forenzičnih dokazov in takšne zločine je zaradi kratkega časa, v katerem je mogoče odkriti GHB v telesnih tekočinah, težko dokazati. Kljub temu pa je povezovanje GHB s spolno zlorabo s pomočjo droge, pripomoglo k precej „negativni podobi“ te snovi (EMCDDA, 2008c).

## GBL

V zadnjem času skrbi vzbujajo poročila o uživanju gama-butirolaktona (GBL), predhodne sestavine GHB, snovi, ki ni na nobenem seznamu konvencij ZN o nadzoru drog. GBL se v telesu hitro pretvori v GHB, trenutno pa ni na voljo toksikološkega testa za ugotavljanje, katera od teh snovi je bila zaužita.

GHB je mogoče pridobiti iz GBL in 1,4-butanediola (1,4-BD), ti snovi pa se širše in zakonito uporabljata v veliko industrijskih panogah (npr. v kemikalijah, umetnih snoveh, farmacevtskih proizvodih), zato ju je mogoče kupiti pri komercialnih dobaviteljih. Zaradi svoje komercialne

dostopnosti lahko GBL postane dostopen preprodajalcem drog in uživalcem po cenah in ob tveganjih, ki so precej manjša od tistih, prisotnih na evropskih trgih s prepovedanimi drogami. Na primer, povprečna cena enega grama GBL, kupljenega na debelo na spletu, znaša od 0,09 do 2 EUR.

## Tveganja za zdravje

GHB in GBL imata strmo krivuljo odziva odmerka, s hitrim pojavom simptomov, kar močno poveča tveganja, povezana s prepovedanim uživanjem. Slabost, bruhanje in različne stopnje motnje zavesti so glavni škodljivi učinki v večini sporočenih primerov zastrupitve z GHB. Vendar pa lahko pogosta prisotnost drugih drog oteži klinično pojavnost. V nizozemski študiji 72 užitcev GHB je bilo ugotovljeno, da je večina užitcev pod vplivom GHB omedlela vsaj enkrat, nekaj pa jih omedlelo večkrat (Korf et al., 2002). V raziskavi GHB in GBL v Združenem kraljestvu so poročali, da so škodljive reakcije pogostejše na klubskih prizoriščih kot v zasebnih domovih (Sumnall et al., 2008). V Londonu in Barceloni so osebo, ki se zastrupi z GHB, največkrat opisali kot mlajšega moškega, pri čemer se največ zastrupitev zgodi ob koncih tedna ter običajno ob hkratnem uživanju alkohola ali prepovedanih drog (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Zastrupitve in nujni primeri, povezani z GHB, se v strokovni literaturi in v poročilih, poslanih centru EMCDDA, pojavljajo od konca 90. let, čeprav ne sistematično, in sicer iz Belgije, Danske, Španije, Luksemburga, Nizozemske, Finske, Švedske, Združenega kraljestva in Norveške. Čeprav je GHB povezan z majhnim številom vseh zastrupitev z drogami, ki zahtevajo bolnišnično ali nujno pomoč, se zdi, da so se številke od leta 2000 zvišale. Leta 2005 je bil delež potreb po nujni pomoči, ki so zahtevale prevoz v bolnišnico, večji pri primerih, povezanih z GHB/GBL, kot pri primerih, povezanih z drugimi drogami.

V Združenem kraljestvu so leta 2006 na urgentnem oddelku londonske bolnišnice – ki pokriva območje z lokalnimi klubi, namenjenimi predvsem homoseksualni klubski sceni – zabeležili 158 pojavov GHB in GBL. Večina teh bolnikov je poročala o uživanju GHB, kemična analiza vzorcev iz nočnih klubov na tem območju pokrivanja v istem časovnem obdobju pa je pokazala, da je več kot polovica vzorcev vsebovala GBL in ne GHB. To pomeni, da je uživanje GBL bolj razširjeno, kot je bilo sprva domnevano (Wood et al., 2008).

Zaradi hitrega izločanja iz telesa je težko ugotoviti, ali je bil GHB/GBL vzrok zastrupitve oziroma smrti. Poleg tega ni natančnega in primerljivega sistema za beleženje števila

smrtnih primerov in nujnih primerov brez smrtnega izida zaradi uživanja GHB in njene predhodne sestavine.

### Odzivi

Nekatere države članice (Italija, Latvija, Švedska) so se odločile nadzorovati GBL (ali GBL in drugo predhodno sestavino 1,4-BD) z zakonodajo o nadzoru drog ali drugo ustrezno zakonodajo, v Združenem kraljestvu pa potekajo razprave o možnem nadaljnjem nadzoru. V skladu z zakonodajo Skupnosti o nadzoru predhodnih sestavin sta GBL in 1,4-BD vključena na seznam nenadzorovanih snovi, za katere so v vseh državah članicah uvedeni prostovoljni

ukrepi spremljanja za preprečitev, da bi se njuna uporaba preusmerila iz dovoljene industrijske uporabe.

Intervencije za preprečevanje in zmanjševanje škode kot odziv na uživanje GHB/GBL običajno zagotavljajo nacionalni in skupnostni projekti na področju drog, ki so namenjeni prizoriščem nočnega življenja. Te intervencije običajno vključujejo usposabljanje osebja v klubih ter razširjanje informacij o tveganjih uživanja GHB in drugih drog. Takšne intervencije se običajno izvajajo skupaj z drugimi intervencijami, povezanimi s „klubskimi drogami“ ter uživanjem alkohola in kombinacij drog (EMCDDA, 2008e).



