

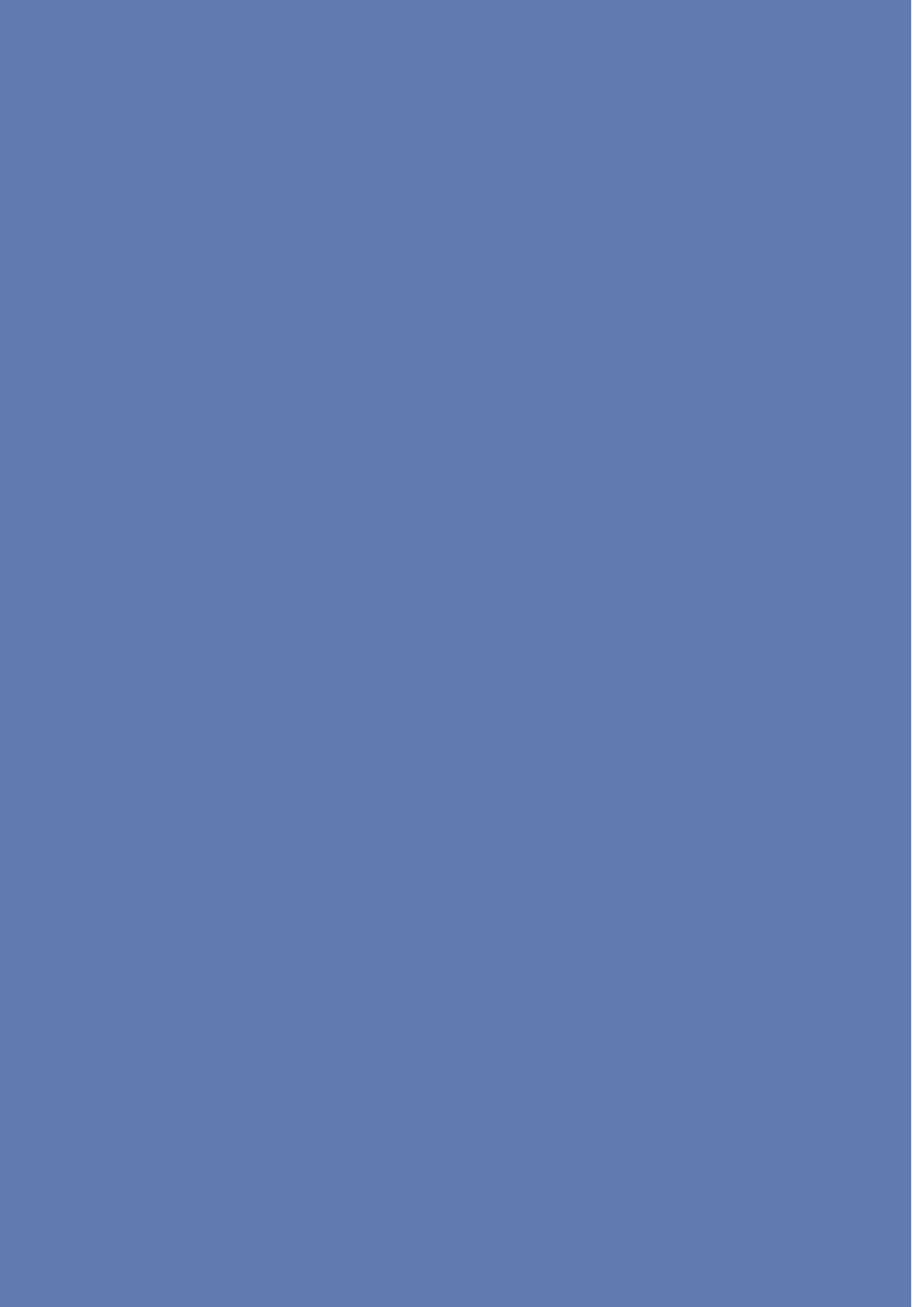


Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

POREČILO LETNICA 2009

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI





Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

STANJE NA PODROČJU PROBLEMATIKE DROG V EVROPI

Pravno obvestilo

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

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2009

ISBN 978-92-9168-395-6

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2009

Reprodukcija je dovoljena ob navedbi vira.

Printed in Luxembourg

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE KLORA



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

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

Vsebina

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar: Kako se spopasti s premično tarčo – izziv, kako na spreminjajoče se težave na področju drog oblikovati pragmatičen politični odziv	11
Poglavje 1: Politike in zakoni Razvoj mednarodnih politik in politik EU • Nacionalne strategije • Javni izdatki • Nacionalna zakonodaja • Raziskave	18
Poglavje 2: Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled Preprečevanje • Zdravljenje • Zmanjševanje škode • Socialna reintegracija • Kazenski pregon na področju drog in kršitve zakonov o drogah • Zdravje in družbeni odzivi v zaporu	26
Poglavje 3: Konoplja Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uživanja • Zdravljenje	38
Poglavje 4: Amfetamini, ekstazi in halucinogene snovi Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uživanja • Sprostitutvena okolja • Zdravljenje	49
Poglavje 5: Kokain in crack kokain Ponudba in razpoložljivost • Razširjenost in vzorci uživanja • Posledice za zdravje • Problematično uživanje in povpraševanje po zdravljenju • Zdravljenje in zmanjševanje škode	60
Poglavje 6: Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog Ponudba in razpoložljivost • Problematično uživanje opioidov • Vbrizgavanje drog • Zdravljenje	71
Poglavje 7: Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri Nalezljive bolezni • Odzivanje na nalezljive bolezni • Smrtni primeri in smrtnost • Zmanjševanje števila smrtnih primerov	80
Poglavje 8: Nove droge in nastajajoči trendi Ukrepi EU glede novih drog • „Spice“ in povezani sintetični kanabinoidi • Spletna trgovina • Spremljanje snovi	92
Literatura in viri	97



Predgovor

Poročilo vsebuje časovno ustrezno in podrobno oceno razmer na področju drog v Evropi, pripravilo pa ga je naše osebje, ki se mu zahvaljujemo za vsa prizadevanja. Priznati pa je treba, da kakovost tega dokumenta ne izvira samo iz dela, opravljenega v Lizboni, temveč so pri tem veliko pomembnejša prizadevanja držav članic za razvoj trdnega in izčrpnega sistema informacij, ki znatno prispeva k zreli in osveščeni razpravi o problematiki drog, po našem prepričanju pa vodi tudi v pripravo boljših in učinkovitejših politik.

Potrebe po takšnih politikah so vse večje, saj so tudi izzivi na tem področju vse bolj zapleteni. Rdeča nit poročila je dinamika problematike drog, zato moramo zagotoviti, da naša vizija ne zaostaja za razmerami, ki se nenehno spreminjajo.

Center je letos praznoval 15 let zbiranja informacij in poročanja o evropski problematiki na področju drog. Ta dogodek smo zaznamovali s konferenco z naslovom „Opredeljevanje potreb po informacijah v Evropi za učinkovito politiko na področju drog“. To je bila priložnost za znanstvenike, strokovnjake in oblikovalce politike iz vse Evrope in drugod, da pridejo v Lizbono ter nam pomagajo opredeliti in ovrednotiti obstoječo bazo znanja s področja drog ter določiti sedanje in prihodnje potrebe po informacijah.

Na konferenci se je pokazalo, da je v Evropi nastal pomemben laboratorij za proučevanje in razumevanje uživanja drog in odzivov, povezanih z njimi. Tako imamo zdaj na voljo precej dobre možnosti za skupno učenje in izmenjavo znanja. Nikjer drugje ne najdemo tako velike skupine kulturno tako raznolikih držav, ki jih družijo odločenost, da bodo izboljšale svoje razumevanje in odzive na ta zapleteni družbeni problem. Ta odločenost je razvidna iz razvoja sistema za spremljanje drog, ki prečno zajema trideset držav in skupaj več kot pol milijarde ljudi. Opazna je tudi v strategiji in akcijskem načrtu EU za droge, orodjih, oblikovanih za oceno razpoložljivih podatkov, ter za pripravo praktičnih in skupnih ukrepov. Še zlasti je to pomembno zdaj, ko morajo države članice sprejemati težke odločitve o financiranju prednostnih nalog in se vse bolj zavedajo, da je treba iz izvedenih naložb iztržiti čim več koristi. Prepričani smo, da k temu prispeva tudi naše tokratno poročilo. Poleg tega se zavezuje, da bo v prihodnjih dejavnostih Centra

ugotavljanje, kaj je učinkovito ravnanje na področju drog, postalo čedalje pomembnejši del.

Na konferenci je bilo opozorjeno še na vrsto pomembnih vprašanj, ki se odražajo tudi v predstavljeni analizi. Izboljšati je treba učinkovitost naših informacijskih sistemov pri prepoznavanju novih trendov, njihovem sledenju in poročanju o njih. Pri teh prizadevanjih pa je pomembno, da naše poročanje ostane točno, utemeljeno in ne vzbuja zaskrbljenosti. Poudarjena je bila tudi potreba, da v naši analizi združimo vprašanja, ki se pojavljajo glede ponudbe drog in glede povpraševanja po njih. V letošnjem poročilu je poudarek na analizi kazalnikov ponudbe in trga drog večji, vendar smo pri tem previdni, saj za izboljšanje kakovosti, zanesljivosti in primerljivosti evropskih podatkovnih nizov na tem področju še ni bilo storjeno dovolj. O tem ni več dvoma, zato smo se zavezali, da bomo to vprašanje reševali v sodelovanju s svojimi nacionalnimi in evropskimi partnerji.

Ena od ugotovitev iz letošnjega poročila je, da ocenjevanje položaja na področju drog v Evropi zahteva hkratno razumevanje nacionalnih značilnosti, podregionalnih posebnosti ter vse bolj skupnih evropskih ali celo svetovnih trendov. V prihodnje moramo izboljšati opise teh zapletenih razmerij, saj bomo tako ne le razumeli dejavnike, ki lahko spodbudijo ali zavrejo razširjanje težav na področju drog, temveč bomo to lahko tudi izkoristili kot smernice za razvoj ustreznih ukrepov.

Nazadnje je treba opozoriti, da sta Evropska unija in Organizacija združenih narodov konec leta 2008 in v začetku leta 2009 na zelo podoben način posodobili svoje listine o politiki drog. Tako novi akcijski načrt EU o drogah kot nova politična deklaracija in akcijski načrt ZN odražata mednarodno zavezanost k zmanjšanju uživanja drog in škode, ki lahko nastane zaradi tega. Izpolnitev teh ciljev je velik izziv, ki ga bomo uresničili le, če se bodo načrtovane dejavnosti izvajale v širokem obsegu. Ključna elementa pri tem pa sta spremljanje in vrednotenje, saj nam pomagata ohranjati pravo usmeritev naših politik in spremljati doseženi napredek.

Marcel Reimen

Predsednik upravnega odbora EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor EMCDDA



Zahvale

Center se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

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

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

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

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



Uvodna opomba

Letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih v obliki nacionalnih poročil Centru poslale države članice EU, državi kandidatki Hrvaška in Turčija ter Norveška. Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2007 (ali zadnje leto, za katerega so podatki na voljo). Grafični prikazi in preglednice v tem poročilu morda prikazujejo samo stanje v podskupini držav članic EU: izbor je narejen na podlagi tistih držav, katerih podatki so na voljo za zadevno obdobje.

Maloprodajne cene drog, sporočene Centru, so cene za uporabnika. Poročila o čistosti ali učinku iz večine držav temeljijo na vzorcu vseh zaseženih drog, na splošno pa sporočenih podatkov ni mogoče povezati z določeno ravno trga s prepovedanimi drogami. Analize glede čistosti ali učinka in maloprodajnih cen temeljijo na sporočenem povprečju ali modaliteti, če ta ne obstajata, pa na srednji vrednosti.

Poročila o razširjenosti uporabe drog, ki temeljijo na raziskavah med prebivalstvom na splošno, se večinoma nanašajo na prebivalce v državi, stare med 15. in 64. let. Države, ki uporabljajo drugačne zgornje ali spodnje starostne meje, so: Bolgarija (18–60), Češka (18), Danska (16), Nemčija (18), Madžarska (18–59), Malta (18), Švedska (16) in Združeno kraljestvo (16–59). Podatki o razširjenosti za Združeno kraljestvo se nanašajo na Anglijo in Wales.

V poročilih o povpraševanju po zdravljenju so „novi uporabniki“ tiste osebe, ki se zdravijo prvič, „vsi uporabniki“ pa vsi, ki se zdravijo. Uporabnikov drog, vključenih v trajno zdravljenje na začetku zadevnega leta, podatki ne zajemajo. Kjer je naveden delež povpraševanja po zdravljenju zaradi uživanja primarne droge, je imenovalc število primerov, pri katerih je primarna droga znana.

Analiza trendov temelji samo na državah, ki so sporočile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem časovnem obdobju. S podatki za leto 2006 so morda nadomeščene manjkajoče vrednosti za leto 2007 v analizi trendov glede na podatke o trgu s prepovedanimi drogami; za analizo drugih trendov so manjkajoči podatki morda vstavljeni. Trendi v zvezi s ceno so prilagojeni inflaciji na ravni države.

Informacije o razpoložljivosti različnih ukrepov v Evropi in njihovem izvajanju, ki na splošno temeljijo na obveščeni presoji nacionalnih strokovnjakov, se zbirajo s strukturiranimi vprašalniki.

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

Letno poročilo je na voljo za prenos v 23 jezikih, in sicer s spletne strani: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Statistični bilten za leto 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) vsebuje celoten sklop izvirnih preglednic, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji in približno sto dodatnih statističnih grafikonov.

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

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



Komentar

Kako zadeti premično tarčo – izziv, kako pripraviti pragmatičen odziv politike na spreminjajoče se težave na področju drog

Politično soglasje omogoča bolj usmerjen akcijski načrt za področje drog

V tem poročilu je predstavljeno pomembno obdobje na področju politike drog, tako v Evropi kot širše. V Evropski uniji je bilo izvedeno vrednotenje akcijskega načrta na področju drog za obdobje 2005–2008, petega po letu 1990, poleg tega je bil pripravljen in se je začel izvajati njegov naslednik, ki se bo uporabljal v obdobju 2009–2012. Čeprav je pozornost pogosto namenjena razlikam med politikami na področju drog posameznih držav članic, je neverjetno, koliko ujemanja je mogoče opaziti v sodobnih razpravah na evropski ravni, česar za pretekla obdobja ne bi mogli trditi. Države članice imajo morda še vedno vsaka svoj pogled na politiko, ki nekako odseva tudi poseben položaj v vsaki od njih, vendar se zdi razprava na številnih področjih vse bolj zrela in usmerjena k iskanju soglasja. Vse to je omogočilo nastanek novega akcijskega načrta EU, ki ga je mogoče opisati kot pragmatičnega ter vsebinsko in ciljno usmerjenega. O tem pristopu pričča pozornost, namenjena posebnim praktičnim področjem, kot so preprečevanje smrtnih primerov, povezanih z drogo, delo v zaporniških okoljih ter izboljšanje kakovosti zdravljenja in drugih ukrepov.

Na mednarodnem prizorišču so precej javnega in strokovnega zanimanja vzbudile razprave, ki so pripeljale do nove politične deklaracije in akcijskega načrta Združenih narodov za boj proti svetovnemu problemu drog, sprejetih po pregledu ciljev, ki so bili zastavljeni na izrednem zasedanju Generalne skupščine (Ungass) leta 1998. Evropa se je v tej razpravi močno zavzela za uravnovešene, znanstveno utemeljene in humane politike na področju drog. To je pripomoglo k temu, da so v končni različici sporazuma ohranjeni najpomembnejši napredni elementi prvotnih dokumentov z zasedanja Ungass iz leta 1998. Čeprav so bile razprave v Združenih narodih včasih vroče in so odražale zakoreninjena politična in ideološka stališča, so se pojavili tudi znaki, da se morda uveljavlja bolj pragmatičen in premišljen pristop k opredeljevanju učinkovitih ukrepov. ZDA so na primer omehčale svoj pristop do vprašanja zagotavljanja sterilne

opreme za vbrizgavanje, s čimer bi zmanjšali tveganje za okužbe, ki se prenašajo s krvjo, kar je odraz dejstva, da obstaja veliko dokazov o učinkovitosti na tem področju. Zadnje izjave politike dajejo na splošno slutiti, da se ZDA bližajo evropskemu modelu. Na zasedanju Ungass je bilo sprejeto tudi trdno soglasje o potrebi po učinkovitem svetovnem spremljanju pojava drog, zlasti ob stalnem naraščanju težav v državah v razvoju in na prehodu. Mehanizem poročanja, ki so ga pripravili za ocenjevanje izvajanja akcijskih načrtov Ungass, je bil deležen kritike, a če bi ga ukinili, zdajšnji svetovni okvir poročanja ne bi več zajemal pomembnih delovnih področij, zlasti tistih, ki zadevajo ukrepe za zmanjšanje povpraševanja po drogah. To vprašanje bo verjetno pomembna tema na bližajočem se zasedanju Komisije za droge.

Dejavnost kazenskega pregona se sooča z neusklajenostjo s cilji politike

Pomembno mesto v letošnjem letnem poročilu ima kazenski pregon na področju drog, zato je izbrano vprašanje namenjeno izrečenim kaznim in drugim posledicam za posameznike, ki so obtoženi kaznivih dejanj na področju drog. Število kršitev zakonov o drogah, o katerem se poroča v Evropi, še vedno narašča. Čeprav je podatke težko razlagati, ta ugotovitev sproža vprašanja, koliko je dejavnost kazenskega pregona usklajena s cilji politik na tem področju.

Na splošno se je evropska politična razprava pomaknila k stališču, da se je treba bolj osredotočiti na preprečevanje dobave in ne toliko na samo uporabo drog. V odziv so nekatere države povišale kazni za kazniva dejanja, povezana z dobavo, ali uvedle minimalne globe. Težko pa je izmeriti, koliko se ta preusmeritev z uporabnikov na dobavitelje drog prenaša v oblikovanje politike. V samo nekaj državah število kaznivih dejanj, povezanih z dobavo droge, presega število kaznivih dejanj zaradi posedovanja drog. Na splošno se je število kaznivih dejanj, povezanih z dobavo, povečalo, vendar se je povečalo tudi število kaznivih dejanj, povezanih s posedovanjem ali uživanjem drog, in to celo bolj. Tudi vseevropska podoba kaznivih dejanj, povezanih z dobavo, ni enotna, saj srednjeročni

podatki polovice držav poročevalk kažejo na zmanjšanje njihovega števila.

Poglobljeni pregled o izrekanju kazni za kazniva dejanja s področja drog v Evropi, ki je priložen temu poročilu, vsebuje raziskavo, kaj se zgodi s posamezniki, ki kršijo zakone o drogah. Pri kaznivih dejanjih s področja dobave drog so pogoste zaporne kazni, vendar se navadno izrečejo najnižje od možnih sankcij, v povprečju tri leta ali manj. To je morda samo odraz dejstva, da je veliko obtoženih z repa dobavne verige, tako gre na primer za ulične preprodajalce ali odvisnike, ki drogo tudi prodajajo, zato da zadovoljijo svoje potrebe. To ugotovitev je mogoče izkoristiti za razvoj smernic o izrekanju najnižjih kazni, če je njihov namen tudi odvrčanje pomembnejših poklicnih kriminalcev od tega, da bi se začeli ukvarjati z dobavo droge.

V večini držav se za uporabo ali posedovanje drog redko izreče zaporna kazen. Vendar pa vseeno majhen delež tistih, ki pridejo pred sodišče, dobi takojšnjo zaporno kazen, po navadi zaradi oteževalnih okoliščin. To pomeni, da vse več uporabnikov drog pride v stik s pravno-kazenskim sistemom in dobi samo administrativno ali manjšo kazen. Tudi če zanemarimo morebitni odvračalni učinek takega ravnanja, se pojavlja vprašanje, koliko je ta stik z nekaterimi skupinami uživalcev drog pravzaprav izgubljena priložnost za druge dejavnosti, usmerjene v zmanjšanje povpraševanja. Nekatere države so razvile inovativne pristope na tem področju, čeprav jih je na splošno še vedno malo.

Ker je skupina posameznikov, ki so obdolženi zaradi kaznivih dejanj na področju drog, raznolika, je za razvoj storitev na tem področju posebnega pomena ocena njihovih potreb. Ukrepi, povezani z zdravjem, zajemajo vse od pristopov k preprečevanju, izobraževanju in zmanjševanju škode, do hitrih ukrepov in napotitev na specializirano zdravljenje zaradi drog, če je izdana odredba sodišča, in k službam za socialno podporo. Razvoj učinkovitega modela, s katerim bi zagotovili ustrezne smernice za napotitev, bo verjetno organizacijski izziv. Portugalska se je te težave lotila nekoliko drugače. Uporaba drog ni več predmet kazenskih sankcij in posameznike, pri katerih odkrijejo drogo, nemudoma napotijo na posebno sodišče, imenovano „komisija za odvrčanje od zlorabe drog“, ki izvede presojo njihovih potreb. Sodišče lahko izreka globe, vendar njegov pglavitni cilj ni kaznovanje. Ta program deluje že osem let. Podatki, ki so na voljo, tudi ne potrjujejo prvotnih pomislekov, da se bo zaradi tega pristopa okrepil turistični obisk zaradi drog ali da se bo uporaba drog povečala.

Zdravljenje in zdravstveni ukrepi: od splošno veljavnih rešitev do paketa ciljno usmerjenih ukrepov

Storitve za uporabnike drog v Evropi postajajo vse bolj raznolike in se zagotavljajo v okviru paketa celostne oskrbe. To je razvidno na konceptualni in tudi na praktični ravni. Tako se na primer ukrepa zmanjševanja škode in zdravljenja vse bolj povezujeta in vse pogostejše ju omogočajo isti ponudniki. Čeprav se že na široko priznava, kako pomembna je socialna reintegracija, to področje ostaja še slabo razvito in uporabniki drog imajo še vedno precejšnje težave z iskanjem služb, ustrezne nastanitve in razvojem vedenja, ki ni povezano z drogo.

Čeprav je bil pri zdravljenju uporabnikov drog v Evropi dosežen določen napredek, je neenakomeren, tako glede obravnavanih snovi kot glede geografske pokritosti. Največji napredek je bil dosežen na področju nadomestnega zdravljenja z opiodi, saj se zdaj v regiji zdravi 650 000 uživalcev, številka pa še narašča. Vendar pa vzhodna Evropa na splošno prispeva samo majhen delež k temu, kar pomeni, da je treba v nekaterih tamkajšnjih državah te storitve razširiti. V številnih državah se je pokazalo, da lahko vključevanje zdravnikov splošne medicine prispeva k širšemu zagotavljanju zdravljenja. Model kombinirane oskrbe, ki združuje zdravnike splošne medicine in specializirani center, je v zdravniku v podporo, pa tudi kakovost zdravljenja je zagotovljena.

Čeprav je v večini držav teoretično mogoče nadaljevati ali začeti nadomestno zdravljenje v zaporniškem okolju, je to v praksi pogosto težko. Glede na število uporabnikov drog v zaporih po Evropi je potreba po razširitvi možnosti za vse vrste zdravljenj v tem okolju vse večja. Tudi akcijski načrt EU vsebuje to dejstvo, a področje za zdaj v večini držav še ostaja zapostavljeno.

Razpoložljivost storitev in razumevanje, kaj sestavlja učinkovito oskrbo v primeru uporabe drog, ki niso opiodi, sta v Evropi precej manj razvita. Pa vendar se je obstoj te težave začel priznavati, tako da vse več evropskih raziskovalnih projektov in pilotnih programov že obravnava potrebe po zdravljenju, ki jih imajo uporabniki stimulansov in konoplje. Poleg tega je razvoj na področju nevrološke znanosti ne samo izboljšal naše razumevanje bioloških mehanizmov zasvojenosti, temveč omogoča tudi nekaj inovativnih pristopov. Med primeri omenimo cepivo proti kokainu, s katerim se trenutno v Evropi izvaja obsežna študija. Novosti je omogočil tudi razvoj informacijske tehnologije, kot so spletni programi zdravljenja in uporaba besedilnih sporočil.

Novi dokazi, da Evropa prehaja v obdobje zmanjšane uporabe konoplje

Priljubljenost uživanja konoplje se je v 90. letih prejšnjega stoletja dramatično povečala, tako da danes skoraj četrtina odraslih Evropejcev poroča, da so konopljo užili vsaj enkrat. Pozneje se je položaj začel umirjati, najnovejši podatki pa močno potrjujejo analizo iz lanskega poročila, da se je uživanje te droge na splošno zmanjšalo. Posebno zanimivi so zadnji rezultati evropske raziskave o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino, ki omogočajo vpogled v časovne trende glede uživanja droge med šolarji. Vzorci, odkriti na tej stopnji, se bodo pozneje verjetno prenesli v starejše generacijske skupine. Zanimivo je, da kot je bilo v preteklosti pri povečevanju uživanja konoplje opaziti različne časovne vzorce, se zdaj, kot kaže, ti vzorci ponavljajo v nasprotnem smislu. Združeno kraljestvo je tako na primer ena prvih držav, v kateri so zabeležili visoke stopnje razširjenosti, a je bila tudi med prvimi, ki so poročale o upadanju uživanja. Ta vzorec se zdaj kaže v večini zahodnoevropskih držav. V vzhodni Evropi so se do nedavnega stopnje uživanja še vedno povečevale. Vendar se celo v teh državah pojavljajo znaki stabilizacije med mladimi, in če se bo ponovil vzorec, opažen drugod, je mogoče pričakovati še nadaljnje zmanjšanje.

Vsekakor je pomembno razumeti dejavnike, ki vplivajo na priljubljenost droge, kot je konoplja, a je treba morebitne preproste vzročne razlage podajati previdno. Morda so na te trende res vplivale tudi nacionalne politike in politike EU, vendar so zmanjšanje uživanja zaznali tudi v ZDA in Avstraliji, kar nakazuje na morebiten pomen širših družbeno-kulturnih dejavnikov. Iz evropske slike izstopa skupinica držav, večinoma na severu ali jugu Evrope, kjer stopnje uživanja konoplje že nekaj časa ostajajo nizke in stabilne. Zanimivo bi bilo razumeti preventivne dejavnike, prisotne v navedenih državah, v analizi pa bi bilo spet treba upoštevati kulturne, družbene in zgodovinske dejavnike ter razmisliti o vplivu politike drog in socialne politike.

V nasprotju s podatki o splošnih stopnjah uživanja je zadnja analiza vzorcev problematičnega uživanja konoplje v Evropi bolj mešana in manj spodbudna. Vključuje namreč svarilo, da nam manjkajo dobri ukrepi za odvisniško ali problematično uporabo drog, in čeprav je zaznati nekaj napredka v tej smeri, se moramo zanašati na bolj posredne ukrepe. Zdi se, da se število novih povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja konoplje zdaj, po vztrajni večletni rasti, morda umirja, ostaja pa nejasno, v kolikšni meri se v tem odražajo vzorci uživanja ali zmogljivosti služb. Trenutno najboljši vedenjski kazalnik problematičnega uživanja konoplje ponuja ekstrapolacija

Kratek pregled – ocene uporabe drog v Evropi

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

Konoplja

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: najmanj 74 milijonov (22 % odraslih Evropejcev).

Uporaba v zadnjem letu: približno 22,5 milijona odraslih Evropejcev ali tretjina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Uporaba v zadnjem mesecu: približno 12 milijonov Evropejcev.

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,4 % do 14,6 %.

Kokain

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 13 milijonov (3,9 % odraslih Evropejcev).

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

Uporaba v zadnjem mesecu: približno 1,5 milijona.

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

Ekstazi

Razširjenost uporabe kadar koli v življenju: približno 10 milijonov (3,1 % odraslih Evropejcev).

Uporaba v zadnjem letu: približno 2,5 milijona ali četrtina tistih, ki so to drogo že kdaj poskusili.

Uporaba v zadnjem mesecu: manj kot milijon.

Razlike med državami glede uporabe v zadnjem letu: skupni razpon od 0,1 % do 3,5 %.

Amfetamini

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

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

Uporaba v zadnjem mesecu: manj kot milijon.

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

Opioidi

Problematično uživanje opioidov: ocenjeno od 1,2 do 1,5 milijona Evropejcev.

Število smrtnih primerov zaradi drog je pomenilo 4 % vseh smrtnih primerov med Evropejci v starosti od 15 do 39 let, od tega so pri približno treh četrtinah odkrili opioide.

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

V letu 2007 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih približno 650 000 uživalcev opioidov.

ocen o številu dnevnih uživalcev droge. Trende dnevnega uživanja je težko ocenjevati, vendar podatki, ki so na voljo, ne kažejo na nikakršno splošno zmanjšanje. Center EMCDDA ocenjuje, da med 2 in 2,5 % mlajših odraslih uživa konopljo vsak dan ali skoraj vsak dan, pri čemer je stopnja med mlajšimi moškimi veliko višja. To je velika populacija, izpostavljena tveganju, kar kaže na nujno po boljšem razumevanju potreb po storitvah v tej skupini.

Heroin in kokain: nobenih prepričljivih znakov o zmanjševanju težave

Ni veliko dejavnikov, ki bi kazali na izboljšanje na področju uživanja heroina in kokaina, snovi, ki ostajata v središču evropske problematike drog. Težko si je ustvariti kakršno koli jasno sliko o tem, saj jo onemogočajo težave pri usklajevanju informacij, pridobljenih z različnimi kazalniki. Težava je še posebno opazna pri kokainu, kjer je poleg nižjih ocen o proizvodnji glede na najnoveše podatke v večini držav upadel tudi obseg zasežene droge v Evropski uniji, zmanjšala pa se je tudi čistost droge, ki se prodaja na ulici. V Združenem kraljestvu, državi z največjim trgov s kokainom, je bilo nedavno zmanjšanje čistosti precej veliko. Ti podatki bi lahko kazali na manjšo razpoložljivost kokaina, vendar druge informacije o tem zbuja dvome. Število zasegov droge se še vedno povečuje, cene padajo, obstajajo pa namigovanja o prehodu na nove poti preprodaje po vzhodni Evropi, ki morda ovirajo prizadevanja na področju prestrežanja. Uživanje kokaina v Evropi ostaja osredotočeno v zahodnih državah, kjer trend na splošno ostaja enak ali pa se še povečuje. Obstajajo pa dokazi o nadaljnjem razširjanju droge v druge države. Povečujejo se tudi zahteve po zdravljenju zaradi kokaina. Na podlagi podatkov, ki so na voljo, je mogoče ugotoviti, da sedanje stopnje uživanja ostajajo visoke in se na območjih, kjer se je droga dodobra uveljavila ne zmanjšujejo, drugod pa se še naprej povečujejo; obstajajo tudi znamenja, da se dobavitelji morda srečujejo s težavami pri zadovoljevanju potreb strank na nekaj pomembnih trgih. Zanimivo bo spremljati, ali se bodo po nedavnih poročilih o zmanjšanju svetovne proizvodnje kokaina v prihodnosti pokazali trdnejši dokazi o njegovi manjši razpoložljivosti.

V Evropi je heroin še vedno droga, ki povzroči največji delež obolenosti in umrljivosti, povezanih z uživanjem drog. Uživanje te droge je na splošno upadalo od sredine ali konca 90. let prejšnjega stoletja, vendar je današnja slika bolj nejasna in na nekaterih področjih vzbuja zaskrbljenost. Po občutnih znižanjih se od leta 2002 število novih povpraševanj po zdravljenju povečuje, saj vse več držav poroča o povečanju števila in deleža povpraševanj po zdravljenju, povezanih z opiodi. Podatki o smrtnih

primerih, povezanih z drogo, ki se večinoma povezujejo z uživanjem heroina, prav tako ne kažejo, da bi se vračal trend upadanja, ki je bil opažen pred letom 2004. Na povečanje kažejo tudi podatki o številu kršitev zakonov o drogah in zasegov. Skrb zbujaajo navedbe nekaterih držav o problematičnih uživalcih heroina med nekaterimi mladimi, kar bi lahko kazalo, da droga prodira v nove populacije. Na splošno je treba dejstvo, da pozitivna analiza o trendu zmanjševanja težav, povezanih s heroinom, ne drži več, jemati kot razočaranje. In čeprav za zdaj ni dokazov, da bi se vrnila razširjenost uživanja heroina epidemičnih razsežnosti, ki smo jo spremljali v preteklosti, še vedno obstajajo precejšnje zdravstvene in socialne težave, ki jih povzroča uživanje heroina. Vsako znamenje, da se položaj morda slabša, zlasti zdaj, ko se v Evropi začne obdobje gospodarskih težav, je razlog za precejšnjo zaskrbljenost.

Težave zaradi uživanja več drog hkrati in hkratnega uživanja alkohola so danes značilen element evropske problematike drog

Pri preprečevanju na področju uživanja drog je dolgo veljalo, da je težave zaradi uživanja snovi najbolje obravnavati celostno ter v okviru zdravega življenjskega sloga in izbiri, ki temeljijo na obveščenosti. V nasprotju s tem je razprava glede uživanja drog pogosteje usmerjena na posamezno snov. Pri tem se je težko izogniti ugotovitvi, da taka enodimenzionalna perspektiva vse bolj ovira razumevanje razvoja vzorcev uživanja drog v Evropi. Posamezniki, ki uživajo droge, se skoraj nikoli ne omejijo na samo eno snov. V današnji Evropi so vzorci uživanja več drog pravilo in kombinirano uživanje različnih snovi je vzrok za večino težav, s katerimi se srečujemo, ali pa jih še dodatno zapleta. To sproža potrebo po razvoju celovitejšega in integriranega pristopa, ki zajema več snovi, če hočemo bolje razumeti položaj ter pripraviti in proučiti ustrezne odzive, kar velja tudi za trg z drogami. Ukrepi za zmanjšanje ponudbe ene droge se seveda izničujejo, če s tem le odprejo vrata za uživanje nadomestka, ki lahko celo povzroči še več škode.

Tokratno letno poročilo spremlja izbrano vprašanje o uživanju več drog hkrati, namenjeno proučevanju vpliva uporabe več snovi na različne skupine uživalcev drog. Ugotovitve zbujaajo skrb. Sočasno uživanje več snovi lahko pri mladih poveča tveganje hudih težav in lahko napoveduje razvoj kroničnih vzorcev uživanja drog pozneje v življenju. Med starejšimi, rednimi uživalci drog je uživanje več drog hkrati eden glavnih vzrokov smrti zaradi prevelikega odmerka, zapleta zdravljenje odvisnosti in je povezano z nasiljem in kršitvami zakona. Povečuje se tudi izbira drog, ki so na voljo uporabnikom v Evropi.

V tokratnem poročilu so izpostavljena naslednja področja: vse večja izbira večinoma nenadzorovanih drog, ki so usmerjena na trg s konopljo; novosti v proizvodnji sintetičnih drog in vse večja zaskrbljenost glede zlorabe zdravil na recept. Poleg tega se priznava, da je pomembna značilnost težav na področju uživanja snovi v Evropi hkratno uživanje alkohola. Tudi ta pojav je prisoten v vseh starostnih skupinah. Najnovejši podatki kažejo, da obstaja pri šolarjih močna povezava med popivanjem in uživanjem drog. Pitje pogosto spremlja tudi rekreativno uživanje drog, kar povečuje tveganje za negativne posledice za mlajše odrasle osebe. Med prebivalstvom s kroničnimi vzorci uživanja droge je zloraba alkohola tako močno prisotna, da se pogosto niti ne omenja, in potreba po obravnavanju hkratne odvisnosti od alkohola postaja vse bolj pomembno vprašanje za centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Težave z alkoholom so lahko še posebno škodljive za odvisnike od opioidnih drog, saj je delovanje njihovih jeter morda že ogroženo zaradi okužbe s hepatitisom, tako da se poveča tudi tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka.

Novosti in razpoložljivost predhodnih sestavin: prepleteni dejavniki, ki vse močnejše vplivajo na trg sintetičnih drog

Center EMCDDA opaza, da je položaj glede razpoložljivosti in uporabe sintetičnih drog v Evropi vse bolj zapleten in nestabilen. Nezakoniti trg in njegovi dobavitelji so izredno inovativni glede proizvodnih postopkov, novih proizvodov in priložnosti za trženje, poleg tega so se sposobni hitro prilagajati nadzornim ukrepom. Povrh se pojavljajo vse bolj prefinjeni načini trženja „zakonitih alternativ“ za prepovedane droge, kar vzbuja zaskrbljenost.

Nestabilnost trga je mogoče ponazoriti z nedavnimi dogodki, povezanimi z razpoložljivostjo ekstazija. Do leta 2007 je večina tabletk ekstazija, ki so bile analizirane v Evropi, vsebovala 3,4-metilenedioksimetamfetamin (MDMA) ali kako drugo snov, podobno ekstaziju. Vendar prvi podatki, pridobljeni s sistemom zgodnjega opozarjanja iz začetka leta 2009, kažejo na morebitne spremembe položaja v nekaterih državah članicah, kot sta Danska in Nizozemska. V skoraj polovici tablet, analiziranih v teh državah, niso našli niti MDMA niti nobenega njegovega ustreznika. V tabletkah je bil prisoten 1-(3-klorfenil)piperazin (mCPP), in to sam ali pa v kombinaciji s kako drugo psihoaktivno snovjo. Čeprav mCPP ni na seznamih konvencij ZN, so nekatere države članice EU uvedle nadzorne ukrepe zanj. Razlogi za to spremembo na trgu niso popolnoma jasni, vendar bi jih mogoče lahko razložili

s pomanjkanjem 3,4-metilenedioksifenil-2-propanona (PMK), ki je glavna predhodna sestavina za sintezo MDMA. Ni še mogoče trditi, ali so te spremembe samo začasne ali pa napovedujejo pomembnejšo spremembo na trgu z ekstazijem. V okviru sistema EU za zgodnje opozarjanje se mCPP nadzoruje od leta 2005, Center in Europol pa intenzivno spremljata dogajanje na tem področju in bosta leta 2010 pripravila poročilo o tem trgu.

