Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 2314-9205

Poročilo o drogah v Evropi

Trendi in razvoj

2013

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Poročilo o drogah v Evropi

Trendi in razvoj

2013

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 uradnih mnenj partnerjev centra, držav članic EU ali katere koli ustanove ali agencije Evropske unije ali Evropskih skupnosti.

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

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

Brezplačna telefonska številka (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije, 2013

ISBN 978-92-9168-626-1
doi:10.2810/92204

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2013
Reprodukcija je dovoljena ob navedbi vira.

Printed in Spain

Tiskano na belem papirju, ki ne vsebuje klora

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Cais do Sodré, 1249 289 Lizbona, Portugalska
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

Vsebina

5 Predgovor
9 Uvodna opomba in zahvala

11 OVZETEK
Stara in nova problematika drog — stanje v Evropi v letu 2013

15 POGLAVJE 1
Ponudba drog v Evropi

29 POGLAVJE 2
Uporaba drog in težave, povezane z drogo

47 POGLAVJE 3
Odzivi na problem drog

59 POGLAVJE 4
Politike na področju drog

65 PRILOGA
Preglednice z nacionalnimi podatki

Predgovor

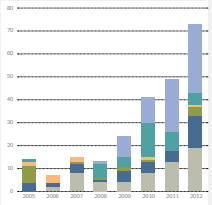
Letna analiza stanja na področju drog centra EMCDDA je letos predstavljena v novi obliki. Namen paketa Poročilo o drogah v Evropi 2013, ki je sestavljen iz več medsebojno povezanih delov, je poskušati zagotoviti skupen pregled dela centra EMCDDA in različnim občinstvom omogočiti preprost dostop do informacij, ki jih potrebujejo. Ponuja analizo, ki je bolj aktualna, interaktivna in vsebinsko povezana. Takšen razvoj je potreben za sledenje hitro se spreminjajočim razmeram na področju drog ter vedno večjim potrebam in spreminjajočim se pričakovanjem našega občinstva.

Osrednji del paketa je to poročilo (na voljo tudi na spletu), ki vsebuje najpomembnejše povzetke trendov in razvoj. Priložene Perspektive na področju drog ponujajo poglobljen vpogled v pomembna vprašanja, med katerimi so letos novi pristopi k zdravljenju hepatitisa C, velika tveganost uporabe konoplje ter nadzor nad vedno bolj dostopnimi novimi psihoaktivnimi snovmi. Paket dopolnjujeta Statistični bilten in Pregled po državah, ki vsebujeta podatke in analize na ravni posameznih držav.

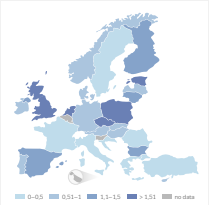
POROČILO O DROGAH V EVROPI 2013

Zbirka med seboj povezanih elementov, ki omogoča popoln dostop do vseh razpoložljivih podatkov in analize o uporabi drog v Evropi

Trendi in razvoj
analiza ključnega razvoja na najvišji ravni



Statistični bilten
s celotno zbirko podatkov, slikovnimi razlagami in metodološkimi informacijami



Pregled po državah
nacionalni podatki in analize na dosegu roke

Perspektive na področju drog
interaktiven vpogled v ključne teme

Omenjene spremembe sovpadajo z začetkom izvajanja nove strategije EU na področju drog za obdobje 2013–2020, v kateri je Evropska unija znova potrdila svojo zavezanost usklajenemu pristopu k vprašanjem v zvezi z drogami, ki temelji na dokazih. Pomemben del poslanstva centra EMCDDA je pomagati zagotoviti informacije, ki so potrebne za izvajanje te strategije. Številni pozitivni premiki na področju, povezanem z drogami v Evropi, so bili rezultat razprave, ki je bila podprta z vedno boljšim razumevanjem težav in natančno analizo ukrepov, ki so potrebni za njihovo reševanje. Ponosni smo na vlogo, ki jo je pri tem odigral center EMCDDA.

Vendar pa se hkrati zavedamo tudi izzivov, ki so še pred nami. Strategija EU na področju drog se bo morala spopasti z novim političnim okoljem. Številne razsežnosti tega okolja so obravnavane v tem poročilu, kar vključuje tudi nujno izboljšanje storitev, ki se zagotavljajo uporabnikom drog v zaporih, ter vedno večji pomen sintetičnih drog. Strategija se bo izvajala v gospodarsko negotovem času ter obdobju velikih svetovnih in družbenih sprememb. Globalizacija in tehnološke inovacije vplivajo na vsa področja sodobnega življenja in ni presenetljivo, da vplivajo tudi na težave z drogami, s katerimi se srečujemo. Kot informacijska agencija se na to odzivamo z najsodobnejšimi in prilagodljivimi viri, ki to temo prikazujejo zelo široko. Menimo, da Poročilo o drogah v Evropi 2013 po vsebini in obliki pomeni pomemben korak naprej pri spopadanju z izzivi pred nami. Ne glede na to, ali potrebujete hiter dostop do strateškega pregleda razmer na področju drog ali podrobno analizo statističnih podatkov, upamo, da bo Poročilo o drogah v Evropi 2013 koristna in uporabniku prijazna dostopna točka do obsežnih virov, ki so zdaj na voljo na tem področju.

João Goulão
Predsednik upravnega odbora centra EMCDDA

Wolfgang Götz
Direktor centra EMCDDA

Uvodna opomba in zahvala

To poročilo temelji na informacijah, ki so jih centru EMCDDA posredovale države članice EU, državi kandidatki Hrvaška in Turčija ter Norveška.

Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2011 ali na zadnje leto, za katero so na voljo. Skupni podatki in trendi za Evropo temeljijo na državah, ki so predložile zadostne in ustrezne podatke za zadevno obdobje. Pri analizi podatkov se daje prednost ravnem, trendom in geografski porazdelitvi. Potrebne tehnične razlage in omejitve za podatke je mogoče najti v angleški različici tega poročila in v Statističnem biltenu EMCDDA za leto 2013, kjer so na voljo informacije o metodologiji, državah, ki so predložile podatke, in letih poročanja. Poleg tega, spletna različica ponuja še povezave do dodatnih virov.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovemu osebju,
- službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo,
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra,
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji,
- Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu,
- skupini 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) in švedskemu svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN),
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije, Missing Element Designers in 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, na Norveškem, v državah kandidatkah in pri Evropski komisiji. Kontaktne točke so pristojni nacionalni organi, za katere so odgovorne njihove vlade in ki centru pošiljajo informacije o drogah. Kontaktni podatki za posamezne nacionalne kontaktne točke so na voljo na spletišču centra EMCDDA.

Povzetek

Zdi se, da je današnji trg drog bolj spremenljiv in dinamičen, pa tudi manj strukturiran okoli snovi, ki izvirajo iz rastlin in prepotujejo velike razdalje do potrošniških trgov v Evropi

Stara in nova problematika drog — stanje v Evropi v letu 2013

Glavne značilnosti razmer na področju drog v Evropi so v zadnjih letih ostale večinoma nespremenjene. Uporaba drog ostaja sorazmerno visoka, vendar je mogoče opaziti pozitivne spremembe, saj rekordno visoko stopnjo zagotavljanja zdravljenja spremljajo nekateri znaki zmanjševanja vbrizgavanj, števila novih uporabnikov heroina, uporabe kokaina in kajenja konoplje. Morebitni optimizem, ki bi se lahko pojavil zaradi tega, pa je treba krotiti zaradi zaskrbljenosti, da bi brezposlenost mladih in zmanjševanje storitev lahko privedla do vnovičnega pojavljanja „starih“ težav. Natančnejši pregled poleg tega kaže, da se stanje na področju drog morda zdaj spreminja in se pojavljajo „nove“ težave, ki pomenijo izziv za sedanje modele politike in prakse: pojavljajo se nove sintetične droge in vzorci uporabe, tako na trgu prepovedanih drog kot v okviru nenadzorovanih snovi.

Zdi se, da je današnji trg drog bolj spremenljiv in dinamičen, pa tudi manj strukturiran okoli snovi, ki izvirajo iz rastlin in prepotujejo velike razdalje do potrošniških trgov v Evropi. Pomembni gonilni sili tega sta globalizacija in razvoj informacijske tehnologije. Vzorci uporabe drog v državah z nizkimi in srednjimi dohodki se spreminjajo in tudi to lahko v prihodnosti vpliva na težave z drogami v Evropi. Internet predstavlja vedno večji izziv kot mehanizem za hitro širjenje novih trendov in kot hitro rastoč anonimen trg z globalnim dosegom. Ustvarja nove povezave med uporabniki in ponudniki drog. Kljub temu pa ponuja tudi priložnosti za iskanje inovativnih načinov za zagotavljanje zdravljenja, preventivnih ukrepov in ukrepov za zmanjševanje škode.

Posledice teh sprememb za javno zdravje še niso v celoti razumljene. Znake, da so sedanje politike začele dosegati učinke na nekaterih pomembnih področjih, je treba opazovati ob upoštevanju spreminjajočega se stanja na področju drog, ki bo zahtevalo prilagoditev sedanjih praks, če želijo doseči cilj in slediti svojemu namenu.

Konoplja

Kljub nekaterim dokazom o zmanjševanju uporabe konoplje, še posebej v državah z dolgo in ustaljeno zgodovino velike razširjenosti, uporaba konoplje v Evropi ostaja sorazmerno visoka, saj je trg s to drogo velik in relativno stabilen. Vedno večja je tudi raznolikost vrst proizvodov iz konoplje, ki so na voljo. Marihuana, včasih z močnim učinkom, je sedaj pomembnejša, spremljajo pa jo sintetični „konoplji podobni" proizvodi, ki so se pojavili nedavno. Obe spremembi lahko z vidika javnega zdravja zbujata zaskrbljenost. Glede na njen status najpogosteje uporabljane droge, ima konoplja pomembno mesto pri preventivnem delu z mladimi, pri čemer se povečuje zanimanje za uporabo strategij okoljskega preprečevanja. To je odraz dokazov, ki kažejo, da so se okoljski pristopi izkazali za uporabne pri zmanjševanju težav, povezanih z uporabo dovoljenih snovi, kot sta tobak in alkohol.

Katere koli pozitivne spremembe kazalnikov skupne uporabe konoplje v Evropi si je treba razlagati ob upoštevanju precej raznolikih razmer na nacionalni ravni; na primer, nekatere države stalno poročajo o nizki in stabilni razširjenosti uporabe konoplje, medtem ko se je uporaba konoplje v številnih srednje- in vzhodnoevropskih državah znatno povečala na začetku 21. stoletja. Trende si je treba razlagati tudi vzporedno z različnimi vzorci uporabe, pri čemer redna in dolgoročna uporaba povzroča največ škode. Težave s konopljo so zdaj bolj prepoznavne in razumljene v Evropi; ta droga je druga najpogostejša snov, s katero so zasvojeni uporabniki, ki se vključijo v specialistično zdravljenje odvisnosti. Čeprav je večina uporabnikov konoplje, ki so se začeli zdraviti, moškega spola in relativno mladih, postajajo težave med starejšimi kroničnimi uporabniki bolj razširjene.

Konoplja je tudi droga, o kateri so mnenja javnosti zelo različna, saj nekatere države v svojih politikah za nadzor drog izrecno razlikujejo med konopljo in drugimi snovmi.

Heroin in drugi opioidi

Ob splošnem povečanju dosegljivosti zdravljenja za uporabnike heroina kazalniki zdaj kažejo na zmanjševanje uporabe in razpoložljivosti te droge. Dolgoročno se zasežena količina heroina zmanjšuje, bolj nedavno pa je začelo upadati tudi število zasegov. Nekatere države poročajo, da so v zadnjem desetletju heroin s trga izrinili drugi opioidi. V drugih državah je nedavno prišlo do več pretresov na trgu ali pomanjkanja, čemur pa je običajno sledilo delno okrevanje.

Tudi število uporabnikov heroina, ki se prvič vključijo v zdravljenje, se še naprej manjša in na splošno se osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od heroina, starajo. V zadnjih letih se je zmanjšalo tudi število smrti, povezanih z opioidi. V preteklosti je bilo za uporabo heroina značilno vbrizgavanje droge, vendar je pri takšnem ravnanju mogoče opaziti dolgoročen upad. To je skupaj z učinki ukrepov verjetno prispevalo k upadu števila novih okužb s HIV, ki se pripisujejo uporabi drog. Kljub temu skrb zbuja opažanje, da so nedavni izbruhi HIV, povezani z vbrizgavanjem drog v Grčiji in Romuniji, ta pozitiven trend prekinili. To poudarja nadaljnjo potrebo po združevanju odzivov, še posebno v zvezi z zmanjševanjem škode in učinkovitim zdravljenjem odvisnosti od drog, če želimo, da se bodo težave na tem področju v Evropi še naprej zmanjševale. Ne glede na morebitne nove trende pri uporabi heroina bo zaradi težavnosti tega problema heroin še veliko let ključno vprašanje v centrih za zdravljenje odvisnosti od drog. Zaradi velikega števila uporabnikov drog, ki so zdaj v stiku s centri za zdravljenje odvisnosti od drog, se povečujejo potrebe po osredotočanju na stalnost oskrbe, storitve socialne reintegracije in sprejetje soglasja o tem, kakšni so realistični dolgoročni rezultati za okrevanje.

Kokain

Samo nekaj držav poroča o težavah z uporabo crack kokaina in v takšnih primerih se to običajno prekriva s problematično uporabo drugih snovi, vključno s heroinom. Uporaba kokaina v prahu je veliko bolj pogosta, vendar je osredotočena na relativno majhno število zahodnoevropskih držav. Na splošno so se uporaba kokaina in kazalniki ponudbe v zadnjih letih zmanjševali, na veliko zmanjšanje zaseženih količin pa je verjetno deloma vplivalo to, da so organizirane kriminalne združbe razširile tihotapske poti in tehnike. Iberski polotok ostaja pomemben za zasege, vendar sorazmerno manj kot v preteklosti, poročila o zasegu kokaina v Vzhodni Evropi pa so zaskrbljujoča in porajajo vprašanja o možnostih za nadaljnje širjenje uporabe.

V državah z večjo razširjenostjo podatki raziskav in podatki o zdravljenju zaradi odvisnosti od drog kažejo na nedavno zmanjšanje uporabe kokaina, čeprav glede na preteklost raven uporabe še vedno ostaja visoka. Število smrti, povezanih z uporabo kokaina je rahlo padlo, vendar je pri razlaganju podatkov na tem področju potrebna previdnost. Akutne težave, povezane z uporabo kokaina, so v delih Evrope privedle do pogostejših obiskov oddelkov za nujno medicinsko pomoč v bolnišnicah, vendar so naše zmogljivosti za spremljanje težav na tem področju omejene. Na področju zdravljenja so v številnih državah

zdaj na voljo specializirane službe za problematične uporabnike kokaina, saj obstoječi dokazi s tega področja podpirajo uporabo psihosocialnih ukrepov.

Sintetični stimulansi

Razumevanje splošnih trendov pri uporabi sintetičnih stimulansov je zapleteno zaradi dejstva, da se pogosto medsebojno nadomeščajo, saj na odločitev potrošnikov vplivajo dosegljivost, cena in dojemanje „kakovosti". Amfetamin in ekstazi ostajata najpogosteje uporabljana sintetična stimulansa v Evropi in do določene mere konkurirata kokainu. Amfetamin ostaja pomembna sestavina slike uporabe drog v številnih državah in uporaba amfetamina z vbrizgavanjem je v preteklosti bila pomemben del kroničnih težav z drogami v številnih severnih državah. Dolgoročno je večina kazalnikov za amfetamine ostala ustaljena; kljub temu pa nedavni podatki kažejo, da se dosegljivost metamfetamina povečuje in na nekaterih trgih ta snov že izpodriva amfetamin. Obstajajo nekateri dokazi, ki kažejo na zmanjševanje priljubljenosti ekstazija v zadnjih nekaj letih, kar verjetno odraža dejstvo, da veliko število tabletk, ki so se prodajale kot ekstazi, ni vsebovalo MDMA ali pa je bila njihova čistost nizka. Nedavno so očitno proizvajalci ekstazija postali učinkovitejši pri pridobivanju MDMA in sestava tabletk se je temu ustrezno spremenila. Ali bo to spodbudilo vnovično zanimanje za to drogo, bo treba še videti, vendar je že nekaj prvih znakov, ki kažejo na to.

Stimulansi, še posebej v velikih odmerkih, lahko imajo negativne zdravstvene posledice in vsako leto se poroča o nekaj smrtnih primerih. Za uporabnike stimulansov, ki imajo težave, bo pogosto prvi stik s službami oddelek za nujno medicinsko pomoč v bolnišnici. Trenutno potekajo evropski projekti za izboljšanje spremljanja tega področja in ponujajo smernice o učinkovitem odzivanju na nujne primere, povezane z drogami, na prizoriščih nočnega življenja. Čeprav so smrtni primeri, povezani s stimulansi, relativno redki, povzročajo veliko zaskrbljenost, še posebno pri mladih, sicer zdravih odraslih. Pojavljanje novih psihoaktivnih snovi z neznano toksičnostjo prinaša dodatne zaplete. Nedavni primer je leta 2009 prvič prijavljen pojav nenadzorovanega stimulansa 4-MA na trgu prepovedanih drog, ki se je prodajal kot amfetamin ali je bil zmešan z njim. Zaradi niza smrtnih primerov, povezanih s to snovjo, sta bila pripravljena ocena tveganja in naknadno priporočilo za nadzor na evropski ravni.

Nove psihoaktivne snovi

V Evropi je mogoče najti vedno več novih psihoaktivnih snovi, katerih namen je posnemati učinke nadzorovanih drog. Nekatere snovi se prodajajo neposredno na trgu prepovedanih drog, druge, tako imenovane „dovoljene droge", pa se prodajajo bolj odkrito. Spremembe na tem področju so hitre in snovi se pojavljajo v hitrem zaporedju. Občasno se pojavi snov, ki postane zaželena droga na trgu prepovedanih drog; zadnji takšen primer je bil mefedron. Sistem EU za zgodnje opozarjanje v letu 2013 še naprej prejema poročila o približno eni novi snovi na teden. V zadnjih letih je prevladovalo pojavljanje novih sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov (CRA), fenetilaminov in katinonov, ki v veliki meri posnemajo najbolj priljubljene prepovedane droge. Nov pojav pa je naraščajoč delež priglašenih snovi, ki so iz manj znanih in manj pogostih kemičnih skupin. Številni proizvodi, ki se prodajajo, vsebujejo mešanice snovi, pomanjkanje farmakoloških in toksikoloških podatkov pa pomeni, da je težko predvideti dolgoročne posledice njihove uporabe za zdravje, vendar podatki vedno bolj kažejo, da nekatere od teh snovi povzročajo težave, ki zahtevajo klinično posredovanje, ugotovljeni pa so bili tudi smrtni primeri.

Evropska komisija pripravlja nov predlog za krepitev odziva EU na nove psihoaktivne snovi. Čeprav je uporabo novih psihoaktivnih snovi mogoče opaziti predvsem med mladimi rekreativnimi uporabniki, je bilo mogoče opaziti nekaj širjenja med skupine problematičnih uporabnikov drog. V državah, ki so poročale o pomanjkanju heroina na trgu, je bilo opaženih nekaj zamenjav opioidov s sintetičnimi stimulansi, zlasti katinoni. Razlog za prehod z vbrizgavanja heroina na katinone ni jasen, vendar je lahko povezan s preprosto dosegljivostjo in zaznano visoko kakovostjo novih drog. Pojavlja se zaskrbljenost na področju javnega zdravja v zvezi s povečanimi stopnjami vbrizganja, duševnimi težavami in fizičnimi poškodbami. Do zdaj so države preskusile vrsto nadzornih ukrepov, da bi se odzvale na težave z novimi drogami. Manj razvita, ampak enako pomembna je potreba po opredelitvi in uvedbi ukrepov, s katerimi bi se ustrezno odzvali tako, da bi se zmanjšalo povpraševanje.

1

Konoplja je daleč najpogosteje zasežena droga v Evropi, kar odraža njeno veliko razširjenost uporabe

Ponudba drog v Evropi

Evropa je pomembno ciljno območje za nadzorovane snovi in ima tudi pomembno vlogo kot tranzitna točka za droge, namenjene v druge regije. Latinska Amerika, Zahodna Azija in Severna Afrika so pomembna območja izvora drog, ki pridejo v Evropo; vendar pa dinamika sodobnega trga drog pomeni, da druge regije sveta postajajo vedno pomembnejše. Evropa je tudi regija, v kateri se proizvajajo konoplja in sintetične droge. Medtem ko je praktično vsa proizvedena konoplja namenjena lokalni uporabi, se nekatere sintetične droge proizvajajo tudi za izvoz v druge regije.

Vedno večja dosegljivost „novih psihoaktivnih snovi“, ki niso nadzorovane v skladu z mednarodnimi pogodbami za nadzor drog, je sorazmerno nov pojav na evropskih trgih drog. Te snovi se običajno proizvajajo zunaj Evrope in jih je mogoče dobiti od spletnih prodajalcev in v specializiranih trgovinah, včasih pa se prodajajo tudi skupaj z nadzorovanimi snovmi na trgu prepovedanih drog.

Spremljanje ponudbe drog

Analiza v tem razdelku temelji na več virih podatkov: zasegih drog; uničenih obratih za proizvodnjo drog; zasegih predhodnih sestavin; kršitvah zakonov, povezanih s ponudbo drog; maloprodajnih cenah drog in forenzičnih preiskavah zasegov drog. Celotni nabori podatkov in obsežne opombe o metodologiji so na voljo v Statističnem biltenu. Opozoriti je treba, da na trende lahko vpliva vrsta dejavnikov, med katerimi sta stopnja dejavnosti organov kazenskega pregona in učinkovitost prepovedi.
Podatki o novih psihoaktivnih snoveh temeljijo na priglasitvah v sistem EU za zgodnje opozarjanje, ki se opira na podatke, ki jih zagotovijo nacionalne mreže EMCDDA in Europola. Popoln opis tega mehanizma je na voljo na spletnem mestu EMCDDA na strani Action on new drugs (Ukrepi glede novih drog).

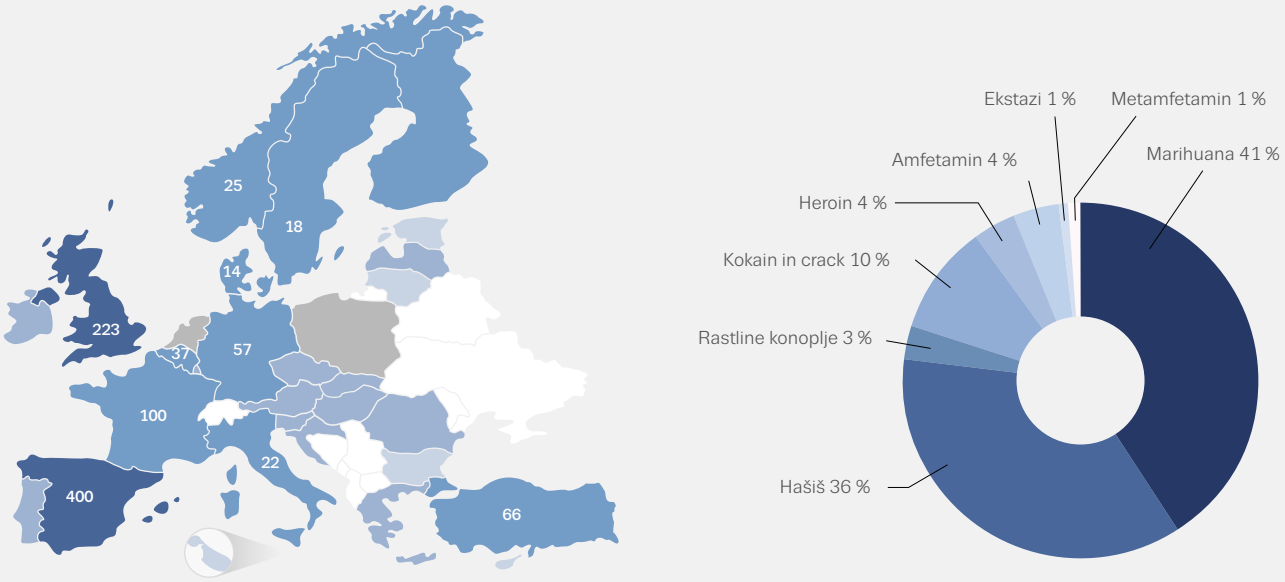
En milijon zasegov prepovedanih drog v Evropi

Znatno povečanje je bilo opaženo pri dolgoročnem trendu števila zasegov prepovedanih drog v Evropi, ki jih je bilo po poročilih za leto 2011 približno milijon. To so bili večinoma zasegi majhnih količin drog, ki so bile zasežene uporabnikom, vendar to vključuje tudi več kilogramov težke pošiljke, ki so bile zasežene preprodajalcem in proizvajalcem.

Večino zasegov v letu 2011 sta sporočili samo dve državi, Španija in Združeno kraljestvo, vendar so relativno visoko

SLIKA 1.1

Število prijavljenih zasegov po državah (levo) in deleži zasegov za najpomembnejše droge (desno) za leto 2011



Zasegi (v tisočih) <1 1–10 11–100 >100 Ni podatkov
Opomba: Število zasegov (v tisočih) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

število zasegov sporočile tudi Belgija in štiri nordijske države. Druga pomembna država v zvezi z zasegi drog je Turčija; nekatere prestrežene droge so namenjene uporabi v drugih državah v Evropi in na Bližnjem Vzhodu.

Konoplja je daleč najpogosteje zasežena droga v Evropi, kar odraža njeno veliko razširjenost uporabe (slika 1.1). Skupno je na drugem mestu kokain, število prijavljenih zasegov je približno dvakrat večje kot števili zasegov za amfetamine in za heroin. Število zasegov ekstazija je nižje in se je v zadnjih letih zelo zmanjšalo.

Konoplja: spremembe pri ponudbi

Na evropskem trgu drog je mogoče pogosto najti dva proizvoda iz konoplje: marihuano in hašiš. Letno uporabo teh proizvodov je mogoče grobo oceniti na približno 2 500 ton.

Marihuana v Evropi se goji lokalno in uvaža iz sosednjih držav, čeprav se v nekaterih poročilih omenja, da rastline izvirajo iz drugih regij, vključno z Afriko. Večina hašiša se uvozi po morju ali zraku iz Maroka. Na evropski ravni so zasežene količine hašiša v povprečju večje od zaseženih količin marihuane.

