Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 2314-9205

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2016

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2016

Pravno obvestilo

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

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

(*) Informacije so brezplačne, kakor tudi večina klicev (nekateri operaterji, telefonske govorilnice ali hoteli lahko klic zaračunajo).

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu (http://europa.eu).

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

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2016

ISBN: 978-92-9168-876-0
doi:10.2810/18304

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2016
Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2016), *Evropsko poročilo o drogah 2016: Trendi in razvoj*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.

Printed in Belgium

Tiskano na papirju, beljenem brez elementarnega klora (ECF)

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalska
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

Vsebina

5 Predgovor

9 Uvodna opomba in zahvala

11 POVZETEK
Nadaljnji znaki prilagodljivosti evropskega trga drog

17 POGLAVJE 1
Ponudba drog in trg

37 POGLAVJE 2
Razširjenost in trendi uporabe drog

53 POGLAVJE 3
Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje

71 PRILOGA
Preglednice z nacionalnimi podatki

Predgovor

Z velikim veseljem vam predstavljamo enaindvajseto letno analizo stanja na področju drog v Evropi, ki jo je opravil center EMCDDA in ki je prva, odkar sva bila v letu 2015 izvoljena kot nov direktor in predsednica upravnega odbora centra EMCDDA. Evropsko poročilo o drogah 2016 tako kot v prejšnjih letih ponuja aktualen pregled zadnjih trendov in razvoja v zvezi s stanjem na področju drog v Evropi v obliki celovitega multimedijskega svežnja. To poročilo na edinstven način združuje najnovejši pregled uporabe drog, problematike drog in trgov drog na najvišji ravni ter to analizo stanja dopolnjuje z informacijami o politikah in praksi na področju drog.

Letošnja analiza ponovno opozarja na dejstvo, da se Evropa srečuje z vse kompleksnejšo problematiko drog, pri čemer imajo stimulansi, nove psihoaktivne snovi, zloraba zdravil in problematična uporaba konoplje vse večjo vlogo. Poročilo nas tudi opozarja, da so nekatere pretekle težave še vedno prisotne, čeprav se izzivi, ki jih zdaj pomenijo za politiko in prakso, spreminjajo. Problematika opioidov v Evropi ostaja osrednja tema v analizi za leto 2016, kar je posledica precejšnjega vpliva, ki ga te droge še vedno imajo na umrljivost in obolevnost. Opažamo vse kompleksnejše razmerje med uporabo heroina in sintetičnih opioidov, s katerim je povezano skrb zbujajoče povečanje skupnega ocenjenega števila smrtnih primerov, povezanih z opioidi. Poleg tega se morajo službe za zdravljenje odvisnosti v Evropi odzivati na kompleksnejše zdravstvene potrebe starajoče se skupine uporabnikov heroina, oblikovalci politik pa se spoprijemajo s težkim vprašanjem, kateri so najprimernejši dolgoročni terapevtski cilji za to skupino. Hkrati nas nove epidemije uporabe heroina, o katerih poročajo v drugih delih sveta, opozarjajo, da to področje zahteva stalno pozornost ter da je stalen nadzor bistvenega pomena.

Naše poročilo je večinoma rezultat skupnih prizadevanj, za kar se moramo zahvaliti vsem, ki so s prispevki omogočili njegovo pripravo. Ta analiza kot vedno temelji na prispevku nacionalnih kontaktnih točk in nacionalnih strokovnjakov mreže Reitox. Za prispevek se zahvaljujemo tudi našim institucionalnim partnerjem na evropski ravni, zlasti Evropski komisiji, Europolu, Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni in Evropski agenciji za zdravila. Z veseljem tudi sporočamo, da so v letošnje poročilo vključene dodatne informacije na ravni mest, ki so jih zagotovile evropske raziskovalne mreže in ki dopolnjujejo nacionalne podatke na področjih analize odpadnih voda in bolnišničnih nujnih primerov, povezanih z drogo, ter bogatijo naše razumevanje vzorcev in težav v zvezi z uporabo drog v Evropi.

To poročilo je objavljeno v pomembnem obdobju za razvoj politik na področju drog v Evropi in na mednarodni ravni. V Evropi bodo ocenjeni dosežki trenutnega akcijskega načrta za boj proti drogam, začela pa so se tudi posvetovanja glede ukrepov, potrebnih za nadaljnji razvoj evropske strategije za boj proti drogam v prihodnjih letih. Poleg tega so bile evropske države dejavne v mednarodnih razpravah v okviru posebnega zasedanja Generalne skupščine Združenih narodov, ki je potekalo aprila v New Yorku. Evropsko stališče je poudarilo pomen uravnoteženega pristopa, ki temelji na dokazih in močni zavezanosti človekovim pravicam. Eden od razlogov, da je stališče Evrope v tej razpravi pomembno, je po našem mnenju dejstvo, da je Evropa predana razumevanju spreminjajoče se problematike, s katero se srečujemo, in kritični presoji učinkovitosti ukrepov. Ponosni smo, da to poročilo ter delo centra EMCDDA in njegovih nacionalnih partnerjev še naprej prispevata k temu razumevanju, in še vedno smo prepričani, da so zanesljive informacije predpogoj za dobre politike in ukrepe na tem področju.

Laura d'Arrigo
Predsednica upravnega odbora centra EMCDDA

Alexis Goosdeel
Direktor Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA)

Uvodna opomba in zahvala

To poročilo temelji na informacijah, ki so jih centru EMCDDA v obliki nacionalnih svežnjev poročil posredovale države članice EU, država kandidatka Turčija in Norveška.

Njegov namen je zagotoviti pregled in povzetek stanja na področju drog v Evropi ter odzive nanj. Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2014 (ali zadnje leto, za katero so na voljo). Analiza trendov temelji le na državah, ki so predložile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem obdobju. Statistična značilnost je bila preverjena pri stopnji 0,05, razen če ni navedeno drugače. Bralec mora poleg tega upoštevati, da je spremljanje vzorcev in trendov, značilnih za skrivno in stigmatizirano vedenje, kot je uporaba drog, praktično in metodološko zahtevno delo, zato je bilo v tem poročilu v analizo vključenih več virov podatkov. Čeprav je mogoče ugotoviti bistvene izboljšave na nacionalni ravni in v zvezi s tem, kaj je mogoče z analizo na evropski ravni doseči, je treba upoštevati metodološke težave na tem področju. Pri razlagi rezultatov je zato potrebna previdnost, zlasti pri primerjavi posamičnih ukrepov v državah. Opozorila in pridržki v zvezi s podatki so na voljo v spletni različici tega poročila in Statističnem biltenu, kjer so na voljo podrobne informacije o metodologiji, pridržki v zvezi z analizo in pripombe o omejitvah v razpoložljivem naboru informacij. Na voljo so tudi informacije o metodah in podatkih, uporabljenih za ocene na evropski ravni, pri katerih se lahko uporablja interpolacija.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk mreže Reitox in njihovemu osebju;
- službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo;
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra;
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji;
- Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu;
- skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu Združenih narodov za droge in kriminal, Regionalnemu uradu SZO za Evropo, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, Evropski raziskavi o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), skupini SCORE za analizo odpadnih voda v Evropi (Sewage Analysis Core Group Europe), Evropski mreži za nujne primere v zvezi z drogami (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN) in švedskemu svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN);
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije, podjetju za oblikovanje Missing Element Designers, Nigelu Hawtinu in podjetju Composiciones Rali.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

Reitox je evropska informacijska mreža za izmenjavo podatkov o drogah in zasvojenosti z njimi. Mrežo sestavljajo nacionalne kontaktne točke v državah članicah EU, državi kandidatki Turčiji, na Norveškem in pri Evropski komisiji. Kontaktne točke so pristojni nacionalni organi, za katere so odgovorne njihove vlade in ki centru pošiljajo informacije o drogah. Kontaktni podatki za posamezne nacionalne kontaktne točke so na voljo na spletišču centra EMCDDA.

Povzetek

Evropski program politike na področju drog mora zaobjeti širši in kompleksnejši sklop vprašanj politike

Nadaljnji znaki prilagodljivosti evropskega trga drog

Predstavljena analiza kaže, da je evropski trg drog še vedno prilagodljiv, pri čemer obstajajo nekateri kazalniki, da se povečuje zlasti uporaba konoplje in stimulansov. Podatki o ponudbi na splošno kažejo, da je stopnja čistosti ali moči večine prepovedanih snovi visoka ali se povečuje. Poleg tega je iz večine najnovejših podatkov iz raziskave o razširjenosti razvidno manjše povečanje v ocenjeni uporabi drog, ki se pogosteje uporabljajo. Kompleksnejši je tudi trg drog, na katerem so uporabnikom poleg bolj uveljavljenih drog na voljo nove snovi, pri čemer obstajajo podatki o vse večjem pomenu zdravil, med osebami, ki imajo težave z drogami, pa je vzorec sočasne uporabe več drog običajen. Prizadevanja za preprečevanje vstopa drog otežuje dejstvo, da konopljo, sintetične droge ter celo nekatere opioide in nove psihoaktivne snovi zdaj proizvajajo v Evropi v bližini potrošniških trgov. Ta nova analiza v celoti poudarja, da mora evropski program politike na področju drog zaobjeti širši in kompleksnejši sklop vprašanj politike kot v preteklosti.

Povratek MDMA

Povratek MDMA kot na splošno najbolj zaželenega stimulansa med mladimi dobro ponazarja nekatere nove izzive, ki jih prinaša današnji trg drog. Zdi se, da inovacije na področju pridobivanja predhodnih sestavin, nove proizvodne tehnike in spletna ponudba spodbujajo oživitev na trgu, za katerega je zdaj značilna raznolikost drog. Na voljo so praški, kristali in tablete z velikim odmerkom MDMA z različnimi logotipi ter v različnih barvah in oblikah, pri čemer obstajajo dokazi o proizvodnji po naročilu ter uporabi prefinjenega in ciljno usmerjenega trženja. To je lahko načrtna strategija proizvajalcev za povečanje privlačnosti droge po dolgem obdobju, v katerem se je zaradi slabe kakovosti in dodajanja primesi uporaba zmanjšala. Kaže, da je ta strategija v določenem obsegu uspešna, pri čemer obstajajo znaki, da MDMA postaja vse bolj priljubljen pri dolgotrajnih uporabnikih stimulansov in novi generaciji mladih uporabnikov. To kaže na potrebo po ukrepih za preprečevanje in zmanjševanje škode, ki bodo usmerjeni v novo generacijo uporabnikov, ki uporabljajo proizvode z velikim odmerkom, vendar ne poznajo s tem povezanih tveganj.

Novi podatki opozarjajo na regionalne vzorce uporabe stimulansov in s tem povezane težave

To poročilo kaže, da je treba odkrivanju vzorcev uporabe stimulansov in s tem povezanih težav na lokalni ravni ter odzivu nanje nameniti večjo pozornost. Nedavni rezultati analize odpadnih voda so primerljivi s podatki o zasegih in podatki iz raziskave, saj vsi opozarjajo na regionalne razlike v vzorcih uporabe stimulansov v Evropi. Zdi se, da je uporaba kokaina večja v državah zahodne in južne Evrope, uporaba amfetaminov pa je izrazitejša v severni in vzhodni Evropi. Čistost kokaina in amfetamina se je srednjeročno povečala, cene pa ostajajo večinoma nespremenjene. Vse bolj vidne so tudi težave, povezane s stimulansi. Skrb zbujajoče je povečanje števila novih primerov z amfetamini povezanega povpraševanja po zdravljenju v nekaterih državah, pri čemer skoraj polovica teh uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje, navaja, da si drogo vbrizgavajo. Uporaba stimulansov z intravenoznim vbrizgavanjem je povezana z zadnjimi izbruhi okužbe z virusom HIV v nekaterih marginaliziranih skupinah. Vse bolj zbuja skrb tudi povezava med intravenoznim vbrizgavanjem stimulansov in visoko stopnjo tveganega spolnega vedenja. To je bilo v nekaterih evropskih mestih zabeleženo znotraj majhnih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, kar kaže na potrebo po večjem sodelovanju in usklajenem odzivu služb za zdravljenje odvisnosti od drog in služb za spolno zdravje.

Odzivanje na težave, povezane s konopljo, ostaja ključen izziv za evropske politike na področju drog

Na mednarodni ravni in v Evropi trenutno poteka obsežna javna in politična razprava o stroških in koristih različnih možnostih politike v zvezi s konopljo. Podatki, predstavljeni v tem poročilu, k tej razpravi prispevajo s ponazoritvijo nekaterih kompleksnih vprašanj, ki jih je treba upoštevati. Ta tema je pomembna, saj se zdi, da se splošna uporaba konoplje ne zmanjšuje, v nekaterih skupinah pa je morda začela celo naraščati. Konkretno, v tistih državah, ki so pripravile oceno, ki temelji na novejši raziskavi (od leta 2013), jih je večina poročala o povečani uporabi te droge.

Nove ocene kažejo, da konoplja predstavlja največji delež v vrednosti evropskega trga prepovedanih drog. Proizvodnja konoplje je postala glavni vir prihodka za organizirani kriminal. Uvoz konoplje iz več držav izvora in povečanje domače proizvodnje v Evropi predstavljata velik izziv za organe kazenskega pregona, kar posledično pomeni pritisk na že tako obremenjena sredstva policijskih in carinskih organov. Poleg tega s konopljo povezana kazniva dejanja, katerih večina se nanaša na uporabo ali posedovanje za osebno uporabo, predstavljajo približno tri četrtine vseh kaznivih dejanj, povezanih z drogo.

Vse večje je tudi razumevanje zdravstvenih in socialnih stroškov, ki lahko nastanejo zaradi uporabe konoplje. Ti so najizrazitejši pri uporabnikih, ki jo uporabljajo pogosteje in daljše obdobje, ocenjuje pa se, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov konoplje. Hašiš in marihuana imata glede na pretekle standarde močan učinek, kar zbuja skrb, saj lahko pri uporabnikih povečata tveganja za nastanek akutnih in kroničnih zdravstvenih težav. Ta droga je zdaj tudi razlog, zakaj se večina uporabnikov prvič začne zdraviti zaradi odvisnosti od drog, čeprav je treba podatke o začetku zdravljenja razumeti v okviru načinov napotitve in široke opredelitve tega, kaj šteje za oskrbo te skupine. Pri odzivih politike na tem področju se je treba tudi zavedati, da se konoplja v Evropi za razliko od nekaterih delov sveta pri kajenju običajno meša s tobakom, zaradi česar je pomembna sinergija med politikami za nadzor konoplje in nadzor tobaka.

Sintetični kanabinoidi predstavljajo največji delež zaseženih novih psihoaktivnih snovi

Mednarodnim in evropskim politikam na področju drog enako težavo predstavlja vprašanje, kako se učinkovito odzvati na dinamičen in nenehno spreminjajoč se trg novih drog. Na voljo je zelo malo informacij o uporabi novih psihoaktivnih snovi, vendar je mogoče na podlagi 50 000 prijavljenih zasegov teh drog leta 2014 sklepati, da so razmeroma lahko dostopne. Sintetični kanabinoidi predstavljajo več kot 60 % teh zasegov, ta razred droge pa hkrati predstavlja velik delež od skupno 98 novih snovi, ki so bile prvič odkrite leta 2015 ter prijavljene v sistem EU za zgodnje opozarjanje za nove psihoaktivne snovi. Štiriindvajset med njimi jih je bilo sintetičnih kanabinoidov – droge, ki delujejo na enake receptorje v možganih kot THC, ki je ena od glavnih psihoaktivnih spojin v naravni konoplji. Vendar so številni sintetični kanabinoidi z vidika zdravja veliko bolj strupeni, pri čemer so bili zabeleženi primeri množične zastrupitve in celo smrti. Nevarnost, ki jo

Konoplja predstavlja največji delež v vrednosti evropskega trga prepovedanih drog

NA KRATKO – OCENE UPORABE DROG V EVROPSKI UNIJI

Konoplja

Uporaba:

Odrasli (15–64 let)

V zadnjem letu: **22,1 milijona** — 6,6 %

Kadar koli v življenju: **83,2 milijona** — 24,8 %

Mladi odrasli (15–34 let)

V zadnjem letu: **16,6 milijona** — 13,3 %

Najnižja 3,2 %; Najvišja 23,9 %

Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Kokain

Uporaba:

Odrasli (15–64 let)

V zadnjem letu: **3,6 milijona** — 1,1 %

Kadar koli v življenju: **17,1 milijona** — 5,1 %

Mladi odrasli (15–34 let)

Last year: **2,4 milijona** — 1,9 %

Najnižja 0,2 %; Najvišja 4,2 %

Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

MDMA

Uporaba:

Odrasli (15–64 let)

V zadnjem letu: **2,5 milijona** — 0,8 %

Kadar koli v življenju: **13,0 milijona** — 3,9 %

Mladi odrasli (15–34 let)

V zadnjem letu: **2,1 milijona** — 1,7 %

Najnižja 0,3 %; Najvišja 5,5 %

Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Amfetamini

Uporaba:

Odrasli (15–64 let)

V zadnjem letu: **1,6 milijona** — 0,5 %

Kadar koli v življenju: **12,0 milijona** — 3,6 %

Mladi odrasli (15–34 let)

V zadnjem letu: **1,3 milijona** — 1,0 %

Najnižja 0,1 %; Najvišja 2,9 %

Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Opioidi

Visoko rizični uporabniki opioidov

1,3 milijona

Preveliki odmerki, ki se končajo s smrtjo

82 %

Opioidi so ugotovljeni pri **82 %** prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo

Zahteve za zdravljenje odvisnosti od drog

Glavna droga v približno **40 %** vseh zahtev za zdravljenje odvisnosti od drog v Evropski uniji

40 %

644 000

V letu 2014 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih 644 000 uporabnikov opioidov

Nove psihoaktivne snovi

Uporaba:

Mladi odrasli (15–24 let)

V zadnjem letu: 3,0 %

Kadar koli v življenju: 8,0 %

Vir: Flash Eurobarometer o mladih in drogah iz leta 2014.

Opomba: Za celoten nabor podatkov in informacij o metodologiji glej priloženi spletni Statistični bilten.

predstavljajo te snovi, je razvidna iz opozorila, ki ga je center EMCDDA februarja 2016 izdal v zvezi s sintetičnim kanabinoidom MDMB-CHMICA, tj. drogo, s katero je bilo povezanih 13 smrtnih primerov in 23 zastrupitev. Ta kemikalija je bila odkrita v več kot 20 različnih mešanicah, namenjenih kajenju, o smrtnih primerih ali zastrupitvi pa so poročali iz osmih držav, morda pa so se pojavili tudi drugod. Uporabniki teh proizvodov običajno niso seznanjeni s kemikalijami, ki jih vsebujejo.

Neželeni dogodki so povezani tudi z nenadzorovanimi stimulansi in opioidi, prijavljenimi v sistem zgodnjega opozarjanja. Učinkovito in hitro odzivanje na prodajo manj pogostih kemikalij, od katerih se za nekatere posledično ugotovi, da so zelo strupene, predstavlja enega od glavnih izzivov politike na tem področju. Mladi uporabniki lahko nenamerno sodelujejo kot poskusni zajčki za snovi, katerih potencialna tveganja za zdravje so večinoma neznana. Tak primer je sintetični katinon alfa-PVP, za katerega je bila ocena tveganja opravljena novembra 2015. S tem močnim psihostimulansom je bilo v Evropi povezanih skoraj 200 akutnih zastrupitev in več kot 100 smrtnih primerov.

Vse bolj se zdi, da proizvajalci novih psihoaktivnih snovi ciljajo na bolj kronične in problematične sektorje trga drog. Na voljo so na primer nenadzorovani sintetični opioidi, kot so opioidi iz družine fentanilov. Te droge so lahko še posebno nevarne. Primer, ki ga je treba tukaj navesti, je acetilfentanil, za katerega sta center EMCDDA in Europol oceno tveganja opravila leta 2015. Nove psihoaktivne snovi so bile odkrite tudi v proizvodih, ki se tržijo kot nadomestki za zdravila, kot so benzodiazepini, zdravila, ki so v primeru zlorabe del problematike drog v nekaterih državah.

Povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka: heroin ponovno v središču pozornosti

Letošnja analiza opozarja tudi na novo zaskrbljenost glede povečanja števila prevelikih odmerkov, povezanih s heroinom in drugimi opioidi. Heroin je glede na podatke pogost vzrok prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo, ter je najpogostejša prepovedana droga, zaradi katere uporabniki poiščejo nujno medicinsko pomoč v bolnišnicah, kakor kažejo novi evropski podatki za mesta. Snovi, ki so vzrok za z drogami povezane nujne primere, se med mesti zelo razlikujejo, pri čemer so ti nujni primeri v nekaterih mestih pogosto tudi posledica uporabe konoplje, kokaina in drugih stimulansov. Trenutno se podatki o akutnih težavah, povezanih z drogami, na evropski ravni ne zbirajo sistematično. Pilotna študija na ravni mest kaže, da bi bilo redno spremljanje na tem področju koristno za boljše razumevanje in spremljanje učinka novih težav, povezanih z drogami.

Številne države, zlasti v severni Evropi, kjer so z opioidi povezane težave že dolgo prisotne, poročajo o nedavnem povečanju števila z njimi povezanih smrtnih primerov. Vendar je razumevanje dejavnikov, ki spodbujajo trende na tem področju, zapleteno. Mogoče razlage so večja dosegljivost heroina, povečanje čistosti, starajoča se in ranljivejša skupina uporabnikov ter spreminjajoči se vzorci uporabe drog (vključno z uporabo sintetičnih opioidov in zdravil). Pomembne so lahko tudi spremembe v poročevalskih praksah. Vsi podatki o ponudbi, vključno z ocenjeno povečano proizvodnjo heroina v Afganistanu, povečanjem zasežene količine heroina in večjo čistostjo, kažejo na morebitno povečanje dosegljivosti heroina. Vendar trenutno ni trdnih dokazov o povečanju števila novih uporabnikov heroina, število uporabnikov, ki se vključijo v zdravljenje odvisnosti od heroina, se zmanjšuje ali pa ostaja nespremenjeno, preveliki odmerki pa v glavnem ostajajo težava med starejšimi uporabniki opioidov. Kljub temu je bilo majhno povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka opaženo v mlajših starostnih skupinah v nekaterih državah, kar zahteva večjo pozornost.

Uporaba sintetičnih opioidov: razlog za zaskrbljenost

Zdi se, da so sintetični opioidi in zdravila pomemben dejavnik v smrtnih primerih zaradi droge v nekaterih delih Evrope. Skrb zbuja zloraba benzodiazepinov in drugih zdravil, preusmerjenih od ponudnikov terapevtskih zdravljenj ali pridobljenih od virov, ki nimajo dovoljenja, vendar je vloga teh drog pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka v Evropi še vedno slabo poznana. Več podatkov je na voljo o sintetičnih opioidih. Proizvodi iz sintetičnih opioidov, tj. večinoma, vendar ne izključno, zdravila, ki se uporabljajo za nadomestno zdravljenje, se v nekaterih državah pogosteje pojavljajo v podatkih o smrtnih primerih, povezanih z drogami, prav tako pa se je povečalo število povpraševanj po zdravljenju, povezanem s temi snovmi. Glede na resne težave na področju javnega zdravja v Severni Ameriki in drugod, povezane z zlorabo opioidnih zdravil, je treba izboljšati nadzor, da se odkrijejo morebitne naraščajoče težave na tem področju na evropski ravni. Poleg tega, kakor je navedeno tudi v glavnem besedilu tega poročila, lahko imajo regulativni okviri in klinične smernice pozitivno vlogo pri zmanjševanju tveganja preusmerjanja zdravil iz ustreznih terapevtskih uporab.

Nove farmakološke možnosti za zmanjševanje težav, povezanih z uporabo drog

V naslednjih letih bodo verjetno objavljene številne nove farmakološke možnosti, ki bi lahko izboljšale možnosti za zmanjšanje nekaterih težav, povezanih z uporabo drog. V tem poročilu sta izpostavljeni dve področji, na katerih se uvajajo nove terapije in inovativne metode uporabe. V številnih državah EU je uporabnikom opioidov prek programov skupnosti ali uporabnikom drog, ki zapuščajo zapor, na voljo zdravilo nalokson za preprečevanje prevelikih odmerkov in katerega namen je zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. V Evropi je z razvojem pripravkov z naloksonom za nazalno uporabo, kot je pripravek, za katerega so v Združenih državah nedavno odobrili prodajo v lekarnah, morda na vidiku širše izvajanje programov zagotavljanja naloksona za domačo uporabo. Poleg tega so na voljo nova zdravila, ki zagotavljajo boljše možnosti za zdravljenje okužb z virusom hepatitisa C pri aktivnih injicirajočih uporabnikih drog, vključno s tistimi, ki so vključeni v zdravljenje odvisnosti od drog. Nove terapije imajo velik potencial za izboljšanje zdravja na področju drog, izziv pa je zmanjšati ovire pri njihovem sprejetju ter zagotoviti zadostna sredstva za izvedbo zdravljenja.

Nove nevarnosti in priložnosti spletnih trgov drog

Pomemben nov izziv za politiko na področju drog je način, kako se odzvati na vlogo interneta kot sredstva za komunikacijo in vse večjega vira ponudbe drog. Pozornost je v glavnem usmerjena v nevarnost, ki jo predstavljajo trgi drog na temnem spletu. Razumeti je treba tudi vse večjo vlogo spletnih mest na površinskem spletu, zlasti v zvezi s ponudbo ponarejenih zdravil in novih psihoaktivnih snovi, ter aplikacij družbenih medijev za medsebojno izmenjavo. Spletne platforme zagotavljajo tudi možnosti za izvajanje dejavnosti preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode, vendar so te pogosto spregledane.

Zdi se, da se ponudba drog prek spletnih virov povečuje, čeprav je še vedno majhna, in da ima velik potencial za širitev. Odzivi družbe težko sledijo hitrim spremembam na tem področju, ki so posledica vse večje uporabe interneta, uvedbe novih plačilnih tehnologij, inovacij na področju šifriranja in novih možnosti za oblikovanje porazdeljenih spletnih trgov. Kako se najbolje odzvati na to bližajočo se in vse večjo grožnjo ter kako najbolje izkoristiti priložnosti, ki jih ta medij zagotavlja za zmanjšanje težav, povezanih z drogo, sta verjetno ključni vprašanji za prihodnji evropski program politike.

1

Evropa je tudi regija, v kateri se proizvajajo konoplja in sintetične droge

Ponudba drog in trg

V svetovnem okviru je Evropa pomemben trg za droge, ki se zalaga z doma proizvedenimi drogami in drogami, uvoženimi iz drugih regij sveta. Južna Amerika, Zahodna Azija in Severna Afrika so pomembna območja izvora prepovedanih drog, ki pridejo v Evropo, medtem ko sta Kitajska in Indija državi izvora novih psihoaktivnih snovi. Poleg tega nekatere droge in predhodne sestavine čez Evropo potujejo na druge celine. Evropa je tudi regija, v kateri se proizvajajo konoplja in sintetične droge, pri čemer se konoplja proizvaja predvsem za lokalno uporabo, nekatere sintetične droge pa tudi za izvoz v druge dele sveta.

Spremljanje trgov drog, ponudbe drog in zakonodaje o drogah

Analiza, predstavljena v tem poglavju, temelji na sporočenih podatkih o zasegih drog, zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge, uničenih obratih za proizvodnjo drog, kršitvah zakonodaje o drogah, maloprodajnih cenah drog ter čistosti in moči drog. V nekaterih primerih je analiza trendov težavna, saj ključne države niso predložile podatkov o zasegih. Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem Statističnem biltenu. Opozoriti je treba, da lahko na trende vpliva več dejavnikov, med katerimi so navade in želje uporabnikov, spremembe v proizvodnji in preprodaji, stopnja dejavnosti organov kazenskega pregona in učinkovitost ukrepov za preprečevanje vstopa.

V tem poglavju so predstavljeni tudi podatki o prijavah in zasegih novih psihoaktivnih snovi, ki so jih v sistem EU za zgodnje opozarjanje sporočili nacionalni partnerji centra EMCDDA in Europola. Ker se te informacije pridobijo iz prijav posameznih primerov in ne iz rednih sistemov spremljanja, predstavljajo ocene o zasegih najmanjše vrednosti, o katerih lahko govorimo. Na podatke vplivajo dejavniki, kot so vse večja ozaveščenost o teh snoveh, njihov spreminjajoči se pravni status in poročevalske prakse organov kazenskega pregona. Popoln opis sistema za zgodnje opozarjanje je na voljo na spletišču centra EMCDDA v razdelku Action on new drugs (Ukrepi glede novih drog).

Dodatne informacije o evropskih zakonodajah in politikah na področju drog so na voljo na spletišču centra EMCDDA.

Od sedemdesetih in osemdesetih let prejšnjega stoletja obstajajo v številnih evropskih državah precej veliki trgi konoplje, heroina in amfetaminov. Sčasoma so se uveljavile tudi druge snovi, vključno z MDMA v devetdesetih letih prejšnjega stoletja in kokainom na začetku tretjega tisočletja. Evropski trg se še naprej razvija, v zadnjem desetletju pa so se pojavile najrazličnejše nove psihoaktivne snovi. Nedavne spremembe na trgu prepovedanih drog, ki so večinoma povezane z globalizacijo in novimi tehnologijami, vključujejo inovacije v proizvodnji drog in načinih preprodaje ter vzpostavitev novih preprodajalskih poti.

Ukrepi za preprečevanje ponudbe drog vključujejo ukrepe državnih agencij in organov kazenskega pregona ter so pogosto odvisni od mednarodnega sodelovanja. Na ravni EU se prizadevanja usklajujejo prek strategije EU na področju drog in akcijskih načrtov EU za boj proti drogam ter političnega cikla EU za organizirani kriminal in hude oblike kriminala. Pristop, ki ga uporabijo države, je upoštevan v njihovih nacionalnih strategijah in zakonodajah na področju drog. Podatki o aretacijah in zasegih so trenutno najbolje dokumentirani kazalniki prizadevanj za prekinitev ponudbe drog.

Trgi drog: ocena finančne vrednosti

Trgi prepovedanih drog so kompleksni sistemi proizvodnje in distribucije, ki na različnih ravneh ustvarjajo velike vsote denarja. Na podlagi konzervativne ocene je bil maloprodajni trg prepovedanih drog v Evropski uniji leta 2013 vreden 24,3 milijarde EUR (verjeten razpon med 21 in 31 milijard EUR). Proizvodi iz konoplje, katerih ocenjena maloprodajna vrednost znaša 9,3 milijarde EUR (verjeten razpon med 8,4 in 12,9 milijarde EUR) in približno 38 % skupne vrednosti, predstavljajo največji delež v vrednosti trga prepovedanih drog v Evropi. Sledita jim heroin, ocenjen na 6,8 milijarde EUR (med 6 in 7,8 milijarde EUR) (28 %), in kokain, ocenjen na 5,7 milijarde EUR (med 4,5 in 7 milijard EUR) (24 %). Amfetamini predstavljajo manjši tržni delež, ocenjen na 1,8 milijarde EUR (med 1,2 in 2,5 milijarde EUR) (8 %), sledi pa jim MDMA, ocenjen na skoraj 0,7 milijarde EUR (med 0,61 in 0,72 milijarde EUR) (3 %). Te ocene temeljijo na zelo omejenih podatkih, zaradi česar so bile potrebne nekatere splošne predpostavke in jih je zato treba obravnavati kot začetne najnižje ocene, ki jih je treba v prihodnosti revidirati, ko bodo podatki, na katerih temeljijo, kakovostnejši.

Novi načini ponudbe: spletni trgi drog

Medtem ko so v preteklosti trgi prepovedanih drog delovali na fizičnih lokacijah, so se v zadnjem desetletju pojavile nove internetne tehnologije, ki so omogočile razvoj spletnih trgov. Trgi drog lahko delujejo na površinskem spletu, kjer se običajno prodajajo nenadzorovane predhodne sestavine, nove psihoaktivne snovi ali lažna in ponarejena zdravila. Delujejo lahko tudi na globokem spletu prek trgov in kriptotrgov na temnem spletu, kot je AlphaBay ali nekdanji Silk Road. Proizvodi iz konoplje in MDMA naj bi bili poleg vrste zdravil najpogosteje prodajana prepovedana droga na trgih na temnem spletu.

Trg na temnem spletu je spletna prodajna platforma ali trg, ki je podprt s tehnologijami za varstvo zasebnosti in združuje prodajalce, ki v glavnem prodajajo prepovedano blago in storitve. Ti trgi imajo številne podobne značilnosti trgov, kot sta eBay in Amazon, kupci pa lahko izbirajo in primerjajo proizvode in prodajalce. Za prikrivanje transakcij in fizične lokacije strežnikov se uporablja vrsta strategij. Med njimi so storitve za anonimizacijo, kot je Tor (čebulni usmerjevalnik), ki prikrijejo naslov internetnega protokola (IP) računalnika, decentralizirane in razmeroma težko izsledljive kriptovalute, namenjene plačevanju, kot sta bitcoin in litecoin, ter šifrirano komunikacijo med udeleženci na trgu. Za regulacijo prodajalcev na trgih so pomembni tudi sistemi merjenja ugleda. Med zadnje novosti spadata povečana varnost za preprečevanje goljufij s strani prodajalcev, vključno z uporabo naprednih fiduciarnih sistemov, in decentralizacija tržnih platform kot odziv na grožnje organov kazenskega pregona. Trenutno naj bi ti trgi predstavljali majhen delež trgovine s prepovedanimi drogami, številne transakcije pa se izvedejo na ravni uporabnika. Vendar ima spletno trgovanje z drogami potencial za nadaljnjo razširitev.

Proizvodi iz konoplje predstavljajo največji delež v vrednosti trga prepovedanih drog

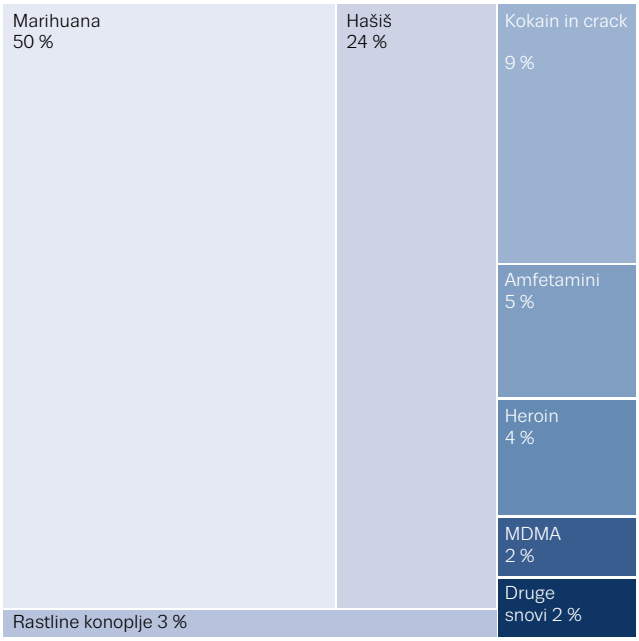
Zasegi drog: prevladuje konoplja

V Evropi se vsako leto poroča o več kot enem milijonu zasegov prepovedanih drog. Večinoma gre za majhne količine droge, zasežene uporabnikom, čeprav velik delež skupne količine zaseženih drog pomenijo več kilogramov težke pošiljke, zasežene preprodajalcem in proizvajalcem.