Spremembe na trgu z ekstazijem morda kažejo na vse uspešnejše poskuse, da bi preprečili zlorabo kemikalij za predhodne sestavine, ta prizadevanja pa morda tudi pomembno vplivajo na razpoložljivost in uživanje drugih snovi. Tako na primer obstajajo znaki, da metamfetamin morda izriva amfetamin v nekaterih delih severne Evrope. Tudi tukaj bi lahko iskali vzroke v tržnih dejavnikih in kemikalijah za predhodne sestavine, saj kaže, da se obrati za proizvodnjo metamfetamina nahajajo v Litvi, kjer je zaradi geografskega položaja mogoče uvažati predhodne sestavine, v tem primeru 1-fenil-2-propanon (BMK), iz držav zunaj Evropske unije. Položaj v skandinavskih državah še povečuje zaskrbljenost glede morebitnega širjenja uživanja metamfetamina iz Češke. Ta država se že dolgo srečuje s težavami zaradi metamfetamina, vendar je proizvodnja navadno majhna in je namenjena osebni ali lokalni uporabi. O manjših stopnjah uživanja metamfetamina poroča tudi nekaj srednjeevropskih držav, Europol pa poroča, da so odkrili in uničili nekaj večjih proizvodnih zmogljivosti v drugih delih Evrope. Obstajajo tudi dokazi o naglem naraščanju uživanja metamfetamina v nekaterih državah, ki mejijo na Evropsko unijo. Droga se do zdaj še ni pojavila na velikem trgu stimulativnih drog v zahodni Evropi, kjer še vedno prevladujeta kokain ali amfetamin. Kljub temu pa to ne more biti razlog za brezskrbnost, saj je treba upoštevati, da je proizvodnja metamfetamina sorazmerno preprosta in da ta droga lahko močno negativno vpliva na javno zdravje. Kako hitro lahko nastanejo težave, je mogoče ponazoriti s primerom Slovaške, ki se navaja kot študija primera države, v kateri se je uživanje metamfetamina izredno povečalo.

Internet in trženje: je „spice“ znanilec težav, ki nas čakajo v prihodnosti?

Malo je področij sodobnega življenja, ki se niso spremenila zaradi napredka informacijske tehnologije, pri čemer svetovni splet ni samo neusahljiv vir informacij, temveč tudi pomemben virtualni trg za izmenjavo blaga in storitev. Zato ne preseneča, da ta medij vpliva tudi na področje drog. Center je v tem letu začel izvajati prvo raziskavo o pristopih spletnega zdravljenja, glede na izsledke pa spletni pristopi veliko obetajo pri nekaterih oblikah preprečevanja, zdravljenja in ukrepov za

zmanjševanje škode. Manj spodbudno pa je, da obstajajo pri urejanju tega virtualnega in svetovnega pojava očitne težave, poleg tega je lahko internet tudi sredstvo za spodbujanje uporabe psihoaktivnih snovi. Poleg zaskrbljenosti, ki jo zbujata spletno trženje alkohola in zdravil, se je pojavila še vrsta domnevno „zakonitih“ alternativ za nadzorovane psihoaktivne snovi.

Center redno spremlja psihoaktivne snovi, ki jih ponujajo spletni trgovci. Ta trg se je v zadnjih nekaj letih povečal in vključuje vrsto izdelkov rastlinskega izvora, zlasti zeliščnih mešanic, ter tudi proizvode, ki vsebujejo sintetične sestavine. Nove snovi, ki se pojavljajo na spletnem trgu, segajo od drog, ki se tradicionalno uporabljajo v nekaterih delih sveta, do poskusnih kemikalij, ki so sintetizirane v laboratorijih in niso bile preskušene na ljudeh. Druge novosti so razvoj posebnih znamk in uporaba privlačnega pakiranja. Znan primer so zeliščne mešanice, ki se prodajajo pod oznako „spice“.

Obstaja vrsta znamk „spice“ z različnimi pakiranjmi in seznamami sestavin. S forenzičnimi analizami večinoma niso odkrili snovi rastlinskega izvora, navedenih na oznakah, odkrili pa so nekaj vzorcev sintetičnih kanabinoidov, ki so

bili dodani mešanicam. Teh snovi ni bilo na seznamih sestavin in bi jih posameznik tako zaužil nevede. Odkriti kanabinoidi so sorazmerno neznane sestavine, nekatere so izredno močne, njihov učinek na ljudi pa ni dobro znan.

Poskusi, da bi se izognili nadzoru drog, tako da se na trgu pojavijo nadomestki, za katere ni zakonske ureditve, niso nič novega. Novost so najrazličnejše snovi, ki se raziskujejo, agresivno trženje proizvodov, ki imajo namerno navedene napačne oznake, vse večja raba spleta in hitrost, s katero se trg odziva na nadzorne ukrepe. „Spice“ morda pomeni tudi opozorilo za prihajajoče težave. Izkušeni kemiki, ki pogosto bivajo izven evropskih jurisdikcij, so sposobni opravljati poceni organske sinteze, kar omogoča dostop do precejšnjega števila psihoaktivnih snovi. Tako se lahko pojavijo popolnoma nove skupine kemijskih proizvodov, v katerih je veliko podobnih snovi, ki jih je težko odkriti in povzročajo precejšnje težave za politiko nadzora, ki temelji na posameznih sestavinah. Ker je uporaba nekaterih od teh snovi lahko tudi zakonita ali ker se lahko prodajajo za domnevno zakonite namene, se lahko zgodi, da zanje ne veljajo niti predpisi za nadzor drog niti trgovinski predpisi.



Poglavje 1

Politike in zakoni

Uvod

V zadnjem letu sta nastala dva nova evropska in mednarodna dokumenta o politiki na področju drog. Evropska unija je decembra 2008 predstavila svoj novi akcijski načrt za boj proti drogam (2009–2012), nekaj mesecev pozneje pa so Združeni narodi pripravili novo politično deklaracijo in akcijski načrt za reševanje svetovnega problema drog. To poglavje obravnava vsebino novih dokumentov o politiki na področju drog in vlogo organizacij, ki so pri oblikovanju teh dokumentov delovale kot zastopnice civilne družbe.

Med mednarodnimi političnimi razpravami so bile tudi razprave o trgovanju z drogami, tukaj pa je podan pregled nedavnega pravnega razvoja glede najmanjših kazni za trgovanje z drogami v Evropi. Ključno vprašanje v politični razpravi je bilo tudi zmanjševanje škode, poleg tega je v tem poglavju obravnavan pravni status dveh pomembnih ukrepov na tem področju, programa zamenjave injekcijskih igel in brizg ter nadomestnega zdravljenja.

Druge obravnavane teme so nedavno sprejetje in ocena nacionalnih strategij boja proti drogam in akcijskih načrtov, novi podatki in trendi v zvezi z javnimi izdatki, povezanimi z drogami, in napredek pri raziskavah o drogah v Evropi.

Razvoj mednarodnih politik in politik EU

Nova politična deklaracija in akcijski načrt ZN

Na političnem sestanku na visoki ravni sta bila med letošnjim sestankom Komisije Združenih narodov za droge (CND) sprejeta nova politična deklaracija in akcijski načrt ZN ⁽¹⁾. To je bil rezultat enoletne presoje, ki se je začela izvajati v okviru desetletnega pregleda napredka pri doseganju ciljev, zastavljenih na dvajsetem izrednem zasedanju Generalne skupščine Združenih narodov leta 1998 (Ungass) glede svetovnega problema drog.

Evropska unija in njene države članice so imele pri pregledu Ungass vodilno vlogo. Stališče Evrope

o politiki ZN na področju drog, ki je bilo oblikovano med postopkom pregleda, je bilo izraženo v skupnem dokumentu o stališčih, ki ga je pripravil Svet Evropske unije. V tem dokumentu sta bila poudarjena pomen javnega zdravstva kot prvega načela mednarodnega sistema za nadzor nad drogami in potreba po skladnosti celotnega sistema na področju drog med organi ZN (skupaj z INCB, UNODC, Unids, SZO). V njem se tudi zahteva vključitev sklopa ključnih elementov in prednostnih nalog v novo politično deklaracijo ZN. Med temi je bila potreba po celostni, integrirani in uravnoteženi politiki na področju drog, pri čemer je bil večji pomen pripisan

Svetovni trg s prepovedanimi drogami

Rezultati nove študije o svetovnem trgu prepovedanih drog, ki jo je financirala Evropska komisija, so bili predstavljeni na zasedanju Komisije Združenih narodov za droge na Dunaju leta 2009 ⁽¹⁾. Študija ni z ničemer potrdila, da se je svetovni problem drog med letoma 1998 in 2007 zmanjšal. V nekaterih državah se je problem ublažil, v drugih se je poslabšal, ponekod celo znatno.

Glede na študijo trgi prepovedanih drog niso vertikalno integrirani in jih ne obvladujejo večji preprodajalci ali karteli. Čeprav se ocenjuje, da se s prodajo prepovedanih drog ustvari več kot 100 milijard EUR prihodkov, ima velika večina tistih, ki so vključeni v trgovino z drogami, skromne dohodke. Nekaj posameznikov izjemno obogati, vendar je njihov delež v skupnih prihodkih majhen.

Študija poroča o zbliževanju nacionalnih politik na področju drog, pri čemer se zmanjševanju povpraševanja pripisuje vse večji pomen, poleg tega se tudi bolj sprejema zmanjševanje škode. Strožje so postale politike za prodajalce in preprodajalce.

V študiji je bilo navedeno, da je uveljavljanje prepovedi drog povzročilo precejšnjo nenamerno škodo, ki bi jo bilo mogoče v marsičem predvideti (npr. geografska premestitev proizvodnje in preprodaje).

⁽¹⁾ Evropska komisija, „Poročilo o svetovnih trgih prepovedanih drog, 2009“ (na voljo na naslovu: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

⁽¹⁾ Politichna deklaracija in akcijski načrt o mednarodnem sodelovanju za celostno in uravnoteženo strategijo pri boju proti svetovnemu problemu drog.

zmanjševanju povpraševanja po drogah, vključeno pa je bilo tudi zmanjševanje škode. EU je poudarila, da mora biti spoštovanje mednarodnih konvencij o človekovih pravicah, skupaj s pravico do zdravstvenega varstva, ključni element nove politike na področju drog in da mora razvoj politik na področju drog temeljiti na znanstvenih dognanjih. EU je poleg tega menila, da v boju proti proizvodnji drog podpora za nadomestni razvoj ne sme biti pogojena z zmanjšanjem gojenja prepovedanih drog.

Novi dokument ZN je vsebinsko podoben prvotnim deklaracijam in akcijskim načrtom Ungass, o katerih je bil sprejet dogovor leta 1998. Vključuje številne elemente, ki jih je predlagala Evropska unija, kot je razvidno iz akcijskega načrta, v katerem so predstavljene sedanje težave v zvezi s politiko na področju drog in navedeni ukrepi, k izvajanju katerih so se zavezale države članice ZN v naslednjem desetletju. Med ključnimi ukrepi in cilji pod naslovom zmanjšanja povpraševanja po drogah so: večje spoštovanje človekovih pravic, večja dostopnost storitev in boljša usmerjenost na ranljive skupine. Zahtevajo se tudi večje ravnotežje politik na področju drog za zmanjšanje povpraševanja po drogah, izvajanje ukrepov na podlagi dognanj in mehanizmi za spremljanje in zagotavljanje kakovosti. Vendar v dokumentu ZN ni izrecno priznan pomen zmanjševanja škode, to pa je pristop, ki se izvaja v Evropi pod temeljitim znanstvenim nadzorom.

Aksijski načrti EU za boj proti drogam

Evropska komisija je septembra 2008 objavila svojo končno oceno akcijskega načrta EU za boj proti drogam za obdobje 2005–2008 ⁽²⁾. V oceni je podan pregled izvajanja ukrepov in doseganje ciljev iz akcijskega načrta. Prav tako proučuje vpliv akcijskega načrta na nacionalne politike držav članic EU glede drog in nedavne trende v zvezi s stanjem na področju drog v Evropi.

V oceni je bilo ugotovljeno, da je bil napredek dosežen na skoraj vseh področjih akcijskega načrta, čeprav niso bili v celoti izvedeni vsi ukrepi in doseženi vsi cilji. Poleg tega je bilo dejstvo, da večina nacionalnih dokumentov o politiki na področju drog vključuje cilje, ki odražajo cilje iz akcijskega načrta EU, izpostavljeno kot dokaz vse večjega zbliževanja evropskih držav na področju politike boja proti drogam. Opažena je bila tudi relativna ustalitev stanja na področju drog v zadnjih letih, pri čemer ni bilo mogoče oceniti, koliko je k temu prispeval akcijski načrt.

Kljub nekaterim operativnim nepravilnostim je bilo na splošno ocenjeno, da je akcijski načrt EU za boj proti drogam pomenil dodano vrednost na treh posebnih

področjih: države članice in institucije EU je zavezal k doseganju skupnih ciljev, zagotovil je okvir za usklajevanje in razvoj skladnega pristopa na področju boja proti drogam in je model politike na mednarodni ravni.

Končna ocena akcijskega načrta EU za boj proti drogam je bila upoštevana pri oblikovanju njegovega naslednika, Aksijskega načrta EU za boj proti drogam (2009–2012), ki ga je Evropski svet sprejel decembra 2008 ⁽³⁾.

Aksijski načrt EU za boj proti drogam (2009–2012): novosti

V novem akcijskem načrtu EU za boj proti drogam je več pozornosti namenjene udeležbi civilne družbe v politiki na področju drog. Cilj akcijskega načrta je spodbuditi zavezanost evropske civilne družbe problematiki drog in ukrepanje v zvezi z njo prek vzpostavitve „evropskega ukrepanja na področju drog“. V akcijskem načrtu so bile države članice pozvane k vključitvi civilne družbe na vseh ustreznih ravneh politike na področju drog.

Osredotočenost na kakovost ukrepov s področja preprečevanja, zdravljenja, zmanjševanja škode in rehabilitacije je bila okrepljena z ukrepi, ki zahtevajo pripravo in izmenjavo smernic, dobrih praks in standardov kakovosti ter razvoj minimalnih standardov in referenčnih meril EU o kakovosti na teh področjih. V poglavju z naslovom zmanjševanje povpraševanja po drogah je več pozornosti namenjeno tudi zaporniškem okolju, in sicer se z ukrepi od držav članic zahteva, da uporabnikom drog v zaporu zagotovijo storitve, ki so enakovredne tistim zunaj zaporov, izvajajo nadaljnjo oskrbo po izpustitvi iz kazenskega zavoda in na splošno izboljšajo spremljanje problematike drog in storitev, povezanih z drogami, v tem okolju.

Cilj večine ukrepov, povezanih z zmanjševanjem ponudbe, je izboljšanje kazenskega pregona in pravosodnega sodelovanja med državami članicami, pogosto z večjim izkoriščanjem organov, projektov in orodij EU. Zmanjšanje zlorabe in preprodaje predhodnih sestavin v Evropi in prek nje je cilj sedmih različnih ukrepov s široko operativno osredotočenostjo.

Na področju mednarodnega sodelovanja je bolj poudarjen alternativni razvoj, pri čemer trije ukrepi zahtevajo večjo finančno in politično podporo za take programe. Tudi v zunanjih sporazumih in programih se poskuša bolj upoštevati uravnotežen pristop med zmanjševanjem povpraševanja in ponudbe.

Z novim ukrepom pod naslovom podatki, raziskave in vrednotenje se poziva k razvoju ključnih kazalnikov in strategij za zbiranje podatkov o kriminalu, povezanem z drogo, nezakonitem gojenju, trgih droge in ukrepih za zmanjševanje ponudbe. Vse bolj se poudarja tudi krepitev raziskav na področju drog in razvoj ocenjevanja politike o drogah na nacionalni ravni in na ravni EU.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ UL C 326, 20.12.2008, str. 7.

Ta akcijski načrt za boj proti drogam, peti od leta 1990, je drugi v okviru sedanje strategije EU za boj proti drogam (2005–2012). Njegov splošni cilj je občutno zmanjšanje razširjenosti uporabe drog med prebivalstvom ter zmanjšanje socialne in zdravstvene škode zaradi uporabe prepovedanih drog in prometa z njimi.

V novem akcijskem načrtu EU je opredeljenih pet ključnih prednostnih nalog, ki izražajo področja ukrepanja, zajeta v njem: izboljšanje usklajevanja, sodelovanja in ozaveščanja javnosti, zmanjšanje povpraševanja po drogah, zmanjšanje ponudbe drog, izboljšanje mednarodnega sodelovanja in izboljšanje razumevanja problema. Novi načrt je bolj osredotočen od predhodnega in vsebuje polovico manj ciljev (24) ter manj ukrepov (72). Vključuje tudi cilje in ukrepe, ki jih v predhodnem akcijskem načrtu ni bilo ⁽⁴⁾. Zunanji in neodvisni ocenjevalec bo leta 2012 opravil končno oceno sedanjega akcijskega načrta in strategije za boj proti drogam, sledilo bo obdobje za razmislek za pripravo naslednjih dokumentov EU o politiki na področju drog.

Civilna družba in oblikovanje politik na področju drog

Vključevanje nevladnih organizacij v pripravljalne razprave za nove dokumente EU in ZN o politiki na področju drog je pomemben korak k vključitvi civilne družbe na to področje politike. Forum civilne družbe o drogah Evropske komisije je maja 2008 razpravljal o prvih rezultatih ocene akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2005–2008) in potrebah naslednjega akcijskega načrta (Evropska komisija, 2008a) ter njegovi morebitni vsebini. Šestindvajset nevladnih organizacij tega foruma je menilo, da je treba v središče politike EU na področju drog postaviti načela javnega zdravstva in človekove pravice in dati večji poudarek nestigmatizaciji in nediskriminaciji. Poleg tega je treba nameniti več pozornosti ranljivim skupinam, hkratnemu uživanju več drog, vprašanjem duševnega zdravja, stanju v zaporih in preprečevanju z drogo povezanih smrtnih primerov. Med prednostnimi nalogami za ukrepanje, ki jih je določil forum, so okrepljeno usklajevanje med vladami in civilno družbo, razvoj standardov kakovosti pri zmanjševanju povpraševanja po drogah, izboljšani mehanizmi zbiranja podatkov in podpora alternativnemu razvoju v tretjih državah.

Prispevek nevladnih organizacij k napredku, doseženemu pri izpolnjevanju ciljev, zastavljenih na izrednem zasedanju Ungass leta 1998, je proučil dunajski Odbor nevladnih organizacij za droge (NGO Committee on

Narcotic Drugs) ob finančni podpori Evropske komisije in več držav članic EU. Proces „Po letu 2008“ (Beyond 2008) je temeljil na devetih regionalnih posvetovanjih, ki so se končala s forumom, organiziranim julija 2008 na Dunaju. V končni deklaraciji in treh resolucijah, ki jih je sprejel forum, so poudarjene številne dejavnosti nevladnih organizacij in njihova vse večja vloga pri politiki na področju drog ⁽⁵⁾. Nevladne organizacije so vlade in mednarodne organizacije pozvale, naj se z njimi redno posvetujejo in jim namenijo več podpore. Izmed številnih in različnih pozivov državam članicam in mednarodnim organizacijam je mogoče izluščiti več tem, med drugim: celostno in uravnoteženo politiko na področju drog, ki temelji na človekovih pravicah, javnem zdravstvu in znanstvenih dognanjih; okrepljene zmogljivosti spremljanja in ocenjevanja; razvoj in razširjanje najboljših praks ter zlasti vodilnih načel ZN za učinkovito zdravljenje; dostopnost in ustrezno zagotavljanje drog kot zdravil za lajšanje bolečin; alternativne kazni in določbe za kazniva dejanja, povezana z drogo, ter spoštovanje človekovih pravic zapornikov, ki so odvisni od drog ali so v zaporu zaradi kaznivih dejanj, povezanih z drogo.

Nacionalne strategije za boj proti drogam in akcijski načrti

Novi dosežki

Strategije za boj proti drogam in akcijski načrti so novi bistveni instrumenti nacionalnih politik na področju drog v Evropi. Le ena od 30 držav, ki jih spremlja Center, ni sprejela teh dokumentov, ki se redno posodablajo.

Leta 2008 so nove dokumente o politiki na področju drog ⁽⁶⁾ sprejele Grčija, Francija in Združeno kraljestvo. Grčija je sprejela akcijski načrt (2008–2012) za dopolnitev svoje obstoječe strategije za boj proti drogam. Med cilji novega načrta je izboljšana ponudba zdravljenja odvisnosti od drog. Novi francoski akcijski načrt (2008–2011) zajema prepovedane droge, alkohol in tobak. Ključna prednostna naloga načrta je mlade odvračati od začetka uživanja drog s ponovno potrditvijo prepovedi uživanja drog ter obveščanjem mladih in njihovih staršev o tveganjih, povezanih z uživanjem drog. Cilj nove strategije za boj proti drogam (2008–2018) in njenega akcijskega načrta (2008–2011), ki ju je sprejelo Združeno kraljestvo, je omejiti ponudbo prepovedanih drog in zmanjšati povpraševanje po njih, pri čemer je treba posebno pozornost nameniti zaščiti družin in krepitvi skupnosti.

⁽⁴⁾ Glej „Akcijski načrt EU za boj proti drogam (2009–2012): novosti“, str. 19.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

⁽⁶⁾ Izraz „nacionalni dokument o politiki na področju drog“ pomeni kateri koli uradni dokument, ki ga odobri vlada ter opredeljuje splošna načela in posebne ukrepe ali cilje na področju drog, uradno pa je predstavljen kot strategija boja proti drogam, akcijski načrt, program ali drug dokument o politiki.

Leta 2008 se je iztekla veljavnost nacionalnih dokumentov o politiki na področju drog desetih drugih držav članic EU. Španija je sprejela novo strategijo za boj proti drogam februarja 2009, osem drugih držav (Bolgarija, Irska, Italija, Litva, Ciper, Portugalska, Romunija, Slovaška) pa se je v prvi polovici leta 2009 še ukvarjalo z dokončno obliko novih strategij za boj proti drogam in akcijskih načrtov in njihovim sprejemanjem; Latvija je podaljšala svoj program za obdobje 2005–2008 z enoletnim akcijskim načrtom. Tudi Nizozemska namerava leta 2009 nadomestiti svojo belo knjigo o politiki boja proti drogam iz leta 1995, leta 2009 pa se bo v več državah iztekla veljavnost vsaj enega dokumenta o politikah (na Češkem, v Luksemburgu, na Madžarskem, v Sloveniji, na Hrvaškem in v Turčiji).

Vrednotenje

Približno dve tretjini evropskih držav poroča, da pripravljajo stalni ali letni pregled izvajanja ukrepov iz svojih nacionalnih dokumentov o politiki na področju drog. Večinoma vladi ali parlamentu predložijo poročilo o napredku, ki temelji na podatkih, zbranih pri ponudnikih storitev in ministrstvih, vključenih v politiko na področju drog. Večina držav je zato že začela izvajati ukrep št. 70 akcijskega načrta EU za boj proti drogam (2009–2012), ki države članice EU poziva, naj redno vrednotijo in izboljšujejo nacionalne politike na področju drog.

Podobno oceno je mogoče pripraviti pri končnem vrednotenju nacionalnih strategij za boj proti drogam in akcijskih načrtov, pri čemer več kot dvajset držav poroča, da pripravljajo ali so nedavno opravile tako vrednotenje. Pri nekaterih je končno poročilo povzetek letnih pregledov uresničevanja akcijskih načrtov, druge pa skušajo bolj poglobljeno razumeti proces uresničevanja zastavljenih načrtov, učinkovitosti politike ali njenega vpliva. Izmed držav, ki k ocenjevanju pristopajo bolj poglobljeno, sta se dve (Luksemburg, Ciper) odločili, da bosta sodelovali z zunanjimi ocenjevalci iz tujine.

Pri vrednotenju politik na področju drog se pojavljajo precejšnje težave pri poskusih, da bi povezali vplive strategij ali akcijskih načrtov za boj proti drogam s spremembami stanja na področju drog. Mednje spadajo težave pri ocenjevanju učinkov velikih sklopov ukrepov in omejeno razumevanje vpliva ključnih elementov okoliščin, kot so trgi z drogami ali trendi uživanja drog in življenjski slog mladih. Kljub temu so nekatere evropske države poskusile vzpostaviti povezave med strategijami za boj proti drogam ali akcijskimi načrti in kazalniki stanja na področju drog. Tak pristop bi moral biti v prihodnje

pogostejši, saj nov akcijski načrt EU za boj proti drogam (2009–2012) poziva k pripravi instrumentov za merjenje učinkovitosti in vpliva politik na področju drog. Center razvija tudi smernice, ki bodo državam članicam pomagale pri ocenjevanju in razlagi rezultatov njihove politike na področju drog.

Javni izdatki

Oblikovalci politik potrebujejo podrobne in zanesljive informacije o javnih izdatkih za boj proti drogam za oceno dejanskega dodeljevanja virov na tem področju in končno tudi razmerja med stroški in koristmi politike na področju drog. Gospodarska ocena virov, ki jih država uporabi za odziv na uporabo prepovedanih drog, je zato bistven korak k razumevanju širšega vpliva uporabe drog.

Ocene javnih izdatkov temeljijo na vladnih proračunih in računovodskih dokumentih. Vendar je težko oceniti skupne izdatke za izvajanje nacionalne politike na področju drog, saj to vključuje združevanje zneskov za dejavnosti, ki so se izvajale na različnih vladnih ravneh (npr. lokalni, regionalni, nacionalni) in se lahko financirajo iz različnih proračunskih postavk, ki pogosto niso izrecno opredeljene kot povezane z drogami.

Ocenjuje se, da so leta 2005 skupni javni izdatki za boj proti drogam v Evropi znašali 34 milijard EUR (EMCDDA, 2008a). Zaradi velikega obsega nezadostnega poročanja te ocene ni mogoče posodobiti. Težave pri zbiranju informacij na tem področju ponazarja dejstvo, da je med 23 državami, ki so sporočile podatke za leto 2007, samo Češka predložila razčlenitev izdatkov za vse vladne ravni. Večina držav je lahko zagotovila samo podatke o odhodkih državnega proračuna, sedem pa jih je poročalo tudi o izdatkih regionalne ali lokalne vlade (Belgija, Danska, Estonija, Avstrija, Finska, Hrvaška) ali izdatkih iz skladov socialnega zavarovanja (Nemčija).

Izdatki, izrecno namenjeni boju proti drogam, in drugi izdatki

Izrecno namenjeni izdatki so načrtovani javni izdatki za boj proti drogam iz državnega proračuna neke države. Odražajo prostovoljno zavezanost države na področju drog in jih je mogoče ugotoviti z izčrpnim pregledom javnih proračunov. Od 23 držav, ki so predložile podatke za leto 2007, jih je 16 sporočilo samo izrecno namenjene izdatke. V veliko državah (npr. Estoniji, Franciji, Poljski, Romuniji) je večji del ugotovljenih izrecno namenjenih izdatkov nastal v zvezi z izvajanjem nacionalnih dokumentov o politiki na področju drog.

V nacionalnih proračunih niso vsi izdatki za boj proti drogam opredeljeni kot taki. V večini držav je znesek, porabljen za dejavnosti za boj proti drogam, vključen v druge programe in ukrepe (npr. splošni proračun za policijske operacije ali ukrepe v zvezi z dovoljenimi in nedovoljenimi snovmi). V teh primerih je treba take „neopredeljene izdatke“ oceniti s pristopom stroškovnega modeliranja. Rezultati predhodnih študij kažejo, da neopredeljeni izdatki največkrat predstavljajo večji del državnih izdatkov za problematiko drog.

Javne izdatke, povezane z drogami, je mogoče razvrstiti glede na klasifikacijo funkcij vladnega (COFOG) sistema (EMCDDA, 2008e). Tri države so predložile izrecno namenjene izdatke, razvrščene na prvo stopnjo sistema COFOG (Luksemburg, Finska, Združeno kraljestvo samo za Anglijo), pri čemer je samo Združeno kraljestvo vključilo podatke o zneskih za „splošne javne storitve“, „izobraževanje“ in „socialno zaščito“ (7). V teh treh državah je bil za postavko „zdravstvo“ namenjen največji delež vseh izplačil, sledi ji „javni red in varnost“ (preglednica 1). V nasprotju s tem je bil v državah, ki so predložile podatke o neopredeljenih izdatkih, razvrščenih po klasifikaciji COFOG, največji del izplačil dodeljen postavki „javni red in varnost“, sledi ji „zdravstvo“. To je skladno z ugotovitvami iz prejšnjih poročil (glej EMCDDA, 2008e), ki kažejo, da je za dejavnosti iz postavke „javni red in varnost“ namenjen levji delež javnih izdatkov za boj proti drogam, čeprav je večji del izrecno namenjenih izdatkov dodeljen ukrepu pod postavko „zdravstvo“.

Trendi

V večini držav, za katere so na voljo usklajene informacije, so se izdatki, izrecno namenjeni za boj proti

drogam v letu 2007 v primerjavi z letom 2005 povečali, pri čemer se cene niso spreminjale. Povečanja so znašala med 14 in 23 % (Češka, Irska, Litva, Luksemburg, Hrvaška) do 72 % (Ciper, Finska). V Združenem kraljestvu so izrecno namenjeni izdatki v tem obdobju ostali na enaki ravni.

Nacionalna zakonodaja

V uravnoteženem pristopu Evropske unije k politiki na področju drog sta enako pomembna zmanjševanje povpraševanja po drogah in njene ponudbe. Proučitev nacionalne zakonodaje, sprejete v zadnjih desetih letih, kaže, da države članice EU dejavno pripravljajo zakonodajo v skladu s to politično zavezo. Države vzpostavljajo regulativne okvire za nekatere dejavnosti zmanjševanja škode in povečujejo kazni za trgovanje z drogami. Na polovici tega obdobja sta dva instrumenta EU dodatno spodbudila te procese. Evropski svet je leta 2003 objavil priporočilo o preprečevanju in zmanjševanju škode, povezane z drogami, ki je pozvalo k uvedbi ukrepov, vključno z zagotavljanjem ustreznega nadomestnega zdravljenja in dostopom do razdeljevanja in zamenjave pripomočkov za vbizgavanje (8). Okvirni sklep Sveta 2004/757/PNZ z dne 25. oktobra 2004 je pozval k strožjim kaznim za nedovoljen promet s prepovedanimi drogami. V tem poglavju bodo opisani trendi v zadnjih desetih letih pri ureditvi ukrepov za zmanjševanje škode in kaznih za preprodajalce drog. Prikazano bo, da so bile dejavnosti na teh področjih na nacionalni ravni izražene v sporazumih na ravni EU, čeprav so nekatere države uveljavile svoje pravice, da določijo standarde, ki so strožji od minimalnih standardov iz teh sporazumov.

Preglednica 1: Namenski in nenamenski javni izdatki za boj proti drogam v letu 2007 za tiste države članice EU, ki poročajo na podlagi sistema COFOG (klasifikacija funkcij vlade)

Kategorija COFOG	Luksemburg v milijonih EUR (%)		Finska (1) v milijonih EUR (%)		Združeno kraljestvo v milijonih EUR (%)
	Namenski	Nenamenski (2)	Namenski	Nenamenski	Namenski
Splošne javne storitve	—	—	—	—	50,4 (3,6)
Javni red in varnost	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	—	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Zdravstvo	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Izobraževanje	—	—	—	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Socialna zaščita	—	—	—	—	10,5 (0,8)

(1) Podatki iz leta 2006.

(2) Vse podrobnosti o postopkih modeliranja, uporabljenih za izpeljavo nenamenskih izdatkov, je predložil Luksemburg.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2008).

(7) Razvrstitev COFOG ima tri hierarhične ravni. Na prvi ravni so vladni izdatki razčlenjeni na deset funkcij.

(8) Priporočilo Sveta z dne 18. junija 2003 (UL L 165, 3.7.2003, str. 31).

Nadomestno zdravljenje z opiodi

Od leta 1998 je 18 držav poročalo o približno 45 pravnih besedilih v zvezi z vzpostavitvijo ali spremembo pravnih okvirov za programe nadomestnega zdravljenja. Številna od teh besedil obravnavajo vzpostavitev ali podrobnejšo ureditev programov: na Irskem (1998), Poljskem (1999), v Nemčiji (2000), na Češkem in Portugalskem (2001), v Grčiji in Luksemburgu (2002), v Belgiji in Franciji (2004), Latviji (2005) ter Avstriji in Litvi (2007).

Čeprav so evropske države v sprejetih zakonih in drugih predpisih zajele številne najrazličnejše vidike nadomestnega zdravljenja z opiodi, je bil v zvezi z njimi do leta 2004 opazen trend opredeljevanja dovoljenih snovi. V tem obdobju je približno četrtnina besedil dovoljevala ali urejala uporabo snovi, kot sta metadon in buprenorfin. V nasprotju s tem je bil v tretjini besedil, o katerih se je poročalo od leta 2002, opredeljen ali olajšan dostop do programov. Zdravnikom v centrih za zdravljenje je včasih predpisovanje snovi za nadomestno zdravljenje z opiodi zakonsko omejeno, čeprav je drugim zdravnikom predpisovanje pogosto dovoljeno⁽⁹⁾. Zakonodaja po navadi določa tudi pooblaščen ambulate, v glavnem lekarne ali centre za zdravljenje, nekatere države pa dovoljujejo razdeljevanje nadomestnih zdravil tudi zdravnikom.

Programi razdeljevanja injekcijskih igel in brizg

Programi razdeljevanja injekcijskih igel in brizg se lahko izvajajo na lokalni, regionalni ali nacionalni ravni, včasih na podlagi posebnega nacionalnega pravnega okvira, ki jih dovoljuje, vendar običajno brez takega okvira. Cilj zakonov, znanih v Evropi na začetku zadnjega desetletja, je bil v glavnem zagotoviti pravno podlago za take ukrepe (Slovenija leta 1999, Poljska leta 2001, Finska leta 2003) oziroma določiti ali olajšati pravice dostopa do programov razdeljevanja injekcijskih igel in brizg (Belgija in Francija leta 1998, Finska leta 2003). Zakonodaja se je nato kmalu preusmerila na urejanje teh programov, pri čemer so Belgija, Portugalska in Luksemburg sprejeli posebne in podrobne zakone ali odredbe leta 2000, 2001 oziroma 2003, v katerih je bilo določeno, kdo lahko izvaja take programe in ali so dovoljeni avtomati za razdeljevanje. Na Portugalskem je bil pravni okvir leta 2007 razširjen tako, da je vključil programe razdeljevanja injekcijskih igel in brizg v zaporih.

Nekatere države so sprejele zakone za odpravo pomislekov, da bi lahko bili programi razdeljevanja injekcijskih igel in brizg v nasprotju s pravnimi določbami, ki govorijo o kaznivem dejanju „lajšanja“ uporabe drog ali

„napeljevanja“ k njej. V Belgiji in Nemčiji je bilo to vprašanje rešeno z vključitvijo klavzule v zakonodajo, ki izrecno navaja, da za nekatere programe tovrstna opredelitev ne velja, čeprav morda omejuje število razdeljenih brizg. V nekaterih državah policija dobi navodila o ustreznem izvajanju dejavnosti kazenskega pregona v bližini avtomatov za injekcijske igle in brizge. Policijske zaplembe sterilnih brizg in injekcijskih igel so po v vsej Evropski uniji na splošno zelo redke.

Kazni za trgovanje z drogami

V zadnjih desetih letih so države članice EU posamično in kolektivno navajale, da je treba kazniva dejanja trgovanja z drogami strožje kaznovati, tudi če zakonodaje skoraj 30 držav ta kazniva dejanja različno opredeljujejo. Kazniva dejanja „trgovanja“ lahko vključujejo proizvodnjo ali gojenje, uvoz in izvoz, prevoz, ponujanje, prodajo in/ali posedovanje z namenom razpečevanja ali ponujanja, oziroma koncept „pridobitnega“ ali „komercialnega“ delovanja.

Med 1999 in 2004 je šest držav sprejelo zakone, s katerimi so povečale kazni za nekatera kazniva dejanja preprodaje drog. Irska je leta 1999 opredelila novo kaznivo dejanje posedovanja velike količine drog (vredne več kot 12 700 EUR) z namenom dobave, za katero je predvidena obvezna minimalna desetletna zaporna kazen. Združeno kraljestvo je leta 2000 uvedlo minimalno sedemletno zaporno kazen za tretjo zaporedno obsodbo zaradi trgovanja z drogami razreda A, Grčija pa je leta 2001 poostrila zakonodajo o kaznovanju preprodajalcev z omejitvijo njihove pravice do pogojnega izpusta. S spremembami estonskega kazenskega zakonika leta 2002 in 2004 so se najvišje kazni za preprodajalce majhnih količin povečale s treh na pet let, za preprodajalce velikih količin pa s petih na deset let.

Evropska pravna zbirka podatkov o drogah

Evropska pravna zbirka podatkov o drogah (ELDD) je spletna podatkovna zbirka Centra, ki vsebuje informacije o evropski zakonodaji, povezani z drogo, za države članice in Norveško. Zbirka ELDD vsebuje pravna besedila v njihovih izvornih oblikah, kratke predstavitev zakonov o drogah v posameznih državah in podrobna poročila o posebnih temah. V razdelku Pregledi tem so tudi povzetki pravnih mnenj o izbranih temah, kamor sodijo tudi trgovanje s prepovedanimi drogami, nadomestno zdravljenje ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Pregledi tem ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>).

⁽⁹⁾ Glej prikaz 11, str. 77.

Na Danskem so se kazni za preprodajanje zvišale s šestih na deset let, za preprodajo velikih količin ali posebno nevarnih snovi pa z desetih na šestnajst let. Leta 2004 je tudi Litva zvišala kazni za osnovna kazniva dejanja preprodaje z največ dveh let na od dve do osem let, za veliko količino pa z dveh do osmih let na osem do deset let.