## Literatura in viri

- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction* 100, str. 981–9.
- Cameron, L. and Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?“, *Economic Record* 77, str. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisija za droge pri Združenih narodih: Ekonomsko-socialni svet, Dunaj.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, str. 417–22.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation“, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A. L. in Sorensen, J. L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 62, str. 91–5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. in Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance Use and Misuse* 43, str. 733–47.
- Currie, C., et al. (eds.) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey“, *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5*, Regionalna pisarna za Evropo pri SZO, Kopenhagen.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare“, *Druglink* 22(2), marec-april.
- Darke, S. in Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, str. 1383–94.
- Darke, S., Degenhardt, L. in Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, str. 1954–9.
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro“, *Revista Española de Salud Pública* 80, str. 505–20.
- DeFuentes-Merillas, L. in De Jong, C. A. J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie“, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J. S., Donoghue, E. R., McReynolds, J. and Kalelkar, M. B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007“, *Journal of Forensic Science* 53, str. 452–4.
- Dolan, K. A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system“, *Drug and Alcohol Dependence* 72, str. 59–65.
- Donoghue, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus, J. V., Nielsen, S. and Matic, S. (2007), 'Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004', *International Journal of Drug Policy* 18, pp. 271–80.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Evropski center za spremljanje bolezni, Stockholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2006), *Letno poročilo 2006: stanje na področju problematike drog v Evropi*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2007a), *Letno poročilo 2007: stanje na področju problematike drog v Evropi*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship, Drugs in focus št. 16*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences, Monografija št. 8*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach, Insights št. 8*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe: izbrano vprašanje Centra za leto 2008*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- Evropska komisija (2007a), „Poročilo Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o izvajanju Priporočila Sveta z dne 18. junija 2003 o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog“, COM(2007) 199 konč.
- Evropska komisija (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generalni direktorat za zdravje in varstvo potrošnikov.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.



- Europol (2007b), Project COLA: *European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. in Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment“, *Addiction* 103, str. 251–5.
- Farrelly, M. C., Bray, J. W., Zarkin, G. A. in Wendling, B. W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse“, *Journal of Health Economics* 20, str. 51–68.
- Gorman, D. M., Conde, E. in Huber, J. C. (2007), „The creation of evidence in ‚evidence-based‘ drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation“, *Drug and Alcohol Review* 26, str. 585–93.
- Gossop, M., Manning, V. in Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder“, *Addiction* 101, str. 1292–8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., in Treacy, S. (2002), Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK), *Addictive Behaviors* 27, str. 155–66.
- Griffiths, P., Mravcic, V., Lopez, D. in Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe“, *Drug and Alcohol Review* 27, str. 236–42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G. and Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, str. 125–34.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- Jansen, A. C. M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, predstavljeno na 2. evropski konferenci o trgovini z mamili in kazenskem pregonu, Pariz, 26. in 27. september 2002 (<http://www.cedro-eva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. in Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (na voljo na naslovu: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. in Benschop, A. (2002), GHB: *Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J. in Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies“, *Addiction* 101, str. 948–58.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Ministrstvo za notranje zadeve (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C. in Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. izdaja.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. in Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. izdaja.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. in Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate“, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129–35.
- Morgan, O., Griffiths, C. in Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004“, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1579–85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. in LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues“, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, str. 101–9.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R. in Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–42.
- Ødegard, E., Amundsen, E. J. in Kielland, K. B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–82.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikojä, A. in Vuori, E. (v tisku), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia“, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose“, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse (Nacionalna agencija za zdravljenje zlorabljanja snovi), London.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, str. 439–49.
- Petrie, J., Bunn, F. in Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, *Health Education Research* 22, str. 177–91.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. in Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, str. 502–6.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention“, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, str. 233–8.
- Reitox nacionalna poročila (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. in Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use“, Končno poročilo CT.06.EPI.150.1.0, Center, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (v tisku), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, Končno poročilo WP 1 projekta SANCO/2006/C4/02 o „Politiki boja proti drogam in zmanjševanju škode“ za Evropsko komisijo.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S. T., Fernandez-Hermida, J. R. in Carballo, J. L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, str. 202–7.
- Stallwitz, A. in Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review“, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 464–74.



- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, pp. 286–90.
- 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.
- Swift, W., Hall, W. in Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–18.
- Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality“, *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, št. 1 in 2.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use“, *Lancet* 369, str. 1391–401.
- UNODC (2007a), 2007 *World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj (na voljo na naslovu: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), 2008 *World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC in vlada Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Zvezek I, Ministrstvo za zunanje zadeve ZDA, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. in Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users“, *Addiction* 102, str. 1454–62.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Svetovna carinska organizacija, Bruselj.
- Werch, C. E. in Owen, D. M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs“, *Journal of Studies on Alcohol* 63, str. 581–90.
- Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)“, *Quarterly Journal of Medicine* 101, str. 23–9.
- Zador, D., Mayet, S. in Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK“, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1586–7.
- Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., van de Wiel, N. M. H. in Lochman, J. E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, str. 33–9.



Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2008

**Letno poročilo 2008: stanje na področju problematike drog v Evropi**

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2008

2008 – 97 str. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-339-0





## **Kako do publikacij Evropske unije?**

Publikacije Urada za publikacije, namenjene prodaji, so na voljo na spletni strani EU Bookshop

<http://bookshop.europa.eu/>, kjer jih lahko naročite pri izbrani prodajni enoti.

Seznam prodajnih enot po vsem svetu lahko zahtevate tudi po faksu (352) 29 29-42758.

## O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA – Center) je ena izmed decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in zasvojenosti z drogami v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja dejanske, objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in zasvojenosti z drogami. Tako svojemu občinstvu zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije Centra so primarni vir informacij za širok krog občinstev, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo.

Letno poročilo predstavlja letni pregled pojava drog v Evropi s strani Centra in je najpomembnejša referenca za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.



Urad za publikacije  
*Publications.europa.eu*

ISBN 978-92-9168-339-0



9 789291 683390