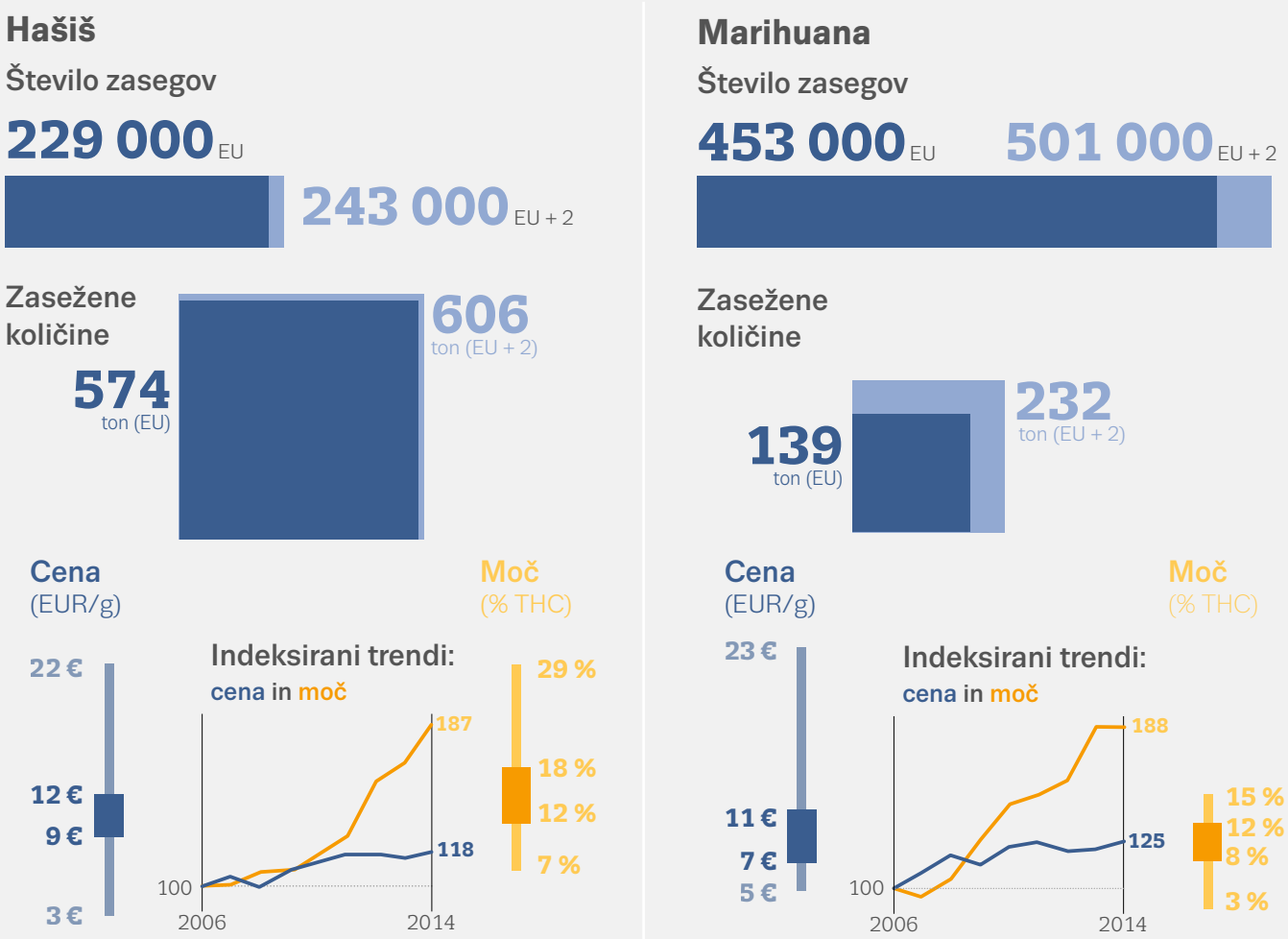
Konoplja je najpogosteje zasežena droga in predstavlja več kot tri četrtine zasegov v Evropi (78 %) (slika 1.1), kar kaže razmeroma veliko razširjenost njene uporabe. Skupno je na drugem mestu kokain (9 %). Manjši delež zasegov predstavljajo amfetamini (5 %), heroin (4 %) in MDMA (2 %).

SLIKA 1.1

Število prijavljenih zasegov drog v letu 2014, razčlenitev po vrsti droge



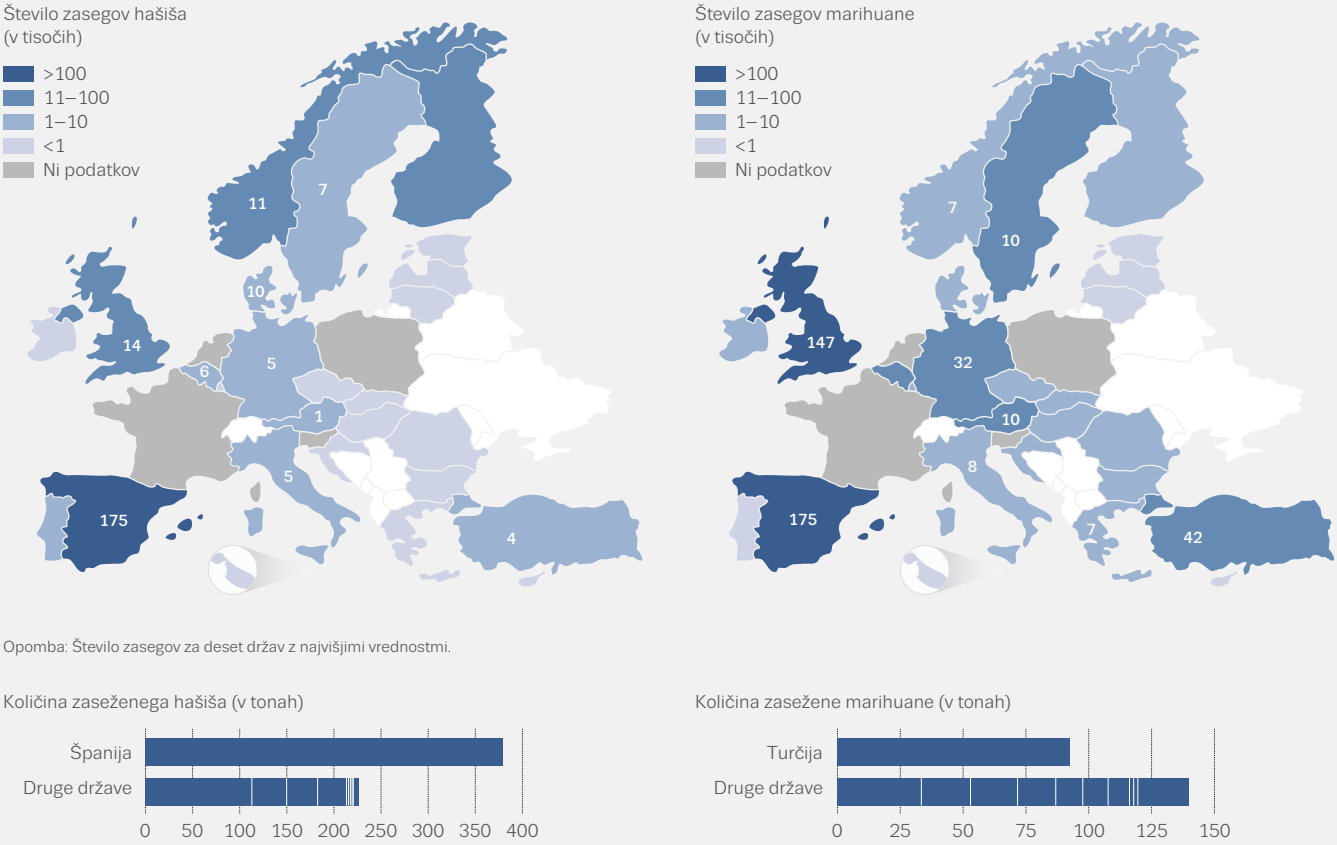
KONOPLJA



Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in moč proizvodov iz konoplje: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.2

Zasegi hašiša in marihuane v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki



Leta 2014 sta o približno 60 % vseh zasegov v Evropski uniji poročali le dve državi, Španija in Združeno kraljestvo, čeprav so pomembno število zasegov sporočile tudi Belgija, Nemčija in Italija. Poleg tega je treba opozoriti, da za Francijo in Nizozemsko (državi, ki sta v preteklosti poročali o velikem številu zasegov) ter Finsko in Poljsko najnovejši podatki niso na voljo. Brez teh podatkov je analiza v tem poročilu nezanesljiva. Še ena pomembna država v zvezi z zasegi drog je Turčija, od koder so prestrežene droge namenjene v druge države v Evropi in na Bližnjem vzhodu ter za lokalno uporabo.

Konoplja: raznovrstni proizvodi

Marihuana in hašiš sta dva glavna proizvoda iz konoplje na evropskem trgu droge. Marihuana, ki se uporablja v Evropi, se goji lokalno ali uvaža iz drugih držav. Marihuana, proizvedena v Evropi, pa se večinoma goji v zaprtih prostorih. Večina hašiša se po morju ali zraku uvozi iz Maroka.

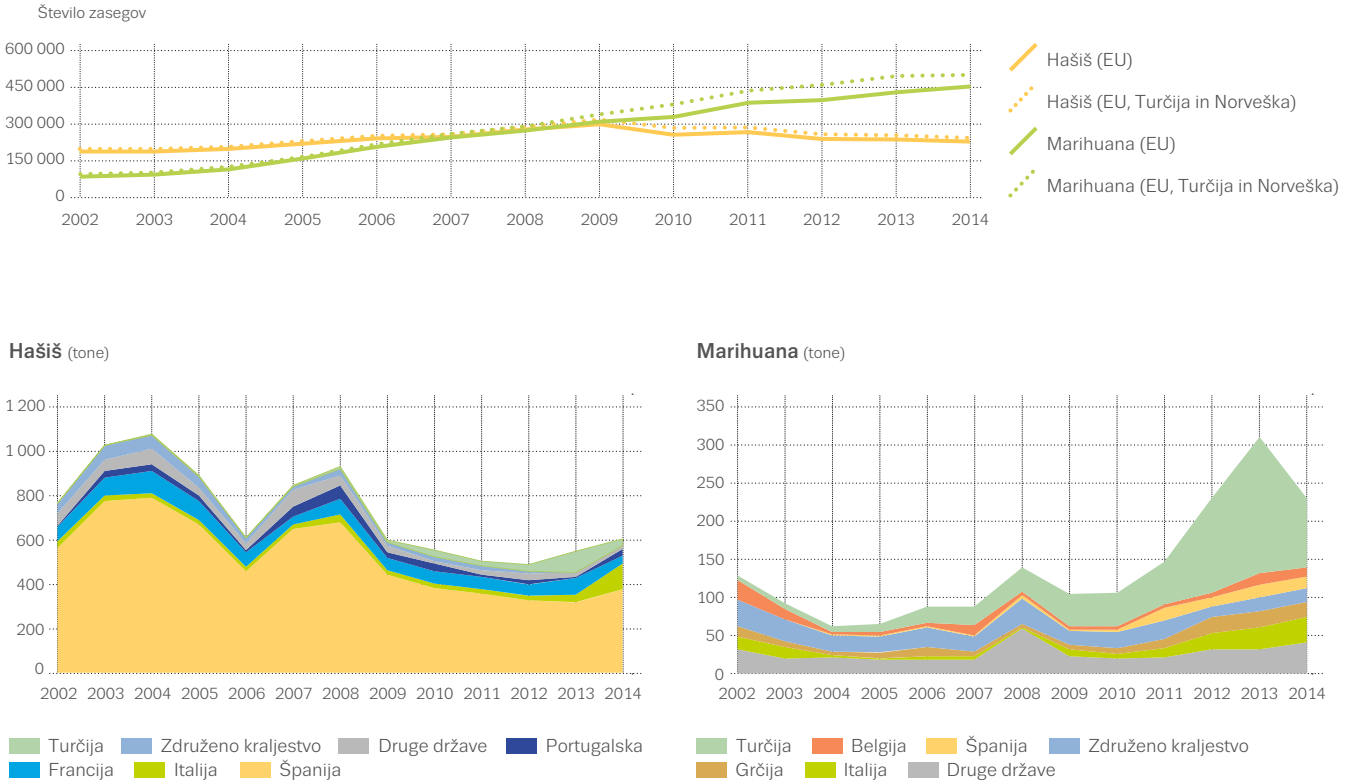
Leta 2014 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 682 000 zasegov konoplje (453 000 zasegov marihuane in 229 000 zasegov hašiša). Prijavljenih je bilo tudi 33 000 zasegov rastlin konoplje. Kljub temu je zaseženega hašiša v Evropski uniji še vedno veliko več kot zasežene marihuane (574 ton hašiša in 139 ton marihuane). Razlog za to je deloma ta, da se hašiš prevaža v večjih količinah, opravi dolgo pot in prečka nacionalne meje, zato je bolj izpostavljen ukrepom za preprečevanje vstopa. V analizi količine zasežene konoplje se nesorazmerno pomembna zdi peščica držav, saj čeznje potekajo glavne poti, povezane z njeno preprodajo. Tako je na primer Španija kot pomembna vstopna točka za konopljo, proizvedeno v Maroku, poročala o približno dveh tretjinah skupne količine zaseženega hašiša v Evropi v letu 2014 (slika 1.2). V zadnjih letih je Turčija poročala o večjih količinah zasežene marihuane kot katera koli druga evropska država.

V Evropi poročajo tudi o zasegih drugih proizvodov iz konoplje, vključno s približno 200 zasegi hašiševega olja.

V Evropi je od leta 2009 število zasegov marihuane presegalo število zasegov hašiša, ta razlika pa se povečuje (slika 1.3). V istem obdobju se je v Evropski uniji količina zasežene marihuane še naprej povečevala. Glede na najnovejše podatke se je količina zaseženega hašiša v Evropski uniji povečala, medtem ko so v Turčiji zaznali močan upad količine zasežene marihuane.

SLIKA 1.3

Trendi števila zasegov konoplje in zasežene količine: hašiš in marihuana

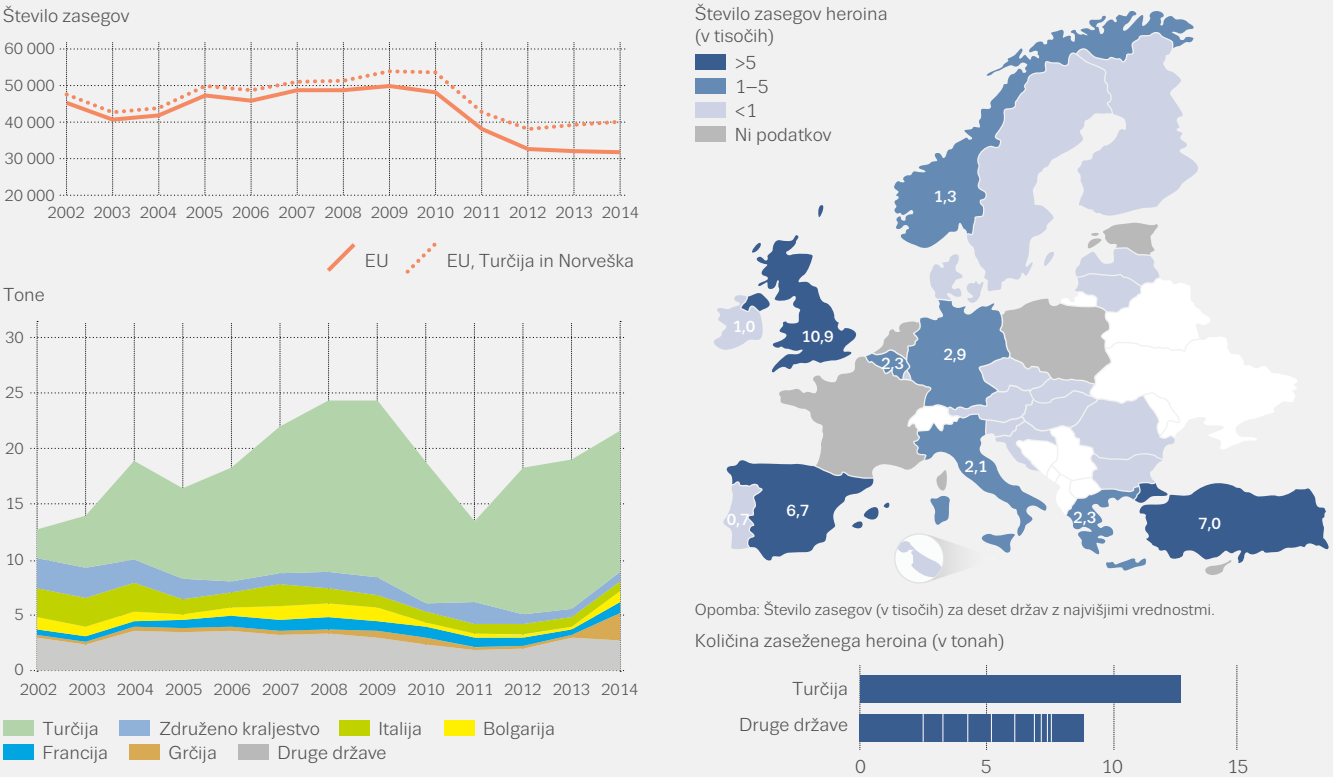


Zasege rastlin konoplje je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje te droge v neki državi. Zaradi metodoloških težav je treba podatke o zasegih rastlin konoplje razlagati previdno, kljub temu pa se je število zaseženih rastlin več kot podvojilo, in sicer z 1,5 milijona v letu 2002 na 3,4 milijona v letu 2014.

Iz analize indeksiranih trendov med državami, ki redno poročajo, je razvidno veliko povečanje moči (raven tetrahidrokanabinola, THC) marihuane in hašiša med letoma 2006 in 2014. K tej vse večji moči sta lahko privedli uvedba intenzivnih proizvodnih tehnik v Evropi in nedavna uvedba rastlin z močnim učinkom v Maroku.

SLIKA 1.4

Število zasegov heroina in zasežena količina v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



Opioidi: spremembe na trgu?

Heroin je najpogostejši opioid na evropskem trgu drog. V Evropi sta od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina: pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki v glavnem izvira iz Afganistana. Veliko redkejši je beli heroin (v obliki soli), ki je v preteklosti izviral iz jugovzhodne Azije, danes pa se morda proizvaja tudi v Afganistanu ali sosednjih državah. Drugi opioidi, ki so jih leta 2014 zasegli organi kazenskega pregona v evropskih državah, vključujejo opij ter zdravila morfij, metadon, buprenorfin, tramadol in fentanil. Nekateri opioidni analgetiki se lahko preusmerijo iz farmacevtskih zalog, drugi pa se proizvajajo izrecno za trg prepovedanih drog.

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, najdenega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali v sosednjem Iranu ali Pakistanu. V Evropi je bila proizvodnja opioidov že od nekdaj omejena na domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v nekaterih vzhodnih državah. Vendar odkritje dveh laboratorijev za pretvorbo morfija v heroin v Španiji in enega na Češkem v obdobju 2013–2014 kaže, da se heroin zdaj morda proizvaja tudi v Evropi.

Heroin vstopa v Evropo po štirih preprodajalskih poteh, od katerih sta najpomembnejši „balkanska pot“ in „južna pot“. Prva poteka skozi Turčijo v balkanske države (Bolgarijo, Romunijo ali Grčijo) in naprej v srednjo, južno in zahodno Evropo. Nedavno se je pojavila stranska veja balkanske poti, ki vključuje Sirijo in Irak. Zdi se, da je v zadnjih letih južna pot postala pomembnejša. Pošiljke heroina iz Irana in Pakistana tako vstopajo v Evropo po zraku ali morju, bodisi neposredno bodisi prek zahodnih, južnih in vzhodnih afriških držav. Med druge, trenutno manj pomembne poti spadata „severna pot“ in nova pot za heroin, ki naj bi potekala skozi južni Kavkaz in prek Črnega morja.

Po desetletju relativne stabilnosti se je v obdobju 2010–2011 zmanjšala dosegljivost heroina na trgih v številnih evropskih državah. To je razvidno iz podatkov o zasegih heroina, katerih število se je v Evropski uniji z 50 000 leta 2009 zmanjšalo na 32 000 leta 2014. Količina zaseženega heroina v EU se je dolgo časa zmanjševala, tj. z 10 ton leta 2002 na 5 ton leta 2012, preden se je leta 2014 opazno povečala na 8,9 tone. Ta preobrat trenda je posledica povečanja števila velikih zasegov (več kot 100 kg), pri čemer je leta 2013 ali 2014 več držav zabeležilo rekordne zasege heroina. Glede na najnovejše podatke sta o velikem povečanju količine zaseženega heroina poročali zlasti Grčija in nekoliko manj Bolgarija. Turčija je od leta 2003 zasegla precej več heroina kot katera koli država EU, pri čemer je leta 2014 zasegla približno 13 ton (slika 1.4).

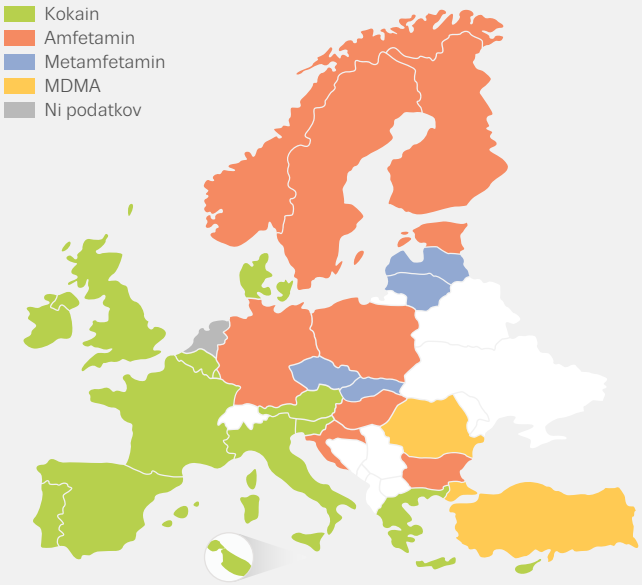
Iz indeksiranih trendov držav, ki redno poročajo, je razvidno povečanje čistosti heroina v Evropi v letu 2014. To skupaj s povečanjem zaseženih količin in drugimi dogodki morda kaže na možnost, da se bo dosegljivost te droge povečala.

Evropski trg stimulansov: geografska porazdelitev

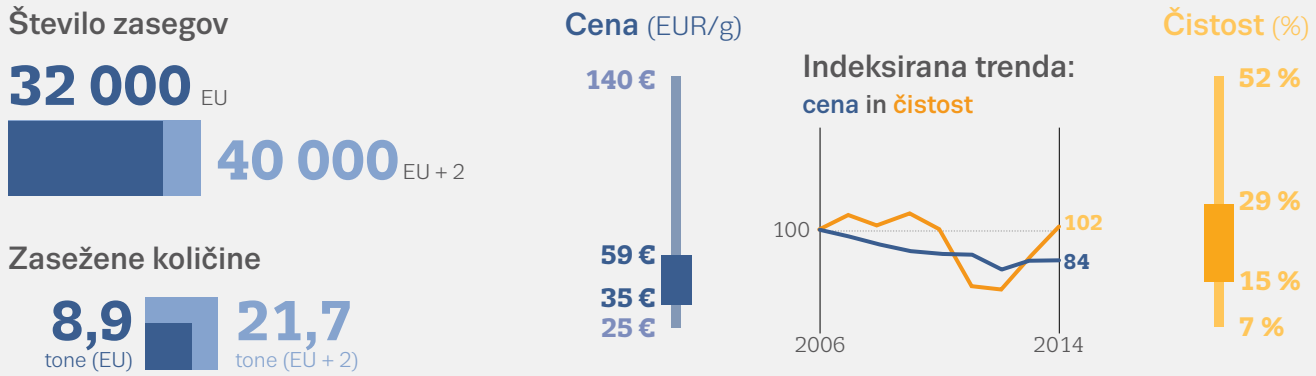
Na trgu drog EU je na voljo vrsta prepovedanih stimulansov, med regijami pa so razlike glede najpogosteje zaseženih stimulansov (slika 1.5). Te so večinoma posledica lokacije večjih proizvodnih obratov ter vstopnih točk in preprodajalskih poti. Kokain je na primer najpogosteje zasežen stimulans v številnih zahodnih in južnih državah, kar je neposredna posledica lokacij, na katerih droga vstopa v Evropo. Zasegi amfetamina so najpogostejši v severni in srednji Evropi, metamfetamin pa je najpogosteje zaseženi stimulans na Češkem in Slovaškem ter v Latviji in Litvi. MDMA je najpogosteje zaseženi stimulans v Romuniji in Turčiji.

SLIKA 1.5

Najpogosteje zaseženi stimulans v Evropi, podatki za leto 2014 ali najnovejši podatki



HEROIN



Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost „rjavega heroina“: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

Kokain: stabilizacija trga

V Evropi sta dosegljivi dve obliki kokaina. Najpogostejša je kokain v prahu (hidrokloridna sol, HCl), manj dosegljiv pa je crack, oblika (proste baze) kokaina za kajenje. Kokain se proizvaja iz listov grma koke, in sicer skoraj izključno v Boliviji, Kolumbiji in Peruju, ter se prevaža v Evropo po zračnih in morskih poteh. Metode, ki se uporabljajo za prevoz kokaina v Evropo, so še zlasti raznovrstne. Vključujejo kurirje na komercialnih letih, komercialni zračni tovorni promet, storitve hitrih paketov in hitre pošte ter zasebna letala. Po morju je mogoče kokain tihotapiti v velikih pošiljkah z zasebnimi jahtami in v kontejnerjih. Španija, Belgija, Nizozemska (glede na podatke iz leta 2012), Francija in Italija skupaj predstavljajo 84 % ocenjene količine 61,6 tone, zasežene leta 2014 (slika 1.6).

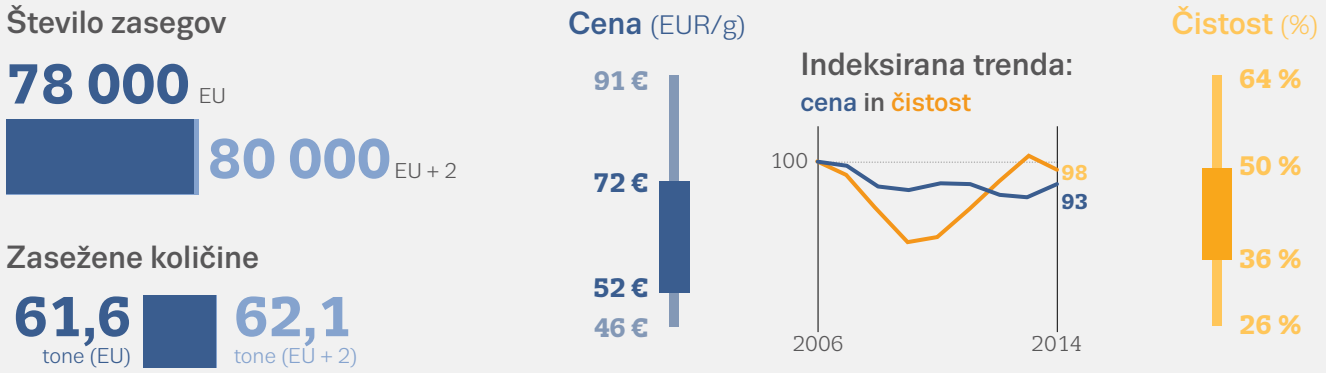
Leta 2014 je bilo v Evropski uniji prijavljenih približno 78 000 zasegov kokaina. Od leta 2010 je stanje razmeroma nespremenjeno, čeprav sta število zasegov in zasežena količina precej manjša kot v letih, ko so bile dosežene najvišje vrednosti (slika 1.6). Čeprav Španija ostaja država, ki zaseže največ kokaina, se kaže razvejanje preprodajalskih poti v Evropo, saj se je nedavno poročalo o zasegih v pristaniščih v vzhodnem Sredozemskem morju ter Baltskem in Črnem morju. Indeksirani trendi na splošno kažejo, da se je povečevanje čistosti kokaina, opaženo v zadnjih letih, zdaj ustavilo.

Predhodne sestavine: vse večja uporaba snovi, ki niso na seznamu

Predhodne sestavine so bistvene za proizvodnjo sintetičnih stimulansov in drugih drog. Njihova dosegljivost močno vpliva na trg in metode proizvodnje, ki se uporabljajo v nedovoljenih laboratorijih. Ker imajo zakonite uporabe, so nekatere kemikalije v skladu s predpisi EU uvrščene na seznam, trgovanje z njimi pa se podrobno spremlja. Proizvajalci sintetičnih drog poskušajo doseči čim manjši vpliv nadzora, tako da za proizvodnjo predhodnih sestavin uporabljajo kemikalije, ki niso na seznamu. Vendar se lahko s tem pristopom poveča tudi tveganje odkritja, saj je potrebnih več kemikalij, proizvede pa se tudi več odpadkov.

Podatki držav članic EU o zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge potrjujejo, da se pri proizvodnji prepovedanih drog v Evropski uniji še naprej uporabljajo tako snovi s seznama kot tudi snovi, ki niso na seznamu, zlasti pri proizvodnji amfetaminov in MDMA (preglednica 1.1). Leta 2014 je bilo zaseženih 6 062 kg predpredhodne sestavine APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril), ki se uporablja za sintezo predhodne sestavine BMK, kar je manj v primerjavi z 48 802 kg leta 2013. To korenito zmanjšanje je verjetno posledica uvrstitve te snovi na seznam v skladu z zakonodajo EU decembra 2013. Vendar stalna dosegljivost MDMA na trgu skupaj z zmanjševanjem zasežene količine safrola, ki je predhodna sestavina za MDMA, in sicer s 13 837 litrov leta 2013 na nič litrov leta 2014, kaže, da se uporabljajo alternativne predhodne sestavine. Količina zaseženih predpredhodnih sestavin za MDMA, ki niso na seznamu, zlasti PMK-glicidata, se je leta 2014 povečala.

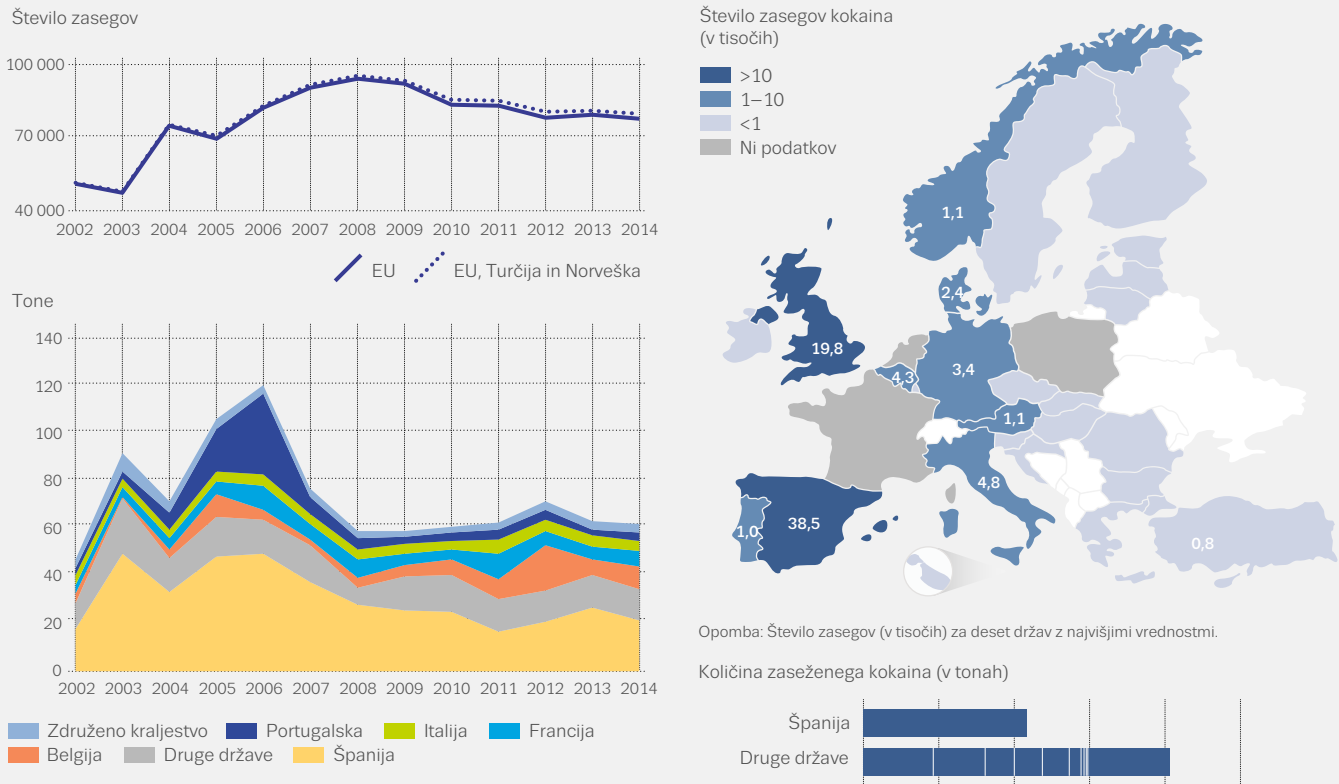
KOKAIN



Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost kokaina: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.6

Število zasegov kokaina in zasežena količina v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trend



PREGLEDNICA 1.1

Povzetek zasegov in ustavljenih pošiljk predhodnih sestavin, ki se v Evropi uporabljajo za proizvodnjo izbranih sintetičnih drog, v letu 2014

	Zasegi		Ustavljene pošiljke ([1])		SKUPNE VREDNOSTI	
Predhodna sestavina/*predpredhodna sestavina*	**Primeri**	**Količina**	**Primeri**	**Količina**	**Primeri**	**Količina**
MDMA or related substances						
PMK (litri)	1	5	0	0	**1**	**5**
Safrol (litri)	0	0	2	1 050	**2**	**1 050**
Piperonal (kg)	3	5	4	2 835	**7**	**2 840**
***Glicidni derivati PMK* (kg)**	6	5 575	1	1 250	**7**	**6 825**
Amfetamin in metamfetamin						
BMK (litri)	14	2 353	0	0	**14**	**2 353**
PAA, fenilocetna kislina (kg)	1	100	2	190	**3**	**290**
Efedrin, razsuto stanje (kg)	19	31	1	500	**20**	**531**
Psevdoefedrin, razsuto stanje (kg)	8	12	0	0	**8**	**12**
***APAAN* (kg)**	18	6 062	1	5 000	**19**	**11 062**

([1]) Ustavljena pošiljka je pošiljka, ki jo je izvoznik zavrnil, ustavil ali prostovoljno umaknil zaradi suma preusmeritve za nezakonite namene.

Amfetamin in metamfetamin

Amfetamin in metamfetamin sta tesno povezana sintetična stimulansa, ki sta na splošno znana kot amfetamina in ju je v nekaterih naborih podatkov težko razlikovati. V Evropi je že od nekdaj pogostejši amfetamin, vendar se v zadnjih letih vse več poroča o dosegljivosti metamfetamina na trgu.

Obe drogi se proizvajata v Evropi za domačo uporabo. Nekaj amfetamina in metamfetamina se proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji vzhod, kjer obstaja trg za tablete „captagon“, ki naj bi vsebovale amfetamine, Daljni vzhod in v Oceanijo. Evropa je tudi tranzitno vozlišče za metamfetamin, ki se iz Zahodne Afrike in Irana uvaža na trge na Bližnjem vzhodu. Amfetamin se proizvaja predvsem v Belgiji, na Nizozemskem, Poljskem, v Nemčiji in v manjšem obsegu v baltskih državah. Nedavno je prišlo do selitve končne faze proizvodnje, saj več držav zdaj poroča, da na njihovih ozemljih poteka pretvorba baze amfetamina v obliki olja v amfetamin sulfat.

Večina evropskega metamfetamina je proizvedena na Češkem in v njeni bližini. Vendar je nekaj proizvodne zmogljivosti tudi na Nizozemskem in v Litvi, medtem ko je bilo v Bolgariji zabeleženo povečanje števila uničenj laboratorijev.