Oktober 2004 so bile z Okvirnim sklepom Sveta 2004/757/PNZ določene minimalne določbe glede kaznivih dejanj in kazni za trgovanje. Od takrat so za uskladitev z navedenim sklepom še štiri države sprejele zakone o osnovnih kaznih za trgovanje. Nizozemska je leta 2006 zvišala najvišjo kazen za preprodajo velikih količin drog s štirih na šest let, Poljska pa je zvišala kazni za posedovanje velikih količin in ponudbo mladostnim osebam z največ petih let na največ osem let, pri čemer je določila tudi najkrajše obdobje šestih mesecev. Na Slovaškem je bila osnovna kazen za preprodajo zvišana z dveh do osmih let na štiri do deset let, pri čemer se je najvišja kazen za večje količine zvišala z desetih na petnajst ali celo dvajset let. V Avstriji se je leta 2007 najvišja kazen za ponujanje drog drugim osebam ali gojenje nekaterih narkotičnih rastlin povečala s šestih mesecev na dvanajst mesecev zaporne kazni. Kazni za resnejše kršitve so ostale nespremenjene, čeprav je bila opredelitev velike količine zmanjšana s 25-kratne na 15-kratno mejno količino.

Raziskave v zvezi z drogami

O raziskavah problematike drog, ki se izvajajo v vseh evropskih državah, je poročala publikacija Izbrano vprašanje, ki jo je Center objavil leta 2008 ⁽¹⁰⁾. Za pridobitev vpogleda v raziskave, ki so jih nedavno izvedli v evropskih državah, se letos analizirajo napotila na nacionalne raziskave iz najnovejših poročil Reitox. V tem poglavju je podana tudi študija o raziskavah v zvezi z drogami v EU, ki jo je letos objavila Evropska komisija.

Raziskovalni projekti v državah članicah

Evropske države so poročale o več kot 350 raziskovalnih projektih, ki so bili opravljeni ali objavljeni v najnovejših nacionalnih poročilih Reitox leta 2007 in 2008. Združeno kraljestvo je poročalo o največ raziskovalnih

projektih, več kot 80, sledijo mu Nemčija in Nizozemska, vsaka je poročala o več kot 30 raziskovalnih projektih, ter Češka, Irska in Finska, ki so poročale o več kot 20 raziskovalnih projektih.

Raziskave o odzivih na stanje na področju drog predstavljajo več kot tretjino nedavnih študij, druga tretjina študij je bila osredotočena na razširjenost, pojavnost in vzorce uživanja drog, petina pa na posledice uporabe drog. Med tematskimi področji, za katera se je zdelo, da so pritegnila precej manj pozornosti, so bila: dejavniki zdravja, dejavniki tveganja in varovalni dejavniki, mehanizmi in vplivi drog, ponudba in trgi ter metodološka vprašanja.

Rezultati te analize, čeprav imajo omejen obseg, podpirajo pozive iz novega akcijskega načrta EU za povečanje raziskovalnih prizadevanj na tistih prednostnih področjih, ki so nezadostno zastopana, to velja zlasti za ponudbo drog.

Analiza raziskav na področju drog v Evropski uniji

Ponudba drog je eno izmed področij, za katere je bilo v študiji z naslovom „Primerjalna analiza raziskav prepovedanih drog v Evropski uniji“, opravljeni za Evropsko komisijo, ugotovljeno, da je nezadostno zastopano v sedanjih raziskavah. V poročilu je bilo ugotovljeno, da so nesorazmerno nezadostno raziskani preprečevanje, pravni okviri in prepoved uživanja, medtem ko so bile raziskave epidemioloških tem bolj pogoste ⁽¹¹⁾. V študiji je bilo ugotovljeno, da si je treba, kljub temu, da države članice razpolagajo z obsežnim strokovnim znanjem, prizadevati za boljšo primerljivost podatkov med državami in boljšo odmevnost raziskav.

Ugotovljeno je bilo, da se sodelovanje v evropskih raziskovalnih dejavnostih zelo razlikuje po državah, pri čemer večina mednarodnega sodelovanja poteka neformalno. V študiji je bilo poudarjeno, da lahko evropske in mednarodne mreže raziskovalcev olajšajo raziskave v zvezi z drogami. Raziskovalne zmogljivosti, splošna kakovost in možnosti financiranja, ki so na voljo, se v EU zelo razlikujejo, predvsem pa je treba okrepiti zmogljivosti in najti finančna sredstva za več področij politik, povezanih z akcijskim načrtom EU na področju drog.

⁽¹⁰⁾ Več informacij o raziskavah EU in nacionalnih raziskavah v zvezi z drogami je na voljo na naslovu <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

⁽¹¹⁾ Glej http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Poglavje 2

Odzivi na problematiko drog v Evropi – pregled

Uvod

V tem poglavju je predstavljen pregled odzivov na problematiko drog v Evropi, kjer je mogoče, so izpostavljeni trendi, razvoj dogodkov in vprašanja kakovosti. Najprej so pregledani ukrepi preprečevanja, sledijo jim ukrepi na področjih zdravljenja, zmanjševanja škode in socialne reintegracije. Ti ukrepi skupaj tvorijo celosten sistem za zmanjšanje povpraševanja po drogah. Med seboj se lahko dopolnjujejo in jih lahko izvaja ista ustanova v kombinirani obliki. Vse bolj to drži za ukrepe zdravljenja in zmanjševanja škode.

Odzivi, pripravljeni v okviru kazenskega pregona na področju drog, so obravnavani tudi v novem poglavju, ki vključuje najnovejše podatke o kršitvah zakonov o drogah. Poglavje se zaključi s pregledom podatkov, ki so na voljo o potrebah uporabnikov drog v zaporih in o obstoječih odzivih v tem okolju.

Preprečevanje

Preprečevanje na področju uživanja drog je mogoče razdeliti na različne ravni ali strategije, ki segajo od usmerjenosti na družbo kot celoto (okoljsko preprečevanje) do osredotočenosti na ogrožene posameznike (indicirano preprečevanje). Običajno si različne strategije ne nasprotujejo, temveč se dopolnjujejo. Naslednji pregled se osredotoča na nova dejstva in nedavno sporočene rezultate iz nadzorovanih študij na področju preprečevanja.

Vsesplošno preprečevanje

Vsesplošno preprečevanje zajema vse sloje prebivalstva. Njegov cilj je odvrčati ali odložiti začetek uporabe drog in z njimi povezane težave tako, da mladim ponuja informacije in znanje, ki bi prispevali k temu, da z uporabo drog ne bi niti začeli. Večina držav članic prvič sistematično spremlja ukrepe preprečevanja, ki se izvajajo v Evropi. Najnovejša poročila potrjujejo, da se pri vsesplošnem preprečevanju v šolah in skupnostih v vseh teh državah uporabljajo predvsem ukrepi za zagotavljanje informacij o drogah, kot so enkratna predavanja. Razpoložljiva dognanja pa ne potrjujejo učinkovitosti tovrstnega ukrepa. O ukrepih

z boljšimi znanstvenimi temelji, kot so na primer programi preprečevanja, ki sledijo standardiziranim protokolom, zdaj poročajo dodatne države (Češka, Ciper, Avstrija, Poljska, Slovenija, Slovaška).

V Evropi študija EU-Dap (www.eudap.net) obravnava omejeno število dokazano učinkovitih programov preprečevanja. V študiji, ki vključuje 7 000 dijakov, starih od 12 do 14 let, iz sedmih evropskih držav, se ocenjuje program, ki temelji na pristopu celovitega socialnega vpliva in združuje učenje življenjskih veščin z normativnim izobraževanjem in pridobivanjem znanja o snoveh. Po dveh letih je bilo ugotovljeno, da je program učinkovit glede zmanjševanja pogostosti opitosti in uživanja konoplje.

Na rezultate študije EU-Dap vpliva dejavnik spola, saj je bila splošna učinkovitost tega programa dokazana le pri fantih. Ni jasno, ali zato, ker je tveganje pri dekletih manjše, ali ker se dekleta niso odzvala na program. Učinki, odvisni od spola, so bili ugotovljeni tudi v neki danski nadzorovani študiji o programu učenja življenjskih veščin. Pri dekletih je bil rezultat programa najbolj razviden glede ustrahovanja in uživanja alkohola v zadnjem tednu in zadnjem mesecu, pri fantih pa je bil glede pitja več kot petih pijač ob eni priložnosti in poskusa konoplje.

V nadzorovani študiji v Pragi so primerjali program, ki se je izvajal v skupnosti, in je vključeval izobraževalno komponento, pomembnost vpliva vrstnikov, učenje življenjskih veščin in programe za starše, s standardnim „minimalnim programom preprečevanja“ v šolah (Miovský et al., 2007). Program, ki se izvaja v skupnosti, je bil učinkovitejši pri zmanjševanju uživanja alkohola in vplivu na stališča do uživanja snovi med šolsko mladino, staro od 13 do 15 let, zlasti pri nekaterih ranljivih skupinah otrok, med katerimi so na primer otroci iz enostarševskih družin. Zato je bilo predlagano, da bi program uporabili pri selektivnem preprečevanju.

Selektivno in indicirano preprečevanje

Pri selektivnem in indiciranem preprečevanju se priznava, da je problematična uporaba drog značilna zlasti za ranljive skupine ali posameznike z omejenimi socialnimi

Kampanje v sredstvih javnega obveščanja o posameznih snoveh

V Evropi nekatere države pripravile kampanje v sredstvih javnega obveščanja o snoveh, ki zajemajo uživanje konoplje (Danska, Irsko, Nizozemska, Združeno kraljestvo) in na novo tudi uživanje kokaina (Irsko, Španija, Združeno kraljestvo).

Skoraj vse vsebujejo opozorila o nevarnosti uporabe drog in nekatere uporabljajo celo pristop šoka. Le v dveh kampanjah je uporabljen drugačen pristop. V kampanji Združenega kraljestva in Kolumbije „Skupna odgovornost“ je obravnavana odgovornost užívalcev za okoljsko in socialno škodo, povezano s proizvodnjo kokaina. Nizozemska kampanja o konoplji iz leta 2006 je namesto opozoril in opisov uporabe na običajna prepričanja poskusila vplivati z zgodbami mladih iz resničnega življenja kot pozitivnih vzornikov. Ob vrednotenju te kampanje je bilo ugotovljeno, da so se okrepili negativni družbeni pogledi na kajenje konoplje in da ni bilo nobenih negativnih vplivov na namero uživanja in običajna prepričanja (Wammes et al., 2007).

Kampanje v sredstvih javnega obveščanja, v katerih se poudarja nevarnost uporabe drog, so le redko ocenjene glede sprememb vedenja, odnosov ali namere za uporabo droge. Poleg tega je bila izražena zaskrbljenost o njihovi slabi učinkovitosti in morebitni škodi, ki jo povzročajo. V temeljitim vrednotenju rezultata nacionalne kampanje o konoplji iz Združenih držav Amerike niso bili odkriti nobeni splošni učinki. Dokazano pa je bilo, da je imela kampanja nepredvidene učinke v korist konoplje, saj so posamezniki, ki pred tem niso bili zainteresirani za to drogo, izrazili namero, da jo bodo poskusili (Hornik et al., 2008). O podobnih težavah so poročali pri vrednotenju škotske kampanje o kokainu „Know the score“ (EMCDDA, 2007a).

Odločanje mladih je zapleten proces, na katerega močno vplivajo interakcije s skupinami sovrstnikov in dojemanje socialnih norm. Zdi se, da komuniciranje prek sredstev javnega obveščanja za zdaj še ni učinkovito v tem zapletenem procesu.

in osebnimi možnostmi (EMCDDA, 2008c). Selektivno preprečevanje se izvaja v posebnih skupinah, družinah ali celotnih skupnostih, pri katerih je zaradi šibkejših družbenih vezi in nezadostnih virov morda bolj verjetno, da bodo začeli uporabljati droge ali celo razvili odvisnost. Dognanja, na katerih temelji ta pristop, so predstavljena v novem zavihku portala najboljših praks Centra ⁽¹²⁾. Namen indiciranega preprečevanja je opredelitev posameznikov z vedenjskimi ali psihološkimi težavami, ki lahko nakazujejo pojav problematične uporabe snovi pozneje v življenju, in njihova individualna obravnava s posebnimi ukrepi.

Belgija in Luksemburg sporočata nove informacije v zvezi s selektivnim preprečevanjem, ki je namenjeno etničnim skupinam. Glede na poročila obstajajo sistematični protokoli o ukrepanju za mlade prestopnike, ki jih obravnava kazensko-sodni sistem, samo v Avstriji, Nemčiji, Kataloniji (Španiji) in Luksemburgu, druge države pa so poročale o splošnih ali točno določenih ukrepih. Od leta 2008 se ob podpori EU v desetih državah članicah izvaja protokol FRED ⁽¹³⁾, sistematični protokol o ukrepanju za mlade prestopnike. Nova ocena protokola FRED v 140 nemških ustanovah je pokazala do neke mere manjšo stopnjo ponovnih kršitev zakonov in uporabe drog med udeleženci.

Samo Nemčija, Nizozemska, Slovaška in Švedska poročajo o novih projektih indiciranega preprečevanja, tovrstni projekti pa so kljub informacijam o njihovi učinkovitosti v Evropi še naprej zelo redki (EMCDDA, 2009b). Med primeri projektov indiciranega preprečevanja v Evropi so usposabljanje staršev za obvladovanje otrok – oregonski model, ki se izvaja na Nizozemskem in Norveškem za starše otrok z vedenjskimi motnjami, starih od 4 do 12 let. Podobno je metoda „Komet för föräldrar“, ki se uporablja v skoraj 30 % občin na Švedskem, namenjena staršem otrok, ki poleg težav pri vzpostavljanju pozitivnih odnosov s sovrstniki, kažejo tudi zunanje vedenjske težave. Neka nadzorovana študija z naključnim vzorcem, v kateri je sodelovalo 159 družin, je pokazala bistveno izboljšanje starševskih kompetenc med sodelujočimi starši in manj vedenjskih težav pri njihovih otrocih.

Zdravljenje

Po poročilih se je leta 2007 zaradi odvisnosti začelo zdraviti približno 400 000 uporabnikov drog ⁽¹⁴⁾. Med njimi jih je manj kot polovica z zdravljenjem začela prvič. Na splošno je bilo največ povpraševanja po zdravljenju (86 %) v izvenbolnišničnih centrih za zdravljenje. Ta delež se je v zadnjih letih močno povečal iz različnih razlogov, med katerimi so tudi večja razpoložljivost in raznolikost specializiranega izvenbolnišničnega zdravljenja.

V Evropi so glavni načini zdravljenja težav z drogo psihosocialni ukrepi, nadomestno zdravljenje z opioidi in razstrupljanje. Psihosocialni ukrepi uporabnikom drog pomagajo pri obvladovanju in premagovanju težav z drogami ter zajemajo svetovanje, izboljšanje motivacije, kognitivno-vedenjsko terapijo, vodenje primera, skupinsko in družinsko terapijo ter preprečevanje ponovnega

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ Kazalnik povpraševanja po zdravljenju temelji na podatkih iz 23 držav za izvenbolnišnične centre, ki zajemajo več kot 70 % enot v večini držav in iz 20 držav za bolnišnične centre, ki zajemajo več kot 50 % enot v večini držav.

uživanja. Psihosocialni ukrepi so temelj izvenbolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja v skupnosti, poleg tega pa običajno dopolnjujejo nadomestno zdravljenje z opiodi. Razstrupljanje od drog je kratkotrajen zdravniško nadzorovan ukrep, katere namen je odpraviti simptome odtegnitve, povezane s kroničnim uživanjem drog. Običajno se izvaja v bolnišničnih okoljih. Na relativnost razširjenosti različnih načinov zdravljenja v različnih državah vpliva več dejavnikov, med katerimi je tudi organizacija nacionalnega sistema zdravstvenega varstva.

Izvenbolnišnično zdravljenje

Zdravljenje odvisnosti od drog se je tradicionalno izvajalo v bolnišničnem okolju, odvisniki na zdravljenju pa so bili večinoma uživalci heroina. Ta položaj se je spremenil v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja zaradi hitre širitve izvenbolnišničnega zdravljenja, nedavno pa tudi zaradi vse številnejših uživalcev konoplje in kokaina, ki se želijo zdraviti. Poleg tega naraščajo tudi težave zaradi dovoljenih drog ali drog na recept.

Leta 2007 so bili opiodi, v glavnem heroin, še naprej glavna droga, o kateri so poročali odvisniki, ki so se začeli zdraviti v izvenbolnišničnem okolju, saj jih je 54 % kot primarno drogo navedlo heroin, sledita konoplja (21 %) in kokain (18 %). Več držav poroča o povečanju deleža oseb, ki se začnejo zdraviti zaradi težav z drogami, ki niso opiodi, zlasti med tistimi, ki so se šele začeli zdraviti (glej poglavji 3 in 5).

Uporabniki drog, ki se začnejo zdraviti v izvenbolnišničnih okoljih, so v glavnem mladi moški, njihova povprečna starost je 31 let, in jih je štirikrat več kot žensk (3,7 : 1). Starostni in spolni profil odvisnikov se razlikuje in je odvisen od primarne droge. Uživalci konoplje so na splošno precej mlajši (25) od uživalcev opiodov (32) in kokaina (33). Ne glede na primarno drogo so uživalci, ki se začnejo zdraviti prvič, v povprečju približno dve leti mlajši od vseh uživalcev, ki se zdravijo. Razmerja med moškimi in ženskami, ki so višja od povprečnih, so zabeležena pri uživalcih kokaina (5,1 : 1) in konoplje (5,5 : 1) ⁽¹⁵⁾.

Najbolj pogosta vrsta napotitve za odvisnike, ki se začnejo zdraviti izvenbolnišnično, je samostojna odločitev za zdravljenje, pri čemer tako odločitev sprejme tretjina vseh, ki se zdravijo zaradi drog. Približno četrtno jih na zdravljenje napoti kazensko-sodni sistem, druge uporabnike drog pa na zdravljenje napotijo socialne in zdravstvene službe ali neformalne mreže, skupaj z družinskimi člani in prijatelji. Napotitve na zdravljenje,

ki jih izdajo bolnišnice in druge zdravstvene službe, so redke, razen na Finskem, kjer je tako napotenih 25 % uporabnikov drog. Tudi Madžarska je izjema, saj kazensko-sodni sistem izda napotitev na zdravljenje več kot 70 % uporabnikom drog ⁽¹⁶⁾. Opozoriti je treba, da se po določbah madžarskega kazenskega zakonika „odvisnika od drog, ki dokaže, da se je zaradi svoje odvisnosti zdravil, ne kaznuje, če poseduje majhno količino droge“.

Izvenbolnišnično psihosocialno zdravljenje večinoma zagotavljajo javne ustanove (v 16 državah) ali nevladne organizacije (v desetih državah). Glede na navedbe nacionalnih strokovnjakov je tovrstno zdravljenje v desetih državah članicah na voljo večini tistih, ki povprašujejo po njem, v še trinajstih državah pa je na voljo skoraj vsem takšnim uporabnikom drog. V štirih državah (Bolgarija, Estonija, Romunija, Turčija) pa je izvenbolnišnično psihosocialno zdravljenje po ocenah na voljo manj kot polovici tistih, ki ga dejavno iščejo (glej prikaz 1A). Te ocene lahko skrivajo precejšnje razlike znotraj posameznih držav in razlike glede specializiranih programov zdravljenja, ki so na razpolago za uživalce konoplje ali kokaina.

Nadomestno zdravljenje z opiodi

Nadomestno zdravljenje v kombinaciji s psihosocialno oskrbo je postalo prevladujoča možnost zdravljenja za uživalce opiodov v Evropi. Na splošno se izvaja kot izvenbolnišnično zdravljenje, čeprav je v nekaterih državah na voljo tudi v bolnišničnem okolju. V Avstriji se na primer 65 % uživalcem, ki se dolgotrajno bolnišnično zdravijo, predpisuje morfij s počasnim sproščanjem. Nadomestno zdravljenje se vse pogostejše zagotavlja tudi v zaporih ⁽¹⁷⁾.

Z uvedbo zdravljenja z velikim odmerkom buprenorfina na Cipru leta 2007 je nadomestno zdravljenje z opiodi zdaj na voljo v vseh državah članicah EU ter na Hrvaškem in Norveškem ⁽¹⁸⁾. V Turčiji še niso uvedli nadomestnega zdravljenja, čeprav je to dovoljeno v skladu z uredbo o centrih za zdravljenje iz leta 2004. V 16 državah so glavni izvajalci nadomestnega zdravljenja specializirane javne izvenbolnišnične službe. Vendar imajo splošni zdravniki, pogosto v sodelovanju s specializiranimi centri z deljeno oskrbo, vse bolj pomembno vlogo pri zagotavljanju tovrstnega zdravljenja in so njegovi glavni izvajalci v nekaterih državah (regija Valonija v Belgiji, Češka, Nemčija, Francija, Luksemburg, Avstrija, Norveška) (glej poglavje 6).

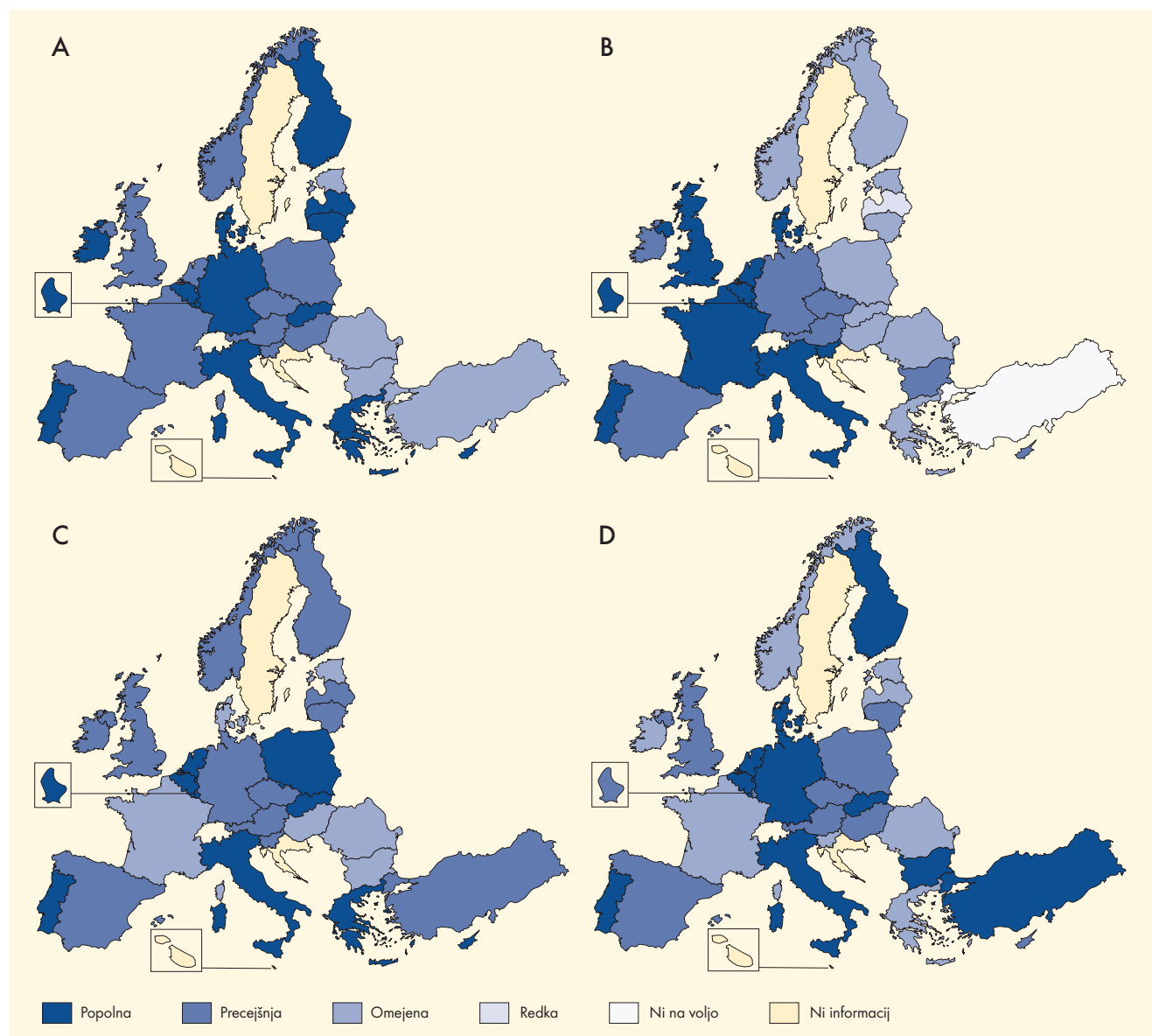
⁽¹⁵⁾ Glej preglednici TDI-10 in TDI-21 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁶⁾ Glej preglednico TDI-16 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁷⁾ Glej „Pomoč uporabnikom drog v zaporu“, str. 35.

⁽¹⁸⁾ Glej preglednici HSR-1 in HSR-2 v Statističnem biltenu 2009.

Prikaz 1: Razpoložljivost načinov zdravljenja glede na potrebo, kot so jo ocenili nacionalni strokovnjaki: (A) psihosocialno izvenbolnišnično, (B) nadomestno, (C) psihosocialno bolnišnično, (D) razstrupljanje



Opomba: Razpoložljivost je določena z ocenjenim deležem uporabnikov drog, ki potrebujejo zdravljenje in ga lahko prejmejo: skoraj vsi (popolna), večina, vendar ne skoraj vsi (precejšnja), več kot majhno število, vendar ne večina (omejena), samo malo (redka), ni na voljo. Informacije so bile zbrane s pomočjo strukturiranega vprašalnika.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

Ocenjuje se, da je bilo leta 2007 nadomestnega zdravljenja deležnih več kot 650 000 uživalcev opioidov v Evropi ⁽¹⁹⁾. Po navedbah nacionalnih strokovnjakov je tovrstno zdravljenje v devetih državah na voljo skoraj vsem uživalcem opioidov, večini pa v sedmih drugih državah. V desetih drugih državah (Estonija, Grčija, Latvija, Litva, Madžarska, Poljska, Romunija, Slovaška, Finska, Norveška) se ocenjuje, da je nadomestno zdravljenje na voljo le manjšini. Podatki o tem, kje je nadomestno zdravljenje na voljo, kažejo na obstoj razlik med regijami, saj je videti, da je v državah vzhodne ali severne Evrope precej manj na razpolago (prikaz 1B).

Bolnišnično zdravljenje

Uporabniki drog, ki se zdravijo bolnišnično, morajo v bolnišnici ostati od več tednov do več mesecev. V teh programih se običajno izvaja politika zdravljenja brez drog (brez nadomestnega zdravljenja), pri kateri se mora odvisnik povsem vzdržati droge. Odvisnikom se med zdravljenjem zagotovi namestitve in individualno strukturirano psihosocialno zdravljenje, poleg tega pa sodelujejo v dejavnostih za ponovno vključitev v družbo. Pri teh programih se pogosto uporablja terapevtski skupnostni pristop. Bolnišnično zdravljenje odvisnosti

⁽¹⁹⁾ Glej preglednico HSR-3 v Statističnem biltenu 2009.

od drog izvajajo tudi psihiatrične bolnišnice, zlasti za odvisnike s hkratnimi duševnimi motnjami.

Leta 2007 se je po poročilih približno 40 000 oseb, kar pomeni eno desetino vseh uporabnikov drog, ki se začnejo zdraviti, začelo zdraviti v bolnišničnih okoljih. Več kot polovica jih je kot primarno drogo navedla opioide (56 %), večina drugih pa konopljo (14 %), stimulanse razen kokaina (14 %) in kokain (7 %).

Povprečna starost uporabnikov drog, ki se začnejo bolnišnično zdraviti, je 30 let, vendar so uporabniki opioidov in kokaina na splošno starejši (31) od odvisnikov, ki se zdravijo zaradi uživanja nekokainskih stimulanov (28) in konoplje (26). Večina odvisnikov na bolnišničnem zdravljenju je moških, pri čemer je skupno razmerje med moškimi in ženskami 3,6 : 1. Razmerje je nižje med primarnimi uporabniki nekokainskih stimulanov (2,2 : 1) in višje med uživalci kokaina (5,1 : 1) ter konoplje (8 : 1). V večini držav, kjer je primerjava mogoča, pa je delež uporabnikov drog, ki niso zaposleni in nimajo stalnega prebivališča, večji med bolnišničnimi uživalci kot med izvenbolnišničnimi ⁽²⁰⁾.

Glavni izvajalci bolnišničnega zdravljenja so nevladne organizacije (v 12 državah) in javne ustanove (v 11 državah). Zasebne ustanove imajo to vlogo na Danskem in v Luksemburgu, v desetih državah pa so drugi najpomembnejši izvajalci tovrstnega zdravljenja. Nacionalni strokovnjaki ocenjujejo, da je bolnišnično psihosocialno zdravljenje v 12 državah na voljo večini tistih, ki so se odločili zanj, skoraj vsem, ki ga želijo, pa v devetih drugih državah. V šestih državah (Bolgarija, Danska, Estonija, Francija, Madžarska, Romunija) je videti, da je ta oblika zdravljenja na voljo manj kot polovici tistih, ki si zanj dejavno prizadevajo (glej prikaz 1C).

Razstrupljanje

Razstrupljanje je na splošno pogoj za začetek dolgotrajnega na abstinenci temelječega bolnišničnega zdravljenja. To je pogosto, vendar ne izključno, bolnišnični ukrep, ki se izvaja, ko je odvisnik nastanjen v bolnišnici, specialističnem centru za zdravljenje ali bolnišnični ustanovi z zdravstvenimi ali psihiatričnimi oddelki.

Javne ustanove so glavni izvajalci razstrupljanja v 21 državah. Nevladne organizacije so največji izvajalci v Belgiji (Flandriji) in na Nizozemskem, zasebni sektor pa prevladuje v Luksemburgu in Bolgariji. Nacionalni strokovnjaki ocenjujejo, da je v devetih državah razstrupljanje na voljo večini tistih, ki ga želijo, in skoraj vsem v desetih drugih državah. V osmih državah (Estonija, Irska, Grčija, Francija, Latvija, Romunija, Slovenija, Norveška) se ocenjuje, da je razstrupljanje

na voljo manj kot polovici tistih, ki si zanj dejavno prizadevajo (glej prikaz 1D).

Zagotavljanje kakovosti

Načrtovalci in oblikovalci zdravstvene politike v Evropi vse bolj iščejo mehanizme za zagotavljanje visoke kakovosti zdravljenja odvisnosti od drog. Poleg tega pri sprejemanju odločitev o zagotavljanju zdravljenja in dodeljevanju sredstev dajejo prednost ukrepom „na podlagi ugotovitev“.

Smernice postajajo pomemben pripomoček pri zagotavljanju kakovosti zdravljenja odvisnosti od drog. Smernice za zdravljenje vsebujejo priporočila, ki temeljijo na znanstvenih dognanjih, strokovnih mnenjih, prednostnih izbirah uporabnikov storitve in nacionalnih sistemih zdravstvenega varstva. Oblikovane so bile za pomoč pri izbiri in uporabi ustreznih ukrepov pri zdravljenju odvisnosti od drog. V 20 od 27 držav poročevalk nacionalne smernice za zdravljenje odvisnosti od drog pripravi pooblaščen institucija.

Obstoječe smernice zajemajo predvsem farmakološko zdravljenje odvisnosti od drog. Osemnajst držav poroča o nacionalnih smernicah za nadomestno zdravljenje in 11 držav o smernicah za razstrupljanje. Vendar približno tretjina teh držav ne poroča o upoštevanju smernic kot pogoju za delovanje ali pridobitev finančnih sredstev za ustanovo, v kateri poteka zdravljenje.

Nacionalne smernice za psihosocialno zdravljenje in socialno reintegracijo so manj pogoste. Le sedem držav članic (Bolgarija, Češka, Nemčija, Danska, Nizozemska, Slovenija, Združeno kraljestvo) poroča o obstoju smernic za psihosocialne ukrepe, pet (Češka, Nemčija, Portugalska, Slovenija, Združeno kraljestvo) pa o smernicah za socialno reintegracijo. Nacionalnih smernic je verjetno tako malo zato, ker ni na voljo dovolj ustreznih ugotovitev, kar kaže na potrebo po večjem številu nadzorovanih študij z naključnim vzorcem, ki bi se o teh vprašanjih opravile na več krajih.

Za zagotavljanje visokokakovostnih storitev je predvsem pomembno stalno usposabljanje osebja. V Evropski uniji so pogosti tečaji usposabljanja, pripravljeni posebej za osebje, ki se ukvarja z zdravljenjem odvisnosti, in nekatere oblike stalnega usposabljanja splošnih zdravnikov v zvezi z zdravljenjem odvisnosti od drog. Večina držav daje na voljo podobne možnosti usposabljanja drugim strokovnim delavcem, med njimi bolniškim sestram, socialnim delavcem in psihologom.

Le malo držav poroča o rednih vrednotenjih rezultatov posameznih vrst zdravljenja odvisnosti od drog. Pet držav članic opravlja vrednotenje nadomestnega zdravljenja

⁽²⁰⁾ Glej preglednice TDI-10, TDI-13, TDI-15 in TDI-21 v Statističnem biltnu 2009.

Portal najboljših praks: nov modul o zdravljenju

Center je po uvedbi modulov o vsesplošnem in selektivnem preprečevanju v letu 2008 ponudil nov modul, namenjen zdravljenju odvisnosti od drog na svojem portalu najboljših praks. Modul vsebuje sintezo ugotovitev o učinkovitosti farmakološkega in psihosocialnega zdravljenja motenj, povezanih z opiodi, stimulansi in konopljo, ki temelji na najnovejših pregledih. Delo na portalu je olajšala študija o kakovosti zdravljenja in izmenjavi najboljših praks, ki jo je financirala Evropska komisija (Generalni direktorat za zdravje in potrošnike, 2008b).

Modul o zdravljenju predstavlja ugotovitve študij, v katerih se primerja učinkovitost različnih ukrepov. Učinkovitost se v idealnih okoliščinah določa z izvedbo nadzorovanih študij ali nadzorovanih študij z naključnim vzorcem, pri katerih se ukrepi primerjajo s posebnimi ciljnim ukrepi. Večina dokazov s tega področja je iz študij, izvedenih v Združenih državah Amerike. Študije v Evropi postajajo vse pogostejše in vključujejo pionirsko delo o novih učinkovinah za nadomestno zdravljenje z opiodi.

Nov modul vključuje tudi: povezave do drugih virov informacij, ovrednotene ukrepe, glosar in strnjen pregled vrzeli v sedanji zbirki dokazov. Portal se bo v prihodnosti razširil, saj bodo nanj dodane še druge teme.

Portal najboljših praks Centra: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

in razstrupljanja, samo Danska, Nemčija in Združeno kraljestvo pa redno vrednotijo rezultate ukrepov psihosocialnega zdravljenja. Nekatere države poročajo tudi o enkratnih ali občasnih vrednotenjih rezultatov.

Zmanjševanje škode

Preprečevanje in zmanjševanje škode, povezane z drogami, je javnozdravstveni cilj vseh držav članic in strategije EU za boj proti drogam (Evropska komisija, 2007). Glavni ukrepi na tem področju so nadomestno zdravljenje z opiodi in programi zamenjave injekcijskih igel in brizg, s katerimi poskušajo vplivati na smrtnost zaradi prevelikega odmerka in razširjanje nalezljivih bolezni. Države so poročale, da so ti ukrepi na voljo v vseh državah, razen v Turčiji. Čeprav med obsegom in ravni zagotavljanja storitev obstajajo znatne razlike (glej poglavji 6 in 7), je splošni trend v Evropi povečevanje in utrjevanje ukrepov za zmanjševanje škode.

Večina držav ponuja vrsto zdravstvenih in socialnih storitev, skupaj z individualnimi ocenami tveganja in nasveti, usposabljanjem o varnejši uporabi drog, testiranjem za nalezljive bolezni in svetovanjem, cepljenjem in zdravljenjem virusnega hepatitisa. Te storitve pogosto

ponujajo nizkopražne agencije (zagotavljanje osnovnih storitev pomoči). Odzivi zmanjševanja škode niso več usmerjeni samo na epidemijo virusa HIV/aidsa in zajemajo širšo perspektivo izpolnjevanja zdravstvenih in socialnih potreb problematičnih uporabnikov drog, zlasti tistih, ki so socialno izključeni.

V zadnjih letih je mogoče opaziti tudi proces profesionalizacije, visoke standarde kakovosti pa se poskuša zagotoviti tudi z okrepljenim nadzorom. V letih 2006 in 2007 so bile na primer storitve za zmanjševanje škode inšpekcijsko pregledane v Angliji, da bi tako ugotovili, katera področja je treba izboljšati. Kakovost je mogoče zagotoviti tudi tako, da se v sporazumih o financiranju opredeli obvezno upoštevanje posebnih standardov, kot poročata Češka in Estonija.

Za zagotavljanje kakovosti so v 14 državah odgovorne državne ustanove, medtem ko so v državah s federativnim sistemom ureditve za to področje morda pristojne agencije na podnacionalni ravni. V podporo smernicam so lahko ugotovitve raziskav o stroškovni učinkovitosti, kar na primer velja za smernice Združenega kraljestva o programih zamenjave injekcijskih igel in brizg (NICE, 2009). K razvoju in izboljšanju kakovosti storitev lahko prispeva tudi sodelovanje odvisnikov, ki se zdravijo, in pridobitev povratnih informacij od osebja. Mehanizmi za širjenje najboljših praks in novih ugotovitev raziskav med strokovnjaki vključujejo nacionalne platforme znanja, kot so „resultaten scoren“ (beleženje rezultatov) na Nizozemskem in mednarodne prireditve, namenjene ozaveščanju, na primer o hepatitisu C ⁽²¹⁾. Evropska mreža za socialno vključenost in zdravje je v sodelovanju s centrom EMCDDA (Hedrich et al., 2008a) v okviru projektov, ki jih financira EU, za oblikovanje in izvajanje evropskih zdravstvenih kazalnikov oblikovala tudi protokol o zbiranju podatkov iz specializiranih nizkopražnih agencij za zmanjševanje škode.