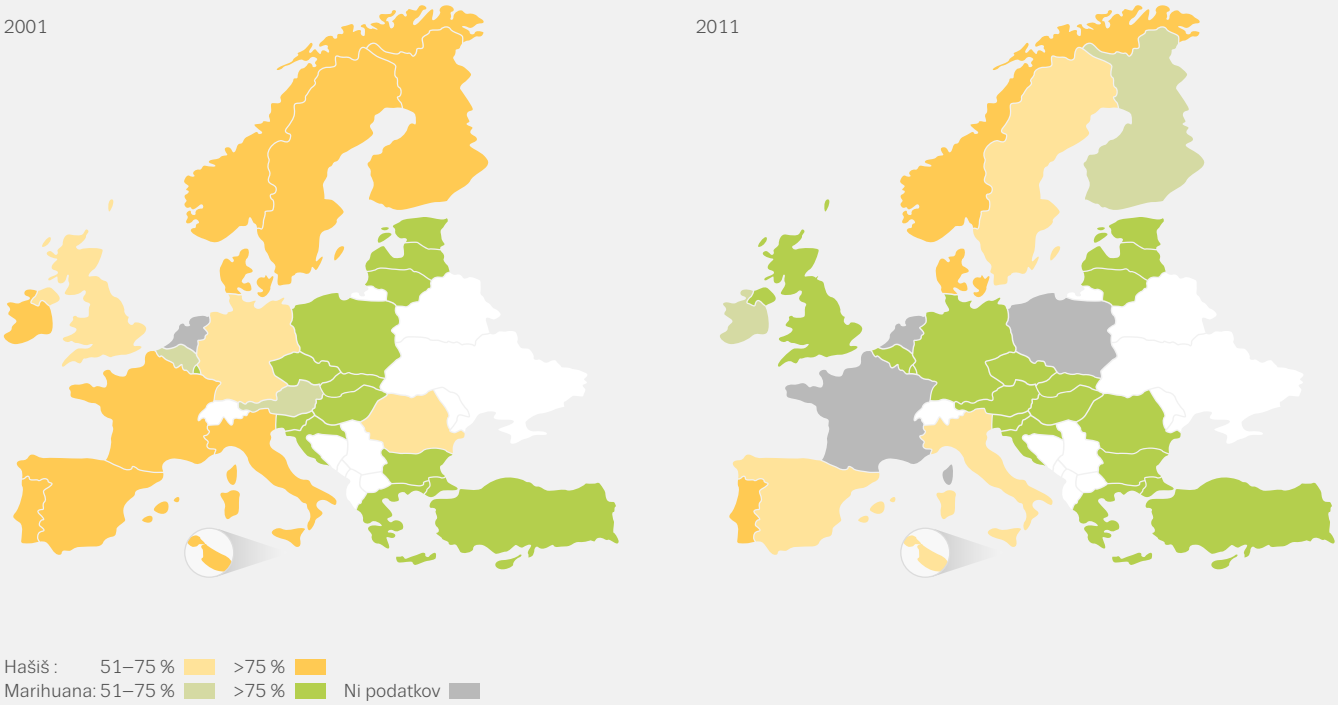
V zadnjih desetih letih je število zasegov marihuane preseglo število zasegov hašiša in zdaj predstavlja več kot polovico vseh zasegov konoplje (slika 1.3). To deloma odraža vedno večjo dosegljivost doma proizvedene marihuane v številnih državah. Vendar pa je količina zaseženega hašiša, čeprav upada, še vedno veliko večja od prijavljene količine marihuane (483 ton hašiša in 92 ton marihuane v letu 2011).

Trende v Evropi pri zasegih konoplje si je treba razlagati ob upoštevanju tega, da so količine iz omejenega števila držav nesorazmerno velike (slika 1.4). Španija je na primer zaradi bližine Maroka in velikega notranjega trga prijavila okoli dve tretjini vse količine zaseženega hašiša v Evropi v

V zadnjih desetih letih je število zasegov marihuane preseglo število zasegov hašiša in zdaj predstavlja več kot polovico vseh zasegov konoplje

SLIKA 1.2

Prevladujoča vrsta konoplje, hašiš ali marihuana, med več zasegi v letih 2001 in 2011



KONOPLJA

Hašiš

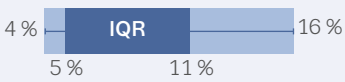
483 Zaseženih ton

345 000 Zasegi

504 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

353 000 Število zasegov, vključno s Turčijo

Cena (EUR/g)



Moč (% THC)

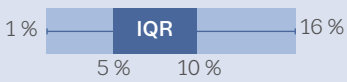
Marihuana

92 Zaseženih ton

398 000 Zasegi

147 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

439 000 Število zasegov, vključno s Turčijo

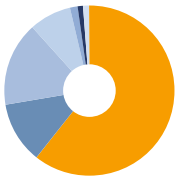


Moč (% THC)

Cena (EUR/g)

113 000 Kršitve zakona, povezane s ponudbo drog

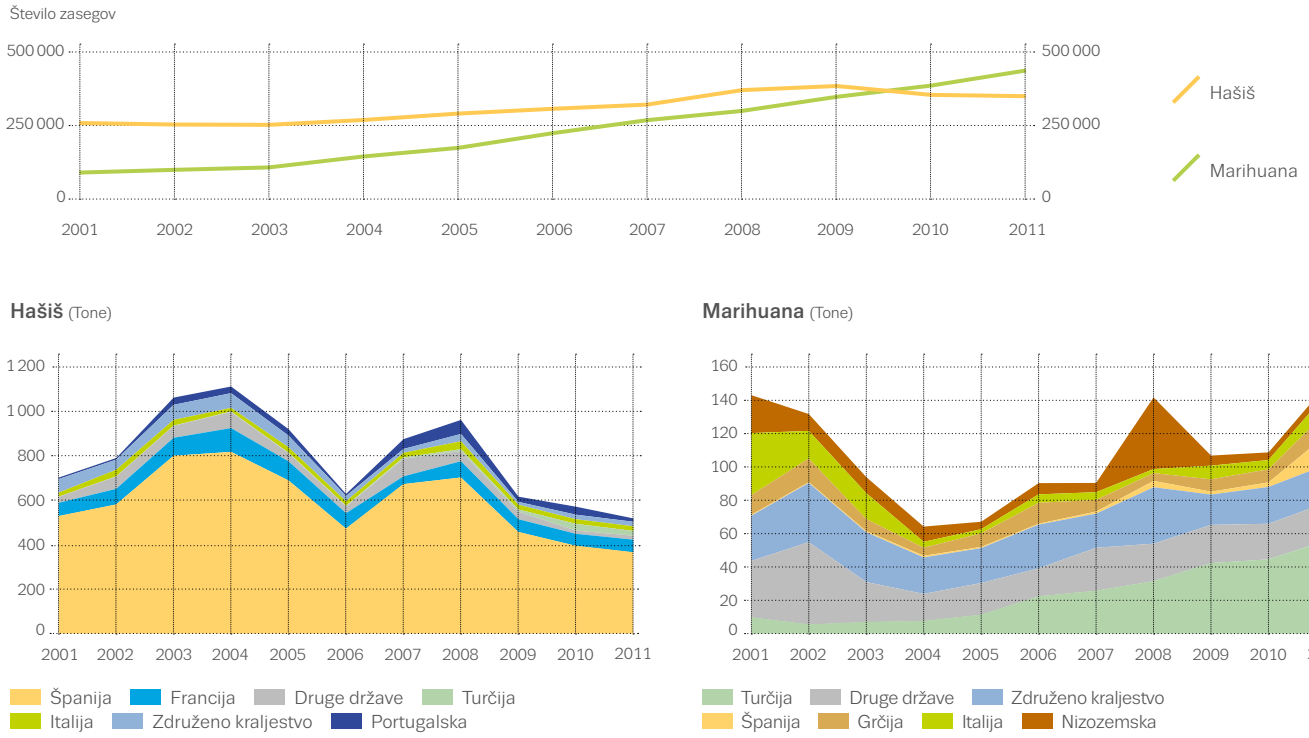
61 % kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog



Cena in moč proizvoda iz konoplje: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.3

Število zasegov konoplje in zasežena količina v tonah: hašiš in marihuana, 2001–2011



letu 2011. V zvezi z marihuano sta Grčija in Italija poročali o nedavnem velikem porastu zaseženih količin. Od leta 2007 naprej je Turčija država, ki zaseže največje količine marihuane.

Zasege marihuane je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje, čeprav kakovost podatkov, ki so na voljo na tem področju, povzroča težave pri primerjavi. V letu 2011 je bilo v Evropi prijavljenih 31 000 zasegov marihuane. To vključuje poročila o številu zaseženih rastlin (skupaj 4,4 milijona) in o količinah (33 ton). O največjem številu zaseženih rastlin so poročali Nizozemska (2 milijona), Italija (1 milijon) in Združeno kraljestvo (627 000), Španija (26 ton) in Bolgarija (5 ton) pa sta poročali o največjih zasegih po teži.

Nova razsežnost: sintetični agonisti receptorjev kanabinoidov

Nedavna dosegljivost proizvodov, ki vsebujejo sintetične agoniste receptorjev kanabinoidov (CRA), ki posnemajo učinke naravnih psihoaktivnih spojin, ki se pojavljajo v konoplji, prinaša novo razsežnost na trgu konoplje. O teh proizvodih, ki lahko imajo zelo močan učinek, se zdaj poroča skoraj iz vseh evropskih držav. V večkilogramskih količinah in v obliki prahu se običajno uvažajo iz Azije, predelujejo in pakirajo pa se potem v Evropi. Obstajajo tudi nekateri dokazi, da skozi Evropo potujejo tudi predhodne sestavine, kot kaže nedavni zaseg skoraj 15 kg čistega prahu CRA, ki je izviral iz Kitajske in je bil na poti v Rusijo.

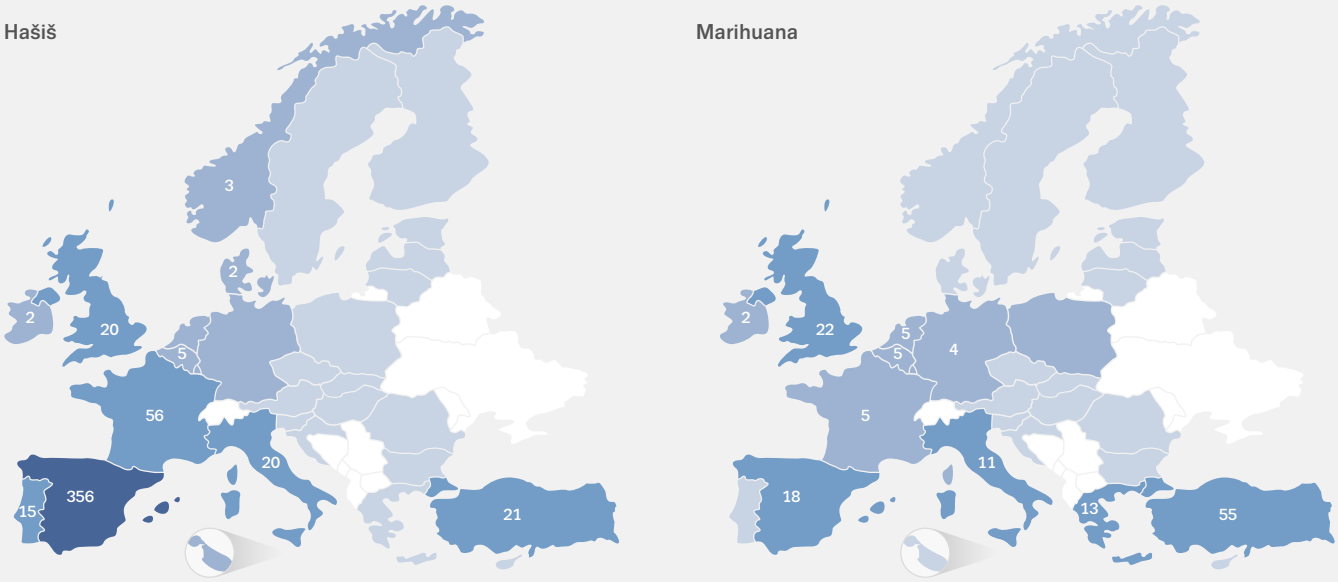
Heroin: znaki upadanja

V Evropi sta že od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina. Pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki v glavnem izvira iz Afganistana, veliko redkejši pa je beli heroin (v obliki soli), ki je v preteklosti izviral iz jugovzhodne Azije, vendar se zdaj lahko proizvaja drugje. Poleg tega se manjša količina opioidov še vedno proizvaja v Evropi, in sicer gre predvsem za domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v delih Vzhodne Evrope.

Zasežena količina heroina v letu 2011 je bila najmanjša prijavljena količina v zadnjem desetletju in je enakovredna približno polovici zasežene količine v letu 2001

SLIKA 1.4

Količina zaseženega hašiša (levo) in marihuane (desno) v letu 2011



Tone <1 1–10 11–100 >100
Opomba: Zaseženе količine (v tonah) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, najdenega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali, v manjši meri, v sosednjem Iranu ali Pakistanu. Za transport droge v Evropo obstajata dve ohlapno opredeljeni preprodajalski poti: zgodovinsko je bila pomembnejša od njiju balkanska pot, ki poteka zahodno skozi Turčijo v balkanske države (Bolgarijo, Romunijo ali Albanijo) in naprej v Srednjo, Južno in Zahodno Evropo. Novejša preprodajalska pot je severna pot ali „svilena cesta“, ki vodi severno v Rusijo preko bivših srednjeazijskih sovjetskih republik. Vendar pa se na splošno zdi, da so razmere zdaj bolj spremenljive in da pošiljke heroina iz Irana in Pakistana vstopajo v Evropo po zraku ali po morju, bodisi neposredno ali pa prek zahodnih in vzhodnih afriških držav.

HEROIN

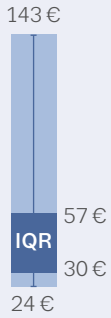
6,1 Zaseženih ton

13,4 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

40 500 Zasegi

43 800 Število zasegov, vključno s Turčijo

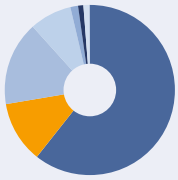
Čistost (%)



Cena (EUR/g)

23 300 kršitev zakona, povezanih s ponudbo drog

12 % kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog

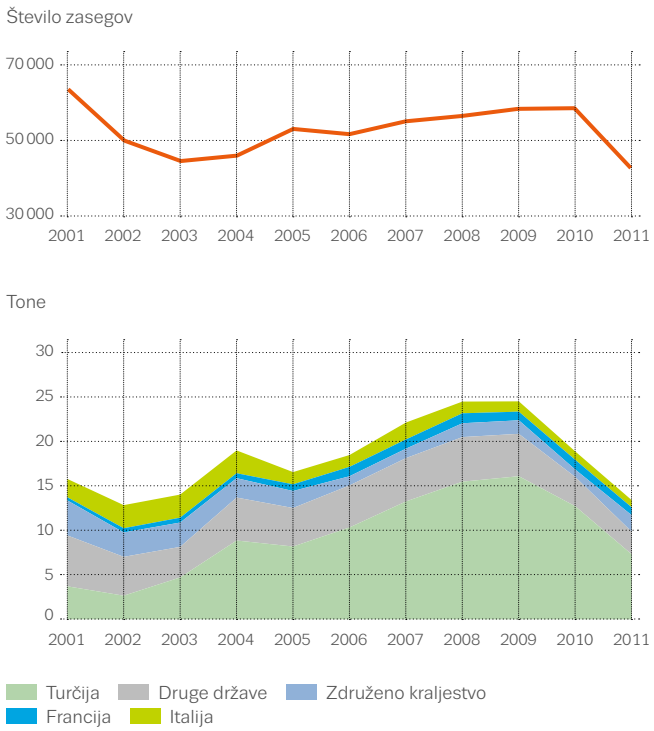


Cena in čistost „rjavega heroina“: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR).

Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

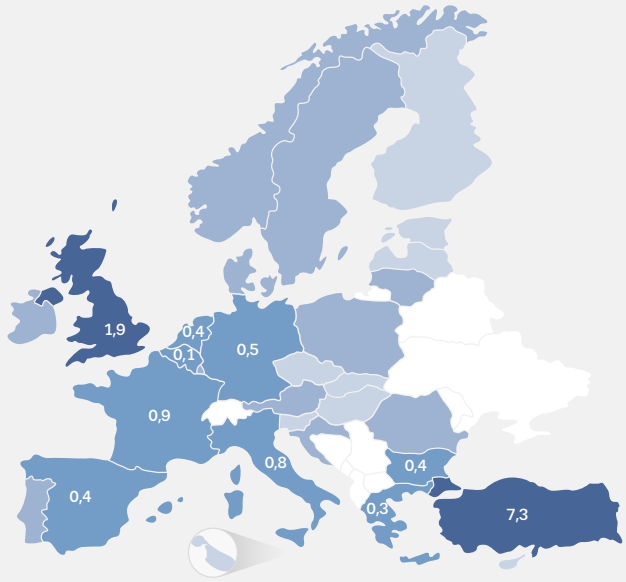
SLIKA 1.5

Število zasegov heroina in zasežena količina, 2001–2011



SLIKA 1.6

Količina zaseženega heroina v letu 2011



Tone <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0
Opomba: Zasežene količine (v tonah) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Zasežena količina heroina v letu 2011 (6,1 tone) je bila najmanjša prijavljena količina v zadnjem desetletju in je enakovredna približno polovici zasežene količine v letu 2001 (12 ton). V istem obdobju (2001-2011) se je zmanjšalo tudi število prijavljenih zasegov, in sicer od najvišjega števila 63 000 v letu 2001 na ocenjenih 40 500 v letu 2011. Do določene mere je to zmanjšanje mogoče razložiti s povečanjem števila zasegov od leta 2002 do leta 2009 v Turčiji, ki je od leta 2006 dosledno vsakič zasegla več drog kot vse ostale države skupaj (slika 1.5). Vendar pa je Turčija za leti 2010 in 2011 poročala o znatnem zmanjšanju zaseženih količin.

Poleg opaženega zmanjšanja števila zasegov heroina in števila kršitev zakonov, povezanih s ponudbo te droge, se je nedavno poročalo tudi o več hudih kratkoročnih pretresih na trgu, ki so bili verjetno posledica uspešnih prepovednih prizadevanj na balkanski poti. Več držav z relativno veliko uporabniki heroina je na koncu leta 2010 in začetku leta 2011 občutilo znatno pomanjkanje heroina na trgu in zdi se, da so si od tega opomogli samo nekateri trgi.

Kokain: spremembe pri trgovini?

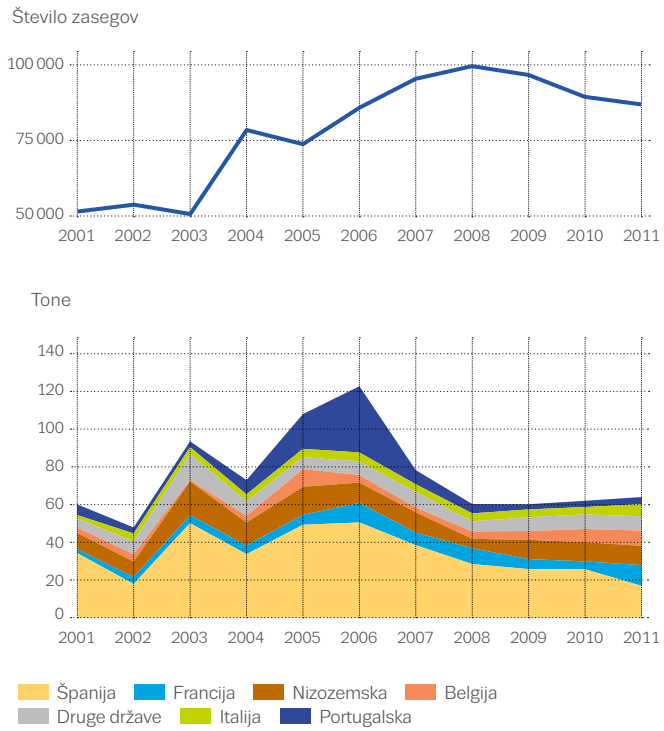
V Evropi sta dosegljivi dve obliki kokaina in najpogostejša oblika je kokain v prahu (hidrokloridna sol, HCl). Na splošno je manj dosegljiv crack kokain, oblika droge za kajenje. Kokain se proizvaja iz listov grma koke. Droga se proizvaja skoraj izključno v Boliviji, Kolumbiji in Peruju in se prevaža v Evropo po zračnih in morskih poteh. Kaže, da je glavna preprodajalska pot v Evropo prek Iberskega polotoka (Španija in Portugalskaska), čeprav večja uporaba kontejnerskih pošiljk pomeni, da so velika Cenatanišča v Belgiji, na Nizozemskem in v drugih zahodnoevropskih državah lahko pridobila na pomenu. Med nedavnimi znaki razvejanja preprodajalskih poti za kokain v Evropo so posamični zasegi velikih količin v Cenataniščih v Bolgariji, Grčiji, Romuniji in baltskih državah.

Ves kokain ne doseže Evrope v obliki, ki bi bila primerna za prodajo, in v zadnjih letih je bilo v Evropi uničenih več nezakonitih „laboratorijev". V Španiji so od leta 2008 do leta 2010 odkrili in uničili 73 objektov, med katerimi so bili večinoma laboratoriji za sekundarno ekstrakcijo, v katerih se kokain izloči iz drugih snovi, v katere je bil skrit, kot so na primer čebelji vosek, gnojila, umetne mase, živila ali oblačila.

Leta 2011 se je v Evropi poročalo o približno 86 000 zasegih kokaina, kar pomeni, da je bilo prestreženih 62 ton te droge. To predstavlja skoraj 50-odstotno zmanjšanje glede na največjo zaseženo količino 120 ton v letu 2006. Upadlo je tudi število zasegov, vendar manj opazno. To je doseglo najvišjo vrednost 100 000 zasegov v letu 2008 (slika 1.7). Zmanjšanje količine zaseženega kokaina je najbolj opazno na Iberskem polotoku, kjer se je skupna količina, ki sta jo zasegli Španija in Portugalskaska, zmanjšala s 84 ton v letu

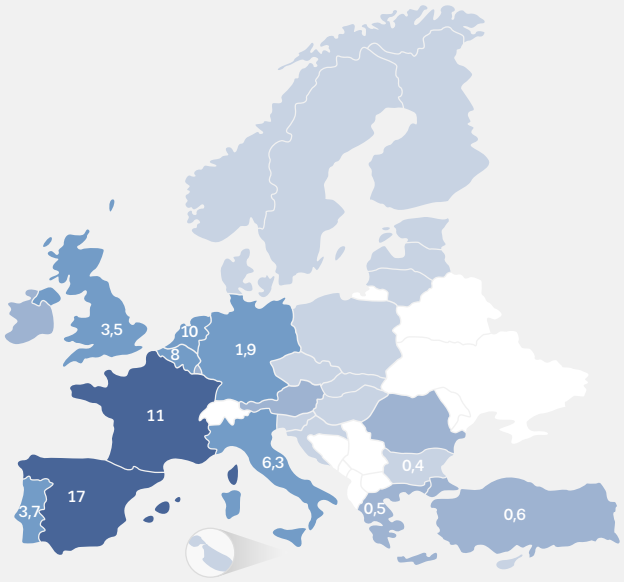
SLIKA 1.7

Število zasegov kokaina in zasežena količina, 2001–2011



SLIKA 1.8

Količina zaseženega kokaina, leto 2011



Tone <0,1 0,1–1,0 1,1–10 >10

Opomba: Zasežene količine (v tonah) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

2006 na 20 ton v letu 2011. To je podobno količini, ki je bila zasežena na Nizozemskem in v Belgiji, ki sta poročali o skupno zaseženih 18 tonah te droge v letu 2011. O rekordno velikih zaseženih količinah v letu 2011 sta poročali Francija (11 ton) in Italija (6 ton). Ni jasno, do kakšne mere spremembe zasežene količine kokaina v evropskih državah odražajo skupne spremembe pri ponudbi na evropskem trgu, spremembe praks organov kazenskega pregona ali uvedbo novih operativnih Cenatopov pri organizacijah, ki se ukvarjajo s trgovino z drogami.

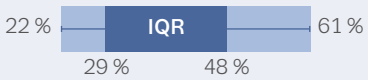
KOKAIN

62 Zaseženih ton

63 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

85 700 Zasegi

87 000 Število zasegov, vključno s Turčijo



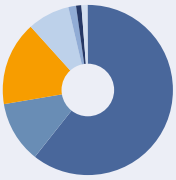
Čistost (%)

Cena (EUR/g)

Cena in čistost kokaina: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR).

31 200 kršitev zakona, povezanih s ponudbo drog

16 % kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog



Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

Amfetamini: znaki povečanja količine metamfetamina

Metamfetamin in amfetamin sta tesno povezana sintetična stimulansa, ki sta bila prvotno razvita za terapevtske namene in sta na splošno znana kot amfetamina. Od obeh je bil v Evropi amfetamin vedno bolj pogost, vendar se zdaj pojavljajo znaki vedno večje dosegljivosti metamfetamina.

Obe drogi se proizvajata v Evropi za domačo uporabo, čeprav se nekaj amfetamina proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji vzhod. Proizvodne tehnike so lahko relativno visoko razvite, kar privede do velikih proizvedenih količin. Ista oprema in osebje se lahko uporabita tudi za proizvajanje drugih sintetičnih snovi, kot je na primer MDMA (ekstazi). Znatna količina se proizvaja v Belgiji in na Nizozemskem, pa tudi na Poljskem in v baltskih državah; laboratoriji so bili poleg tega odkriti tudi v drugih državah, vključno z Bolgarijo, Nemčijo in Madžarsko. O velikem številu lokacij za proizvodnjo metamfetamina se poroča iz Češke republike. Večinoma so to majhni laboratoriji, namenjeni zagotavljanju drog povezanim osebam za osebno uporabo, čeprav je bilo odkritih tudi nekaj večjih laboratorijev, ki proizvajajo metamfetamin za domačo uporabo in za izvoz v sosednje države. Proizvodnja metamfetamina v baltskih državah se je očitno tudi povečala, saj se droga proizvaja za izvoz v skandinavske države, kjer morda začenja izpodrivati amfetamin.

Po obdobju z višjim številom zasegov in večjimi zaseženimi količinami so se zasegi amfetamina v letu 2011 vrnili na približno enako raven kot v letu 2002

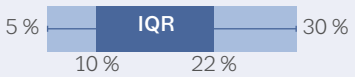
AMFETAMIN

5,9 Zaseženih ton

6,2 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

35 600 Zasegi

35 600 Število zasegov, vključno s Turčijo

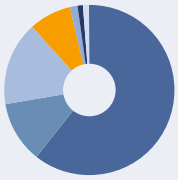


Čistost (%)

Cena (EUR/g)

16 000 kršitev zakona, povezanih s ponudbo drog

8 % kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog

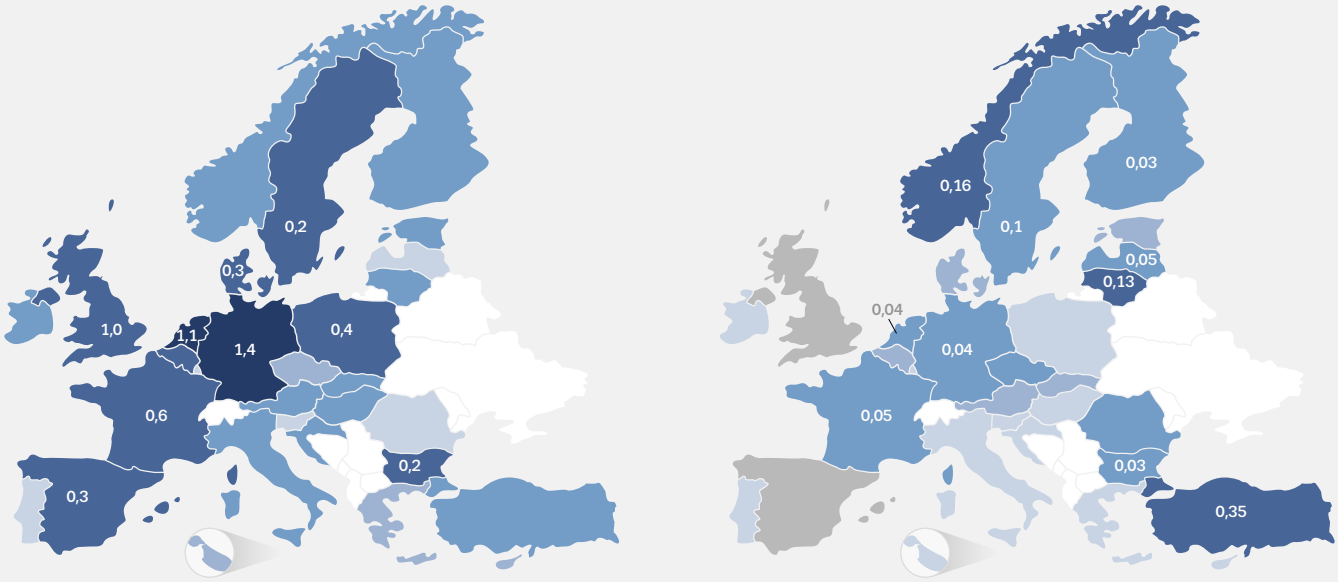


Cena in čistost amfetamina: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR).

Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.9

Količina zaseženega amfetamina (levo) in metamfetamina (desno), 2011



Tone <0,001 0,001–0,01 0,01–0,1 0,11–1 >1 Ni podatkov

Opomba: Zaseženе količine (v tonah) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

V letu 2011 je bilo prijavljenih okoli 45 000 zasegov amfetaminov. Te je mogoče razdeliti na 35 600 zasegov in 5,9 tone amfetamina ter 9 400 zasegov s skupno 0,7 tone metamfetamina. Po obdobju z višjim številom zasegov in večjimi zaseženimi količinami so se zasegi amfetamina v letu 2011 vrnili na približno enako raven kot v letu 2002 (slika 1.10). V nasprotju s tem so se zasegi metamfetamina, čeprav so po številu in po zaseženi količini še vedno majhni, v istem obdobju povečali (slika 1.11).

METAMFETAMIN

0,7 **Zaseženih ton**

1,0 Zaseženih ton, vključno s Turčijo

9 400 **Zasegi**

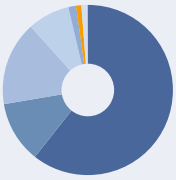
9 500 Število zasegov, vključno s Turčijo

Čistost (%)

Cena (EUR/g)

2 200 **kršitev zakona, povezanih s ponudbo drog**

1 % kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog

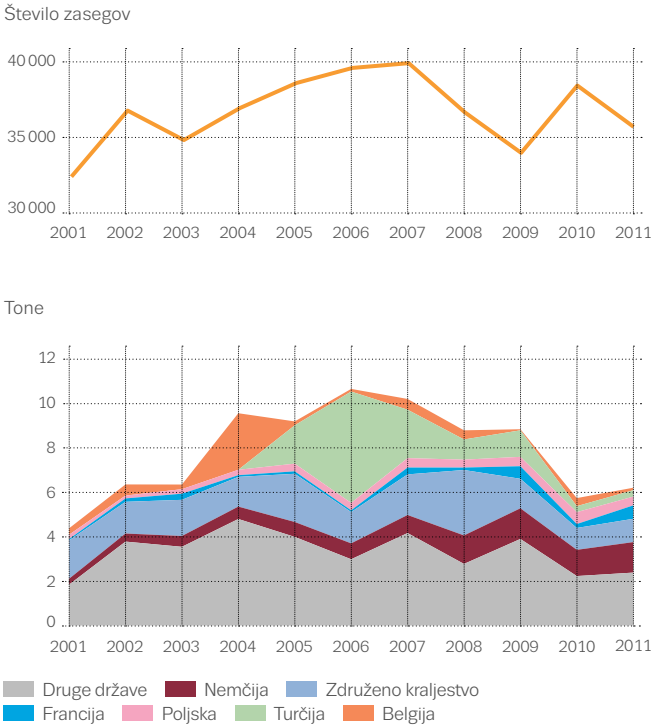


Cena in čistost metamfetamina: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR).

Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

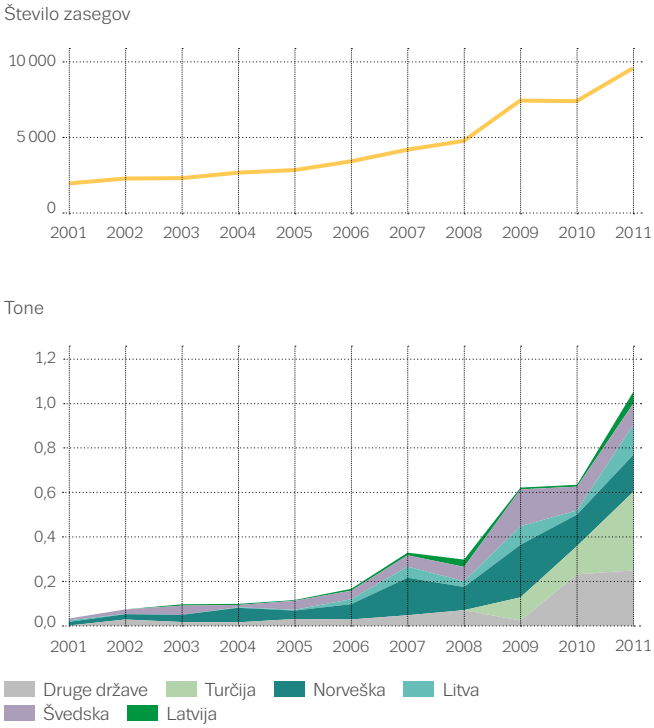
SLIKA 1.10

Število zasegov amfetamina in zasežena količina, 2001–2011



SLIKA 1.11

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina, 2001–2011



Ekstazi: se vrača?

Izraz ekstazi se običajno nanaša na sintetično snov MDMA, ki je kemično sorodna amfetaminom, vendar so njeni učinki nekoliko drugačni. Vendar pa tablete, ki se prodajajo kot ekstazi, lahko vsebujejo katero koli od vrste snovi, podobnih MDMA, in nepovezane sestavine.

Proizvodnja ekstazija v Evropi je verjetno dosegla vrhunec v letu 2000, ko je bilo prijavljeno uničenje 50 laboratorijev. To se je zmanjšalo na tri uničene laboratorije v letu 2010 in pet laboratorijev v letu 2011, kar kaže, da se je proizvodnja v Evropi zmanjšala. Nizozemska, ki ji sledi Belgija, je prijavila najvišje število uničenih laboratorijev v zadnjem desetletju in predvideva se, da to geografsko odraža glavno območje proizvodnje te droge.

EKSTAZI

4,3 milijone zaseženih tablet

10 000 Zasegi

5,7 milijone zaseženih tablet, vključno s Turčijo

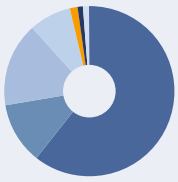
13 000 Število zasegov, vključno s Turčijo

Čistost (MDMA mg/tableto)

Cena (EUR/tableto)

3 000 kršitev zakona, povezanih s ponudbo drog

1% kaznivih dejanj prometa za šest glavnih drog

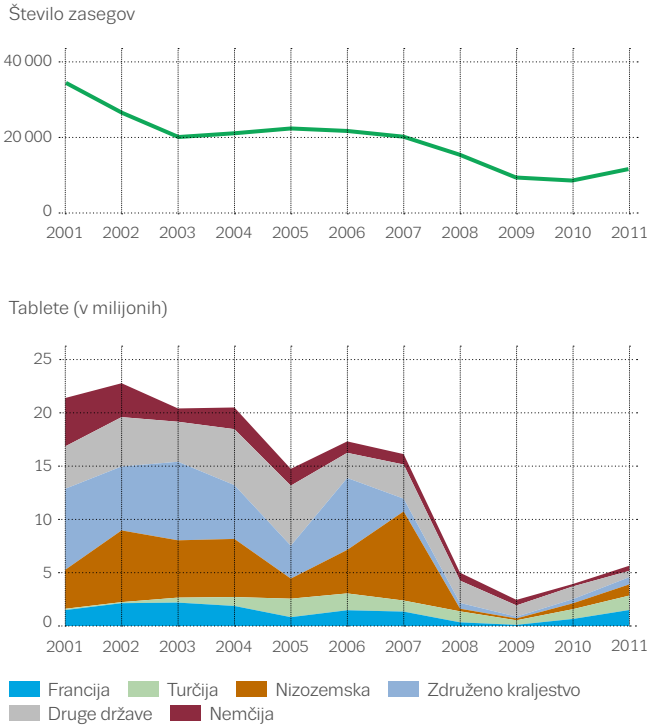


Cena in čistost tablet ekstazija: nacionalne povprečne vrednosti, minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR).

Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

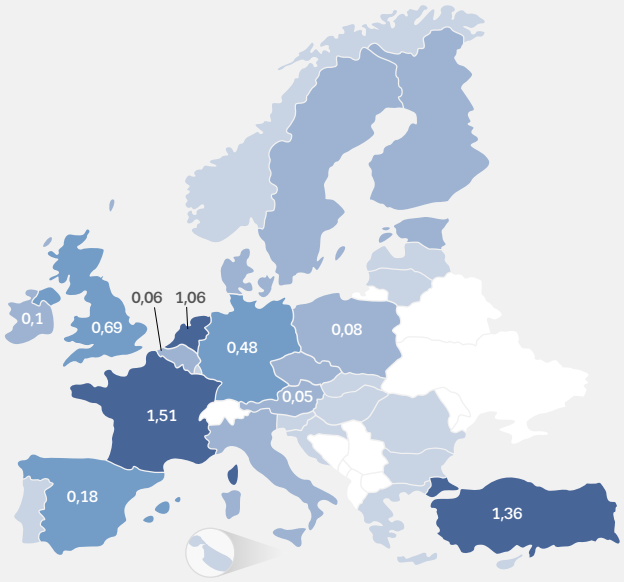
SLIKA 1.12

Število zasegov ekstazija in število zaseženih tablet, 2001–2011



SLIKA 1.13

Količina zaseženega ekstazija v letu 2011



Tablete (v milijonih) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0

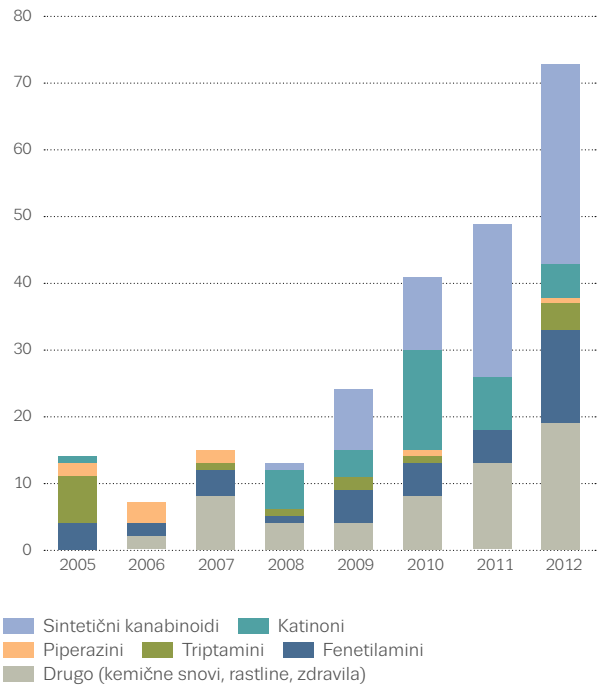
Opomba: Zaseženе količine (v številu tablet) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Zasegi droge so se od leta 2007 močno zmanjšali (slika 1.12) in sedanji podatek o 4,3 milijona zaseženih tabletah ekstazija predstavlja samo majhen delež glede na leto 2002 z največ zaseženimi tabletami (23 milijonov). Močan padec je bil opažen tudi pri kršitvah zakonov, povezanih s ponudbo ekstazija, katerih število se je v obdobju od 2006 do 2011 zmanjšalo za približno dve tretjini in ki zdaj predstavljajo približno 1 % kršitev zakonov, povezanih s ponudbo glavnih drog. To zmanjševanje je bilo pripisano okrepljenemu nadzoru in ciljnemu zaseganju PMK, glavne kemične predhodne sestavine za proizvodnjo MDMA. To se je morda tudi odrazilo v znatni spremembi sestavin tablet „ekstazija“, ki so bile na voljo v Evropi, saj so samo tri države poročale, da so snovi, podobne MDMA, predstavljale največji delež v tabletah, analiziranih leta 2009. Kljub temu obstajajo dokazi o nedavnem oživljanju trga ekstazija, čeprav ne na enaki ravni kot prej. MDMA očitno postaja bolj pogost in prah z veliko čistostjo je na voljo v delih Evrope. Proizvajalci ekstazija so se morda na nadzor nad predhodnimi sestavinami odzvali z uporabo „pred-predhodnih sestavin“ ali „prikritih predhodnih sestavin“, bistvenih kemičnih snovi, ki se lahko uvažajo zakonito kot nenadzorovane snovi in se potem pretvorijo v predhodne snovi, ki so potrebne za proizvodnjo MDMA.

Zasegi droge so se od leta 2007 močno zmanjšali in sedanji podatek o 4,3 milijona zaseženih tabletah ekstazija predstavlja samo majhen delež glede na leto 2002 z največ zaseženimi tabletami

SLIKA 1.14

Število in glavne skupine novih psihoaktivnih snovi, priglašenih v sistemu za zgodnje opozarjanje, 2005-2012



V letu 2012 so države članice prvič priglasile 73 novih psihoaktivnih snovi v sistemu EU za zgodnje opozarjanje

Nove droge: na voljo je več snovi

Analizo trga drog zapleta pojavljanje novih drog (novih psihoaktivnih snovi), kemičnih ali naravnih snovi, ki niso nadzorovane v skladu z mednarodno zakonodajo in ki se proizvajajo z namenom, da posnemajo učinke nadzorovanih drog. V nekaterih primerih se nove droge proizvajajo v Evropi v skrivnih laboratorijih in se prodajajo neposredno na trgu. Druge kemične snovi se uvažajo od dobaviteljev, pogosto iz Kitajske ali Indije, in se nato v Evropi privlačno zapakirajo in oglašujejo kot „dovoljene droge“. Izraz „dovoljene droge“ je napačen, saj so snovi lahko nadzorovane v nekaterih državah članicah, ali pa kršijo predpise o varnosti potrošnikov ali tržne predpise, če se prodajajo za prehrano. Da bi se izognili preverjanju, so proizvodi pogosto napačno označeni, na primer kot „poskusne snovi“ ali „rastlinska gnojila“, na njih pa je navedeno, da proizvod ni namenjen za prehrano ljudi.

V letu 2012 so države članice prvič priglasile 73 novih psihoaktivnih snovi v sistemu EU za zgodnje opozarjanje (slika 1.14). Povpraševanje uporabnikov po konoplji podobnih proizvodih odraža dejstvo, da je 30 od teh snovi bilo sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov. Med snovmi se 19 spojin ni ujemalo z nobeno od že znanih kemičnih skupin (vključno z rastlinami in zdravili), poročalo pa se je tudi o 14 novih nadomestkih za fenetilamine, kar je največ od leta 2005.

Ker je internet pomemben trg za nove psihoaktivne snovi, center EMCDDA opravlja redne preglede, da spremlja število spletnih trgovin, ki ponujajo proizvode evropskim potrošnikom. To število odkritih trgovin narašča in v januarju 2012 je bilo ugotovljenih 693 spletnih trgovin.

Ko se zanje začnejo uporabljati ukrepi za nadzor, se večina novih psihoaktivnih snovi običajno hitro zamenja, zato so posegi na tem področju še posebej zahtevni. Vendar pa je mefedron redek primer nove droge, ki je postala zaželena droga na trgu prepovedanih drog. Kljub nadzoru v vsej Evropski uniji je droga očitno še vedno na voljo v nekaterih državah, v katerih se zdaj prodaja na trgu prepovedanih drog. Čeprav zaloge, pridobljene pred prepovedjo, morda še vedno obstajajo in skrivni uvoz morda še vedno poteka, je zaskrbljujoče nedavno odkritje lokacije za proizvodnjo mefedrona na Poljskem, ki ima povezave z mednarodnimi organiziranimi kriminalnimi združbami, in dokazano preprodajanje v druge evropske države.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe.

2011

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances.

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications Povzetek poročila s srečanja EMCDDA Trendspotter, 18.–19. oktober 2011.

Odzivanje na nove psihoaktivne snovi, Problem drog, 22.

Publikacije centra EMCDDA in Europola

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Vsaj 85 milijonov odraslih Evropejcev je uporabilo prepovedano drogo vsaj enkrat v življenju, kar predstavlja približno četrtino odraslega prebivalstva Evrope

Uporaba drog in težave, povezane z drogo

Spremljanje uporabe drog in z njo povezanih težav zapletajo številni dejavniki. Obstajajo znatne razlike med načini, kako se prepovedane droge uporabljajo, in vzorci uporabe se razlikujejo od eksperimentalne in občasne uporabe do vsakodnevne in dolgoročne. Na tveganja, ki so jim posamezniki izpostavljeni, bodo vplivali tudi številni dejavniki, med katerimi so: uporabljen odmerek, način uporabe, hkratna uporaba drugih snovi, število in trajanje časa uporabe drog ter ranljivost posameznika.

Spremljanje uporabe drog in težav v zvezi z drogami

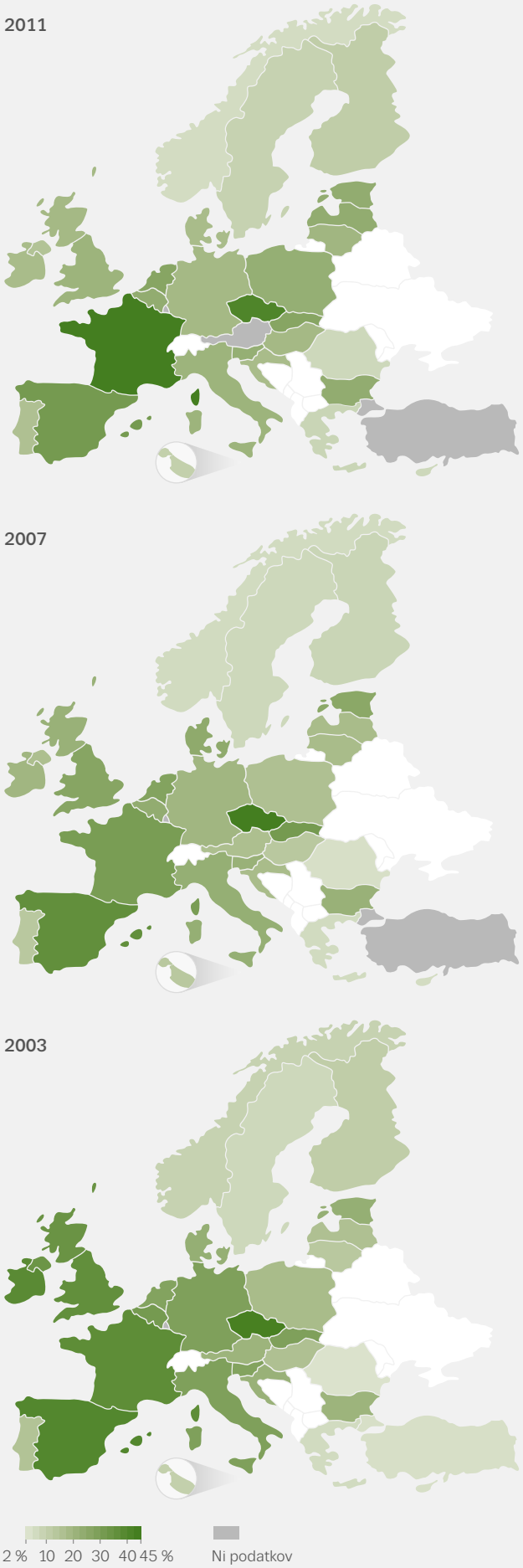
Spremljanje uporabe drog in z njimi povezanih težav v Evropi temelji predvsem na petih ključnih epidemioloških kazalnikih: uporabi drog med splošnim prebivalstvom, problematični uporabi drog, z drogami povezanih smrtnih primerih in umrljivostjo, z drogami povezanih nalezljivih boleznih ter povpraševanju po zdravljenju odvisnosti. Informacije o teh kazalnikih, vključno z opombami o metodologiji, so na voljo na spletnem mestu EMCDDA pod razdelkom Key indicators gateway (Vstop za ključne kazalnike) in v Statističnem biltenu.

Četrtina evropskih odraslih je uporabila prepovedane droge

Vsaj 85 milijonov odraslih Evropejcev je uporabilo prepovedano drogo vsaj enkrat v življenju, kar predstavlja približno četrtino odraslega prebivalstva Evrope. Večina jih je navedla, da so uporabili konopljo (77 milijonov), ocene za uporabo drugih drog kadar koli v življenju pa so veliko nižje: 14,5 milijona za kokain, 12,7 milijona za amfetamine in 11,4 milijona za ekstazi. Obstajajo znatne razlike glede deleža oseb v Evropi, ki so kadarkoli v življenju uporabile droge; ta delež se giblje od približno tretjine odraslih na

SLIKA 2.1

Razširjenost uporabe konoplje kadarkoli v življenju med šolsko mladino, staro med 15 in 16 let



Opomba: Podatki iz raziskave ESPAD in nacionalni raziskavi za Španijo in Združeno kraljestvo.

Danskem, v Franciji in v Združenem kraljestvu do manj kot vsake desete osebe v Bolgariji, Grčiji, na Madžarskem, v Romuniji in v Turčiji.

Konoplja: umirjanje ali zmanjševanje uporabe v državah z večjo razširjenostjo

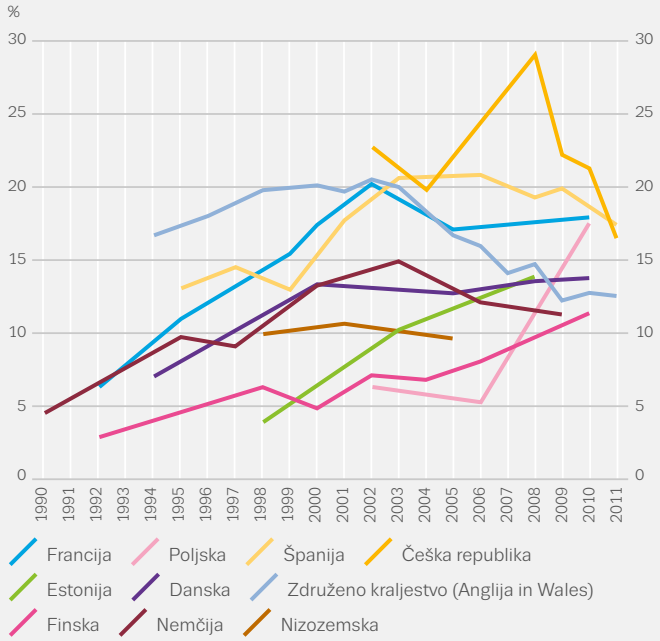
Proizvodi iz konoplje se običajno kadijo in se pogosto mešajo s tobakom. Vzorci uporabe konoplje so različni in segajo od občasne in eksperimentalne uporabe do redne uporabe in odvisnosti, težave, povezane s konopljo, pa so močno povezane s pogosto uporabo in uporabo večjih količin. Učinki na zdravje lahko vključujejo težave z dihali, duševne težave in odvisnost. Nekateri od novih sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov imajo lahko izjemno močan učinek in vedno pogosteje se poroča o akutnih škodljivih posledicah.

Konoplja je prepovedana droga, ki jo bodo evropski študenti najverjetneje poskusili. V raziskavah ESPAD v letu 2011 se je razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju med 15- in 16-letniki gibala med 5 % na Norveškem in 42 % v Češki republiki (slika 2.1). Razmerja med spoloma so se gibala od enakega razmerja do razmerja 2,5: 1 med dečki in deklicami. Splošno se je na evropski ravni uporaba konoplje med šolsko mladino med leti 1995 in 2003 povečala, v letu 2007 se je rahlo zmanjšala in je od takrat ostala ustaljena. V tem obdobju je bilo opazno zmanjševanje uporabe konoplje v številnih državah, ki so poročale o visoki razširjenosti v zgodnjih raziskavah. V istem obdobju se je stopnja uporabe konoplje med šolsko mladino povečala v številnih državah v Srednji in Vzhodni Evropi, kar kaže na določeno zbliževanje v Evropi kot celoti. V šestih državah, ki so predložile nacionalne raziskave med šolsko mladino, izvedene po študiji ESPAD (2011/12), razširjenost uporabe konoplje med šolsko mladino ostaja enaka ali se rahlo zmanjšuje.

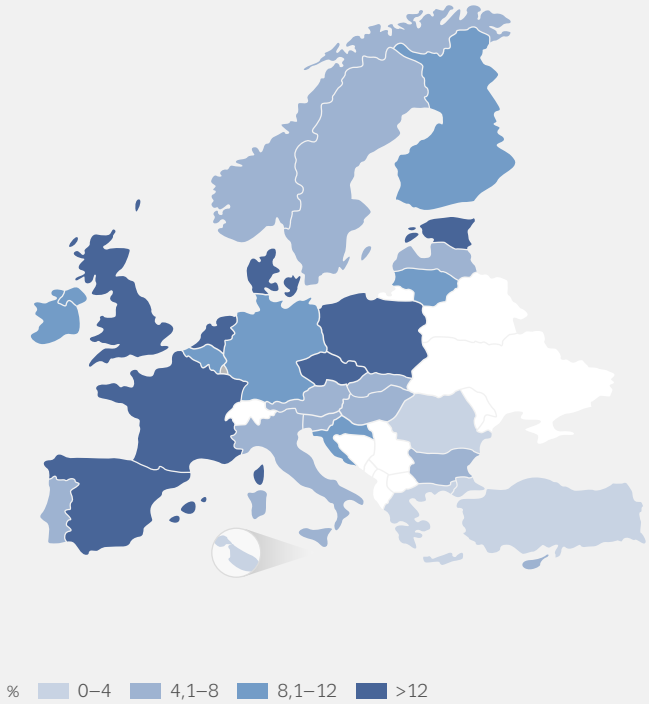
Po ocenah je 15,4 milijona mladih Evropejcev (15-34 let) (11,7 % te starostne skupine) uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je 9,2 milijona od teh bilo starih od 15 do 24 let (14,9 %). Uporaba konoplje je na splošno pogostejša pri moških. Dolgoročnejši trendi med mladimi odraslimi se na splošno ujemajo s trendi med šolsko mladino s postopnim povečevanjem uporabe v nekaterih državah z manjšo razširjenostjo in zmanjševanjem uporabe v državah z večjo razširjenostjo. Z izjemo Poljske in Finske vse države, ki so nedavno opravile raziskave (leta 2010 ali pozneje) poročajo o umirjanju ali zmanjševanju uporabe med mladimi odraslimi (slika 2.2). Samo nekaj nacionalnih raziskav za zdaj poroča o uporabi sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov, vendar je v tistih, ki jih, stopnja razširjenosti na splošno majhna.

SLIKA 2.2

Razširjenost uporabe konoplje med mladimi odraslimi za lansko leto: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)



Opomba: Trendi za deset držav z največjo razširjenostjo in tremi ali več raziskavami.



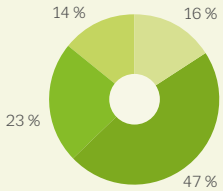
Več kot 3 milijoni vsakodnevnih uporabnikov konoplje in naraščanje povpraševanja po zdravljenju

Znatna manjšina uporabnikov konoplje intenzivno uživa snov. Dnevna ali skoraj dnevna uporaba konoplje je opredeljena kot uporaba v 20 ali več dneh v mesecu pred izvedbo raziskave. Podatki iz 22 držav kažejo, da okoli 1 % odraslih, vsaj trije milijoni, poročajo, da uporabljajo drogo tako pogosto. Več kot dve tretjini od teh sta stari med 15 in 34 leti in v tej starostni skupini jih je več kot tri četrtine moškega spola.