Iz Litve in Bolgarije poročajo o metamfetaminu, proizvedenem z uporabo BMK (benzil metil ketona),

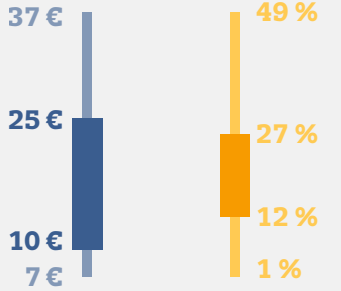
AMFETAMINI

Amfetamin

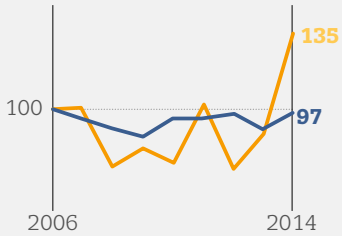
Število zasegov

Zasežene količine

Cena (EUR/g) Čistost (%)



Indeksirana trenda:
Cena in čistost

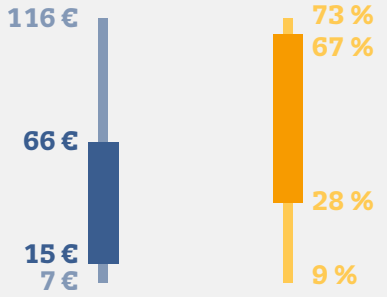


Metamfetamin

Število zasegov

Zasežene količine

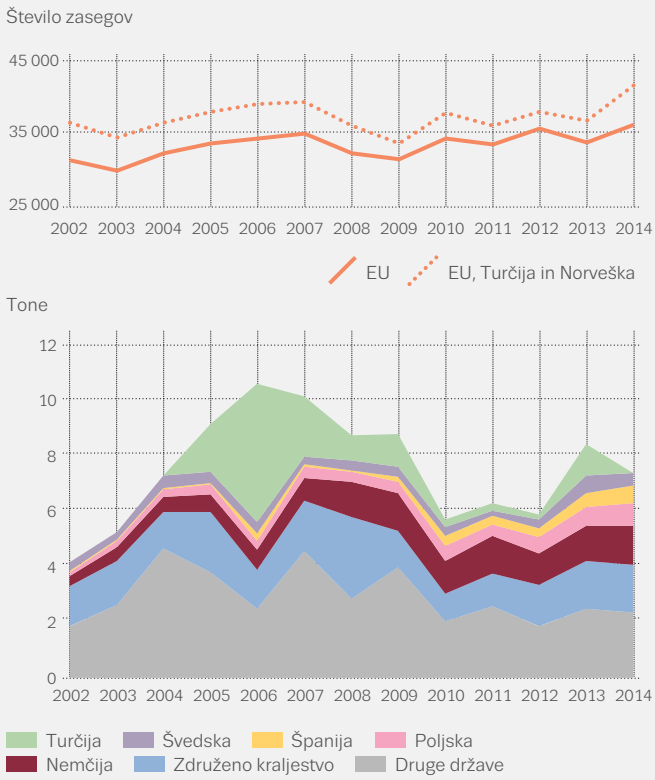
Cena (EUR/g) Čistost (%)

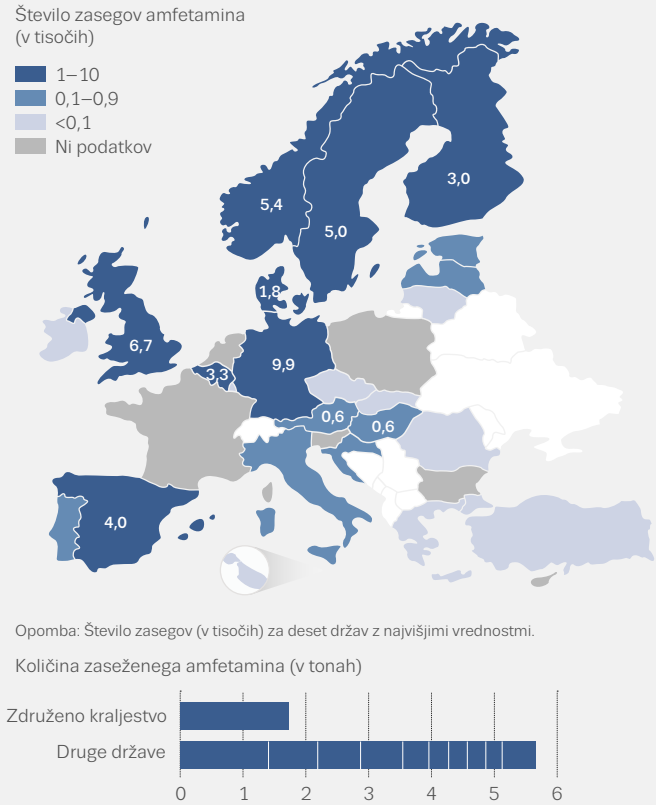


Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost amfetaminov: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih. Indeksirani trendi niso na voljo za metamfetamin.

SLIKA 1.7

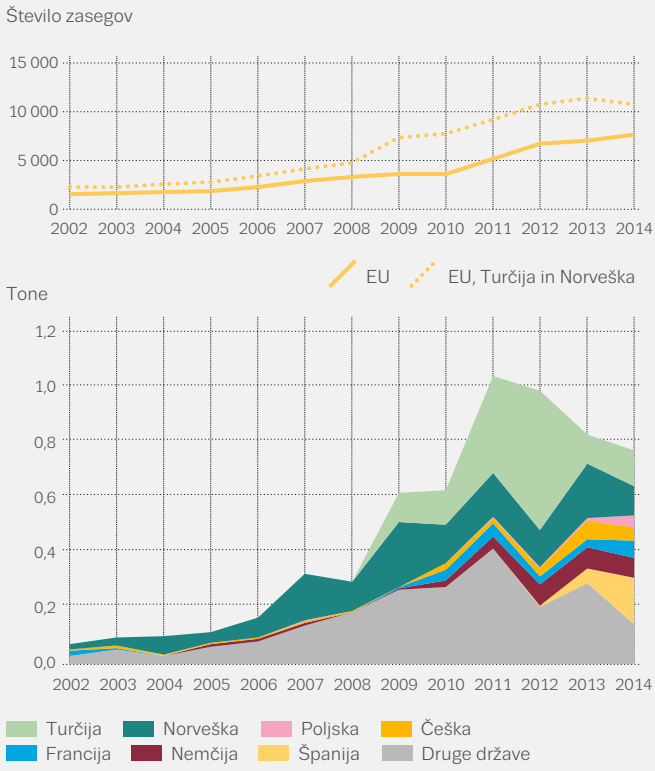
Število zasegov amfetamina in zasežena količina v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trend

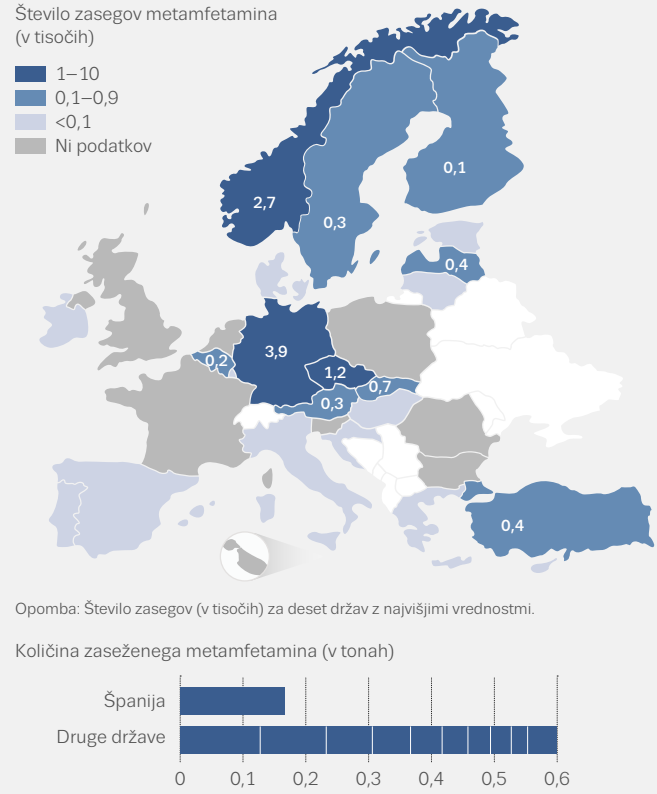




SLIKA 1.8

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trend





medtem ko na Češkem in v bližini za to uporabljajo efedrin in psevdoefedrin. Na Češkem se metamfetamin od nekdaj proizvaja predvsem v majhnih obratih, kjer ga uporabniki pripravljajo za lastno ali lokalno uporabo. To se kaže v velikem številu proizvodnih mest, odkritih v tej državi (261 uničenih obratov v letu 2013 od skupno 294 v Evropi). Vendar se je obseg proizvodnje v zadnjem času povečeval, uporabljale so se tudi nove predpredhodne sestavine, pri čemer se poroča o organiziranih kriminalnih združbah, ki to drogo proizvajajo za domači in tuje trge.

Leta 2014 so države članice EU poročale o 36 000 zasegih amfetamina v skupni količini 7,1 tone. Skupno se je od leta 2002 količina zaseženega amfetamina v Evropski uniji povečala (slika 1.7). Zasegi metamfetamina so veliko manjši in pomenijo približno petino vseh zasegov amfetamina v letu 2014, pri čemer je bilo v Evropski uniji prijavljenih 7 600 zasegov metamfetamina v skupni količini 0,5 tone (slika 1.8). Število zasegov in zasežena količina metamfetamina se od leta 2002 povečujeta.

Običajno je povprečna prijavljena čistost vzorcev pri metamfetaminu večja kot pri amfetaminu. Čeprav je iz najnovejših podatkov o indeksiranih trendih razvidno, da se je čistost amfetamina povečala, je povprečna čistost te droge še naprej na razmeroma nizki ravni.

MDMA: povečanje števila proizvodov z velikim odmerkom aktivne snovi

Sintetična snov MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) je kemično sorodna amfetaminom, vendar so njeni učinki drugačni. Tablete ekstazija so od nekdaj glavni proizvod MDMA na trgu, čeprav so pogosto vsebovale številne snovi, podobne MDMA, in nepovezane kemikalije. Po obdobju, v katerem se je poročalo, da je večina tablet, ki so se v Evropi prodajale kot ekstazi, vsebovala malo ali nič snovi MDMA, nedavne ugotovitve kažejo, da se je to spremenilo. Iz poročil je razvidna večja dosegljivost tablet z velikim odmerkom MDMA ter snovi MDMA v prahu in kristalih.

Zdi se, da je evropska proizvodnja MDMA osredotočena okrog Nizozemske, ki že od nekdaj poroča o največjem številu proizvodnih lokacij za to drogo. Po dokazanem upadu proizvodnje MDMA ob koncu zadnjega desetletja so se pojavili znaki o njeni ponovni oživitvi, kot se navaja v poročilih o nedavnem uničenju velikih proizvodnih obratov na Nizozemskem in v Belgiji.

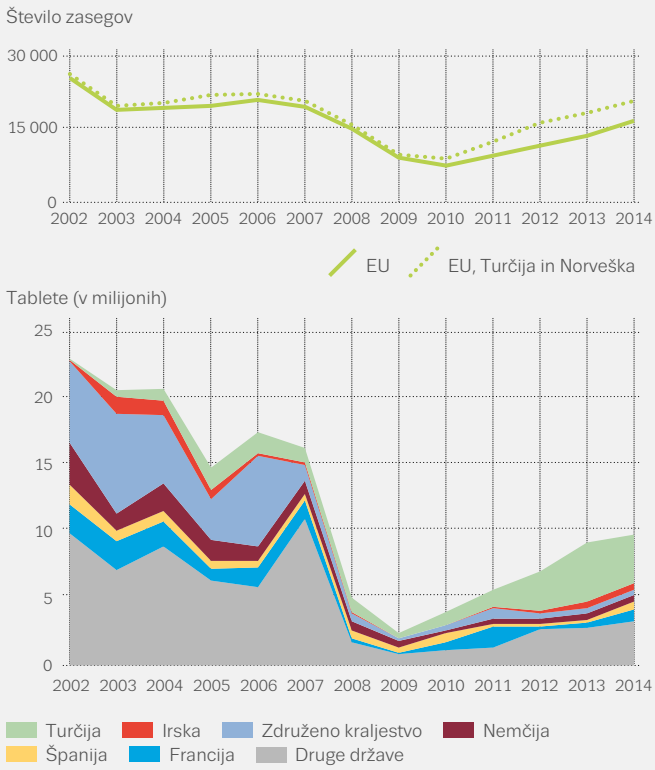
Ocenjevanje nedavnih trendov zasegov MDMA je težavno zaradi pomanjkanja podatkov iz nekaterih držav, ki bi verjetno pomembno prispevale k temu skupnemu številu. Podatkov za leto 2014 ni predložila Nizozemska, medtem ko Finska, Francija, Poljska in Slovenija niso predložile podatkov o številu zasegov. Nizozemska je v letu 2012 poročala o zasegu 2,4 milijona tablet MDMA, in če se domneva, da je številka za leto 2014 podobna, se ocenjuje, da je bilo v omenjenem letu v Evropski uniji zaseženega 6,1 milijona tablet MDMA. To bi bilo več kot dvakrat toliko kot leta 2009. Poleg tega je bilo leta 2014 zasežene 0,2 tone MDMA v prahu. Velike količine MDMA zasežejo tudi v Turčiji, skupaj 3,6 milijona tablet MDMA v letu 2014 (slika 1.9).

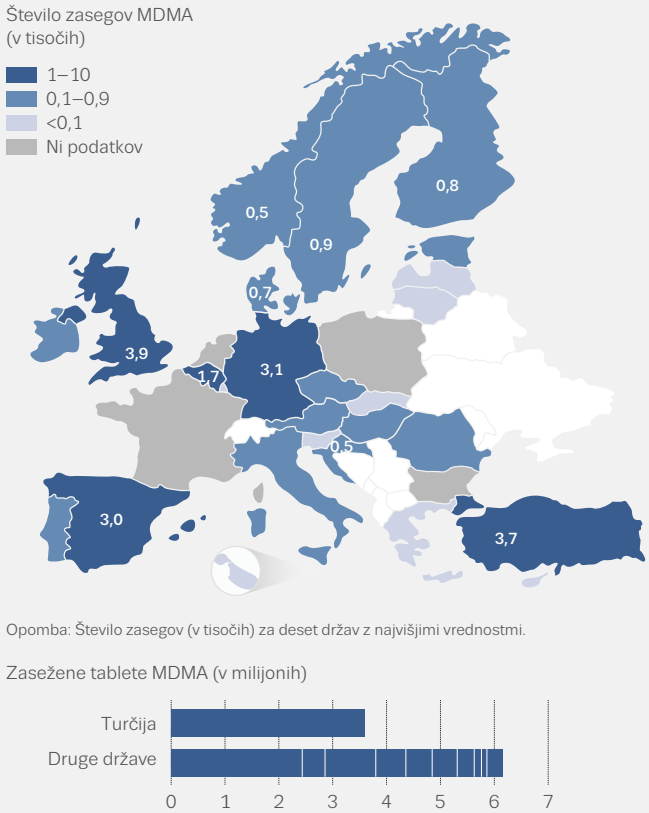
Indeksirani trendi v državah, ki redno poročajo, kažejo tudi povišanje vsebnosti MDMA od leta 2010, zaradi dosegljivosti proizvodov z visoko vsebnostjo MDMA pa sta Europol in center EMCDDA leta 2014 izdala skupna opozorila.

Zaradi proizvodov z visoko vsebnostjo MDMA sta Europol in center EMCDDA izdala skupna opozorila

SLIKA 1.9

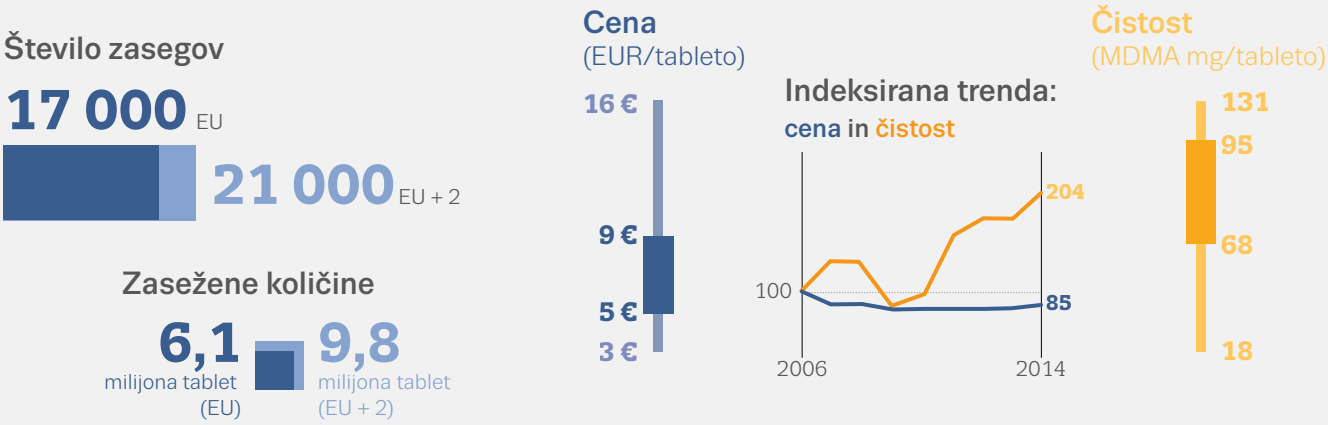
Število zasegov MDMA in zasežena količina v letu 2014 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trend





Opomba: Število zasegov (v tisočih) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

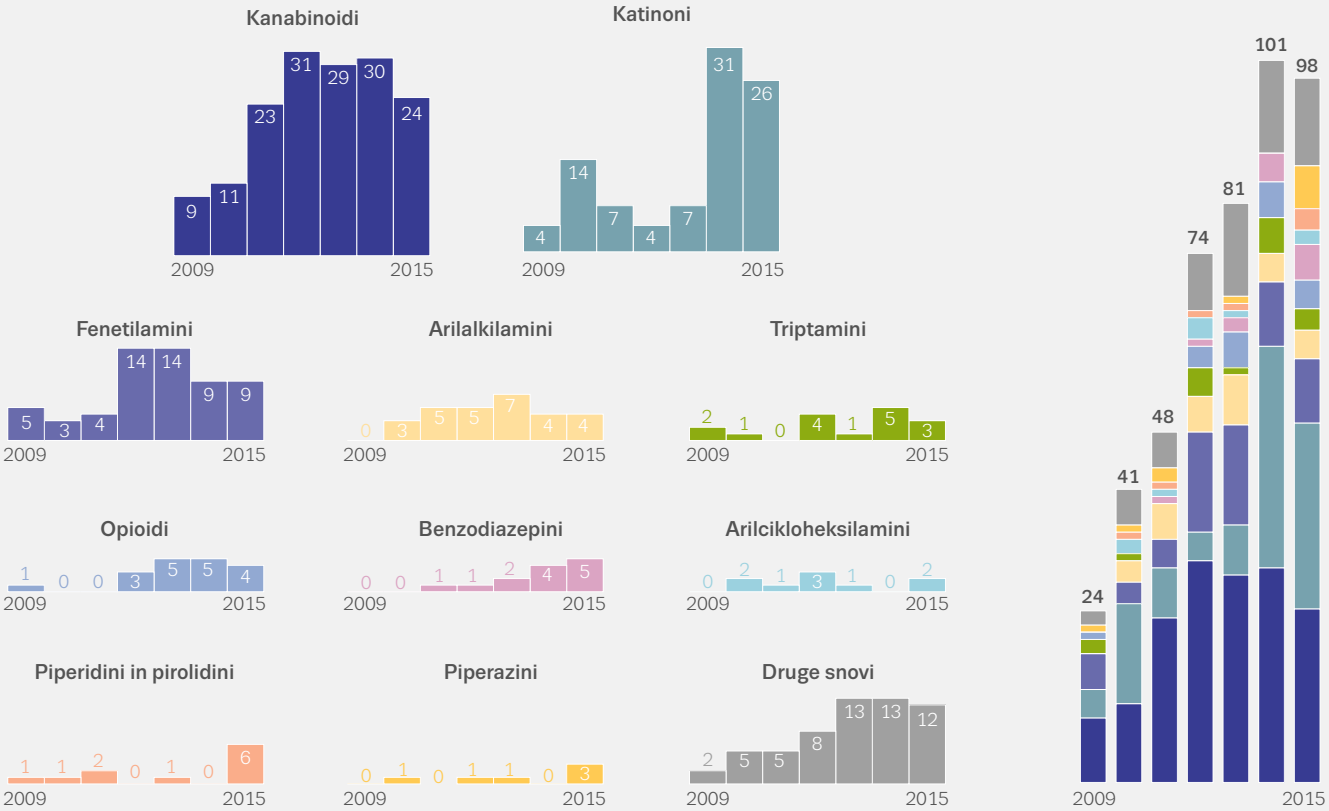
MDMA



Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost MDMA: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.10

Število in kategorije novih psihoaktivnih snovi, prvič priglašenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje v obdobju 2009–2015



Zasegi LSD, GHB, ketamina in mefedrona

V Evropski uniji zasežejo številne druge prepovedane droge, med katerimi je bilo leta 2014 1 700 zasegov LSD, kar predstavlja 156 000 odmerkov. Poleg tega so bili v Belgiji zaseženi 3 kg te droge, kar je za navedeno državo do zdaj največja zasežena količina. Nepopolni nabori podatkov v primeru večine drugih drog onemogočajo primerjavo med državami ali analizo trendov. Leta 2014 je o zasegih GHB ali GBL poročalo 18 držav. 1 243 zasegov je predstavljalo 176 kg in 544 litrov te droge, pri čemer sta več kot tretjino teh zasegov opravili Belgija (40 %) oziroma Norveška (34 %). Enajst držav je skupaj poročalo o 793 zasegih ketamina, kar predstavlja 246 kg te droge. Več kot polovica teh zasegov je bila v Združenem kraljestvu. 1 645 zasegov mefedrona v skupno desetih državah je predstavljalo 203 kg te droge. Skoraj ves zasežen mefedron je bil zabeležen v Združenem kraljestvu (101 kg) in na Cipru (99 kg).

Nove psihoaktivne snovi: raznovrstnost trga

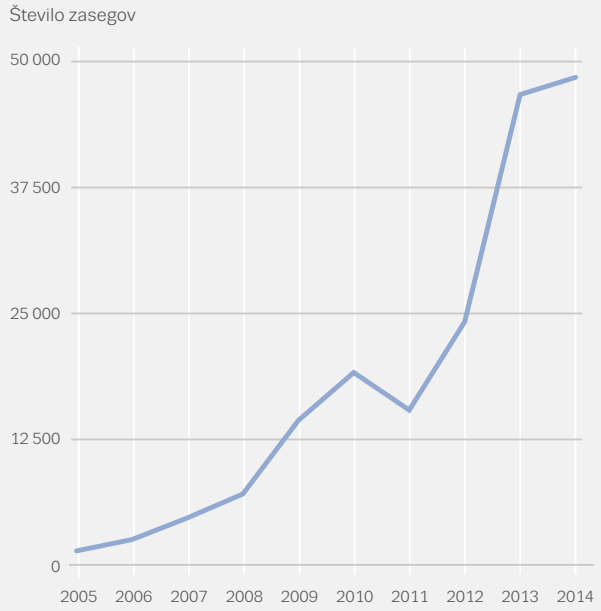
Center EMCDDA spremlja veliko število novih psihoaktivnih snovi. Mednje spadajo sintetični kanabinoidi, sintetični katinoni, fenetilamini, opioidi, triptamini, benzodiazepini, arilalkilamini in številne druge snovi. Leta 2015 je bilo prvič odkritih 98 novih snovi, zaradi česar se je število novih snovi, ki se spremljajo, povečalo na več kot 560, od katerih jih je bilo 380 (70 %) odkritih v zadnjih petih letih (slika 1.10).

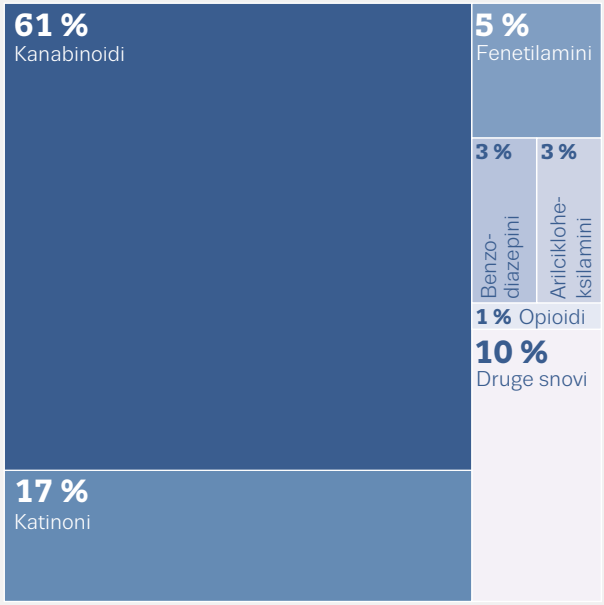
Od leta 2008 je bilo v številnih različnih proizvodih odkritih 160 sintetičnih kanabinoidov, vključno s 24 novimi kanabinoidi, ki so bili prijavljeni leta 2015. Sintetični kanabinoidi se prodajajo kot „dovoljeni" nadomestki za konopljo ter jih je mogoče oglaševati z oznakama „eksotične mešanice dišav" in „niso namenjeni prehrani ljudi", s čimer se je mogoče izogniti zakonodaji o varstvu potrošnikov in zdravstveni zakonodaji. To je največja skupina novih drog, ki jo spremlja center EMCDDA, kar kaže na veliko povpraševanje po konoplji v Evropi in sposobnost proizvajalcev, da dajo na trg nove kanabinoide, kadar so obstoječi kanabinoidi predmet nadzornih ukrepov.

Sintetični katinoni so druga največja skupina snovi, ki jih spremlja center EMCDDA. Ti so bili v Evropi prvič odkriti leta 2004, odtlej pa so bili odkriti 103 novi katinoni, od tega 26 leta 2015. Sintetični katinoni se običajno prodajajo kot „dovoljeni" nadomestki za stimulanse, kot so amfetamin, MDMA in kokain.

SLIKA 1.11

Število zasegov novih psihoaktivnih snovi, priglašenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje: razčlenitev po kategoriji v letu 2014 in trendi



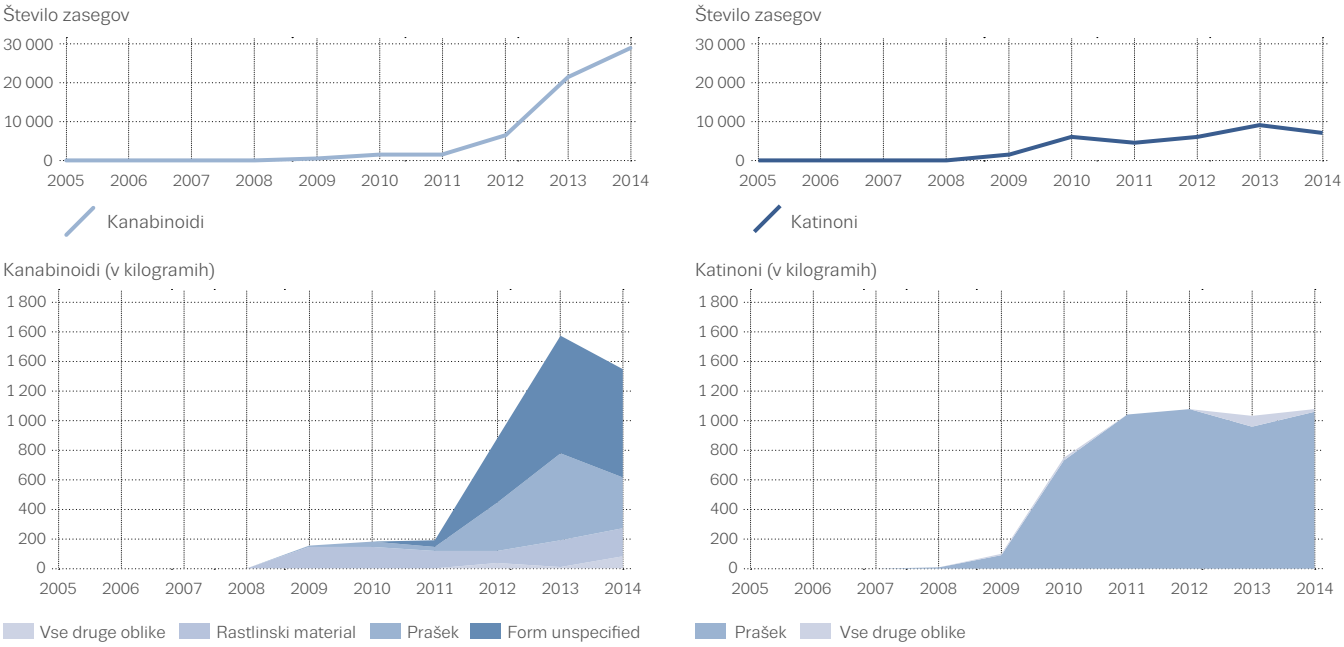


Opomba: Podatki za države članice EU, Turčijo in Norveško.

Center EMCDDA trenutno spremlja 14 novih in nenadzorovanih benzodiazepinov. Ponarejevalci jih včasih uporabljajo za proizvodnjo ponarejenih zdravil, ki se prodajajo v Evropi. Primeri te prakse vključujejo ponarejene tablete alprazolam, ki so bile prestrežene leta 2015 in za katere je bilo ugotovljeno, da vsebujejo flubromazolam, ter ponarejene tablete diazepam, ki so vsebovale fenazepam. Ta ponarejena zdravila so v nekaterih evropskih državah postala pomemben del trga prepovedanih drog.

SLIKA 1.12

Zasegi sintetičnih kanabinoidov in katinonov, priglašenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje: trendi števila zasegov in zasežene količine



Opomba: Podatki za EU, Turčijo in Norveško.

Povečanje števila zasegov novih psihoaktivnih snovi

Podatki o zasegih na ravni primerov, ki so bili prijavljeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje, kažejo povečanje trga novih drog. V Evropi je bilo leta 2014 zabeleženih skoraj 50 000 zasegov novih snovi v skupni teži skoraj 4 tone (slika 1.11). Večino teh so predstavljali sintetični kanabinoidi s skoraj 30 000 zasegi in težo več kot 1,3 tone (slika 1.12). Druga največja skupina so bili sintetični katinoni z več kot 8 000 zasegi in težo več kot 1 tona. Skupaj so sintetični kanabinoidi in katinoni predstavljali skoraj 80 % skupnega števila zasegov in več kot 60 % celotne zasežene količine v letu 2014. Druge skupine so vključevale nenadzorovane benzodiazepine in močne opioidne analgetike, kot so fentanili, ki se lahko prodajajo kot heroin.

Med zasegi novih psihoaktivnih snovi so leta 2014 prevladovali sintetični kanabinoidi, ki so predstavljali več kot 60 % skupnega števila zasegov in skoraj 35 % zasežene količine (slika 1.11). Večino so predstavljali zasegi praškov, pogosto v velikih količinah, preostanek pa je bil običajno zasežen kot rastlinski material, poškropljen s snovjo. Praški se uporabljajo za proizvodnjo proizvodov, ki se prodajajo kot „dovoljene droge“, količina zasegov pa zadostuje za več milijonov odmerkov. Med pet najpogosteje zaseženih kanabinoidov v prahu leta 2014 spadajo AM-2201 (70 kg), MDMB-CHMICA (40 kg), AB-FUBINACA (35 kg), MAM-2201 (27 kg) in XLR-11 (5F-UR-144) (26 kg).

Leta 2014 so sintetični katinoni predstavljali več kot 15 % vseh zasegov novih psihoaktivnih snovi in skoraj 30 % skupne zasežene količine (slika 1.11). Med pet najpogosteje zaseženih katinonov so spadali mefedron (222 kg) in njegova izomera 3-MMC (388 kg) in 2-MMC (55 kg) ter pentedron (136 kg) in alfa-PVP (135 kg).

Trgi drog: odzivi politike

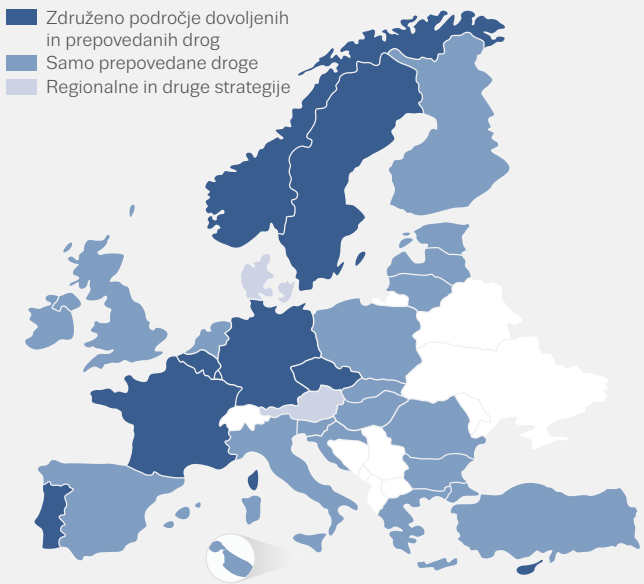
Zaradi globalne razsežnosti ponudbe in preprodaje prepovedanih drog je izvajanje protiukrepov kompleksno. Oblikovalci politik imajo za zmanjšanje ponudbe na voljo različne možnosti, vključno s strategijo in pravnimi ukrepi za boj proti drogam ter regulativnimi pristopi in pristopi kazenskega pregona. Usklajevanje evropskih pobud za zmanjšanje ponudbe izvajajo številne institucije EU. V tem procesu se uporablja več orodij za strateško načrtovanje: Strategija EU na področju drog za obdobje 2013–2020 in njen trenutni akcijski načrt za obdobje 2013–2016, politični cikel EU za organizirani kriminal in hude oblike mednarodnega kriminala ter varnostne strategije EU. Obseg izzivov, s katerimi se spopadajo organi kazenskega pregona, in vse večja razvitost organiziranih kriminalnih združb, vključenih v preprodajo drog, sta razvidna iz nabora področij politike, ki jih te strategije pokrivajo. Vključujejo na primer področja varnostne, pomorske, migracijske in razvojne politike. Obsegajo pa ukrepe za izboljšanje dela policije, ki temelji na obveščevalnih podatkih, pomorskega nadzora ter prevoza, odkrivanja in preprečevanja nezakonitih finančnih tokov, mejnega nadzora, prometa z industrijskimi kemikalijami ter alternativnih razvojnih ukrepov. Evropska unija pri izvajanju teh politik za zmanjšanje ponudbe sodeluje tudi s številnimi mednarodnimi partnerji.

Države članice morajo na nacionalni ravni obravnavati enako kompleksno dinamiko trga drog, večina pa izvaja nacionalne varnostne strategije in strategije za policijsko ukrepanje, ki pokrivajo področje zmanjševanja ponudbe drog. Poleg tega vse države razen dveh za uveljavljanje svojih politik na področju drog uporabljajo nacionalne strategije za boj proti drogam, ki poleg pobud za zmanjšanje povpraševanja pogosto vključujejo pobude za zmanjšanje ponudbe. Izjemi sta Avstrija, ki ima regionalne strategije za boj proti drogam, in Danska, ki ima nacionalno politiko na področju drog, ki se kaže v številnih strateških dokumentih, zakonih in konkretnih ukrepih. Strategije za boj proti drogam so dokumenti, ki so po navadi časovno omejeni ter ki poleg posebnih ukrepov in subjektov, pristojnih za njihovo izvajanje, običajno vsebujejo cilje in prednostne naloge. Prizorišče politike na področju drog je v zadnjih letih postalo vse kompleksnejše. Na to kaže stanje, ko skoraj tretjina nacionalnih strategij držav članic EU obsega področje, širše od prepovedanih drog, da bi zajele dovoljene droge in v nekaterih primerih zasvojenost (slika 1.13).

Države za uveljavljanje svojih politik na področju drog uporabljajo nacionalne strategije za boj proti drogam

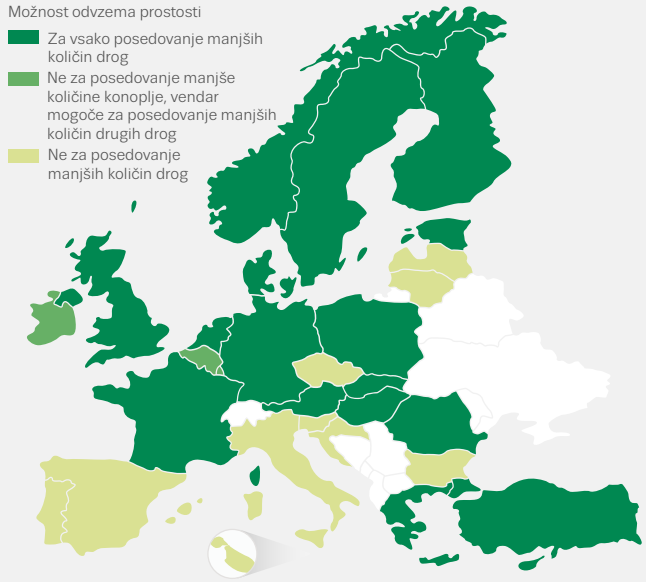
SLIKA 1.13

Nacionalne strategije in akcijski načrti za boj proti drogam: razpoložljivost in področje uporabe



SLIKA 1.14

Zakonsko predpisane kazni: možnost odvzema prostosti zaradi posedovanja drog za osebno uporabo (manjša kazniva dejanja)



Pravni odzivi na ponudbo in posedovanje drog

Države članice sprejemajo ukrepe za preprečevanje ponudbe prepovedanih drog v skladu s tremi konvencijami Združenih narodov, ki zagotavljajo mednarodni okvir za nadzor nad proizvodnjo, trgovino in posedovanjem več kot 240 psihoaktivnih snovi. Vse države so zavezane, da trgovino s prepovedanimi drogami obravnavajo kot kaznivo dejanje, vendar se zakonsko predpisane kazni med državami članicami razlikujejo. V nekaterih državah se lahko za kaznivo dejanje ponudbe drog določi ena sama kazen z velikim razponom trajanja, medtem ko v drugih razlikujejo med manjšimi in večjimi kaznivimi dejanji ponudbe drog z ustreznimi razponi kazni.