Socialna reintegracija

Socialna reintegracija je upoštevana kot bistvena komponenta celostnih strategij boja proti drogam. Izvajati jo je mogoče v vsaki fazi uporabe drog in v različnih okoljih, vključuje pa razvoj sposobnosti, izboljšanje socialnih spretnosti, ukrepe za pomoč in spodbudo pri zaposlovanju ter za pridobitev ali izboljšanje nastanitve. V praksi so med storitvami reintegracije lahko poklicno svetovanje, delovna praksa in pomoč pri nastanitvi. Ukrepi v zaporu, ki vplivajo na verjetnost ponovne uporabe drog in ponovnega kršenja zakonov, lahko zapornike v okviru priprav na izpustitev povežejo s službami za skupno nastanitev in socialno pomoč (Generalni direktorat za zdravje in potrošnike, 2008a). Na splošno so rezultati

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

ukrepov socialne reintegracije pogosto odvisni od učinkovitega sodelovanja med zdravstvenimi institucijami in institucijami za socialno varstvo.

Brezdomstvo in nestalna nastanitev sta med najresnejšimi oblikami socialne izključenosti, s katero se srečujejo uporabniki drog, saj je bilo približno 10 % uporabnikov drog, ki so se začeli zdraviti leta 2007, brezdomcev ⁽²²⁾. Ta delež je pri nekaterih skupinah uporabnikov drog verjetno precej večji.

Vse države članice poročajo, da imajo na voljo programe za nastanitev, s katerimi uporabnikom drog lahko zagotovijo nastanitev. Informacije o tem, v kolikšni meri so nastanitvene potrebe uporabnikov drog nato v resnici izpolnjene, pa so redke. Na Slovaškem, na primer, nastanitvene zmogljivosti rehabilitacijskih služb zaradi omejenih finančnih virov pogosto ne morejo zadostiti povpraševanju.

O pomoči pri iskanju nastanitve poroča več držav (npr. Češka, Nemčija, Irska, Nizozemska, Finska, Švedska, Združeno kraljestvo). Ti programi začasne nastanitve običajno vključujejo nastanitev z nočitvijo in zajtrkom ali majhna opremljena stanovanja za kratkotrajen najem, pogosto so zagotovljena ob odpustu iz bolnišničnega zdravljenja, da se posameznikom omogoči samostojno življenje. Na Irskem, na primer, morajo uporabniki plačati najemnino in poskrbeti za nekatera gospodinjstva opravila, socialni delavci pa jim pomagajo pri najemu in dostopu do izobraževanja, usposabljanja ali zaposlitve.

Ker je 45 % uporabnikov drog, ki se začnejo zdraviti, v najboljšem primeru dokončalo osnovno šolo in ker približno 40 % ni zaposlenih ⁽²³⁾, je zanje pomoč pri iskanju zaposlitve in poklicnega usposabljanja ključni element socialne reintegracije. Večina držav članic poroča o programih na tem področju. Na Madžarskem, Češkem, v Litvi, Sloveniji in na Slovaškem so reintegraciji uporabnikov drog na trg dela koristili projekti, ki se financirajo na podlagi pobude EU proti diskriminaciji na trgu dela (EQUAL). Večina teh projektov je pomagala stabiliziranim zdravljenim odvisnikom najti delovno mesto, ustrezno njihovim sposobnostim. Pomen tega pristopa potrjujejo rezultati neke škotske študije, ki je odkrila, da je pri zdravljenih odvisnikih, ki so prejeli podporo v zvezi z zaposlitvijo, verjetnost, da bodo našli plačano zaposlitev, trikrat večja (McIntosh et al., 2008).

Kazenski pregon zaradi drog in kršitve zakonov o drogah

V izvrševanje zakonodaje o drogah so vključeni različni organi iz različnih vladnih oddelkov (npr. za policijo,

sodstvo, zdravstvo). V praksi se izraz „kazenski pregon zaradi drog“ običajno povezuje z nizom dejavnosti, ki jih izvajajo policija in sorodne institucije (npr. carina) za izvrševanje zakonov, povezanih z uporabo drog in trgovanjem z njimi. Med zajetimi področji so uporaba in posedovanje drog, promet z njimi in njihova proizvodnja, zloraba kemikalij in pranje denarja.

Kazenski pregon zaradi drog je osrednji del evropskega odziva na droge in mu je namenjen velik, morda največji, delež sredstev, namenjenih problematiki drog. Nedavni poskus primerjave razporeditve javnih izdatkov, povezanih z drogami, v Evropi je pokazal, da so vladni izdatki za „javni red in varnost“ v zvezi z drogami (policija, sodišča in zapori) na splošno lahko trikrat večji od zneska, porabljenega za obravnavanje zdravstvenih težav, povezanih z uporabo drog. Precejšen delež sredstev, dodeljenih postavki „javni red in varnost“, prejme policija (EMCDDA, 2008e).

Narava in intenzivnost prizadevanj kazenskega pregona zaradi drog se lahko razlikujeta, kar je odvisno od nacionalne zakonodaje in njene uporabe ter sredstev in prednostnih nalog sodelujočih institucij, med katerimi so splošni organi kazenskega pregona in specializirane enote („enote za boj proti drogam“).

V nasprotju z nekaterimi področji kazenskega pregona, kjer se policisti običajno odzovejo na kršitve zakonov, ki jih pogosto prijavijo državljani, je mogoče večino kazenskega pregona na področju drog opredeliti kot proaktivno, saj se opravlja večinoma na pobudo institucij kazenskega pregona na področju drog. To je zato, ker je mogoče veliko kršitev zakonov o drogah šteti za „privolitveno kaznivo dejanje“, pri katerem posamezniki, ki privolijo vanj, na skrivaj sodelujejo pri nezakoniti dejavnosti, s katero policija ne bo seznanjena, razen če je ne odkrije slučajno (npr. med obhodi) ali z dejavnim odkrivanjem.

Kazenski pregon zaradi drog zato vsebuje širok nabor dejavnosti, ki pogosto temeljijo na zbiranju, obdelavi in izmenjavi informacij s pomočjo oseb in elektronskih sredstev, kamor sodijo tudi računalniške zbirke podatkov in namenske komunikacijske mreže. To še zlasti velja za dejavnosti, katerih cilj je zmanjšanje ponudbe drog ⁽²⁴⁾, v katerih ima kazenski pregon ključno vlogo in vključuje stike z informatorji, izvajanje tajnih operacij („delo pod krinko“) in elektronski nadzor, skupaj s prestrežanjem sporočil.

Nadzorovane pošiljke drog in ciljne operacije, namenjene odstranjevanju ali uničenju prodajnih točk droge, so le nekatere od operativnih taktik, ki jih uporabljajo organi kazenskega pregona v Evropi. Splošnejša taktika,

⁽²²⁾ Glej preglednico TDI-15 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽²³⁾ Glej preglednici TDI-12 in TDI-13 v Statističnem biltenu 2009.

⁽²⁴⁾ Za opredelitev zmanjšanja ponudbe drog glej okvir na str. 28 Letnega poročila Centra 2008.

ki vključuje tudi druge cilje, kot je nadzor priseljevanja, zajema izvajanje pregledov in preiskav oseb in vozil na strateških lokacijah in v njihovi okolici, kot so pristanišča, letališča in kopenske meje.

Organi kazenskega pregona, zlasti carina, so v številnih državah pristojni tudi za izvrševanje zakonov o nadzorovanih kemikalijah. Sem sodi obdelava zahtevkov za uvoz in izvoz ter odkrivanje in preverjanje sumljivih transakcij. Uničenje nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo prepovedanih drog, je še ena naloga organov kazenskega pregona v državah, v katerih se proizvajajo sintetične droge.

Kršitve zakonov o drogah

Začetna poročila o kršitvah zakonov o drogah, predvsem policijska, so edini podatki o z drogo povezanim kriminalu, ki so v Evropi sistematično na voljo ⁽²⁵⁾. V poročilih so po navadi navedena kazniva dejanja, kot so proizvodnja in preprodaja drog ter trgovina z njimi, in uporaba ter posedovanje drog.

Podatke o kršitvah zakonov o drogah je mogoče videti kot posredne kazalnike uporabe ali preprodaje drog ali bolj neposredne kazalnike dejavnosti kazenskega pregona. Vendar vključujejo samo tiste z drogami povezane dejavnosti, s katerimi so seznanjeni organi kazenskega pregona, in utegnejo odražati razlike v nacionalni zakonodaji, prednostnih nalogah in sredstvih. Razlikujejo se lahko tudi nacionalni informacijski sistemi, zlasti v povezavi s praksami evidentiranja in poročanja, zaradi česar je tehtne primerjave med državami težko opraviti, in se zdi primernejše primerjati trende, kot pa absolutne številke.

Na podlagi podatkov, ki jih je predložilo 21 držav članic in zajemajo 85 % prebivalcev Evropske unije, starih od 15 do 64 let, se je število prijavljenih kršitev zakonov o drogah med letoma 2002 in 2007 po ocenah povečalo za 29 %. Podatki kažejo trende naraščanja v vseh državah poročevalkah, razen v Bolgariji, na Češkem, Grčiji, Luksemburgu, na Madžarskem in v Sloveniji, kjer so bili trendi ustaljeni, ali pa je bilo v tem obdobju opaženo splošno upadanje ⁽²⁶⁾.

Kazniva dejanja, povezana z uporabo in ponudbo drog

V primerjavi s prejšnjimi leti ni bilo nobene pomembne spremembe razmerja med kaznivimi dejanji, povezanimi z uporabo drog, in kaznivimi dejanji, povezanimi z njihovo

Izbrano vprašanje Centra za leto 2009 o statističnih podatkih v zvezi z izrekanjem kazni

Center je leta 2009 objavil novo Izbrano vprašanje o statističnih podatkih v zvezi z izrekanjem kazni, v katerem se proučujejo rezultati kršitev zakonov o drogah v evropskih državah. V poročilu so obravnavani razpoložljivi nacionalni statistični podatki policije, tožilcev in sodišč, in proučeni glede na vrsto kršitve (posedovanje, trgovanje) in vrsto rezultata (denarna kazen, zapor, zdravljenje). Ključno obravnavano vprašanje je: kaj je najverjetnejši rezultat v vsaki državi, če te ustavijo zaradi posedovanja ali ponujanja droge?

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

ponudbo (trgovina, preprodaja, proizvodnja). V večini evropskih držav kazniva dejanja, povezana z uporabo ali posedovanjem drog, še naprej pomenijo večino kršitev zakonov o drogah, pri čemer je njihov delež leta 2007 znašal kar 91 % (Španija) ⁽²⁷⁾. Kršitve, povezane s ponudbo, prevladujejo na Češkem (87 %) in na Nizozemskem (69 %) (prikaz 2). Na Češkem se lahko posedovanje majhnih količin droge, ki ni namenjena ponujanju, kaznuje z opozorilom ali denarno kaznijo, medtem ko se na Nizozemskem kazniva dejanja, povezana z uporabo drog, na splošno ne preganjajo ⁽²⁸⁾.

Med letoma 2002 in 2007 se je število kršitev zakonov o drogah, povezanih z uporabo, povečalo v večini držav poročevalk, pri čemer so o zmanjšanju v tem obdobju poročale le Bolgarija, Grčija, Nizozemska in Slovenija ⁽²⁹⁾. Na splošno se je med letoma 2002 in 2007 število kršitev zakonov o drogah, povezanih z uporabo, v Evropski uniji po ocenah povečalo za 32 %.

Število kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo drog, se je v obdobju 2002–2007 zvišalo, vendar precej počasi, pri čemer znaša povečanje v Evropski uniji približno 14 %. V tem obdobju osem držav poroča o splošnem zmanjšanju števila kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo, osem držav pa poroča o njegovem povečanju ⁽³⁰⁾.

Trendi po posameznih drogah

Konoplja je še vedno tista prepovedana droga, ki je bila najpogostejše predmet prijavljenih kršitev zakonov o drogah v Evropi ⁽³¹⁾. V večini evropskih držav so

⁽²⁵⁾ Za razpravo o razmerju med drogami in kriminalom glej EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Glej prikaz DLO-1 in preglednico DLO-1 v Statističnem biltenu 2009.

⁽²⁷⁾ Glej preglednico DLO-2 v Statističnem biltenu 2009.

⁽²⁸⁾ Glej „Pregled držav“ za Češko in Nizozemsko na spletni strani EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Glej prikaz DLO-1 in preglednico DLO-4 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³⁰⁾ Glej prikaz DLO-1 in preglednico DLO-5 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³¹⁾ Glej preglednico DLO-3 v Statističnem biltenu 2009.

s konopljo povezane kršitve predstavljale od 55 do 85 % vseh prijavljenih kršitev zakonov o drogah leta 2007.

V samo dveh državah število kršitev, povezanih z drugimi drogami, presega število kršitev, povezanih s konopljo: Litva, heroin (26 %), in Češka, metamfetamin (59 %).

V Latviji so med kršitvami zakonov o drogah enakomerno zastopani konoplja, heroin in ekstazi.

V petletnem obdobju od leta 2002 do 2007 se je število kršitev zakonov o drogah, povezanih s konopljo, v večini držav poročevalk povečalo ali pa ostalo na enaki ravni, kar je v Evropski uniji po ocenah povzročilo povečanje za 23 %. Bolgarija, Češka in Slovenija poročajo o trendu zmanjševanja ⁽³²⁾.

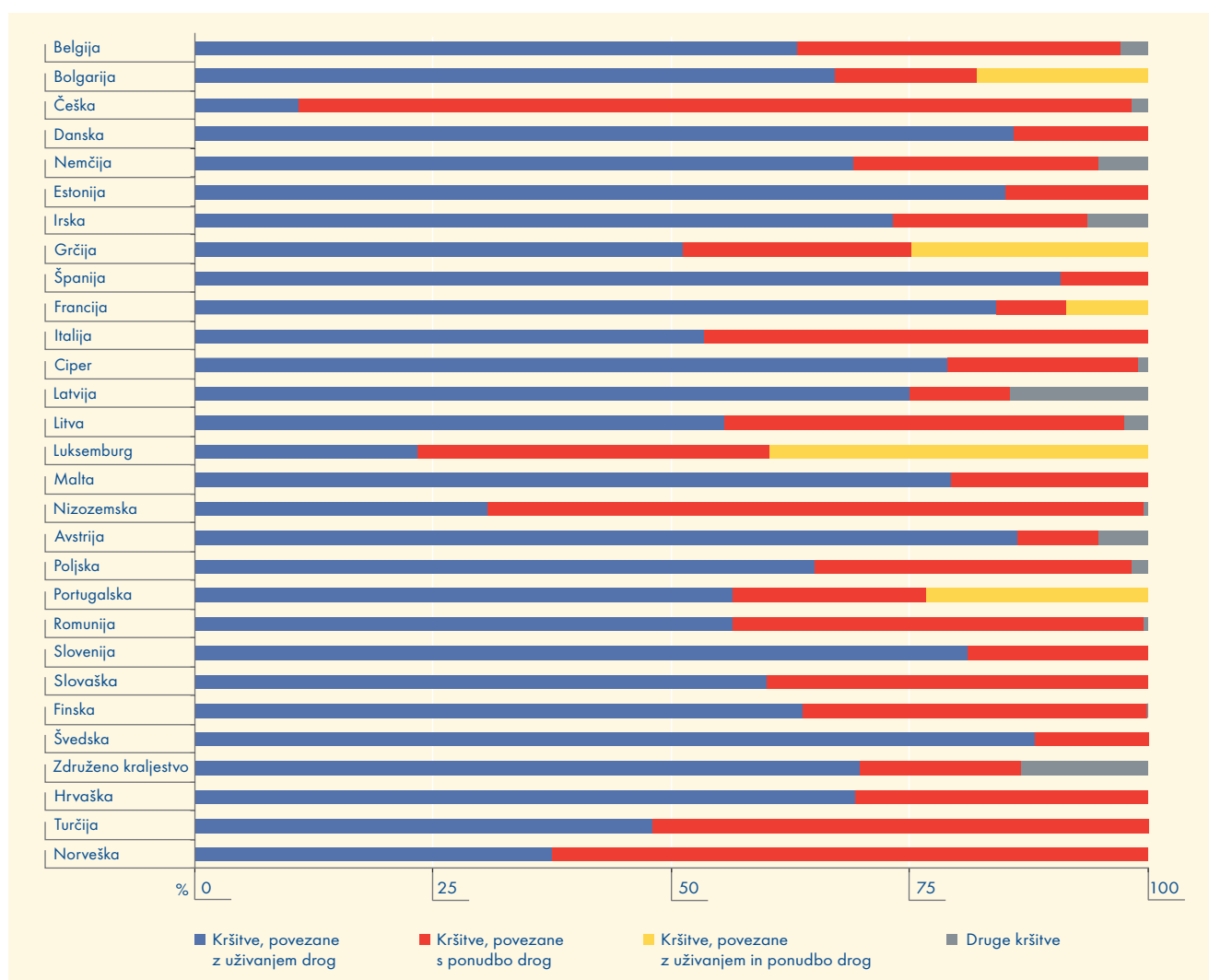
Število kršitev, povezanih s kokainom, se je v obdobju med letoma 2002 in 2007 povečalo v vseh državah

poročevalkah, razen v Bolgariji in Nemčiji. Na splošno se je v istem obdobju število kršitev, povezanih s kokainom, v Evropski uniji povečalo za približno 59 % ⁽³³⁾.

Zdi se, da se je trend upadanja kršitev zakonov o drogah, povezanih s heroinom, v Evropski uniji, ugotovljen v prejšnjih poročilih, ustavil, v obdobju 2002–2007 pa je bilo opaženo približno 7-odstotno povečanje. Vendar pa se nacionalni trendi v tem obdobju razhajajo, trend naraščanja pa je v glavnem posledica povečanj v zadnjih dveh letih v Belgiji, Grčiji, Španiji, Franciji, na Poljskem in Portugalskem, ter ustalitve v Nemčiji in Avstriji ⁽³⁴⁾.

Število kršitev, povezanih z amfetamini, ki so bile prijavljene v Evropski uniji, še naprej kaže trend povečevanja, pri čemer je bilo med letoma 2002 in 2007

Prikaz 2: Vrsta kršitev v poročilih o kršitvah zakonov o drogah v Evropi



Opomba: Za več informacij glej prikaz DLO-2 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

⁽³²⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-6 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³³⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-8 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³⁴⁾ Glej prikaz DLO-3 in preglednico DLO-7 v Statističnem biltenu 2009.

po ocenah povečanje 59-odstotno. V nasprotju s tem so se kršitve, povezane z ekstazijem, v istem obdobju po ocenah zmanjšale za 22 % ⁽³⁵⁾.

Zdravstveni in socialni odzivi v zaporu

V Evropski uniji je vsak dan v zaporu več kot 600 000 ljudi ⁽³⁶⁾, kar pomeni povprečni delež zapornih kazni 120 zapornikov na 100 000 prebivalcev. Nacionalne stopnje prebivalstva v zaporih znašajo od 65 do 320 zapornikov na 100 000 prebivalcev, pri čemer večina držav iz srednje in vzhodne Evrope poroča o stopnjah, ki so višje od povprečnih. Kljub temu nacionalne številke in povprečje EU ostajajo precej pod stopnjama, o katerih poročata Rusija (629) in ZDA (756) ⁽³⁷⁾.

Zapornikov, obtoženih kršitev zakonov o drogah, je v večini držav EU približno med 10 in 30 % celotne zaporniške populacije. Neznani deleži drugih je obsojenih zaradi premoženjskih kaznivih dejanj, storjenih za zadovoljitev odvisnosti od drog, ali drugih kaznivih dejanj, povezanih z drogami. Čeprav so skupne številke nizke, se je delež kršilcev zakonov o drogah med obsojenimi zaporniki v zadnjih letih povečal v številnih srednje- in vzhodnoevropskih državah članicah.

Uporaba drog med zaporniško populacijo

Opredelitve, raziskovalna vprašanja in metodologija, ki se uporabljajo v študijah o uporabi droge v zaporih (Vandam, 2009; Generalni direktorat za zdravje in potrošnike, 2008a), še vedno niso dovolj standardizirani, čeprav obstoječe študije kažejo, da je uporaba drog bolj razširjena med zaporniki kot med širšim prebivalstvom. Podatki iz več študij, opravljenih od leta 2002 predvsem v zahodni Evropi, kažejo, da je od tretjine do polovice tistih, ki so sodelovali v raziskavi, poročalo o redni uporabi prepovedane droge pred prestajanjem zaporne kazni. Študije prav tako kažejo, da so lahko med zaporniki razširjene najbolj škodljive oblike uporabe drog, saj od petine do tretjine tistih, ki so sodelovali v raziskavi, poroča, da si je drogo že kdaj vbrizgala ⁽³⁸⁾.

Ob prihodu v zapor večina uporabnikov drog uživanje zmanjša ali preneha z njim, predvsem zaradi oteženega dostopa do drog. Strokovnjaki za zapore in oblikovalci politik v Evropi priznavajo, da so kljub vsem ukrepom, sprejetim za zmanjševanje dostopnosti, droge na voljo

v večini zaporov. Študije, ki se izvajajo od leta 2002, kažejo, da je od 1 do 50 % zapornikov užilo drogo v zaporu, do 27 % zapornikov pa je poročalo o redni uporabi ⁽³⁹⁾. V študiji, ki je vključevala 1 457 zapornikov iz šestih nemških zaporov, je bilo ugotovljeno, da si jih je 22 % drogo vbrizgavalo, študije v štirih drugih državah pa so poročale o stopnjah 10 % ali več ⁽⁴⁰⁾. Zdi se, da injicirajoči uživalci drog v zaporih souporabljajo opremo za vbrizgavanje pogostejše od tistih, ki niso v zaporu. To sproža vprašanja o morebitnem širjenju nalezljivih bolezni med zaporniško populacijo.

Zdravje v zaporih v Evropi

Zaporniki so upravičeni do enake ravni zdravstvene oskrbe kot osebe, ki živijo v skupnosti, torej bi morale zaporniške zdravstvene službe zagotavljati zdravljenje za težave v zvezi z uporabo drog v razmerah, ki so primerljive s tistimi zunaj zapora (CPT, 2006; SZO, 2007). To splošno načelo enakosti je v Evropski uniji sprejeto v Priporočilu Sveta z dne 18. junija 2003 o preprečevanju škode za zdravje zaradi odvisnosti od drog ⁽⁴¹⁾, novi Akcijski načrt EU za boj proti drogam (2009–2012) pa poziva k njegovemu izvajanju.

Nacionalni oblikovalci politik so začeli namenjati več pozornosti zagotavljanju zdravstvenih storitev v zaporih in kaže, da države članice EU izboljšujejo storitve, ki jih ponujajo zapornikom. Tako več držav poroča o obstoju nacionalnih politik in programov o zdravju v zaporih. Kljub temu je treba še veliko postoriti za zagotovitev, da bi zapornikom zagotovili dostop do takšne ravni in kakovosti zdravstvenega varstva, ki bi bili primerljivi z zdravstvenim varstvom zunaj zapora. V zaporih se poleg tega spoprijemajo z izzivi, ki jih povzročajo posebne zdravstvene potrebe uporabnikov drog, kot so nalezljive bolezni, ki se prenašajo s krvjo, in hkratne duševne težave.

Pomoč uporabnikom drog v zaporu

Storitve, ki se zagotavljajo zapornikom v Evropi, vključujejo: informacije o drogah in zdravju, preglede zaradi nalezljivih bolezni in cepljenje, zdravljenje odvisnosti od drog, vključno z razstrupljanjem, nadomestno zdravljenje in pristope brez drog ter priprave na izpustitev. Med primeri nepretrganega razširjanja storitev na zaporniško populacijo so uvedba

⁽³⁵⁾ Glej prikaz DLO-3 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³⁶⁾ Podatki o zaporih v Evropi so na voljo na spletni strani Sveta Evrope: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp

⁽³⁷⁾ Vir: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> za podatke za Rusijo in Združene države Amerike.

⁽³⁸⁾ Glej preglednici DUP-105 in DUP-2 v Statističnem biltenu 2009.

⁽³⁹⁾ Glej preglednico DUP-3 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁴⁰⁾ Glej preglednico DUP-4 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁴¹⁾ UL L 165, 3.7.2003, str. 31.

nadomestnega zdravljenja v zaporih na Češkem, Poljskem in Švedskem, program zdravljenja brez drog na Cipru in razširitev danskega „zagotovljenega zdravljenja“ (zagotovitve dostopa do zdravljenja odvisnosti od drog v dveh tednih po vložitvi zahteve) na zapore.

Nadaljevanje nadomestnega zdravljenja med prestajanjem zaporne kazni je odobreno v uradnih predpisih 26 držav, vendar se v petih od teh ne uporablja, medtem ko je začetek tovrstnega zdravljenja v zaporih odobren v 21 državah. Po ocenah strokovnjakov pa obstajajo razlike pri zagotavljanju tega ukrepa. Nadomestno zdravljenje je na voljo v skoraj vseh zaporih v devetih državah in v več kot polovici zaporov v štirih drugih državah. Na Češkem, Franciji, Nemčiji in Združenem kraljestvu se ocenjuje, da se nadomestno zdravljenje zagotavlja v manj kot polovici zaporov, na Madžarskem, Poljskem, Finskem in Švedskem pa samo v majhnem številu zaporov. V devetih državah (v Bolgariji, Estoniji, Grčiji, na Cipru, v Litvi, Latviji, na Slovaškem, v Romuniji in Turčiji) pa tovrstno zdravljenje v zaporih ni na voljo, čeprav v Bolgariji in Romuniji potekajo priprave za njegovo uvedbo, v Latviji pa se razpravlja o spremembah zakonov.

Omejeno zagotavljanje nadomestnega zdravljenja v skupnosti se običajno odraža tudi v odsotnosti ali zelo omejenem zagotavljanju tovrstnega zdravljenja v zaporih ⁽⁴²⁾. Druge ovire za prejemanje nadomestnega zdravljenja v zaporih, o katerih poročajo države članice, so pomanjkanje regulativnega okvira za začetek njegovega izvajanja (Finska) in zahteva po plačilu zdravljenja (francoska skupnost v Belgiji). Zagotavljanje nadomestnega zdravljenja je pogosto odvisno tudi od lokalnih razmer in se včasih izvaja na pobudo posameznega zdravnika v zaporu.

Ocene strokovnjakov o razpoložljivosti in stopnji zagotavljanja drugih ukrepov preprečevanja in zmanjševanja škode v zaporih so na voljo v 26 državah članicah EU, na Norveškem in v Turčiji. Šestindvajset držav poroča o razpoložljivosti individualnega svetovanja o nalezljivih boleznih in oceni tveganega vedenja, povezanega z drogami, v zaporih. Testiranje za hepatitis C ob sprejemu v zapor je na voljo v 22 državah, vendar ne na Madžarskem, Poljskem in v Turčiji. Na Madžarskem pa je bilo več kot 14 % vseh zapornikov pregledanih za HCV v prvih devetih mesecih še potekajoče kampanje, ki se je začela leta 2007. Drugi ukrepi vključujejo ciljne programe cepljenja proti hepatitisu B v zaporih, usposabljanje osebja v zaporih o zdravstvenih vprašanjih, povezanih z drogami, in nasveti ter usposabljanje o varnejšem uživanju. O zagotavljanju teh ukrepov poročata trinajst držav, čeprav se stopnje razširjenosti razlikujejo.

Stopnja zagotavljanja ukrepov za preprečevanje zaužitja prevelikega odmerka je podobna. V 18 državah je zaporniku, preden ga izpustijo, na voljo svetovanje o tveganju uporabe prevelikega odmerka, a se ocenjuje, da so ga v zadnjih 12 mesecih več kot le nekaj posameznim zapornikom ponudili samo v osmih državah. Informativno gradivo o smrtnih in nujnih primerih, povezanih z drogami, pripravljeno posebej za zapore, je na voljo v samo sedmih državah ⁽⁴³⁾.

O izvajanju programa zamenjave injekcijskih igel in brizg v zaporih poročajo Nemčija, Španija, Luksemburg, Portugalska in Romunija, načrtuje pa se v Združenem kraljestvu (Škotska). Odpor zaporniškega osebja in pomanjkanje zaupanja sta bila navedena kot oviri za uspešno izvajanje nekaterih programov zamenjave injekcijskih igel in brizg v zaporih.

⁽⁴²⁾ Glej prikaz HSR-2 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁴³⁾ Glej preglednico HSR-7 v Statističnem biltenu 2009.



Poglavje 3

Konoplja

Uvod

Uživanje konoplje v Evropi se je v zadnjem desetletju močno spremenilo, kakor tudi razprava o tem, kako se pravilno odzvati na razširjenost te droge. V prvi polovici devetdesetih let prejšnjega stoletja se je z veliko razširjenostjo spoprijemalo nekaj držav, medtem ko so bile povprečne evropske ravni uživanja v primerjavi z današnjimi standardi nizke. V večini držav je uživanje konoplje naraslo v devetdesetih letih prejšnjega in na začetku tega stoletja, posledica tega pa je današnje precej manj raznoliko stanje v Evropi, čeprav med nekaterimi državami ostajajo še vedno pomembne razlike. Poleg tega se je v zadnjih nekaj letih izboljšalo razumevanje posledic dolgotrajne in razširjene uporabe te droge za javno zdravje, višje pa so tudi sporočene ravni povpraševanja po zdravljenju zaradi težav, povezanih z njo. Evropa morda prehaja v novo fazo, saj podatki iz raziskave med prebivalstvom in raziskave med šolsko mladino kažejo na ustalitev ali celo upad uživanja. V primerjavi s preteklimi standardi pa ostajajo ravni uživanja visoke. Vprašanje, kaj je učinkovit odziv na uporabo konoplje, pa ostaja ključno v evropski razpravi o drogah.

Ponudba in razpoložljivost

Proizvodnja in trgovina

Konopljo je mogoče gojiti v zelo različnih okoljih, v naravi pa raste v številnih delih sveta. Trenutno se ocenjuje, da jo gojijo v 172 državah in ozemljih (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Ta dejstva skupaj pomenijo, da je zelo težko natančno oceniti njeno svetovno proizvodnjo. UNDOC (2009) ocenjuje, da je svetovna proizvodnja marihuane leta 2008 znašala med 13 300 in 66 100 ton.

Gojenje konoplje v Evropi je zelo razširjeno in verjetno narašča (Korf, 2008). Leta 2007 je podalo navedbe o domači proizvodnji konoplje 19 evropskih držav, čeprav se zdi, da se obseg tega pojava zelo razlikuje. Velik del konoplje, ki se uživa v Evropi, verjetno vseeno izvira iz trgovine med regijami.

Marihuana se v Evropo tudi uvaža, predvsem iz Afrike (npr. iz Nigerije, Maroka, Gane, Južne Afrike) ter manj pogosto iz jugozahodne Azije (Pakistan) in obeh Amerik (Jamajke) (INCB, 2009a).

Preglednica 2: Proizvodnja, zasegi, cena in moč marihuane in hašiša

	Hašiš	Marihuana
Ocena svetovne proizvodnje (v tonah)	2 200–9 900	13 300–66 100
Svetovne zasežene količine (v tonah)	1 300	5 600
Zasežene količine (v tonah) v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	853 (859)	70 (96)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram) Razpon (interkvartilni razpon) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Razpon povprečne moči (vsebnost THC)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Razpon srednje polovice sporočenih povprečnih cen.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2007, razen ocen svetovne proizvodnje, ki se nanašajo na leto 2008.

Viri: Svetovno poročilo o drogah UNODC (2009) za svetovne vrednosti, Nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

⁽⁴⁴⁾ Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 39.

Svetovna proizvodnja hašiša je leta 2008 po ocenah znašala med 2 200 in 9 900 ton (UNODC, 2009), pri čemer je Maroko še vedno glavni proizvajalec. Površina, na kateri se proizvaja hašiš, se je med letoma 2003 in 2005 zmanjšala s 134 000 na 76 400 hektarjev (UNODC in vlada Maroka, 2007). O proizvodnji hašiša poročajo tudi iz drugih držav, med njimi Afganistana in Pakistana (UNODC, 2009). Hašiš, proizveden v Maroku, se običajno pretihotapi v Evropo prek Iberskega polotoka in Nizozemske ter se nato prodaja naprej v druge evropske države.

Zasegi

Leta 2007 je bilo po vsem svetu zaseženih približno 5 600 ton marihuane in 1 300 ton hašiša, kar na splošno pomeni približno 10-odstotno povečanje v primerjavi s prejšnjim letom. Največ marihuane je bilo še vedno zaseženo v Severni Ameriki (66 %), medtem ko je bilo največ hašiša še vedno zaseženega v zahodni in srednji Evropi (66 %) (UNODC, 2009).

Po ocenah je bilo leta 2007 v Evropi zaseženih 96 ton marihuane pri 241 000 zasegih ⁽⁴⁵⁾. Število zasegov se je med letoma 2002 in 2007 več kot podvojilo. Količina zasežene marihuane se je v prvih dveh letih tega obdobja prepolovila, nato pa se je povečevala, čeprav je ostala pod količino 130 ton, zaseženih leta 2002. Združeno kraljestvo je poročalo o največ zaselih marihuane, ki pomenijo približno polovico vseh zasegov v letih 2005 in 2006. Turčija (25,5 tone) in Belgija (12,8 tone) sta poročali o rekordnih zaselih v letu 2007.

Zasegi hašiša v Evropi presegajo zasege marihuane tako po številu kot po količini ⁽⁴⁶⁾. Leta 2007 je bilo opravljenih približno 325 000 zasegov hašiša, to je 859 ton prestrežene droge, kar pomeni, da je količina zaseženega hašiša skoraj devetkrat večja. Med letoma 2002 in 2007 se je število zasegov hašiša povečevalo, čeprav je zasežena količina v tem obdobju nihala. Španija je poročala o nekaj več kot polovici vseh zasegov hašiša in približno treh četrtinah zasežene količine v letu 2007, pri čemer so bile rekordne količine hašiša zasežene v Belgiji (59 ton), na Portugalskem (43 ton) in v Turčiji (6 ton).

Zasegi rastlin konoplje se od leta 2002 stalno povečujejo in leta 2007 je bilo ugotovljenih približno 15 000 takih zasegov. Države zaseženo količino sporočijo kot število rastlin ali kot ocenjeno težo. Število zaseženih rastlin je bilo 2,4 milijona, pri čemer je ta številka v zadnjih dveh letih razmeroma stabilna in je narasla z 1,5 milijona

Ponudba in razpoložljivost drog: podatki in viri

Sistematične in redne informacije, ki opisujejo trge s prepovedanimi drogami in trgovanje z drogami, so še vedno omejene. Ocene o proizvodnji heroina, kokaina in konoplje izhajajo iz ocen o gojenju, ki temeljijo na terenskem delu (vzorčenje na terenu) ter posnetkih iz zraka in satelitskih posnetkih. Te ocene imajo nekaj pomembnih omejitev, na primer razlike v podatkih o pridelku ali težave pri nadzoru pridelkov, kot je konoplja, ki se lahko gojijo v zaprtih prostorih ali ki niso omejeni na določena geografska območja.

Zasegi drog pogosto štejejo kot posredni kazalec njene ponudbe, trgovskih poti in razpoložljivosti. So bolj neposreden kazalec dejavnosti kazenskega pregona na področju drog (npr. prednostnih nalog, virov, strategij), obenem pa izražajo prakse poročanja in vpliv, ki ga imajo uvedeni ukrepi na trgovce z drogami. Za razumevanje maloprodajnih trgov z drogami je mogoče analizirati tudi podatke o čistosti ali moči ter maloprodajne cene prepovedanih drog. Vendar pa je lahko razpoložljivost teh vrst podatkov omejena, zanesljivost in primerljivost pa sta lahko vprašljivi. Pri tem so lahko v pomoč obveščevalne informacije organov kazenskega pregona.

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

Podatki in ocene iz tega poročila so najboljše možne približne ocene, vendar jih je treba razlagati previdno, ker v številnih delih sveta primanjkuje dobrih informacijskih sistemov v zvezi s ponudbo drog.

v letu 2002. Teža zaseženih rastlin se je v tem obdobju izrazito povečala in je leta 2007 znašala 27 ton, od tega je Španija poročala o 25 tonah.

Moč in cena

Moč proizvodov iz konoplje se določi glede na vsebnost delta-9-tetrahidrokanabiola (THC), ki je glavna aktivna snov. Moč konoplje se med državami in znotraj držav, pa tudi med različnimi proizvodi iz konoplje, močno razlikuje. Informacije o moči konoplje temeljijo predvsem na forenzični analizi zasežene konoplje, izbrane na podlagi vzorcev. Ker ni jasno, koliko analizirani vzorci izražajo stanje na celotnem trgu, je treba podatke o moči razlagati previdno. Leta 2007 je nacionalna povprečna vsebnost THC v hašišu po poročanju znašala od 2,9 do 13,3 %.

⁽⁴⁵⁾ Podatki o zaselih drog v Evropi, navedeni v tem poglavju, so na voljo v preglednicah od SZR-1 do SZR-6 v Statističnem biltnu 2009.

⁽⁴⁶⁾ Zaradi razlik v velikosti pošiljk in prepotovanih razdaljah ter potrebe po prečkanju mednarodnih meja je pri hašišu tveganje, da bo zasežen, večje kot pri marihuani domače proizvodnje.

Povprečna moč marihuane, z izjemo doma gojene sinsemille („nederwiet“) na Nizozemskem, je znašala med 1,2 in 10,2 %. V obdobju 2002–2007 je povprečna moč hašiša in marihuane po poročanju ostala nespremenjena ali pa se je zmanjšala v večini od 16 evropskih držav, za katere je bilo mogoče opraviti analizo. Vendar pa so na Portugalskem in v Luksemburgu ugotovili naraščajoče trende glede povprečne vsebnosti THC v hašišu. O povečanju moči marihuane je poročalo še pet drugih držav. Podatki o moči lokalno proizvedene marihuane za več let so na voljo samo za Nizozemsko, kjer je bilo ugotovljeno nedavno zmanjšanje povprečne moči nederwiete, z najvišje vrednosti 20,3 % leta 2004 na 16 % leta 2006, pri čemer je ostala na tej ravni tudi leta 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Leta 2007 je povprečna maloprodajna cena hašiša znašala od 3 do 11 EUR za gram v 18 državah, ki so predložile podatke, pri čemer je polovica teh držav poročala o cenah med 5 in 9 EUR. Povprečna maloprodajna cena marihuane je znašala med 1 in 12 EUR za gram v 17 državah, ki so posredovale podatke, od teh jih je približno polovica poročala o cenah med 4 in 9 EUR. V 11 državah, ki so predložile podatke za obdobje 2002–2007, se je povprečna maloprodajna cena hašiša (popravljen glede na inflacijo) znižala. Razpoložljivi podatki za marihuano za isto obdobje kažejo na stabilnejše stanje.