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZDRAVIJO

Značilnosti

16 % **84 %**



Povprečna starost pri prvi uporabi **16**

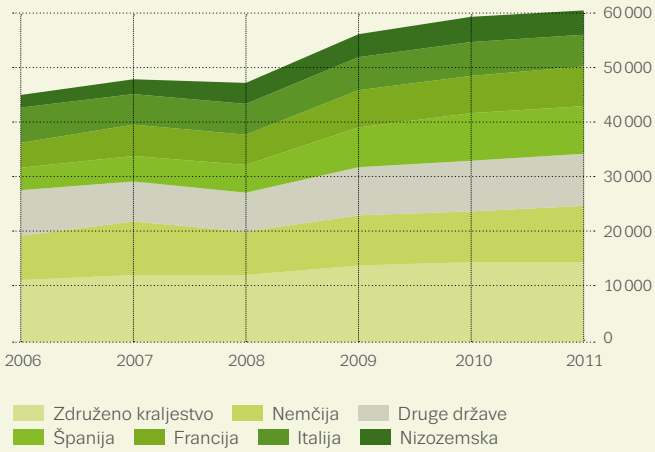
Povprečna starost ob začetku zdravljenja **25**

Pogostost uporabe

- Dnevna
- Dva- do šestkrat tedensko
- Enkrat tedensko ali manj
- Ne v preteklem mesecu/občasno

Kajenje
kot glavni način uporabe

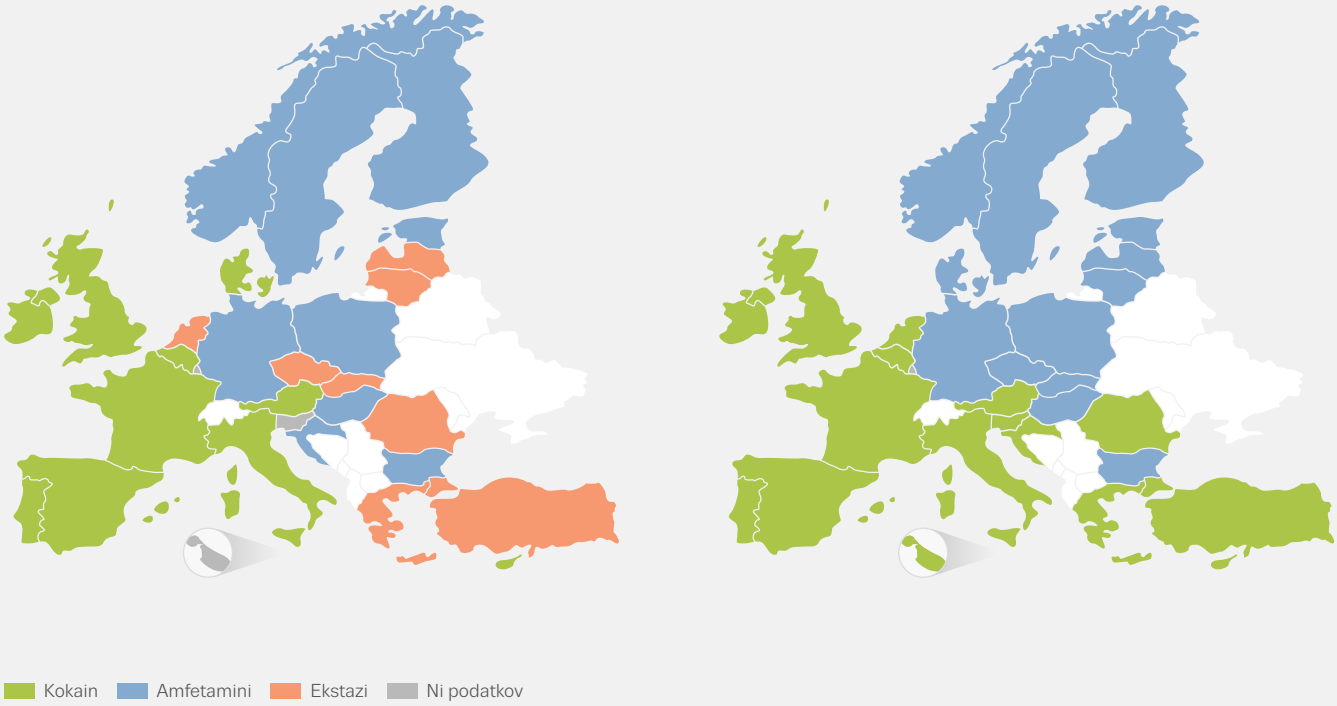
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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

SLIKA 2.3

Prevladujoči stimulans glede na lansko razširjenost med 15- do 34-letniki (levo) in glede na primarno drogo pri uporabnikih, ki se začnejo prvič zdraviti (desno)



V letu 2011 je bila konoplja navedena kot druga najpogostejša primarna droga za heroinom pri uporabnikih, ki se vključijo v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (109 000), in najbolj pogosto omenjena droga pri uporabnikih, ki se prvič vključijo v zdravljenje. Kljub temu je mogoče opaziti znatno odstopanje po državah od 4 % vseh uporabnikov drog na zdravljenju, ki navajajo to drogo kot razlog za začetek zdravljenja, v Bolgariji do 69 % takšnih uporabnikov na Madžarskem. Te razlike si je mogoče razložiti z razlikami pri praksah glede napotitev, vrstah storitev za zdravljenje, ki so na voljo, in nacionalnih razširjenostih uporabe. V Evropi se je število uporabnikov konoplje, ki se prvič vključijo v zdravljenje, povečalo s približno 45 000 v letu 2006 na 60 000 v letu 2011.

Konoplja ... najbolj pogosto omenjena droga pri uporabnikih, ki se prvič vključijo v zdravljenje

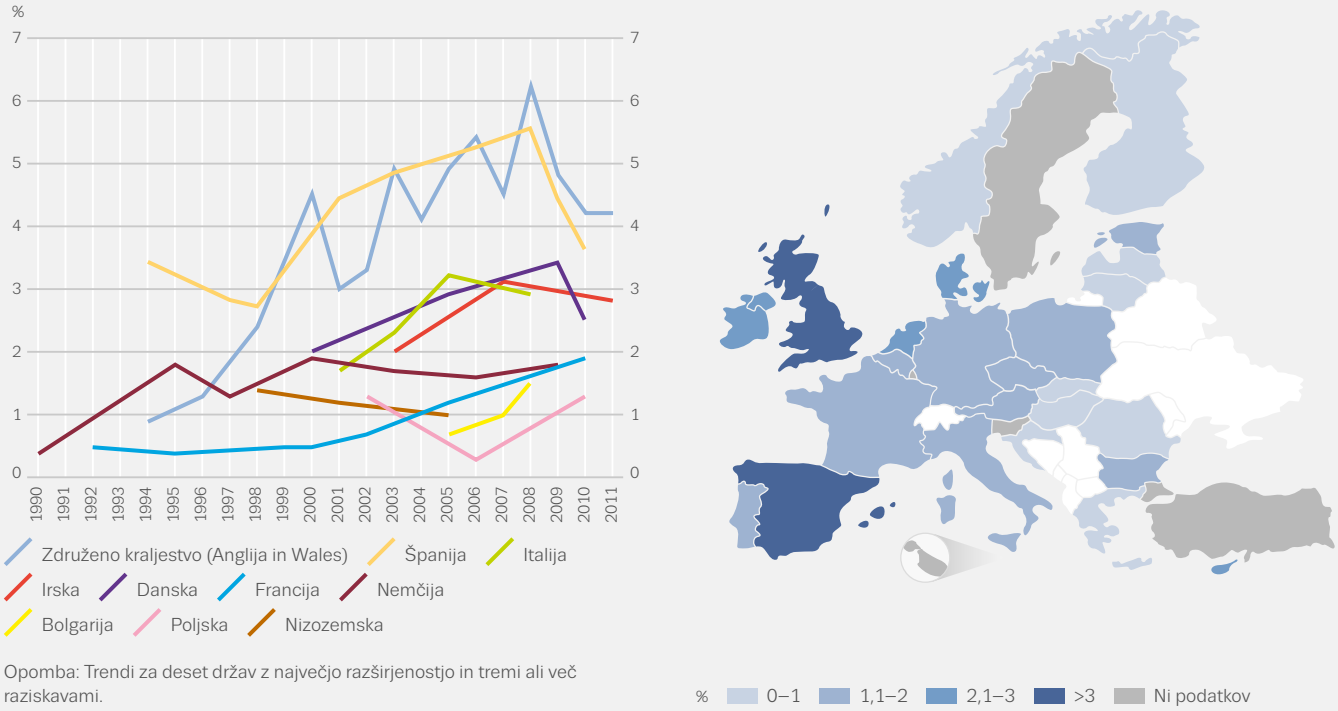
Prepovedani stimulansi v Evropi: regionalni vzorci uporabe

Kokain, amfetamini in ekstazi so najpogosteje uporabljani prepovedani stimulansi v Evropi, medtem ko se lahko zaradi njihovega stimulacijskega učinka nezakonito uporabljajo tudi nekatere manj znane snovi, med katerimi so piperazini (npr. BZP) in sintetični katinoni (npr. mefedron in MDPV). Visoka raven uporabe stimulansov je običajno povezana z določenimi lokacijami s plesom, glasbo in nočnim življenjem, kjer se te droge pogosto uporabljajo v kombinaciji z alkoholom.

Podatki o razširjenosti prikazujejo geografsko raznolik trg stimulansov v Evropi, na katerem kokain bolj prevladuje na jugu in zahodu Evrope, amfetamini so pogostejši v srednjih in severnih državah, ekstazi pa je najbolj prevladujoč stimulans v državah na jugu in vzhodu (slika 2.3). Podatki o zdravljenju kažejo podobne vzorce za kokain in amfetamin, število uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi ekstazija, pa je nizko.

SLIKA 2.4

Razširjenost uporabe kokaina v zadnjem letu med mladimi odraslimi: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)



Opomba: Trendi za deset držav z največjo razširjenostjo in tremi ali več raziskavami.

Kokain: zmanjševanje uporabe v državah z večjo razširjenostjo

Kokain v prahu se predvsem vdihava, včasih tudi vbrizgava, medtem ko se crack kokain običajno kadi. Med rednimi uporabniki je mogoče na splošno razlikovati med bolj socialno integriranimi uporabniki, ki lahko drogo uporabljajo rekreativno, in bolj marginaliziranimi uporabniki drog, ki kokain in pogosto tudi druge snovi, uporabljajo, ker imajo kronične težave z drogami. Redna uporaba kokaina je povezana s kardiovaskularnimi, nevrološkimi in duševnimi zdravstvenimi težavami ter s povečanim tveganjem za nesreče in odvisnost. Vbrizgavanje kokaina in uporaba cracka sta povezana z največjimi zdravstvenimi tveganji, vključno s prenosom nalezljivih bolezni.

Kokain, amfetamini in ekstazi so najpogosteje uporabljani prepovedani stimulansi v Evropi

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulans v Evropi, čeprav večina uporabnikov prihaja iz relativno majhnega števila držav. Ocenjuje se, da je v prejšnjem letu kokain uporabilo približno 2,5 milijona mladih Evropejcev (1,9 % te starostne skupine) . O relativno visoki ravni uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu (2,5–4,2 %) poročajo Danska, Irska, Španija in Združeno kraljestvo (slika 2.4). V državah z večjo razširjenostjo, ki imajo novejše raziskave, so ravni uporabe kokaina med mladimi odraslimi, ki so kokain uporabili v zadnjem letu, večinoma dosegle vrh v letu 2008/09 in so se po tem rahlo znižale ali umirile. V drugih državah so ravni uporabe ostale relativno nizke in umirjene, čeprav sta Francija in Poljska poročali o povečanju v letu 2010.

Znaki upadanja povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od kokaina

Samo štiri države imajo relativno nove ocene o intenzivni ali problematični uporabi kokaina, ki pa jih je težko primerjati, ker se uporabljene opredelitve razlikujejo. V letu 2009 je za odraslo prebivalstvo: Španija ocenila, da „kokain intenzivno uporablja“ 0,45 %; Nemčija ocenila, da ima „težave, povezane s kokainom“, 0,20 % odraslega prebivalstva, Italija pa ocenila, da je 0,34 % „morebitno problematičnih uporabnikov kokaina“. Za obdobje 2009/10 je Združeno kraljestvo ocenilo, da crack kokain uporablja 0,54 % odraslega prebivalstva v Angliji, vendar je navedlo, da jih od tega verjetno veliko hkrati uporablja crack in opioide.

V letu 2011 je bil kokain naveden kot primarna droga pri 14 % uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (60 000), in pri 19 % uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje (31 000). Med državami obstajajo velike razlike, pri čemer je 90 % vseh oseb, ki se zdravijo zaradi kokaina, priglasilo samo pet držav (Nemčija, Španija, Italija, Nizozemska, Združeno kraljestvo). Število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje zaradi primarne uporabe kokaina, se je povečalo s 35 000 leta 2006 na 37 000 leta 2009, nato pa se je leta 2011 zmanjšalo na 31 000 (23 držav). V Španiji se majhno, ampak stalno zmanjševanje števila oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje odvisnosti od kokaina, opaža od leta 2005, v Združenem kraljestvu od leta 2008 in v Italiji od leta 2009. V Evropi se je v letu 2011 v prvo zdravljenje vključilo samo približno 3 000 novih primarnih uporabnikov kokaina, pri čemer jih je iz Združenega kraljestva približno dve tretjini, ostali pa so večinoma iz Španije in Nizozemske.

Dolgoročno povečanje bolnišničnih nujnih primerov, povezanih s kokainom

V nedavnem evropskem pregledu je bilo ugotovljeno, da se je število sporočenih s kokainom povezanih sprejemov na oddelkih nujne pomoči v nekaterih državah od konca devetdesetih let prejšnjega stoletja povečalo za trikrat in doseglo najvišjo točko leta 2008 v Španiji in Združenem kraljestvu (Anglija). Do večine s kokainom povezanih nujnih primerov je prišlo pri mladih moških. Smrti zaradi akutne zastrupitve s kokainom se zdijo relativno redke. V letu

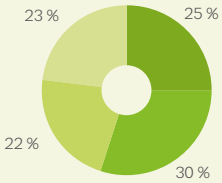
UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZDRAVIJO

Značilnosti

16 % 84 %

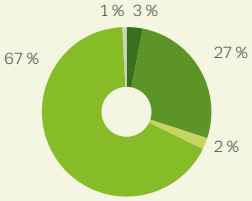
Povprečna starost pri prvi uporabi **22**

Povprečna starost ob začetku zdravljenja **33**



Pogostost uporabe

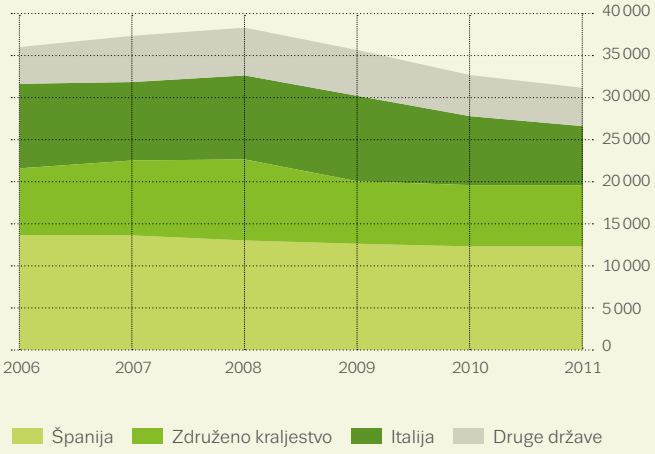
- Dnevna
- Dva- do šestkrat tedensko
- Enkrat tedensko ali manj
- Ne v preteklem mesecu/občasno



Glavni način uporabe

- Vbrizgavanje
- Kajenje
- Peroralno
- Vdihavanje
- Drugo

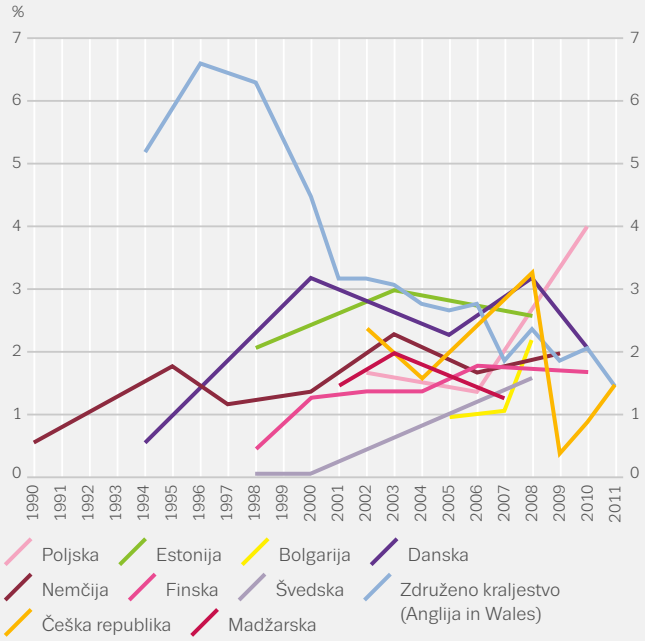
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič

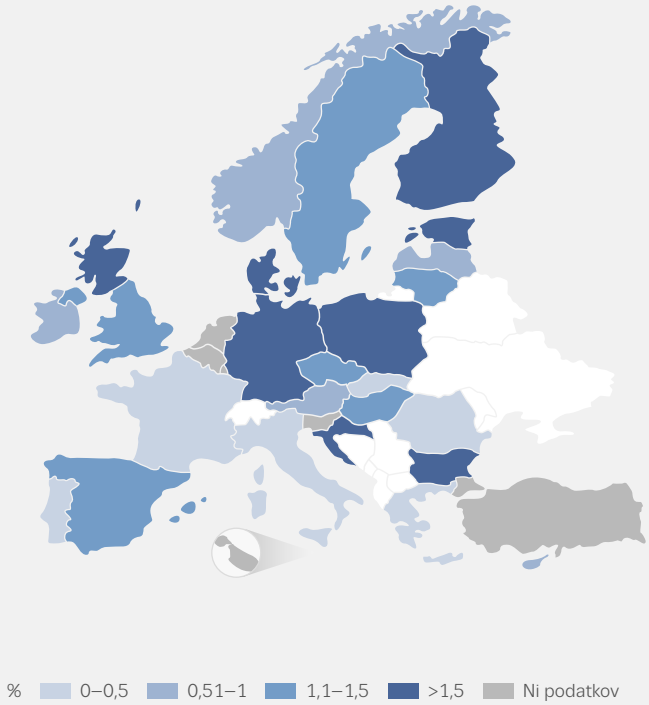


Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti in uporabljajo kokain/crack kot primarno drogo. Pri trendih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti prvič in uporabljajo kokain/crack kot primarno drogo. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 2.5

Razširjenost uporabe amfetaminov med mladimi odraslimi v zadnjem letu: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)





Opomba: Trendi za deset držav z največjo razširjenostjo in tremi ali več raziskavami.

2011 je 17 držav poročalo o vsaj 475 smrtnih primerih, povezanih s kokainom, čeprav so bile pogosto prisotne tudi druge droge. Nedavni podatki iz Španije in Združenega kraljestva kažejo na zmanjševanje števila smrtnih primerov, povezanih s kokainom, od leta 2008. Kokain je bil verjetno uporabljen tudi pri nekaterih smrtnih primerih, povezanih s kardiovaskularnimi težavami, vendar so podatki na tem področju omejeni.

Amfetamini: uporaba umirjena, vendar se zdravstvena tveganja nadaljujejo

V Evropi je amfetamin bolj razširjen od metamfetamina, katerega uporaba je bila od nekdaj omejena na Češko republiko, v zadnjem času pa še na Slovaško. Amfetamini se navadno uporabljajo peroralno ali se vdihavajo, vendar je v nekaj državah med problematičnimi uporabniki drog in uporabniki na zdravljenju relativno pogosto vbrizgavanje teh drog.

Večina študij o škodljivih učinkih na zdravje, povezanih z uporabo amfetaminov, je bila narejena v Avstraliji in Združenih državah Amerike, kjer kajenje kristalnega metamfetamina prevladuje, njihovih ugotovitev pa morda ni mogoče neposredno prenesti na stanje v Evropi. V teh študijah so opredeljeni učinki, ki vključujejo kardiovaskularne, pljučne, nevrološke in duševne zdravstvene težave od anksioznosti, agresije in depresije do akutne paranoidne psihoze, medtem ko je vbrizgavanje dejavnik tveganja za nalezljive bolezni. Smrtni primeri, povezani z amfetamini, so v primerjavi s smrtnimi primeri, povezanimi z opioidi, redki, o njih pa poročajo nekatere države, zlasti tiste z relativno veliko populacijo uporabnikov amfetamina. Prevelike odmerke amfetaminov je lahko težje prepoznati, saj so simptomi manj specifični. To težavo še zapleta pojavljanje novih stimulansov. Na primer, več kot 20 smrtnih primerov v letih 2011 in 2012 je bilo povezanih z amfetaminu sorodno spojino 4-metilamfetamin, zaradi česar sta morala EMCDDA in Europol oceniti tveganja na evropski ravni, Evropska komisija pa je morala priporočiti ukrepe za nadzor za vso EU.

V Evropi je amfetamin bolj razširjen od metamfetamina

Po ocenah je v zadnjem letu amfetamine uporabilo približno 1,7 milijona (1,3 %) mladih odraslih. Med letoma 2006 in 2011 je bila uporaba amfetaminov v zadnjem letu med mladimi odraslimi v večini evropskih držav sorazmerno majhna in ustaljena, pri čemer so skoraj vse države poročevalke poročale o približno 2-odstotni ali nižji stopnji razširjenosti, razen Bolgarije (2,1 %), Estonije (2,5 %) in Poljske (3,9 %). Vse države, ki so nedavno opravile raziskave (leta 2010 ali pozneje), poročajo o umirjanju ali zmanjševanju uporabe amfetamina, razen Poljske, ki je poročala o povečanju (slika 2.5).

Povečanje povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od metamfetamina

Samo dve državi imata novejše ocene o številu problematičnih uporabnikov metamfetamina, in sicer je med odraslimi (15–64 let) takšnih približno 0,42 % v Češki republiki (leto 2011) in približno 0,21 % na Slovaškem (2007). Znaki problematične uporabe metamfetamina so bili nedavno opaženi v Nemčiji, Grčiji, na Cipru in v Turčiji.

Približno 6 % uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi v letu 2011, je kot primarno drogo navedlo amfetamine (približno 24 000 uporabnikov, od teh se jih je 10 000 v zdravljenje vključilo prvič v življenju). Primarni uporabniki amfetamina pomenijo velik delež sporočenih prvih začetih zdravljenj samo v Latviji, na Poljskem in Švedskem, metamfetamin pa kot primarno drogo navaja velik delež oseb, ki so se prvič začele zdraviti v Češki republiki in na Slovaškem. Med letoma 2006 in 2011 je število uporabnikov amfetaminov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, ostalo večinoma ustaljeno, razen v Češki republiki in na Slovaškem, ki sta poročali o povečanem številu oseb, ki so se prvič začele zdraviti zaradi odvisnosti od metamfetamina.

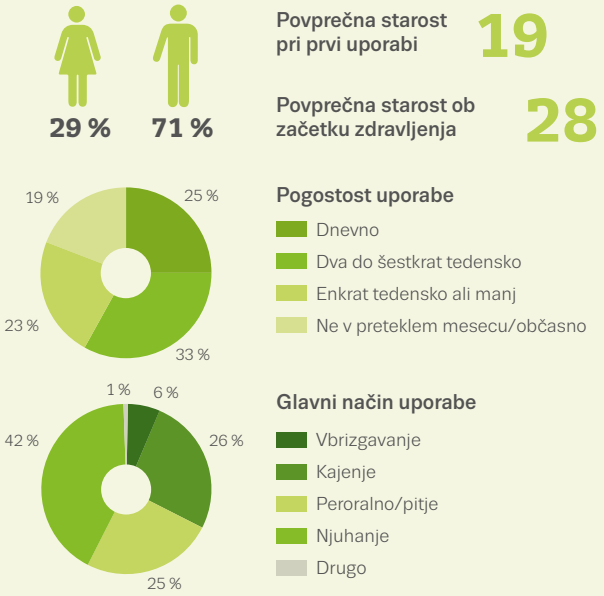
Ekstazi: majhno povpraševanje po zdravljenju

Izraz ekstazi se običajno nanaša na sintetično snov MDMA. Droga se večinoma uporablja v obliki tablet, včasih pa je dosegljiva tudi v obliki praška; mogoče jo je jemati peroralno, vdihavati ali (redko) vbrizgavati. Uporaba ekstazija je bila v preteklosti povezana s prizorišči z elektronsko plesno glasbo, najbolj razširjena pa je med mladimi odraslimi, zlasti mlajšimi moškimi. Med težavami, povezanimi z uporabo te droge, so akutna hipertermija in težave z duševnim zdravjem. Smrtni primeri, povezani z ekstazijem, so redki.

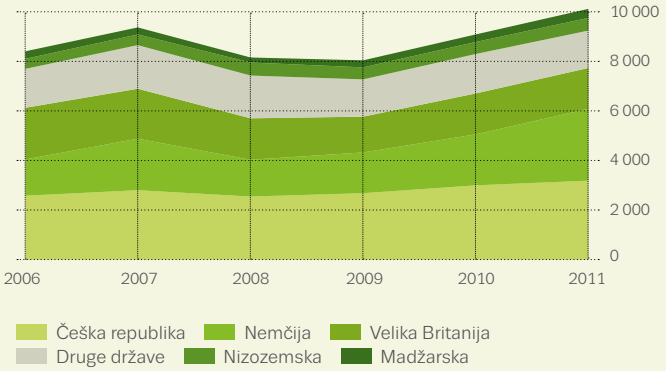
Po ocenah je 1,8 milijona mladih odraslih uporabilo ekstazi v zadnjem letu, nacionalne ocene pa se gibljejo od manj kot 0,1 % do 3,1 %. Uporaba droge je po navadi dosegla najvišjo raven v prvi polovici prvega desetletja tega stoletja, potem pa je začela upadati (slika 2.6). Med letoma 2006 in 2011 je večina držav poročala o umirjanju ali zmanjševanju uporabe ekstazija. Razen na Poljskem se to zmanjševanje nadaljuje, kakor kažejo podatki držav, ki sporočajo rezultate

UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZDRAVIJO

Značilnosti



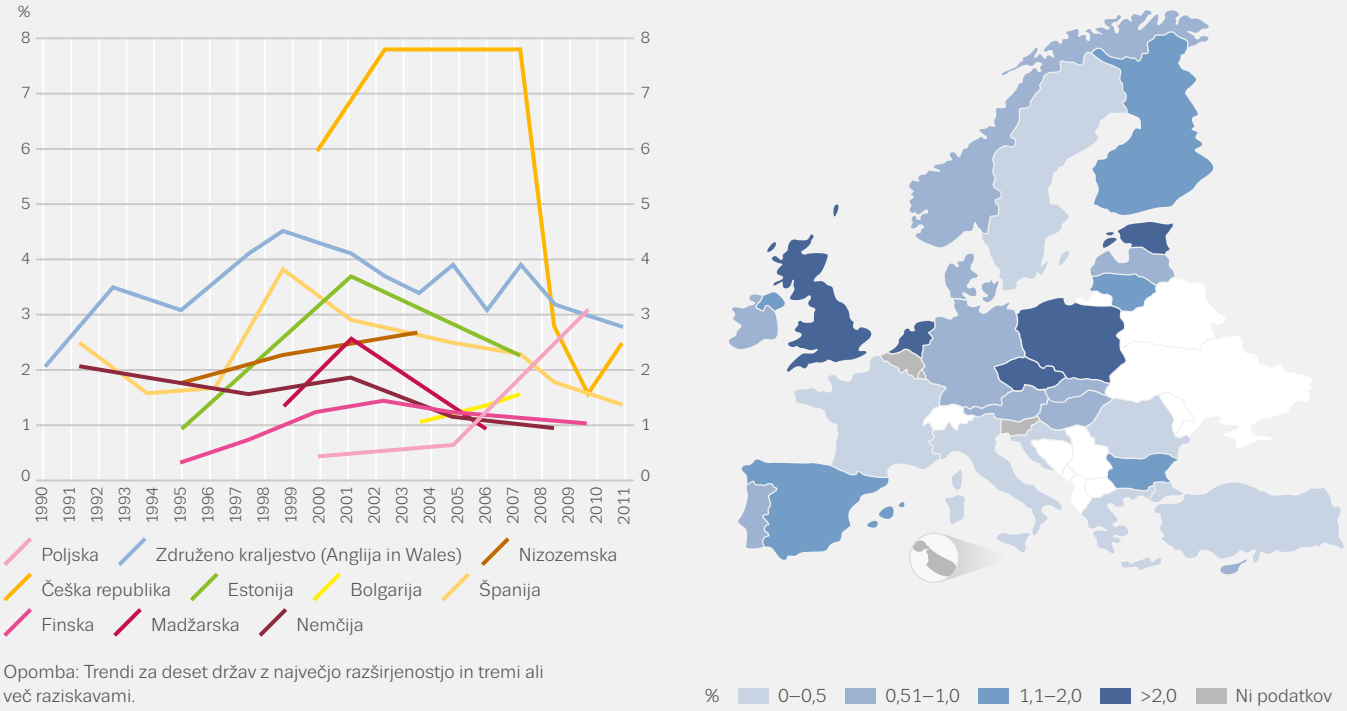
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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

SLIKA 2.6

Razširjenost uporabe ekstazija med mladimi odraslimi v lanskem letu: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)



Opomba: Trendi za deset držav z največjo razširjenostjo in tremi ali več raziskavami.

raziskav od leta 2010. Le malo uporabnikov drog se je v letu 2011 vključilo v zdravljenje zaradi težav z ekstazijem: ekstazi je kot primarno drogo navedlo manj kot 1 % (približno 600) sporočenih uporabnikov v Evropi, ki so se začeli prvič zdraviti.