Vse države so tudi zavezane, da posedovanje drog za osebno uporabo obravnavajo kot kaznivo dejanje, vendar je to odvisno od „ustavnih načel in osnovnih pojmov pravnega sistema“ države. Ta določba se ne razlaga enako, kar se kaže v različnih pravnih pristopih v evropskih državah in drugje. V Evropi od približno leta 2000 obstaja splošna usmeritev k zmanjšanju verjetnosti za zaporno kazen ali drugo obliko odvzema prostosti za manjša kazniva dejanja, povezana s posedovanjem drog za osebno uporabo. Nekatere države so šle še dlje, tako da se lahko posedovanje drog za osebno uporabo kaznuje zgolj z nekazenskimi sankcijami, običajno z denarno kaznijo (slika 1.14).

Kršitve zakonodaje o drogah: porast skozi daljše obdobje

Izvajanje zakonodaje za omejitev ponudbe in uporabe drog se spremlja na podlagi podatkov o prijavljenih kršitvah zakonodaje o drogah. V Evropski uniji je bilo leta 2014 po ocenah prijavljenih 1,6 milijona kršitev (večina se jih nanaša na konopljo (57 %)), v katerih je bilo udeleženih približno 1 milijon storilcev kaznivih dejanj. Število prijavljenih kršitev se je med letoma 2006 in 2014 povečalo skoraj za tretjino (34 %).

V večini evropskih držav se večina prijavljenih kršitev zakonodaje o drogah nanaša na uporabo ali posedovanje, katerega namen je uporaba. V Evropi je na splošno ocenjeno, da je bilo več kot milijon teh kršitev prijavljenih leta 2014, kar v primerjavi z letom 2006 pomeni 24-odstotno povečanje. Več kot tri četrtine prijavljenih in s posedovanjem povezanih kršitev zakonodaje o drogah se nanaša na konopljo. Naraščajoči trend v primeru kršitev, povezanih s posedovanjem konoplje, amfetaminov in MDMA, se je nadaljeval leta 2014 (slika 1.15).

Število prijav kršitev, povezanih s ponudbo drog, se je od leta 2006 skupaj povečalo za 10 %, pri čemer se ocenjuje, da je to število leta 2014 preseglo 214 000 primerov. Večinoma je šlo, podobno kot pri kršitvah, povezanih s posedovanjem, za konopljo. Kokain, heroin in amfetamini pa so predstavljali večji delež kršitev, povezanih s ponudbo, kot tistih, povezanih s posedovanjem za osebno uporabo. Padajoči trend v primeru kršitev, povezanih s ponudbo

heroina in kokaina, se v letu 2014 ni nadaljeval, občutno pa se je povečalo število prijav kršitev, povezanih s ponudbo MDMA (slika 1.15).

Preprečevanje preusmerjanja nadomestnih zdravil

Preusmerjanje nadomestnih zdravil za zdravljenje z opioidi od njihove predvidene uporabe v zdravljenju odvisnosti od drog k nemedicinski uporabi in prodaji na trgih prepovedanih drog zbuja skrb. Preusmerjanje tukaj pomeni razdeljevanje, prodajo ali dajanje zdravil na recept drugim ter trgovanje z njimi. To je lahko prostovoljno (namerno oskrbovanje druge osebe) ali neprostovoljno (nenamerno oskrbovanje, kot sta izguba odmerkov in kraja).

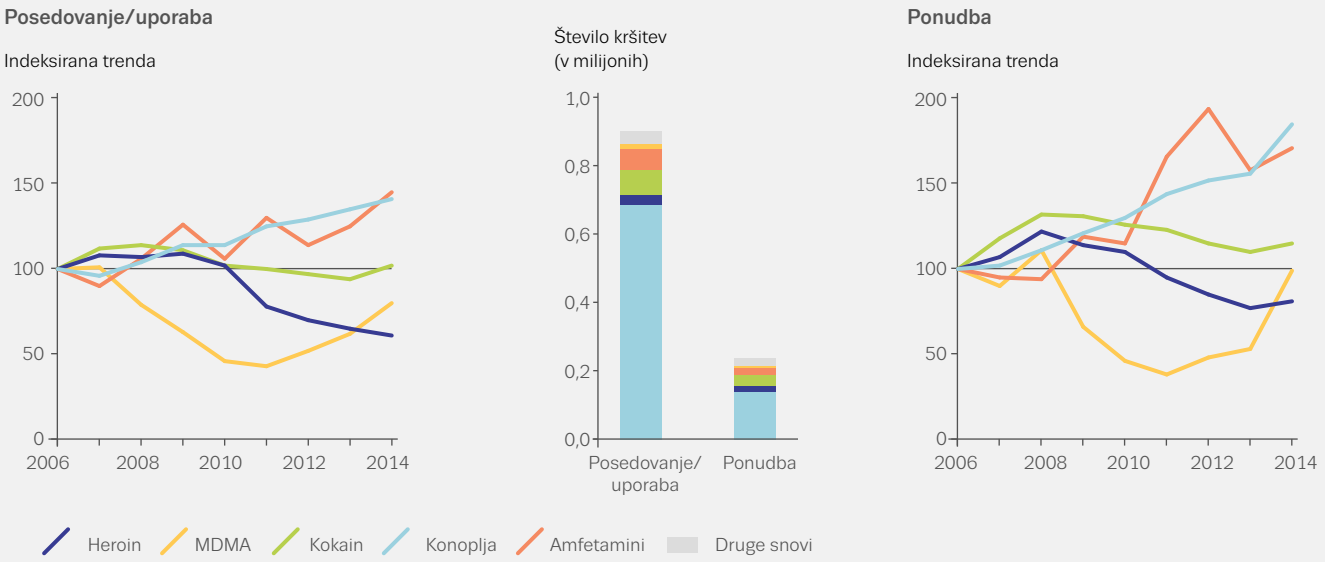
Na nacionalni ravni se izvajajo različne strategije za preprečevanje preusmerjanja nadomestnih zdravil. Te vključujejo zagotavljanje usposabljanja za klinične zdravnike in bolnike, izvajanje strategij za zagotovitev skladnega zdravljenja na podlagi ustreznega predpisovanja in nadzorovanja odmerkov, zagotavljanje sestav zdravil, ki so oblikovane za preprečevanje zlorab, uporabo elektronskih odmernikov za zdravila ter uvajanje nadzornih ukrepov, kot so toksikološka testiranja bolnika, štetje tablet in nenapovedani obiski. Regulacija na sistemski ravni je mogoča prek registrov za farmacevtske transakcije in na podlagi disciplinskih ukrepov za obravnavo neustreznega predpisovanja zdravil.

Iz zadnjega evropskega pregleda je razvidno, da imajo številni od teh ukrepov potencial za zmanjšanje števila preusmeritev, čeprav se o morebitnih nenačrtovanih posledicah njihovega izvajanja redko poroča. Trenutni izziv je ohranjati ustrezen dostop bolnikov do nadomestnih zdravil ter hkrati zagotavljati ustrezne preventivne in regulativne odzive, ki bodo čim bolj zmanjšali preusmerjanje teh zdravil na trg prepovedanih drog.

Izvajajo se različne strategije za preprečevanje preusmerjanja nadomestnih zdravil

SLIKA 1.15

Kršitve zakonodaje o drogah v Evropi, povezane z uporabo drog ali posedovanjem za uporabo ali ponudbo drog: indeksirana trenda in prijavljene kršitve v letu 2014



VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspektive na področju drog.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspektive na področju drog.

Internet and drug markets, Spoznanja centra EMCDDA.

Strategies to prevent diversion of Opioid Substitution Treatment, Perspektive na področju drog.

2015

Drugs policy and the city in Europe, študija centra EMCDDA.

Opioid trafficking routes, Perspektive na področju drog.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, tehnična poročila.

The Internet and drug markets, tehnična poročila.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, Perspektive na področju drog.

Drug policy profiles – Austria, študija centra EMCDDA.

Drug policy profiles – Poland, študija centra EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, študija centra EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, študija centra EMCDDA.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspektive na področju drog.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspektive na področju drog.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspektive na področju drog.

Synthetic drug production in Europe, Perspektive na področju drog.

The new EU drugs strategy (2013–20), Perspektive na področju drog.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Spoznanja centra EMCDDA.

2011

Drug policy profiles: Portugal

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, povzetek poročila s srečanja EMCDDA Trendspotter.

Odzivanje na nove psihoaktivne snovi, Problem drog.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Europola

2016

EU Drug markets report: in-depth analysis.

EU Drug markets report: a strategic overview.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone (α-PVP), Skupna poročila.

EMCDDA–Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Vse publikacije so na voljo na www.emcdda.europa.eu/publications

2

Uporaba drog v Evropi danes obsega širši nabor snovi

Razširjenost in trendi uporabe drog

Uporaba drog v Evropi danes obsega širši nabor snovi kot v preteklosti. Med uporabniki drog je pogosta hkratna uporabe več drog, posamezni vzorci uporabe pa segajo od eksperimentalne do stalne in odvisne uporabe. Uporaba vseh drog je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je pogosto poudarjena pri intenzivnejših ali bolj rednih vzorcih uporabe. Uporaba konoplje je približno petkrat bolj razširjena kot uporaba drugih snovi. Medtem ko se heroin in drugi opioidi še naprej razmeroma redko uporabljajo, so to droge, ki so najpogosteje povezane z bolj tveganimi oblikami uporabe, vključno z vbrizgavanjem.

Spremljanje uporabe drog

Center EMCDDA zbira in vzdržuje nabore podatkov, ki pokrivajo uporabo drog in vzorce uporabe drog v Evropi.

Podatki iz raziskav med splošnim prebivalstvom omogočajo pregled razširjenosti rekreativne uporabe drog. Rezultate teh raziskav je mogoče dopolniti z analizami ostankov drog v komunalni odpadni vodi, ki jih na ravni skupnosti izvajajo v mestih po vsej Evropi.

Študije, v katerih so navedene ocene o zelo tvegani uporabi, lahko prispevajo k ugotavljanju obsega bolj ukoreninjenih težav, povezanih z uporabo drog, medtem ko lahko podatki o tistih, ki se vključijo v sisteme specialističnega zdravljenja odvisnosti od drog, kadar se upoštevajo skupaj z drugimi kazalniki, prispevajo k boljšemu razumevanju značilnosti in trendov zelo tvegane uporabe drog.

Vsak četrti Evropejec je poskusil prepovedane droge

Ocenjuje se, da je več kot 88 milijonov odraslih ali le nekaj več kot četrtina prebivalstva v Evropski uniji, starega od 15 do 64 let, vsaj enkrat v življenju poskusila prepovedano drogo. Uporabo drog pogosteje navajajo moški (54,3 milijona) kot ženske (34,8 milijona). Najpogosteje uporabljena droga je konoplja (51,5 milijona moških in 32,4 milijona žensk), precej nižje pa so navedene ocene glede uporabe droge kadar koli v življenju za kokain (11,9 milijona moških in 5,3 milijona žensk), MDMA (9,1 milijona moških in 3,9 milijona žensk) in amfetamine (8,3 milijona moških in 3,8 milijona žensk). Med državami

obstajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile konopljo; ta delež se giblje od približno štiri desetine odraslih v Franciji, ene tretjine na Danskem in v Italiji, do manj kot ene desetine v Bolgariji, na Madžarskem, na Malti, v Romuniji in Turčiji.

Na podlagi podatkov o uporabi drog v preteklem letu je mogoče dobro oceniti uporabo drog v zadnjih letih, v glavnem pa jo uporabljajo mladi (15–34 let). Ocenjuje se, da je v zadnjem letu drogo uporabilo 17,8 milijona mladih odraslih, pri čemer so jo moški uporabili dvakrat pogosteje kot ženske.

Uporaba konoplje: različne nacionalne razmere

Konoplja je prepovedana droga, ki jo bodo najverjetneje uporabile vse starostne skupine. Običajno se kadi, v Evropi pa se pogosto meša s tobakom. Vzorci uporabe konoplje so lahko različni in segajo od občasne do redne uporabe in odvisnosti.

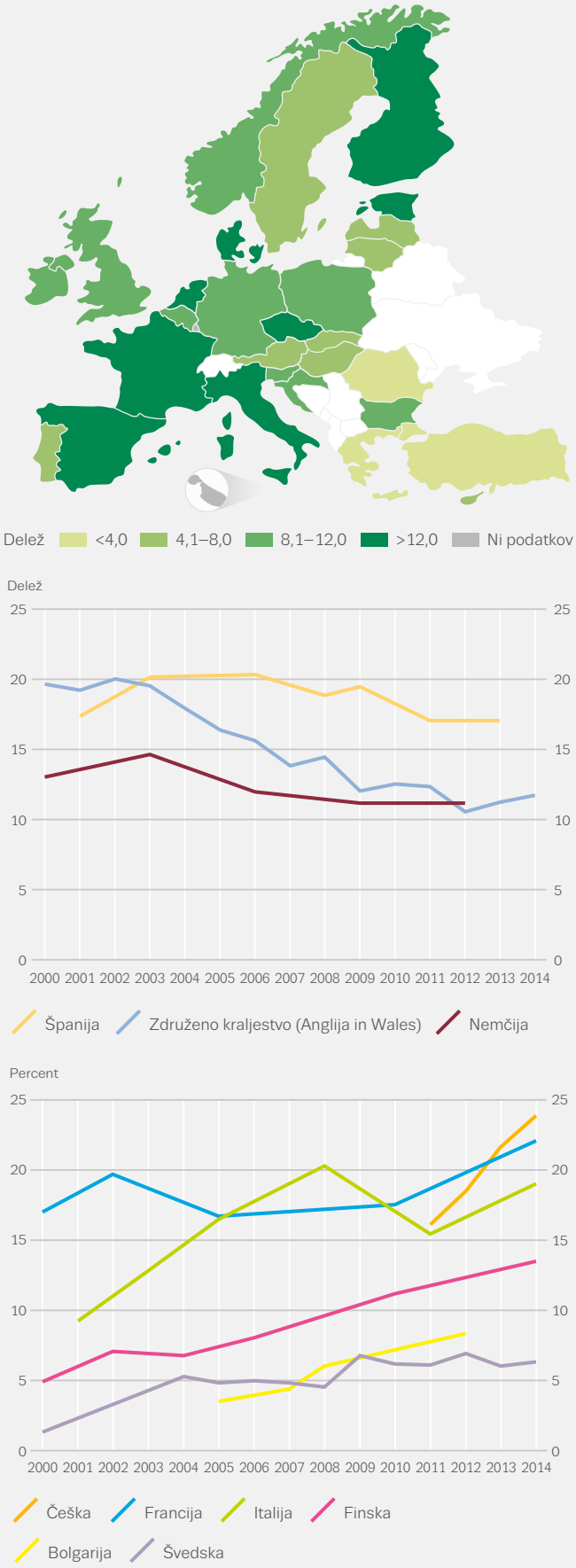
Ocenjuje se, da je 16,6 milijona mladih Evropejcev (15–34 let) ali 13,3 % te starostne skupine uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je bilo 9,6 milijona starih od 15 do 24 let (16,4 % te starostne skupine). Med mladimi, ki so konopljo uporabili v zadnjem letu, je razmerje med moškimi in ženskami dva proti ena.

Najnovejši rezultati raziskav kažejo, da so bili v zadnjem letu v državah trendi glede uporabe konoplje še naprej različni (slika 2.1). Od držav, ki so raziskave opravile od leta 2013, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo osem poročalo o povečani, štiri o nespremenjeni in ena o zmanjšani uporabi.

Le omejeno število držav ima na voljo dovolj podatkov iz raziskav za pripravo statistične analize srednje- in dolgoročnih trendov uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu. Iz raziskav o državah z razmeroma visoko stopnjo razširjenosti uporabe drog, kot so Nemčija, Španija in Združeno kraljestvo, je razvidno, da je razširjenost uporabe konoplje v zadnjem desetletju upadala ali pa je ostala nespremenjena, medtem ko je v Franciji po letu 2010 naraščala. Med državami, v katerih je uporaba konoplje od nekdaj na nizki ravni, je Finska stalno poročala o dolgoročnem naraščanju razširjenosti, ki se z nizke ravni premika proti evropskemu povprečju, medtem kot Švedska ohranja nizko raven, pri čemer podatki kažejo na skromno povečanje v zadnjem desetletju. Kar zadeva države z manjšim številom primerljivih podatkovnih točk, je iz podatkov za Bolgarijo razviden naraščajoči trend do leta 2012, medtem ko je bilo na podlagi letnih raziskav na Češkem ugotovljeno naraščanje med letoma 2011 in 2014.

SLIKA 2.1

Razširjenost uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: najnovejši podatki (zgoraj) in statistično pomembni trendi (na sredini in spodaj)



Glede na zadnjo evropsko raziskavo o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), objavljeno leta 2011, je konoplja predstavljala največji delež uporabe prepovedanih drog med 15- in 16-letnimi dijaki. Novejše podatke o uporabi pri 15-letnih dijakih zagotavlja raziskava o z zdravjem povezanem vedenju otrok v šolskem obdobju (HBSC). Glede na raziskavo HBSC za obdobje 2013–2014 je konopljo kadar koli v življenju uporabilo od 5 % punc in 7 % fantov na Švedskem do 26 % punc in 30 % fantov v Franciji.

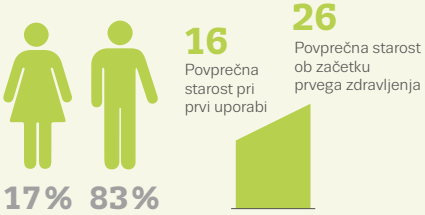
Zdravljenje uporabnikov konoplje: povečano povpraševanje

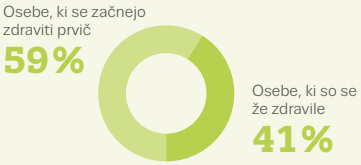
Na podlagi raziskav med splošnim prebivalstvom se ocenjuje, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov konoplje, kar pomeni, da so konopljo v zadnjem mesecu dnevno uporabljali 20 dni ali več. Približno 60 % jih je starih med 15 in 34 let, več kot tri četrtine jih je moškega spola.

Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, lahko ob upoštevanju drugih kazalnikov prispevajo k boljšemu razumevanju značilnosti in obsega zelo tvegane uporabe konoplje v Evropi. Skupno se je število uporabnikov, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, s 45 000 leta 2006 povečalo na 69 000 leta 2014. Znotraj te skupine se je delež tistih, ki poročajo o dnevni uporabi konoplje, s 46 % leta 2006 povečal na 54 % leta 2014. Vzroki povečanja števila uporabnikov, ki se zdravijo, niso jasni, vendar so lahko povezani s spremembami v razširjenosti in intenzivnosti uporabe konoplje ter drugimi dejavniki, kot so dosegljivost bolj škodljivih in močnejših proizvodov, povečanje razpoložljivosti zdravljenja odvisnosti od konoplje in spremembe v praksah napotitve na zdravljenje.

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

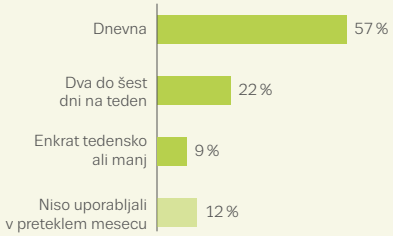
Značilnosti



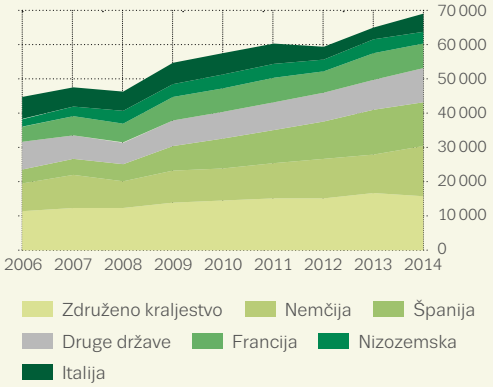


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

Povprečna uporaba 5,4 dni na teden



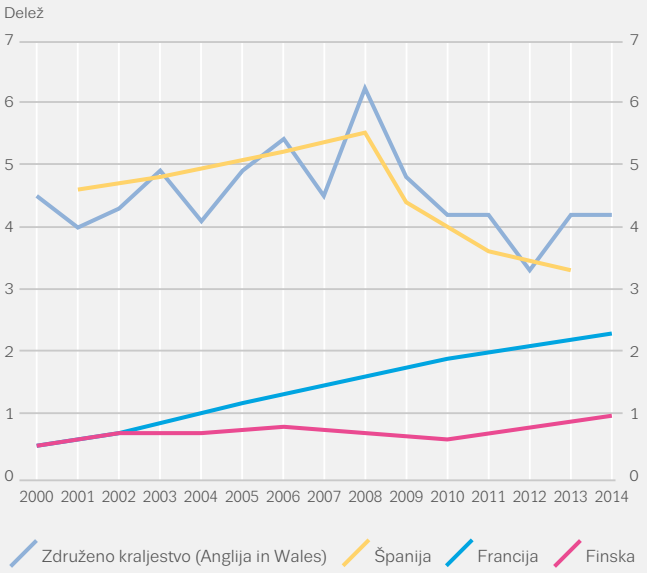
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič

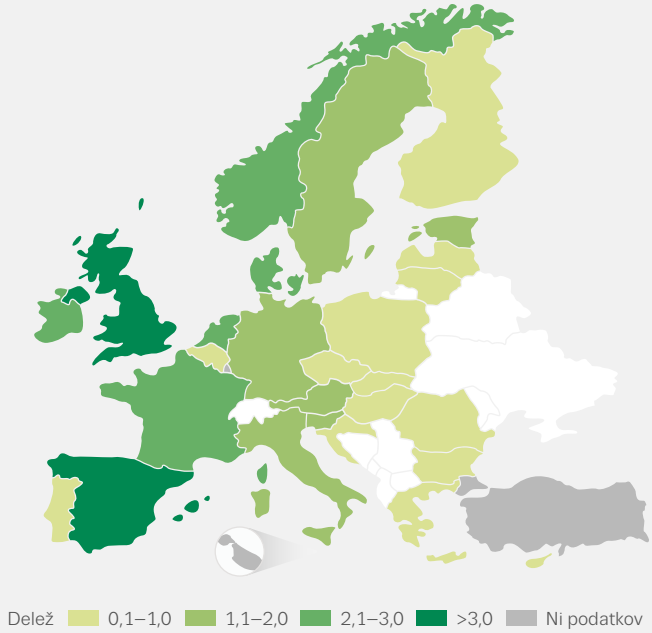


Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo konopljo kot primarno drogo. Podatkov za Italijo iz leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče neposredno primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.2

Razširjenost uporabe kokaina med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: statistično pomembni trendi in najnovejši podatki





Kokain: spreminjajoča se razširjenost

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulans v Evropi, čeprav je njegova uporaba bolj razširjena na jugu in zahodu Evrope. Kokain v prahu (kokain hidroklorid) se predvsem vdihava (nazalna uporaba), včasih tudi vbrizgava, medtem ko se crack (baza kokaina) običajno kadi.

Ocenjuje se, da je v preteklem letu kokain uporabilo približno 2,4 milijona mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (1,9 % te starostne skupine). Številni uporabniki kokaina to drogo uporabljajo rekreativno, pri čemer je uporaba največja ob koncih tedna in med prazniki. Med rednimi uporabniki je mogoče na splošno razlikovati med bolj socialno integriranimi uporabniki, ki pogosto vdihavajo kokain v prahu, in marginaliziranimi uporabniki drog, ki si vbrizgavajo kokain ali kadijo crack in včasih zraven uporabljajo opioide.

Le Španija, Nizozemska in Združeno kraljestvo poročajo o najmanj 3-odstotni razširjenosti uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Najnovejše raziskave ne kažejo na zmanjševanje uporabe kokaina, o katerem se je poročalo v preteklih letih; od držav, ki so raziskave opravile od leta 2013, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo šest poročalo o povečani uporabi, dve o nespremenjenem trendu, štiri pa so poročale o manjši uporabi.

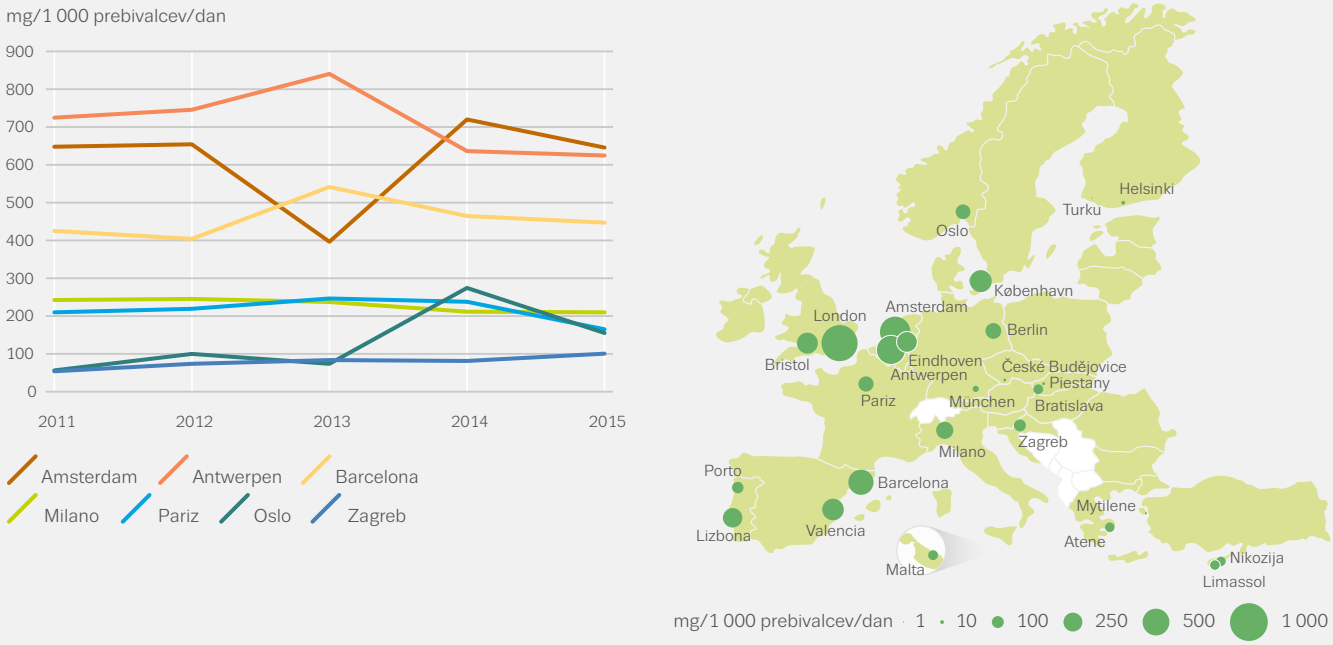
Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulans v Evropi

Statistična analiza dolgoročnih trendov uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu je mogoča le v majhnem številu držav. Španija in Združeno kraljestvo sta poročala o trendih povečevanja razširjenosti uporabe do leta 2008, ki jim je sledilo obdobje stabilnosti ali zmanjševanja. Poročila iz Združenega kraljestva kažejo, da je to zmanjševanje omejeno na mlade odrasle (16–24 let), razširjenost uporabe v starejši starostni skupini pa ostaja nespremenjena ali se povečuje. V Franciji se trend povečuje, saj je leta 2014 presegel 2 %. Na Finskem se je razširjenost povečala, vendar splošna raven uporabe ostaja nizka in je 1 % prvič dosegla šele leta 2014.

Analiza ostankov kokaina v komunalni odpadni vodi, opravljena v okviru študije, ki je zajemala več mest, dopolnjuje rezultate iz raziskav med prebivalstvom. Rezultati študije so predstavljeni v standardiziranih količinah (masna obremenitev) ostanka drog na 1 000 prebivalcev na dan. V analizi iz leta 2015 je bila največja količina benzoilekgonina, ki je glavni metabolit kokaina,

SLIKA 2.3

Ostanki kokaina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki



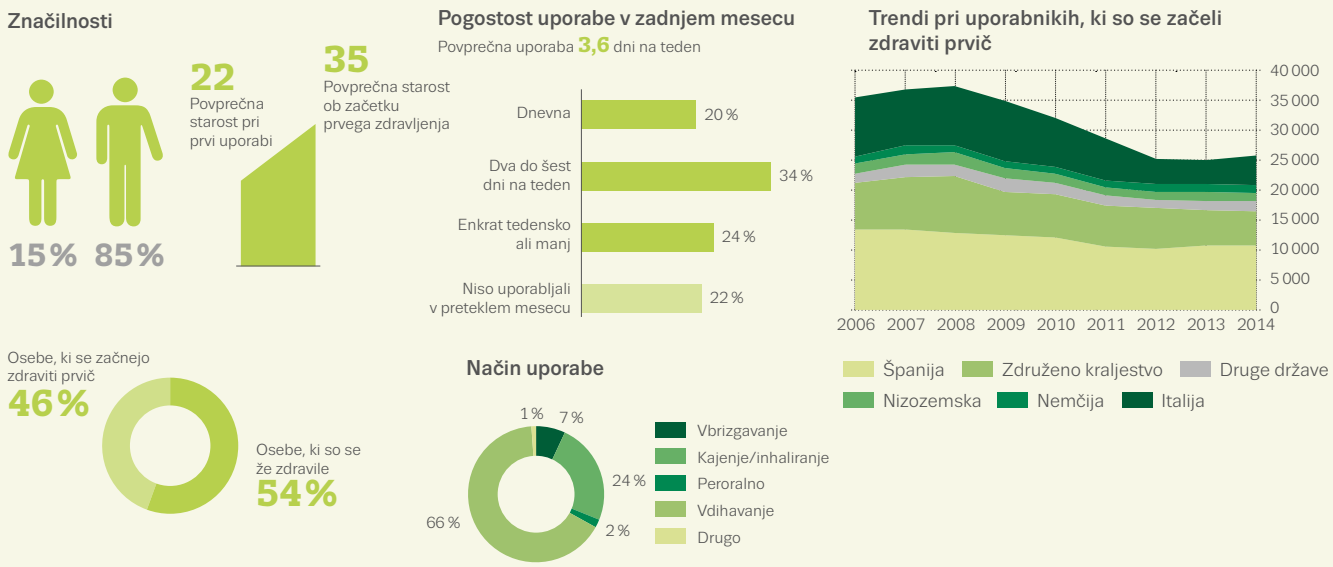
Opomba: Povprečne dnevne količine benzoylecgonina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Zemljevid: Leta 2015 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotedensko vzorčenje.
Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

najdena v mestih v Belgiji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu (glej sliko 2.3). Splošni vzorci, ugotovljeni leta 2015, so podobni tistim iz preteklih let, pri čemer se je med letoma 2011 in 2015 v večini mest trend zmanjševal ali pa je ostal nespremenjen.

Zdravljenje odvisnosti od kokaina: stalno povpraševanje

Razširjenost posebej problematičnih vzorcev uporabe kokaina v Evropi je težko oceniti, saj ima samo pet držav

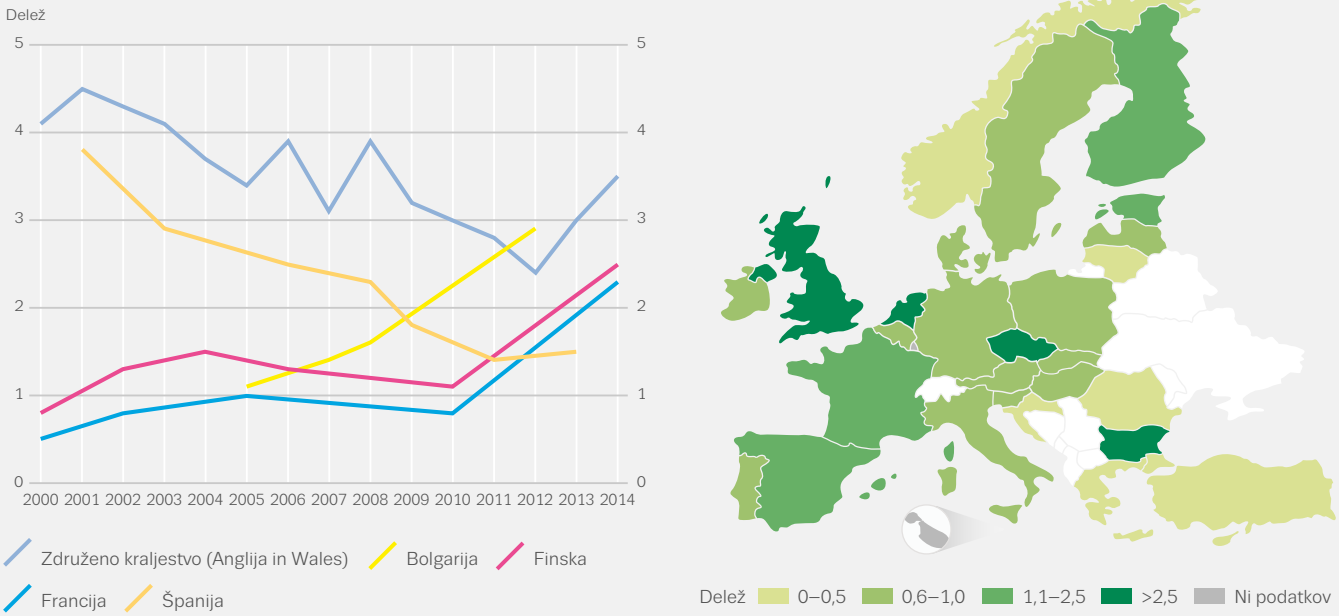
UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo kokain/crack kot primarno drogo. Podatkov za Italijo iz leta 2014 zaradi sprememb v pretok u podatkov na nacionalni ravni ni mogoče neposredno primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.4

Razširjenost uporabe MDMA med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: statistično pomembni trendi in najnovejši podatki



novejše ocene, za katere pa se uporabljajo različne opredelitve in metodologije. Nemčija je leta 2012 ocenila, da je odvisnost od kokaina med odraslim prebivalstvom 0,20-odstotna. Italija je leta 2014 ocenila, da zdravljenje zaradi uporabe kokaina potrebuje 0,64 % prebivalstva, Španija pa je leta 2013 zelo tvegano uporabo kokaina ocenila pri 0,29 % prebivalstva. Združeno kraljestvo je za obdobje 2011–2012 ocenilo, da crack v Angliji uporablja 0,48 % odraslih, večina katerih je uporabljala tudi opioide. Na Portugalskem so na podlagi poročil o uporabi v zadnjem letu zelo tvegano uporabo kokaina ocenili pri 0,62 % prebivalstva.

Španija, Italija in Združeno kraljestvo predstavljajo približno 74 % vseh sporočenih začetih zdravljenj v Evropi, povezanih s kokainom. Skupaj je leta 2014 kokain kot primarno drogo navedlo 60 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog, in 27 000 uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje. Po obdobju zmanjševanja je od leta 2012 skupno število uporabnikov, ki so se prvič zdravili zaradi odvisnosti od kokaina, ostalo nespremenjeno.

Leta 2014 je skoraj 5 500 uporabnikov v Evropi, ki so se začeli zdraviti, navedlo primarno uporabo cracka, pri čemer jih je več kot polovica (3 000) iz Združenega kraljestva, preostali (2 000) pa so večinoma iz Španije, Francije in Nizozemske.

MDMA: spreminjajoči se trendi in povečanje uporabe

MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) se običajno uporablja v obliki tablet ekstazija, vendar je vse bolj dosegljiv tudi v obliki kristalov in praška; tablete se običajno pogoltnejo, MDMA v prahu pa se tudi vdihava (nazalna uporaba).