Razširjenost in vzorci uživanja

Uživanje konoplje med širšo javnostjo

Po previdnih ocenah naj bi konopljo vsaj enkrat v življenju (razširjenost uživanja kadar koli v življenju) zaužilo približno 74 milijonov Evropejcev, kar je več kot ena petina oseb v starosti od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 3). Med državami so precejšnje razlike, pri čemer se nacionalne številke o razširjenosti gibljejo od 1,5 do 38,6 %. Ocene razširjenosti za večino držav so v razponu od 10 do 30 %.

Veliko držav poroča o razmeroma visokih ravneh razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem letu in zadnjem mesecu. Ocenjuje se, da je v zadnjem letu konopljo uporabilo približno 22,5 milijona Evropejcev, oziroma povprečno 6,8 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let. Ocene razširjenosti v zadnjem mesecu vsebujejo osebe, ki drogo uživajo redno, čeprav ne nujno tudi intenzivno. Ocenjuje se, da je v zadnjem mesecu drogo vzelo približno 12 milijonov Evropejcev, oziroma povprečno približno 3,6 % vseh oseb v starosti od 15 do 64 let.

Uživanje konoplje med mlajšimi odraslimi osebami

Uživanje konoplje je izrazito prisotno med mladimi (15 do 34 let), o najvišjih ravneh uživanja v lanskem letu pa se na splošno poroča med osebami, starimi od 15 do 24 let. To drži za skoraj vse evropske države, razen za Portugalsko ⁽⁴⁸⁾.

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

Uporabo drog med širšo ali šolsko populacijo je mogoče izmeriti z reprezentativnimi raziskavami, ki zagotavljajo ocene deleža posameznikov, ki poročajo o uživanju določenih drog v opredeljenem obdobju. Raziskave zagotavljajo tudi koristne informacije o vzorcih uživanja, sociodemografskih lastnostih uživalcev ter zaznavanjih tveganj in razpoložljivosti.

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

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

Izmed treh standardnih časovnih okvirov, ki se uporabljajo za sporočanje podatkov iz raziskav, je razširjenost kadar koli v življenju najpogostejša. To merilo ne odraža trenutnega stanja na področju uporabe drog med odraslimi, vendar je koristno za razumevanje vzorcev uživanja in pojavnosti. Za odrasle so standardne starostne skupine, ki jih uporablja Center, 15–64 let (vsi odrasli) in 15–34 let (mlajši odrasli), in poudarek je na časovnem okviru zadnjega leta in zadnjega meseca (uživanje v zadnjih 12 mesecih ali zadnjih 30 dneh pred raziskavo) ⁽¹⁾. Za šolsko mladino sta stopnji za razširjenost uživanja kadar koli v življenju in v zadnjem letu podobni, saj je uživanje prepovedanih drog pred 15. letom starosti redko.

V evropski raziskavi o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (ESPAD) se uporabljajo standardizirane metode in instrumenti za merjenje uživanja drog in alkohola med reprezentativnimi vzorci šolske mladine, stare 15 in 16 let. Raziskave so bile opravljene v letih 1995, 1999, 2003 in 2007. Leta 2007 so se podatki zbirali v 35 državah, skupaj s 25 državami članicami EU, Norveško in Hrvaško ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Za več informacij glej <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Povzetek glavnih ugotovitev raziskave ESPAD iz leta 2007 je na voljo v 23 jezikih (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Celotno poročilo je na voljo na spletni strani ESPAD (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Glej preglednici PPP-1 in PPP-5 v Statističnem biltenu 2009 za podatke o moči in cenah.

⁽⁴⁸⁾ Glej prikaz GPS-1 v Statističnem biltenu 2009.

Preglednica 3: Razširjenost uživanja konoplje med širšim prebivalstvom – povzetek podatkov			
Starostna skupina	Časovni okvir uživanja		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
15–64 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	74 milijonov	22,5 milijona	12 milijonov
Evropsko povprečje	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Razpon	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (1,5 %) Malta (3,5 %) Bolgarija (5,6 %) Ciper (6,6 %)	Romunija (0,4 %) Malta (0,8 %) Grčija (1,7 %) Bolgarija (1,9 %)	Romunija (0,1 %) Malta (0,5 %) Švedska (0,6 %) Litva (0,7 %)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (38,6 %) Italija (31,2 %) Francija (30,6 %) Združeno kraljestvo (30,0 %)	Italija (14,6 %) Španija (10,1 %) Češka (9,3 %) Francija (8,6 %)	Italija (7,2 %) Španija (7,1 %) Francija, Češka (4,8 %)
15–34 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	41,5 milijona	17 milijonov	9 milijonov
Evropsko povprečje	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Razpon	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (2,9 %) Malta (4,8 %) Ciper (9,9 %) Grčija (10,8 %)	Romunija (0,9 %) Malta (1,9 %) Grčija (3,2 %) Ciper (3,4 %)	Romunija (0,3 %) Švedska (1,3 %) Grčija, Litva (1,5 %)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (48,0 %) Francija (43,6 %) Združeno kraljestvo (40,1 %) Češka (38,3 %)	Italija (20,9 %) Češka (19,3 %) Španija (18,8 %) Francija (16,7 %)	Španija (13,4 %) Italija (10,4 %) Češka, Francija (9,8 %)
15–24 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	19 milijonov	10 milijonov	5 milijonov
Evropsko povprečje	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Razpon	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (3,7 %) Malta (4,9 %) Ciper (6,9 %) Grčija (9,0 %)	Romunija (1,5 %) Grčija, Ciper (3,6 %) Švedska (6,0 %) Portugalska (6,6 %)	Romunija (0,5 %) Grčija (1,2 %) Švedska (1,6 %) Ciper, Litva (2,0 %)
Države z največjo razširjenostjo	Češka (43,9 %) Francija (42,0 %) Danska (41,1 %) Nemčija (39,0 %)	Češka (28,2 %) Španija (24,1 %) Italija (22,6 %) Francija (21,7 %)	Španija (16,9 %) Češka (15,4 %) Francija (12,7 %) Italija (11,5 %)
Ocene razširjenosti v Evropi temeljijo na tehtanih povprečjih iz najnovejših nacionalnih raziskav, opravljenih od leta 2001 do leta 2008 (predvsem 2004–2008), zato jih ni mogoče pripisati enemu letu. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi ponderiranega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (334 milijonov), 15–34 (133 milijonov) in 15–24 (63 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltnu 2009 pod naslovom „Raziskave med širšo populacijo“.			

Podatki iz raziskav med prebivalstvom kažejo, da je v povprečju 31,1 % mlajših odraslih Evropejcev (15 do 34 let) že kdaj v življenju poskusilo konopljo, 12,5 % jih je konopljo zaužilo v zadnjem letu, 6,8 % pa v zadnjem mesecu. Ocenjuje se, da je še večji delež Evropejcev v starosti od 15 do 24 let zaužil konopljo v zadnjem

letu (15,9 %) ali zadnjem mesecu (8,3 %). Ocene nacionalne razširjenosti uživanja konoplje se med državami zelo razlikujejo po vseh merilih razširjenosti; države na zgornjem delu lestvice poročajo o vrednostih, ki so do desetkrat višje od vrednosti držav z najmanjšo razširjenostjo.

Uživanje konoplje je pogostejše med moškimi kot med ženskami (glej EMCDDA, 2006a), čeprav so med državami opažene izrazite razlike. Na primer, razmerje med moškimi in ženskami, ki so poročali o uživanju konoplje v zadnjem letu, znaša od 6,4 : 1 na Portugalskem do 1,4 : 1 v Avstriji.

Uživanje konoplje med šolsko mladino

Raziskava ESPAD ⁽⁴⁹⁾ daje primerljive podatke o uživanju alkohola in drog med šolsko mladino, staro 15 ali 16 let, v Evropi (Hibell et al., 2009). Leta 2007 je bila raziskava izvedena v 25 državah članicah EU in na Norveškem ter Hrvaškem. Nekatere države (npr. Španija, Švedska, Združeno kraljestvo) izvajajo svoje nacionalne raziskave med šolsko mladino, ki zagotavljajo podatke, skupaj s podatki o uživanju konoplje, primerljive z raziskavami ESPAD in HBSC (z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju).

Podatki iz raziskave ESPAD iz leta 2007 kažejo, da je razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki največja na Češkem (45 %) ⁽⁵⁰⁾, Estoniji, Franciji, Nizozemska, Slovaška in Združeno kraljestvo pa poročajo o stopnjah razširjenosti, ki znašajo od 26 do 32 %. Petnajst držav poroča o razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju med 13 in 25 %. O najnižjih stopnjah (manj kot 10 %) poročajo iz Grčije, Cipra, Romunije, Finske, Švedske in Norveške. Na splošno je razlika v razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju med spoloma majhna.

Španija (20 %) in Češka (18 %) poročata o največji razširjenosti uživanja konoplje v zadnjem mesecu med 15- in 16-letniki v Evropi ⁽⁵¹⁾.

Mednarodne primerjave

Evropske podatke lahko primerjamo s podatki iz drugih delov sveta. V Združenih državah Amerike je bilo na primer v nacionalni raziskavi o uporabi drog in zdravju (Samhsa, 2007) ocenjeno, da je razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju med mlajšimi odraslimi 49 % (15–34 let, preračunal Center), razširjenost v zadnjem letu pa 21 %. Za isto starostno skupino je bila v Kanadi razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju 58 % in razširjenost v zadnjem letu 28 % (2004), v Avstraliji (2004) pa 47 % oziroma 16 %. Vse te številke so višje od ustreznih evropskih povprečij, ki znašata 31,1 oziroma 12,5 %.

V zvezi s šolsko mladino sta le Španija in Češka poročali o stopnjah razširjenosti uživanja konoplje kadar koli

v življenju, ki so primerljive s stopnjami, o katerih so poročale Združene države Amerike in Avstralija.

Trendi uživanja konoplje

Podatki iz nacionalnih raziskav, ki so bili sporočeni Centru, kažejo, da se je v skoraj vseh državah EU uživanje konoplje v devetdesetih letih prejšnjega stoletja izrazilo povečalo, zlasti med mladimi (prikaz 3) in šolsko mladino. Do začetka stoletja je v večini evropskih držav velik delež mladih že poskusil ali jemal to drogo, kar ponazarja dejstvo, da se je med letoma 1998 in 2003 razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju med osebami, starimi od 15 do 34 let, povečala na približno 30 % v sedmih državah in preseгла 40 % v dveh drugih državah. Ustrezne stopnje razširjenosti v zadnjem letu v tej starostni skupini so znašale kar od 15 do 20 % v sedmih državah, razširjenost v zadnjem mesecu pa je dosegla od 8 do 15 % v šestih državah.

Zlasti zanimiv je trend uživanja konoplje v Združenem kraljestvu. V prvi polovici 90. let prejšnjega stoletja je ta država izstopala iz evropskega povprečja kot država z najvišjimi ocenami razširjenosti. To stanje se je postopoma spreminjalo, naraščale so predvsem stopnje uživanja v drugih državah, hkrati pa se uživanje konoplje v Združenem kraljestvu od približno leta 2003 enakomerno zmanjšuje, zlasti v starostni skupini od 16 do 24 let ⁽⁵²⁾, kar kaže na generacijski premik. Tudi drugod lahko opazimo trend upadanja ali umirjanja, in sicer v podatkih iz raziskav med šolsko mladino in raziskav med širšo populacijo. Štiri od enajstih držav, pri katerih je mogoče analizirati trend razširjenosti v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi osebami med letoma 2002 in 2007, poročajo o vsaj 15-odstotnem upadu začetne vrednosti, v drugih štirih državah pa se zdi stanje umirjeno ⁽⁵³⁾. V treh državah so se stopnje razširjenosti povečale za najmanj 15 %, čeprav drugi podatki vzbujajo pomisleke o tem trendu.

Trendi med šolsko mladino

Kot pri odraslih se je uživanje konoplje med šolsko mladino med letoma 1995 in 2003 povečalo v več evropskih državah, vendar se je nedavno na splošno ustavilo ali upadlo. Le dve od držav, ki jih spremlja Center in so leta 2007 sodelovale v raziskavah med šolsko mladino ESPAD (Litva, Slovaška), poročata o povečanju za več kot tri odstotne točke pri uživanju konoplje kadar koli v življenju od leta 2003, devet držav pa poroča o enakem upadu v tem obdobju ⁽⁵⁴⁾. Tudi podatki iz raziskav med

⁽⁴⁹⁾ Glej okvir o raziskavah med prebivalstvom, str. 40.

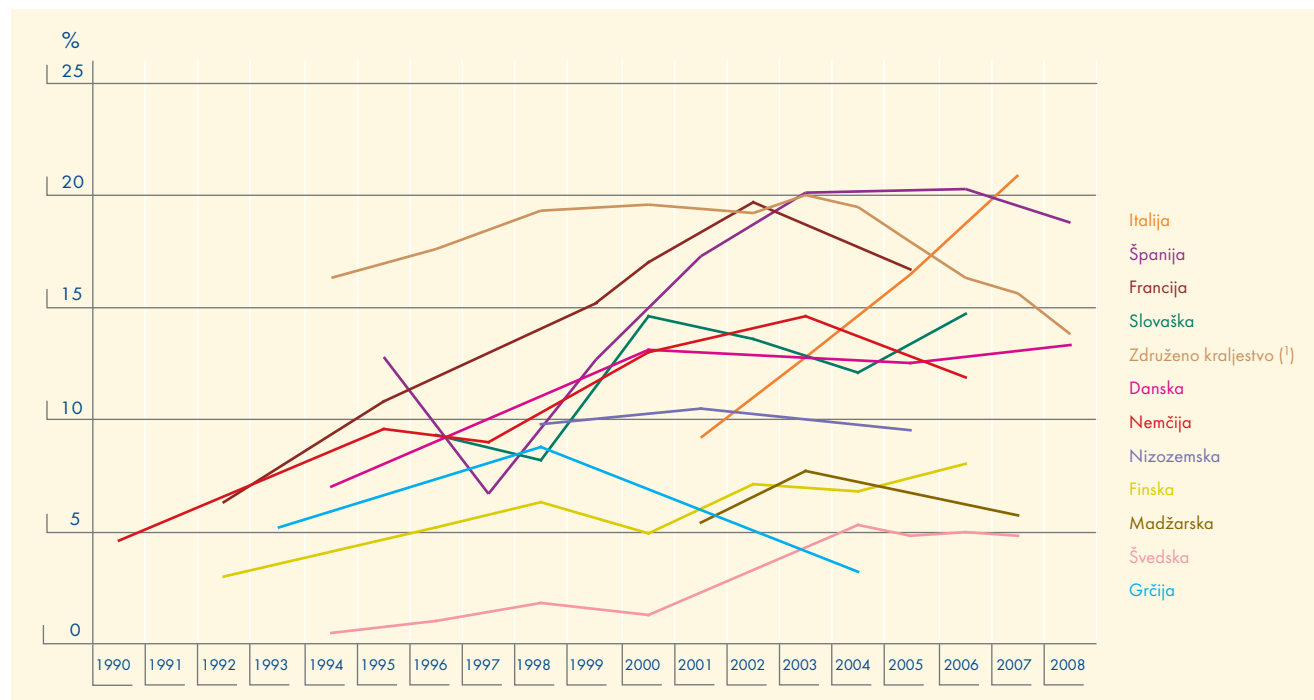
⁽⁵⁰⁾ Glej prikaz EYE-1 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁵¹⁾ Glej prikaz EYE-1 (del i) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁵²⁾ Glej prikaz GPS-10 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁵³⁾ Ker niso bile na voljo informacije o posameznih letih, so bile uporabljene informacije iz prejšnjih ali naslednjih let.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD meni, da povečanja ali zmanjšanja za več kot tri odstotne točke kažejo na spremembo.

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

(¹) Anglija in Wales.

Opomba: Za več informacij glej prikaz GPS-4 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2008), vzeta iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih člankov.

šolsko mladino v Združenih državah Amerike in Avstraliji kažejo na trend upadanja, ki je bil v Avstraliji prvič opazen leta 1999 (⁵⁵).

V Evropi lahko med letoma 1995 in 2007 opazimo različne vzorce časovnih trendov uživanja konoplje med šolsko mladino (prikaz 4). Sedem držav, predvsem iz severne in južne Evrope (Grčija, Ciper, Malta, Romunija, Finska, Švedska, Norveška), poroča o splošni nespremenjeni in nizki razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju v celotnem obdobju. Za večino zahodnoevropskih držav ter na Hrvaškem in v Sloveniji, v katerih je bila do leta 2003 razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju velika ali močno naraščajoča, je bil leta 2007 značilen upad ali ustalitev. Izmed teh 11 držav jih je devet poročalo o upadu za več kot tri odstotne točke, v dveh pa je bilo stanje ustaljeno. Stanje je nekoliko drugačno v večini srednje- in vzhodnoevropskih držav, kjer se zdi, da se naraščajoči trend, opazen med letoma 1995 in 2003, umirja. Šest držav iz te regije poroča o ustaljenem stanju, dve pa o povečanju za več kot tri odstotne točke (⁵⁶).

V nekaterih evropskih državah je povečanje uživanja konoplje kadar koli v življenju med šolsko mladino med letoma 1995 in 2003 spremljalo povečanje razširjenosti

kajenja cigaret kadar koli v življenju. Od leta 2003 sta se v številnih državah oba trenda spremenila, kar kaže na morebitno povezavo med kajenjem cigaret in uživanjem konoplje med mladimi (⁵⁷).

Vzorci uživanja konoplje

Razpoložljivi podatki kažejo na več vzorcev uživanja konoplje. Samo 30 % oseb, starih od 15 do 64 let, ki so kadar koli zaužili konopljo, je to storilo v zadnjem letu (⁵⁸). Vendar jih je izmed teh 30 % v povprečju 50 % konopljo zaužilo v zadnjem mesecu, nedavne raziskave pa kažejo, da je ponavljajoče uživanje konoplje v daljših časovnih obdobjih lahko precej ustaljeno, celo med mlajšimi uživalci (Perkonigg, 2008).

Ocena razširjenosti intenzivnih in dolgotrajnih vzorcev uživanja je pomembno vprašanje javnega zdravstva zaradi njihove povezave z negativnimi posledicami, kot so težave pri dihanju, neizkoriščanje lastnih zmognosti ali odvisnost (Hall in Solowij, 1998). Dnevno ali skoraj dnevno uživanje (20 dni ali več v zadnjih 30 dneh) je trenutno najboljši razpoložljivi kazalnik intenzivnega uživanja. Podatki o tej obliki uživanja konoplje v Evropi so bili zbrani v letih 2007 in 2008 v okviru „preskusa na terenu“, ki ga je Center usklajeval v sodelovanju

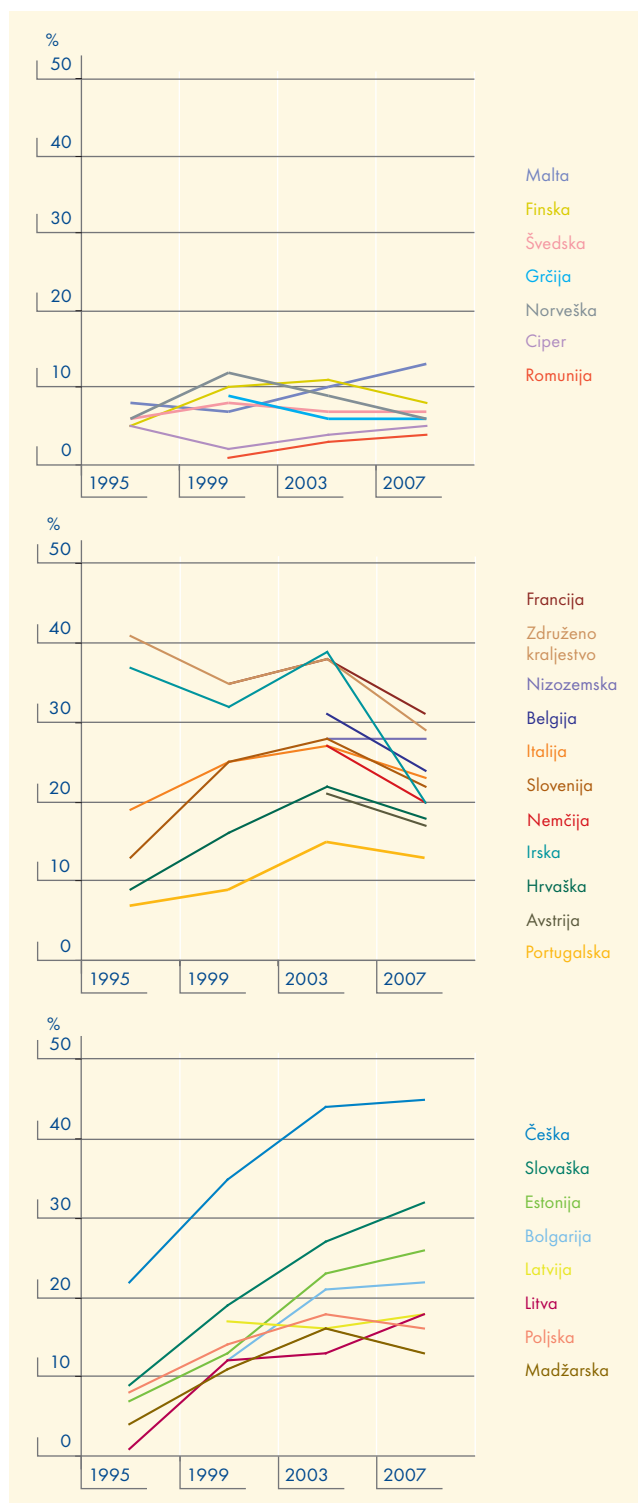
(⁵⁵) Glej prikaz EYE-1 (del xii) v Statističnem biltenu 2009.

(⁵⁶) Glej prikaz EYE-1 (del xiii) v Statističnem biltenu 2009.

(⁵⁷) Glej Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati.

(⁵⁸) Glej prikaz GPS-2 v Statističnem biltenu 2009.

Prikaz 4: Različni vzorci trendov razširjenosti uživanja konoplje kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki



Vir: ESPAD.

z nacionalnimi strokovnjaki in kontaktnimi točkami Reitox v 13 državah in je zajel 77 % odraslega prebivalstva EU (od 15 do 64 let). Na podlagi teh podatkov se ocenjuje, da več kot odstotek evropskih odraslih, približno 4 milijoni, vsak dan ali skoraj vsak dan uživa konopljo. Večina teh uživalcev, približno trije milijoni, je starih od 15 do 34 let, kar pomeni približno 2 do 2,5 % vseh Evropejcev v tej starostni skupini ⁽⁵⁹⁾.

Trende intenzivnega uživanja konoplje v Evropi je težko oceniti zaradi pomanjkanja podatkov. Izmed sedmih držav, ki so zagotovile podatke o nedavnih trendih, so štiri (Španija, Francija, Italija, Portugalska) poročale o povečanju razširjenosti dnevnega uživanja konoplje, ena o ustaljenem stanju (Irska), le dve državi pa sta poročali o zmanjšanju (Grčija, Nizozemska) ⁽⁶⁰⁾. Ti rezultati kažejo na morebitno splošno povečanje števila intenzivnih uživalcev konoplje v Evropi v zadnjem desetletju.

Ovisnost od konoplje je vedno bolj priznana kot mogoča posledica rednega uživanja te droge, četudi se resnost in posledice zdijo manj hude od tistih, ki so običajno povezane z drugimi psihoaktivnimi snovmi (npr. heroinom ali kokainom). Kljub temu pa je lahko splošen vpliv intenzivnih oblik uživanja konoplje na javno zdravje velik, in sicer zaradi razmeroma velikega deleža prebivalstva, ki konopljo uživa redno. Uživalci, zlasti prekomerni uživalci, imajo lahko težave, ne da bi pri tem nujno izpolnjevali klinična merila odvisnosti.

Študije kažejo, da je razvoj odvisnosti od konoplje manj nenaden kot pri drugih drogah (npr. kokainu) in da med osebami, ki so zaužile to drogo vsaj enkrat v življenju, postane odvisnih največ 10 % teh oseb (Wagner in Anthony, 2002). Podatki iz raziskave med širšim prebivalstvom v Združenih državah Amerike kažejo na odvisnost pri približno 20 do 30 % dnevnih uživalcev ⁽⁶¹⁾. Druge študije kažejo, da je lahko odvisnost od konoplje skozi čas razmeroma ustaljena (Swift et al., 2000). Kljub temu verjetno več kot polovica odvisnih uživalcev konoplje, ki preneha uživati to drogo, to lahko stori brez zdravljenja (Cunningham, 2000; Ellingstad et al., 2006).

Vzorci med šolsko mladino

Iz raziskave ESPAD iz leta 2007 je razvidno tudi, da je uživanje konoplje kadar koli v življenju povezano z večjo razpoložljivostjo te droge ⁽⁶²⁾, predvsem pa s pojmovanjem, da so tveganja manjša. V primerjavi s celotno populacijo je

⁽⁵⁹⁾ Evropska povprečja so ocena, ki temelji na ponderiranem povprečju (za populacijo) za države, ki so priskrbele podatke. Za države, ki podatkov nimajo, je povprečen rezultat približek. Pridobljeni podatki so 1,2 % za vse odrasle (15–64 let) in 2,3 % za mlajše odrasle (15–34 let). Glej preglednico GPS-7 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁶⁰⁾ Glej preglednico GPS-7 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁶¹⁾ Analiza podatkov nacionalne raziskave med prebivalstvom za Združene države Amerike med letoma 2000 in 2006. Spletni analitični pripomoček NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, obiskana 25. februarja 2008 in analizirana z uporabo spremenljivk MJDAY30A in DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Glej prikaz EYE-1 (del v) in (del vi) v Statističnem biltenu 2009.

pri uživalcih konoplje večja verjetnost, da uživajo alkohol, tobak ali druge prepovedane droge ⁽⁶³⁾.

Tudi novi podatki iz raziskave ESPAD bolje pojasnjujejo intenzivnejše vzorce uživanja konoplje. V desetih evropskih državah je med 5 in 12 % 15- in 16-letnih dijakov moškega spola poročalo, da je konopljo zaužilo 40-krat ali večkrat. Ta delež je bil vsaj dvakrat večji od deleža dijakinj, kar potrjuje druge podatke, ki kažejo, da so intenzivni vzorci uživanja pogostejši med mladimi moškimi. Zgodnji začetek uživanja se povezuje s poznejšim razvojem intenzivnejših in

bolj problematičnih oblik uporabe drog. V večini od desetih držav z razmeroma visokimi stopnjami pogostega uživanja je od 5 do 9 % dijakov navedlo, da so začeli uživati konopljo v starosti 13 let ali manj ⁽⁶⁴⁾.

Zdravljenje

Povpraševanje po zdravljenju

Leta 2007 je bila konoplja primarna droga v približno 20 % vseh primerov zdravljenja (73 000 odvisnikov), kar pomeni, da je po poročanju druga najpogostejša droga za heroinom. Vendar pa so razlike med državami velike, saj Bolgarija, Litva in Slovenija poročajo, da je manj kot 5 % odvisnikov navedlo konopljo kot glavni razlog za začetek zdravljenja, na Danskem, v Franciji, na Madžarskem, Nizozemskem in v Turčiji pa ta delež znaša več kot 30 %. Te razlike je mogoče pojasniti z razlikami v razširjenosti uživanja konoplje, potrebah glede zdravljenja odvisnosti od drog, zagotavljanju in organizaciji zdravljenja ali praksah glede napotitev. V dveh državah z največjim deležem uživalcev konoplje na zdravljenju so v Franciji svetovalni centri osredotočeni na mlade uživalce drog, na Madžarskem pa se storilec kaznivih dejanj, povezanih s konopljo, zdravljenje odvisnosti ponuja kot alternativa kazni. Kazensko-sodni sistem ima bistveno vlogo pri napotitvah na zdravljenje v obeh državah, vendar države članice na splošno poročajo, da se večina uživalcev konoplje v Evropi začne zdraviti na lastno pobudo.

Odvisniki, ki se zaradi uživanja konoplje začnejo zdraviti v izvenbolnišničnih centrih, po poročanju jemljejo tudi druge droge. Na podlagi podatkov, zbranih v 14 državah, 85 % odvisnikov uživa še drugo drogo, predvsem alkohol (65 %) ali kokain (13 %), nekateri pa poročajo o uživanju alkohola in kokaina (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Trendi novih povpraševanj po zdravljenju

V 19 državah, za katere so na voljo podatki, sta se število in delež primarnih uživalcev konoplje med tistimi, ki se začnejo prvič zdraviti, med letoma 2002 in 2007 povečala s približno 19 000 na 34 000 (s 25 na 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Vendar se zdi, da je bil ta trend med letoma 2006 in 2007 prekinjen, saj je večina držav poročala, da delež novih uživalcev konoplje upada ali da se ustaljuje. Morda je to povezano z novimi trendi uživanja konoplje, lahko pa izraža tudi spremembe v metodah poročanja, prenasičenost zmogljivosti za zdravljenje ali uporabo drugih storitev (npr. osnovnega zdravstvenega varstva, službe za duševno zdravje).

Kratke lestvice za merjenje problematičnih oblik uživanja konoplje v raziskavah med širšim prebivalstvom

Obstajajo dognanja, da je mogoče odvisnost od konoplje med širšim prebivalstvom meriti enako zanesljivo kot v vzorcih zdravljenih uživalcev, vključno z merjenjem simptomov odtegnitve (Mennes et al., 2009). Center zato v sodelovanju z več državami pripravlja metode za spremljanje intenzivnejših in dolgotrajnih oblik uživanja konoplje.

V zadnjih letih so bile preskušene različne metodologije za ocenjevanje – v okviru raziskav med širšim prebivalstvom – razširjenosti intenzivnih in problematičnih oblik uporabe drog, zlasti uživanja konoplje. Nemški strokovnjaki so proučili vire literature in delo, ki poteka na tem področju, ter izdelali štiri kratke lestvice za konopljo, ki so bile preskušane na vzorcih širšega prebivalstva v Evropi. Lestvice obsegajo naslednje teme: resnost odvisnosti (*Severity of Dependence Scale* – SDS), problematično uživanje marihuane (*Problematic Use of Marijuana* – PUM), presejalni preskus zlorabe konoplje (*Cannabis Abuse Screening Test* – CAST) in identifikacijski preskus motenj v zvezi z uživanjem konoplje (*Cannabis Use Disorders Identification Test* – CUDIT) (Piontek et al., 2008). Lestvice vključujejo od štiri do deset postavk in na splošno je bilo ugotovljeno, da so njihove psihometrične značilnosti (npr. njihova sposobnost doslednega razlikovanja med pravimi in nepravimi primeri ter skladnost z zaželenim konceptom odvisnosti od konoplje ali težav v zvezi s konopljo) zelo dobre.

Zaradi pomanjkanja enotnega stališča kateri koncept (npr. odvisnost, zloraba, škodljivo uživanje, težave v zvezi z uživanjem) ali sklop konceptov bi bilo treba meriti za ocenjevanje problematičnih oblik uživanja konoplje, so na tem področju še vedno nekatere težave. Lahko se pojavijo tudi težave pri ocenjevanju, ker lahko meritve pojava z nizko razširjenostjo privedejo do „lažnih pozitivnih“ primerov in torej pretirano oceno problematičnega uživanja konoplje v celotni populaciji. Dodatne potrditvene študije, ki potekajo ali so načrtovane, bodo morda pomagale odpraviti te težave.

⁽⁶³⁾ Glej Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati.

⁽⁶⁴⁾ Glej prikaz EYE-1 (del iii) in (del vii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁶⁵⁾ Glej Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati.

⁽⁶⁶⁾ Glej prikaza TDI-1 in TDI-2 in preglednici TDI-3 (del iv) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

Profil odvisnikov, ki se zdravijo

Uživalci konoplje, ki se začnejo izvenbolnišnično zdraviti v Evropi, so predvsem mlajši moški, pri čemer je razmerje med moškimi in ženskami 5,5 : 1, povprečna starost pa je 25 let ⁽⁶⁷⁾. Med uporabniki droge, ki se začnejo izvenbolnišnično zdraviti prvič, primarno uživa konopljo 67 % oseb, starih od 15 do 19 let ⁽⁶⁸⁾, in 78 % oseb, mlajših od 15 let.

Na splošno je 24 % primarnih uživalcev konoplje, ki se začnejo izvenbolnišnično zdraviti, občasnih uživalcev, ki jih na zdravljenje pogosto napoti kazensko-sodni sistem, 12 % jih uživa konopljo tedensko ali manj pogosto, približno 18 % jo zaužije dvakrat do šestkrat na teden, 47 % pa jih je dnevnih uživalcev, ki so najbolj problematična skupina. Med državami lahko opazimo velike razlike. Na Madžarskem, v Romuniji in na Hrvaškem je večina uživalcev konoplje, ki se zdravijo, občasnih uživalcev, v Belgiji, na Danskem, v Španiji, Franciji, na Malti in Nizozemskem pa jih je večina dnevnih uživalcev ⁽⁶⁹⁾. Francoska raziskava med uživalci, ki se zdravijo v specializiranih svetovalnih centrih, je pokazala, da je odvisnih 63 % dnevnih uživalcev konoplje (Obradovic, 2008).

Številni uživalci konoplje se še vedno šolajo in imajo urejeno nastanitev (EMCDDA, 2008a). Vendar je v Franciji 34 % uživalcev konoplje obiskovalo tehnične šole v primerjavi s 6,8 % v širši populaciji (Obradovic, 2008), kar kaže na nižjo stopnjo izobrazbe.

Povezava med uživanjem konoplje in hkratnimi duševnimi motnjami ostaja nerešeno in zapleteno vprašanje (EMCDDA, 2008a). Vendar pa so študije pokazale, da je pri osebah z duševnimi motnjami, zlasti shizofrenijo, večje tveganje, da bodo konopljo začele uživati intenzivno (Henquet et al., 2005). Poleg tega obstajajo jasni dokazi, da je lahko uživanje konoplje škodljivo za osebe, ki že imajo duševne težave (ACMD, 2008). Morda se razmeroma pogosto tudi zgodi, da je mladostnik napoten v program zdravljenja zaradi težav s konopljo, a ima v resnici prikrite duševne motnje (Schroder et al., 2008). Morda je temu tako, ker v javnih službah za duševno zdravje morda ne iščejo ali najdejo ustreznega zdravljenja za svoje težave (Zachrisson et al., 2006).

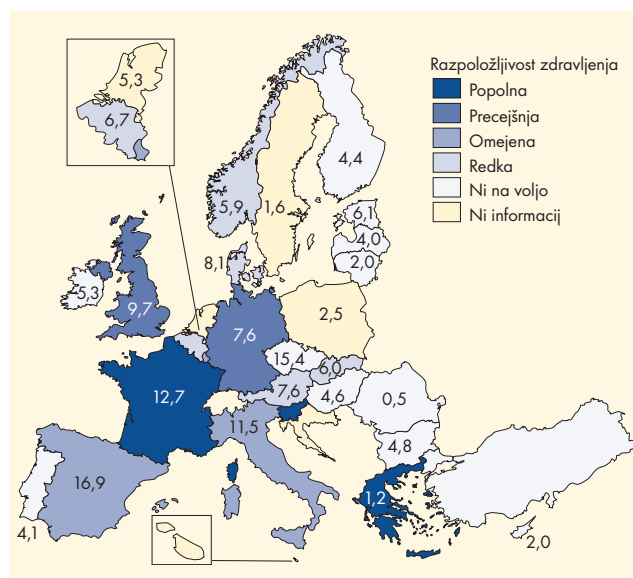
Zagotavljanje zdravljenja

Posebni programi zdravljenja za uživalce konoplje lahko ponudijo storitve, ki so posebej prilagojene potrebam te skupine in lahko zmanjšajo tveganje, da

bi se mladi zdravili v istem okolju kot bolj problematični in starejši uporabniki drog. Center je leta 2008 zbiral informacije o razpoložljivosti takih programov v Evropi. Nacionalni strokovnjaki so poročali, da obstajajo v 13 izmed 25 držav poročevalk (prikaz 5).

Razpoložljivost storitev se je med državami razlikovala. Ocenjeno je bilo, da bi bilo skoraj vsem, ki so želeli posebno zdravljenje, to zdravljenje omogočeno v Franciji, Grčiji in Sloveniji, več kot polovici teh oseb v Nemčiji in Združenem kraljestvu in le majhnemu številu v preostalih osmih državah. Izmed 12 držav, ki so poročale, da posebnih programov za uživalce konoplje nimajo, a nameravajo take centre v naslednjih treh letih ustanoviti, so Bolgarija, Češka, Estonija, Ciper, Romunija in Turčija.

Prikaz 5: Razpoložljivost posebnih programov zdravljenja za uživalce konoplje in razširjenost uživanja konoplje (%) v zadnjem mesecu med 15- do 24-letniki



Opomba: Razpoložljivost je določena z ocenjenim deležem uživalcev konoplje, ki potrebujejo zdravljenje in ga lahko prejmejo: skoraj vsi (popolna), večina, vendar ne skoraj vsi (precejšnja), več kot majhno število, vendar ne večina (omejena), samo malo (redka), ni na voljo.

Podatke o razpoložljivosti posebnih programov zdravljenja so zagotovili nacionalni strokovnjaki, ki so ocenjevali obseg, v katerem zmogljivosti zdravljenja ustrezajo povpraševanju uživalcev konoplje, ki dejavno iščejo zdravljenje. Posebni programi lahko zagotovijo strukturirano zdravljenje problematičnim uživalcem konoplje, podporo sorodnikom, svetovanje neproblematičnim uživalcem konoplje ali mladim prestopnikom. Poroča se, da taki programi obstajajo na Nizozemskem, vendar informacije o njihovi razpoložljivosti niso znane. Razširjenost uživanja konoplje v zadnjem mesecu v starostni skupini od 15 do 24 let kaže na delež mladih, ki lahko pridejo v stik s takimi programi. Ne izraža potreb po zdravljenju ali stopnje problematičnega uživanja konoplje v neki državi. Za več informacij o razširjenosti glej preglednico GPS-16 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

⁽⁶⁷⁾ Glej preglednico TDI-21 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁶⁸⁾ Glej preglednico TDI-10 (del iv) in (del vi) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁶⁹⁾ Glej preglednici TDI-18 (del i) in TDI-111 (del viii) v Statističnem biltenu 2009.