Sintetični katinoni, vključno z mefedronom, v nekaterih državah izborili mesto na trgu prepovedanih stimulansov

Mefedron: nova snov na trgu stimulansov

Obstajajo znaki, da so si sintetični katinoni, vključno z mefedronom, v nekaterih državah izborili mesto na trgu prepovedanih stimulansov. Do zdaj je samo Združeno kraljestvo izvedlo več raziskav, ki vključujejo te droge. Po najnovejših podatkih je 1,1 % odraslih (16–59 let) v Angliji in Walesu poročalo o uporabi mefedrona v zadnjem letu, kar pomeni da je to četrta najpogosteje uporabljena prepovedana droga. Med 16- do 24-letniki je bila razširjenost v zadnjem letu enaka kot pri ekstaziju (3,3 %), kar pomeni, da je tretja najbolj razširjena droga v tej starostni skupini. Kljub temu pa je bilo opaženo znižanje ravni uporabe za vse skupine glede na raziskavo za obdobje 2010/11.

Na splošno se v Evropi še naprej poroča o smrtnih primerih in obolevnosti, povezani z mefedronom, čeprav na relativno nizki ravni. Nekatere države poročajo tudi o vbrizgavanju mefedrona, MDPV in drugih sintetičnih katinonov v skupinah problematičnih uporabnikov drog in uporabnikov

storitev zdravljenja zaradi odvisnosti od drog (Madžarska, Avstrija, Romunija, Združeno kraljestvo).

Halucinogene snovi, GHB in ketamin: še vedno niso izginili

Na trgu prepovedanih drog v Evropi so na voljo številne psihoaktivne snovi s halucinogenimi, anestetičnimi in sedativnimi učinki, ki se lahko uporabljajo posamično, skupaj ali namesto bolj običajnih drog. Splošna razširjenost uporabe halucinogenih gob in LSD v Evropi je na splošno nizka in ustaljena več let. Nacionalne raziskave kažejo, da je bila razširjenost uporabe halucinogenih gob med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu med 0 % in 2,2 %, razširjenost LSD pa med 0 % in 1,7 %.

Od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja se poroča o rekreativni uporabi ketamina in gama-hidroksibutirata (GHB) med podskupinami uporabnikov drog v Evropi. Vedno večje je zavedanje o zdravstvenih težavah, povezanih s temi snovmi, na primer o poškodbah sečil, povezanih z dolgotrajno uporabo ketamina. Izguba zavesti in odvisnost sta tveganji, ki sta povezani z uporabo GHB, evidentirani pa so tudi primeri simptomov odtegnitve. Kjer obstajajo nacionalne ocene o razširjenosti uporabe GHB in ketamina, ta pri odraslih in šolski mladini ostaja majhna. V Združenem kraljestvu je 1,8 % 16- do 24-letnikov navedlo, da so ketamin uporabili v zadnjem letu, ta raven pa je ostala ustaljena od leta 2008 do leta 2012, čeprav se je leta 2006 povečala z 0,8 %. Ciljne raziskave na prizoriščih nočnega življenja poročajo o večji razširjenost uporabe ketamina kadar koli v življenju. Na primer, raziskava med danskimi obiskovalci nočnih klubov je poročala, da jih je ketamin poskusilo 10 %. Med anketiranci iz Združenega kraljestva, ki so sodelovali v spletni raziskavi in bili opredeljeni kot redni obiskovalci klubov, jih je 40 % poročalo o uporabi ketamina v zadnjem letu, 2 % pa o uporabi GHB v zadnjem letu.

Opioidi: več kot 1,4 milijona problematičnih uporabnikov

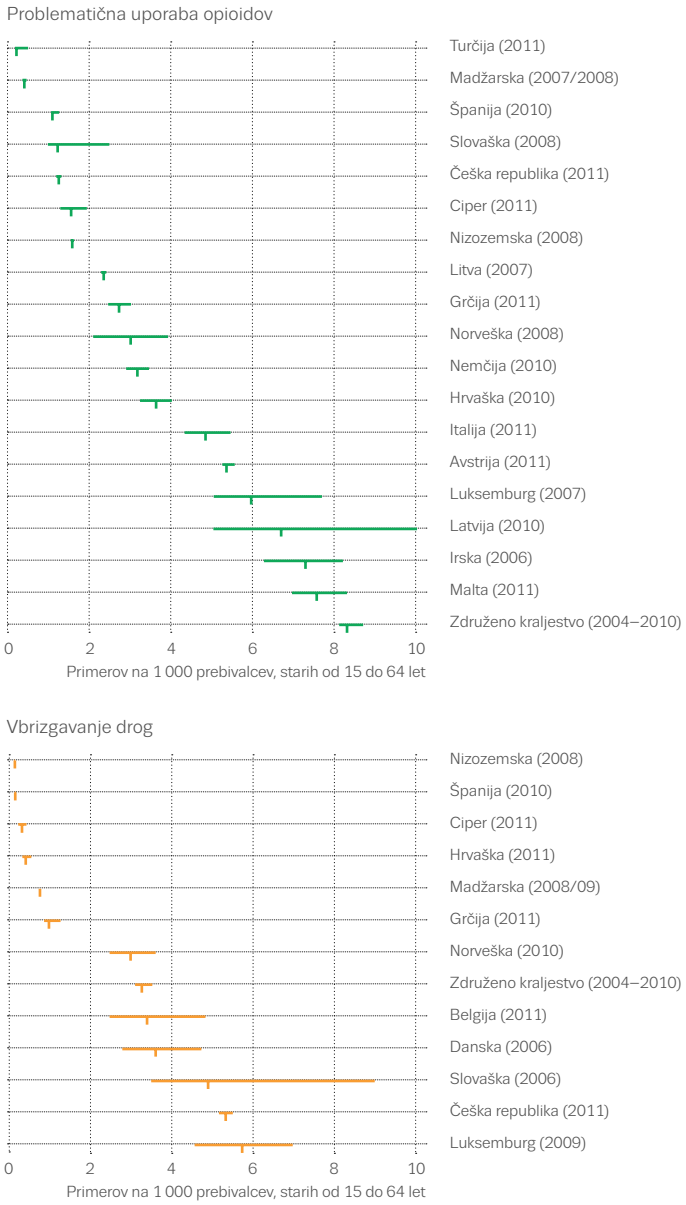
Uporaba opioidov je še vedno vzrok za nesorazmerno velik delež smrtnih primerov in obolevnosti zaradi uporabe drog v Evropi. Glavni opioid, ki se tu uporablja, je heroin, ki ga je mogoče kaditi, vdihavati ali vbrizgavati. Na trgu prepovedanih drog je na voljo vrsta drugih sintetičnih opioidov, kot so buprenorfin, metadon in fentanil. Večina uporabnikov opioidov uporablja več drog hkrati, podatki pa kažejo, da je razširjenost večja na urbanih območjih in v marginaliziranih skupinah. Poleg zdravstvenih težav uporabniki opioidov, ki so se začeli zdraviti, na splošno poročajo o višjih ravneh brezdomstva in brezposelnosti ter nižjih ravneh izobrazbe od uporabnikov drugih drog.

V Evropi je bilo več različnih valov odvisnosti od heroina; prvi val je prizadel številne zahodnoevropske države od sredine sedemdesetih let, drug val pa srednjo in vzhodno Evropo v drugi polovici devetdesetih let prejšnjega stoletja. Čeprav so se trendi v zadnjem desetletju spreminjali, se zdi, da število novih uporabnikov heroina upada.

Povprečna razširjenost problematične uporabe opioidov med odraslimi (15–64 let) je ocenjena na 0,41 %, kar je

SLIKA 2.7

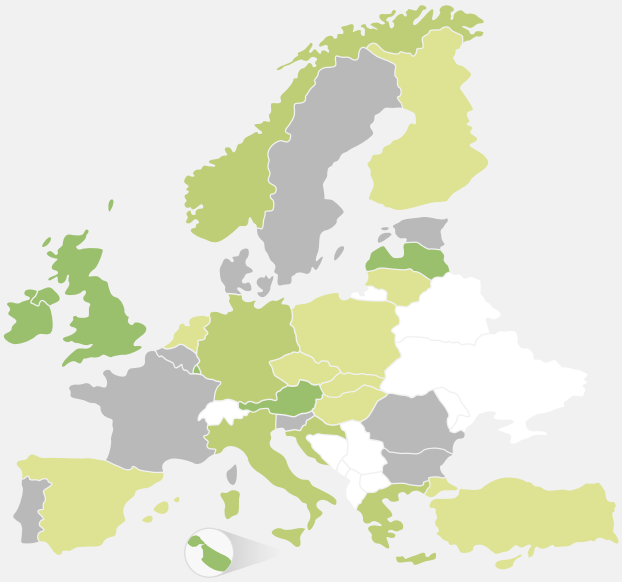
Nacionalne ocene razširjenosti problematične uporabe opioidov in uporabe drog z vbrizgavanjem



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

SLIKA 2.8

Ocenjeno število problematičnih uporabnikov opioidov v Evropi



Primerov na 1 000 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Ni podatkov

Opomba: Podatki za Poljsko in Finsko so iz leta 2005.

1,4 milijona problematičnih uporabnikov opioidov v Evropi v letu 2011. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti problematične uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do približno osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (slika 2.7).

Heroin: zmanjšanje števila novih uporabnikov, ki so se vključili v zdravljenje odvisnosti

Uporabniki opioidov (zlasti heroina) predstavljajo 48 % vseh uporabnikov, ki so se v letu 2011 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (197 000), in približno 30 % uporabnikov, ki so se v zdravljenje vključili prvič. Skupno število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje odvisnosti od heroina, v Evropi upada. Leta 2007 jih je bilo največ, 59 000, nato pa se je njihovo število zmanjšalo na 41 000 v letu 2011, pri čemer je zmanjšanje najopaznejše v zahodnoevropskih državah. Na splošno se zdi, da bi lahko število novih uporabnikov heroina upadalo in da to zdaj vpliva na povpraševanje po zdravljenju.

Se zdi, da število novih uporabnikov heroina upada

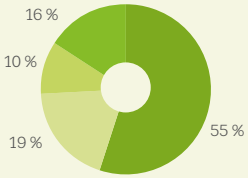
UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZDRAVIJO

Značilnosti

22 % 78 %

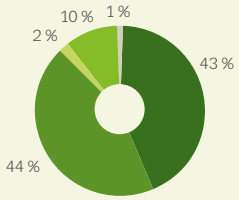
Povprečna starost pri prvi uporabi **22**

Povprečna starost ob začetku zdravljenja **35**



Pogostost uporabe

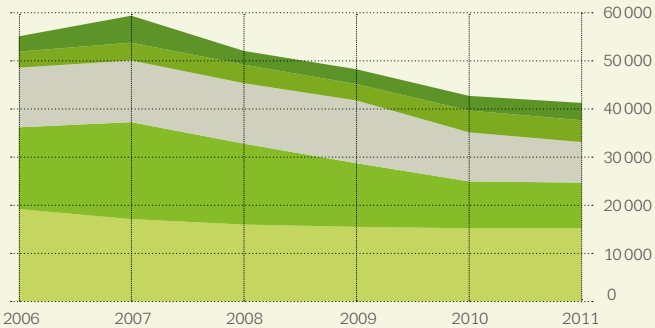
- Dnevna
- Dva- do šestkrat tedensko
- Enkrat tedensko ali manj
- Ne v preteklem mesecu/občasno



Glavni način uporabe

- Vbrizgavanje
- Kajenje
- Peroralno/pitje
- Vdihavanje
- Drugo

Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič

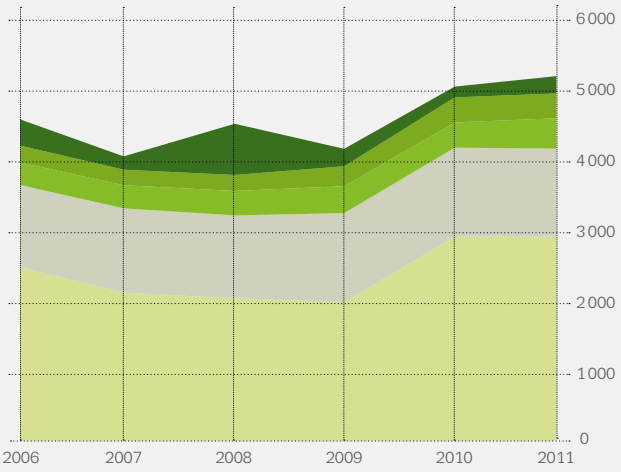


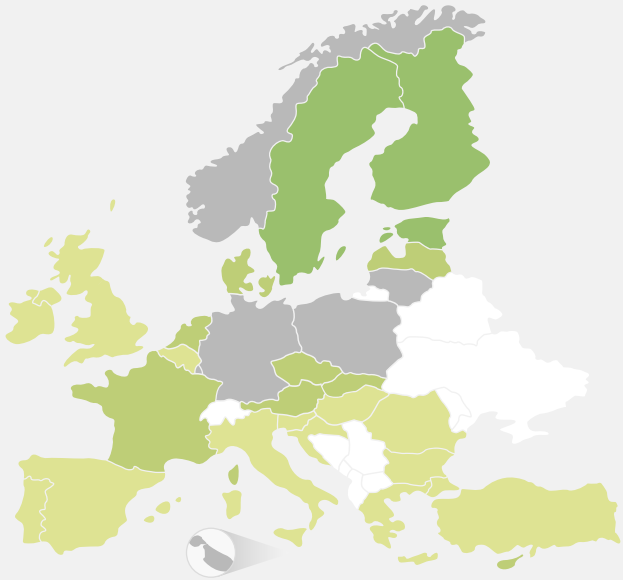
Združeno kraljestvo Italija Druge države Španija Nemčija

Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti in uporabljajo heroin kot primarno drogo. Pri trendih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti prvič in uporabljajo heroin kot primarno drogo. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 2.9

Uporabniki, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi odvisnosti od opioidov, ki niso heroin: trend glede na število (levo) in kot delež vseh uporabnikov, ki so se začeli zdraviti prvič in uporabljajo opioide kot primarno drogo (desno)





Združeno kraljestvo | Druge države | Francija | Španija | Italija

% | 0–10 | 11–50 | >50 | Ni podatkov

Opioidi, ki niso heroin: težava v nekaterih državah

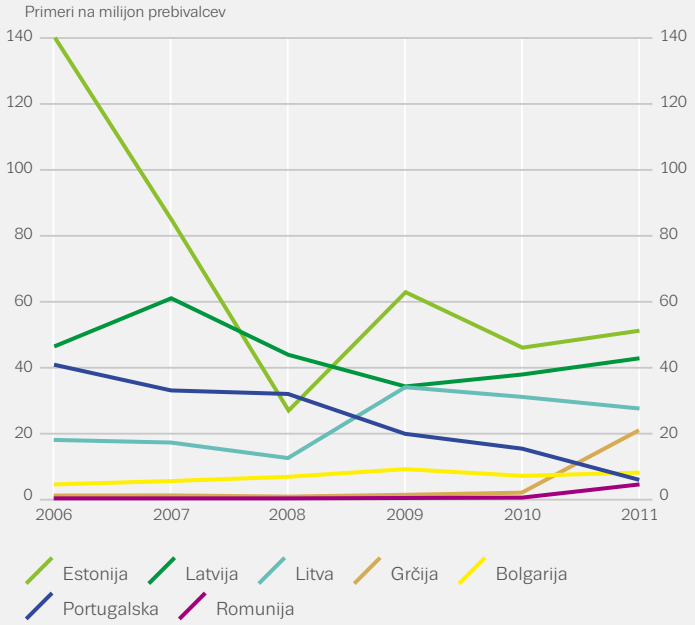
V letu 2011 je 11 evropskih držav poročalo, da je 10 % ali več vseh uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje zaradi odvisnosti od opioidov, uporabljalo opioide, ki niso heroin, vključno s fentanilom, metadonom in buprenorfinom (slika 2.9). V nekaterih državah je uporaba teh drog najpogostejša oblika uporabe opioidov: v Estoniji je večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi odvisnosti od opioidov, uporabljala prepovedani fentanil, na Finskem pa so osebe, ki so se vključile v zdravljenje, večinoma primarni uporabniki buprenorfina.

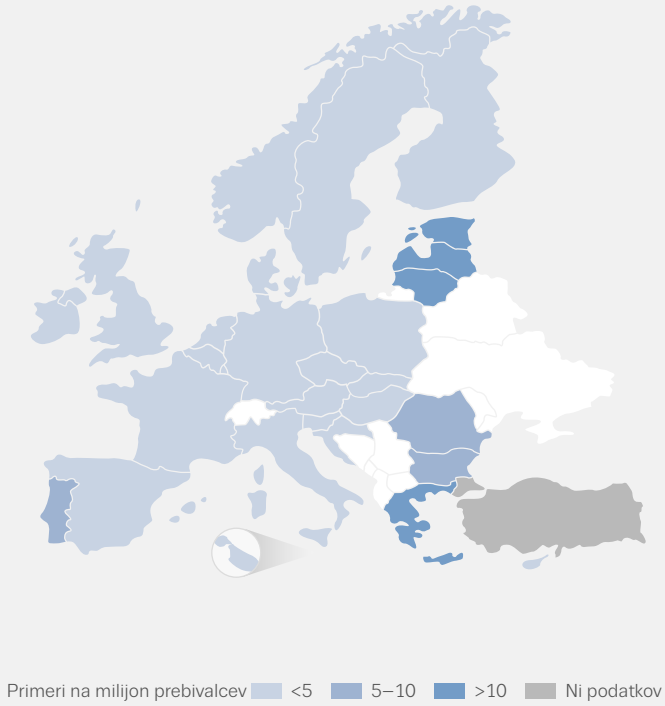
Vbrizgavanje drog: dolgoročno upadanje

Injicirajoči uporabniki drog so med tistimi, ki so zaradi uporabe drog najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, kot so okužbe, ki se prenašajo s krvjo, ali smrt zaradi prevelikega odmerka. Vbrizgavanje je na splošno povezano z uporabo opioidov, v nekaj državah pa je velika težava vbrizgavanje amfetaminov. Trinajst držav ima novejše ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem, ki se gibljejo od manj kot enega primera do približno šestih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Med uporabniki, ki so se vključili v specialistično zdravljenje, 38 % uporabnikov opioidov in 24 % uporabnikov amfetaminov poroča o vbrizgavanju droge. Ravni vbrizgavanja med uporabniki, ki so se vključili v zdravljenje zaradi odvisnosti od opioidov, se med državami razlikujejo, in sicer od 9 % na Nizozemskem do 93 % v Latviji. Med letoma 2006 in 2011 se je na splošno zmanjšal delež injicirajočih uporabnikov drog med uporabniki heroina, ki so se začeli zdraviti prvič, vendar pa najnovejši podatki kažejo majhno povečanje.

SLIKA 2.10

Na novo diagnosticirane okužbe z virusom HIV, povezane z vbrizgavanjem drog: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)





Opomba: Na novo diagnosticirane okužbe z virusom HIV pri injicirajočih uporabnikih drog v državah, ki so poročale o najvišjih stopnjah v letu 2011 (vir: ECDC)

Izbruhi ogrožajo dolgoročno upadanje okužb s HIV

Vbrizgavanje drog še naprej ostaja pomemben način prenašanja nalezljivih bolezni, vključno z virusoma HIV in hepatitisa C. Najnovejši podatki kažejo, da bi se dolgoročni upad števila novih diagnoz okužbe z virusom HIV v Evropi lahko prekinil zaradi izbruhov med injicirajočimi uporabniki drog v Grčiji in Romuniji (slika 2.10). V letu 2011 je bila povprečna stopnja sporočenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi drog z vbrizgavanjem, 3,03 primera na milijon prebivalcev. Čeprav je treba podatke še pregledati, je bilo v letu 2011 na novo sporočenih 1 507 primerov, malo več kot v letu 2010, kar je porušilo skupen padajoč trend, opažen od leta 2004.

Podatek za Evropo prikriva pomembne razlike pri ravneh in trendih novih diagnoz okužb z virusom HIV v posameznih državah. V letu 2011 je bilo v Grčiji in Romuniji 353 diagnoz ali 23 % skupnega števila, medtem ko sta v letu 2010 ti dve državi predstavljali malo več kot 2 % (31/1 469). Bolgarija, Estonija in Latvija so poročale o majhnih povišanjih ravni na novo diagnosticiranih okužb z virusom HIV pri injicirajočih uporabnikih drog v letu 2011, medtem ko so se nasprotno ravni, ki so jih sporočile Irska, Španija in Portugalska, še naprej zniževale v skladu z zniževanjem, ki je bilo opaženo od leta 2004.

Injicirajoči uporabniki drog so med tistimi, ki so zaradi uporabe drog najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav

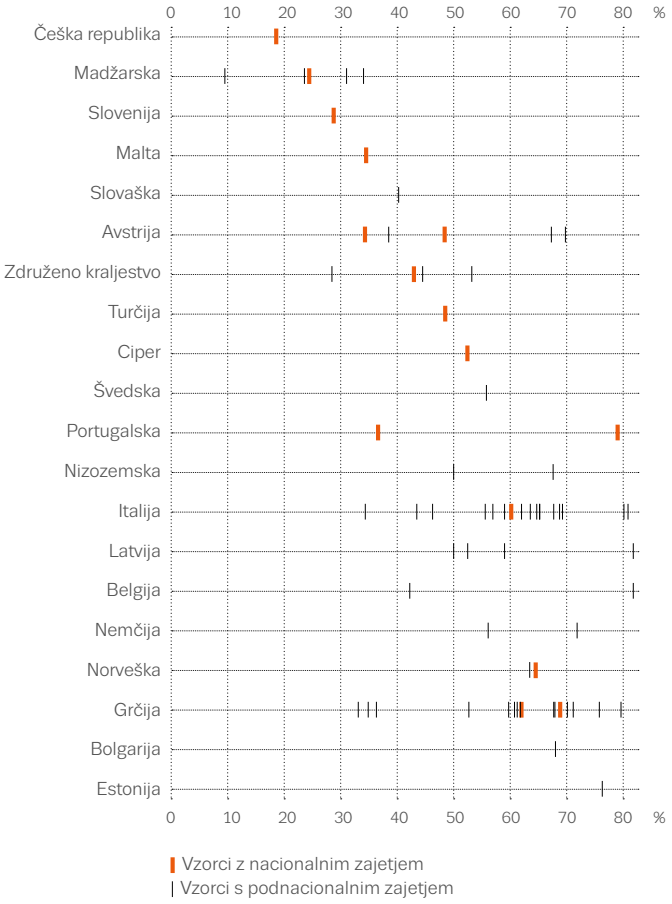
Hepatitis in druge okužbe: velike zdravstvene težave

Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. Ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog so se v letih 2010 in 2011 gibale od 18 do 80 %. Osem od dvanajstih držav z nacionalnimi podatki je poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 40 % (slika 2.11). Taka ali večja razširjenost lahko kaže, da so tveganja v zvezi z vbrizgavanjem dovolj velika za prenos virusa HIV. Med državami z nacionalnimi podatki o trendih v obdobju 2006–2011 so o zmanjševanju razširjenosti HCV med injicirajočimi uporabniki drog poročale tri države (Italija, Portugalska, Norveška), dve drugi pa sta ugotovili povečanje (Grčija, Ciper).

V 18 državah, za katere so na voljo podatki za obdobje 2010–2011, uporaba drog z vbrizgavanjem v povprečju pomeni 58 % vseh prijavljenih diagnoz HCV in 41 % akutnih diagnoz (pri katerih je kategorija tveganja znana). Pri hepatitisu B injicirajoči uporabniki drog pomenijo 7 % vseh prijavljenih diagnoz in 15 % akutnih diagnoz. Uporaba drog je lahko dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, vključno s hepatitisom A in D, spolno prenosljivimi boleznimi, tuberkulozo, tetanusom in botulizmom. Občasno se v Evropi poroča tudi o izbruhih okužb z antraksom, verjetno zaradi okuženega heroina. Na primer, med junijem 2012 in začetkom marca 2013 je bilo sporočenih 15 primerov okužbe z antraksom, povezanih z drogami, od katerih se jih je sedem končalo s smrtjo. To je lahko povezano s prejšnjim izbruhom primerov okužb z antraksom, ki so bili sporočeni v letih 2009 in 2010.

SLIKA 2.11

Razširjenost protiteles HCV med injicirajočimi uporabniki drog, 2010/2011



Smrtni primeri, povezani z drogami: ne samo preveliki odmerki

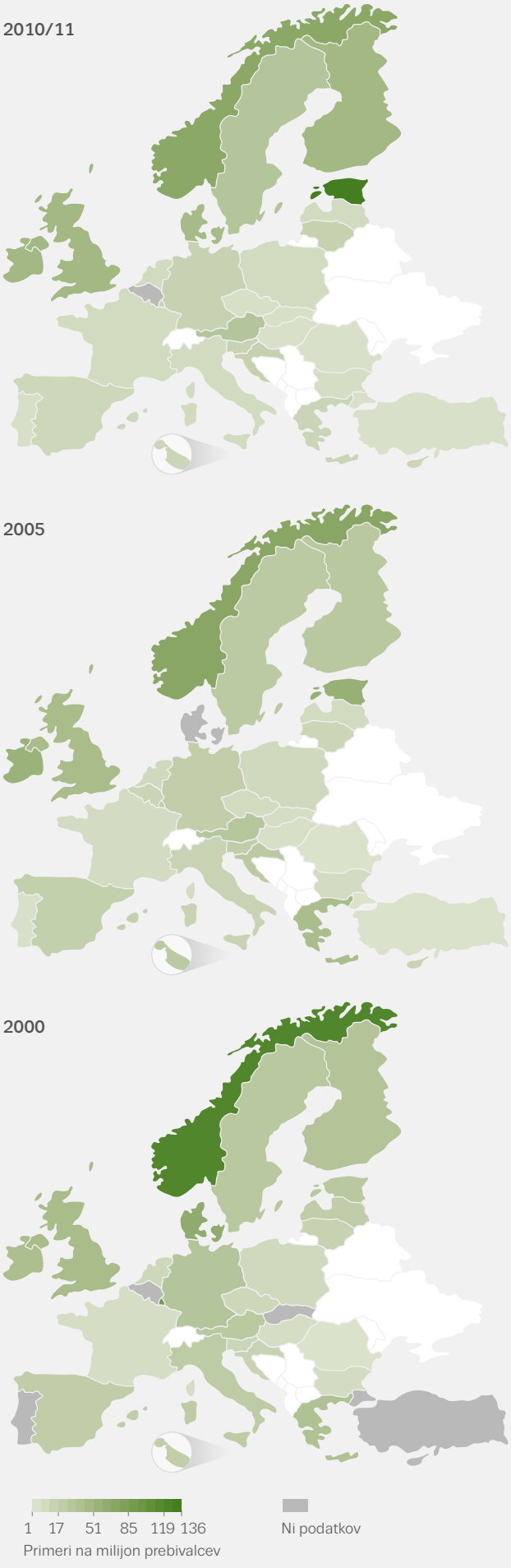
Uporaba drog je eden od glavnih vzrokov umrljivosti med mladimi v Evropi, tako neposredno zaradi prevelikega odmerka drog (smrtni primeri zaradi drog) kot posredno zaradi bolezni, povezanih z drogami, ter nesreč, nasilja in samomorov. Večina študij o kohortah problematičnih uporabnikov drog kaže ravni umrljivosti med 1 in 2 % letno, kar pomeni, da je umrljivost od 10- do 20-krat večja od pričakovane. V nedavni analizi centra EMCDDA je bilo ocenjeno, da v Evropi vsako leto umre med 10 000 in 20 000 uporabnikov opioidov. Med umrlimi so večinoma moški v tridesetih letih; kljub temu pa se starost, stopnje smrtnosti in vzroki za smrt med državami in skozi čas razlikujejo.