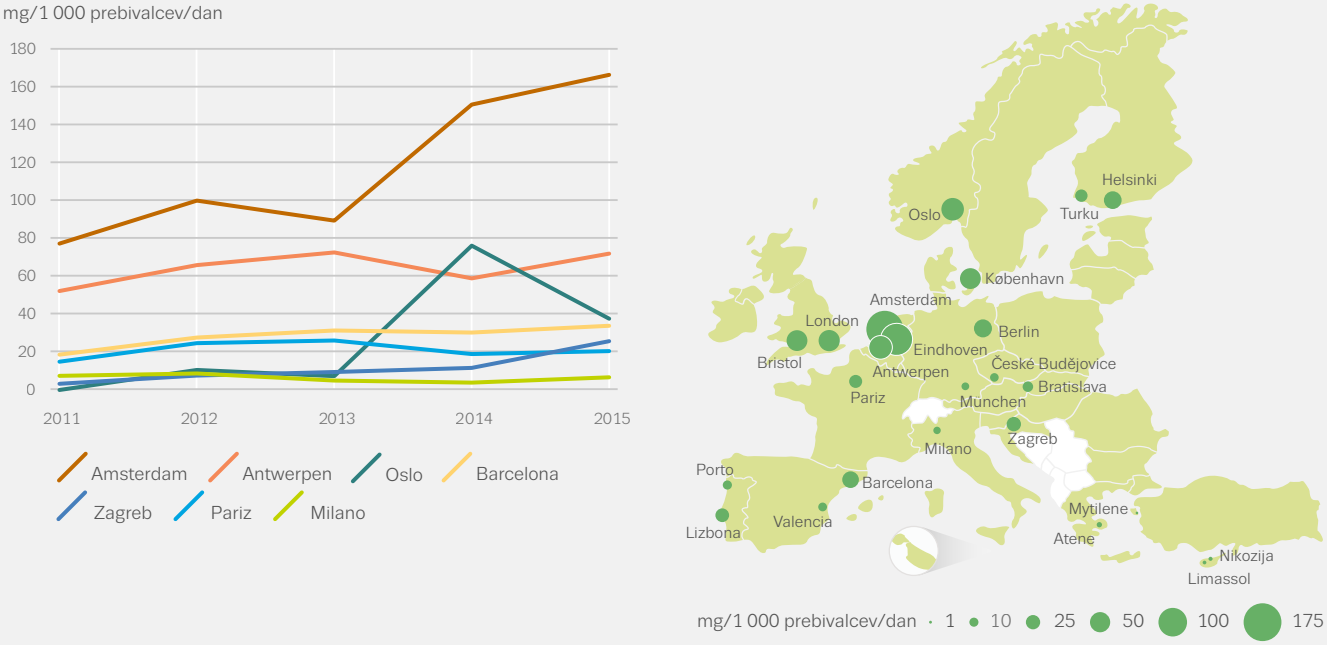
V zadnjih letih so viri za spremljanje trga drog v številnih državah opozarjali na nove spremembe na evropskem trgu MDMA, poročali pa so tudi o povečani uporabi.

V večini evropskih držav se že zelo dolgo zbirajo podatki o uporabi ekstazija in ne uporabi MDMA, čeprav se to zdaj spreminja. Po ocenah je 2,1 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo MDMA/ekstazi v zadnjem letu (1,7 % te starostne skupine), nacionalne ocene pa se gibljejo od 0,3 % do 5,5 %. Med mladimi, ki so v zadnjem letu uporabili MDMA, je razmerje med moškimi in ženskami 2,4 proti 1.

V številnih državah je razširjenost uporabe MDMA do nedavnega upadala z najvišjih ravni iz obdobja med začetkom in sredino prvega desetletja tega tisočletja. Zdi se, da se to zdaj spreminja. V državah, ki so od leta 2013 opravile nove raziskave, rezultati kažejo splošno povečanje v Evropi, pri čemer jih v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo devet poroča o večji in tri o manjši uporabi. V nekaterih državah, kjer obstajajo podatki za zanesljivejšo

SLIKA 2.5

Ostanki MDMA v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki



Opomba: Povprečne dnevne količine MDMA v miligramih na 1 000 prebivalcev. Zemljevid: Leta 2015 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotedensko vzorčenje.
Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

analizo trendov o uporabi MDMA med mladimi odraslimi v zadnjem letu, je mogoče od leta 2010 opaziti povečanje. V Bolgariji, na Finskem in v Franciji so se dolgoročni trendi naraščanja v tem obdobju nadaljevali, medtem ko je začel trend v Združenem kraljestvu, potem ko se je njegovo upadanje v letih 2011 in 2012 ustavilo, statistično pomembno naraščati (slika 2.4). Nizozemska je leta 2014 poročala o 5,5-odstotni razširjenosti uporabe, čeprav to ni neposredno primerljivo s preteklimi raziskavami.

V analizi iz leta 2015, ki je zajemala več mest, je bilo ugotovljeno, da je najvišja raven masne obremenitve z MDMA v odpadnih vodah belgijskih in nizozemskih mest (slika 2.5). Masna obremenitev z MDMA v odpadnih vodah je bila leta 2015 v večini mest višja kot leta 2011, s tem, da je bilo v nekaterih mestih opaženo skokovito povečanje, kar je lahko povezano s povečanjem čistosti MDMA ali povečanjem dosegljivosti in uporabe te droge.

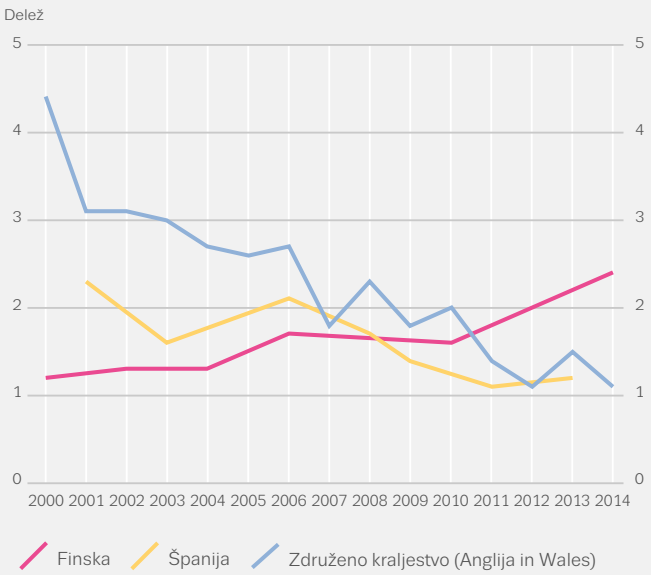
MDMA se pogosto uporablja hkrati z drugimi snovmi, vključno z alkoholom. Običajno so v raziskavah med mladimi, ki redno obiskujejo večerne dogodke, ugotovljene višje stopnje uporabe drog v primerjavi s splošnim prebivalstvom. To zlasti velja za drogo MDMA, ki je od nekdaj tesno povezana z nočnim življenjem in zlasti elektronsko plesno glasbo. Trenutni kazalniki kažejo, da MDMA v državah z večjo razširjenostjo uporabe ni več droga, povezana z določenim krogom ljudi ali določeno subkulturo; ni več omejena na plesne klube in zabave, temveč jo uporablja širši krog mladih, ki obiskujejo tradicionalne nočne lokacije, kot so lokali in zabave na domu.

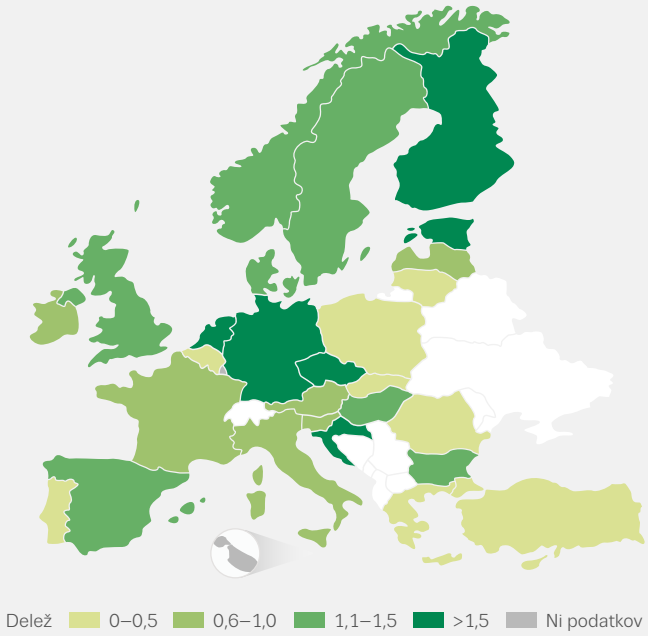
Uporaba MDMA se le redko navaja kot razlog za vključitev v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog. V Evropi je leta 2014 MDMA kot razlog navedlo manj kot 1 % (skoraj 800 primerov) uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje.

MDMA se pogosto uporablja hkrati z drugimi snovmi

SLIKA 2.6

Razširjenost uporabe amfetaminov med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: statistično pomembni trendi in najnovejši podatki





Uporaba amfetaminov: različni nacionalni trendi

V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot tudi metamfetamin, dva tesno povezana stimulansa, čeprav se veliko bolj uporablja amfetamin. Uporaba metamfetamina je od nekdaj značilna za Češko, v zadnjem času pa tudi za Slovaško, čeprav je v zadnjih letih uporaba naraščala tudi v drugih državah. V nekaterih naborih podatkov ni mogoče razlikovati med tema snovema, zato se v teh primerih uporablja splošni izraz amfetamini.

Drogi se lahko uporabljata peroralno ali nazalno, v nekaterih državah pa je med rizičnimi uporabniki drog pogosto tudi vbrizgavanje. Metamfetamin se lahko tudi kadi, vendar se o tem načinu uporabe v Evropi ne poroča pogosto.

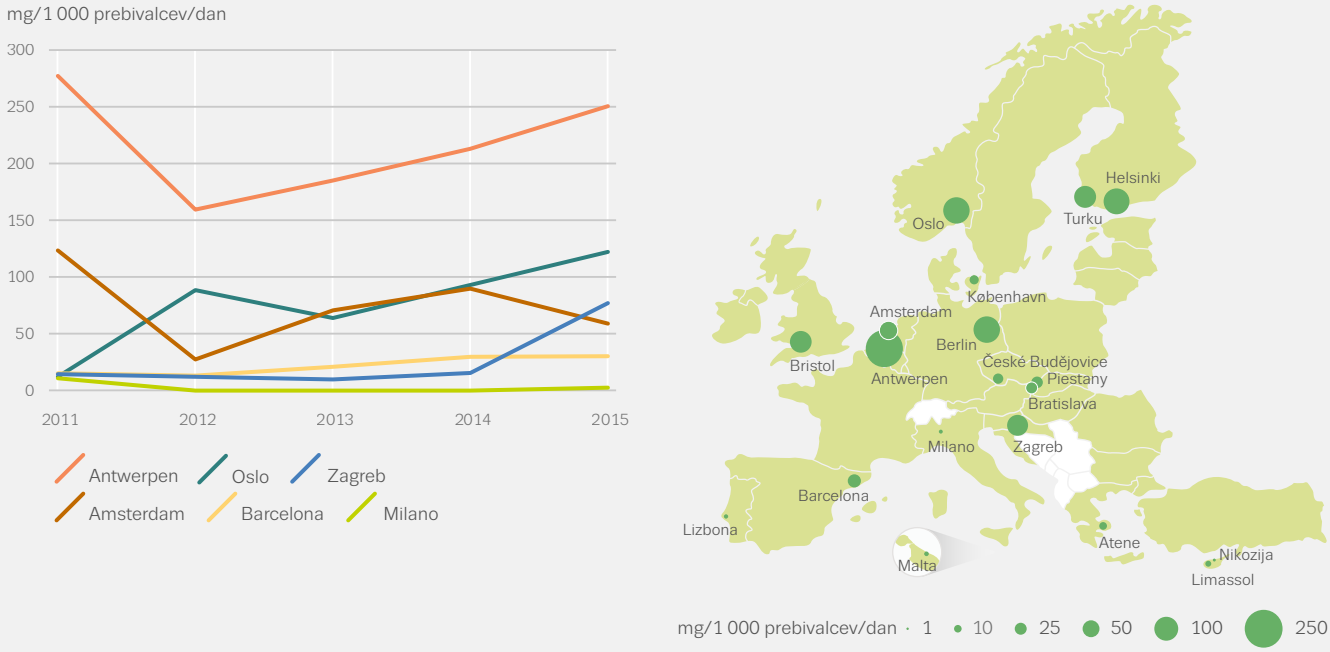
Ocenjuje se, da je v zadnjem letu amfetamine uporabilo približno 1,3 milijona (1,0 %) mladih odraslih (15–34 let), pri čemer najnovejše nacionalne ocene o razširjenosti uporabe segajo od 0,1 % do 2,9 %. Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je v večini evropskih držav stanje v zvezi s trendi uporabe od približno leta 2000 razmeroma stabilno. Od držav, ki so od leta 2013 opravile raziskave, jih v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo sedem poroča o večji, ena o nespremenjeni in štiri o manjši uporabi. Nizozemska je nedavno poročala o 2,9-odstotni razširjenosti uporabe med mladimi odraslimi, čeprav ta podatek ni primerljiv s preteklimi raziskavami.

Med omejenim številom držav, v katerih je mogoče analizirati dolgoročno statistično pomembne trende, je mogoče zmanjšanje razširjenosti uporabe od leta 2000 opaziti v Španiji in Združenem kraljestvu (slika 2,6). Nasprotno pa se je na Finskem v istem obdobju razširjenost uporabe enakomerno povečevala, saj je glede na poročila raven razširjenosti tam zdaj ena od najvišjih v Evropi.

V analizi komunalne odpadne vode, opravljeni leta 2015, so bile ugotovljene znatne ravni amfetaminov v posameznih mestih v Evropi. Masna obremenitev z amfetamini se je precej razlikovala, pri čemer so o najvišjih ravneh poročali v mestih na severu Evrope (glej sliko 2,7). Ravni amfetaminov so bile precej nižje v mestih na jugu Evrope. Najvišja masna obremenitev z metamfetamini je bila ugotovljena v mestih na Češkem, Slovaškem in Norveškem. Skupno so iz podatkov iz obdobja med letoma 2011 in 2015 za obe drogi razvidni razmeroma nespremenljivi trendi.

SLIKA 2.7

Ostanki amfetamina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki



Opomba: Povprečne dnevne količine amfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Zemljevid: Leta 2015 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotedensko vzorčenje.
Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Zdravljenje uporabnikov amfetaminov: naraščajoče povpraševanje

Težave, povezane z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbrizgavanjem se od nekdaj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno pa so dolgoročne težave zaradi metamfetamina najočitnejše na Češkem in Slovaškem. Zadnje ocene zelo tvegane uporabe metamfetamina so na voljo za Češko in Ciper. Na Češkem je po ocenah leta 2014 delež zelo tvegane uporabe metamfetamina med odraslimi (15–64 let) predstavljal 0,51 %, pri čemer je bilo mogoče med letoma 2007 in 2014 opaziti izrazito povečanje uporabe, predvsem z vbrizgavanjem (s približno 20 000 na več kot 36 000). Po ocenah je delež na Cipru leta 2014 predstavljal 0,02 % ali 127 uporabnikov. Na Norveškem je po ocenah leta 2013 delež zelo tvegane uporabe amfetamina in metamfetamina predstavljal 0,33 % ali 11 200 odraslih. Uporabniki amfetaminov verjetno predstavljajo večino ocenjenih 2 177 (0,17 %) rizičnih uporabnikov stimulansov, o katerih je poročala Latvija, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 6 540 (0,46 %) leta 2010.

V več evropskih državah se še naprej poroča o vbrizgavanju metamfetamina skupaj z uporabo drugih stimulansov in GHB (gama-hidroksibutirat) znotraj majhnih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Te tako imenovane zabave s skupinskim seksom zbujajo skrb zaradi kombinacije tvegane uporabe drog in spolnega vedenja.

Približno 32 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi v letu 2014, od katerih se jih je 13 000 v zdravljenje vključilo prvič, je kot primarno drogo navedlo amfetamine. Primarni uporabniki amfetamina predstavljajo velik delež uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in o katerih so poročali v Bolgariji, Nemčiji, Latviji, na Madžarskem, Poljskem in Finskem. Uporabniki, ki se začnejo zdraviti in navajajo uporabo metamfetamina kot primarne droge, so skoraj vsi iz Češke in Slovaške, ki imata skupaj skoraj 95-odstotni delež od 8 700 uporabnikov metamfetamina v Evropi. Evropa je od leta 2006 skupaj zabeležila 50-odstotno povečanje števila uporabnikov, ki so se začeli zdraviti prvič in primarno uporabljajo amfetamine, kar je večinoma posledica povečanj v Nemčiji in v manjšem obsegu na Češkem.

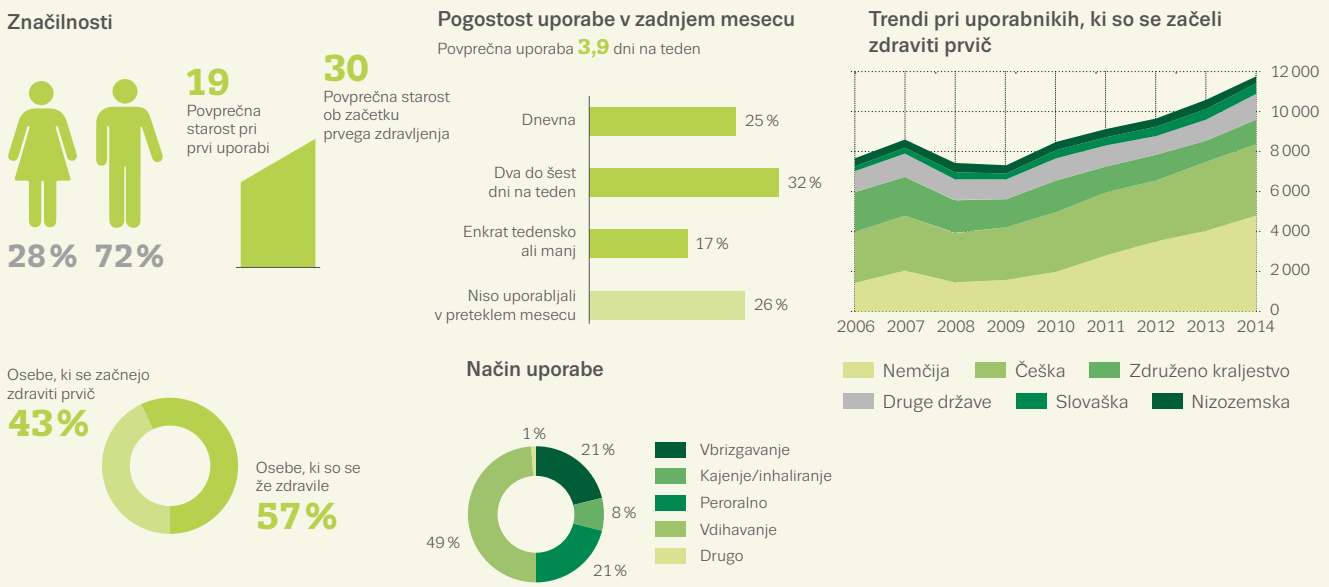
Uporaba ketamina, GHB in halucinogenih snovi

V Evropi se uporablja tudi več drugih snovi s halucinogenimi, anestetičnimi, disociativnimi in sedativnimi učinki: med njimi so LSD (dietilamid lisergične kisline), halucinogene gobe, ketamin in GHB (gama-hidroksibutirat).

V zadnjih dveh desetletjih se med podskupinami uporabnikov drog v Evropi poroča o rekreativni uporabi ketamina in GHB (vključno z njegovo predhodno sestavino GBL, gama-butirolaktonom). Kjer obstajajo nacionalne ocene o razširjenosti uporabe GHB in ketamina, kažejo, da ta pri odraslih in šolski mladini ostaja nizka. V najnovejših raziskavah Nizozemska poroča o 0,4-odstotni razširjenosti uporabe GHB v zadnjem letu med odraslimi (15–64 let), Norveška pa o 0,1-odstotni razširjenosti uporabe (16–64 let), medtem ko Romunija poroča o 0,5-odstotni razširjenosti uporabe med mladimi odraslimi (15–34 let). Večji delež uporabe GHB in z njo povezanih težav je bil v nekaterih državah, vključno z Nizozemsko, Norveško in Združenim kraljestvom, zabeležen znotraj določenih družbenih skupin na ravni mest in lokalni ravni. Danska in Španija sta poročali o 0,3-odstotni razširjenosti uporabe ketamina med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu, Združeno kraljestvo pa o 1,6-odstotni uporabi ketamina v starostni skupini od 16 do 24 let v zadnjem letu, kar pomeni nespremenjen trend od leta 2008.

Splošna razširjenost uporabe LSD in halucinogenih gob v Evropi je na splošno že več let nizka in ustaljena. Nacionalne raziskave kažejo, da je bila razširjenost med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu manj kot 1-odstotna za obe snovi. Izjeme so Finska, kjer je razširjenost uporabe LSD 1,3-odstotna, v primeru halucinogenih gob pa Združeno kraljestvo (1 %), Nizozemska (1,3 %), Finska (1,9 %) in Češka (2,3 %).

UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Opomba: Zajete države se razlikujejo po kazalnikih. Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo amfetamine kot primarno drogo.

Uporaba novih drog

Ugotovitve o uporabi novih snovi so na voljo v publikaciji Flash Eurobarometer o mladih in drogah iz leta 2014, telefonski anketi, opravljeni med 13 128 mladimi odraslimi, starimi od 15 do 24 let, iz 28 držav članic EU. Čeprav je raziskava Eurobarometer v osnovi vedenjska raziskava, vključuje vprašanje o uporabi „snovi, ki posnemajo učinke prepovedanih drog". Ti podatki so trenutno edini vseevropski vir informacij o tej temi, čeprav je iz metodoloških razlogov pri razlagi rezultatov potrebna previdnost. Na splošno je 8 % anketirancev poročalo o uporabi takih drog kadar koli v življenju, 3 % pa o uporabi v zadnjem letu. To pomeni povečanje v primerjavi s 5 % anketirancev, ki so o uporabi kadar koli v življenju poročali v podobni anketi iz leta 2011. Od tistih, ki so poročali o uporabi v zadnjem letu, jih je 68 % snov dobilo od prijatelja.

Vse več držav v svoje raziskave med splošnim prebivalstvom vključuje nove psihoaktivne snovi, čeprav razlike v metodah in vprašanjih omejujejo primerljivost rezultatov med državami. Od leta 2011 enajst evropskih držav poroča o nacionalnih ocenah uporabe novih psihoaktivnih snovi (ki ne vključujejo ketamina in GHB). V starostni skupini mladih odraslih (15–24 let), ki jo zajema raziskava Flash Eurobarometer, razširjenost uporabe teh snovi v zadnjem letu sega od 0,0 % na Poljskem do 9,7 % na Irskem. Na voljo so podatki iz raziskave o uporabi mefedrona za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2014–2015) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba te droge med mladimi, starimi od 16 do 24 let, v zadnjem letu 1,9-odstotna; ta delež je enak kot v prejšnji raziskavi, vendar se je zmanjšal s 4,4 % iz obdobja 2010–2011, ko nadzorni ukrepi še niso bili uvedeni. Leta 2014 je bilo v raziskavi na Finskem ocenjeno, da je bila uporaba sintetičnih katinonov v zadnjem letu 0,2-odstotna med mladimi, starimi od 15 do 24 let, medtem ko je v Franciji po ocenah 4 % mladih odraslih, starih od 18 do 34 let, poročalo, da so kadar koli kadili sintetične kanabinoide.

Uporabniki heroina: znaki stabilnosti na področju povpraševanja po zdravljenju

Najpogosteje uporabljan prepovedan opioid v Evropi je heroin, ki ga je mogoče kaditi, vdihavati ali vbrizgavati. Zlorablja se tudi vrsta drugih sintetičnih opioidov, kot so metadon, buprenorfin in fentanil.

Povprečna razširjenost zelo tvegane uporabe opioidov med odraslimi (15–64 let) je ocenjena na približno 0,4 %, kar je 1,3 milijona rizičnih uporabnikov opioidov v Evropi v letu 2014. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do približno osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (slika 2.8). Približno 75 % ocenjenih rizičnih uporabnikov opioidov v Evropski uniji je zabeleženih v Združenem kraljestvu, Franciji, Italiji, Nemčiji in Španiji. Od enajstih držav s ponavljajočimi se ocenami zelo tvegane uporabe opioidov med letoma 2008 in 2014, Španija in Turčija kažeta statistično pomembno zmanjšanje, medtem ko so v drugih državah trendi nespremenjeni (slika 2.8).

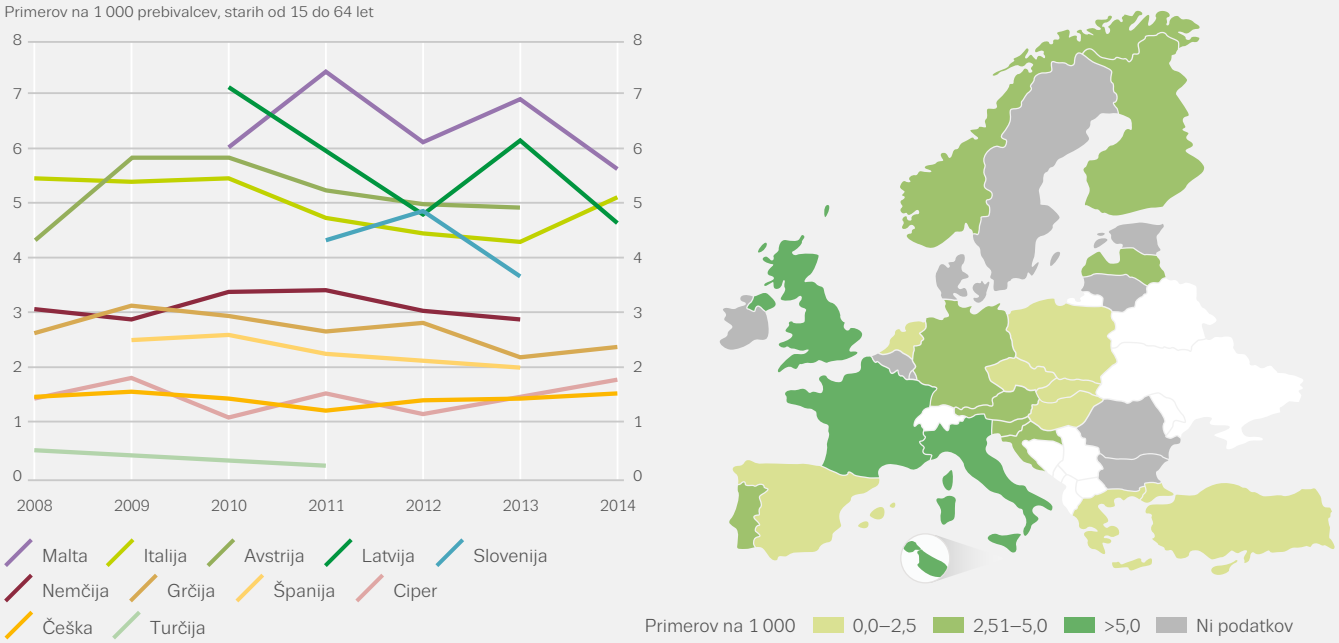
Evropa se je srečevala z različnimi valovi odvisnosti od heroina. Prvi val je sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja prizadel številne zahodne države, drugi pa je od sredine do konca devetdesetih let prejšnjega stoletja prizadel druge države, zlasti tiste v srednji in vzhodni Evropi. Odvisnost se je nato v nekaterih državah iz mestnih središč razširila na podeželje in v manjša mesta. Kazalniki v številnih evropskih državah iz obdobja 2010–2011 so kazali upad števila novih uporabnikov heroina in obstoj starajoče se kohorte rizičnih uporabnikov opioidov, od katerih jih je bilo veliko vključenih v nadomestno zdravljenje. Najnovejši podatki kažejo, da se zmanjševanje števila uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje, morda ustavlja.

Od 185 000 uporabnikov, ki kot primarno drogo navajajo opioide in ki so se vključili v specialistično zdravljenje v Evropi, se jih je 34 000 začelo zdraviti prvič. Število

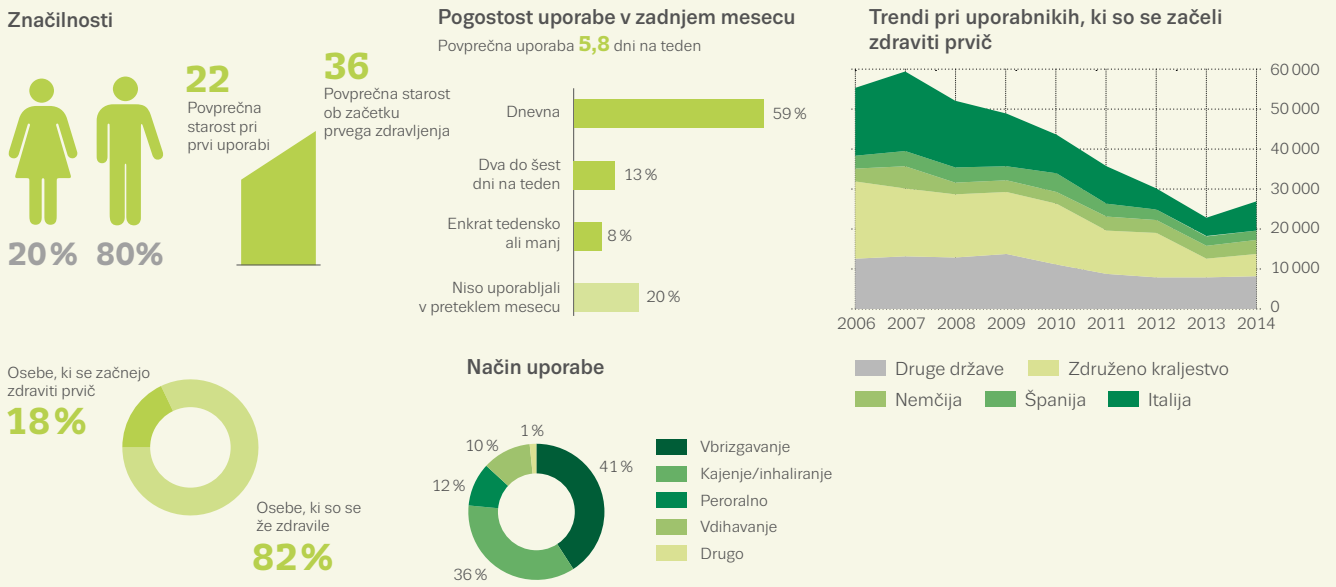
Najpogosteje uporabljan prepovedan opioid v Evropi je heroin

SLIKA 2.8

Nacionalne ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov v zadnjem letu: izbrani trendi in najnovejši podatki



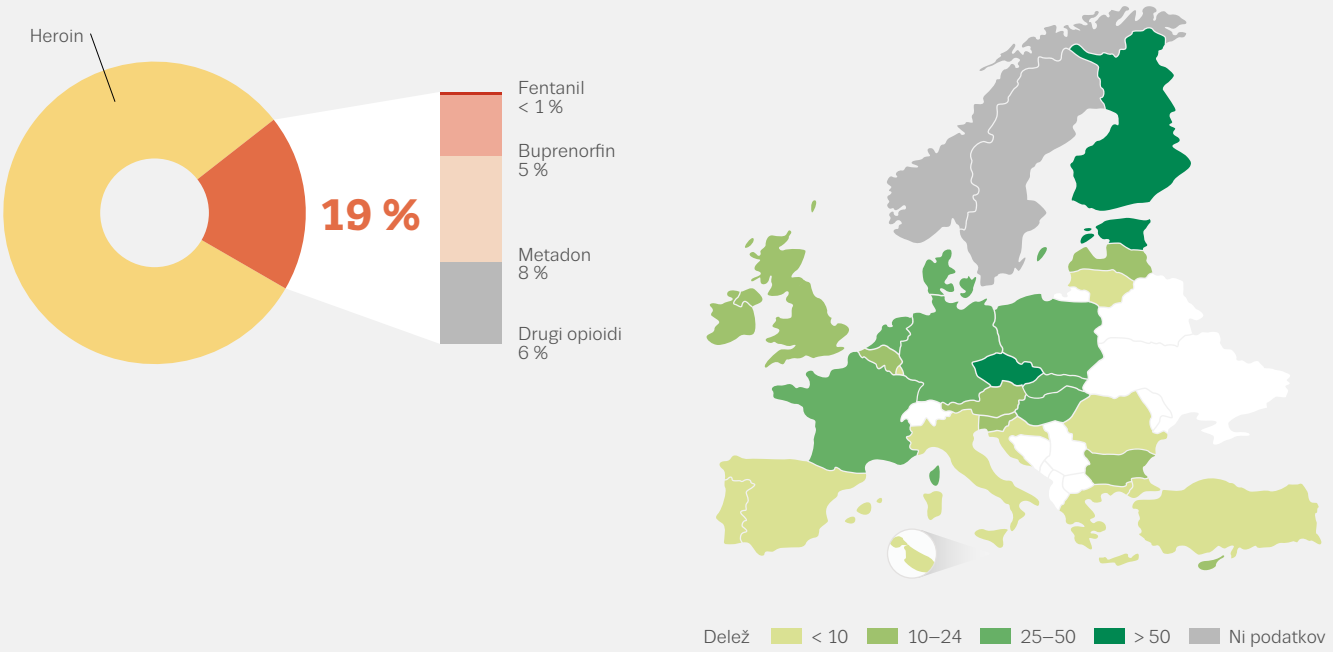
UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo heroin kot primarno drogo. Podatkov za Italijo iz leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče neposredno primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.9

Uporabniki, ki se začnejo zdraviti in kot primarno drogo navajajo opioide: po vrsti opioida in deležu uporabnikov, ki navajajo druge opioide kot heroin



uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje odvisnosti od heroina, se je z najvišje ravni leta 2007, ko jih je bilo 59 000 in so predstavljali 36 % vseh uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje, do leta 2013 več kot razpolovilo na 23 000 (16 % uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje). Zdi se, da se je trend ustavil. Glede na najnovejše podatke je 17 držav poročalo, da se število uporabnikov heroina, ki se zdravijo prvič, ne spreminja ali pa se zmanjšuje, medtem ko jih je devet poročalo o povečanju.

Sintetični opioidi: vse večja zaskrbljenost

Medtem ko heroin ostaja najpogosteje uporabljan opioid, se sintetični opioidi vse bolj zlorabljajo. Leta 2014 je 18 evropskih držav poročalo, da se več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, zdravi zaradi težav, povezanih predvsem z opioidi, ki niso heroin, kar pomeni povečanje glede na leto 2013, ko je o tem poročalo enajst držav (slika 2.9). Med opioide, ki jih navajajo uporabniki, vključeni v zdravljenje, spadajo metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfij, tramadol in oksikodon. V nekaterih državah je med uporabniki, ki se zdravijo, zdaj uporaba opioidov, ki niso heroin, najpogostejša oblika uporabe opioidov. Tako je na primer v Estoniji večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti in so kot primarno drogo navedli opioid, uporabljala fentanil, na Finskem in Češkem pa je buprenorfin najpogosteje uporabljan opioid, ki ni heroin.