Programi zdravljenja za uživalce konoplje v Evropi

V Grčiji enote za mladostnike OKANA ponujajo zgodnji program ukrepanja za eksperimentalne ali občasne uživalce konoplje, za intenzivne in problematične uživalce pa je na voljo bolj strukturirano zdravljenje. Zdravljenje temelji predvsem na sistemski in družinski terapiji.

V Franciji približno 275 namenskih svetovalnih centrov po vsej državi ponuja preventivne informacije, hitre ukrepe in podporo mladim uporabnikom drog (predvsem konoplje), mladim prestopnikom in njihovim sorodnikom. Če se ugotovi problematična uporaba drog (npr. odvisnost) ali hujše hkratne duševne motnje, uživalce napotijo na specializirane službe.

V Avstriji več svetovalnih centrov (npr. ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) uporablja posebne koncepte za mlade uživalce konoplje, katerih cilj je ločiti te uživalce od drugih bolnikov, zlasti uživalcev opioidov, in v svetovanje ali zdravljenje vključiti njihove sorodnike in prijatelje.

V Nemčiji je bil spletni program za prenehanje uživanja konoplje „Quit the shit“⁽⁷⁰⁾ prenesen na 12 ustanov za svetovanje o odvisnosti od drog v sedmih zveznih deželah. Za osebe, ki jih napoti kazensko-sodni sistem, program FRED (glej poglavje 2) ponuja motivacijsko svetovanje na podlagi razgovorov. V Dresdnu se trenutno izvaja CANDIS, program zdravljenja za bolnike s težavami, povezanimi s konopljo, ki temelji na izboljšanju motivacije, kognitivno-vedenjski terapiji in reševanju psihosocialnih težav. Ocena tega programa je pokazala pozitivne rezultate in na podlagi ugotovitev iz potekajoče nadaljevalne študije v desetih dodatnih centrih bo sprejeta odločitev, ali se bo ta program izvajal tudi drugje.

Belgija, Nemčija, Francija, Nizozemska in Švica sodelujejo v mednarodni študiji INCANT, v kateri se proučuje učinkovitost celostnega družinskega zdravljenja problematičnega uživanja konoplje.

Znanstvena literatura s tega področja navaja, da se je pri zdravljenju zaradi konoplje za učinkovite izkazalo več psihoterapij, skupaj z motivacijsko terapijo in kognitivno-vedenjsko terapijo, vendar pa se nobena oblika ni izkazala za učinkovitejšo od druge (Nordstrom in Levin, 2007). Nekaterim problematičnim uživalcem konoplje lahko koristijo tudi hitri ukrepi, ki jih izvajajo na primer socialne službe za mladoletnike, zdravniki in šole.

Nedavna nadzorovana študija z naključnim vzorcem, v kateri je sodelovalo 326 mladih intenzivnih uživalcev konoplje, je pri spremljanju rezultatov po treh oziroma šestih mesecih odkrila, da ni razlik v stopnjah prenehanja

uživanja konoplje med osebami, s katerimi so bili opravljeni motivacijski razgovori, in osebami, ki so prejele samo nasvete ali informacije o uporabi drog (McCambridge et al., 2008). Vendar so bili v zvezi s prenehanjem uživanja konoplje po treh mesecih opaženi posamični terapevtski učinki in povezava med terapevtom in ukrepom. Te ugotovitve ponazarjajo pomen usposabljanja izvajalcev zdravstvene oskrbe, ki izvajajo ukrepe za mlade uživalce konoplje, zlasti zunaj specialističnih služb.

Zdravljenje s pomočjo svetovnega spleta

Spletno zdravljenje v Evropi obstaja od leta 2004, vendar je njegova ponudba še vedno omejena. Nedavna študija ponuja vpogled v sedanje stanje tovrstnega ukrepa v Evropski uniji (EMCDDA, 2009a). Spletno zdravljenje je mogoče opredeliti kot „posebno izdelane ali prilagojene strukturirane in načrtovane ukrepe zdravljenja odvisnosti od drog, ki se ponujajo in sporočajo prek svetovnega spleta“. Ukrepi za zdravljenje motenj v zvezi z uživanjem konoplje so bili ugotovljeni v Nemčiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu, poleg tega pa so bili na Nizozemskem ugotovljeni tudi drugi ukrepi, oblikovani za uživalce kokaina in „klubskih drog“ (npr. ekstazija).

Spletno zdravljenje razvijajo organizacije, ki se ukvarjajo z zdravljenjem ali preprečevanjem, njegov namen pa je pomagati uporabnikom drog pri ocenjevanju njihovega uživanja snovi in njihovih poskusih, da bi spremenili to obliko vedenja. Ukrepi vsebujejo informacije in teste o poznavanju droge ali igrice o drogah in odvisnosti od drog ali teste, s katerimi oseba dobi informacije o lastnem uživanju drog. Njihova skupna značilnost je razpoložljivost strukturiranega ukrepa za zdravljenje, ki je bodisi predhodno prilagojen program samopomoči brez stikov s svetovalci ali strukturiran program z načrtovanimi stiki. Program samopomoči se lahko izvaja prek individualnih klepetov ali razpravljalnic. Včasih so zagotovljeni stiki z drugimi uporabniki drog prek foruma, s čimer se oblikujejo virtualne skupine za samopomoč.

Še vedno ni na voljo dovolj dokazov o učinkovitosti tovrstnih ukrepov, vendar ugotovitve iz prvih nadzorovanih študij z naključnim vzorcem kažejo na morebitne koristi. Predhodni rezultati vrednotenja ukrepa „Quit the shit“ za uživalce konoplje v Nemčiji so pokazali, da je 32 % udeležencev poročalo o abstinenci po dokončanju programa in da je ukrep dosegel zlasti uživalce, ki so zdravljenje iskali prvič. Ti ukrepi zaradi nizkopražnega dostopa lahko dosežejo posameznike, ki nočejo uporabiti drugih storitev. Njihovo učinkovitost pa obenem lahko ovirajo druge resne težave, kot je odvisnost ali druge duševne zdravstvene težave, ki presegajo zmogljivosti spletnega zdravljenja.

⁽⁷⁰⁾ Glej „Spletno zdravljenje“.

Poglavje 4

Amfetamini, ekstazi in halucinogene snovi

Uvod

Amfetamini (splošen izraz, ki označuje amfetamine in metamfetamine) in ekstazi so med najpogostejše uporabljene prepovedane droge v Evropi. V absolutnih številkah je uživanje kokaina morda pogostejše, vendar je zaradi njegove geografske porazdelitve v številnih državah druga najpogostejše uporabljena prepovedana snov za konopljo bodisi ekstazi ali amfetamini. Uživanje amfetaminov v nekaterih državah predstavlja znaten del težav z drogami, saj jih uživa velik del tistih, ki potrebujejo zdravljenje.

Amfetamin in metamfetamin stimulirata osrednji živčni sistem. V Evropi je amfetamin precej bolj običajen, medtem ko se zdi, da je znatnejše uživanje metamfetamina omejeno na Češko in Slovaško.

Izraz ekstazi se nanaša na sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se nekoliko razlikujejo po učinkih. Najbolj znana snov iz skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), v tabletah ekstazija pa je včasih mogoče najti tudi druge

podobne snovi (MDA, MDEA). Ekstazi je bil v Evropi do konca osemdesetih let prejšnjega stoletja skoraj neznan, vendar se je njegovo uživanje v devetdesetih letih močno povečalo. Njegova priljubljenost je bila v preteklosti povezana s sceno plesne glasbe, na splošno pa je velika razširjenost uživanja sintetičnih drog povezana s posebnimi kulturnimi podskupinami ali socialnimi okolji.

Daleč najbolj znana halucinogena droga v Evropi je dietilamid lisergične kisline (LSD), njeno uživanje pa je že nekaj časa manjše in precej ustaljeno. Zdi se, da se v zadnjih letih med mladimi povečuje zanimanje za naravne halucinogene, ki jih vsebujejo na primer halucinogene gobe.

Ponudba in razpoložljivost

Sintetične predhodne sestavine

Cilj prizadevanj kazenskega pregona so predhodne sestavine, potrebne za izdelavo prepovedanih drog, na tem področju pa je mednarodno sodelovanje še posebej dragoceno. Projekt Prism je mednarodna pobuda,

Preglednica 4: Proizvodnja, zasegi, cena in moč amfetamina, metamfetamina, ekstazija in LSD

	Amfetamin	Metamfetamin	Ekstazi	LSD
Ocena svetovne proizvodnje (v tonah)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	Ni podatkov
Svetovne zasežene količine (v tonah)	23,6	18,2	7,9	0,9
Zasežena količina v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	7,9 tone (8,1 tone)	340 kilogramov (340 kilogramov)	21 milijonov tablet (22 milijonov)	68 000 enot (68 000)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Povprečna maloprodajna cena (EUR)	gram	gram	tableta	odmerek
Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	5–30 (12–23)	8–51	3–19 (4–8)	4–30 (7–12)
Razpon povprečne čistosti	4–40 %	3–66 %	21–90 let	—

⁽¹⁾ Na voljo so samo agregatne ocene svetovne proizvodnje amfetamina in metamfetamina.

⁽²⁾ Razpon srednje polovice sporočenih povprečnih cen.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2007.

Viri: Svetovno poročilo o drogah UNODC (2009) za svetovne vrednosti, Nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

namenjena preprečevanju zlorabe predhodnih sestavin, ki se uporabljajo pri prepovedani proizvodnji sintetičnih drog ⁽⁷¹⁾, in sicer prek sistema prijav pred izvozom za dovoljeno trgovino in poročanja o ustavljenih in zaseženih pošilkah pri pojavu sumljivih transakcij. Informacije o dejavnosti na tem področju se sporočijo Mednarodnemu nadzornemu svetu za droge (INCB, 2009b).

INCB poroča o velikih povečanjih števila zasegov dveh ključnih predhodnih sestavin metamfetamina v svetu v letu 2007, efedrina z 22 tonami (v primerjavi z 10,2 tone v letu 2006) in psevdofedrina s 25 tonami (v primerjavi z 0,7 tone v letu 2006). V državah članicah EU (predvsem na Švedskem in v Bolgariji) je bilo zaseženo 0,6 tone efedrina, kar je več kot dvakratna količina, ki je bila zasežena v letu 2006, in več kot 7 ton psevdofedrina, pri čemer je bila skoraj celotna količina zasežena v Franciji.

Kaj je predhodna sestavina?

Na področju drog izraz „predhodna sestavina“ označuje snovi, katerih uporaba je dovoljena, vendar se lahko uporabljajo tudi za prepovedano proizvodnjo drog. Za te snovi se lahko uporabljajo tudi drugi izrazi, npr. „kemične sestavine“.

Pravna podlaga za mednarodni nadzor „predhodnih sestavin“ je člen 12 Konvencije Združenih narodov proti nedovoljeni trgovini z mamili in psihotropnimi substancami iz leta 1988. V Konvenciji sta opredeljeni dve preglednici, ki navajata 23 „snovi, ki se pogosto uporabljajo v nedovoljeni proizvodnji mamil ali psihotropnih snovi“, katerih zlorabo v nezakonite namene je treba preprečiti.

Člen 12 je bil prenesen v prvotno evropsko zakonodajo, sprejeto leta 1990, za preprečevanje zlorabe teh snovi v nezakonite namene (EGS št. 3677/90), in uredbe, sprejete pozneje za ureditev prometa s temi snovmi v EU (ES št. 273/2004), med EU in državami, ki niso članice EU (ES št. 1111/2005), in vzpostavitev postopkov izdaje licenc in pravil spremljanja (ES št. 1277/2005).

Kategorija 1 uredb EU vključuje predvsem snovi, ki so nujne za proizvodnjo sintetičnih drog, kot sta efedrin in psevdofedrin (za metamfamin); 3,4-metilendioksifenil-2-propanon (PMK), izosafrol in safrol (za ekstazi) in 1-fenil-2-propanon (P-2-P, BMK) (za amfetamin in metamfamin). Kategorija 2 vključuje pomembne reagente, kot sta kalijev permanganat in anhidrid očetne kisline, ki se široko uporabljata za proizvodnjo kokaina oziroma heroina. V kategoriji 3 so navedeni bolj pogosti reagenti, skupaj s klorovodikovo kislino in žveplovo kislino (za heroin in kokain), ter topila, kot sta aceton (za kokain in MDMA) in toluen (za metamfamin in MDMA).

V nasprotju s tem se je v letu 2007 število zasegov 1-fenil-2-propanona (P-2-P, BMK), ki se lahko uporabi pri nezakoniti proizvodnji amfetamina in metamfetamina, v svetu močno zmanjšalo na 834 litrov (v primerjavi z 2 600 litri v letu 2006). Zasegi P-2-P v EU so znašali 582 litrov v primerjavi z 2 005 litri v letu 2006.

Količina svetovnih zasegov 3,4-metilendioksifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P, PMK), ki se uporablja pri proizvodnji MDMA, se je v letu 2007 še naprej zmanjševala in znašala 2 300 litrov v primerjavi z 8 800 litri v letu 2006. Vendar so svetovni zasegi safrola, ki pri sintezi MDMA lahko nadomesti 3,4-MDP-2-P, v letu 2007 skokovito narasli, saj je bilo zaseženih 46 000 litrov (62 litrov v letu 2006), pri čemer je bilo v EU zaseženih le 8 litrov.

Amfetamin

Svetovna proizvodnja amfetamina je še vedno najbolj razširjena v Evropi, kjer je bilo po poročanju leta 2007 81 % vseh laboratorijev za izdelavo amfetaminov (UNODC, 2009), čeprav jo najdemo tudi v drugih delih sveta, predvsem v Severni Ameriki ⁽⁷²⁾. Leta 2007 je bilo na svetu zaseženih skoraj 24 ton amfetaminov, od tega približno dve tretjini na Bližnjem in Srednjem vzhodu v povezavi s tabletami „captagon“ ⁽⁷³⁾, proizvedenimi v jugovzhodni Evropi (glej preglednico 4). V zahodni in srednji Evropi je bilo opravljenih 36 % vseh svetovnih zasegov, kar kaže, da je Evropa velika proizvajalka in potrošnica te droge (CND, 2008; UNODC, 2009).

Večina amfetamina, zaseženega v Evropi, se proizvaja (v vrstnem redu po obsegu) na Nizozemskem, Poljskem in v Belgiji, v manjšem obsegu pa v Estoniji in Litvi. Leta 2007 so v Evropski uniji odkrili 29 lokacij, povezanih s proizvodnjo, tabletiranjem ali shranjevanjem amfetaminov, in jih sporočili Europolu.

Leta 2007 je bilo v Evropi po ocenah opravljenih 40 000 zasegov, v katerih je bilo zaseženo 8,1 tone amfetamina v prahu ⁽⁷⁴⁾. V obdobju 2002–2007 se je število zasegov stalno povečevalo, količina prestreženih amfetaminov pa je nihala, čeprav je bil ta trend na plošno naraščajoč, in dosegla novo najvišjo vrednost v letu 2007 ⁽⁷⁵⁾.

Čistost vzorcev amfetamina, prestreženega v Evropi v letu 2007, se zelo razlikuje, in sicer toliko, da je pri trditvah v zvezi s povprečnimi vrednostmi potrebna previdnost. Kljub temu se povprečna čistost vzorcev giblje od manj kot 10 %

⁽⁷¹⁾ Glej „Kaj je predhodna sestavina?“.

⁽⁷²⁾ Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon je eno izmed registriranih trgovskih imen za fenetilin, sintetični stimulant osrednjega živčnega sistema, čeprav tablete, ki se s tem logotipom prodajajo na nezakonitem trgu, običajno vsebujejo amfetamin, pomešan s kofeinom.

⁽⁷⁴⁾ Ta analiza je začasna, saj podatki za Združeno kraljestvo za leto 2007 še niso na voljo.

⁽⁷⁵⁾ Podatki o zasegih drog v Evropi, omenjenih v tem poglavju, so na voljo v preglednicah SZR-11 do SZR-18 v Statističnem biltnu 2009.

na Danskem, v Nemčiji, Franciji in Združenem kraljestvu do več kot 30 % na Nizozemskem, Poljskem in v nekaterih baltskih ter nordijskih državah. V zadnjih petih letih je čistost amfetamina ustaljena oziroma upada v večini izmed tistih 20 držav, kjer je na voljo dovolj podatkov za analizo trendov.

Leta 2007 je povprečna maloprodajna cena amfetamina znašala od 10 do 20 EUR za gram v več kot polovici od 17 držav poročevalk. Od 11 držav, katerih podatke za leti 2006 in 2007 je bilo mogoče primerjati, so o povečanih maloprodajnih cen poročale Španija, Francija in Avstrija, druge države pa so poročale o ustaljenih ali vse nižjih cenah.

Metamfetamin

Proizvodnja metamfetamina je najbolj razširjena v vzhodni in jugovzhodni Aziji ter Severni Ameriki, vse več poročil o tej dejavnosti pa prihaja iz Latinske Amerike in Oceanije. Leta 2007 je bilo zaseženo 18,2 tone metamfetaminov, kar pomeni, da se od leta 2004 nadaljuje ustaljeni trend. Večina te droge je bila zasežena v vzhodni in jugovzhodni Aziji (56 %), sledi Severna Amerika, v Evropi pa je bilo opravljenih le 2 % zasegov (UNODC, 2009).

V Evropi je prepovedana proizvodnja metamfetamina večinoma omejena na Češko kjer so leta 2007 odkrili približno 390 manjših „kuhinjskih laboratorijev“. Po poročanju to drogo proizvajajo tudi na Slovaškem in v Litvi.

Leta 2007 so v Evropi poročali o skoraj 4 500 zaselih metamfetamina, kar pomeni približno 340 kilogramov te droge. Na Norveškem so opravili največ zasegov in prestregli največjo količino metamfetamina. Med letoma 2005 in 2007 sta se v Evropi povečala tako število kot tudi količina zaseženega metamfetamina, kljub temu pa sta v primerjavi z drugimi drogami še vedno nizka.

Proizvodnja metamfetamina v Evropi: skupna publikacija Centra in Evropa

Center in Europol sta leta 2009 začela objavljati niz skupnih publikacij o ponudbi drog v Evropi. Prvo poročilo iz tega niza vsebuje obsežen pregled vprašanj proizvodnje in preprodaje metamfetamina v Evropi, v njem se tudi proučujejo odzivi na evropski in mednarodni ravni ⁽¹⁾.

Poročila o ponudbi drugih sintetičnih drog v Evropi, skupaj z amfetaminom in ekstazijem, bodo nizu publikacij dodana pozneje.

⁽¹⁾ Na voljo na naslovu: <http://emcdda.europa.eu/publications>

Ekstazi

UNDOC (2009) ocenjuje, da svetovna proizvodnja ekstazija znaša med 72 in 137 ton. Zdi se, da je proizvodnja postala bolj geografsko razpršena, saj poteka bližje potrošniškim trgov v Severni Ameriki, vzhodni in jugovzhodni Aziji ter Oceaniji. Kljub temu pa Evropa ostaja glavno področje proizvodnje ekstazija, saj so njena središča na Nizozemskem, v Belgiji ter nekoliko manj tudi v Nemčiji, Združenem kraljestvu in na Poljskem.

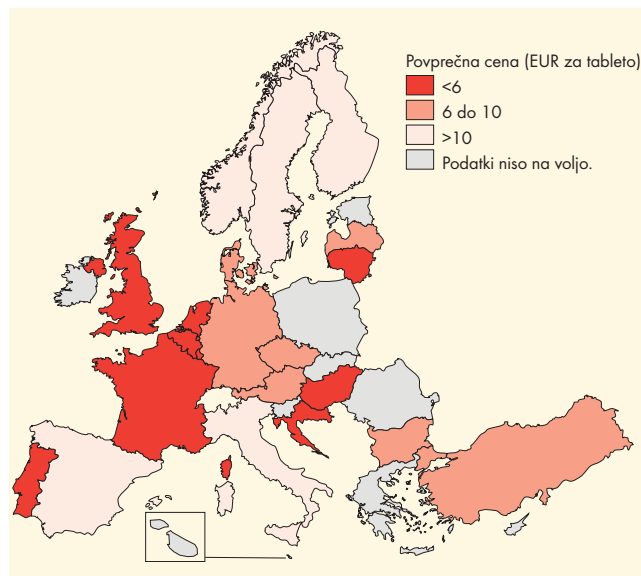
Leta 2007 so svetovni zasegi ekstazija dosegli 7,9 tone, pri čemer so v večini regij poročali o povečanih. V zahodni in srednji Evropi je bilo opravljenih 36 % vseh svetovnih zasegov, v jugovzhodni Evropi pa 2 % (UNODC, 2009). Na splošno se je v Evropi leta 2007 poročalo o več kot 24 000 zaselih, v katerih je bilo po ocenah prestreženih 22 milijonov tablet ekstazija. Nizozemska je poročala o največji zaseženi količini 8,4 milijona tablet, kar je dvakrat več kot zasežena količina iz leta 2006. Le dve drugi evropski državi poročata o zaselih, ki so se leta 2007 približali temu obsegu, in sicer Francija in Nemčija, ki poročata o približno milijon zaseženih tabletah. Tudi Združeno kraljestvo je poročalo o zasiegu več kot šestih milijonov tablet v letu 2006, podatki za leto 2007 pa še niso na voljo.

V obdobju 2002–2007 se je število zasegov ekstazija, o katerih se je poročalo v Evropi, močno zmanjšalo v letu 2003, od takrat pa se iz leta v leto rahlo povečuje. V istem obdobju je zasežena količina dosegla najnižjo vrednost leta 2005, vendar je spet narasla in zdi se, da se približuje ravni iz leta 2002.

V Evropi je večina tablet ekstazija, analiziranih leta 2007, vsebovala MDMA ali drugo ekstazijo podobno snov (MDEA, MDA) kot edino prisotno psihoaktivno snov. 17 držav je poročalo, da je to veljalo za več kot 70 % vseh analiziranih tablet. Med državami, ki so poročale o manjših deležih, so bile Bolgarija (47 %), Ciper (44 %) in Avstrija (61 %). Večina tablet (83 %), analiziranih v Luksemburgu, ni vsebovala nobene nadzorovane snovi, enako velja za Ciper (53 %). V Turčiji je le 23 % analiziranih tablet vsebovalo snovi, podobne MDMA.

V 11 državah, ki so posredovale podatke, je bila tipična vsebnost MDMA v tabletah ekstazija, analiziranih leta 2007, med 19 in 75 mg. Nekaj držav (Bolgarija, Francija, Nizozemska, Slovaška, Norveška) je poročalo o tabletah ekstazija z velikim odmerkom MDMA, in sicer več kot 130 mg. Glede čistosti tablet ekstazija ni opaziti nobenih jasnih trendov.

Prikaz 6: Maloprodajna cena tablet ekstazija



Opomba: Države, ki so predložile samo najmanjšo in največjo vrednost, so bile vključene, če ti vrednosti spadajo v enega od razponov. Glej preglednico PPP-4 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

Ekstazi je zdaj precej cenejši, kot je bil v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, ko se je prvič pojavil. Čeprav obstajajo poročila o ceni manj kot 2 EUR za tableto, večina držav poroča, da povprečna maloprodajna cena znaša od 4 do 10 EUR za tableto (prikaz 6). Podatki, ki so na voljo za obdobje 2002–2007, kažejo, da se maloprodajna cena (prilagojena inflaciji) še naprej znižuje.

Halucinogene snovi

Uživanje LSD-ja in trgovanje z njim v Evropi še vedno veljata za obrobna. Razpoložljivi podatki kažejo na upad zaseženih količin v obdobju 2002–2007, medtem ko je med letoma 2003 in 2007 število zasegov nekoliko naraslo. Maloprodajne cene LSD-ja (prilagojene inflaciji) od leta 2003 rahlo padajo, v večini držav poročevalk pa je leta 2007 njihova povprečna vrednost znašala med 5 in 12 EUR za enoto.

Halucinogene gobe, ki prosto rastejo v številnih evropskih državah in jih je mogoče kupiti prek spleta, je navedlo 11 od 28 držav, ki so poročale o zaselih drog za leto 2007. V petih od šestih držav, ki so poročale o trendu zasegov, razširjenosti uživanja ali razpoložljivosti halucinogenih gob, je bil ta trend upadajoč. Ena država (Francija) je poročala o povečanju razširjenosti uživanja in zaselih, kar je bilo pripisano dejstvu, da so gobe in oprema za njihovo gojenje dostopne prek spleta.

Razširjenost in vzorci uživanja

Nekatere države članice EU (Češka, Estonija, Združeno kraljestvo) poročajo o razmeroma visokih ravneh uživanja amfetaminov ali ekstazija med širšim prebivalstvom. V nekaj državah je uživanje amfetamina ali metamfetamina, pogosto z vbrizgavanjem, značilno za velik delež vseh problematičnih uporabnikov drog in tistih, ki iščejo pomoč zaradi težav z njimi. V nasprotju s temi populacijami kroničnih uživalcev obstaja splošnejša povezava med uporabo sintetičnih drog, zlasti ekstazija, ter nočnimi klubi in plesno glasbo; posledica tega so precej višje ravni uživanja med mladimi in zelo visoke ravni uživanja v nekaterih okoljih ali posebnih subpopulacijah. Splošne ravni uživanja halucinogenih drog, kot sta dietilamid lisergična kislina (LSD) in halucinogene gobe, pa so večinoma nizke in so v zadnjih letih precej ustaljene.

Amfetamini

Najnovejše raziskave med prebivalstvom kažejo, da se v Evropi odstotek tistih, ki so že kdaj poskusili amfetamine ⁽⁷⁶⁾, razlikuje med državami in znaša od skoraj nič do 11,7 % vseh odraslih (15 do 64 let). V povprečju se ocenjuje, da je 3,5 % vseh odraslih Evropejcev vsaj enkrat poskusilo amfetamine. Uživanje te droge v zadnjem letu je precej manjše, evropsko povprečje pa znaša 0,5 %. Te ocene kažejo, da je približno 12 milijonov Evropejcev že poskusilo amfetamine, približno 2 milijona pa jih je to drogo zaužilo v zadnjem letu (za povzetek podatkov glej preglednico 5).

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

Razširjenost uživanja amfetaminov kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki znaša od 1 do 8 % v 26 državah članicah EU, na Norveškem in Hrvaškem, ki so bile vključene v raziskavo leta 2007, čeprav so o stopnjah razširjenosti, ki so znašale več kot 5 %, poročale le Bolgarija, Latvija (obe 6 %) in Avstrija (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

⁽⁷⁶⁾ Podatki raziskav o „uživanju amfetamina“ pogosto ne razlikujejo med amfetaminom in metamfetaminom, čeprav gre navadno za uživanje amfetamina (sulfata ali deskamfetamina), saj je uživanje metamfetamina v Evropi redko.

⁽⁷⁷⁾ Podatki iz vseh držav ESPAD in Španije. Glej prikaz EYE-2 (del vi) v Statističnem biltenu 2009.

Preglednica 5: Razširjenost uživanja amfetaminov med širšo populacijo – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
15–64 let		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	12 milijonov	2 milijona
Evropsko povprečje	3,5 %	0,5 %
Razpon	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,0 %) Grčija (0,1 %) Malta (0,4 %) Ciper (0,8 %)	Grčija, Malta, Romunija (0,0 %) Francija (0,1 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (11,7 %) Danska (6,3 %) Španija (3,8 %) Norveška (3,6 %)	Estonija (1,3 %) Danska (1,2 %) Norveška (1,1 %) Združeno kraljestvo (1,0 %)
15–34 let		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7 milijonov	1,5 milijona
Evropsko povprečje	5,0 %	1,1 %
Razpon	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Grčija (0,2 %) Malta (0,7 %) Ciper (0,8 %)	Grčija, Romunija (0,1 %) Francija (0,2 %) Ciper (0,3 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (15,3 %) Danska (10,5 %) Latvija (6,1 %) Norveška (5,9 %)	Danska (3,1 %) Estonija (2,9 %) Norveška (2,0 %) Latvija (1,9 %)
Ocene evropske razširjenosti v Evropi temeljijo na tehtanih povprečjih iz najnovejših nacionalnih raziskav, opravljenih od leta 2001 do leta 2008 (predvsem 2004–2008), zato jih ni mogoče pripisati enemu letu. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi ponderiranega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (334 milijonov) in 15–34 (133 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2009 pod naslovom „Raziskave med širšo populacijo“.		

Problematično uživanje amfetamina

Kazalnik Centra o problematični uporabi drog se lahko uporablja tudi za amfetamine, kjer kot tako opredeljuje vbrizgavanje ali dolgotrajno/redno uživanje te snovi. Samo Finska je predložila novejšo nacionalno oceno števila problematičnih uživalcev amfetaminov, ki jih je bilo leta 2005 med 12 000 in 22 000 ⁽⁷⁸⁾, kar je približno štirikrat več od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov v tej državi.

V večini evropskih držav je število sporočenih povpraševanj po zdravljenju zaradi primarnega uživanja amfetamina razmeroma nizko, vendar predstavlja velik delež vseh sporočenih začetih zdravljenj na Švedskem (34 %), Finskem (23 %), v Latviji (16 %) in

na Madžarskem (11 %). Štiri druge države (Belgija, Danska, Nemčija, Nizozemska) poročajo, da je med 6 in 10 % uživalcev, ki so se začeli zdraviti, poročalo o amfetaminu kot primarni drogi, drugje je ta delež manj kot 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Skupno število in delež uživalcev amfetamina med novimi uživalci, ki se začnejo zdraviti, sta med letoma 2002 in 2007 na splošno ostala ustaljena. Samo Danska, Latvija in Nizozemska poročajo o velikih povečanjih, medtem ko Švedska in Finska poročata o zmanjšanju deleža novih uživalcev amfetamina ⁽⁸⁰⁾. Pri proučevanju podatkov o trendih pa je treba upoštevati metodološke omejitve zaradi nedavnih sprememb nekaterih nacionalnih sistemov spremljanja (npr. Latvija).

⁽⁷⁸⁾ To ustreza od 3,4 do 6,3 primera na 1 000 prebivalcev, starih med 15 in 64 let; preračunano iz prvotnega vzorca starostne skupine od 15 do 54 let, ob domnevi, da ni nobenih primerov v starostni skupini od 55 do 64 let.

⁽⁷⁹⁾ Glej preglednico TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁸⁰⁾ Glej prikaz TDI-1 in preglednico TDI-36 v Statističnem biltenu 2009.

Povprečna starost uživalcev amfetamina, ki se začnejo zdraviti, je 29 let. Delež žensk je večji kot pri drugih drogah, pri čemer je razmerje med moškimi in ženskami približno 2 : 1. Uživalci amfetamina, ki se zdravijo, pogosto poročajo o uživanju drugih drog, predvsem konoplje in alkohola, včasih opioidov ⁽⁸¹⁾. V državah, kjer primarni uživalci amfetamina predstavljajo velik delež uživalcev, ki se začnejo zdraviti, je vbrizgavanje najpogostejše sporočen način uživanja (od 63 do 83 %).

Problematično uživanje metamfetamina

V nasprotju z drugimi deli sveta, kjer je uživanje metamfetamina v zadnjih letih naraslo, se zdi, da so ravni uživanja v Evropi omejene. V preteklosti je bilo uživanje te droge v Evropi največje na Češkem in Slovaškem. Leta 2007 je bilo po ocenah na Češkem od 20 400 do 21 400 problematičnih uživalcev metamfetamina (2,8 do 2,9 primera na 1 000 prebivalcev, v starosti od 15 do 64 let), kar je dvakrat več od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov; na Slovaškem naj bi bilo od 5 800 do 15 700 uživalcev metamfetamina (1,5 do 4,0 primera na 1 000 prebivalcev, v starosti od 15 do 64 let), kar je približno 20 % manj od ocenjenega števila problematičnih uživalcev opioidov.

V obeh državah velik delež uživalcev, ki se začnejo zdraviti, poroča o metamfetaminu kot primarni drogi, 61 % na Češkem in 26 % na Slovaškem. Med letoma 2002 in 2007 se je povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja metamfetamina v obeh državah povečevalo ⁽⁸²⁾.

Vbrizgavanje je najpogostejši način uporabe, o katerem poročajo uživalci metamfetamina, ki se zdravijo (82 % na Češkem in 41 % na Slovaškem). Pogosto se poroča tudi o uživanju drugih drog, predvsem konoplje, alkohola in opioidov. Na Slovaškem je bilo opaženo močno povečanje števila prejemnikov nadomestnega zdravljenja z opiodi, ki poročajo o uživanju metamfetamina.

Uživalci metamfetamina na Češkem in Slovaškem, ki se začnejo zdraviti, so razmeroma mladi, v povprečju so stari od 24 do 25 let, in so pretežno moški. Vendar pa je med uživalci, ki se zdravijo zaradi težav v zvezi z metamfetaminom, delež žensk večji kot pri drugih drogah.

Ekstazi

Ocenjuje se, da je ekstazi poskusilo približno 10 milijonov odraslih Evropejcev (v povprečju 3,1 %) in da jih je približno 2,5 milijona (0,8 %) ekstazi zaužilo v zadnjem

letu (za povzetek podatkov glej preglednico 6).

Med državami obstajajo velike razlike, saj najnovejše raziskave kažejo, da je od 0,3 do 7,5 % vseh odraslih (15 do 64 let) že poskusilo to drogo, večina držav pa poroča o ocenah razširjenosti uživanja kadar koli v življenju v razponu med 1 in 5 %. V Evropi je uživanje te droge v zadnjem letu različno in znaša med 0,1 in 3,5 %. Pri vseh merjenjih, kot velja za večino drugih prepovedanih drog, je bilo sporočeno uživanje precej večje med moškimi kot med ženskami.

Uživanje ekstazija je bilo pogostejše med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let), kjer so ocene razširjenosti kadar koli v življenju na nacionalni ravni znašale od 0,6 do 14,6 %, med 0,2 in 7,7 % oseb v tej starostni skupini pa je zaužilo drogo v zadnjem letu. Ocenjuje se, da je 7,5 milijona mladih Evropejcev (5,6 %) že poskusilo ekstazi, približno 2 milijona (1,6 %) pa ga je zaužilo v zadnjem letu. Ocene razširjenosti so še višje, če se omejimo na mlajše osebe: v starostni skupini od 15 do 24 let razširjenost kadar koli v življenju znaša od 0,4 do 18,7 %, čeprav večina držav poroča o ocenah v razponu od 2,1 do 6,8 %. Čeprav večina držav za to starostno skupino poroča o ocenah med 1,0 in 3,9 % za uživanje ekstazija v zadnjem letu, je bila velika razlika med najnižjo (0,3 %) in najvišjo nacionalno oceno (12 %) ⁽⁸³⁾.

Med 15- in 16-letnimi dijaki razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju znaša od 1 do 5 % v večini 28 držav, ki so leta 2007 sodelovale v raziskavi. Samo štiri države poročajo o višjih ravneh razširjenosti: Bolgarija, Estonija, Slovaška (vse 6 %) in Latvija (7 %).

Število primarnih uživalcev ekstazija, ki so se začeli zdraviti leta 2007, je ostalo zanemarljivo. V dveh tretjinah držav je ekstazi navedel manj kot 1 % uporabnikov drog, drugje pa ta delež znaša od 1 do 5 %. Uživalci ekstazija so v povprečju stari 24 let in so med najmlajšimi skupinami, ki se zdravijo zaradi drog, redno pa poročajo o hkratnem uživanju drugih snovi, med drugim konoplje, kokaina, alkohola in amfetaminov ⁽⁸⁴⁾.

LSD in halucinogene gobe

Razširjenost uživanja LSD-ja kadar koli v življenju med odraslo populacijo (15 do 64 let) znaša od skoraj 0,0 do 5,4 %. Med mlajšimi odraslimi (15 do 34 let) so ocene razširjenosti uživanja kadar koli v življenju nekoliko višje (0,0 do 6,6 %), čeprav o precej nižjih ravneh razširjenosti uživanja v lanskem letu poročajo mladi med 15 in 24 let ⁽⁸⁵⁾. V nasprotju s tem pa

⁽⁸¹⁾ Glej preglednico TDI-37 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁸²⁾ Glej preglednico TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁸³⁾ Glej prikaz GPS-9 (del ii) ter preglednici GPS-17 in GPS-18 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁸⁴⁾ Glej preglednici TDI-5 in TDI-37 (del i), (del ii) in (del iii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁸⁵⁾ Glej preglednice GPS-8 (part i), GPS-9, GPS-11 in GPS-17 v Statističnem biltenu 2009.

Preglednica 6: Razširjenost uživanja ekstazija med širšo populacijo – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja	
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto
15–64 let		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	10 milijonov	2,5 milijona
Evropsko povprečje	3,1 %	0,8 %
Razpon	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,3 %) Grčija (0,4 %) Malta (0,7 %) Litva (1,0 %)	Romunija (0,1 %) Grčija, Malta (0,2%) Poljska (0,3 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (7,5 %) Češka (7,1 %) Irska (5,4 %) Latvija (4,7 %)	Češka (3,5 %) Estonija (1,7 %) Slovaška (1,6 %) Združeno kraljestvo, Latvija (1,5 %)
15–34 let		
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7,5 milijona	2 milijona
Evropsko povprečje	5,6 %	1,6 %
Razpon	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Grčija, Romunija (0,6 %) Malta (1,4 %) Litva, Poljska (2,1 %)	Romunija (0,2 %) Grčija (0,4 %) Poljska (0,7 %) Italija, Litva, Portugalska (0,9 %)
Države z največjo razširjenostjo	Češka (14,6 %) Združeno kraljestvo (12,7 %) Irska (9,0 %) Latvija (8,5 %)	Češka (7,7 %) Estonija (3,7 %) Združeno kraljestvo (3,1 %) Latvija, Slovaška, Nizozemska (2,7 %)

Ocene razširjenosti v Evropi temeljijo na tehtanih povprečjih iz najnovejših nacionalnih raziskav, opravljenih od leta 2001 do leta 2008 (predvsem 2004–2008), zato jih ni mogoče pripisati enemu letu. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi ponderiranega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (334 milijonov) in 15–34 (133 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltenu 2009 pod naslovom „Raziskave med širšo populacijo“.