Umrljivost, povezana z virusom HIV, je najbolje dokumentiran posredni vzrok smrti med uporabniki drog. Najnovejša ocena kaže, da je v Evropi v letu 2010 zaradi virusa HIV/aidsa, ki ga je mogoče povezati z uporabo drogo, umrlo približno 1 700 ljudi, to število pa se z leti zmanjšuje. Tudi obolenja jeter so verjetno razlog za precej smrti med uporabniki drog, zlasti zaradi okužbe z virusom HCV, pogosto pa se njihovo stanje še poslabša zaradi čezmernega uživanja alkohola, čeprav podatki za Evropo niso na voljo. Na večjo umrljivost med uporabniki drog vplivajo tudi samomori, poškodbe in umori, čeprav tudi tukaj zanesljivih ocen primanjkuje.

Glavna vzroka smrti med problematičnimi uporabniki drog v Evropi sta prevelik odmerek drog in opioidi, zlasti heroin in njegovi presnovki, ter se pojavita pri večini sporočenih primerov, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi, kot so alkohol ali benzodiazepini. Poleg heroina so med drugimi opioidi, ki jih je mogoče najti v toksikoloških poročilih, metadon, buprenorfin in fentanili.

SLIKA 2.12

Stopnje umrljivosti zaradi drog med odraslimi (15–64 let)



Približno 90 % sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropi se zgodi med osebami, starimi več kot 25 let, povprečna starost oseb, ki umrejo zaradi prevelikega odmerka, pa narašča, kar kaže, da se kohorta problematičnih uporabnikov opioidov stara. Med sporočenimi smrtnimi primeri zaradi prevelikega odmerka prevladujejo moški (80 %).

Za leto 2011 se povprečna stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 18 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. O stopnji, ki presega 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, je poročalo šest držav, pri čemer je ta stopnja najvišja na Norveškem (73 na milijon prebivalcev) in v Estoniji (136 na milijon prebivalcev) (slika 2.12).

Večina držav je poročala o povečevanju števila smrti zaradi prevelikega odmerka od leta 2003 do leta 2008/2009, ko se je splošna raven najprej umirila in se nato začela zniževati. Skupno je bilo v letu 2011 sporočenih približno 6 500 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, kar je zmanjšanje s 7 000 primerov v letu 2010 in 7 700 primerov v letu 2009. Kljub temu se stanje med posameznimi državami razlikuje, pri čemer nekatere še vedno poročajo o povečevanju števila smrtnih primerov.

Skupno je bilo v letu 2011 sporočenih približno 6 500 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, kar je zmanjšanje s 7 000 primerov v letu 2010 in 7 700 primerov v letu 2009

VEČ INFORMACIJ

Publikacije EMCDDA

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.

2011

Mortality related to drug use in Europe, izbrano vprašanje.

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, zvezek 2, I. del: Epidemiology, in II. del: Health effects of cannabis use, monografije EMCDDA.

Publikacije centra EMCDDA in projekta ESPAD

2012

Povzetek, Poročilo ESPAD za leto 2011.

Publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

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

3

Odzive, povezane z drogami, je mogoče na splošno razvrstiti kot dejavnosti za zmanjševanje povpraševanja po drogah ali dejavnosti za zmanjševanje ponudbe drog

Odzivi na problem drog

Odzive, povezane z drogami, je mogoče na splošno razvrstiti kot dejavnosti za zmanjševanje povpraševanja po drogah ali dejavnosti za zmanjševanje ponudbe drog. Prva dejavnost vključuje zdravstvene in socialne ukrepe, kot so preprečevanje, zmanjševanje škode, zdravljenje in socialna reintegracija. Druga vključuje izvrševanje zakonodaje, povezane z drogami, pri policijskih, carinskih in sodnih organih, predvsem za zmanjšanje dosegljivosti drog.

Spremljanje odzivov, povezanih z drogami

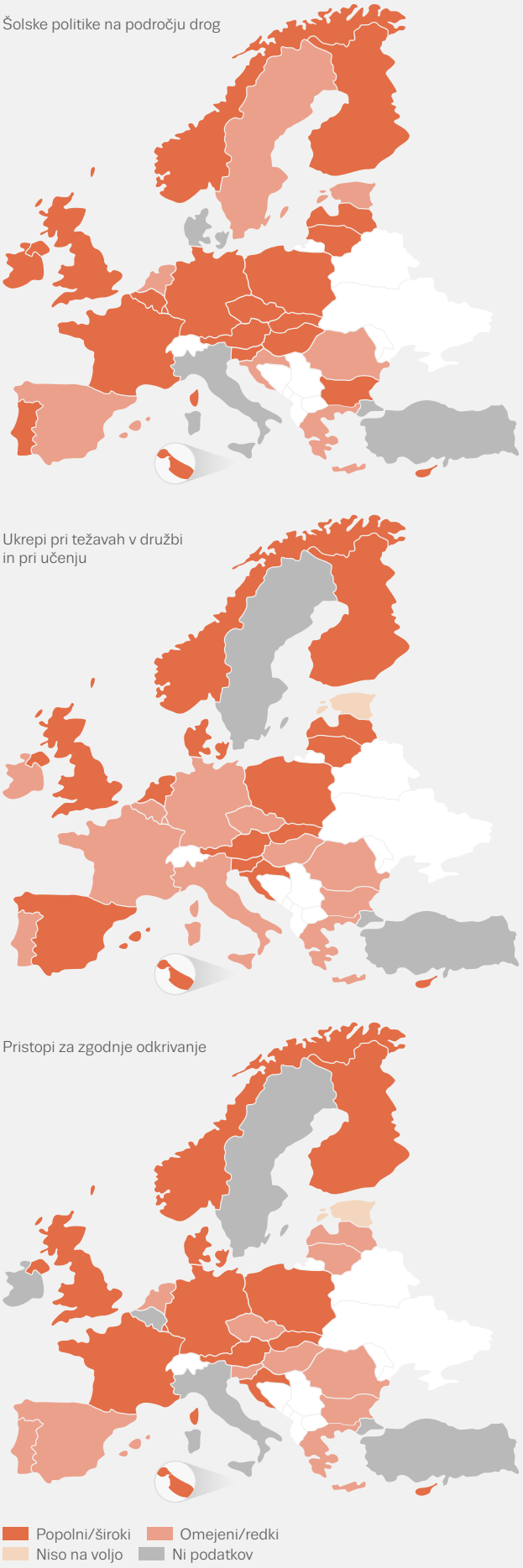
Odzivi na droge se spremljajo s kombinacijo virov rutinskih podatkov ter nacionalnih ocen in ocen strokovnjakov. Podatki o zdravstvenih in socialnih ukrepih vključujejo ocene o zagotavljanju nadomestnega zdravljenja z opioidi ter razdeljevanja injekcijskih igel in brizg. Poleg tega pregledi znanstvenih dokazov, na primer pregledi skupine za sodelovanje Cochrane, zagotavljajo informacije o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov. Nadaljnje informacije o podatkih, ki so predstavljeni tukaj, in dokazih, na katerih temeljijo odzivi, so na voljo na spletnem mestu centra EMCDDA v Statističnem biltenu in na portalu najboljših praks.

Napredek pri preprečevanju na podlagi dokazov v šolah

Za spopadanje z uporabo drog in težav, povezanih z drogami, se uporablja več strategij preprečevanja. Okoljski in splošni pristopi se osredotočajo na celotno prebivalstvo, selektivno preprečevanje se osredotoča na ranljive skupine, indicirano preprečevanje pa na ogrožene posameznike. V Evropi se večina preventivnih dejavnosti izvaja v šolah (slika 3.1), čeprav se izvajajo tudi v drugih okoljih.

SLIKA 3.1

Razpoložljivost posebnih ukrepov za preprečevanje uporabe drog v šolah (ocene strokovnjakov, 2010)



Dokazi kažejo, da so lahko strategije okoljskega preprečevanja, ki poskušajo spremeniti kulturna, socialna, fizična in gospodarska okolja, učinkovite pri spreminjanju normativnih mnenj in posledično tudi uporabe snovi. V Evropi kot celoti se okoljski ukrepi v šolah še vedno redko uporabljajo. Vendar pa je bil narejen napredek na nekaterih področjih, na primer pri spodbujanju zaščitnega šolskega okolja in razvoju šolskih politik na področju drog (npr. smernice o odzivanju na uporabo ali prodajo otrok pri učencih). Opažen je bil tudi majhen premik k uporabi pozitivno ocenjenih splošnih pristopov k preprečevanju v šolah, kot je trening osebnih in družabnih veščin, ter odmik od dejavnosti, kot je zagotavljanje osnovnih informacij, za katere je dokazana majhna učinkovitost. Povečuje se število poročil o uspešnem prenosu pozitivno ocenjenih severnoameriških in evropskih preventivnih programov (npr. Good Behaviour Game (igra lepega vedenja), EUDAP (izštekani), Örebro in Preventure).

Selektivni preventivni ukrepi se osredotočajo na ranljive skupine mlajših oseb, pri katerih je lahko tveganje, da bodo imele težave z uporabo drog, večje. Poročila strokovnjakov kažejo splošno povečanje razpoložljivih ukrepov za nekatere ranljive skupine v Evropi. Zlasti je več dejavnosti, namenjenih šolski mladini s težavami v družbi in pri učenju. Šole so tudi pomembno okolje za indicirane preventivne ukrepe, vključno s pristopi, usmerjenimi v zgodnje odkrivanje šolarjev z vedenjskimi težavami in težavami z drogami.

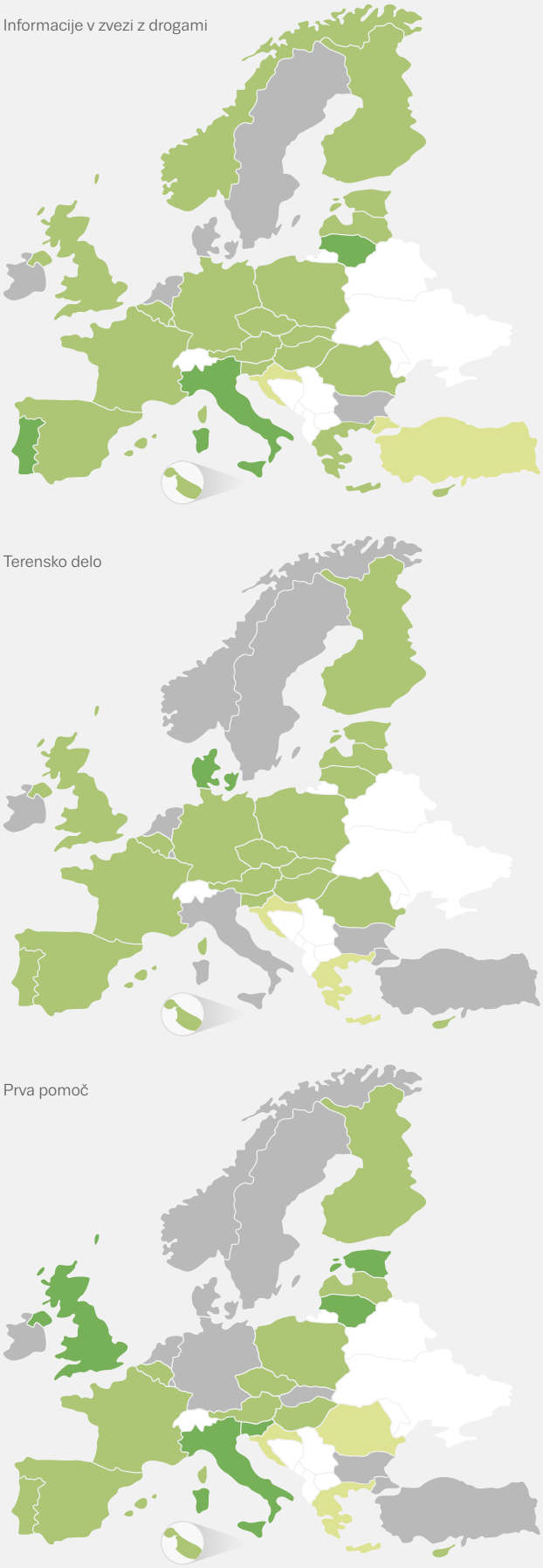
Ukrepi na prizoriščih nočnega življenja: potreba po celostnem pristopu

Ve se, da je uporaba prepovedanih drog, zlasti stimulansov, povezana s prizorišči nočnega življenja. Mladi, ki obiskujejo določene vrste dogodkov, se lahko ujamejo v vzorce uporabe drog in alkohola, zaradi katerih so lahko zelo izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, nesreč ali poškodb. Evropska pobuda „Healthy Nightlife Toolbox“ (Nabor orodij za zdravo nočno življenje) poudarja, kako pomembno je zagotoviti, da imajo sprostitvena okolja vzpostavljeno celostno zbirko ukrepov za spopadanje s temi tveganji; priporočeni pristop združuje preprečevanje, zmanjševanje škode, sprejemanje predpisov in posredovanje organov pregona.

O uporabi strategij za preprečevanje ali zmanjševanje škode v sprostitvenih okoljih poroča malo več kot tretjina držav. Nekatere od teh strategij se osredotočajo na posameznike z razdeljevanjem informativnih letakov, vzajemnim izobraževanjem mladih in uporabo mobilnih ekip. Druge strategije se osredotočajo na okolje: na primer na urejanje in izdajanje licenc lokalom, ki prodajajo alkohol,

SLIKA 3.2

Razpoložljivost posebnih ukrepov na prizoriščih nočnega življenja (ocene strokovnjakov, 2011)



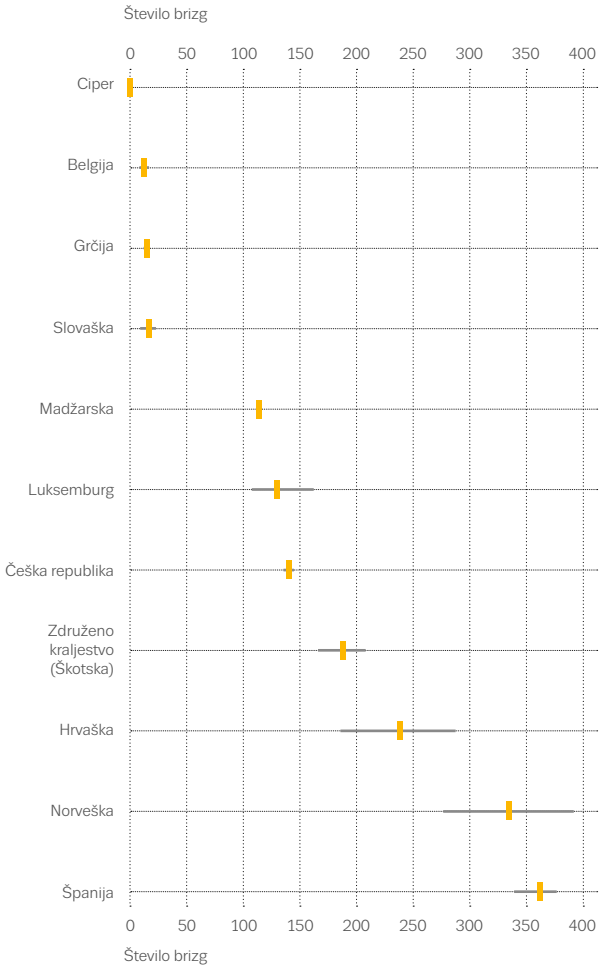
spodbujanje odgovorne prodaje alkohola, izvajanje pobud za obvladovanje množice ter zagotavljanje dostopa do brezplačne vode in varnega nočnega prevoza. K takšnim ukrepom prispevajo projekt club-health.eu in oznake za varno zabavanje „quality nights“, ki jih spodbuja evropski projekt „Party+“. Pregled razpoložljivosti treh ukrepov na prizoriščih nočnega življenja – zagotavljanja informativnega gradiva, terenskega dela in prve pomoči – je kljub temu pokazal, da so v večini držav dejavnosti na tem področju še vedno omejene (slika 3.2).

Preprečevanje nalezljivih bolezni: zdravljenje hepatitisa C potrebuje več pozornosti

Uporabniki drog in še posebno tisti, ki si drogo vbrizgavajo, so izpostavljeni tveganju okužbe z nalezljivimi boleznimi zaradi skupne uporabe pripomočkov za uporabo drog in nezaščitenih spolnih odnosov. Preprečevanje prenašanja okužb z virusom HIV, okužb z virusnim hepatitisom in drugih okužb je zato pomemben cilj evropskih politik na področju drog. Za injicirajoče uporabnike opioidov je bila učinkovitost nadomestnega zdravljenja na tem področju dokazana v več nedavnih pregledih, očitno pa se še poveča, če je združena s programi zamenjave injekcijskih igel in brizg.

SLIKA 3.3

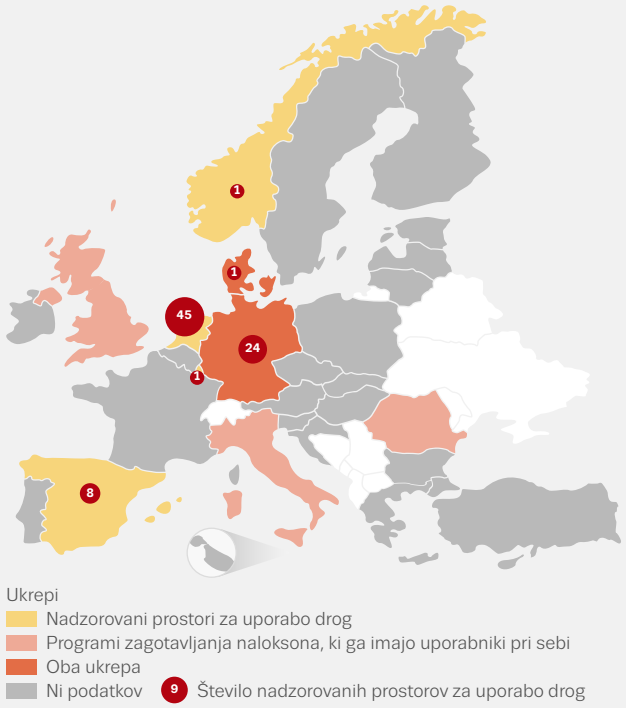
Število razdeljenih brizg v okviru specializiranih programov na injicirajočega uporabnika (ocena)



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

SLIKA 3.4

Države s programi zagotavljanja naloksona, ki ga imajo uporabniki pri sebi, in nadzorovanimi prostori za uporabo drog v Evropi



Število brizg, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se je povečalo s 34,2 milijona v letu 2005 na 46,3 milijona v letu 2011 v 23 državah, ki so poslale nacionalne podatke za obe leti. V enajstih državah, za katere so na voljo novejše ocene o številu injicirajočih uporabnikov, je bilo v okviru specializiranih programov v letu 2011 povprečno razdeljenih 127 brizg na injicirajočega uporabnika, število pa se je gibalo od manj kot 50 do več kot 300 brizg na uporabnika (slika 3.3).

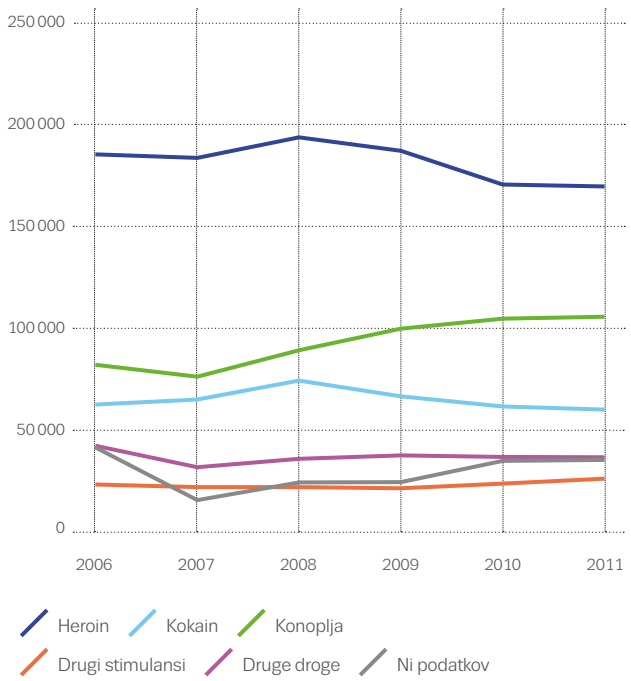
Širjenje virusa hepatitisa B (HBV) je mogoče preprečiti z varnim in učinkovitim cepivom, ki ga je v nacionalne programe cepljenja vključilo 25 evropskih držav. Šestnajst jih tudi poroča o ciljno usmerjenih programih cepljenja proti virusu HBV za injicirajoče uporabnike drog. Za hepatitis C, za katerega cepiva ni, se uporabljajo podobni preventivni ukrepi kot za prenašanje virusa HIV. Vendar pa so v nekaterih evropskih državah pobude, usmerjene v testiranje injicirajočih uporabnikov in svetovanje o hepatitisu C, še vedno omejene in slabo financirane. Študije modeliranja kažejo tudi, da lahko vključitev okuženih uporabnikov v protivirusno zdravljenje hepatitisa C zmanjša prenašanje virusa. Kljub temu in kljub vedno več dokazom o njegovi učinkovitosti pri injicirajočih uporabnikih je v Evropi le malo uporabnikov vključenih v protivirusno zdravljenje hepatitisa C.

Preprečevanje z drogami povezanih smrtnih primerov: velik izziv za javno zdravstvo

Zmanjševanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog in drugih z drogami povezanih smrti ostaja velik izziv za javnozdravstveno politiko v Evropi. Zdravljenje odvisnosti od drog, zlasti nadomestno zdravljenje z opioidi, znatno zmanjša tveganje umrljivosti uporabnikov drog, izboljšanje dostopa do zdravljenja in vztrajanje pri zdravljenju pa je mogoče šteti za pomemben ukrep za preprečevanje smrti zaradi prevelikega odmerka. Znano je, da se tveganja za prevelik odmerek povečajo pri uporabnikih opioidov, ki pridejo iz zapora, in zaradi nekaterih oblik zdravljenja, verjetno zaradi slabšega prenašanja droge. Eden od inovativnih pristopov k odpravi teh tveganj je, da bi postalo zdravilo nalokson, ki je antagonist opioidov, dostopnejše. Pet držav poroča o pilotnih projektih ali programih, v okviru katerih se uporabnikom opioidov, njihovim družinskim članom in skrbnikom zagotavlja nalokson, da ga imajo

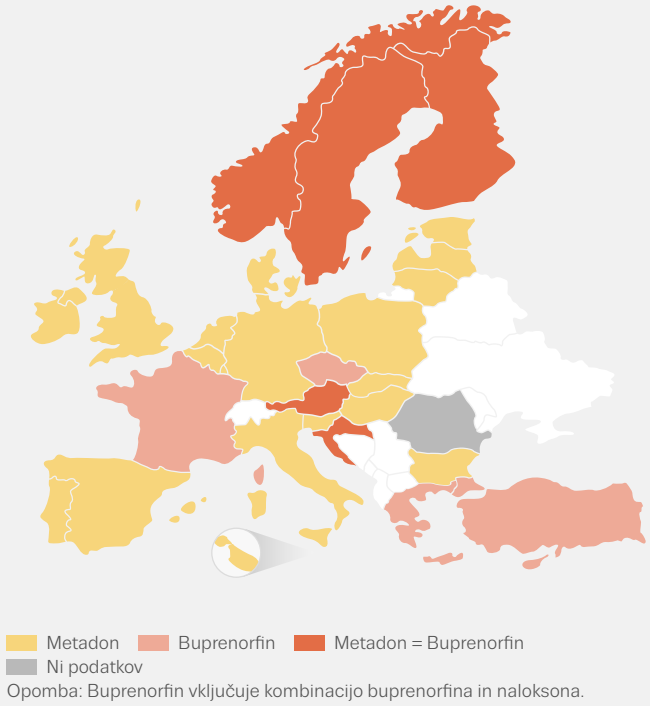
SLIKA 3.5

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



SLIKA 3.6

Prevladujoče nadomestno zdravilo za zdravljenje z opioidi po številu uporabnikov, ki se zdravijo



Opomba: Buprenorfin vključuje kombinacijo buprenorfina in naloksona.

lahko pri sebi (slika 3.4). Študija v Združenem kraljestvu je pokazala, da lahko zdravstveni delavci, vključno z delavci s področja drog, z minimalnim usposabljanjem izboljšajo svoje znanje, sposobnosti in samozavest pri obvladovanju prevelikih odmerkov opioidov in uporabi naloksona.

Večina držav poroča, da problematične uporabnike drog obveščajo o tveganju zaradi prevelikega odmerka. Zdravstveni delavci ali delavci s področja drog lahko z oceno tveganja prevelikega odmerka tudi prispevajo k zgodnjemu prepoznavanju posameznikov z velikim tveganjem, z nadzorovanimi prostori za uporabo drog pa je mogoče doseči skupine marginaliziranih uporabnikov drog. Takšni prostori obstajajo v šestih državah in lahko prispevajo k preprečevanju smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka in zmanjševanju učinka prevelikih odmerkov, ki se ne končajo s smrtjo.

Zaradi odvisnosti od drog se zdravi več kot milijon Evropejcev

Ocenjuje se, da se je v Evropi v letu 2011 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo najmanj 1,2 milijona ljudi. Uporabniki opioidov predstavljajo največjo skupino uporabnikov, vključenih v zdravljenje, podatki o začetku zdravljenja (slika 3.5) pa kažejo, da bi lahko bili uporabniki konoplje in kokaina druga in tretja največja skupina, čeprav je mogoče med državami opaziti razlike.

Glavni načini zdravljenja odvisnosti od drog v Evropi so psihosocialni ukrepi, nadomestno zdravljenje z opioidi in razstrupljanje, zdravljenje pa večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, kot so specialistični centri, splošne zdravniške ambulante in nizkopražne ustanove. Kljub upadanju se znaten delež zdravljenja odvisnosti od drog zagotavlja tudi v bolnišničnih ustanovah.