Vse bolj se zlorabljajo sintetični opioidi

Uporaba drog z vbrizgavanjem: upad uporabe heroina

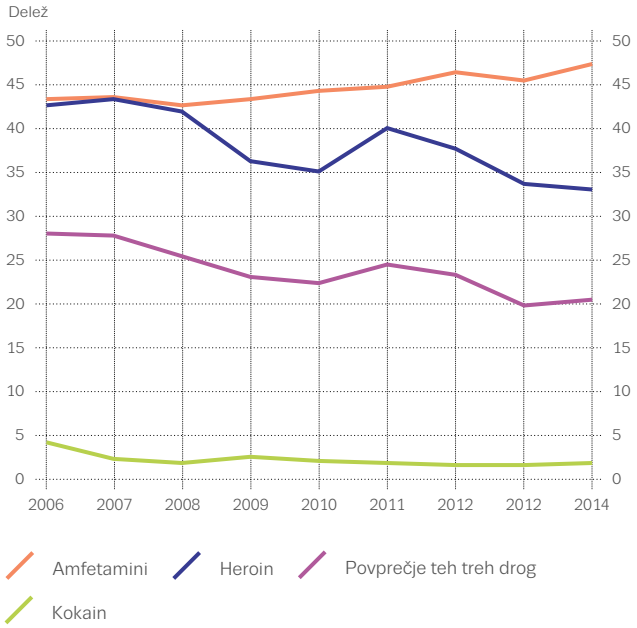
Uporaba drog z vbrizgavanjem se najpogosteje povezuje z opioidi, v nekaj državah pa je velika težava vbrizgavanje stimulansov, kot so amfetamini ali kokain. O vbrizgavanju sintetičnih katinonov, ki sicer ni razširjen pojav, se še naprej poroča v nekaterih posebnih populacijah, vključno z injicirajočimi uporabniki opioidov, uporabniki, vključenimi v zdravljenje odvisnosti od drog v nekaterih državah, in majhnimi populacijami moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Zadnje ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem, ki so na voljo za 16 držav, se gibljejo od manj kot enega primera do več kot devet primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let.

Med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje leta 2014 in so kot primarno drogo navedli heroin, jih je 33 % poročalo o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 43-odstotnim deležem leta 2006 (slika 2.10). V tej skupini se delež injicirajočih uporabnikov med državami razlikuje in sega od 11 % v Španiji do več kot 90 % v Latviji in Romuniji. Med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot primarno drogo navedli amfetamine, jih 47 % poroča o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni majhno skupno povečanje od leta 2006. Več kot 70 % predstavljajo uporabniki iz Češke in uporabniki metamfetamina. Če tri glavne droge, ki se vbrizgavajo, obravnavamo skupaj, se je med uporabniki v Evropi, ki so se začeli zdraviti prvič, vbrizgavanje kot glavni način uporabe droge zmanjšalo z 28 % v letu 2006 na 20 % v letu 2014.

Uporaba drog z vbrizgavanjem se najpogosteje povezuje z opioidi

SLIKA 2.10

Uporabniki, ki se začnejo zdraviti prvič in navajajo vbrizgavanje kot glavni način uporabe primarne droge



VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Spoznanja centra EMCDDA.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Hitra obvestila.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, Perspektive na področju drog.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, študija centra EMCDDA.

Injection of cathinones, Perspektive na področju drog.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspektive na področju drog.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspektive na področju drog.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, tematski prispevek.

Fentanyl in Europe, študija v okviru srečanja centra EMCDDA Trendspotter.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, tematski prispevek.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, izbrano vprašanje.

Trends in injecting drug use in Europe, izbrano vprašanje.

2009

Polydrug use: patterns and responses, izbrano vprašanje.

2008

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

Skupne publikacije centra EMCDDA in projekta ESPAD

2012

Povzetek poročila ESPAD za leto 2011.

Vse publikacije so na voljo na www.emcdda.europa.eu/publications

3

Znano je, da uporaba prepovedanih drog prispeva h globalnemu bremenu bolezni

Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje

Znano je, da uporaba prepovedanih drog prispeva h globalnemu bremenu bolezni. Z uporabo prepovedanih drog so povezane kronične in akutne zdravstvene težave, te pa se še stopnjujejo zaradi različnih dejavnikov, vključno z načinom uporabe, ranljivostjo posameznika in družbenim okoljem, v katerem se droge uporabljajo. Med kronične težave spadajo odvisnost in nalezljive bolezni, povezane z drogo, na drugi strani pa obstaja vrsta akutnih težav, od katerih so nekatere odvisne od uporabljane droge in med katerimi so najbolje dokumentirane težave zaradi prevelikega odmerka. Čeprav je uporaba opioidov razmeroma redka, je še vedno vzrok za velik delež obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog. Z uporabo drog z vbrizgavanjem se tveganja povečajo. Čeprav je na drugi strani očitno, da je obseg zdravstvenih težav, povezanih z uporabo konoplje, očitno manjši, lahko velika razširjenost njene uporabe vpliva na javno zdravje. Poročanje o težavah, povezanih z uporabo novih psihoaktivnih snovi, je težavno zaradi števila snovi iz te skupine in pomanjkanja informacij o njih.

Spremljanje težav, povezanih z drogami, in odzivov nanje

Nalezljive bolezni, povezane z drogo, ter umrljivost in obolevnost, povezani z uporabo drog, so glavne težave, ki jih sistematično spremlja center EMCDDA. Te dopolnjujejo bolj omejeni podatki o medicinski pomoči v bolnišnicah zaradi akutnih težav, povezanih z drogo, in podatki iz sistema EU za zgodnje opozarjanje, s katerim se spremljajo težave, povezane z novimi psihoaktivnimi snovmi. Več informacij je na voljo na spletišču v razdelkih Ključni epidemiološki kazalniki, Statistični bilten in Sistem zgodnjega opozarjanja.

Informacije o zdravstvenih in socialnih odzivih na uporabo drog in s tem povezane težave centru EMCDDA zagotavljajo nacionalne kontaktne točke in delovne skupine strokovnjakov mreže Reitox. Kjer bolj določno oblikovan nabor podatkov ni na voljo, zagotavljajo dodatne informacije o razpoložljivosti ukrepov ocene strokovnjakov. V tem poglavju so upoštevani tudi pregledi znanstvenih dokazov o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov. Dodatne informacije je mogoče najti na spletišču EMCDDA v razdelkih Profili zdravstvenih in socialnih odzivov in Portal o najboljših praksah.

Pristopa preprečevanja uporabe drog in zgodnjega ukrepanja sta namenjena preprečevanju uporabe drog in s tem povezanih težav, medtem ko je zdravljenje odvisnosti od drog, vključno s psihosocialnim in farmakološkim pristopom, primarni odziv na odvisnost. Nekateri osrednji ukrepi, kot so nadomestno zdravljenje z opioidi ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg, so bili deloma razviti kot odgovor na uporabo opioidov z vbrizgavanjem in s tem povezane težave, zlasti širjenje nalezljivih bolezni in smrtne primere zaradi prevelikega odmerka.

Težave, povezane z uporabo konoplje: nova odkritja na področju raziskav

Medtem ko raziskave pogosto kažejo na povezave med uporabo drog in različnimi težavami, je vzročnost težje dokazati. Glede na to, da je konoplja najbolj razširjena droga v Evropi, lahko težave, povezane z njeno uporabo, vplivajo na prebivalstvo. V zadnjem mednarodnem (SZO) pregledu so bila analizirana dognanja o težavah, povezanih z uporabo konoplje. Ugotovljeno je bilo, da je mogoče nekatere povezave izpeljati iz opazovalnih študij, čeprav je vzročno zvezo med uporabo konoplje ter zdravstvenimi in socialnimi posledicami težko vzpostaviti. V zvezi s škodljivimi učinki kronične uporabe konoplje je bilo ugotovljeno, da je pri rednih in dolgotrajnih uporabnikih konoplje dvakrat večje tveganje za nastanek psihotičnih simptomov in motenj ter večje tveganje za razvoj težav z dihali, obstaja pa tudi možnost, da razvijejo sindrom odvisnosti. Redna uporaba konoplje v adolescenci je bila povezana s povečanim tveganjem za razvoj shizofrenije, če pa se je uporaba nadaljevala skozi celotno obdobje zgodnje odrasle dobe, se zdi, da je povezana z intelektualnim primanjkljajem. Kljub temu na to morda vplivajo predobstoječe somatske in duševne bolezni ter drugi zavajajoči dejavniki, poleg tega pa ta tema zahteva nadaljnje raziskave.

Preprečevanje: družinski programi

Strategije preprečevanja v Evropi so med drugim osredotočene na uporabo konoplje pri mladih, ki jo pogosto uporabljajo hkrati z alkoholom in tobakom. Preprečevanje uporabe drog in z njimi povezanih težav med mladimi obsega širok nabor pristopov. Okoljske in splošne strategije so usmerjene na celotno prebivalstvo, selektivno preprečevanje je osredotočeno na ranljive skupine, pri katerih morda obstaja večje tveganje, da bodo imele težave zaradi uporabe drog, indikativno preprečevanje pa je usmerjeno na ogrožene posameznike.

Številne dejavnosti preprečevanja uporabe drog se izvajajo v šolskih okoljih, od koder so na voljo razmeroma trdne ugotovitve v zvezi z nekaterimi pristopi. Podobno so bili ukrepi, osredotočeni na družine, pozitivno ovrednoteni v zvezi s preprečevanjem številnih problematičnih oblik vedenja, vključno z uporabo drog.

Družinski programi preprečevanja so običajno namenjeni usposabljanju staršev, da bi lahko ti svojim otrokom pomagali doseči starosti primerne mejnike v razvoju (vključno s kontrolo impulzov, socialnimi kompetencami in odlaganjem zadovoljitve potreb), ki so povezani z manjšim tveganjem za uporabo drog in druge vedenjske težave. Splošni družinski programi preprečevanja so namenjeni vsem družinam iz prebivalstva, pri čemer so ukrepi osredotočeni na različne stopnje v otrokovem razvoju. Selektivni programi pa obravnavajo marginalizirane in ranljive družine, vključno s tistimi, v katerih so težave posledica tega, da droge uporabljajo starši. Čeprav so ukrepi preprečevanja, namenjeni ranljivim družinam, na voljo v večini držav, pa ocene strokovnjakov iz leta 2013 kažejo, da je njihov obseg pogosto omejen.

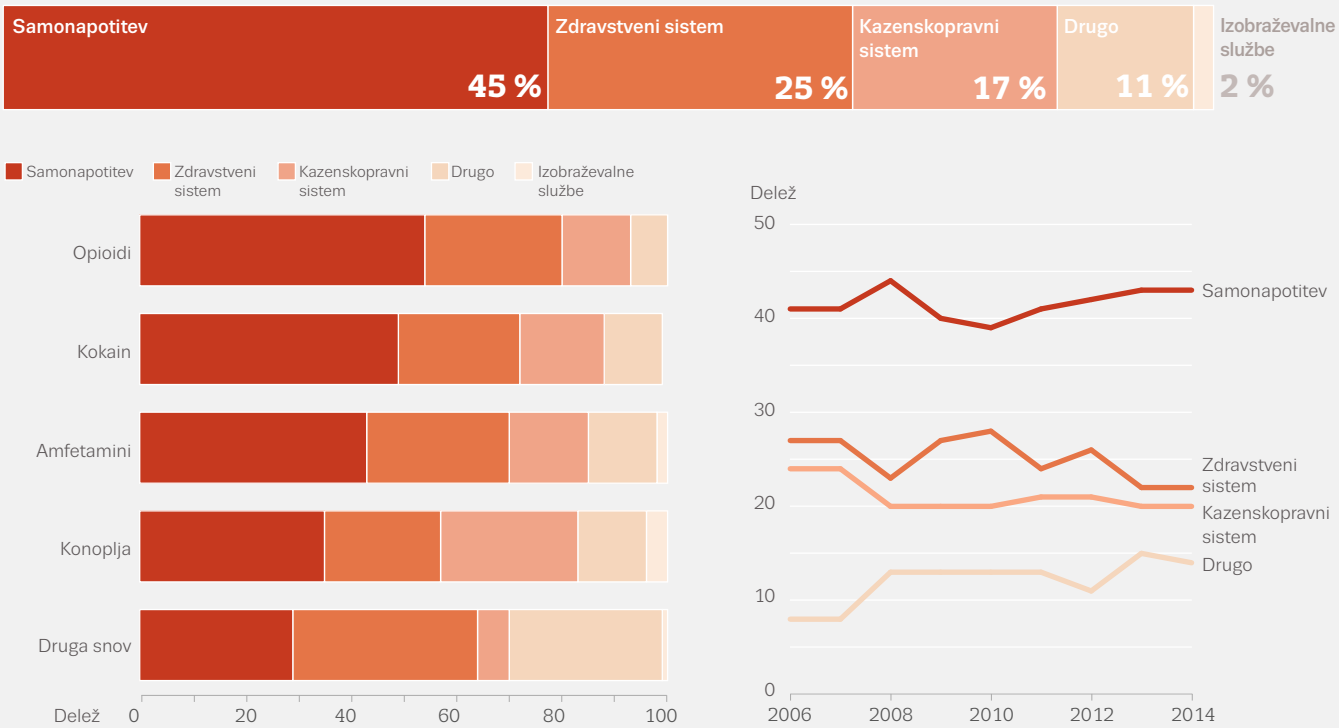
Razmeroma malo je znanega o vsebini številnih družinskih ukrepov. Izjema je program Krepitev družin, ki zagotavlja usposabljanje na področju starševskih veščin in ki se zdaj izvaja v 13 evropskih državah. Cilj tega mednarodno priznanega programa je tudi odstranitev ovir, ki ranljivim staršem preprečujejo udeležbo, in sicer z zagotavljanjem prevoza in otroškega varstva.

Razviti so bili tudi novi pristopi, ki so časovno omejeni in za izvajanje potrebujejo manj sredstev. Program EFFEKT, ki vključuje nekaj kratkih informativnih sestankov, je na Nizozemskem in Švedskem na primer pokazal, da lahko starši z okrepljenim spremljanjem in določanjem pravil učinkovito omejijo uporabo alkohola in izboljšajo kontrolo impulzov med mladimi.

Številne dejavnosti preprečevanja uporabe drog se izvajajo v šolskih okoljih

SLIKA 3.1

Viri napotitve uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi leta 2014



Opomba: „Kazenskopravni sistem" zajema sodišča, policijo in pogojne kazni; „zdravstveni sistem" zajema lečeče zdravnike, druge centre za zdravljenje odvisnosti od drog ter zdravstvene, medicinske in socialne službe; „samonapotitev" zajema uporabnika, družino in prijatelje. V grafični predstavitvi trendov so napotitve prek izobraževalnih služb vključene pod „drugo".

Specialistično zdravljenje: načini napotitve

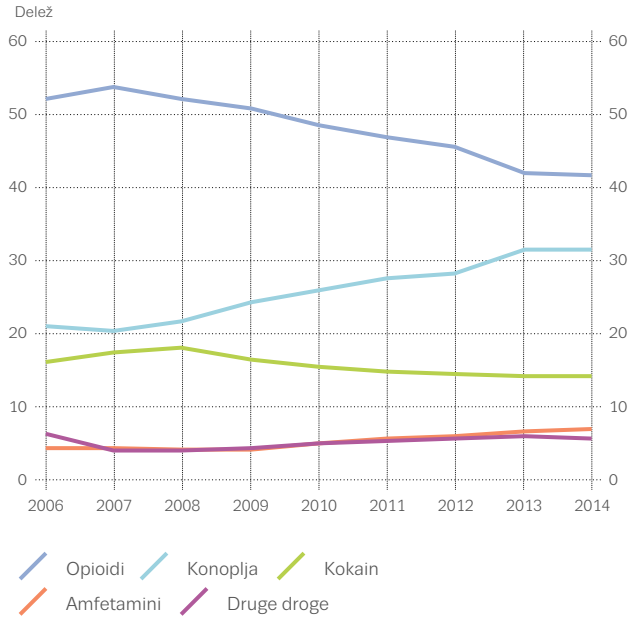
Za razmeroma majhno, vendar pomembno število posameznikov, ki imajo zaradi uporabe drog težave, vključno z odvisnostjo, je glavni ukrep zdravljenje. Zagotavljanje ustreznega dostopa do primernih služb za zdravljenje odvisnosti je ključni cilj politike.

Vpogled v načine in poti, prek katerih se posamezniki vključijo v zdravljenje odvisnosti od drog, zagotavljajo podatki o virih napotitve. Leta 2014 je 45 % uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi, to storilo v okviru samonapotitve ali na pobudo družinskega člana, čeprav se je to razlikovalo glede na drogo (slika 3.1) in državo. Na splošno so četrtino uporabnikov, ki so vključeni v zdravljenje, tja napotile zdravstvene službe, 17 % pa jih je bilo napotenih v okviru kazenskopravnega sistema. Od vseh uporabnikov, ki so vključeni v zdravljenje, je največ tistih, ki so tja napoteni v okviru kazenskopravnega sistema, uporabnikov konoplje. Na Madžarskem tri četrtine (74 %) uporabnikov, ki so bili na zdravljenje napoteni zaradi uporabe konoplje, predstavljajo uporabniki, ki so bili tja napoteni v okviru kazenskopravnega sistema. Splošni trendi v zvezi z viri napotitve so med letoma 2006 in 2014 ostali večinoma nespremenjeni.

V številnih državah so vzpostavljeni sistemi za preusmeritev storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogo, stran od kazenskopravnega sistema v programe zdravljenja odvisnosti od drog. To lahko vključuje sodno odločbo, ki narekuje obiskovanje zdravljenja, ali pogojno kazen, ki je odvisna od obiskovanja zdravljenja. V nekaterih državah je preusmeritev mogoča tudi v zgodnejših fazah.

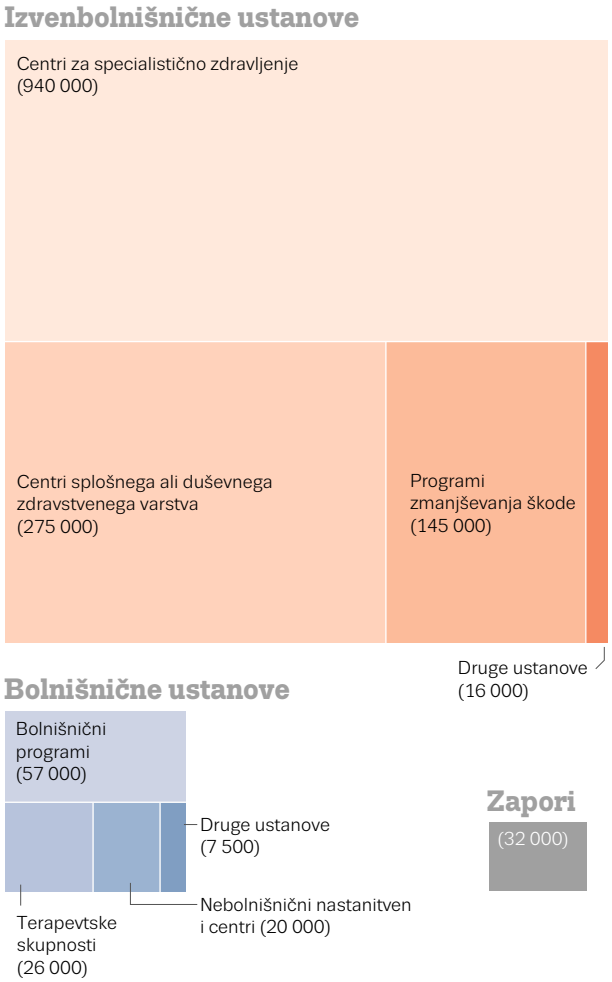
SLIKA 3.2

Trendi deleža uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog, po primarni drogi



SLIKA 3.3

Število uporabnikov v Evropi, ki so se leta 2014 zdravili zaradi odvisnosti od drog, po ustanovi



Zdravljenje odvisnosti od drog: najpogosteje v izvenbolnišničnih ustanovah

Ocenjuje se, da se je v Evropski uniji v letu 2014 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo 1,2 milijona ljudi (1,5 milijona, če se pri tem upoštevata Norveška in Turčija). Uporabniki opioidov so največja skupina uporabnikov, vključena v specialistično zdravljenje, zanje pa se predvsem v obliki nadomestnega zdravljenja porabi največji delež razpoložljivih sredstev za zdravljenje. Uporabniki konoplje in kokaina so druga in tretja največja skupina uporabnikov, vključenih v to zdravljenje (slika 3.2), pri čemer se pri zdravljenju teh uporabnikov največ uporablja psihosocialna oskrba. Vendar so lahko razlike med državami zelo velike, saj uporabniki opioidov v nekaterih državah predstavljajo 88 % uporabnikov, vključenih v zdravljenje, v nekaterih drugih pa manj kot 10 %.

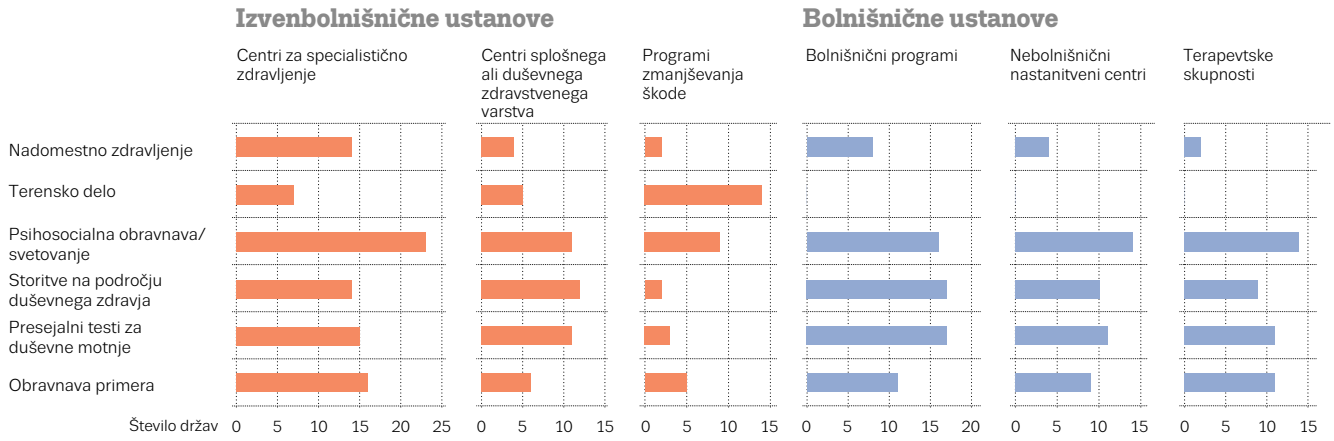
Zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, pri čemer so specialistični izvenbolnišnični centri najpogosteje izvajalci zdravljenja glede na število uporabnikov drog, ki so jih zdravili (slika 3.3). Sledijo jim zdravstveni centri. Ta kategorija vključuje splošne zdravniške ambulante, ki so pomembni predpisovalci nadomestnega zdravljenja z opioidi v nekaterih velikih državah, kot sta Nemčija in Francija. Drugje, na primer v Sloveniji in na Finskem, lahko imajo centri za duševno zdravje osrednjo vlogo pri zagotavljanju izvenbolnišničnega zdravljenja.

V Evropi manjši delež zdravljenja odvisnosti poteka v bolnišničnih ustanovah, vključno z bolnišničnimi nastanitvenimi centri (npr. psihiatrične bolnišnice), terapevtskimi skupnostmi in specialističnimi nastanitvenimi centri za zdravljenje. Relativni pomen izvenbolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja v nacionalnih sistemih zdravljenja se med državami zelo razlikuje. Na podlagi strokovnega mnenja je mogoče zagotoviti pregled razpoložljivosti izbranih ukrepov v različnih ustanovah za zdravljenje v Evropi (glej sliko 3.4).

Vse večje število ukrepov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog je zdaj na voljo prek spleta. S spletnimi ukrepi je mogoče povečati doseg in geografsko pokritost programov zdravljenja, da se dostop omogoči osebam s težavami zaradi uporabe drog, ki v nasprotnem primeru morda ne bi imele dostopa do specialističnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog.

SLIKA 3.4

Pregled visoke stopnje razpoložljivosti (> 75 %) izbranih ukrepov po ustanovah (ocene strokovnjakov)



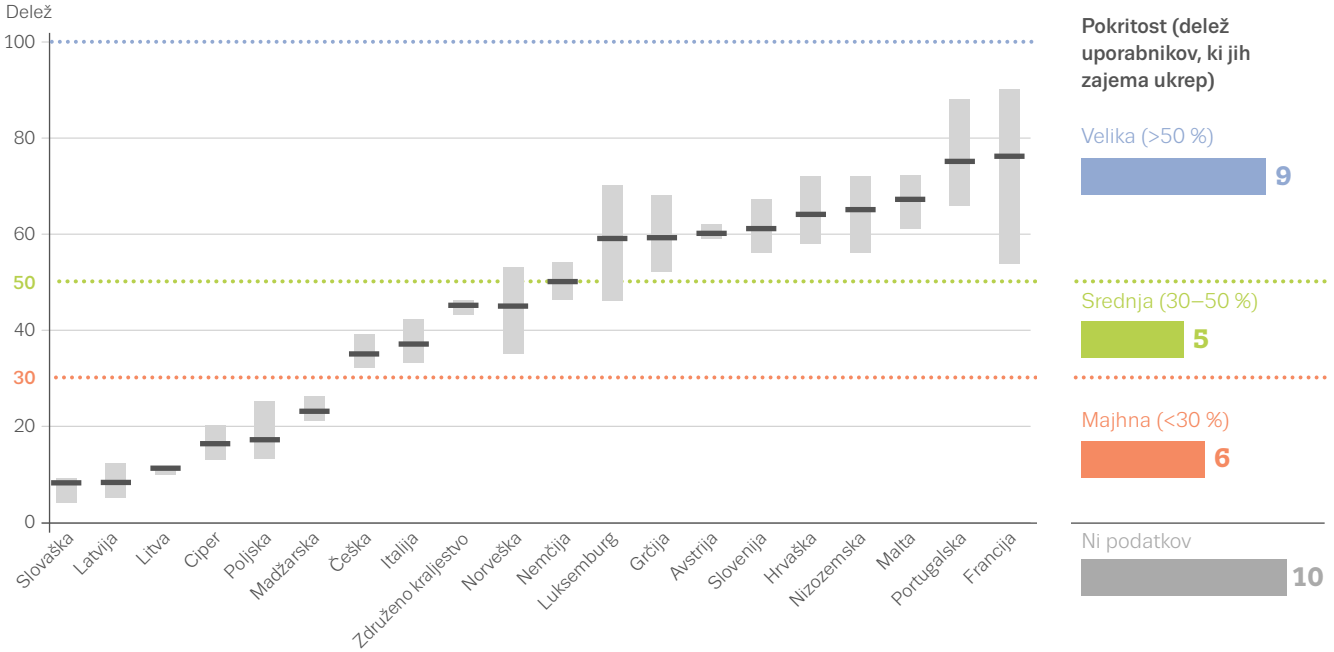
Nadomestno zdravljenje zaradi težav, povezanih z uporabo opioidov

Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opioidov je nadomestno zdravljenje, običajno v kombinaciji s psihosocialno oskrbo. Učinkovitost tega pristopa potrjujejo razpoložljivi dokazi, pozitivni izidi pa so bili ugotovljeni v zvezi z vztrajanjem pri zdravljenju, uporabo prepovedanih opioidov, sporočanjem tveganega vedenja ter težavami in smrtnostjo, povezanimi z uporabo drog.

Ocenjuje se, da je bilo leta 2014 v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji vključenih 644 000 uporabnikov opioidov (680 000, če se upoštevata še Norveška in Turčija), od leta 2010 pa se je njihovo število zmanjšalo za približno 50 000. Glede na ocene o številu uporabnikov opioidov bi

SLIKA 3.5

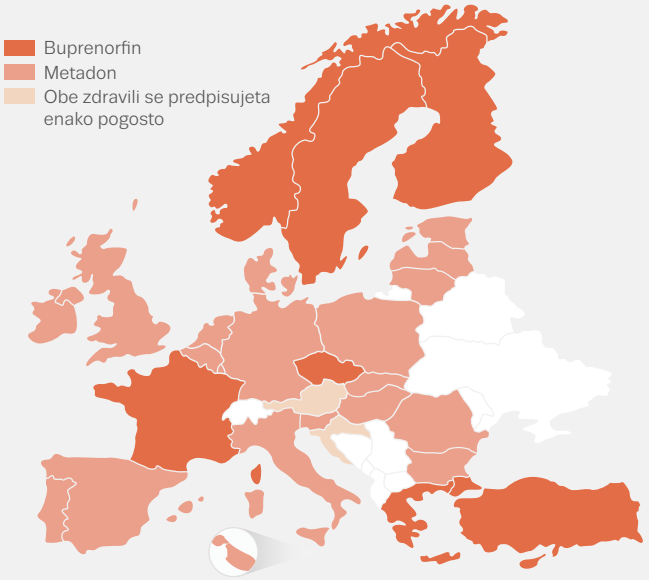
Delež rizičnih uporabnikov opioidov na nadomestnem zdravljenju (ocena)



Opomba: Podatki so prikazani kot ocenjene vrednosti in intervali negotovosti.

SLIKA 3.6

Najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opioidi



Metadon je najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opioidi

bilo mogoče sklepati, da jih je skupaj vsaj 50 % vključenih v nadomestno zdravljenje. Vendar je treba to oceno iz metodoloških razlogov razlagati previdno, poleg tega pa obstajajo znatne nacionalne razlike (slika 3.5).

Metadon je najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opioidi, ki ga prejema 61 % uporabnikov na nadomestnem zdravljenju. Nadaljnjih 37 % uporabnikov se zdravi z zdravili na osnovi buprenorfina, ki je glavno nadomestno zdravilo v sedmih državah (slika 3.6). Druge snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetilmorfin (heroin), se predpisujejo redkeje in jih po ocenah prejema 2 % uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v Evropi.

V vseh evropskih državah so na voljo tudi druge oblike zdravljenja za uporabnike opioidov, vendar so te manj pogoste od nadomestnega zdravljenja. V devetih državah, za katere obstajajo podatki, je med 2 % in 30 % vseh uporabnikov opioidov, ki so vključeni v zdravljenje in imajo oskrbo, ki ne vključuje nadomestnega zdravljenja z opioidi (slika 3.7).

Prilagajanje zdravljenja potrebam uporabnika

Uporabniki, ki uporabljajo storitve zdravljenja odvisnosti v Evropi, imajo različne potrebe in pogosto potrebujejo oskrbo, s katero je treba obravnavati širok razpon kompleksnih težav. Zagotovitev sodelovanja med službami za zdravljenje odvisnosti od drog ter drugimi ponudniki zdravstvenih in socialnih storitev je zato ključno za učinkovit odziv na tem področju.

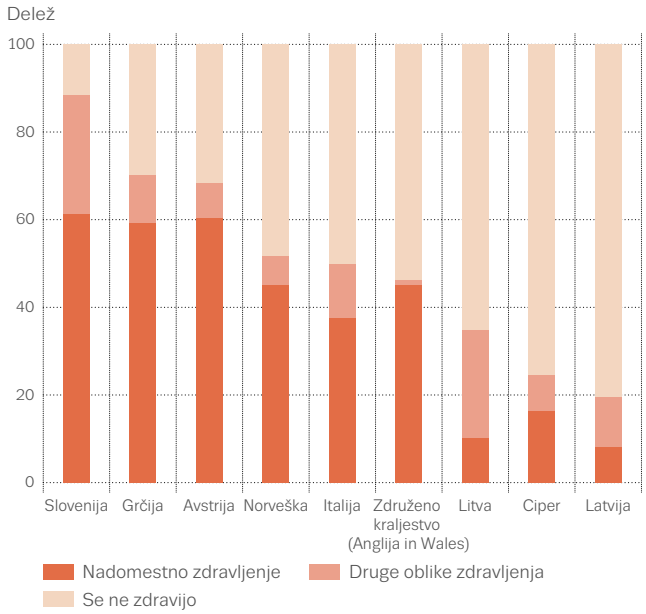
Ker večina uporabnikov, ki se vključijo v zdravljenje odvisnosti od drog, uporablja več kot eno psihoaktivno snov, nekateri od njih pa imajo težave, povezane z uporabo več snovi, imajo velik pomen načrti služb za zdravljenje odvisnosti od drog na področju presojanja in zdravljenja, ki obravnavajo sočasno uporabo več drog. Pri tem je treba upoštevati, da je zlasti pomembno odkrivanje uporabe kombinacij nekaterih snovi zaradi velikega tveganja, ki ga predstavljajo, vključno z večjim tveganjem prevelikega odmerka. Tak primer je uporaba opioidov v kombinaciji z benzodiazepini. Iz analize je razvidno, da je tri četrtine uporabnikov, ki se vključijo v zdravljenje zaradi težav, povezanih z uporabo drog, uradno evidentiranih kot uporabnikov več snovi, pri čemer uporabniki, katerih primarna droga so opioidi, kokain in amfetamini, kot sekundarno drogo najpogosteje navajajo konopljo in alkohol. Številni uporabniki, katerih primarna droga so opioidi, kot sekundarno drogo navajajo tudi kokain.

Sočasni obstoj motenj zaradi uporabe drog in duševnih motenj (pridružena motnja) pomeni soobstoj teh dveh kliničnih stanj pri istem posamezniku. Obstaja tudi povezava med nekaterimi duševnimi motnjami in motnjami zaradi uporabe drog. Zato je soobstoj obeh motenj izziv za službe za zdravljenje odvisnosti od drog in službe za duševno zdravje. V zadnjem pregledu so bile velika depresivna motnja, anksiozne motnje (predvsem panična motnja in posttravmatska stresna motnja) in osebnostne motnje (predvsem disocialna osebnostna motnja in mejna osebnostna motnja) najpogosteje ugotovljene pridružene psihiatrične motnje pri uporabnikih prepovedanih drog. Čeprav je to vprašanje pomembno, je ugotavljanje obsega problematike težavno, saj so razpoložljivi podatki omejeni in raznovrstni.

Obstajajo znaki, da imajo morda ženske, vključene v zdravljenje odvisnosti od drog, kompleksnejše potrebe, zlasti v zvezi s soobstojem motnje zaradi uporabe drog in duševnih motenj ter odgovornostjo za varstvo otrok, ter da se zanje zahtevajo bolj ciljno usmerjene storitve, ki upoštevajo razlike med spoloma. Čeprav ženske skupaj predstavljajo le 20 % uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje (tj. razmerje med moškimi in ženskami je 4 proti 1), se ta delež razlikuje glede na državo,

SLIKA 3.7

Delež rizičnih uporabnikov opioidov na nadomestnem zdravljenju (ocena)

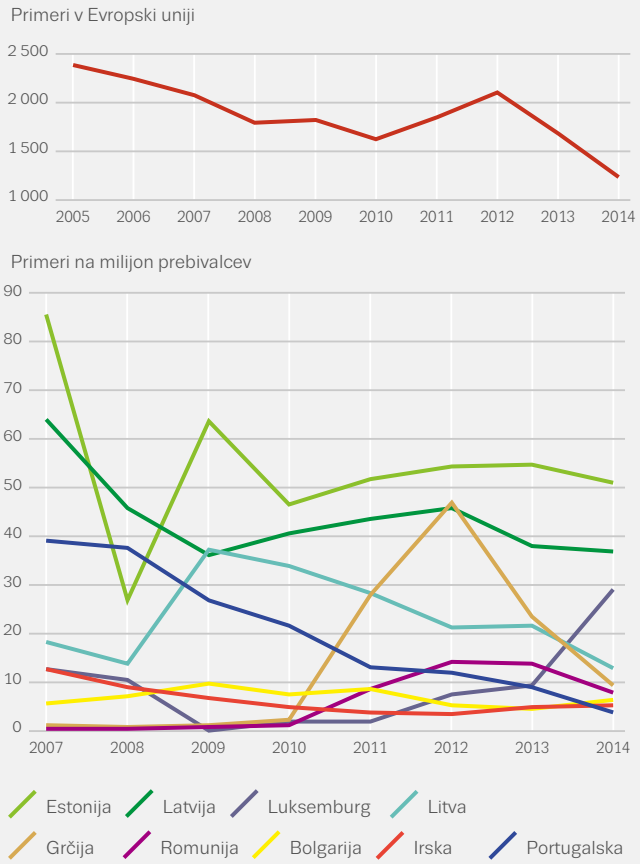


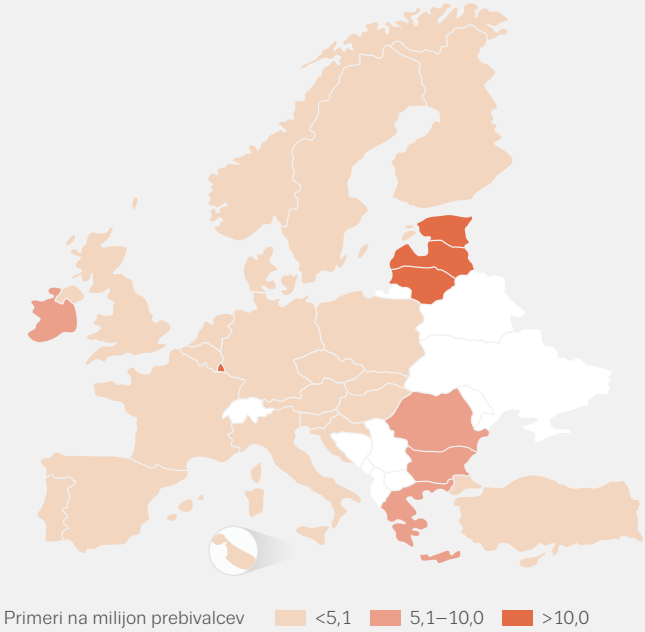
saj se giblje od 5 % do 34 % in je manj izrazit med uporabniki, ki so se začeli zdraviti prvič. Razlogi za manjše število žensk, vključenih v zdravljenje odvisnosti od drog, so različni in lahko vključujejo razlike med spoloma glede razširjenosti problematične uporabe in verjetnosti poročanja problematične uporabe ter težave z dostopom do zagotovljenih storitev in njihovo ustreznostjo.