Izbrano vprašanje Centra o uporabi več drog hkrati

Center je skupaj z letnim poročilom za leto 2009 objavil tudi Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati. V tem dokumentu so proučene razpoložljive opredelitve tega zelo pogostega vzorca uporabe drog in predstavljeni podatki, ki omogočajo boljše razumevanje razširjenosti in značilnosti uporabe več drog hkrati v različnih populacijah (med šolsko mladino, odraslimi, problematičnimi uporabniki drog). Opisani so tudi različni obstoječi ukrepi, katerih cilj je pojav na področju preprečevanja, zdravljenja in zmanjševanja škode. Poročilo vključuje tudi kratek pregled tveganj, povezanih z nekaterimi najpogostejšimi mešanici drog, in razpravo o spremljanju uporabe več drog hkrati v prihodnosti.

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

v državah, ki so predložile primerljive podatke, uživanje LSD-ja pogosto presega uživanje halucinogenih gob, kjer ocene razširjenosti uživanja kadar koli v življenju za mlajše odrasle znašajo od 0,3 do 8,3 %, ocene razširjenosti v zadnjem letu pa od 0,2 do 2,8 %.

Ocene razširjenosti uživanja halucinogenih gob med 15- in 16-letnimi dijaki so višje od ocen za LSD in druge halucinogene snovi v desetih od 26 državah, ki so sporočile podatke o teh snoveh. Večina držav poroča o ocenah razširjenosti uživanja halucinogenih gob kadar koli v življenju, ki znašajo od 1 do 4 %, pri čemer Slovaška (5 %) in Češka (7 %) poročata o višjih ravneh ⁽⁸⁶⁾.

Trendi uživanja amfetaminov in ekstazija

Prejšnja poročila o tem, da se trendi uživanja amfetamina in ekstazija v Evropi umirjajo ali celo upadajo, so potrjena

⁽⁸⁶⁾ Podatki iz raziskav ESPAD za vse države razen za Španijo. Glej prikaz EYE-2 (del v) v Statističnem biltenu 2009.

z najnovejšimi podatki. Po splošnem povečanju uživanja v 90. letih prejšnjega stoletja raziskave med prebivalstvom kažejo zdaj na splošno umirjanje ali celo manjše upadanje priljubljenosti obeh drog, čeprav ta vzorec ni opazen v vseh državah.

Uživanje amfetamina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (15–34 let) se je v Združenem kraljestvu bistveno zmanjšalo s 6,2 % v letu 1998 na 1,8 % v letu 2008. Na Danskem se je uživanje amfetamina povečalo z 0,5 % v letu 1994 na 3,1 % v letu 2000, podoben je delež za leto 2008 ⁽⁸⁷⁾. V drugih državah, ki so poročale o ponovnih raziskavah v podobnem časovnem obdobju (Nemčija, Grčija, Španija, Francija, Nizozemska, Slovaška, Finska), so trendi večinoma nespremenjeni (prikaz 7). V petletnem obdobju med letoma 2002 in 2007 izmed 11 držav z zadostnimi podatki o razširjenosti uživanja amfetaminov v zadnjem letu v starostni skupini 15–34 let štiri države poročajo o upadu v višini vsaj 15 % začetne vrednosti, tri poročajo o nespremenjenem stanju, štiri pa poročajo o povečanju.

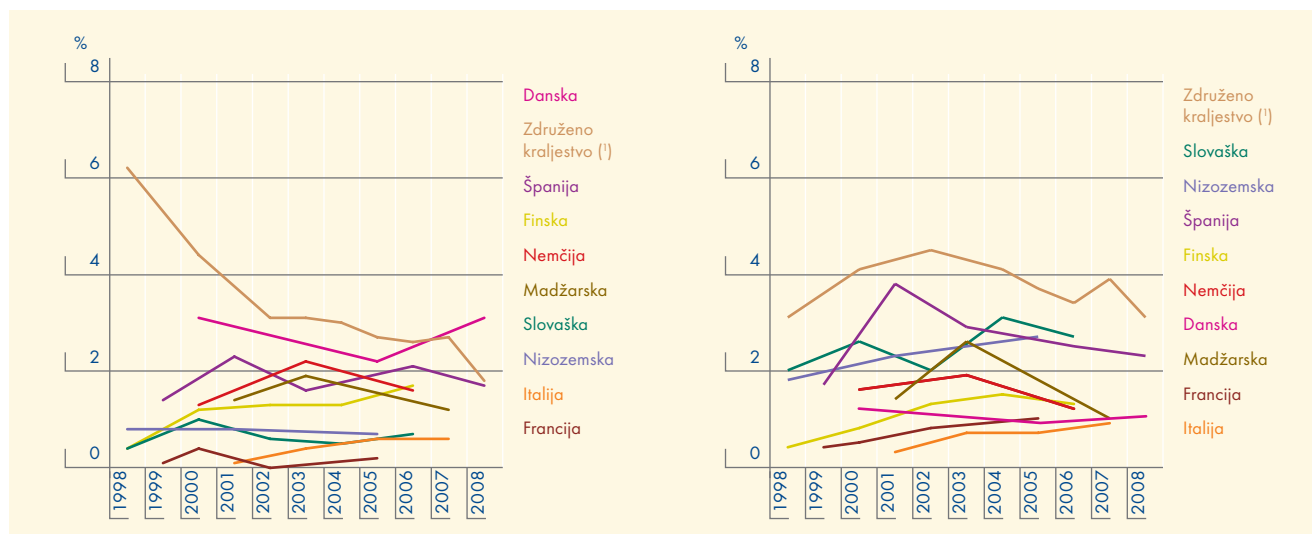
Pri uživanju ekstazija med mlajšimi odraslimi (15–34 let) je stanje bolj raznoliko. Po splošnem povečanju uživanja v nekaterih evropskih državah konec osemdesetih in na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, ki je privedlo do podobnih ravni uživanja ekstazija v Nemčiji, Španiji in Združenem kraljestvu sredi devetdesetih let, se je v zadnjem letu razširjenost uživanja zmanjšala na ocenjeno

evropsko povprečje 1,6 %. Med državami z novejšimi raziskavami razširjenost ostaja višja v Združenem kraljestvu v primerjavi z drugimi državami ⁽⁸⁸⁾. V petletnem obdobju med letoma 2002 in 2007 se je razširjenost uživanja ekstazija v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi zmanjšala za vsaj 15 % začetne vrednosti v treh od 11 držav, ki so predložile zadostne podatke, medtem ko je ostala nespremenjena v štirih državah, v štirih državah pa se je povečala.

V nekaterih državah in skupinah populacije, ki uživa droge, bi amfetamine in ekstazi lahko nadomestil kokain. To hipotezo je mogoče ponazoriti s primerom Združenega kraljestva in nekoliko tudi drugih držav (npr. Danske, Španije), kjer so bila opažena hkratna povečanja uživanja kokaina in zmanjšanja uživanja amfetaminov (EMCDDA, 2008b).

Raziskave ESPAD in druge raziskave med šolsko mladino, opravljene leta 2007, na splošno kažejo malo sprememb ravni eksperimentiranja z amfetaminom in ekstazijem med 15- in 16-letnimi dijaki. Če upoštevamo razlike najmanj dveh odstotnih točk med letoma 2003 in 2007, se je razširjenost uživanja amfetamina kadar koli v življenju povečala v devetih državah. Na podlagi istega merila se je uživanje ekstazija povečalo v sedmih državah. Zmanjšanje razširjenosti uživanja amfetamina kadar koli v življenju je bilo opaženo samo v Estoniji, medtem ko so Češka, Portugalska in Hrvaška poročale o zmanjšanju uživanja ekstazija.

Prikaz 7: Trendi razširjenosti uživanja amfetaminov (levo) in ekstazija (desno) v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let)



⁽¹⁾ Anglija in Wales.

Opomba: Predstavljeni so le podatki za države z najmanj tremi raziskavami v obdobju 1998–2008. Za več informacij glej prikaza GPS-8 in GPS-21 v Statističnem biltenu 2009.

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

⁽⁸⁷⁾ Na Danskem se za leto 1994 podatki nanašajo na „trde droge“, zlasti amfetamine.

⁽⁸⁸⁾ Glej prikaz GPS-21 v Statističnem biltenu 2009.

Amfetamini in ekstazi v sprostivnih okoljih: uživanje in ukrepi

Uživanje drog in alkohola je včasih povezano z nekaterimi sprostivnimi okolji, kjer se zbirajo mladi (npr. plesni dogodki, glasbeni festivali). Študije o uporabi drog v teh okoljih lahko ponudijo vpogled v vedenje oseb, ki uživajo amfetamine in ekstazi ali druge droge, kot sta ketamin in GHB. Ocene uporabe drog v teh okoljih so običajno visoke, vendar pa jih ni mogoče splošiti na širšo populacijo, saj jemanje droge običajno poteka ob koncih tedna in med počitnicami (EMCDDA, 2006b).

Podatki o razširjenosti iz študij, izvedenih v sprostivnih okoljih leta 2007, so na voljo v petih državah (v Belgiji, na Češkem, v Latviji, Litvi in Avstriji). Ocene razširjenosti kadar koli v življenju so znašale od 15 do 71 % za uživanje ekstazija in od 17 do 68 % za amfetamine. V štirih od teh študij se poroča tudi o ocenah razširjenosti kadar koli v življenju za halucinogene gobe, ki so znašale od 4 do 64 %. V teh okoljih je lahko pogosto tudi uživanje ekstazija ali amfetaminov, vendar je na splošno precej manjše.

Na podlagi britanskega pregleda kaznivih dejanj (*British Crime Survey*) za obdobje 2007–2008 je mogoče oceniti, koliko je uživanje teh drog prisotno med mlado populacijo, ki obiskuje klube. Med mladimi, starimi od 16 do 24 let, je bila pri tistih, ki so poročali, da so v zadnjem mesecu nočni klub obiskali štirikrat ali večkrat, trikrat večja verjetnost, da so zaužili ekstazi (8 %) v zadnjem letu, kot pri tistih, ki ne obiskujejo nočnih klubov (2,3 %) (Hoare in Flatley, 2008).

Zdravje in varnost oseb, ki obiskujejo nočne klube in uživajo droge, je čedalje bolj pereča javnozdravstvena težava. Smernice, kot so smernice za „varno plesno zabavo“, ki so jih pripravili v Združenem kraljestvu, so postale na tem področju pomemben pripomoček. Čeprav že 12 držav poroča, da so oblikovale take smernice za prizorišča nočnega življenja, pa samo Nizozemska, Slovenija, Švedska in Združeno kraljestvo poročajo, da jih spremljajo in izvajajo.

Cilj smernic za varno obiskovanje klubov je zmanjšati možnosti za nastanek težav, povezanih z drogami, vključujejo pa dostop do brezplačne hladne vode, takojšnjo prvo pomoč in dejavnosti preprečevanja na terenu. Poročila o razpoložljivosti takih ukrepov v nočnih klubih z dovolj velikimi ciljnim populacijami, ki omogočajo izvajanje ukrepa, so predložili nacionalni strokovnjaki. Na splošno je iz njih razvidna omejena razpoložljivost preprostih ukrepov za preprečevanje ali zmanjšanje tveganj za zdravje in uživanja drog v evropskih okoljih nočnega življenja. Dejavnosti preprečevanja na terenu

so v skladu s poročili na voljo v večini zadevnih nočnih klubov samo v Litvi in Sloveniji ter v le nekaj nočnih klubih v 18 državah. V šestih državah te dejavnosti ne obstajajo. Pet držav poroča, da je prva pomoč na voljo takoj v večini zadevnih nočnih klubov (Luksemburg, Portugalska, Slovenija, Združeno kraljestvo, Norveška). Ukrep je na voljo le v nekaj zadevnih nočnih klubih v 15 državah, ni pa na voljo v Grčiji in na Švedskem. Brezplačna hladna voda je na voljo v večini zadevnih nočnih klubov v 11 državah in v majhnem številu takih klubov v devetih državah. Ta ukrep ni na voljo v Grčiji, na Cipru in v Romuniji.

Zdravljenje

Uživalci amfetaminov se navadno zdravijo v izvenbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, ki so lahko v državah s tradicijo visokih ravni uživanja amfetaminov specializirani za obravnavanje tovrstnih težav z drogo. Zdravljenje za najbolj problematične uživalce amfetaminov se lahko izvaja v bolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog ali v psihiatričnih klinikah ali bolnišnicah.

Devet držav poroča o posebnih programih zdravljenja za problematične uživalce amfetaminov (Nemčija, Estonija, Španija, Italija, Avstrija, Portugalska, Slovenija, Slovaška, Združeno kraljestvo). Razpoložljivost teh programov se med državami razlikuje. Samo tri od teh držav (Portugalska, Slovenija, Združeno kraljestvo) poročajo, da so na voljo specializirani programi za večino uživalcev amfetaminov, ki se izrecno želijo zdraviti. Nacionalni strokovnjaki v drugih šestih državah ocenjujejo, da je specializirano zdravljenje odvisnosti od amfetaminov na voljo manj kot polovici uporabnikov, ki ga želijo. Vsebinska teh posebnih programov za uživalce teh drog je pogosto slabo dokumentirana.

Dokazano učinkovitih terapevtskih oblik, da bi z njimi zdravili odvisnost od psihostimulantov, kot so amfetamini, pa na splošno primanjkuje. Nedavne raziskave o farmakoloških učinkovinah, ki pomagajo pri nadzoru abstinence ali zmanjšanju želje, povezane z odvisnostjo od psihostimulantov, ki jih doslej ni bilo na voljo, so dale obetavne rezultate. V neki finski študiji o uživanju metilfenidata in aripirazola so poročali o pozitivnih začetnih rezultatih, saj je bilo pri tistih, ki so prejeli metilfenidat, manj vzorcev urina, pozitivnih na amfetamin, kot pri tistih, ki so prejeli aripirazol ali placebo (Tiitonen et al., 2007). Tudi nedavni pregled literature je pokazal pozitivne rezultate za metilfenidat in deksamfetamina pri zdravljenju odvisnosti od metamfetamina (Elkashef et al., 2008).

Deksamfetamin je že dolgo na voljo za zdravljenje zelo problematičnih uživalcev amfetaminov v Angliji in Walesu, kjer ga lahko predpiše vsak zdravnik. Na voljo pa je le malo podatkov o tej praksi v Združenem kraljestvu. V raziskavi, ki so jo pred več kot desetimi leti izvedli po lekarnah, je bilo ocenjeno, da se tako zdravi 900 do 1 000 uživalcev (Strang in Sheridan, 1997). Večino receptov so izdali zdravniki, zaposleni v bolnišnicah ali klinikah, in skoraj vsi zdravniki, ki delajo v nacionalni zdravstveni službi (*National Health Service*, NHS). V raziskavi, ki je bila leta 2000 izvedena v 265 specializiranih službah NHS, se je pokazalo, da je bilo izdajanje deksamfetamina na recept na voljo v približno tretjini služb, zajetih v raziskavo (Rosenberg et al., 2002). V smernicah Združenega kraljestva za klinični nadzor odvisnosti od drog nadomestno predpisovanje deksamfetamina ni priporočeno, saj njegova učinkovitost ni bila dokazana (NTA, 2007). Kar zadeva pomoč uživalcem psihostimulantov pri vzdrževanju abstinence, se doslej noben psihosocialni ukrep ni izkazal za posebej učinkovit. Ukrepi, ki so se glede na literaturo izkazali za najbolj učinkovite pri zdravljenju uživalcev stimulativnih drog, so bili kognitivni vedenjski pristopi, kot je preprečevanje ponovnega uživanja. Učinkovitost drugih vrst ukrepov ni dobro potrjena z dokazi. V literaturi primanjkuje zlasti dobro izvedenih študij med primarnimi uživalci amfetamina, zlasti študij o rezultatih zdravljenja

(Baker et al., 2004). Poleg tega je nedavni pregled, ki ga je opravila skupina Cochrane o psihosocialnih ukrepih za odvisnost od psihostimulantov, pokazal, da so bili ugotovljeni stalni, pozitivni vedenjski rezultati (zadržanje na zdravljenju, manjše uživanje drog) samo pri ukrepih, ki so vključevale nadzor nepredvidljivih razmer. Vendar se ta pristop v Evropi redko uporablja, čeprav so bili izvedeni nekateri pilotni projekti (glej poglavje 5).

Potrebne so nadaljnje raziskave o psihosocialnem in farmakološkem zdravljenju za osebe s težavami, povezanimi z uživanjem amfetaminov, zlasti uživalcev, ki si to drogo vbrizgavajo. Prav tako je treba bolje dokumentirati sedanje prakse zdravljenja in njihovo razširjenost ter bistveno izboljšati izmenjavo najboljših praks. Uživalci amfetamina ali metamfetamina morda ne dobijo dovolj spodbude, da bi poiskali zdravljenje, zlasti v zgodnjih fazah uživanja, ker ni na voljo dovolj namenskih programov. Če bi bili taki programi na voljo, bi lahko v zdravljenje vključili več uživalcev kar je bilo ugotovljeno pri problematičnih uživalcih konoplje v Nemčiji in Franciji, ko sta ti državi poskrbeli, da je bilo na voljo več namenskih programov zdravljenja. Taki ukrepi so lahko še zlasti koristni v državah, v katerih je bilo nedavno ugotovljeno povečanje števila problematičnih uživalcev amfetamina in metamfetamina, zlasti tistih, ki si drogo vbrizgavajo (Talu et al., 2009).



Poglavje 5

Kokain in crack kokain

Uvod

V zadnjem desetletju je bilo v Evropski uniji ugotovljeno splošno povečanje uživanja in zasegov kokaina, čeprav je ta trend v glavnem omejen na zahodne države članice, med državami pa so velike razlike. Podatki, ki so na voljo, prav tako kažejo na velike razlike med uživalci kokaina, kar zadeva vzorce uživanja in sociodemografske podatke. Največja skupina so tisti, ki eksperimentirajo s to drogo samo enkrat ali nekajkrat. Druga skupina so socialno integrirani redni uživalci, v katero se v nekaterih državah uvršča razmeroma veliko mladih. Nekateri začnejo kokain uživati intenzivneje ali ga uživajo dlje, kar lahko povzroči kronične zdravstvene in socialne težave ter potrebo po zdravljenju. Tretja skupina uživalcev vključuje pripadnike socialno izključenih skupin, med katerimi so tudi zdajšnji in nekdanji uživalci opioidov. Za večino teh uživalcev so značilni intenzivni vzorci uživanja kokaina, po možnosti uživanje cracka ali vbrizgavanje droge, zaradi česar se lahko obstoječe zdravstvene in socialne težave nadaljujejo ali zaostrijo, zdravljenje odvisnosti od opioidov pa

je oteženo. Ker obstaja veliko različnih profilov uživalcev kokaina, pomeni ocenjevanje razširjenosti uživanja te droge, njenih zdravstvenih in socialnih posledic ter potrebnih odzivov vrsto izzivov, značilnih samo za to področje.

Ponudba in razpoložljivost

Proizvodnja in trgovina

Gojenje grmov koke, ki je vir kokaina, je še vedno najbolj razširjeno v nekaterih državah andske regije ⁽⁸⁹⁾. Po oceni UNODC (2009) je v letu 2008 gojenje grmov koke morda omogočilo proizvodnjo 845 ton čistega kokaina hidroklorida, od česar je Kolumbija prispevala 51 %, Peru 36 % in Bolivija 13 %. Ocenjuje se, da se je leta 2008 svetovna proizvodnja kokaina zmanjšala za 15 %, zlasti zaradi upadajoče proizvodnje kokaina v Kolumbiji – s 600 ton leta 2007 na 430 ton leta 2008. V nasprotju s tem se proizvodnja kokaina v Peruju in Boliviji še naprej rahlo povečuje.

Preglednica 7: Proizvodnja, zasegi, cena in čistost kokaina in crack kokaina

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Ocena svetovne proizvodnje (v tonah)	845	Ni podatkov
Svetovne zasežene količine (v tonah)	710 ⁽²⁾	0,8
Zasežene količine (v tonah) v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram) Razpon (interkvartilni razpon) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Razpon povprečne čistosti (%)	22–57	35–98

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

⁽²⁾ UNODC ocenjuje, da ta številka ustreza 412 tonam čistega kokaina.

⁽³⁾ Razpon srednje polovice sporočenih povprečnih cen.

Opomba: Vsi podatki so za leto 2007, razen ocen svetovne proizvodnje, ki se nanašajo na leto 2008.

Viri: Svetovno poročilo o drogah UNODC (2009) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

⁽⁸⁹⁾ Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 39.

Večji del procesa predelave listov koke v kokain hidroklorid še naprej poteka v Kolumbiji, Peruju in Boliviji, čeprav ga je mogoče najti tudi v drugih južnoameriških državah. Pomen Kolumbije pri proizvodnji kokaina potrjujejo informacije o uničenih laboratorijih in zasegih kalijevega permanganata, kemijskega reagenta, ki se uporablja pri sintezi kokain hidroklorida. Leta 2007 je bilo v Kolumbiji uničenih 2 471 laboratorijev za proizvodnjo kokaina (78 % vseh laboratorijev na svetu) in zaseženih skupaj 144 ton kalijevega permanganata (94 % svetovnih zasegov) (INCB, 2009a).

Podatki, ki so na voljo, kažejo, da kokain še naprej potuje v Evropo po različnih poteh (EMCDDA, 2008d). Pošiljke kokaina tranzitno potujejo skozi južno- in srednjeameriške države, kot so Argentina, Brazilija, Ekvador, Mehika in Venezuela, preden prispejo v Evropo. Karibske države se pogosto uporabljajo za preтовarjanje te droge na poti v Evropo. Na teh poteh se kokain tihotapi na komercialnih letih ali po morju. V zadnjih letih je bila odkrita alternativna pot prek zahodne Afrike. Od tam se kokain pogosto prevaža v Evropo z ribiškimi in jadrnimi plovili, čeprav se poroča tudi o prometu po zraku ali kopnem prek severne Afrike (Europol, 2007).

V zadnjih letih so bile omenjene tudi druge tranzitne države. Te vključujejo Južno Afriko, Rusijo ter srednje- in vzhodnoevropske države, kjer se je število zasegov kokaina povečalo z ocenjenih 412 primerov v letu 2002 na 1 065 primerov v letu 2007. Med najpomembnejše tranzitne države za pošiljke kokaina v Evropi spadajo Belgija, Španija, Francija, Italija, Nizozemska, Portugalska in Združeno kraljestvo.

Zasegi

Kokain je droga, s katero se na svetu poleg marihuane in hašiša največ trguje. Leta 2007 je količina svetovnih zasegov kokaina ostala ustaljena in znašala približno 710 ton. Južna Amerika je še naprej poročala o največji zaseženi količini, ki je znašala 45 % vseh zasegov na svetu, sledijo Severna Amerika z 28 % ter zahodna in srednja Evropa s 11 % (UNODC, 2009).

Število zasegov kokaina v Evropi zadnjih 20 let narašča, še zlasti od leta 2003. Leta 2007 se je povečalo na 92 000, čeprav se je skupna zasežena količina zmanjšala z 121 ton leta 2006 na 77 ton. Zmanjšanje skupne količine zaseženega kokaina je predvsem posledica dejstva, da so Portugalska in nekoliko manj Španija in Francija poročale o manjših zaseženih količinah v letu 2007 v primerjavi z letom 2006 ⁽⁹⁰⁾. Leta 2007 je bila Španija spet država, ki je poročala

o največji količini zaseženega kokaina in največjem številu zasegov – skoraj polovici – te droge v Evropi.

Čistost in cena

Leta 2007 je bila povprečna čistost kokaina v Evropi med 22 in 57 % ⁽⁹¹⁾. Večina držav, ki imajo zadostne podatke za analizo časovnih trendov, poroča o zmanjšanju čistosti kokaina v obdobju 2002–2007, z izjemo Španije in Portugalske.

Leta 2007 je povprečna maloprodajna cena kokaina v 19 državah, ki so sporočile podatke, znašala od 44 do 88 EUR za gram, pri čemer je približno polovica teh držav poročala o povprečnih cenah od 58 do 67 EUR za gram. V državah, ki so predložile

Zakoni za boj proti trgovanju z drogami na odprtem morju

Uspeh pri prekinitvi trgovanja z drogami na morju je odvisen od sodelovanja med državami, ki ga omogočata dve mednarodni konvenciji.

Na podlagi člena 108 Konvencije Združenih narodov o pomorskem mednarodnem pravu (1982) lahko država, ki sumi, da je neka ladja, ki pluje pod njeno zastavo ⁽¹⁾, vpletena v trgovanje z drogami, zahteva pomoč drugih držav pri preprečevanju takega trgovanja. Nadaljnje sodelovanje je predvideno v členu 17 Konvencije ZN proti trgovini z drogami. V tej konvenciji je vzpostavljen mehanizem, ki kateri koli državi z utemeljenim sumom, da se ladja, registrirana v drugi državi, ukvarja s trgovanjem z drogami, omogoča, da od države zastave, pod katero pluje ladja, zahteva dovoljenje za vkrcanje na plovilo, iskanje in zaseg vseh drog, ter posledično kazensko preganjanje kršitelje. Ti ukrepi se lahko izvajajo kjer koli zunaj teritorialnih voda. Pristojni nacionalni organi se imenujejo za kontaktne točke, ki so v stalni pripravljenosti, da se čim prej odzovejo na take zahteve. Zahteve se lahko odobrijo, odobrijo pod nekaterimi pogoji ali zavrnejo. Prestrežanje lahko izvajajo samo vojne ladje ali vojaška letala ali druge ladje ali letala, v zvezi s katerimi je mogoče jasno prepoznati, da so v vladni službi in so pooblaščen v ta namen.

Dejansko vkrcanje na plovilo in poznejše ukrepe izvaja skupina uslužbencev kazenskega pregona iz države prosilke, znana kot odred za kazenski pregon (LEDET). Če usklajevanje vodijo medvladne agencije, kot je MAOC-N (Pomorski analitični in operacijski center za narkotike), skupino LEDET včasih prepelje vojna ladja druge države. V tem primeru morajo helikopterji in majhne ladje, ki se uporabljajo med operacijo vkrcavanja, zaradi upoštevanja zahteve po identifikaciji začasno leteti oziroma pluti pod zastavo države LEDET namesto pod zastavo države vojne ladje.

⁽¹⁾ Jurisdikcijo nad ladjo in njeno posadko prevzame država, v kateri je plovilo registrirano („država zastave“).

⁽⁹⁰⁾ Glej preglednici SZR-9 in SZR-10 v Statističnem biltnu 2009.

⁽⁹¹⁾ Za podatke o čistosti in cenah glej preglednici PPP-3 in PPP-7 v Statističnem biltnu 2009.

Razlaga zniževanja cen kokaina v Evropi

Od leta 2000 se cene kokaina, prilagojene inflaciji, v Evropi znižujejo, medtem ko se je povpraševanje po tej snovi povečalo, kot je razvidno iz razširjenosti uživanja kokaina med širšo populacijo in problematičnimi uporabniki drog. To paradoksalno ugotovitev je mogoče pojasniti z več dejavniki. Ključni dejavnik je nedvomno povečanje ponudbe kokaina v Evropi, kar se odraža v naraščajočem obsegu zasegov. Južnoameriški preprodajalci kokaina iščejo alternativo trgu Združenih držav Amerike, kar je lahko „spodbuda“, ki narekuje večjo usmerjenost na evropski trg. Poleg tega je lahko vse večje povpraševanje po kokainu v Evropi delovalo kot „vaba“. Večji obseg uživanja kokaina v Evropi in relativna moč evropskih valut v primerjavi z ameriškim dolarjem sta morda delovala kot protitež za padajoče cene in morebitne manjše stopnje dobička.

Na ceno kokaina pa lahko vplivajo tudi drugi dejavniki. Tehnološki razvoj in uporaba novih trgovskih poti, kot je zahodnoafriška pot, kjer se nadzor nad drogami slabo izvaja in ki zagotavlja nizko plačane preprodajalce, je morda zmanjšala prevozne stroške in tveganja glede trgovanja z drogo. Na ceno kokaina v Evropi je lahko vplivala tudi večja konkurenca na trgu s kokainom (Desroches, 2007).

Zaradi pomanjkanja podatkov na tem področju je ta analiza zgolj hipotetična in jasno je, kako pomembno je izboljšati razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na evropski trg z drogami. Center se zavezuje, da bo še naprej krepil sodelovanje in raziskave na tem področju.

zadostne podatke za primerjavo, se je kokain, ki se prodaja na ulici, med letoma 2002 in 2007 pocenil.

Razširjenost in vzorci uživanja

Uživanje kokaina med širšim prebivalstvom

Na splošno ostaja kokain, za konopljo, druga najpogostejše uporabljena prepovedana droga v Evropi, čeprav se ravni uživanja med državami precej razlikujejo. Ocenjuje se, da je kokain vsaj enkrat v življenju vzelo približno 13 milijonov Evropejcev, v povprečju 3,9 % odraslih v starosti od 15 do 64 let (za povzetek podatkov glej preglednico 8). Nacionalni podatki znašajo od 0,1 do 8,3 %, 12 od 23 držav, skupaj z večino srednje- in vzhodnoevropskih držav, pa poroča o nizkih ravneh uživanja kadar koli v življenju med vsemi odraslimi (0,5 do 2 %).

Ocenjuje se, da je v zadnjem letu približno 4 milijone Evropejcev vzelo kokain (v povprečju 1,2 %), čeprav

so razlike med državami zelo velike. Najnovejše nacionalne raziskave poročajo o ocenah razširjenosti v zadnjem letu med 0 in 3,1 %, čeprav ravni uživanja v 18 od 24 držav ne presegajo 1 %. V oceni razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem mesecu v Evropi se navaja podatek približno 0,4 % vse odrasle populacije ali približno 1,5 milijona posameznikov. Te ocene so verjetno previdne.

Na splošno se zdi, da je uživanje kokaina osredotočeno na nekaj držav, predvsem Dansko, Španijo, Italijo, Irsko in Združeno kraljestvo, medtem ko je uživanje te droge v večini drugih evropskih držav precej redko. V skoraj vseh državah, kjer na trgu prepovedanih stimulatívni drog prevladuje amfetamin, so ocene uživanja kokaina nizke. Nasprotno pa v večini držav, kjer je kokain glavni prepovedani stimulant, poročajo o nizkih ravneh uživanja amfetamina.

Zdi se, da le majhen delež tistih, ki so vsaj enkrat v življenju zaužili kokain, razvije intenzivne vzorce uživanja. Podatki iz raziskav med širšim prebivalstvom kažejo visoke ravni prenehanja. V državah, kjer je razširjenost kadar koli v življenju višja od 2 %, večina odraslih, ki so kokain kadar koli zaužili (80 do 95 %), te droge v zadnjem mesecu ni vzela ⁽⁹²⁾.

Uživanje kokaina med mlajšimi odraslimi osebami

V Evropi se ocenjuje, da je 7,5 milijona mlajših odraslih (15–34 let) ali povprečno 5,6 % vsaj enkrat v življenju zaužilo kokain. Nacionalni podatki znašajo od 0,1 do 12,0 %. Evropsko povprečje uživanja kokaina v zadnjem letu v tej starostni skupini je ocenjeno na 2,2 % (3 milijone), uživanja v zadnjem mesecu pa na 0,8 % (1 milijon).

Uživanje je zlasti pogosto med mlajšimi moškimi (15–34 let), razširjenost uživanja kokaina v zadnjem letu pa na Danskem, v Španiji, na Irskem, v Italiji in Združenem kraljestvu znaša od 4,2 do 7,7 % ⁽⁹³⁾. Pri mlajših odraslih je v večini držav razmerje med moškimi in ženskami glede razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu vsaj 2 : 1.

Razširjenost uživanja kokaina v zadnjem letu je med 15- do 24-letniki ocenjena na 2,2 %, kar pomeni, da je v Evropi 1,5 milijona takih uživalcev. V nasprotju z ocenami razširjenosti uživanja konoplje ali ekstazija, ki so najvišje v starostni skupini od 15 do 24 let, je merjenje nedavnega uživanja kokaina (v zadnjem letu in zadnjem mesecu) je pokazalo podobne rezultate v starostnih skupinah od 15 do 34 let in od 15 do 24 let ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁹²⁾ Glej prikaz GPS-16 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁹³⁾ Glej prikaz GPS-13 v Statističnem biltenu 2009.

⁽⁹⁴⁾ Glej prikaz GPS-15 in preglednice GPS-14, GPS-15 in GSP-16 za vsa leta; preglednice GPS-17, GPS-18 in GPS-19 za najnovejše podatke v Statističnem biltenu 2009.

Uživanje kokaina je povezano tudi z uživanjem alkohola in nekaterimi življenjskimi slogi. V analizi podatkov iz britanskega pregleda kaznivih dejanj 2007–2008 je bilo na primer ugotovljeno, da je 13,5 % 16- do 24-letnikov, ki so v zadnjem mesecu bili v pivskem lokalu devetkrat ali večkrat, poročalo o uživanju kokaina

v zadnjem letu, medtem ko je o tem poročalo 1,7 % tistih, ki lokalov niso obiskovali. Tudi obiskovanje nočnih klubov je bilo povezano z večjim uživanjem kokaina, saj je skoraj 10 % 16- do 24-letnikov, ki so v zadnjem mesecu obiskali klube štirikrat ali večkrat, poročalo o uživanju kokaina v zadnjem letu v primerjavi s 3,3 % tistih,

Preglednica 8: Razširjenost uživanja kokaina med širšo populacijo – povzetek podatkov

Starostna skupina	Časovni okvir uživanja		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
15–64 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	13 milijonov	4 milijoni	1,5 milijona
Evropsko povprečje	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Razpon	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Litva, Malta (0,4 %) Grčija (0,7 %)	Romunija (0,0 %) Grčija (0,1 %) Češka, Madžarska, Poljska (0,2 %)	Češka, Grčija, Estonija, Romunija (0,0 %) Malta, Litva, Poljska, Finska (0,1 %)
Države z največjo razširjenostjo	Španija (8,3 %) Združeno kraljestvo (7,6 %) Italija (6,8 %) Irska (5,3 %)	Španija (3,1 %) Združeno kraljestvo (2,3 %) Italija (2,2 %) Irska (1,7 %)	Španija (1,1 %) Združeno kraljestvo (1,0 %) Italija (0,8 %) Irska (0,5 %)
15–34 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	7,5 milijona	3 milijoni	1 milijon
Evropsko povprečje	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Razpon	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grčija (1,0 %)	Romunija (0,1 %) Grčija (0,2 %) Poljska (0,3 %) Madžarska, Češka (0,4 %)	Estonija, Romunija (0,0 %) Češka, Grčija, Poljska (0,1 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (12,0 %) Španija (11,8 %) Danska (9,5 %) Irska (8,2 %)	Španija (5,5 %) Združeno kraljestvo (4,5 %) Danska (3,4 %) Irska, Italija (3,1 %)	Združeno kraljestvo (2,1 %) Španija (1,9 %) Italija (1,2 %) Irska (1,0 %)
15–24 let			
Ocenjeno število uživalcev v Evropi	3 milijoni	1,5 milijona	0,6 milijona
Evropsko povprečje	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Razpon	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (0,1 %) Grčija (0,6 %) Litva (0,7 %) Malta, Poljska (1,1 %)	Romunija (0,1 %) Grčija (0,2 %) Poljska (0,3 %) Češka (0,4 %)	Estonija, Romunija (0,0 %) Grčija (0,1 %) Češka, Poljska, Portugalska (0,2 %)
Države z največjo razširjenostjo	Združeno kraljestvo (9,9 %) Španija (9,3 %) Danska (9,2 %) Irska (7,0 %)	Danska (5,6 %) Španija (5,4 %) Združeno kraljestvo (5,0 %) Irska (3,8 %)	Združeno kraljestvo (2,5 %) Španija (1,7 %) Italija (1,2 %) Irska (1,1 %)

Ocene razširjenosti v Evropi temeljijo na tehtanih povprečjih iz najnovejših nacionalnih raziskav, opravljenih od leta 2001 do leta 2008 (predvsem 2004–2008), zato jih ni mogoče pripisati enemu letu. Povprečna razširjenost za Evropo je bila izračunana na podlagi ponderiranega povprečja glede na populacijo zadevne starostne skupine v vsaki državi. Pri državah, za katere ni bilo informacij, je bila pripisana povprečna razširjenost v EU. Populacije, uporabljene kot podlaga: 15–64 (334 milijonov), 15–34 (133 milijonov) in 15–24 (63 milijonov). Tukaj povzeti podatki so na voljo v Statističnem biltnu 2009 pod naslovom „Raziskave med širšo populacijo“.

ki niso obiskali nobenega kluba. V raziskavi so tudi poročila o nizkih ravneh uživanja cracka, celo med uživalci kokaina, kar potrjuje ugotovitve iz drugih študij o razlikah med profili uživalcev teh dveh snovi (Hoare in Flatley, 2008). Raziskave, izvedene v sprostivnih okoljih, prav tako poročajo o višjih ravneh razširjenosti uživanja kokaina kot med širšim prebivalstvom (EMCDDA, 2007a). Poleg tega je bilo z nedavno spletno raziskavo, opravljeno med ljubitelji elektronske glasbe na Češkem, ugotovljeno, da je 30,9 % anketirancev zaužilo kokain.