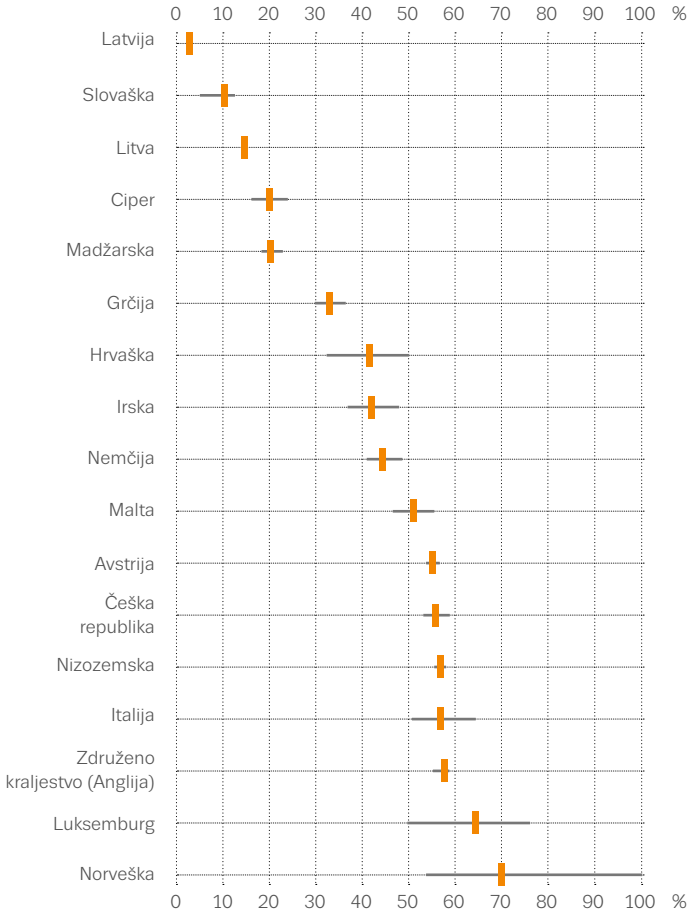
Uporabniki opioidov: prva izbira je nadomestno zdravljenje

Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opioidov v Evropi je nadomestno zdravljenje, ki običajno vključuje psihosocialno oskrbo in se zagotavlja v specialističnih izvenbolnišničnih centrih ali pri splošnih zdravnikih. Metadon je najpogosteje predpisano zdravilo. Prejema ga do tri četrtine uporabnikov zdravljenja, buprenorfin pa se predpisuje večini preostalih uporabnikov in je glavno nadomestno zdravilo v petih državah (slika 3.6). Manj kot 5 % vseh nadomestnih zdravljenj v Evropi se zanaša na predpisovanje drugih snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem in diacetilmorfin (heroin).

Razpoložljivi dokazi podpirajo nadomestno zdravljenje z opioidi v kombinaciji s psihosocialno oskrbo, zaradi katere bolniki vztrajajo pri zdravljenju, zmanjšajo pa se tudi nezakonita uporaba opioidov ter težave in število smrtnih primerov, povezanih z drogami. Metadon, buprenorfin in

SLIKA 3.7

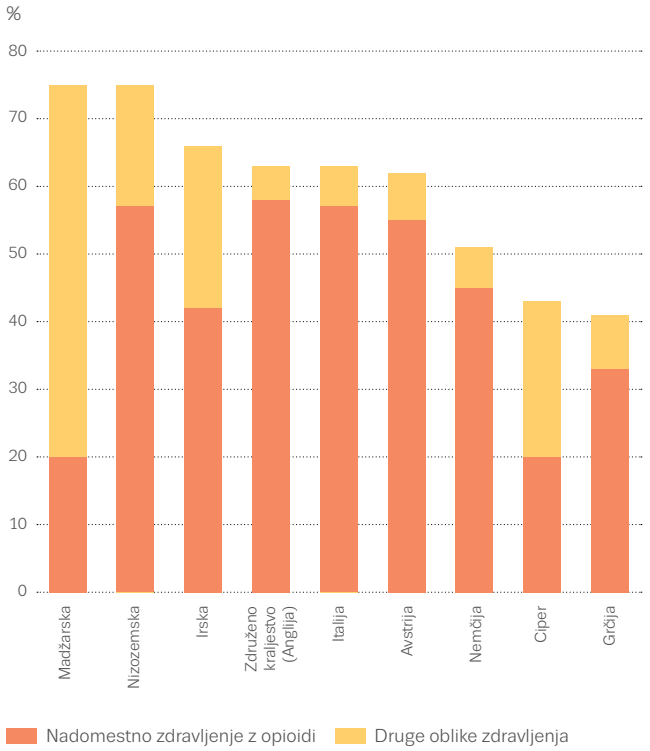
Delež problematičnih uporabnikov opioidov na nadomestnem zdravljenju (ocena)



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

SLIKA 3.8

Delež problematičnih uporabnikov opioidov, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog (ocena)



diacetilmorfin so se izkazali za učinkovite pri prekinjanju kroga omamljenosti in odtegnitve ter s tem bolnikom pomagajo, da se ustalijo in vključijo v druge vrste načinov zdravljenja (na primer zdravljenje okužbe z virusom HIV/aidsa in hepatitisa). Za nadomestno zdravljenje se je izkazalo tudi, da izboljša kakovost življenja in olajša socialno reintegracijo.

Skupno število uporabnikov opioidov, ki so vključeni v nadomestno zdravljenje v Evropi, je ocenjeno na 730 000 v letu 2011, kar je povečanje glede na 650 000 v letu 2008. To verjetno predstavlja približno 50 % problematičnih uporabnikov opioidov v Evropi, kar je ocena stopnje razširjenosti, ki je primerljiva s tistimi za Avstralijo in Združene države Amerike. Vendar pa v Evropi obstajajo velike razlike med državami pri stopnjah razširjenosti, pri čemer o najnižjih ocenjenih stopnjah (3–20 %) poročajo Latvija, Slovaška in Litva (slika 3.7). O dolgih čakalnih dobah, ki znašajo od enega in šestih mesecev, je poročalo pet držav, o čakalni dobi, daljši od šestih mesecev, pa sta poročali Bolgarija in Grčija. Po izbruhih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki heroina v letu 2010 je Grčija nedavno povečala zagotavljanje nadomestnega zdravljenja, čakalna doba pa se je skrajšala.

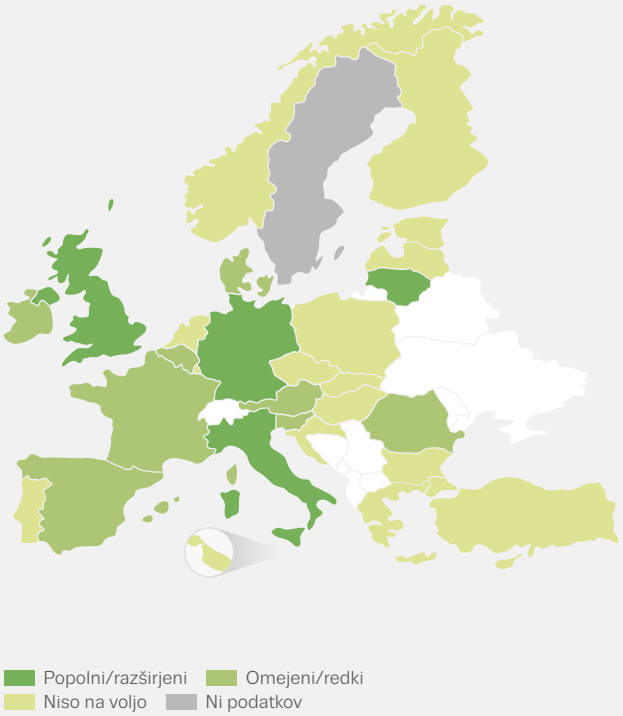
Druga zdravljenja za uporabnike opioidov: na voljo v vseh državah

Zdravljenje brez nadomestnega zdravila je za uporabnike opioidov zagotovljeno v vseh evropskih državah. Poteka lahko v izvenbolnišničnih in nastanitvenih ustanovah ter vključuje psihosocialne ukrepe, kot so kognitivno-vedenjska terapija, terapevtske skupnosti in drugi pristopi. Pred zdravljenjem se včasih najprej opravi program razstrupljanja, v katerem uporabnikom z zdravili pomagajo premagati fizične simptome odtegnitve. Kognitivno-vedenjski ukrepi so se izkazali za deloma učinkovite pri uporabnikih opioidov, vendar dokazi niso dovolj trdni, da bi omogočali opredelitev najučinkovitejših ukrepov. O učinkovitosti terapevtskih skupnosti brez drog ni neizpodbitnih dokazov.

Pristopi k zdravljenju, ki ne vključujejo nadomestnega zdravljenja, se uporabljajo pri od 5 % do več kot 50 % vseh problematičnih uporabnikov opioidov v devetih državah, ki zagotavljajo dovolj podatkov (slika 3.8). V vseh teh državah je v vse vrste zdravljenja vključenih več kot 40 % problematičnih uporabnikov opioidov.

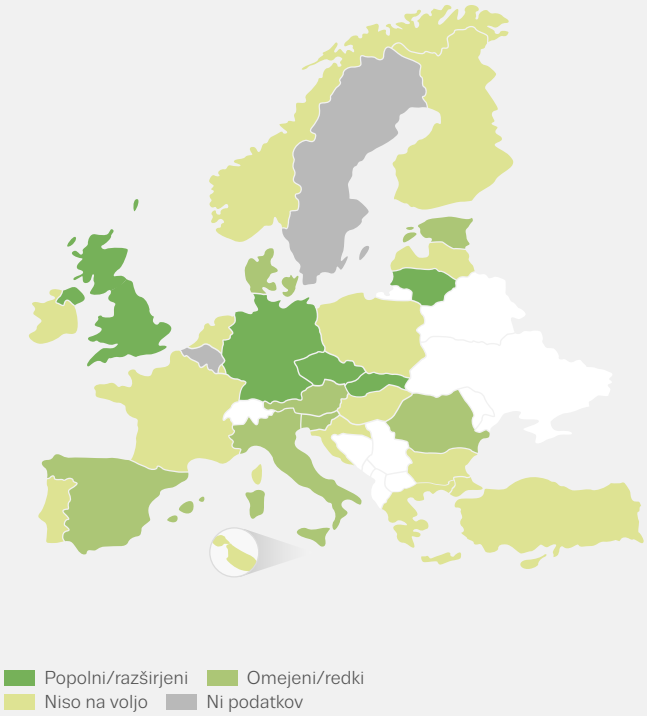
SLIKA 3.9

Razpoložljivost posebnih programov zdravljenja za uporabnike kokaina (ocene strokovnjakov, 2011)



SLIKA 3.10

Razpoložljivost posebnih programov zdravljenja za uporabnike amfetaminov (ocene strokovnjakov, 2011)



Zdravljenje za uporabnike kokaina: obstajajo posebni programi

Glavna možnost za zdravljenje odvisnosti od kokaina so psihosocialni ukrepi, pri čemer se zdi, da je obvladovanje nepredvidenih okoliščin najučinkovitejši ukrep. Med zdravili so za zmanjševanje uporabe kokaina lahko učinkoviti agonisti dopamina in antipsihotiki.

Čeprav so osebe s težavami s kokainom lahko vključene v splošne storitve za zdravljenje, ima 12 držav posebne programe zdravljenja za uporabnike kokaina ali crack kokaina (slika 3.9), kar vključuje države z najvišjimi ravnmi uporabe kokaina. V nekaterih državah se takšni programi osredotočajo na socialno integrirane uporabnike kokaina, ki imajo lahko odpor do uporabe drugih storitev. Na Danskem in v Avstriji se zdravljenje za uporabnike kokaina zagotavljata tudi v programih, ki obravnavajo hkratno uporabo več drog. Bolgarija, Malta in Nizozemska poročajo o načrtih za zagotovitev posebnih programov zdravljenja v bližnji prihodnosti. Posebne smernice za zdravljenje uporabnikov kokaina so bile oblikovane na Danskem, v Nemčiji in Združenem kraljestvu.

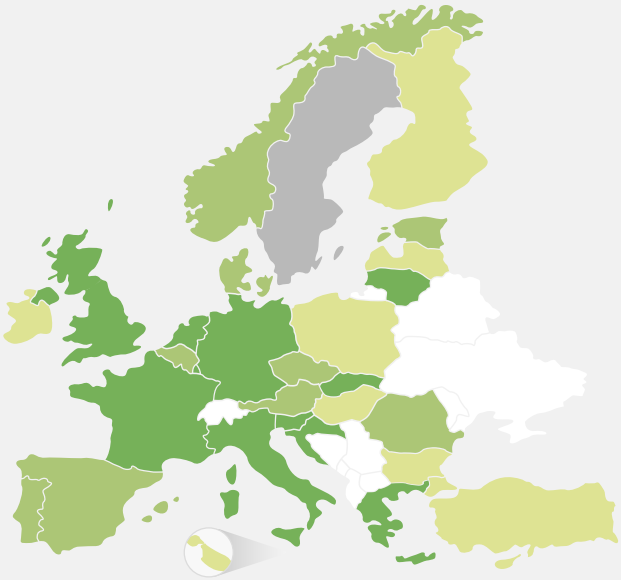
Zdravljenje uporabnikov amfetaminov: geografske razlike

Psihosocialni ukrepi, ki se zagotavljajo v izvenbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, so najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od amfetaminov. Videti je, da sta kognitivno-vedenjska terapija in obvladovanje nepredvidenih okoliščin, včasih v kombinaciji, povezana s pozitivnimi rezultati. Preučuje se več zdravil za zdravljenje odvisnosti od amfetamina in metamfetamina, vendar je trdne dokaze za vse farmakološke terapije treba še zagotoviti.

Vrste zdravljenja, ki jih imajo na voljo uporabniki amfetaminov v Evropi, se med državami zelo razlikujejo. Posebej prilagojeni programi zdravljenja so predvsem na voljo v državah z dolgo zgodovino zdravljenja uporabnikov amfetaminov (slika 3.10). Poleg tega Bolgarija in Madžarska poročata o načrtih za izvajanje posebnih programov zdravljenja za uporabnike amfetaminov v bližnji prihodnosti.

SLIKA 3.11

Razpoložljivost posebnih programov zdravljenja za uporabnike konoplje (ocene strokovnjakov, 2011)



Popolni/razširjeni
Omejeni/redki
Niso na voljo
Ni podatkov

Zdravljenje uporabnikov konoplje: več pristopov

Zdravljenje uporabnikov konoplje v Evropi obsega veliko pristopov, vključno s spletnim zdravljenjem, kratkotrajnimi ukrepi, večdimenzionalno družinsko terapijo, kognitivno-vedenjsko terapijo in drugimi strukturiranimi psihosocialnimi ukrepi v izvenbolnišničnih ali bolnišničnih ustanovah. Sistem kazenskega pravosodja, nezgodni oddelki, oddelki za nujno medicinsko pomoč in enote za duševno zdravje so v nekaterih državah tisti, ki osebe pogosto napotijo na zdravljenje. Razpoložljivost ocenjevalnih študij o učinkovitosti zdravljenja odvisnosti od konoplje se je v zadnjih letih izboljšala, na primer z nedavno metaanalizo o večdimenzionalni družinski terapiji, ki kaže pozitivne rezultate glede zmanjševanja uporabe snovi in vztrajanja pri zdravljenju. Opravljajo se tudi raziskave o farmacevtskih izdelkih, s katerimi se lahko podprejo psihosocialni ukrepi. Na primer, pri agonistu rimonabantu so se pokazali pozitivni rezultati, kar zadeva zmanjševanje akutnih fizioloških težav, povezanih s kajenjem konoplje.

Leta 2011 je več kot polovica evropskih držav poročala, da so bili na voljo posebni programi zdravljenja odvisnosti od konoplje (slika 3.11), medtem ko Bolgarija, Ciper, Madžarska in Poljska nameravajo uvesti programe na tem področju.

Podatki o uporabnikih, ki so se v letu 2011 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti, kažejo, da jih je približno polovica brezposelnih, skoraj eden od desetih ni imel stalnega bivališča

GHB: raziskane možnosti za zdravljenje

Odvisnost od gama-hidroksibutirata (GHB) je priznano klinično stanje, ki lahko povzroči hud sindrom odtegnitve po redni ali kronični uporabi. Razpoložljive študije so za zdaj osredotočene na opis tega sindroma in s tem povezane zaplete, ki jih je včasih v nujnih primerih težko prepoznati. Za zdaj še niso bili razviti standardni protokoli za zdravljenje sindroma odtegnitve GHB, čeprav se na Nizozemskem opravljajo raziskave o nadzorovanem razstrupljanju s proizvodi, ki vsebujejo GHB.

Socialna reintegracija: manjkajoči element?

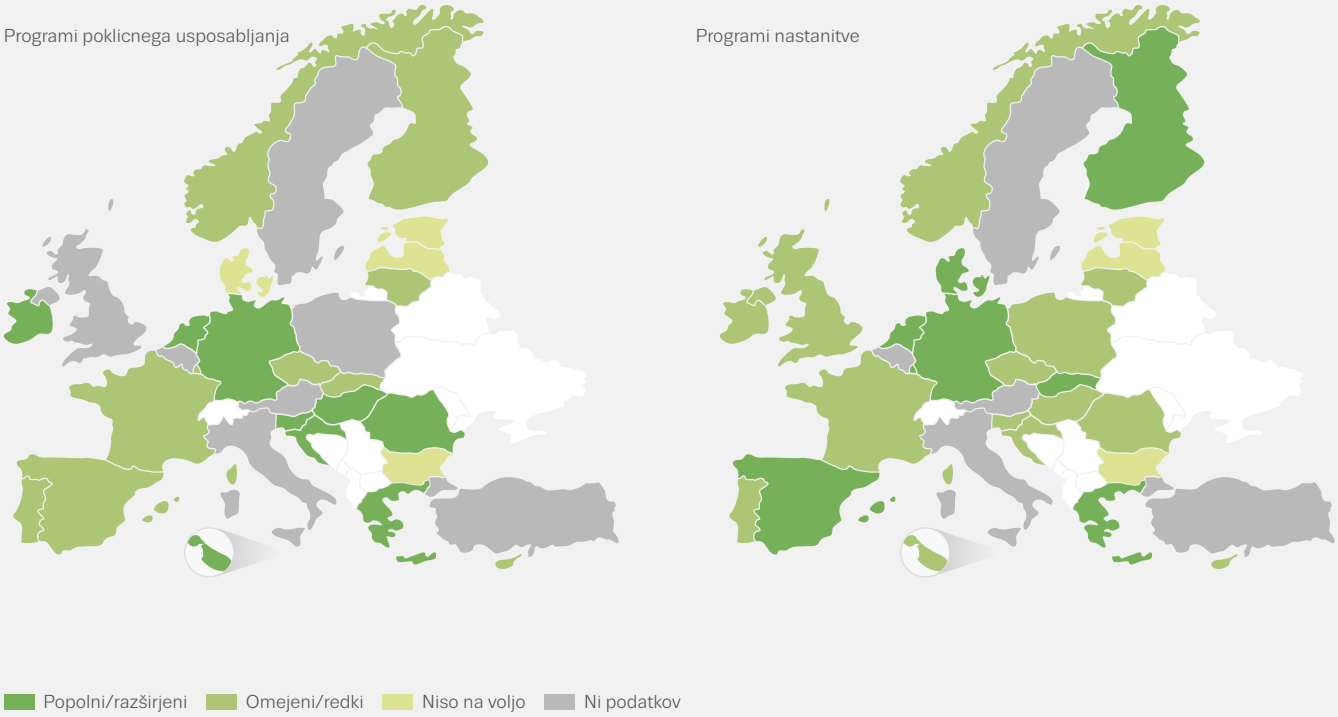
Podatki o uporabnikih, ki so se v letu 2011 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti, kažejo, da jih je približno polovica brezposelnih (47 %), skoraj eden od desetih ni imel stalnega bivališča (9 %). Pri tej skupini je pogosta nizka stopnja dosežene izobrazbe, pri čemer jih ima 36 % dokončano le osnovno šolo, 2 % pa nista dosegla niti te stopnje izobrazbe.

Storitve socialne reintegracije, ki vključujejo izboljšanje socialnih veščin, spodbujanje izobraževanja in zaposljivosti ter izpolnjevanje nastanitvenih potreb, se lahko zagotavljajo vzporedno ali po koncu zdravljenja odvisnosti od drog. Čeprav večina držav poroča o obstoju takšnih storitev reintegracije (slika 3.12), te na splošno ne zadostijo potreb. Poleg tega je za dostop do zdravljenja pogosto treba izpolnjevati pogoje, na primer uporabniki ne smejo uporabljati drog ali morajo imeti stalno bivališče, zaradi česar so lahko izključeni nekateri uporabniki, ki potrebujejo največ podpore.

Uspeh ukrepov socialne reintegracije je pogosto odvisen od učinkovitega sodelovanja med različnimi vrstami podpornih storitev. Ta tema je bila obravnavana v

SLIKA 3.12

Razpoložljivost programov socialne reintegracije za uporabnike drog na zdravljenju (ocene strokovnjakov, 2010)



nedavni raziskavi centra EMCDDA, v kateri je 17 od 28 držav poročalo o eni od oblik partnerskih sporazumov med ustanovami zdravljenja odvisnosti in službami, ki zagotavljajo podporo na področjih, kot sta nastanitev in zaposlovanje.

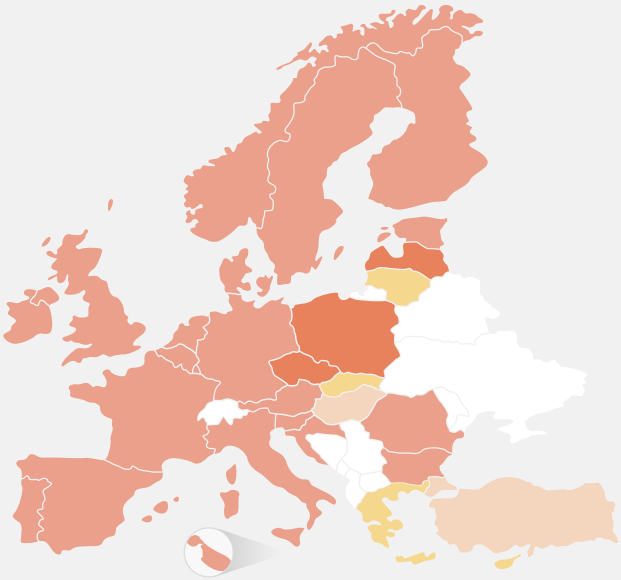
Storitve za zapornike: še vedno premalo razvite

Zaporniki poročajo o splošno višji stopnji uporabe drog kot splošno prebivalstvo in bolj škodljivih vzorcih uporabe, kar kažejo nedavne študije, ki poročajo, da si je med 5 % in 31 % zapornikov v življenju že vbrizgavalo droge. Ob prihodu v zapor večina uporabnikov zmanjša uživanje drog ali ga preneha. Vendar pa prepovedane droge pridejo v številne zapore in nekateri zaporniki nadaljujejo ali začnejo uporabo drog med prestajanjem zaporne kazni.

Ker imajo zaporniki s težavami z drogami številne in zapletene zdravstvene potrebe, ki lahko zahtevajo multidisciplinarno in specialistično znanje zdravstvenih služb, je ocena potreb po prihodu v zapor pomemben ukrep. Večina držav ima zdaj vzpostavljena medagencijska partnerstva med zaporniškimi zdravstvenimi službami in ponudniki v skupnosti za izvajanje zdravstvene vzgoje in zdravljenja v zaporih, pa tudi za zagotavljanje stalnosti oskrbe ob prihodu v zapor in po izpustitvi iz njega. Sedem evropskih držav je zaporniško zdravstvo dodelilo pod pristojnost ministrstev za zdravje. Vendar pa na splošno zagotavljanje storitev za zdravljenje odvisnosti od drog v zaporih še vedno zaostaja za storitvami, ki so na voljo širši skupnosti, kljub splošni zavezanosti načelu enakosti na področju oskrbe.

SLIKA 3.13

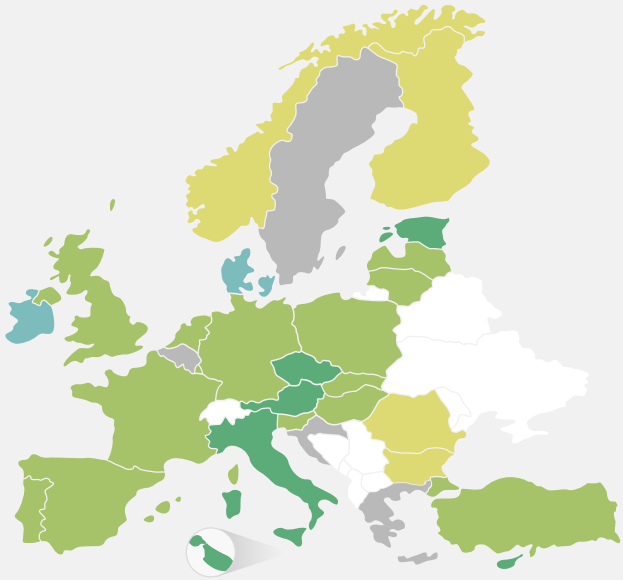
Razpoložljivost nadomestnega zdravljenja z opioidi v zaporih (ocena)



Nadaljevanje in začetek zdravljenja
Samo nadaljevanje zdravljenja
INi sporočenih primerov
Ni na voljo

SLIKA 3.14

Vrste specializiranih organizacij kazenskega pregona na področju drog v Evropi



Posebni oddelki za droge
Enote za hujše oblike organiziranega kriminala
Oboji
Drugo
Ni podatkov

Storitve v zvezi z drogami, ki se zagotavljajo v evropskih zaporih, zajemajo vrsto ukrepov, med katerimi so: zagotavljanje informacij, svetovanje in zdravljenje, ukrepi za zmanjševanje škode in pripravljanje na izpust iz zapora. Ob prihodu v zapor se pogosto ponudijo presejalni pregledi za okužbe, zlasti okužbo z virusom HIV, v nekaj državah pa je to mogoče tudi ob izpustitvi iz zapora. Kljub temu pa pregled za okužbo z virusom HCV v obstoječe programe testiranja ni vedno vključen. Zagotavljanje čiste opreme za vbrizgavanje drog v zaporih je redko, saj samo štiri države poročajo, da so brizge na voljo v vsaj enem zaporu.

Nadomestno zdravljenje z opioidi se izvaja v zaporih v večini držav, vendar se uvaja počasneje kot v širši skupnosti. Nedavna ocena predvideva, da ga je bilo med letom deležnih vsaj 74 000 zapornikov, čeprav se stopnje zagotavljanja zdravljenja med državami znatno razlikujejo. Obstajajo lahko tudi omejitve, nekatere države na primer zagotavljajo nadomestno zdravljenje samo tistim zapornikom, ki so se z nadomestnim zdravljenjem zdravili že pred prestajanjem zaporne kazni (slika 3.13).

Zmanjševanje ponudbe drog: premik od oddelkov za droge

Čeprav se ukrepi za zmanjševanje povpraševanja običajno dokumentirajo, je sistematično zbiranje podatkov o dejavnostih za zmanjševanje ponudbe drog veliko bolj redko, kljub dejstvu, da se za takšne dejavnosti pogosto porabi večji delež nacionalnih proračunov za področje drog. Kazenski pregon na področju drog je ključni del zmanjševanja ponudbe drog. Center EMCDDA je nedavno začel izvajati pilotni projekt za izboljšanje opisovanja in razumevanja organizacije dejavnosti na tem področju. Izhodišče je bilo opredelitev formalno ustanovljenih organizacij pregona, katerih glavno poslanstvo je odkrivanje in preiskovanje kršitev zakonodaje o drogah. Obstajata dve glavni vrsti teh organizacij: posebni „oddelki za droge“ in agencije za organizirani kriminal s posebnim pooblastilom za zmanjševanje ponudbe drog.

Vsaj ena od obeh vrst organizacij obstaja v 26 državah, ki so skupaj poročale o več kot 1 000 enotah s posebnim pooblastilom za kazenski pregon na področju drog (slika 3.14). Za 23 držav je bilo ocenjeno število uradnikov organov pregona, ki so se specializirali za delo na področju prepovedanih drog. Teh je najmanj 17 000, večinoma v policiji. Čeprav sporočeni podatki niso vedno neposredno primerljivi, je mogoče oceniti, da specializirani uradniki predstavljajo med 0,2 % in 3,3 % vseh uradnikov organov pregona na nacionalni ravni.