Ženske, vključene v zdravljenje odvisnosti od drog, lahko imajo kompleksnejše potrebe

SLIKA 3.8

Novo odkriti primeri okužbe z virusom HIV, povezani z vbrizgavanjem drog: splošni in izbrani trendi ter najnovejši podatki





Opomba: Podatki za leto 2014 (vir: ECDC).

Izbruhi okužb z virusom HIV: injicirajoči uporabniki stimulansov

Uporabniki drog in zlasti tisti, ki si drogo vbrizgavajo, so izpostavljeni tveganju okužbe z nalezljivimi boleznimi zaradi skupne uporabe pripomočkov za uporabo drog in nezaščitenih spolnih odnosov. Vbrizgavanje drog ima še naprej osrednjo vlogo pri širjenju okužb, ki se prenašajo s krvjo, kot sta okužba z virusom hepatitisa C (HCV) in v nekaterih državah okužba z virusom humane imunske pomanjkljivosti (HIV). Med vsemi sporočenimi primeri okužbe z virusom HIV v Evropi, pri katerih je način prenosa okužbe znan, delež, ki ga je mogoče pripisati uporabi drog z vbrizgavanjem, ostaja majhen in nespremenjen (v zadnjem desetletju manj kot 8 %). Vendar je bil večji delež zabeležen v Litvi (32 %), Latviji (31 %), Estoniji (28 %) in Romuniji (25 %).

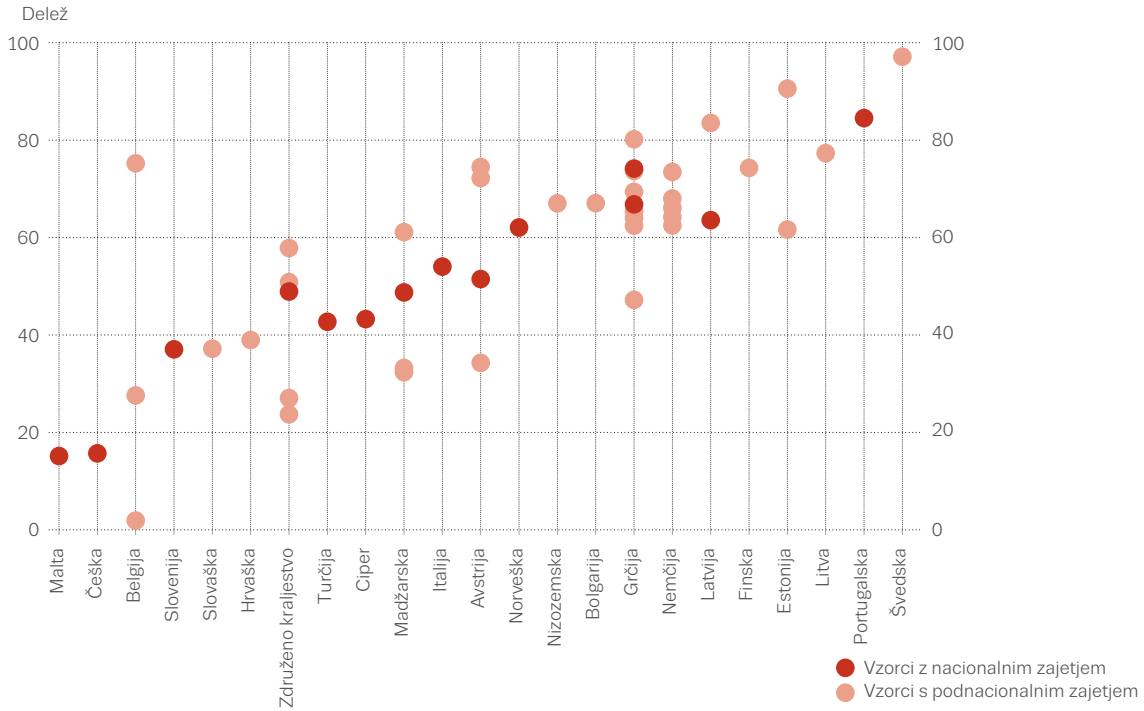
Iz najnovejših podatkov je razvidno, da se dolgoročno zmanjševanje števila novo odkritih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki v Evropski uniji nadaljuje. Leta 2014 je bila povprečna stopnja sporočenih novo odkritih okužb z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi drog z vbrizgavanjem, 2,4 primera na milijon prebivalcev, kar je manj kot polovica povprečne stopnje leta 2005 (5,6 primera na milijon prebivalcev). Vendar je bila višja stopnja zabeležena v več državah, zlasti v Estoniji in Latviji. V Grčiji in Romuniji, kjer so bili v preteklosti zabeleženi lokalni izbruhi, se je stopnja sporočenih novo odkritih okužb od leta 2012 zmanjšala (slika 3.8).

V Evropski uniji je bilo leta 2014 sporočenih 1 236 novo odkritih okužb z virusom HIV, povezanih z vbrizgavanjem drog, kar je najmanjše število sporočenih primerov v več kot desetletju. Kljub temu so bili leta 2015 izbruhi novih okužb z virusom HIV na lokalni ravni med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, zabeleženi na Irskem, v Združenem kraljestvu (Škotska) in Luksemburgu. Številnim od teh zadnjih izbruhov okužb z virusom HIV so bile skupne spremembe v vzorcih uporabe drog, zlasti povečanje vbrizgavanja stimulansov, in visoke ravni marginalizacije.

Leta 2014 je bilo 15 % novih primerov aidsa pripisanih uporabi drog z vbrizgavanjem, pri čemer 590 prijav predstavlja malo več kot četrtino števila primerov, prijavljenih pred desetimi leti. Zgodnja prepoznava bolezni je ključna pri preprečevanju napredovanja okužbe z virusom HIV v aids, kar je zlasti pomembno v primeru injicirajočih uporabnikov, ki so skupina prenašalcev z največjim deležem uporabnikov, ki medicinsko pomoč

SLIKA 3.9

Razširjenost protiteles proti HCV med injicirajočimi uporabniki drog v letih 2013 in 2014



poiščejo v pozni fazi okužbe (61 %). Poleg tega je v nekaterih državah, kot so Grčija, Latvija in Romunija, kjer število novih primerov aidsa ostaja na visoki ravni, morda potrebna okrepitev področij testiranja za virus HIV in zdravljenja okužb s tem virusom.

Težave, povezane z vbrizgavanjem: glavne bolezni

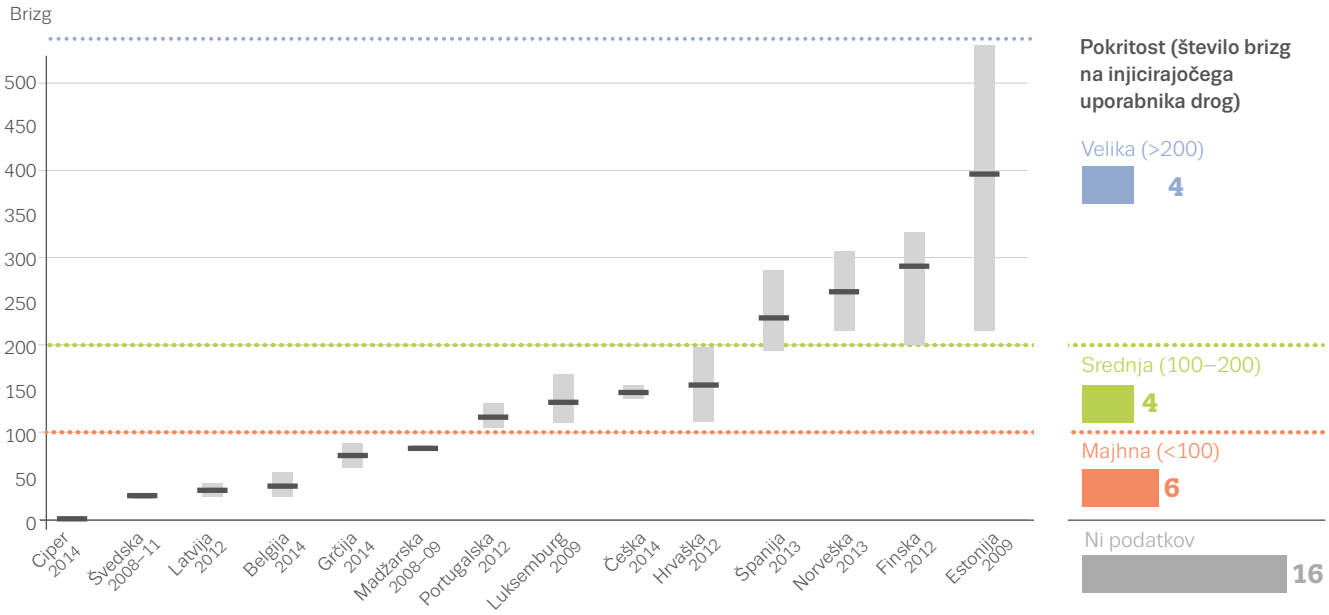
Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. To lahko ima pomembne dolgoročne posledice, saj je okužba z virusom HCV, ki jo pogosto poslabša čezmerno uživanje alkohola, verjetno razlog za naraščajoče število bolezni jeter, vključno s cirozo in rakom jeter, med starajočo se populacijo rizičnih uporabnikov drog.

Raven razširjenosti protiteles proti virusu HCV, ki kaže na okužbo ali preteklo okužbo, v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog se je v letih 2013 in 2014 gibala med 15 % in 84 %, pri čemer je šest od trinajstih držav z nacionalnimi podatki poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (slika 3.9). Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2006–2014 je pet držav opazilo naraščajoč trend ravni razširjenosti protiteles proti HCV med injicirajočimi uporabniki drog, Malta in Norveška pa sta opazili zmanjšanje razširjenosti.

Vbrizgavanje drog je dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, vključno s hepatitisom B, tetanusom in botulizmom. V Evropi, vključno z Norveško in Združenim kraljestvom, so bili med injicirajočimi uporabniki drog med letoma 2013 in 2015 zabeleženi tako skupinski kot občasni primeri botulizma ran. Poleg tega so pogoste bakterijske okužbe mesta vbrizgavanja, saj so na Škotskem leta 2015 poročali o velikem izbruhu okužb mehkega tkiva.

SLIKA 3.10

Število brizg, razdeljenih v okviru specializiranih programov, na injicirajočega uporabnika drog (ocena)



Opomba: Podatki so prikazani kot ocenjene vrednosti in intervali negotovosti.

Nalezljive bolezni: preventivni ukrepi

Glavni pristopi, sprejeti za zmanjšanje nalezljivih bolezni, povezanih z drogo, med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, vključujejo zagotavljanje nadomestnega zdravljenja z opioidi, zagotavljanje opreme za vbrizgavanje, testiranje, zdravljenje za osebe, okužene z virusom hepatitisa C, in protiretrovirusno zdravljenje za osebe, okužene z virusom HIV.

V primeru injicirajočih uporabnikov opioidov nadomestno zdravljenje znatno zmanjšuje tveganje za okužbo, pri čemer nekatere analize kažejo na povečanje zaščitnega učinka, kadar gre za kombinacijo visoke stopnje razširjenosti zdravljenja in obsežnega razdeljevanja injekcijskih brizg.

Ugotovitve kažejo, da lahko programi zamenjave injekcijskih igel in brizg zmanjšajo tvegano vedenje, povezano z vbrizgavanjem, in posledično zmanjšajo prenašanje okužb z virusom HIV med osebami, ki si drogo vbrizgavajo. Čista oprema za vbrizgavanje je na specializiranih mestih brezplačno na voljo v skoraj vseh državah. Vendar se geografska razporeditev mest za razdeljevanje brizg in ocene števila razdeljenih brizg med državami znatno razlikujejo (slika 3.10). Informacije o razdeljevanju brizg v okviru specializiranih programov je predložilo 23 držav, ki skupaj poročajo, da je bilo leta 2014 razdeljenih 36 milijonov brizg. Ta številka je manjša od dejanske, saj več večjih držav, kot so Francija, Nemčija, Italija in Združeno kraljestvo, ne sporočijo popolnih nacionalnih podatkov o razdeljevanju brizg.

Testiranje za nalezljive bolezni in njihovo zdravljenje lahko prispevata k zmanjšanju pojavnosti in razširjenosti okužb med uporabniki drog. Testiranje lahko poveča posameznikovo zavedanje o stanju okužbe in prispeva k zgodnejši vključitvi v zdravljenje. Vendar so stigmatizacija in marginalizacija ter omejeno poznavanje možnosti za pregled in zdravljenje še vedno ovire za vključitev v zdravljenje. Klinični podatki kažejo, da je treba protiretrovirusno zdravljenje začeti takoj po odkritju okužbe z virusom HIV, da se prepreči morebitna nadaljnja oslabitev imunskega sistema.

Pri obravnavi novih vzorcev vbrizgavanja drog in spolnega vedenja, zabeleženih znotraj majhnih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, so pomembni tudi ciljno usmerjeni ukrepi za zmanjševanje škode in ukrepi na področju spolnega zdravja. Poleg zagotavljanja zdravstvene vzgoje, sterilne opreme za vbrizgavanje in v nekaterih primerih predekspozicijske profilakse s protiretrovirusnimi zdravili je lahko zlasti pomembno vzpostavljanje povezav med službami za zdravljenje odvisnosti od drog in službami za spolno zdravje.

Hepatitis C: nove oblike zdravljenja

Preventivni ukrepi zoper prenašanje hepatitisa C so podobni tistim za virus HIV. Glede na to, da so okužbe z virusom HCV zelo razširjene med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, je zmanjšanje števila oseb, ki so lahko prenašalci okužbe, z zagotavljanjem zdravljenja okužbe z virusom HCV ključen del celovitega preventivnega odziva. Nove evropske smernice priporočajo, da se uporabnikom drog zdravljenje okužbe z virusom HCV zagotavlja posamično in v večdisciplinarnem okolju. Od leta 2013 so na voljo povsem peroralni režimi zdravljenja brez interferona s protivirusnimi zdravili z neposrednim delovanjem, ki postajajo temelj zdravljenja okužb z virusom HCV. Ta zdravila so zelo učinkovita, zahtevajo krajše zdravljenje in imajo manj stranskih učinkov kot starejša zdravila. Poleg tega se lahko zdravljenje s temi zdravili zagotavlja v okviru specialističnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog na ravni skupnosti, kar lahko poveča število vključitev v zdravljenje in njegovo razpoložljivost.

Nova zdravila za zdravljenje okužb z virusom HCV so v primerjavi s starejšimi dražja. Center EMCDDA je v raziskavi 21 držav EU leta 2015 ugotovil, da je bil povprečni referenčni strošek trimesečnega zdravljenja z novimi zdravili približno 60 000 EUR, medtem ko je bil strošek zdravljenja z zdravili prejšnje generacije med 17 000 in 26 000 EUR. Glede na veliko razširjenost okužb z virusom HCV med injicirajočimi uporabniki drog je zagotavljanje optimalnega dostopa do obetavnih novih zdravil še naprej ključen izziv za oblikovalce politik.

Zdravje v zaporih: potreben je celostni odziv

Zaporniki poročajo o višji stopnji uporabe drog kadar koli v življenju kot splošno prebivalstvo in škodljivejših vzorcih uporabe, kot ponazarjajo nedavne študije, v katerih se poroča, da si je med 6 % in 48 % zapornikov v življenju že vbrizgavalo droge. Zaporniki so zaradi velike razširjenosti uporabe drog kadar koli v življenju populacija s kompleksnimi potrebami po zdravstveni oskrbi, pomemben ukrep pa je temeljita ocena zdravstvenega stanja ob prihodu v zapor. SZO za zapore priporoča sveženj preventivnih ukrepov, vključno z brezplačnim in prostovoljnim testiranjem za nalezljive bolezni, razdeljevanjem kondomov in sterilne opreme za vbrizgavanje, zdravljenjem nalezljivih bolezni in zdravljenjem odvisnosti od drog.

Številne države imajo vzpostavljena medagencijska partnerstva med zaporniškimi zdravstvenimi službami in ponudniki v skupnosti, ki zagotavljajo izvajanje zdravstvene vzgoje in zdravljenja v zaporih ter stalno oskrbo ob prihodu v zapor in po izpustitvi iz njega. O razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja z opioidi v zaporih poroča 27 od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA. Na splošno se zdi, da je nadomestno zdravljenje dosegljivo vse večjemu deležu zaporniške populacije, s čimer se vse bolj izraža vsesplošna razpoložljivost tega ukrepa v skupnosti. Zagotavljanje čiste opreme za vbrizgavanje je manj pogosto, saj o razpoložljivosti programov zamenjave injekcijskih igel in brizg v zaporih poročajo le tri države.

Bolnišnični nujni primeri: vpogled v akutne težave

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih omogočajo edinstven vpogled v akutne zdravstvene težave. V analizi Evropske mreže za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN) iz leta 2014, ki spremlja nujne primere, povezane z drogami, v 16 izbranih kontrolnih bolnišnicah v 10 evropskih državah, je bilo ugotovljeno, da so večino od 5 409 primerov, o katerih se je poročalo, predstavljali moški (76 %) in mladi odrasli (povprečna starost je bila 32 let pri moških in 28 let pri ženskah). O heroinu se je poročalo v 24 %, kokainu v 17 % in konoplji v 16 % primerov.

V številnih nujnih primerih je bila odkrita uporaba več kot ene droge, saj je bilo med 5 409 primeri odkritih 8 358 drog (slika 3.11). Dve tretjini primerov je bilo povezanih z uporabo uveljavljenih drog, kot so heroin, kokain, konoplja, amfetamini in MDMA, ena četrtina jih je bila povezana z zdravili na recept ali brez recepta (najpogosteje opioidi in benzodiazepini), 6 % pa jih je bilo povezanih z novimi psihoaktivnimi snovmi. Heroin je bil skupno najpogosteje navedena droga in najpogosteje navedeni opioid (67 % navedenih opioidov), sledila pa sta mu metadon (12 %) in buprenorfin (5 %), pri čemer se vzorci razlikujejo glede na bolnišnico. Več kot tri četrtine nujnih primerov zaradi novih psihoaktivnih snovi je bilo povezanih z katinoni, dve tretjini od teh pa je vključevalo mefedron.

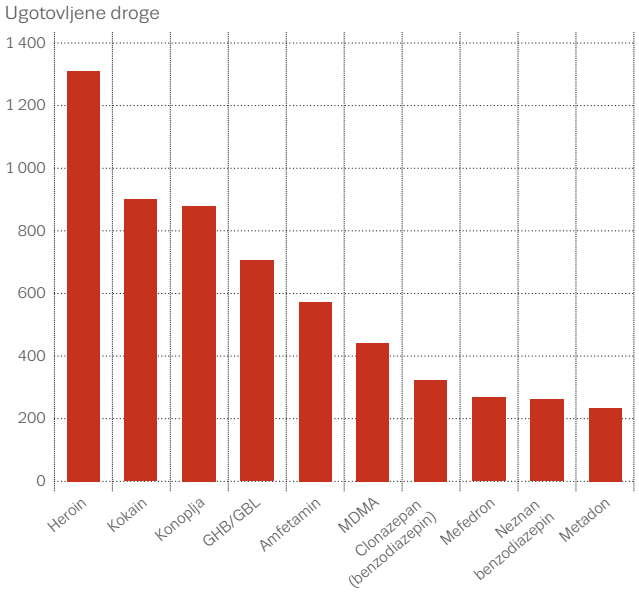
Droge, povezane z nujnimi primeri, so se razlikovale glede na bolnišnico, kar kaže lokalne vzorce rizične uporabe drog. S heroinom in amfetaminom povezani nujni primeri so bili na primer najpogostejši v Oslu, medtem ko so primeri, povezani z GHB/GBL, kokainom, mefedronom in MDMA, prevladovali v Londonu, kar je posledica lokalnih vzorcev uporabe, povezane z rekreativnim nočnim življenjem.

Večina (79 %) tistih, ki so poiskali medicinsko pomoč zaradi težav, povezanih z drogo, je bila iz bolnišnice odpuščena v 12 urah. Skupaj je bilo zabeleženih 27 smrtnih primerov (0,5 % vseh primerov), od katerih jih je bila večina povezana z opioidi.

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih omogočajo edinstven vpogled v akutne zdravstvene težave

SLIKA 3.11

Deset najpogosteje evidentiranih drog v okviru nujne medicinske pomoči v izbranih bolnišnicah leta 2014



Opomba: Rezultati iz 5 409 primerov nujne medicinske pomoči v 16 izbranih bolnišnicah v desetih evropskih državah.
Vir: European Drug Emergencies Network (Euro-DEN).

Malo držav ima vzpostavljene nacionalne sisteme spremljanja, ki omogočajo analizo trendov na področju akutnih zastrupitev, povezanih z drogo. Poročila držav, ki izvajajo dolgoročno spremljanje, kažejo, da se število s heroinom povezanih nujnih primerov povečuje v Združenem kraljestvu ter zmanjšuje na Češkem in Danskem. Slednji dve državi sta poročali o povečanju števila nujnih primerov, povezanih z drugimi opioidi. Stalno povečevanje števila akutnih nujnih primerov, povezanih s konopljo, je bilo opaženo v Španiji, medtem ko Nizozemska poroča o povečevanju števila primerov zastrupitev z MDMA na postajah prve pomoči na festivalih in števila akutnih zastrupitev, povezanih z novo psihoaktivno snovjo 4-FA (4-fluoroamfetamin).

Nove droge: izzivi na področju zdravja

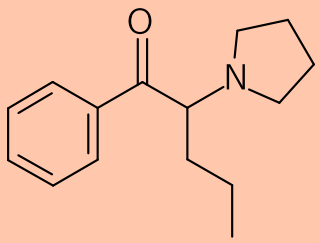
Nove snovi so povezane s številnimi resnimi težavami v Evropi, vključno z akutnimi zastrupitvami in smrtnimi primeri. Obstajajo tudi težave, povezane z vzorci vbrizgavanja drog, zlasti stimulansov, kot so mefedron, alfa-PVP, MDPV in pentedron. Čeprav so množične zastrupitve redke, lahko močno obremenijo sisteme zdravstvenega varstva. V enem od takih primerov, o katerem so leta 2015 poročali na Poljskem, so bili sintetični kanabinoidi povezani z več kot 200 primeri nujne medicinske pomoči v bolnišnicah v manj kot enem tednu.

Zaradi resnih težav, povezanih z uporabo nove snovi, je bilo od začetka leta 2014 objavljenih 34 opozoril za javno zdravje, ki jih center EMCDDA izda članom sistema EU za zgodnje opozarjanje. V tem obdobju je bila ocena tveganja opravljena za sedem novih snovi. Pred kratkim so se pojavili pomisleki v zvezi z novimi opioidi, kot je acetilfentanil, ki je bil leta 2015, po ugotovljeni povezanosti z 32 smrtnimi primeri, obravnavan v skupnem poročilu centra EMCDDA in Europola. Številni fentanili imajo zelo močan učinek in jih je mogoče nepazljivim uporabnikom prodati kot heroin, zaradi česar predstavljajo veliko tveganje prevelikega odmerka in smrti.

Odzivi na nove droge: ključni ukrepi

Na splošno je iz poročil razvidno, da obstoječi ukrepi preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode v zvezi s težavami, povezanimi z uveljavljenimi drogami, zadostujejo tudi za potrebe uporabnikov novih drog ali pa jim jih je mogoče enostavno prilagoditi. Težave, povezane z uporabo novih psihoaktivnih snovi in drugih drog, kot so GHB, ketamin in mefedron, kljub temu predstavljajo posebne izzive v številnih okoljih, kot so zapori, ambulante za spolno zdravje in službah za izvajanje programov za zmanjševanje. Poročila o izzivih, s katerimi se je bilo treba spoprijemati pri zagotavljanju ukrepov, osredotočenih na te snovi, vključujejo ocenjevanje težko dosegljive populacije, ki uporablja droge (npr. moški, ki imajo spolne odnose z moškimi), obvladovanje kaotičnega vedenja pri vbrizgavanju drog v ranljivih skupinah in podporo v primeru akutnih psihotičnih epizod, povezanih z uporabo novih drog med zaporniki. V teh posebnih primerih je pomemben razvoj ukrepov, ki so osredotočeni zlasti na uporabo novih drog in s tem povezane zdravstvene težave, vključno z na primer ciljno usmerjenim gradivom in svetovanjem v zvezi z zmanjševanjem škode ter smernicami za specialistično zdravljenje.

Ocena tveganja za alfa-PVP



Novembra 2015 je bila za alfa-PVP (alfa-pirolidinopentiofenon) izvedena ocena tveganja na evropski ravni. Alfa-PVP je sintetični katinon in močan psihostimulans ter je podoben MDPV. Na trgu drog v Evropski uniji je na voljo vsaj od februarja 2011, odkrili pa so ga v vseh 28 državah članicah. Prisotnost alfa-PVP je bila ugotovljena v 191 akutnih zastrupitvah in 115 smrtnih primerih. V 20 % smrtnih primerov je bil naveden kot vzrok ali delni vzrok smrti, pri čemer je bila v petih od teh primerov to edina ugotovljena droga v telesu.

Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: nedavno povečanje števila teh primerov

Uporaba drog je znan vzrok umrljivosti med odraslimi v Evropi, ki se ji je mogoče izogniti. Študije o kohortah rizičnih uporabnikov drog na splošno kažejo splošne ravni umrljivosti med 1 % in 2 % letno. Na splošno je pri uporabnikih opioidov v Evropi pet- do desetkrat večja verjetnost smrti kot pri njihovih vrstnikih iste starosti in istega spola. Povečana raven umrljivosti med uporabniki opioidov je predvsem posledica prevelikih odmerkov, vendar so pomemben dejavnik tudi drugi, z uporabo droge posredno povezani vzroki smrti, kot so okužbe, nesreče, nasilje in samomori.

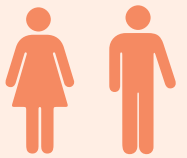
V Evropi je prevelik odmerek drog še vedno glavni vzrok smrti med uporabniki drog, tri četrtine žrtev prevelikega odmerka pa je moških (78 %). Večina držav EU je poročala o povečevanju števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka od leta 2003 do približno obdobja 2008–2009, ko se je splošna raven začela zniževati. Podatke o prevelikih odmerkih, zlasti skupne vrednosti za EU, je treba iz več razlogov razlagati previdno, med drugim zaradi sistematičnega neprijavljanja v nekaterih državah in prijavnih postopkov, ki povzročajo zamude pri prijavljanju. Letne ocene zato predstavljajo začasno najnižjo vrednost. Ocenjuje se, da je bilo v Evropski uniji leta 2014 vsaj 6 800 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. To pomeni povečanje glede na popravljen podatek za leto 2013, pri čemer Združeno kraljestvo (36 %) in Nemčija (15 %) podobno kot v prejšnjih letih skupaj predstavljata velik del celotnega števila. Povečanje je razvidno iz najnovejših podatkov iz številnih držav z razmeroma zanesljivimi sistemi poročanja, med drugim iz Irske, Litve in Združenega kraljestva. Občutno povečanje je mogoče opaziti tudi na Švedskem, čeprav je to morda delno posledica vključitve nekaterih primerov oseb, starih 50 let in več, ki niso povezani z uporabo prepovedanih drog. Veliko povečanje je mogoče opaziti tudi v Turčiji, kar pa je lahko deloma posledica izboljšanja poročevalskih praks.

V skladu s staranjem populacije uporabnikov opioidov v Evropi, pri kateri je tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka drog največje, se je število sporočenih smrtnih

Pri uporabnikih opioidov v Evropi je pet- do desetkrat večja verjetnost smrti kot pri njihovih vrstnikih

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

Značilnosti



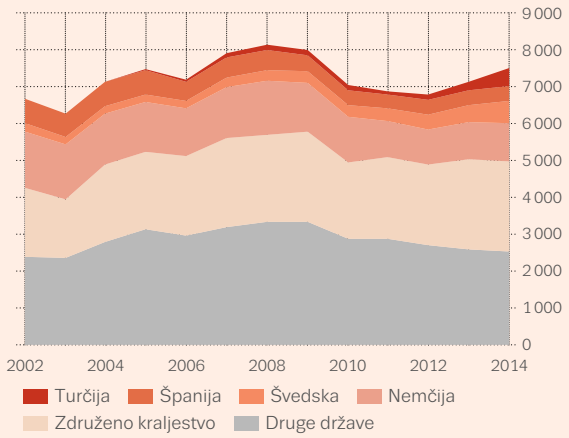
Povprečna starost ob smrti

38

Smrtni primeri, pri katerih so bili prisotni opioidi

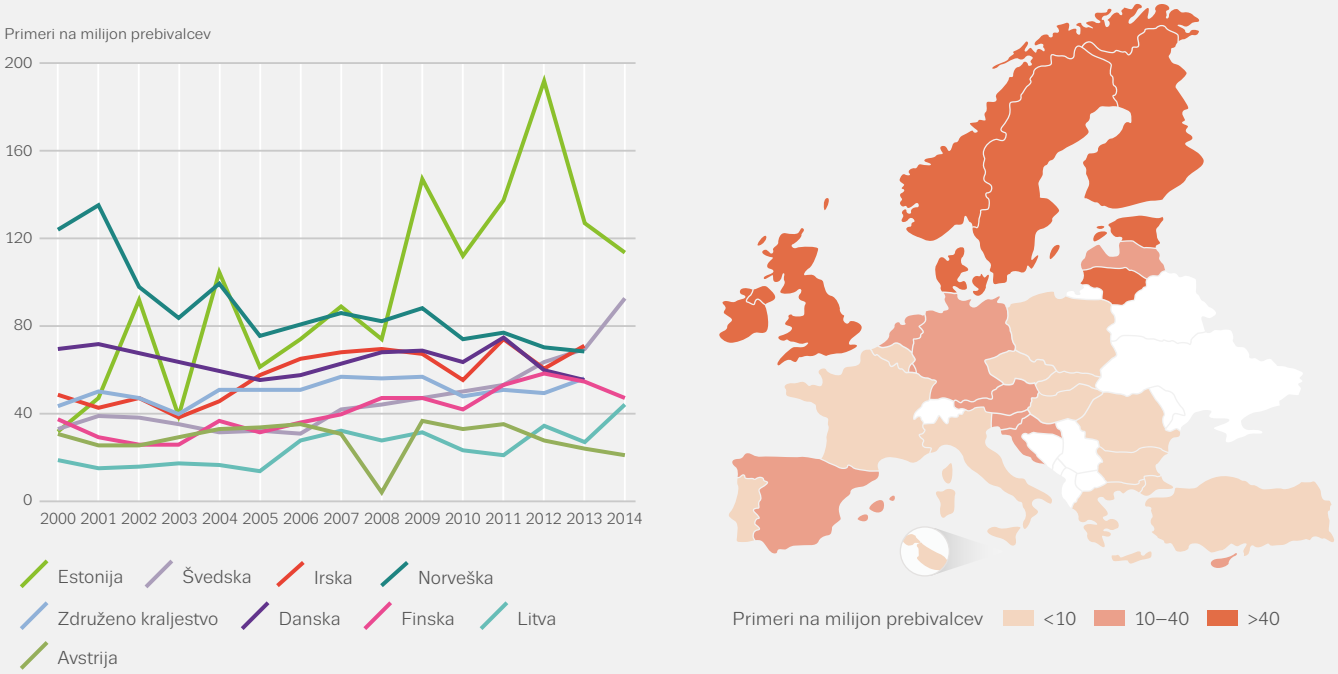
Starost ob smrti

Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



SLIKA 3.12

Stopnje umrljivosti zaradi drog med odraslimi (15–64 let): izbrani trendi in najnovejši podatki



Opomba: Trendi v devetih državah, ki so v letih 2014 in 2013 poročale o najvišjih številkah.

primerov v obdobju 2006–2014 zaradi prevelikega odmerka v starejših starostnih skupinah povečalo, medtem ko se je v mlajših starostnih skupinah zmanjšalo. Vendar se je nedavno v nekaterih državah nekoliko povečalo število sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med osebami, mlajšimi od 25 let.

Heroin ali njegovi presnovki so prisotni pri večini prijavljenih prevelikih odmerkov v Evropi, ki se končajo s smrtjo, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi. V toksikoloških poročilih je mogoče pogosto zaslediti tudi druge opioide, vključno z metadonom, buprenorfinom, fentanili in tramadolom, ki se v nekaterih državah povezujejo s precejšnjim deležem smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. Med 1 786 z opioidi povezanimi smrtnimi primeri, ki so bili leta 2014 zabeleženi v Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), je bil metadon naveden v 394, tramadol pa v 240 primerih. Med druge države, ki poročajo o prisotnosti opioidov, ki niso heroin, pri prevelikih odmerkih, ki se končajo s smrtjo, spadajo Francija in Irska (predvsem metadon) ter Finska, kjer je bil buprenorfin leta 2014 naveden v 75 primerih.

Stimulansi, kot so kokain, amfetamini, MDMA in katinoni, so povezani z manjšim številom smrtnih primerov v Evropi, čeprav se njihov pomen med državami razlikuje. V Združenem kraljestvu (Anglija in Wales) se je število smrtnih primerov, povezanih s kokainom, s 169 leta 2013 povečalo na 247 leta 2014. V Španiji, kjer se število s kokainom povezanih smrtnih primerov nekaj let ni spreminjalo, je bila leta 2013 to še vedno druga najpogosteje navedena droga pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka (236 primerov).

Ravni umrljivosti so najvišje v severni Evropi

Za leto 2014 se stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 18,3 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Nacionalne ravni umrljivosti se zelo razlikujejo, nanje pa vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uporabe drog ter metodološka vprašanja, kot sta neprijavljanje in šifriranje. O stopnji, ki presega 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, je poročalo osem držav, pri čemer je ta stopnja najvišja v Estoniji (113 na milijon prebivalcev), na Švedskem (93 na milijon prebivalcev) in Irskem (71 na milijon prebivalcev) (slika 3.12). Najnovejši podatki kažejo spremenljive trende.

Preprečevanje prevelikih odmerkov in z drogami povezanih smrtnih primerov

Zmanjševanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog in drugih z drogami povezanih smrtnih primerov je velik izziv na področju javnega zdravja v Evropi. Ciljno usmerjeni odzivi na tem področju se osredotočajo na preprečevanje pojava prevelikih odmerkov ali izboljšanje verjetnosti preživetja v primeru prevelikega odmerka. Zdravljenje odvisnosti od drog, zlasti nadomestno zdravljenje z opioidi, preprečuje prevelike odmerke in zmanjšuje tveganje umrljivosti uporabnikov drog, vključenih v zdravljenje. Nadzorovani prostori za uporabo drog so namenjeni preprečevanju prevelikih odmerkov in zagotavljanju strokovne pomoči, kadar se pojavijo. Take prostore, ki jih je skupaj trenutno približno 70, zdaj zagotavlja šest držav.