Večina oddelkov za droge in agencij za organizirani kriminal s pooblastilom za zmanjševanje ponudbe drog je povezana s policijskimi organi, čeprav jih je nekaj vključenih tudi v carinske službe. Poleg tega 11 držav poroča o sodelovanju med agencijami, običajno v obliki skupnih policijskih in carinskih oddelkov ali enot, ki pa včasih vključuje tudi druge agencije, kot so obalna straža in agencije za nadzor meja. Teh je bilo med več kot 1 000 opredeljenimi organi samo 42.

Čeprav 21 držav poroča o posebnih oddelkih za droge, podatki kažejo, da se na splošno število tovrstnih specializiranih enot v Evropi zmanjšuje, saj se ustanavljajo bolj celostne agencije za „hujše in organizirane oblike kriminala". V tem se delno kaže razvoj dogodkov na ravni EU, kjer se ponudba drog vedno bolj šteje za eno od več medsebojno povezanih dimenzij boja proti organiziranemu kriminalu v Europolovi oceni ogroženosti zaradi organiziranega kriminala in hudih kaznivih dejanj ter v okviru političnega cikla Evropskega sveta za organizirani kriminal in hude oblike mednarodne kriminalitete.

Za 23 držav je bilo ocenjeno število uradnikov organov pregona, ki so se specializirali za delo na področju prepovedanih drog. Teh je najmanj 17 000

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2012

Zmanjšanje povpraševanja po drogah: splošni dokazi o lokalnih ukrepih, Problem drog, 23.

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.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografije centra EMCDDA.

Treatment and care for older drug users, izbrano vprašanje.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Spoznanja centra EMCDDA.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, zvezek 2, III. del: Prevention and treatment, monografije centra EMCDDA.

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

4

Politike za nadzor drog v Evropi delujejo v splošnem okviru, ki ga zagotavlja mednarodni sistem za nadzor in temelji na treh konvencijah Združenih narodov

Politike na področju drog

V Evropi so nacionalne vlade in parlamenti odgovorni za sprejemanje pravnih, strateških, organizacijskih in proračunskih okvirov, ki so potrebni za odzivanje na težave, povezane z drogami, zakonodaja o drogah in večletne strategije EU ter akcijski ukrepi pa zagotavljajo okvir za usklajeno ukrepanje. Ti elementi skupaj tvorijo politike na področju drog, ki državam omogočajo razvoj in izvajanje ukrepov za zmanjševanje ponudbe drog in povpraševanja po njih. Ti ukrepi so obravnavani v tem poročilu.

Spremljanje politik na področju drog

Med ključnimi razsežnostmi politike, ki jih je mogoče spremljati na evropski ravni, so: zakonodaja o drogah in njene kršitve, nacionalne strategije in akcijski načrti za boj proti drogam, mehanizmi za usklajevanje in vrednotenje politik ter proračuni in izdatki, povezani z drogami. Podatki se zbirajo prek dveh mrež centra EMCDDA: nacionalnih kontaktnih točk in pravnih korespondentov. Podatki in opombe o metodologiji v zvezi s kršitvami zakonodaje o drogah so na voljo v Statističnem biltenu, celovite informacije o evropski politiki in zakonodaji na področju drog pa na internetu.

Zakonodaja o drogah: skupni okvir

Politike za nadzor drog v Evropi delujejo v splošnem okviru, ki ga zagotavlja mednarodni sistem za nadzor in temelji na treh konvencijah Združenih narodov. Ta sistem določa okvir za nadzor nad proizvodnjo, trgovino in posedovanjem več kot 240 psihoaktivnih snovi, od katerih jih ima večina priznano medicinsko uporabo. Konvencije zavezujejo vsako državo, da nepooblaščeno ponudbo obravnava kot kaznivo dejanje. Enako se zahteva za posedovanje drog za osebno uporabo, vendar je to odvisno od „ustavnih načel in osnovnih pojmov pravnega sistema“ države. Te določbe si evropske države ne razlagajo enako, kar se kaže v različnih pravnih pristopih na tem področju.

Posedovanje drog za osebno uporabo: odmik od zapornih kazni

V večini evropskih držav je posedovanje drog za osebno uporabo (in včasih uporaba drog) kaznivo dejanje, ki se kaznuje z zaporno kaznijo. Vendar pa se v nekaterih državah lahko kaznuje z nekazenskimi sankcijami, kot so globe ali začasni odvzem vozniškega dovoljenja. Dodatni dejavnik je vrsta droge. V dveh tretjinah evropskih držav nacionalna zakonodaja določa enako kazen za kaznivo dejanje posedovanja droge za osebno uporabo ne glede na vrsto snovi. V preostalih državah se morebitna kazen razlikuje glede na snov.

Na splošno v Evropi od približno leta 2000 prevladuje splošna težnja po zmanjšanju možnosti, da se zaporna kazen naloži zaradi posedovanja drog za osebno uporabo. Nekatere države so spremenile zakonodajo, tako da so zaporno kazen ukinile (na primer Portugalska, Slovenija, Bolgarija in nazadnje še Hrvaška), druge pa so izdale nacionalne direktive z določbami za policijo ali tožilstvo, naj uporabljajo druge sankcije namesto zaporne kazni. Pristop, ki ga je sprejela Portugalska, je pritegnil veliko mednarodne pozornosti. Ukrepi, ki so bili uvedeni leta 2001, so zmanjšali poudarek na kaznovanju in uporabnike drog napotujejo na mrežo „komisij za odvračanje od odvisnosti od drog“, ki jo upravlja ministrstvo za zdravje.

V večini evropskih držav se večina poročil o kršitvah zakonodaje o drogah nanaša na uporabo drog ali posedovanje drog za osebno uporabo; skupno je bilo v Evropi v letu 2011 takšnih primerov več kot milijon, kar je 15-odstotno povečanje glede na leto 2006. Več kot tri četrtine teh kršitev vključuje konopljo (slika 4.1).

Prakse pri določanju kazni kažejo, kako se zakonodaja izvršuje in kakšni so dejanski rezultati kaznivih dejanj uporabe drog ali posedovanja za osebno uporabo v Evropi. V letu 2009 so zbrani podatki centra EMCDDA pokazali, da številne države izrekajo globe, opomine ali nalagajo opravljanje dela za posedovanje drog za osebno uporabo, čeprav je bilo v nekaterih srednje- in vzhodnoevropskih državah, kot so Bolgarija, Poljska, Romunija, Slovaška in Hrvaška, verjetneje, da se bo uporabila pogojna zaporna kazen.

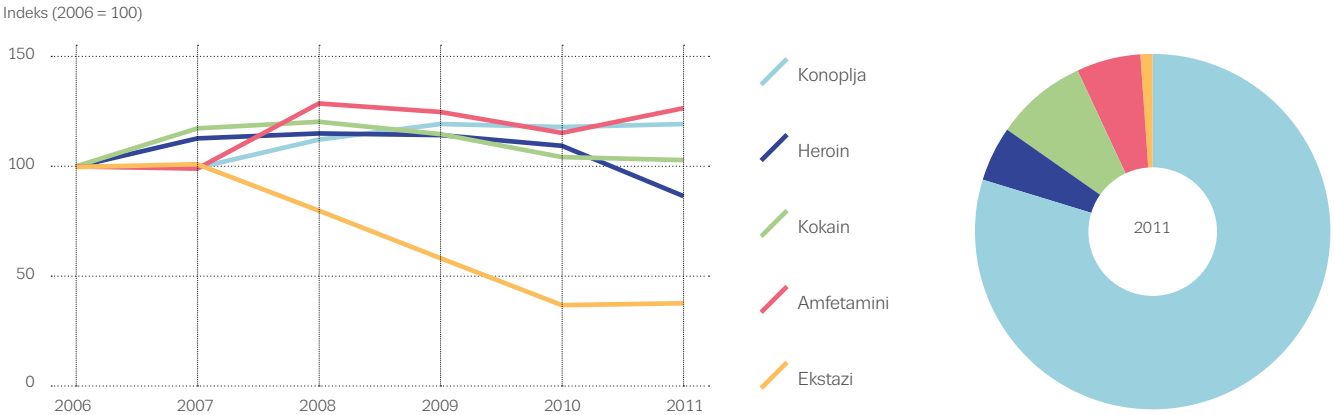
Ponudba drog: različne kazni

Ponudba prepovedanih drog je v Evropi vedno kaznivo dejanje, vendar se najvišje mogoče kazni znatno razlikujejo. V nekaterih državah se lahko za kaznivo dejanje ponudbe drog določi ena sama kazen z velikim razponom trajanja (do dosmrtne zaporne kazni). Druge države razlikujejo med manjšimi in večjimi kaznivimi dejanji, povezanimi s ponudbo drog, odvisno od dejavnikov, kot je količina najdene droge, in imajo določene ustrezne najvišje kazni. Drug pristop, ki ga je mogoče najti v 14 od 30 držav, ki so obravnavane tukaj, je spreminjanje kazni glede na najdeno drogo (slika 4.2).

Število poročil o kršitvah zakonov, povezanih s ponujanjem drog, se je od leta 2006 povečalo za eno četrtino in je v letu 2011 doseglo več kot 225 000 primerov. Pri kaznivih

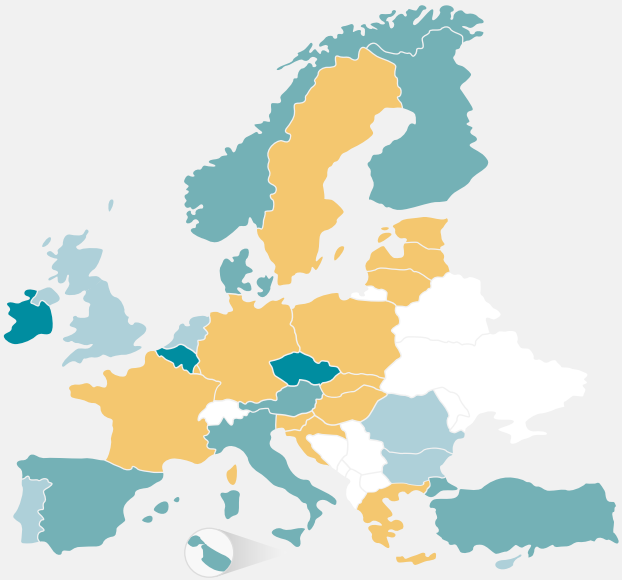
SLIKA 4.1

Sporočene kršitve v Evropi, povezane z uporabo drog ali njihovim posedovanjem za uporabo, trend in razčlenitev po posameznih drogah (glavne droge)



SLIKA 4.2

Kazni za kršitve zakonov o drogah: razlike glede na drogo



Enake kazni za vse droge
Kazni se razlikujejo glede na drogo za:
Kazniva dejanja, povezana s ponudbo drog
Kazniva dejanja posedovanja droge za osebno uporabo
Obe vrsti kaznivih dejanj

SLIKA 4.4

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

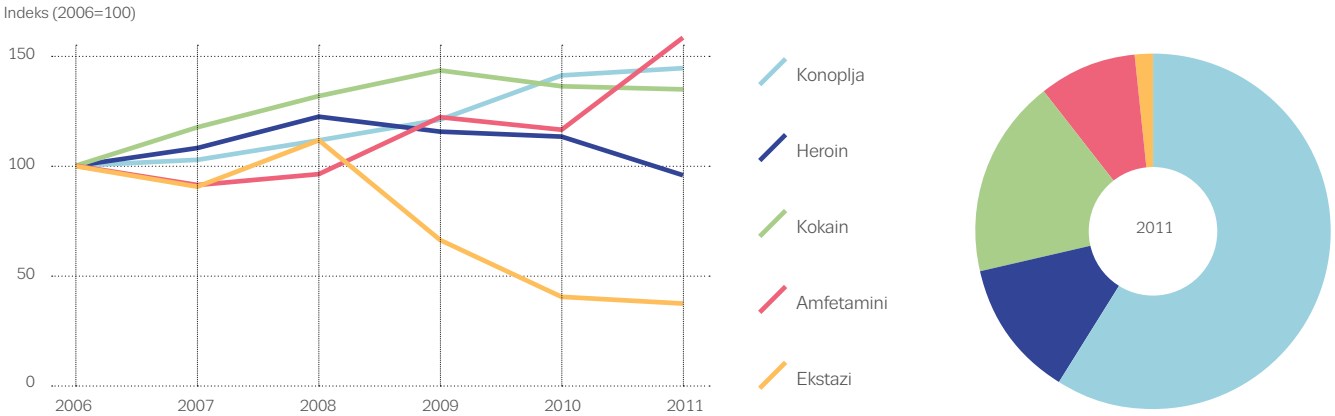
Združena strategija na področju dovoljenih in prepovedanih drog
Strategija za boj proti prepovedanim drogam
Brez nacionalne strategije za boj proti drogam
Opomba: Medtem ko ima Združeno kraljestvo sprejeto strategijo za boj proti prepovedanim drogam, imata Wales in Severna Irska sprejeti združeni strategiji, ki vključujeta alkohol.

dejanjih posedovanja droge je bila konoplja povezana z večino sporočenih kršitev zakonov, povezanih s ponudbo drog. Vendar pa so bili kokain, heroin in amfetamini povezani z večjim deležem kršitev zakonov, povezanih s ponudbo, kot kršitev, povezanih s posedovanjem za osebno uporabo (slika 4.3).

Statistični podatki o izrečenih kaznih za izbrano število držav iz leta 2009 kažejo, da je bila za kršitev zakonov, povezano s ponudbo drog, verjetneje izrečena zaporna kazen kot za kršitev zakonov, povezano s posedovanjem za osebno uporabo. Kljub temu so bile najvišje kazni izrečene redko ali niso bile izrečene, povprečne zaporne kazni pa so bile kratke in pogosto pogojne, kar nakazuje, da se je za samo malo kršiteljev štelo, da so večji preprodajalci. Rezultati so pokazali tudi, da se je povprečna kazen razlikovala glede na vrsto droge, in to tudi v državah, v katerih so droge v zakonodaji obravnavane enako.

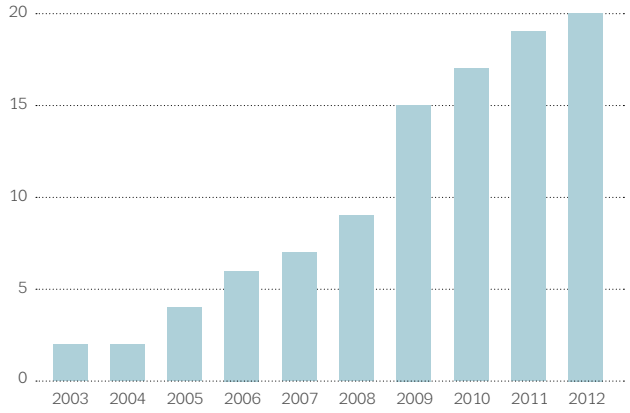
SLIKA 4.3

Sporočene kršitve v Evropi, povezane s ponujanjem drog, trendi in razčlenitev po posameznih drogah (glavne droge)



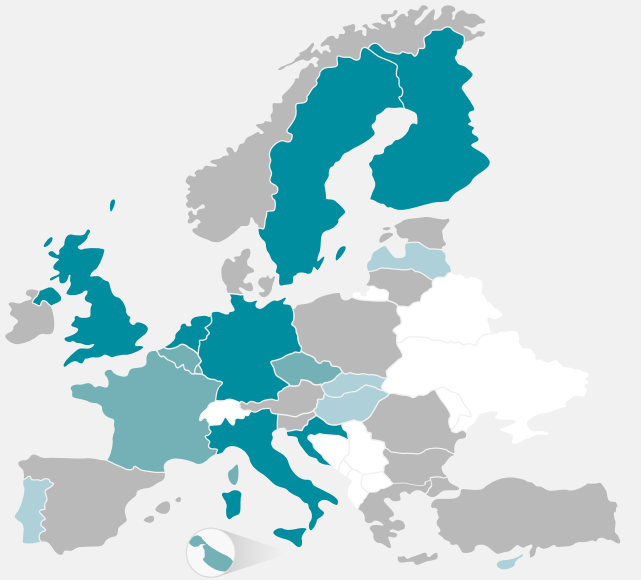
SLIKA 4.5

Skupno število držav z ocenjeno nacionalno strategijo na področju drog



SLIKA 4.6

Najnovejše ocene javnih izdatkov v zvezi z drogami (v % BDP)



Delež BDP ≤0,05 % 0,06–0,19 % ≥0,20 % Ni podatkov

Nacionalne strategije za boj proti drogam: evropski standard

Od poznih devetdesetih let prejšnjega stoletja se je uveljavila praksa, da nacionalne vlade v Evropi sprejemajo nacionalne strategije in akcijske načrte za boj proti drogam. Ti časovno omejeni dokumenti vsebujejo zbirko splošnih načel, ciljev in prednostnih nalog ter določajo ukrepe in odgovorne za njihovo izvajanje. Trenutno imajo vse države sprejeto nacionalno strategijo ali akcijski načrt za boj proti drogam, le Avstrija ima načrte na ravni zveznih dežel. Pet držav je sprejelo nacionalne strategije in akcijske načrte, ki zajemajo dovoljene in prepovedane droge (slika 4.4).

Podpora strategijam za boj proti drogam: mehanizmi za usklajevanje in vrednotenje

Hkrati z oblikovanjem nacionalnih strategij za boj proti drogam so države vzpostavile tudi mehanizme za usklajevanje izvajanja politik na področju drog. Zdaj ima večina držav na nacionalni ravni medresorske odbore za področje drog, ki jih dopolnjujejo nacionalni usklajevalni organi za področje drog, odgovorni za tekoče upravljanje dejavnosti. V 14 državah so ti organi del ministrstva za zdravje, drugje pa del urada vlade ali predsednika vlade, ministrstva za notranje zadeve ali drugih ministrstev. Dvaindvajset držav poroča tudi o tem, da imajo uradno imenovanega nacionalnega koordinatorja za področje drog, ki je pogosto vodja nacionalnega usklajevalnega organa. Nacionalni koordinatorji se srečujejo na ravni EU.

Na regionalni ali lokalni ravni ima večina držav agencije za usklajevanje na področju drog, koordinatorje za področje drog ali oboje. Poleg tega v nekaterih državah, zlasti tistih s federativno ureditvijo, vertikalni organi za usklajevanje spodbujajo sodelovanje med nacionalno in lokalno ravnjo. V drugih državah usklajevanje na regionalni ali lokalni ravni pogosto neposredno nadzorujejo nacionalni organi.

V zadnjih letih so Evropska unija in vedno večje število držav izvedle končno oceno svojih strategij ali akcijskih načrtov na področju drog (slika 4.5). Splošni cilj je oceniti doseženo stopnjo izvajanja in spremembe splošnega stanja na področju drog, da se zberejo informacije, potrebne za oblikovanje naslednje strategije. V Evropi se večina ocen izvede notranje in jih opravljajo agencije ali ustanove, ki so odgovorne za načrt, vendar pa vedno več

Zdaj ima večina držav medresorske odbore za področje drog, ki jih dopolnjujejo nacionalni usklajevalni organi za področje drog, odgovorni za tekoče upravljanje dejavnosti

držav naroča skupne ali zunanje ocene. Trenutno ima večina evropskih držav sprejete načrte za izvedbo končne ocene aktualne strategije na področju drog.

Ekonomska ocena: potrebni so boljši podatki

Ekonomska ocena, narejena z raziskavo primerljivih stroškov in koristi alternativnih načinov ukrepanja, je lahko pomembno orodje za oceno politike. Vendar pa količina in kakovost razpoložljivih informacij o javnih izdatkih v Evropi, povezanih z drogami, ostajata zelo omejeni, kar je velika ovira za analizo stroškov in koristi. Kljub temu se je povečalo število držav, ki so vsaj enkrat v zadnjem desetletju poskušale oceniti, koliko sredstev je vlada porabila za politiko na področju drog. Te države poročajo o ocenah izdatkov, ki se gibljejo med 0,01 % do 0,7 % BDP (slika 4.6), čeprav je težko primerjati države, v katerih se obseg in kakovost ocen močno razlikujeta. Vendar pa se kljub tem omejitvam na podlagi razpoložljivih informacij zdi, da dejavnosti za zmanjševanje ponudbe drog v večini držav predstavljajo največji delež javnih izdatkov, povezanih z drogami.

Evropa se kot številni drugi deli sveta še vedno spopada s posledicami nedavnega gospodarskega upada. Med njimi so lahko negativna gospodarska rast, naraščajoča brezposelnost, zlasti med mladimi, in zmanjšanje javnih izdatkov. To je lahko vplivalo na proračune, ki so na voljo za zdravstvo, javni red in varnostne ukrepe, iz njih pa se krije tudi največ izdatkov, povezanih z drogami. Obseg fiskalne konsolidacije ali varčevalnih ukrepov ter njihov vpliv se med evropskimi državami očitno močno razlikujejo. Latvija, Litva in Estonija so bile med državami, v katerih so se javni izdatki najbolj zmanjšali. Več evropskih držav poroča tudi o krčenju programov in storitev, povezanih z drogami.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, tematski prispevek.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, izbrano vprašanje.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, izbrano vprašanje.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, izbrano vprašanje.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, tematski prispevek.

Publikacije centra EMCDDA in Evropske komisije

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

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

Priloga

Nacionalni podatki, ki so predstavljeni tukaj, so povzeti iz obširnejših podatkov v Statističnem biltenu centra EMCDDA za leto 2013, v katerem je mogoče najti dodatne podatke, obdobja, opombe in metapodatke

PREGLEDNICA 1

OPIOIDI

	Ocena problematične uporabe opioidov	Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga				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 (glavni način uporabe)		
		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	
Država	Primerov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	število
Belgija	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bolgarija	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Češka republika	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Danska	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Nemčija	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estonija	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Irska	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grčija	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Španija	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francija	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Italija	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Ciper	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Latvija	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litva	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luksemburg	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Madžarska	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Nizozemska	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Avstrija	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Poljska	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugalska	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Romunija	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovenija	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovaška	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Finska	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Švedska	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Združeno kraljestvo	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Hrvaška	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turčija	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Norveška	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

PREGLEDNICA 2

KOKAIN

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga			
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi kokaina kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	**%**	**%**	**%**	**% (število)**	**% (število)**	**% (število)**	**% (število)**
Belgija	–	2	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bolgarija	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Češka republika	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Danska	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Nemčija	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estonija	–	1,3	–	–	–	–	–
Irska	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grčija	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Španija	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francija	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Italija	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Ciper	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Latvija	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luksemburg	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Madžarska	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Nizozemska	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Avstrija	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Poljska	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugalska	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romunija	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovenija	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovaška	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Finska	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Švedska	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Združeno kraljestvo	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Hrvaška	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turčija	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Norveška	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

PREGLEDNICA 3

AMFETAMINI

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga			
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi amfetaminov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi amfetaminov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	5	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bolgarija	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Češka republika	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Danska	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Nemčija	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estonija	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Irska	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grčija	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španija	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francija	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Italija	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Ciper	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Latvija	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litva	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luksemburg	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Madžarska	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Nizozemska	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Avstrija	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Poljska	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugalska	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Romunija	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovaška	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Finska	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Švedska	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Združeno kraljestvo	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Hrvaška	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turčija	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Norveška	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

PREGLEDNICA 4

EKSTAZI

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga	
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi ekstazija kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	4,0	0,6 (38)	1 (23)
Bolgarija	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Češka republika	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Danska	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Nemčija	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estonija	–	2,3	3,0	–	–
Irska	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grčija	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Španija	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francija	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Italija	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Ciper	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Latvija	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litva	2,1	1,9	2,0	–	–
Luksemburg	–	–	–	–	–
Madžarska	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Nizozemska	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Avstrija	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Poljska	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugalska	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Romunija	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovenija	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovaška	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Finska	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Švedska	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Združeno kraljestvo	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Hrvaška	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turčija	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Norveška	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

PREGLEDNICA 5

KONOPLJA

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga	
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi konoplje kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)
Belgija	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bolgarija	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Češka republika	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Danska	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Nemčija	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estonija	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Irska	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grčija	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Španija	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francija	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Italija	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Ciper	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Latvija	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litva	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luksemburg	–	–	–	12,9 (29)	–
Madžarska	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Nizozemska	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Avstrija	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Poljska	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugalska	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romunija	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovenija	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovaška	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Finska	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Švedska	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Združeno kraljestvo	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Hrvaška	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turčija	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Norveška	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

PREGLEDNICA 6

DRUGI KAZALNIKI

	Smrtni primeri zaradi drog (pri starosti 15–64)	Diagnoza okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog (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)**	**Primerov na 1 000 prebivalcev**	**Število**
Belgija	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bolgarija	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Češka republika	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Danska	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Nemčija	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estonija	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Irska	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Grčija	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Španija	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Francija	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Italija	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Ciper	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Latvija	7,9 (11)	40,4 (90)	–	hhm0ilh
Litva	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luksemburg	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Madžarska	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Nizozemska	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Avstrija	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Poljska	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugalska	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Romunija	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovenija	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovaška	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Finska	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Švedska	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Združeno kraljestvo	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Hrvaška	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turčija	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Norveška	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

PREGLEDNICA 7

ZASEGI

	Heroin		Kokain		Amfetamini		Ekstazi	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	kg	število	tablet	število
Belgija	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bolgarija	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Češka republika	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Danska	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Nemčija	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estonija	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Irska	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grčija	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Španija	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francija	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Italija	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Ciper	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Latvija	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litva	11	234	10	23	13	46	303	5
Luksemburg	24	244	24	94	3	15	91	6
Madžarska	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Nizozemska	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Avstrija	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Poljska	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugalska	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Romunija	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovenija	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovaška	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Finska	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Švedska	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Združeno kraljestvo	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Hrvaška	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turčija	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Norveška	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

PREGLEDNICA 7

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bolgarija	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Češka republika	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Danska	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Nemčija	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estonija	46	22	53	409	– (29,3)	25
Irska	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Grčija	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Španija	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Francija	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Italija	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Ciper	1	33	76	758	86 (–)	27
Latvija	283	55	34	399	– (497)	7
Litva	168	31	43	311	– (–)	0
Luksemburg	2	171	11	833	81 (–)	5
Madžarska	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Nizozemska	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Avstrija	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Poljska	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugalska	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Romunija	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovenija	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slovaška	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Finska	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Švedska	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Združeno kraljestvo	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Hrvaška	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turčija	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Norveška	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami
Poročilo o drogah v Evropi 2013: Trendi in razvoj
Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije
2013 — 72 str. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-626-1
doi:10.2810/92204

KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

Brezplačne publikacije

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

Na predstavništvih ali delegacijah Evropske unije. Njihovi kontaktni podatki so na voljo na spletni strani http://ec.europa.eu ali po faksu +352 2929-42758

Publikacije, ki so naprodaj

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

Plačljive naročnine

(na primer na *Uradni list Evropske unije* ali zbirke odločb sodne prakse Sodišča Evropske unije)

Pri prodajnih zastopnikih Urada za publikacije Evropske unije (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sl.htm)

emcdda

TD-AT-13-001-SL-N̆ f

O poročilu

Poročilo *Trendi in razvoj* vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava dobavo drog, njihovo uporabo in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnimi dokumenti *Statistični bilten, Pregled po državah* in *Perspektive na področju drog* sestavlja Poročilo o drogah v Evropi 2013.

O centru EMCDDA

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenostmi z drogami (EMCDDA) je središče za informacije, povezane z drogami, v Evropi. Njegova naloga je, da EU in njenim državam članicam zagotavlja „dejanske, objektivne, zanesljive in primerljive informacije“ o drogah, zasvojenosti z njimi in njihovimi posledicami. Ustanovljen je bil leta 1993, delovati pa je začel leta 1995 v Lizboni in je ena od decentraliziranih agencij EU. Ima kakovostno skupino strokovnjakov z različnih področij, tako da lahko oblikovalcem politike zagotavlja dokaze, ki jih potrebujejo pri oblikovanju zakonodaje in strategij na področju drog. Prav tako pomaga strokovnjakom in raziskovalcem določiti najboljšo prakso in nova področja za analize.

Urad za publikacije

ISBN 978-92-9168-626-1

9 789291 686261