Zdravilo nalokson je antagonist opioidov, ki lahko prepreči prevelik odmerek, uporabljajo pa ga oddelki za nujno medicinsko pomoč in reševalno osebje. V zadnjih letih se je poleg usposabljanja o prepoznavanju pojava prevelikega odmerka in odzivanju nanj povečal obseg zagotavljanja naloksona za domačo uporabo uporabnikom opioidov, njihovim partnerjem, prijateljem in družinam. Nalokson je zdaj za uporabo na voljo tudi osebju služb, ki so redno v stiku z uporabniki drog. V zadnjem evropskem pregledu je bilo ugotovljeno, da so programi na podlagi naloksona za domačo uporabo zdaj na voljo v osmih evropskih državah. Komplete naloksona navadno zagotavljajo službe za zdravljenje odvisnosti in zdravstvene službe, in sicer v obliki predhodno napolnjenih brizg, čeprav je na Norveškem in Danskem ob uporabi posebnega pripomočka mogoča tudi nazalna uporaba. Pri zadnjem sistematičnem pregledu učinkovitosti naloksona za domačo uporabo je bilo dokazano, da ukrepi na področju izobraževanja in usposabljanja ob zagotavljanju naloksona za domačo uporabo prispevajo k zmanjšanju umrljivosti, povezane s prevelikimi odmerki. To lahko koristi zlasti nekaterim populacijam z večjim tveganjem prevelikega odmerka, kot so osebe, ki so bile nedavno izpuščene iz zapora. V nedavni škotski oceni nacionalnega naloksonskega programa je bilo ugotovljeno, da je povezan s 36-odstotnim zmanjšanjem deleža z opioidi povezanih smrtnih primerov v prvem mesecu po izpustu iz zapora.

Storitve za zmanjšanje povpraševanja: standardi kakovosti

Ko so storitve za zmanjšanje povpraševanja po drogah postale bolj razširjene, se je vse bolj poudarjala njihova kakovost, kar je privedlo do sprejetja „minimalnih standardov kakovosti pri zmanjševanju povpraševanja po drogah v Evropski uniji“ na zasedanju Sveta ministrov EU septembra 2015. Šestnajst standardov za preprečevanje, zdravljenje, zmanjševanje škode in socialno reintegracijo določa minimalna merila kakovosti za ukrepe. Novosprejeti standardi predstavljajo velik napredek na področju drog na ravni EU, saj združujejo strokovno znanje in politično odločanje v 28 državah. Standardi krepijo potrebo po ukrepih, ki temeljijo na dognanjih, in zagotavljanju ustreznega usposabljanja osebja. Poleg tega omogočajo izmenjavo dobrih praks na evropski ravni in spodbujajo izmenjavo znanja.

Razumevanje stroškov ukrepov, povezanih z drogami

Razumevanje stroškov ukrepov, povezanih z drogami, je pomemben vidik ocene politike. Kljub temu so razpoložljive informacije o javnih izdatkih, povezanih z drogami, na lokalni in nacionalni ravni v Evropi še naprej skope in različne. V 18 državah, ki so v zadnjih desetih letih pripravile ocene, se ocenjuje, da javni izdatki, povezani z drogami, pomenijo od 0,01 % do 0,5 % bruto domačega proizvoda (BDP), pri čemer zdravstveni ukrepi predstavljajo od 15 % do 53 % vseh javnih izdatkov, povezanih z drogami.

Glede na zadnjo oceno je zagotavljanje bolnišničnega zdravljenja za zdravstvene težave, povezane z drogo, v 15 državah z razpoložljivimi podatki povprečno predstavljalo 0,013 % BDP. Vendar se je ta delež med državami precej razlikoval. Za celovitejšo oceno stroškov bolnišničnega zdravljenja zdravstvenih težav, povezanih z drogo, bi bilo potrebno bolj sistematično evidentiranje nujnih primerov.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2016

Comorbidity of substance use and mental disorders, Perspektive na področju drog.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Spoznanja centra EMCDDA.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Spoznanja centra EMCDDA.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Hitra obvestila.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, študija centra EMCDDA.

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, študija centra EMCDDA.

Prevention of addictive behaviours, Spoznanja centra EMCDDA.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Spoznanja centra EMCDDA.

Drug consumption room, Perspektive na področju drog.

Psychosocial interventions, Perspektive na področju drog.

Poročila o oceni tveganja
MT-45 [Sklep Sveta 2015/1873/EU].
4,4'-DMAR [Sklep Sveta 2015/1873/EU].

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Perspektive na področju drog.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspektive na področju drog.

Internet-based drug treatment, Perspektive na področju drog.

Poročila o oceni tveganja
MDPV [Sklep Sveta 2015/1875/EU].
Methoxetamine [Sklep Sveta 2015/1875/EU].
25I-NBOMe [Sklep Sveta 2015/1875/EU].
AH-7921 [Sklep Sveta 2015/1875/EU].
4-methylamphetamine [Sklep Sveta 2015/1875/EU].
5-(2-aminopropyl)indole [Sklep Sveta 2015/1876/EU].

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Perspektive na področju drog.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspektive na področju drog.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematski prispevek.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspektive na področju drog.

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspektive na področju drog.

2012

Zmanjševanje povpraševanja po drogah: splošni dokazi o lokalnih ukrepih, Problem drog.

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

New heroin-assisted treatment, Spoznanja centra EMCDDA.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, izbrano vprašanje.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Spoznanja centra EMCDDA.

2011

European drug prevention quality standards, priročnik.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, izbrano vprašanje.

Poročilo o oceni tveganja Mephedrone [Sklep Sveta 2010/759/EU].

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Vse publikacije so na voljo na www.emcdda.europa.eu/publications

Priloga

Nacionalni podatki o ocenah razširjenosti uporabe drog, vključno z zelo tvegano uporabo opioidov, nadomestnim zdravljenjem, vključenih v zdravljenje, podatki o začetku zdravljenja, uporabo drog z vbrizgavanjem, smrtnimi primeri zaradi drog, nalezljivimi boleznimi, povezanimi z drogo, razdeljevanjem brizg in zasegi. Podatki so povzeti iz obširnejših podatkov iz Statističnega biltena 2016 centra EMCDDA, v katerem je mogoče najti opombe in metapodatke. Navedena so leta, na katera se podatki nanašajo.

PREGLEDNICA A1

OPIOIDI

	Ocena zelo tvegane uporabe opioidov		Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom						Uporabniki na nadomestnem zdravljenju
			Uporabniki storitev zdravljenja zaradi opioidov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi opioidov, ki si drogo vbrizgavajo			
			Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	
Država	Leto ocene	Primerov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	število
Belgija	–	–	28,9 (3 079)	11,5 (434)	37,5 (2 352)	18,4 (541)	12 (51)	19,3 (431)	17 026
Bolgarija	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 414
Češka	2014	1,4–1,8	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danska	–	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	33,9 (193)	23 (20)	–	2 600
Nemčija	2013	2,7–3,2	34,9 (29 655)	13,1 (3 304)	44 (26 351)	34,1 (11 225)	32,2 (1 460)	34,4 (9 765)	77 500
Estonija	–	–	90 (253)	89,5 (51)	97,3 (179)	78,8 (197)	64,7 (33)	83,2 (149)	919
Irska	–	–	49,8 (4 745)	27,5 (1 036)	65,5 (3 456)	42,2 (1 908)	35,7 (362)	43,6 (1 441)	9 764
Grčija	2014	2,1–2,8	69,2 (3 250)	55,3 (1 060)	78,9 (2 176)	33,4 (1 078)	27,7 (291)	36,3 (786)	10 226
Španija	2013	1,6–2,5	24,8 (12 863)	10,9 (3 066)	42,1 (9 515)	15,8 (1 916)	9,9 (282)	17,7 (1 608)	61 954
Francija	2013–14	4,4–7,4	30,5 (12 634)	13,8 (1 240)	44,5 (8 662)	19,9 (2 119)	13,8 (155)	22 (1 620)	161 388
Hrvaška	2010	3,2–4	79,9 (6 241)	19,9 (210)	89 (5 516)	73,3 (4 529)	44,9 (88)	74,3 (4 063)	6 867
Italija	2014	4,6–5,8	56 (28 671)	40,6 (7 416)	64,5 (21 255)	47,2 (13 209)	45,9 (2 992)	58,4 (10 217)	75 964
Ciper	2014	1,5–2,4	25,4 (271)	11,5 (65)	42,2 (204)	56,8 (154)	50,8 (33)	59,3 (121)	178
Latvija	2014	3,4–7,5	46,2 (382)	24,7 (102)	67,8 (280)	91 (343)	87,1 (88)	92,4 (255)	518
Litva	2007	2,3–2,4	88,2 (1 905)	66,6 (227)	92,6 (1 665)	84,4 (1 607)	84,6 (192)	84,3 (1 402)	585
Luksemburg	2007	5–7,6	53,9 (146)	46,4 (13)	51 (100)	50,3 (72)	15,4 (2)	52 (51)	1 121
Madžarska	2010–11	0,4–0,5	4,2 (196)	1,6 (51)	9,5 (118)	60,2 (109)	55,1 (27)	63,5 (73)	745
Malta	2014	5,3–6,2	72,8 (1 277)	27,5 (58)	79 (1 219)	63,4 (786)	47,3 (26)	64,1 (760)	1 013
Nizozemska	2012	1,1–1,5	10,5 (1 113)	5,7 (346)	16,9 (767)	6,5 (44)	9,3 (18)	5,4 (26)	7 569
Avstrija	2013	4,9–5,1	50,8 (1 737)	29,2 (435)	67,3 (1 302)	35,9 (479)	23,1 (79)	40,3 (400)	17 272
Poljska	2009	0,4–0,7	14,8 (1 061)	4,7 (162)	25 (877)	61,5 (632)	39,1 (61)	65,1 (555)	2 586
Portugalska	2012	4,2–5,5	53,8 (1 538)	26,3 (357)	78,8 (1 180)	18,3 (255)	12,5 (39)	19,9 (216)	16 587
Romunija	–	–	41,8 (1 094)	15,1 (211)	74 (852)	92,4 (1 007)	85,7 (180)	94 (799)	593
Slovenija	2013	3,4–4,1	75,9 (318)	55,5 (61)	83,1 (250)	32,3 (101)	20,7 (12)	35,7 (89)	3 190
Slovaška	2008	1–2,5	21,9 (543)	12,7 (147)	30,5 (387)	71,2 (376)	55,9 (81)	76,8 (288)	375
Finska	2012	3,8–4,5	57,8 (372)	41,9 (111)	68,9 (261)	79,1 (291)	68,2 (75)	83,7 (216)	3 000
Švedska	–	–	24,7 (7 737)	14,7 (1 680)	30,2 (5 838)	62,1 (175)	20 (4)	47,4 (27)	3 502
Združeno kraljestvo	2010–11	7,9–8,4	52,1 (50 592)	23,2 (7 911)	68 (42 045)	33,3 (15 380)	20,8 (1 217)	35 (13 892)	148 868
Turčija	2011	0,2–0,5	70,3 (7 476)	61,1 (3 420)	80,6 (4 056)	30 (2 243)	20,5 (702)	38 (1 541)	28 656
Norveška	2013	2–4,2	23 (1 974)	–	–	–	–	–	7 433
Evropska unija	**–**	**–**	**39,2 (175 586)**	**18,6 (30 396)**	**52,6 (139 628)**	**37,8 (60 910)**	**31,4 (8 248)**	**40,4 (50 978)**	**644 324**
EU, Turčija in Norveška	**–**	**–**	**39,6 (185 036)**	**20,0 (33 816)**	**53,2 (143 684)**	**37,4 (63 153)**	**30,2 (8 950)**	**40,3 (52 519)**	**680 413**

Podatki o uporabnikih, vključenih v nadomestno zdravljenje, so za leto 2014 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Danska in Finska, leto 2011; Turčija, leto 2012; Španija in Malta, leto 2013; podatki o Irski temeljijo na popisu, izvedenem 31. decembra 2013.

PREGLEDNICA A2

KOKAIN

	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska	Cocaine clients as % of treatment entrants			% cocaine clients injecting (main route of administration)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, ki si drogo vbrizgavajo	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se zdravijo	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država		%≤Ω	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,9	2	17 (1 809)	16,7 (628)	16,9 (1 058)	4,9 (84)	1,2 (7)	6,1 (60)
Bolgarija	2012	%	0,3	4	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Češka	2014			1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska	2013	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Nemčija	2012	3,4	1,6	3	5,9 (4 978)	5,3 (1 340)	6,1 (3 638)	16,9 (2 650)	7,8 (292)	19,8 (2 358)
Estonija	2008	–	1,3	2	0,4 (1)	–	–	–	–	–
Irska	2011	6,8	2,8	3	8,7 (828)	11,2 (424)	6,8 (358)	1,4 (11)	0,5 (2)	2,6 (9)
Grčija	2004	0,7	0,2	1	5,1 (239)	5,2 (100)	5 (139)	14,7 (35)	6 (6)	21 (29)
Španija	2013	10,3	3,3	3	38,2 (19 848)	38 (10 734)	38,6 (8 726)	2,3 (426)	1,2 (128)	3,5 (291)
Francija	2014	5,4	2,4	4	6,1 (2 530)	5,4 (489)	7,7 (1 508)	9,9 (224)	2,6 (12)	13,7 (186)
Hrvaška	2012	2,3	0,9	2	1,7 (132)	3,1 (33)	1,5 (90)	3,1 (4)	3,4 (1)	3,3 (3)
Italija	2014	7,6	1,8	2	23,7 (12 165)	27,4 (5 006)	21,7 (7 159)	6,2 (739)	4,7 (227)	7,4 (512)
Ciper	2012	1,3	0,6	4	10,3 (110)	7,1 (40)	14,1 (68)	9,2 (10)	7,5 (3)	10,4 (7)
Latvija	2011	1,5	0,3	4	0,7 (6)	1,2 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2012	0,9	0,3	2	0,2 (5)	0,3 (1)	0,2 (4)	20 (1)	0 (0)	25 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19,9 (54)	25 (7)	18,4 (36)	34,7 (17)	50 (3)	31,4 (11)
Madžarska	2007	0,9	0,4	2	1,8 (86)	1,9 (59)	1,9 (23)	5,9 (5)	1,7 (1)	17,4 (4)
Malta	2013	0,5	–	4	15,9 (279)	40,3 (85)	12,6 (194)	21,9 (60)	9,4 (8)	27,5 (52)
Nizozemska	2014	5,1	3,0	2	26,3 (2 791)	22 (1 344)	31,9 (1 447)	0,2 (4)	0,1 (1)	0,3 (3)
Avstrija	2008	2,2	1,2	–	8,4 (288)	9,7 (145)	7,4 (143)	4,2 (10)	1,6 (2)	7,2 (8)
Poljska	2014	1,3	0,4	3	1,4 (98)	1,3 (44)	1,5 (51)	1,1 (1)	0 (0)	2,1 (1)
Portugalska	2012	1,2	0,4	4	13,5 (385)	17,5 (237)	9,8 (147)	5,7 (20)	2,8 (6)	10,4 (14)
Romunija	2013	0,8	0,2	2	0,8 (21)	1,1 (15)	0,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	1,2	3	6 (25)	5,5 (6)	6,3 (19)	62,5 (15)	16,7 (1)	77,8 (14)
Slovaška	2010	0,6	0,4	1	0,9 (23)	1,4 (16)	0,6 (7)	4,3 (1)	6,3 (1)	0 (0)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Švedska	2008	3,3	1,2	1	0,9 (284)	1,6 (189)	0,5 (87)	3,1 (1)	0 (0)	0 (0)
Združeno kraljestvo ([1])	2014	9,8	4,2	2	12,6 (12 236)	16,9 (5 752)	10,4 (6 399)	1,4 (161)	0,3 (16)	2,3 (144)
Turčija	–	–	–	–	1,3 (134)	1,2 (66)	1,4 (68)	–	–	–
Norveška	2014	5,0	2,3	1	1 (84)	–	–	–	–	–
Evropska unija	**–**	**5,1**	**1,9**	**–**	**13,3 (59 470)**	**16,4 (26 816)**	**11,8 (31 430)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,8 (3 709)**
EU, Turčija in Norveška	**–**	**–**	**–**	**–**	**12,8 (59 688)**	**15,9 (26 882)**	**11,6 (31 498)**	**6,7 (4 498)**	**2,6 (717)**	**9,7 (3 709)**

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD.
([1]) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

PREGLEDNICA A3

AMFETAMINI

	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska	Amphetamines clients as % of treatment entrants			% amphetamines clients injecting (main route of administration)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država		%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,5	2	9,8 (1 047)	9,4 (353)	10,7 (669)	12,6 (128)	5,3 (18)	–
Bolgarija	2012	1,2	1,3	5	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Češka	2014	2,6	2,3	2	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danska	2013	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Nemčija	2012	3,1	1,8	4	16,1 (13 664)	19,3 (4 860)	14,7 (8 804)	1,5 (277)	0,9 (55)	1,8 (222)
Estonija	2008	–	2,5	3	3,9 (11)	3,5 (2)	1,6 (3)	72,7 (8)	100 (2)	66,7 (2)
Irska	2011	4,5	0,8	2	0,6 (55)	0,8 (30)	0,5 (24)	5,5 (3)	3,3 (1)	8,3 (2)
Grčija	2004	0,1	0,1	2	0,4 (18)	0,7 (13)	0,2 (5)	22,2 (4)	30,8 (4)	0 (0)
Španija	2013	3,8	1,2	1	1,3 (671)	1,4 (391)	1,2 (261)	1,2 (8)	0,8 (3)	1,6 (4)
Francija	2014	2,2	0,7	4	0,6 (232)	0,7 (66)	0,5 (96)	8,2 (16)	9,7 (6)	11,4 (9)
Hrvaška	2012	2,6	1,6	1	1,2 (96)	2,7 (28)	1 (65)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italija	2014	2,8	0,6	1	0,2 (83)	0,3 (57)	0,1 (26)	6,1 (5)	7,1 (4)	4,3 (1)
Ciper	2012	0,7	0,4	4	4,3 (46)	3,5 (20)	5,4 (26)	4,3 (2)	5 (1)	3,8 (1)
Latvija	2011	2,2	0,6	4	13,9 (115)	15 (62)	12,8 (53)	63,1 (70)	66,7 (40)	58,8 (30)
Litva	2012	1,2	0,5	3	3,4 (73)	8,2 (28)	2,3 (42)	32,9 (24)	32,1 (9)	35,7 (15)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madžarska	2007	1,8	1,2	6	12,5 (584)	12,3 (383)	12,4 (154)	13 (74)	9,6 (36)	22,2 (34)
Malta	2013	0,3	–	3	0,2 (4)	–	0,3 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Nizozemska	2014	4,4	2,9	1	6,6 (702)	6,2 (376)	7,2 (326)	0,8 (3)	0 (0)	1,8 (3)
Avstrija	2008	2,5	0,9	–	4,6 (157)	5,9 (88)	3,6 (69)	5,3 (7)	5,2 (4)	5,4 (3)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	28,1 (2 019)	27,7 (956)	29,5 (1 036)	4,8 (91)	2,3 (21)	7,5 (70)
Portugalska	2012	0,5	0,1	3	0 (1)	0,1 (1)	0 (0)	–	0 (0)	–
Romunija	2013	0,3	0,1	2	0,2 (4)	0,2 (3)	0,1 (1)	25 (1)	0 (0)	100 (1)
Slovenija	2012	0,9	0,8	2	0,5 (2)	–	0,7 (2)	–	–	–
Slovaška	2010	0,5	0,3	1	42,7 (1 060)	47,8 (553)	38,9 (493)	32,8 (337)	26,1 (140)	40,3 (194)
Finska	2014	3,4	2,4	–	12,1 (78)	13,2 (35)	11,3 (43)	84,2 (64)	80 (28)	87,8 (36)
Švedska	2008	5	1,3	1	0,5 (141)	–	–	–	–	–
Združeno kraljestvo (1)	2014	10,3	1,1	1	2,9 (2 830)	3,7 (1 250)	2,5 (1 540)	21,6 (464)	12,2 (101)	27,6 (354)
Turčija	2011	0,1	0,1	2	0,3 (27)	0,4 (21)	0,1 (6)	–	–	–
Norveška (2)	2014	4,1	1,1	1	13,4 (1 147)	–	–	–	–	–
Evropska unija	**–**	**3,6**	**1**	**–**	**7 (31 168)**	**8,2 (13 305)**	**6,6 (17 411)**	**20,8 (7 139)**	**22,5 (3 059)**	**19,7 (3 950)**
EU, Turčija in Norveška	**–**	**–**	**–**	**–**	**6,9 (32 342)**	**7,9 (13 326)**	**6,5 (17 417)**	**20,8 (7 139)**	**22,4 (3 059)**	**19,7 (3 950)**

Amfetamini se nanašajo na amfetamin in metamfetamin.
Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD.
(1) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.
(2) Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na uporabnike, ki navajajo uporabo stimulansov, ki niso kokain, in ne samo amfetamine.

PREGLEDNICA A4

MDMA

	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi MDMA kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država		%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,8	2	0,6 (65)	0,9 (34)	0,5 (31)
Bolgarija	2012	2,0	2,9	4	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Češka	2014	6,0	3,6	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danska	2013	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Nemčija	2012	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irska	2011	6,9	0,9	2	0,6 (56)	1 (37)	0,3 (18)
Grčija	2004	0,4	0,4	2	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (3)
Španija	2013	4,3	1,5	1	0,4 (201)	0,6 (167)	0,1 (27)
Francija	2014	4,2	2,3	3	0,4 (148)	0,6 (57)	0,3 (63)
Hrvaška	2012	2,5	0,5	2	0,4 (32)	1,3 (14)	0,3 (17)
Italija	2014	3,1	1,0	1	0,3 (147)	0,3 (48)	0,3 (99)
Ciper	2012	0,9	0,3	3	0,1 (1)	–	0,2 (1)
Latvija	2011	2,7	0,8	4	0,4 (3)	0,7 (3)	0 (0)
Litva	2012	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Madžarska	2007	2,4	1,0	4	1,7 (82)	1,8 (55)	1,9 (23)
Malta	2013	0,7	–	3	0,9 (16)	–	1 (16)
Nizozemska	2014	7,4	5,5	4	0,4 (45)	0,7 (40)	0,1 (5)
Avstrija	2008	2,3	1,0		0,8 (27)	1,3 (19)	0,4 (8)
Poljska	2014	1,6	0,9	2	0,2 (11)	0,1 (5)	0,2 (6)
Portugalska	2012	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romunija	2013	0,9	0,3	2	0,5 (14)	1 (14)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovaška	2010	1,9	0,9	1	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finska	2014	3,0	2,5	2	0,2 (1)	0 (0)	0,3 (1)
Švedska	2008	2,1	1,0	1	–	–	–
Združeno kraljestvo ([1])	2014	9,2	3,5	3	0,3 (302)	0,6 (200)	0,2 (97)
Turčija	2011	0,1	0,1	2	1 (103)	1,3 (74)	0,6 (29)
Norveška	2014	2,3	0,4	1	–	–	–
Evropska unija	**–**	**3,9**	**1,7**	**–**	**0,3 (1 184)**	**0,4 (712)**	**0,2 (424)**
EU, Turčija in Norveška	**–**	**–**	**–**	**–**	**0,3 (1 287)**	**0,5 (786)**	**0,2 (453)**

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD.
([1]) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo na Anglijo in Wales

PREGLEDNICA A5

KONOPLJA

	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi konoplje kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država		%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	15	10,1	21	32,9 (3 501)	52,8 (1 984)	22,4 (1 403)
Bolgarija	2012	7,5	8,3	22	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Češka	2014	28,7	23,9	42	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danska	2013	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Nemčija	2012	23,1	11,1	19	37,9 (32 225)	57,5 (14 458)	29,7 (17 767)
Estonija	2008	–	13,6	24	3,2 (9)	7 (4)	0,5 (1)
Irska	2011	25,3	10,3	18	27,8 (2 645)	44,9 (1 696)	16 (847)
Grčija	2004	8,9	3,2	8	22,3 (1 046)	36,5 (699)	12,3 (338)
Španija	2013	30,4	17,0	27	32,6 (16 914)	45,7 (12 912)	15,9 (3 585)
Francija	2014	40,9	22,1	39	58 (24 003)	76,7 (6 897)	42,3 (8 248)
Hrvaška	2012	15,6	10,5	18	14,1 (1 103)	64,4 (679)	6,5 (401)
Italija	2014	31,9	19,0	20	18,2 (9 321)	28,8 (5 267)	12,3 (4 054)
Ciper	2012	9,9	4,2	7	59,4 (634)	77,2 (436)	37,7 (182)
Latvija	2011	12,5	7,3	24	32,6 (269)	50,8 (210)	14,3 (59)
Litva	2012	10,5	5,1	20	4,3 (92)	14,7 (50)	2,3 (42)
Luksemburg	–	–	–	–	25,5 (69)	28,6 (8)	29,6 (58)
Madžarska	2007	8,5	5,7	19	55,5 (2 603)	61,2 (1 910)	43,2 (537)
Malta	2013	4,3	–	10	9 (158)	31,8 (67)	5,9 (91)
Nizozemska	2014	24,1	15,6	27	47,6 (5 061)	56,2 (3 429)	36 (1 632)
Avstrija	2008	14,2	6,6	14	32,2 (1 101)	50,9 (757)	17,8 (344)
Poljska	2014	16,2	9,8	23	34,6 (2 483)	44,6 (1 540)	25 (877)
Portugalska	2012	9,4	5,1	16	28,4 (812)	50,8 (690)	8,1 (122)
Romunija	2013	4,6	3,3	7	37,2 (973)	61,4 (858)	9 (104)
Slovenija	2012	15,8	10,3	23	12,2 (51)	36,4 (40)	3,3 (10)
Slovaška	2010	10,5	7,3	21	20,5 (509)	28,6 (331)	12,5 (159)
Finska	2014	21,7	13,5	12	20,5 (132)	35,1 (93)	10,3 (39)
Švedska	2014	14,4	6,3	6	13,2 (4 141)	20,7 (2 372)	8,9 (1 717)
Združeno kraljestvo ([1])	2014	29,2	11,7	19	26 (25 278)	46,6 (15 895)	14,8 (9 137)
Turčija	2011	0,7	0,4	4	9 (955)	11,3 (634)	6,4 (321)
Norveška	2014	21,9	8,6	5	22,7 (1 946)	–	–
Evropska unija	**–**	**24,8**	**13,3**	**–**	**31 (138 783)**	**46 (75 133)**	**20,1 (53 241)**
EU, Turčija in Norveška	**–**	**–**	**–**	**–**	**30,4 (141 684)**	**44,9 (75 767)**	**19,8 (53 562)**

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD.
([1]) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo na Anglijo in Wales.

PREGLEDNICA A6

DRUGI KAZALNIKI

	Smrtni primeri zaradi drog (pri starosti 15–64 let)	Odkrite okužbe z virusom HIV, pripisane uporabi drog z vbrizgavanjem (ECDC)	Ocena razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem		Brizge, ki so bile razdeljene v okviru specializiranih programov
Država	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Leto ocene	Primerov na 1 000 prebivalcev	število
Belgija	9 (66)	1 (11)	2014	2,4–4,9	926 391
Bolgarija	3,1 (15)	6,3 (46)	–	–	417 677
Češka	5,2 (37)	1 (10)	2014	6,1–6,8	6 610 788
Danska	55,1 (200)	2 (11)	–	–	–
Nemčija	18,6 (993)	1,4 (111)	–	–	–
Estonija	113,2 (98)	50,9 (67)	2009	4,3–10,8	2 110 527
Irska	71,1 (214)	5,4 (25)	–	–	393 275
Grčija	–	9,3 (102)	2014	0,6–0,9	368 246
Španija	13 (402)	2,5 (115)	2013	0,2–0,4	2 269 112
Francija	5,4 (227)	1 (64)	–	–	–
Hrvaška	20,8 (59)	0 (0)	2012	0,4–0,6	196 150
Italija	8 (313)	2,3 (141)	–	–	–
Ciper	10 (6)	3,5 (3)	2014	0,4–0,7	382
Latvija	10,6 (14)	37 (74)	2012	7,3–11,7	409 869
Litva	44,2 (87)	12,9 (38)	–	–	154 889
Luksemburg	21,1 (8)	29,1 (16)	2009	4,5–6,9	253 011
Madžarska	3,4 (23)	0,1 (1)	2008–09	0,8	460 977
Malta	6,9 (2)	0 (0)	–	–	314 027
Nizozemska	10,8 (119)	0 (0)	2008	0,2–0,2	–
Avstrija	21,1 (121)	2,5 (21)	–	–	5 157 666
Poljska	8,5 (225)	1 (37)	–	–	105 890
Portugalska	4,5 (31)	3,8 (40)	2012	1,9–2,5	1 677 329
Romunija	2,4 (33)	7,7 (154)	–	–	1 979 259
Slovenija	20 (28)	1 (2)	–	–	494 890
Slovaška	3,1 (12)	0,2 (1)	–	–	274 942
Finska	47,4 (166)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	4 522 738
Švedska	92,9 (569)	0,8 (8)	2008–11	1,3	203 847
Združeno kraljestvo ([1])	55,9 (2 332)	2 (131)	2004–11	2,9–3,2	7 199 660
Turčija	9,2 (479)	0,1 (10)	–	–	–
Norveška	67,8 (228)	1,4 (7)	2013	2,1–2,9	2 124 180
Evropska unija	**19,2 (6 400)**	**2,4 (1 236)**	**–**	**–**	**–**
EU, Turčija in Norveška	**18,3 (7 107)**	**2,1 (1 253)**	**–**	**–**	**–**

Pri primerjavi podatkov o smrtnih primerih zaradi drog je potrebna previdnost, saj so med državami razlike v šifriranju in zajetosti, nekatere pa sporočajo premalo podatkov.

([1]) Podatki o razdeljevanju brizg se nanašajo na Škotsko in Wales (2014) ter Severno Irsko (2013).

PREGLEDNICA A7

ZASEGI

	Heroin		Kokain		Amfetamini		MDMA	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	kg	število	tablet (kg)	število
Belgija	149	2 288	9 293	4 268	208	3 434	44 422 (3)	1 693
Bolgarija	940	137	27	39	216	–	16 845 (148)	–
Češka	157	65	5	144	51	1 179	1 338 (0,08)	119
Danska	13	447	90	2 395	295	1 867	54 690 (–)	688
Nemčija	780	2 857	1 568	3 395	1 484	13 759	486 852 (–)	3 122
Estonija	<0,01	8	3	57	67	319	9 822 (3)	147
Irska	61	954	66	405	23	75	465 083 (–)	402
Grčija	2 528	2 277	297	418	6	64	102 299 (9)	42
Španija	244	6 671	21 685	38 458	839	4 079	559 221 (–)	3 054
Francija	990	–	6 876	–	321	–	940 389 (–)	–
Hrvaška	47	132	6	231	14	582	– (3)	517
Italija	931	2 123	3 866	4 783	6	184	– (29)	262
Ciper	0	11	32	107	1	73	17 247 (1,1)	28
Latvija	0,8	229	8	44	15	640	119 (0,3)	15
Litva	7	129	116	13	10	130	– (1,9)	16
Luksemburg	7	150	5	169	0,07	9	247 (–)	4
Madžarska	70	31	40	143	17	673	13 020 (0,4)	275
Malta	2	33	5	136	0,01	3	334 (–)	31
Nizozemska	750	–	10 000	–	681	–	2 442 190 (–)	–
Avstrija	56	428	31	1 078	21	930	5 001 (–)	212
Poljska	273	–	31	–	824	–	62 028 (–)	–
Portugalska	39	690	3 715	1 042	2	77	684 (0,6)	145
Romunija	26	218	34	79	4	40	317 966 (0,03)	212
Slovenija	5	289	182	179	22	–	218 (0,1)	–
Slovaška	0,1	78	0,02	17	6	672	419 (–)	44
Finska	0,09	113	6	205	298	3 149	131 700 (–)	795
Švedska	24	514	29	142	439	5 286	6 105 (8)	920
Združeno kraljestvo	785	10 913	3 562	19 820	1 730	6 725	423 000 (–)	3 913
Turčija	12 756	7 008	393	784	142	403	3 600 831 (–)	3 706
Norveška	44	1 294	149	1 101	420	8 145	54 185 (11)	502
Evropska unija	**8 883**	**31 785**	**61 578**	**77 767**	**7 599**	**43 949**	**6 101 249 (209)**	**16 656**
EU, Turčija in Norveška	**21 683**	**40 087**	**62 120**	**79 652**	**8 162**	**52 497**	**9 756 265 (219)**	**20 864**

Amfetamini se nanašajo na amfetamin in metamfetamin.
Vsi podatki so za leto 2014, razen v primeru Nizozemske (2012), Finske (število zasegov, 2013) in Združenega kraljestva (2013).

PREGLEDNICA A7

ZASEGI (nadaljevanje)

	Hašiš		Marihuana		Rastline konoplje	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	rastlin (kg)	število
Belgija	841	5 554	10 744	28 086	356 388 (–)	1 227
Bolgarija	2	14	1 674	3 516	21 516 (–)	100
Češka	15	73	570	2 833	77 685 (–)	484
Danska	2 211	9 988	58	3 000	11 792 (675)	262
Nemčija	1 755	5 201	8 515	31 519	132 257 (–)	2 400
Estonija	273	31	352	507	– (13)	30
Irska	677	258	1 102	1 770	6 309 (–)	340
Grčija	36	176	19 568	6 985	14 173 (–)	587
Španija	379 762	174 566	15 174	175 086	270 741 (–)	2 252
Francija	36 917	–	10 073	–	158 592 (–)	–
Hrvaška	2	371	1 640	5 591	3 602 (–)	188
Italija	113 152	5 303	33 441	8 294	121 659 (–)	1 773
Ciper	0,1	12	203	901	487 (–)	44
Latvija	30	38	27	366	– (11)	16
Litva	841	24	79	341	– (–)	–
Luksemburg	1	78	13	1 015	97 (–)	11
Madžarska	8	101	529	2 058	3 288 (–)	146
Malta	42	39	70	176	8 (–)	5
Nizozemska	2 200	–	12 600	–	1 600 000 (–)	–
Avstrija	101	1 380	1 326	10 088	– (281)	408
Poljska	99	–	270	–	95 214 (–)	–
Portugalska	32 877	3 472	108	555	4 517 (–)	302
Romunija	15	154	145	1 967	– (422)	93
Slovenija	2	73	535	3 673	11 067 (–)	212
Slovaška	0,1	12	113	1 061	496 (–)	20
Finska	52	1 467	313	6 167	21 800 (189)	3 409
Švedska	877	6 547	1 041	10 028	– (–)	–
Združeno kraljestvo	1 134	14 105	18 705	147 309	484 645 (–)	15 744
Turčija	30 635	3 972	92 481	41 594	– (–)	3 017
Norveška	1 919	10 509	505	6 534	– (276)	383
Evropska unija	**573 921**	**229 037**	**139 286**	**452 892**	**3 396 333 (1 592)**	**30 053**
EU, Turčija in Norveška	**606 475**	**243 518**	**232 271**	**501 020**	**3 396 333 (1 868)**	**33 453**

Vsi podatki so za leto 2014, razen v primeru Nizozemske (2012), Finske (število zasegov, 2013) in Združenega kraljestva (2013).

KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

Brezplačne publikacije

en izvod:
na spletni strani EU Bookshop
(http://bookshop.europa.eu);

več kot en izvod ter plakati in zemljevidi:
pri predstavništvih Evropske unije
(http://ec.europa.eu/represent_sl.htm),
pri delegacijah v državah, ki niso članice EU
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_sl.htm),
pri službi Europe Direct
(http://europa.eu/europedirect/index_sl.htm) ali
s klicem na telefonsko številko 00 800 6 7 8 9 10 11
(brezplačna številka za celotno EU) (*).

(*) Informacije so brezplačne, kakor tudi večina klicev (nekateri operaterji, telefonske govorilnice ali hoteli lahko klic zaračunajo).

Publikacije, ki so naprodaj

na spletni strani EU Bookshop
(http://bookshop.europa.eu)

emcdda

TD-AT-16-001-SL-N

O poročilu

Poročilo Trendi in razvoj vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava ponudbo drog, njihovo uporabo in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnim mestom Statistični bilten ter spletnima dokumentoma Pregled po državah in Perspektive na področju drog sestavlja Evropsko poročilo o drogah 2016.

O centru EMCDDA

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) je glavni vir s splošno priznano osrednjo vlogo za vprašanja v zvezi z drogami v Evropi. Že več kot 20 let zbira, analizira in razširja znanstveno utemeljene informacije o drogah, zasvojenosti z njimi in njihovih posledicah, s čimer svoji ciljni javnosti zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije centra EMCDDA so primarni vir informacij za najrazličnejše naslovnike, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo. Center EMCDDA s sedežem v Lizboni je ena od decentraliziranih agencij Evropske unije.

Urad za publikacije

ISBN 978-92-9168-876-0