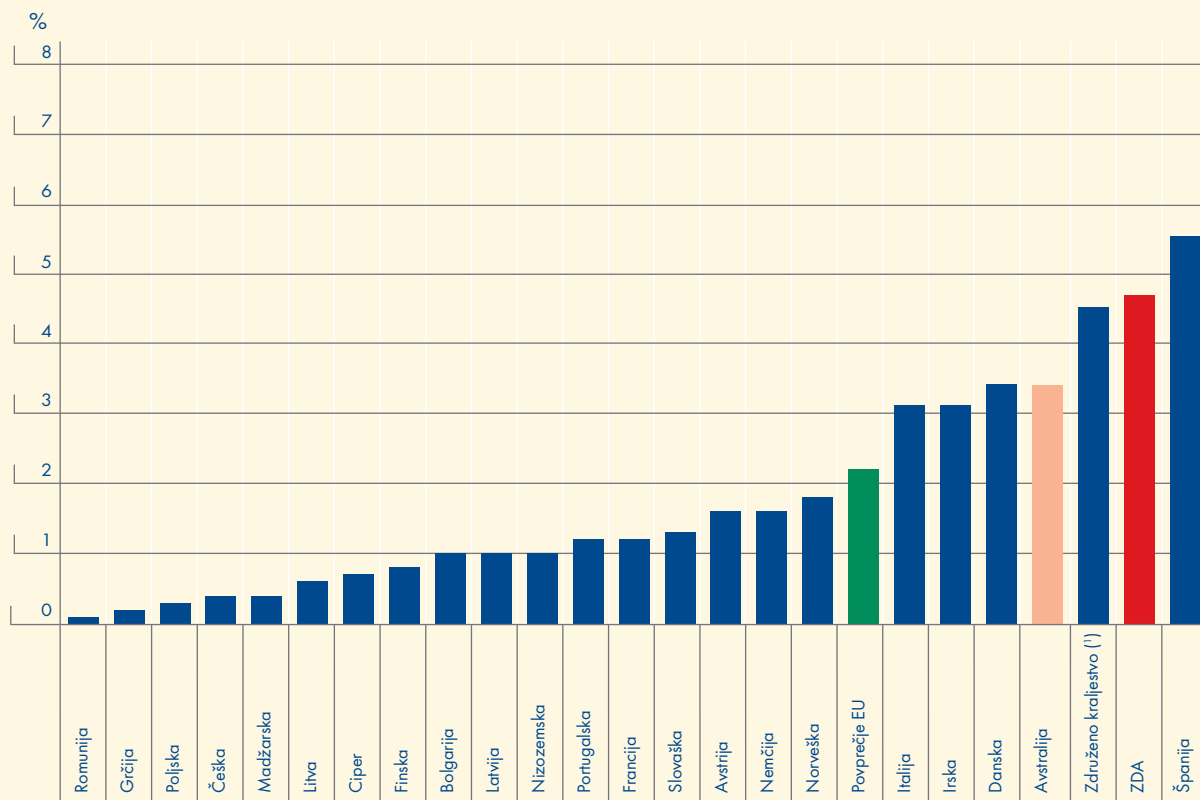
Eurobarometrova raziskava iz leta 2008, ki je potekala v 27 državah članicah EU, kaže, da 85 % 15- do 25-letnikov meni, da je uživanje kokaina veliko zdravstveno tveganje posameznika. Deleži anketirancev, ki so izrazili prepričanje o podobni stopnji tveganja za zdravje zaradi uživanja drugih snovi, so precej manjši: 40 % za konopljo, 28 % za tobak in 24 % za alkohol.

Večji delež anketirancev kot veliko tveganje dojema samo še uživanje heroina. Med državami so le majhne razlike in 95 % anketirancev meni, da mora biti kokain še naprej prepovedan (Evropska komisija, 2008b).

Uživanje kokaina med šolsko mladino

Ocene razširjenosti uživanja kokaina med šolsko mladino so precej nižje od ocen razširjenosti uživanja konoplje. V polovici od 28 držav poročevalk se razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med šolsko mladino v starosti od 15 do 16 let v raziskavi ESPAD giblje med 1 in 2 %. Večina drugih držav poroča o razširjenosti med 3 in 4 %, medtem ko Francija, Italija in Združeno kraljestvo poročajo o 5-odstotni razširjenosti. V večini držav je razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju večja med moškimi kot ženskami, o najvišjih ravneh (6 %) pa poročata Francija in Italija ⁽⁹⁵⁾.

Prikaz 8: Trendi razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let) v Evropi, Avstraliji in ZDA



⁽¹⁾ Anglija in Wales.

Opomba: Podatki so iz zadnje razpoložljive raziskave za vsako državo. Povprečna stopnja razširjenosti v Evropi je izračunana kot povprečje nacionalnih stopenj razširjenosti, tehtano glede na nacionalno populacijo 15- do 34-letnikov (2006, vir: Eurostat). Podatki za ZDA in Avstralijo so se preračunali iz izvirnih rezultatov raziskav na starostni razred 15–34 let. Za več informacij glej prikaz GPS-20 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

SAMHSA (ZDA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Glej preglednico EYE-12 v Statističnem biltenu 2009.

Mednarodne primerjave

Na splošno je ocenjena razširjenost uživanja kokaina v zadnjem letu manjša med mladimi odraslimi osebami v Evropski uniji kot med njihovimi sovrstniki v Avstraliji in Združenih državah Amerike. Vendar dve državi, Španija in Združeno kraljestvo (Anglija in Wales), poročata o večjih deležih kot Avstralija in le Španija poroča o oceni, ki je višja od tiste iz Združenih držav Amerike (prikaz 8).

Trendi uživanja kokaina

Če opišemo s preprostimi besedami, so trendi uživanja kokaina v Evropi sledili različnim vzorcem. V dveh državah z največjo razširjenostjo uživanja kokaina (Španija in Združeno kraljestvo) se je uživanje te droge izrazito povečalo v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja, nato se je trend ustalil, čeprav je na splošno še vedno naraščal. V drugi skupini držav, ki vključuje Dansko, Irsko in Italijo, je bila večja razširjenost manj izrazita in je nastopila nekoliko pozneje. Ravni uživanja v teh treh državah so kljub temu visoke v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Druge v Evropi je stanje težje razlagati, saj je razširjenost na splošno majhna, v nekaterih državah pa so opažena majhna povečanja in majhna zmanjšanja. Izmed enajstih držav, za katere je mogoče analizirati ta trend med letoma 2002 in 2007, se je razširjenost v zadnjem letu

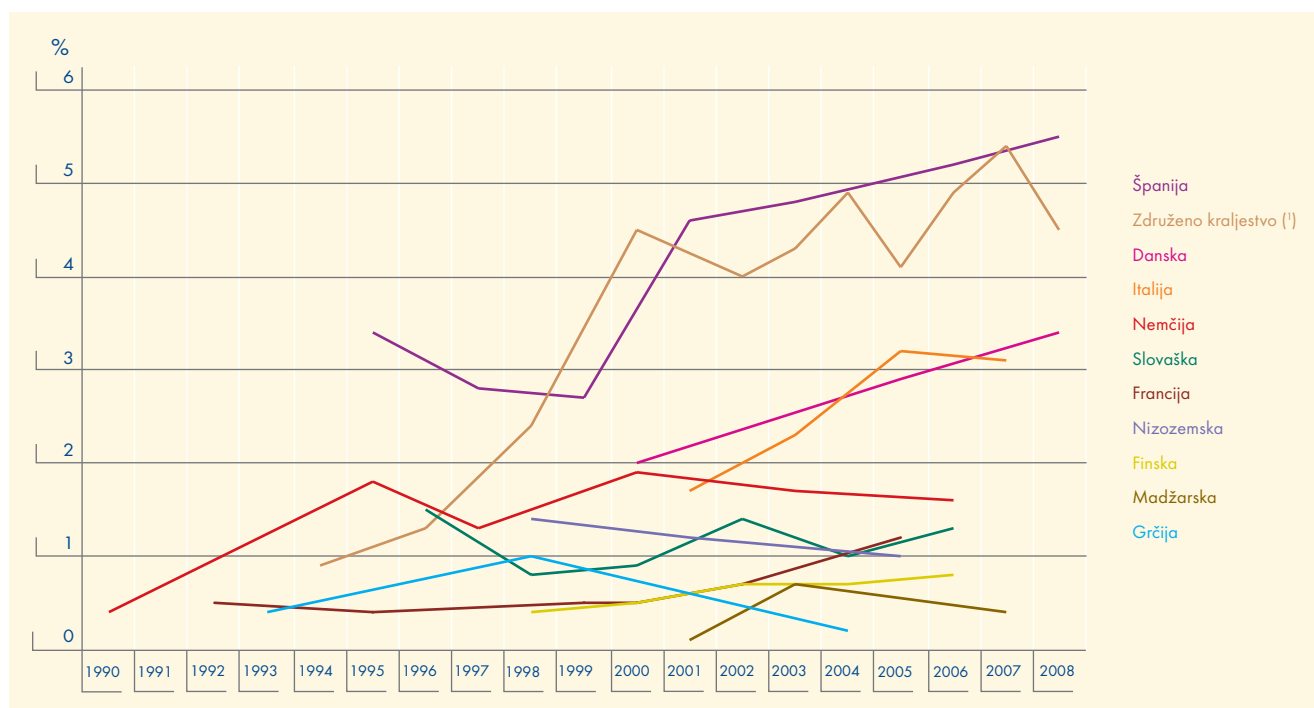
med mlajšimi odraslimi osebami (15–34 let) povečala za vsaj 15 % začetne vrednosti v petih državah (Irska, Italija, Latvija, Portugalska, Združeno kraljestvo) ^(%), zmanjšala v dveh državah (Madžarska, Poljska) in ustalila v štirih državah (Nemčija, Španija, Slovaška, Finska) (prikaz 9).

V raziskavah med šolsko mladino ESPAD, opravljenih leta 2007, se je razširjenost uživanja kokaina kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki od leta 2003 povečala za najmanj dve odstotni točki v Franciji, na Cipru, Malti, v Sloveniji in na Slovaškem. V španski raziskavi med šolsko mladino je bilo med letoma 2004 in 2007 ugotovljeno zmanjšanje v višini dveh odstotnih točk.

Zdravstvene posledice uživanja kokaina

Obseg zdravstvenih posledic uživanja kokaina je verjetno podcenjen. Delno je to posledica pogosto nespecifične ali kronične narave patologij, ki nastanejo zaradi dolgotrajnega uživanja kokaina, delno pa zaradi težav pri ugotavljanju vzročnih povezav med boleznijo in uživanjem te droge. Redno uživanje kokaina, zlasti vdihavanje skozi nos, je mogoče povezati s kardiovaskularnimi, nevrološkimi in duševnimi motnjami ter povečanim tveganjem za nezgode in nasilje. Hkratno uživanje drugih snovi, tudi

Prikaz 9: Trendi razširjenosti uživanja kokaina v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi (starimi od 15 do 34 let)



⁽¹⁾ Anglija in Wales.

Opomba: Za več informacij glej prikaz GPS-14 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2008), vzeta iz raziskav med prebivalstvom, poročil ali znanstvenih člankov.

^(%) Tudi Danska je opazila povečanje, vendar v drugem časovnem obdobju.

alkohola, lahko poveča nekatere težave, povezane s kokainom (glej EMCDDA, 2007a). V obsežni raziskavi v Združenih državah Amerike je bilo ocenjeno, da je bilo pri pogostih uživalcih tveganje za miokardni infarkt brez smrtnega izida sedemkrat večje od tveganja pri neuživalcih (Qureshi et al., 2001). Na splošno je bilo ocenjeno, da je bila četrtnina akutnih miokardnih infarktov, ki niso povzročili smrti, med 18- do 45-letniki posledica „pogostega uživanja kokaina“.

Kot kažejo nedavna poročila, se zdi, da je v državah z razmeroma veliko razširjenostjo uživanja kokaina ta droga povzročila največ bolnišničnih urgentnih primerov, povezanih z drogami. Ameriška mreža za opozarjanje na zlorabo drog (*American Drug Abuse Warning Network, DAWN*) je ocenila, da je bil kokain, sam ali v kombinaciji z drugimi drogami, v letu 2006 prisoten pri šestih od desetih obiskov urgence, povezanih z drogo. V Španiji se je na podlagi podatkov iz nacionalnega sistema poročanja o bolnišničnih urgentnih primerih, povezanih z nemedicinskim uživanjem psihoaktivnih snovi, pokazalo, da je bila leta 2006 najpogostejše navedena snov kokain (59 %), sledijo konoplja (31 %), pomirjevala (28 %) in heroin (22 %), alkohol pa se pogosto uživa skupaj z vsemi temi snovmi. V neki študiji med bolniki, ki so obiskali urgentni bolnišnični oddelek v Barceloni zaradi težav, neposredno povezanih z uživanjem kokaina, so bile najpogostejše navedene težave anksioznost ali vznemirjenost (48 %) ter bolečine v prsnem košu ali palpitacije (25 %).

Vbrizgavanje kokaina in uživanje cracka sta povezana z največjimi zdravstvenimi tveganji (vključno s kardiovaskularnimi in duševnimi težavami ter poslabšanjem zdravstvenega stanja). Ta tveganja lahko povečajo socialna izključenost in druge posebne težave, kot so tveganja, povezana z vbrizgavanjem. Zdi se, da je hkratno uživanje opioidov in kokaina povezano z večjim tveganjem za prevelik odmerek opioidov (EMCDDA, 2007a).

Ena od negativnih posledic, ki jih ima uživanje kokaina za posameznika, je odvisnost. Neka raziskava, opravljena v Združenih državah Amerike, je pokazala, da približno 5 % uživalcev kokaina lahko postane odvisnih v prvem letu uživanja, čeprav je dolgoročno odvisnih postalo največ le približno 20 % uživalcev (Wagner in Anthony, 2002). Neka druga študija je pokazala, da si med tistimi, ki postanejo odvisni, brez zdravljenja zaradi drog ali alkohola opomore blizu 40 % (Cunningham, 2000). Prav tako je bilo ugotovljeno, da so številni uživalci kokaina nadzorovali svoje uživanje tako, da so si postavili pravila, na primer o količini, pogostnosti ali priložnosti uživanja (Decorte, 2000).

Problematično uživanje kokaina in povpraševanje po zdravljenju

Nacionalne ocene problematičnega uživanja kokaina (vbrizgavanje ali dolgotrajno/redno uživanje) so na voljo samo za Španijo in Italijo, regionalne ocene in ocene za crack kokain ⁽⁹⁷⁾ pa so na voljo za Združeno kraljestvo. Po ocenah je bilo v Italiji je bilo leta 2007 od 3,8 do 4,7 problematičnih uživalcev kokaina na 1 000 odraslih oseb. Po zadnjih podatkih je bilo v Španiji leta 2002 od 4,5 do 6 problematičnih uživalcev kokaina na 1 000 odraslih oseb (15–64 let). V ocenah problematičnih uživalcev kokaina je verjetno podcenjen

Uživanje crack kokaina v Evropi

V Evropi je kokain na voljo v dveh oblikah: kot kokain v prahu (kokainov hidroklorid (HCl), hidrokloridna sol) in crack kokain (prosta baza), ki se uporablja manj pogosto. Crack se običajno kadi in povzroči intenzivno „omamljenost“, ki lahko povzroči problematične vzorce uživanja. Na splošno se izdeluje iz kokainovega hidroklorida na krajih, ki so v bližini mesta prodaje in uživanja.

Uživanje cracka se je v Združenih državah Amerike začelo širiti sredi osemdesetih let prejšnjega stoletja, predvsem v socialno ogroženih revnih četrtih v metropolitanskih območjih, droga pa je nesorazmerno prisotna med etničnimi manjšinami. Izražena je bila zaskrbljenost, da bi se lahko kaj podobnega zgodilo v Evropi, vendar doslej ni bilo opaziti resne epidemije cracka.

Crack kokain se vseeno uživa v nekaterih evropskih mestih, čeprav je težko oceniti natančen obseg tega pojava. Poročili o stanju v Londonu (GLADA, 2004) in Dublinu (Connolly et al., 2008) prav tako kažeta, da lahko pride do povečanj. V Londonu uživanje cracka šteje za pomemben del problematike drog tega mesta, njegovo povečanje od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja pa se v glavnem pripisuje naraščajoči populaciji uživalcev opioidov, ki uživajo tudi crack.

Združeno kraljestvo poroča o večini povpraševanj po zdravljenju in večini zasegov te droge. V neki študiji je bilo ocenjeno, da je število problematičnih uživalcev crack kokaina v Angliji v letih 2006 in 2007 znašalo od 5,2 do 5,6 na 1 000 odraslih prebivalcev. O precejšnjih težavah s crackom poročajo tudi iz mest v drugih evropskih državah.

Crack se uživa predvsem med marginalizirani in prikrajšanimi skupinami, kot so osebe, ki se ukvarjajo s prostitucijo, in problematični uživalci opioidov, nekatere države pa poročajo o uživanju cracka med določenimi etničnimi manjšinami (npr. Francija, Nizozemska, Združeno kraljestvo). Uživanje cracka je zelo redko med socialno integriranimi posamezniki, skupaj z navadnimi uživalci kokaina v prahu (Prinzle et al., 2004). Kljub temu vztrajno uživanja cracka v nekaterih skupinah in mestih kaže na tveganje, da bi se razširil na večjo populacijo.

⁽⁹⁷⁾ Glej „Uživanje crack kokaina v Evropi“.

obseg populacije, ki potrebuje zdravljenje ali hitro ukrepanje, saj so socialno integrirani problematični uživalci kokaina morda premalo zastopani v uporabljenih virih podatkov.

Leta 2007 je v Evropi kokain, predvsem kokain v prahu, kot glavni razlog za začetek zdravljenja navedlo približno 17 % vseh uživalcev, ki se zdravijo, kar predstavlja približno 61 000 sporočenih primerov v 25 evropskih državah. Med tistimi, ki so se prvič začeli zdraviti, je bil delež uživalcev, ki so navedli kokain kot primarno drogo, višji (22 %).

Med državami so velike razlike glede deleža uživalcev kokaina med vsemi in novimi uživalci, ki se zdravijo. Španija poroča o največjih deležih med vsemi uživalci (45 %) in novimi uživalci, ki se zdravijo (60 %), sledita ji Nizozemska (32 in 29 %) in Italija (23 in 26 %). V Belgiji, na Irskem, Cipru, v Luksemburgu in Združenem kraljestvu uživalci kokaina predstavljajo med 11 in 13 % vseh uporabnikov drog in med 11 in 19 % novih uživalcev, ki se zdravijo; drugje v Evropi se zaradi kokaina zdravi manj kot 10 % uživalcev na zdravljenju, pri čemer je v sedmih državah ta delež manj kot 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Število uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja kokaina, se v Evropi že več let povečuje, čeprav ima na ta trend močnejši vpliv le nekaj držav. Španija, Irska in Italija poročajo o največjih sorazmernih povečanjih med novimi uživalci med letoma 2002 in 2007. V državah, ki imajo dovolj podatkov za analizo časovnih trendov, se je število vseh uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja kokaina, kot delež povečalo s 13 na 19 % (na podlagi podatkov 18 držav) ⁽⁹⁹⁾. Delež novih uživalcev na zdravljenju se je povečal s 17 na 25 % (na podlagi podatkov 19 držav). Od leta 2005 od držav z največjimi deleži uživalcev kokaina Španija in Italija poročata o ustaljenem stanju, medtem ko se na Nizozemskem delež novih uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi uživanja kokaina, zmanjšuje. Vendar se povečuje v drugih državah, kot so Danska, Irska, Grčija in Portugalska ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil uživalcev, ki se zdravijo

Izvenbolnišnični centri za zdravljenje imajo podatke o skoraj vseh uživalcih kokaina, čeprav se lahko nekateri uživalci kokaina zdravijo v zasebnih klinikah, ta oblika

zdravljenja pa v sedanjem sistemu spremljanja skoraj ni zastopana.

Med uživalci kokaina, ki se zdravijo, je delež moških v primerjavi z ženskami najvišji (pet moških na eno žensko) in ena od najvišjih povprečnih starosti (okoli 32 let). To še zlasti velja za nekatere države z velikim številom primarnih uživalcev kokaina, zlasti Italijo, kjer je razmerje med moškimi in ženskami 8 : 1, povprečna starost pa 35 let. Skoraj polovica uživalcev kokaina je začela to drogo uporabljati preden so bili stari 20 let, 88 % pa pred 30. letom starosti. Španija, Italija in Nizozemska ⁽¹⁰¹⁾ poročajo o dolgih časovnih zamikih med začetkom uživanja kokaina in prvim zdravljenjem.

Večina uživalcev kokaina to drogo vdihava skozi nos (55 %) ali kadi (32 %), manj kot 7 % pa si jo vbrizgava ⁽¹⁰²⁾. V analizi, opravljeni leta 2006 v 14 državah, se je pokazalo, da približno 63 % uživalcev kokaina jemlje več drog hkrati. Od teh jih 42 % uživa tudi alkohol, 28 % konopljo in 16 % heroin. Kokain se pogosto navaja tudi kot sekundarna droga, zlasti med primarnimi uživalci heroina (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

Iz poročil je razvidno, da se je leta 2007 približno 8 000 uživalcev začelo izvenbolnišnično zdraviti zaradi primarnega uživanja crack kokaina, kar je 15 % vseh uživalcev kokaina in 2,7 % vseh uporabnikov drog na izvenbolnišničnem zdravljenju. Združeno kraljestvo poroča o največjem številu uživalcev cracka (približno 6 500), ki predstavljajo 45 % uživalcev kokaina na zdravljenju. Skoraj četrtina (22 %) primarnih uživalcev cracka uporablja tudi heroin in ti poročajo o najvišjih stopnjah brezposelnosti in brezdomstva ⁽¹⁰⁴⁾.

Na splošno lahko med odvisniki na zdravljenju opredelimo dve glavni skupini uživalcev kokaina: socialno integrirane posameznike, ki uživajo kokain v prahu, in bolj marginalizirano skupino uživalcev, ki uživajo kokain, pogosto crack kokain, v kombinaciji z opioidi. Prva skupina običajno navaja vdihavanje kokaina skozi nos in občasno uporabo skupaj z drugimi snovmi, kot sta alkohol ali konoplja, vendar ne z opioidi. Nekatere posameznike iz te skupine napoti na zdravljenje kazensko-sodni sistem. Druga skupina pogosto poroča o vbrizgavanju drog, uživa kokain in opioide, včasih kadi crack in živi v slabih zdravstvenih in socialnih razmerah. Med njimi so nekdanji uživalci heroina, ki se ponovno zdravijo zaradi kokaina.

⁽⁹⁸⁾ Glej prikaz TDI-2 in preglednico TDI-5 (del i) in (del ii) v Statističnem biltenu 2009; podatki za Španijo se nanašajo na leto 2006.

⁽⁹⁹⁾ Vključeni so samo uživalci, ki poročajo o primarnem uživanju opioidov, konoplje, kokaina in drugih stimulansov.

⁽¹⁰⁰⁾ Glej prikaza TDI-1 in TDI-3 ter preglednico TDI-3 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Glej preglednice TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 in TDI-103 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁰²⁾ Glej preglednico TDI-17 (del iv) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁰³⁾ Glej Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati.

⁽¹⁰⁴⁾ Glej „Uživanje crack kokaina v Evropi“ (str. 66) in preglednici TDI-7 in TDI-115 v Statističnem biltenu 2009.

Zdravljenje in zmanjševanje škode

Zdravljenje

V Evropi so javne ustanove za zdravljenje odvisnosti od drog večinoma prilagojene potrebam uživalcev opioidov, zelo redke, in večinoma zasebne ustanove pa so osredotočene na zdravljenje uživalcev kokaina. Nekatere države (npr. Irska, Italija, Španija) izvajajo strategije ali programe zdravljenja, ki so prilagojeni uživalcem kokaina, Francija pa take programe še pripravlja.

Zaradi raznolikosti uživalcev kokaina in njihovih težav ter potreb sta organizacija in izvajanje zdravstvenih storitev za tiste, ki jih potrebujejo, zapletena. Nekatere populacije uživalcev kokaina so težko dosegljive in jih je zato težko vključiti v zdravljenje. Marginalizirani uživalci, ki si kokain vbrižgavajo, in uživalci cracka se tako na primer redko prostovoljno odločijo za zdravljenje. Zaradi tega na Irskem obstajajo priporočila o terenskem delu in drugih ukrepih, s katerimi bi k zdravljenju pritegnili uživalce, za katere drugače ne bi mogli poskrbeti (Connolly et al., 2008). Nekatere skupine imajo lahko koristi od programov terenskega zdravljenja. Primer tega je nizozemska študija, katere cilj so bili marginalizirani uživalci cracka. S programom zdravljenja so dosegli visoke ravni sodelovanja v zdravljenju in zadovoljstva z njim med uživalci. Sodelujoči v programu so poročali o izboljšanju zdravstvenih in življenjskih razmer, družinskih in družbenih odnosov ter duševnega stanja (Henskens et al., 2008).

Tudi socialno integrirane uživalce kokaina je težko pritegniti k zdravljenju. Morda menijo, da zdravstvene službe, ki se večinoma ukvarjajo z uživalci opioidov, zanje in njihove potrebe niso ustrezne. Nekatere države poročajo o ukrepih za reševanje teh težav. V Italiji, na primer, projekt „Progetto nazionale cocaina“, ki se je začel izvajati leta 2007, ponuja specializirane službe, katerih delovni čas je prilagojen socialno integriranim uživalcem kokaina in njihovim družinam (npr. po službi). Tudi Irska poroča o podobnem pristopu, kjer se pripravljajo posebni programi, s katerimi želijo privabiti uživalce kokaina v prahu.

Problematične uživalce kokaina in cracka je na zdravljenju pomembno tudi obdržati, saj so posledica intenzivnega uživanja kokaina vedenjske, socialne in psihološke motnje (npr. impulzivno in agresivno vedenje) in pri nekaterih skupinah kaotičen življenjski slog in hudo poslabšanje duševnega in telesnega stanja. Strokovnjaki zato poročajo, da je težko ohranjati redno prisotnost v terapevtskih skupinah in smiselni terapevtski dialog (Connolly et al., 2008). Uživanje kokaina lahko moti zdravljenje odvisnosti od drugih drog in ogrozi uspešno doseženo abstinenco od

heroina. V Nemčiji, na primer, je bilo hkratno uživanje kokaina opredeljeno za odločilen dejavnik pri osebah, ki predčasno prekinajo nadomestno zdravljenje z opioidi.

Odvisnike je težko privabiti k zdravljenju in ga v njem zadržati tudi, če ni nobenega posebnega psihosocialnega ukrepa, ki bi prepričljivo dokazoval učinkovitost, in nobene učinkovite farmakoterapije, ki bi jim v tem obdobju pomagala vztrajati pri abstinenci ali omejiti uživanje.

Te težave je mogoče reševati z oblikovanjem posebnih programov zdravljenja in tečajev usposabljanja, ki so prilagojeni težavam, povezanim z uživanjem kokaina in cracka. Irska, Italija in Združeno kraljestvo poročajo o posebnem usposabljanju za kokain za zdravstveno osebje. Poleg tega 11 držav članic, med katerimi so tudi vse z visokimi ravni uživanja kokaina in povpraševanja po zdravljenju, poroča, da so poleg tradicionalnih zdravstvenih storitev uživalcem kokaina ali crack kokaina na voljo posebni programi zdravljenja. Nacionalni strokovnjaki iz Italije, Portugalske, Slovenije in Združenega kraljestva so ocenili, da so ti programi na voljo večini uživalcev kokaina, ki potrebujejo zdravljenje, strokovnjaki iz Danske, Nemčije, Irske, Avstrije, izozemske, Francije in Španije pa menijo, da so na voljo le majhnemu številu odvisnikov.

Po obdobju, v katerem so bile skoraj vse raziskave opravljene v Združenih državah Amerike, se več študij o zdravljenju odvisnosti od kokaina zdaj izvaja v Evropi. V Združenem kraljestvu se v klinični študiji preiskuje učinkovitost kognitivne vedenjske terapije v povezavi z obvladovanjem nepredvidenih okoliščin (glej EMCDDA, 2008b) pri primarnih uživalcih kokaina. Glede na nedavni pregled, ki ga je izvedla Cochranova skupina, so bili rezultati zdravljenja odvisnosti od stimulansov pri tej kombinaciji najboljši (Knapp et al., 2007). V nekem drugem kliničnem preskusu v Združenem kraljestvu se med odvisniki, ki prejemajo nadomestno zdravljenje z opioidi, in uživajo crack kokain, proučuje učinkovitost modafinila skupaj s pristopom obvladovanja nepredvidenih okoliščin, v katerem bolnik prejme bon za nagrado vsakič, ko izpolni zahteve programa (voucher-based contingency management). Že v več preskusih se je pokazalo, da bi modafinil lahko uporabljali pri zdravljenju kot nadomestno učinkovino za odvisnost od stimulansov.

Na Nizozemskem v petih kliničnih preskusih proučujejo učinkovitost več farmacevtskih učinkovin za zdravljenje odvisnosti od kokaina, med njimi deskamfetamina in modafinila. V nekem drugem nizozemskem poskusu so proučevali kombinacijo pristopa krepitve skupnosti in obvladovanja nepredvidenih okoliščin pri odvisnikih, ki

prejemajo nadomestno zdravljenje z opiodi in so odvisni od kokaina. Rezultati so pokazali bistveno zmanjšanje uživanja kokaina v primerjavi s standardnim zdravljenjem.

V skupni španski in italijanski študiji se na več lokacijah preverja učinkovitost cepiva proti kokainu TA-CD. To je doslej največja študija, ki se izvaja s tem cepivom, v njej pa sodeluje več sto prostovoljcev. Začetne varnostne študije cepiva TA-CD v ZDA so pokazale zmanjšanje subjektivnih učinkov kokaina in uporabo te droge ter izboljšano vztrajanje pri zdravljenju.

Zmanjševanje škode

Z ukrepi za zmanjševanje škode, namenjenimi problematičnim uživalcem cracka in kokaina se v številnih državah članicah ukvarjajo šele od nedavnega. Eden od razlogov za omejeno ponudbo ukrepov na tem področju, zlasti za uživalce cracka, je lahko nezadostno znanje ključnih delavcev o tej drogi, ciljni skupini in njenih potrebah.

V državah članicah so uživalcem, ki si kokain vbrizgavajo, običajno na voljo enake storitve in zmogljivosti kot uživalcem opiodov. Sem se prištevajo priporočila za varnejše uživanje, usposabljanje za varno vbrizgavanje ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg. Vendar je vbrizgavanje kokaina lahko povezano z večjim tveganjem souporabe opreme za vbrizgavanje in pogostega vbrizgavanja, kar lahko pripelje do oslabitve žil in vbrizgavanja v bolj tvegane dele telesa (npr. v noge, dlani, stopala in dimlje). Zato je treba priporočila za varno uživanje prilagoditi tem posebnim tveganjem. V nekaterih državah (npr. v Belgiji, Franciji) so v nekaterih nizkopražnih agencijah na voljo tudi čiste pipe za crack.

Ukrepi za zmanjševanje škode, namenjeni uživalcem kokaina v sprostivnih okoljih, so osredotočeni predvsem na ozaveščanje. Programi za mlade vsebujejo nasvete in informacije o tveganjih, povezanih z uživanjem alkohola in drog na splošno, in navadno vsebujejo tudi gradivo o tveganjih uživanja kokaina.

Poglavje 6

Uživanje opioidov in vbrizgavanje drog

Uvod

Uživanje heroína, zlasti vbrizgavanje te droge, je s problematično uporabo drog v Evropi tesno povezano od sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Ta droga v Evropski uniji tudi danes še vedno povzroči najvišja deleža obolenosti in umrljivosti, povezana z uporabo drog. V zadnjih desetih letih je opaziti upad uživanja heroína in z njim povezanih težav, čeprav novejši podatki kažejo, da gre ta trend v nekaterih državah morda v drugo smer. Poleg tega poročila o uživanju sintetičnih opioidov, kot je fentanil, in vbrizgavanju stimulansov, kot so kokain ali amfetamini, pričajo o vse večji raznolikosti problematične uporabe drog v Evropi.

Ponudba in razpoložljivost

V Evropi se na trgu prepovedanih drog tradicionalno uporabljata dve obliki uvoženega heroína: po navadi je na voljo rjavi heroín (njegova osnovna kemična oblika), večinoma iz Afganistana, nekoliko redkeje pa beli heroín (v obliki soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije, čeprav ta oblika postaja vedno redkejša ⁽¹⁰⁵⁾. Poleg tega se manjša količina opioidov proizvaja v Evropi, in sicer gre večinoma za domačo proizvodnjo proizvodov iz vrtnega maka (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v nekaterih vzhodnoevropskih državah (npr. Latvija, Litva).

Proizvodnja in trgovina

Večina heroína, ki se uporablja v Evropi, je proizvedena v Afganistanu, ki je vodilni proizvajalec prepovedanega opija na svetu. Druge države proizvajalke so Mjanmar, ki oskrbuje predvsem trge v vzhodni in jugovzhodni Aziji, Pakistan, Laos, sledita Mehika in Kolumbija, ki štejeta za največji dobavitelji heroína v Združene države Amerike (UNODC, 2009). Ocenjuje se, da se je svetovna proizvodnja opija zmanjšala z največje vrednosti 8 890 ton v letu 2007 – predvsem zaradi zmanjšane proizvodnje v Afganistanu – na približno 8 000 ton v letu 2008. Najnovejša ocena o potencialni svetovni proizvodnji heroína je 735 ton

leta 2007 (UNODC, 2009). Zaradi čedalje večjega števila uničenih laboratorijev v Afganistanu v zadnjih nekaj letih se zdi, da opij vedno pogosteje predelujejo v morfij ali heroín tudi v sami državi proizvajalki. Vendar pa veliki zasegi morfija v sosednjih državah (Pakistanu in Iranu) kažejo, da veliko predelav poteka tudi zunaj Afganistana (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroín prihaja v Evropo predvsem po dveh glavnih trgovskih poteh: po zgodovinsko pomembni balkanski poti in njenih stranskih poteh, in sicer po prevozu skozi Pakistan, Iran in Turčijo, kjer je zasežena največja količina; in po vedno pogosteje uporabljeni „severni poti“ prek osrednje Azije in Ruske federacije, pri čemer se heroín pretihotapi na Poljsko neposredno

Preglednica 9: Proizvodnja, zasegi, cena in čistost heroína

Proizvodnja in zasegi	Heroín
Ocena potencialne svetovne proizvodnje (v tonah) ⁽¹⁾	735
Svetovna zasežena količina Heroín (v tonah) Morfij (v tonah)	65 27
Zasežena količina (v tonah) v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	8,8 (22)
Število zasegov v EU in na Norveškem (skupaj s Hrvaško in Turčijo)	56 000 (58 000)
Cena in čistost v Evropi	Rjavi heroín
Povprečna maloprodajna cena (EUR za gram) Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Povprečna čistost (%) Razpon (interkvartilni razpon) ⁽²⁾	9–50 (16–27)

⁽¹⁾ Številka UNODC temelji na njeni oceni skupne proizvodnje prepovedanega opija (8 870 ton v letu 2008) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Razpon srednje polovice sporočene povprečne cene ali čistosti.

Opomba: Podatki so za leto 2007, razen ocene potencialne svetovne proizvodnje. Viri: Svetovno poročilo o drogah UNODC (2009) za svetovne vrednosti, nacionalne kontaktne točke Reitox za evropske podatke.

⁽¹⁰⁵⁾ Za informacije o virih podatkov za ponudbo in razpoložljivost drog glej str. 39.

z vlakom (INCB, 2009a) ali na Norveško prek Litve. Poroča se tudi o sekundarnih trgovskih poteh za heroin iz jugozahodne Azije, na primer iz Afganistana in Pakistana po zraku prek držav na Bližnjem vzhodu in v vzhodni Afriki na nezakonite trge v Evropi (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroin iz jugozahodne Azije se prav tako tihotapi neposredno v Evropo (Združeno kraljestvo) po zračni poti iz Pakistana. V Evropski uniji imata Nizozemska in nekoliko manj tudi Belgija pomembno vlogo kot središči sekundarne distribucije (Europol, 2008).

Zasegi

Leta 2007 se je število zasegov opija po svetu znatno povečalo, in sicer na 510 ton, pri čemer je bilo v Iranu zaseženih 84 % celotne količine. Število zasegov morfija po svetu se je močno zmanjšalo, to je na 27 ton, medtem ko so se svetovni zasegi heroina nekoliko povečali in so znašali 65 ton. O največjih zasegih heroina je poročal Iran (25 % svetovnih zasegov), sledita mu Turčija in Afganistan (UNODC, 2009).

V Evropi je bilo leta 2007 po ocenah v 58 000 zasegih prestreženih 22 ton heroina. Združeno kraljestvo je spet poročalo o največjem številu zasegov, Turčija pa je spet zasegla največje količine, saj je leta 2007 zasegla 13,2 tone te droge ⁽¹⁰⁶⁾. Podatki za obdobje 2002–2007, ki jih je predložilo 25 držav poročevalk, kažejo, da se po zmanjšanju v prvem letu število zasegov od leta 2003 stalno povečuje. Splošni trend količine prestreženega heroina v Turčiji se razlikuje od trenda, opaženega v Evropski uniji. Medtem ko je Turčija poročala o petkratnem povečanju količine heroina, zasežene med letoma 2002 in 2007, količina, zasežena v Evropski uniji, kaže na splošen upad v tem obdobju, čeprav je med letoma 2006 in 2007 sledilo povečanje.

Količina zasegov anhidrida očetne kisline (ki se uporablja v proizvodnji heroina) po vsem svetu se je leta 2007 povečala na 56 300 litrov, večina je bila zasežena v Ruski federaciji (25 000 litrov), sledi Turčija (13 300 litrov) in Slovenija (6 500 litrov) (INCB, 2009b). INCB ocenjuje, da je „skoraj 80 %“ anhidrida očetne kisline, ki se uporablja v afganistanskih laboratorijih za proizvodnjo heroina, pretihotapljenega prek vzhodne in jugovzhodne Evrope, Evropsko komisijo ter države članice EU pa poziva, naj preprečijo preusmeritev anhidrida očetne kisline z notranjega trga (INCB, 2009a).

Cene heroina na različnih ravneh trga

Spremljanje cen drog je pomembno orodje za razumevanje trgov drog. Center zbira podatke o maloprodajnih cenah, ki so običajno izražene v evrih za gram, odmerek ali tableto. Na podlagi teh informacij je mogoče oblikovati ceno, ki jo uživalec navadno plača za neko drogo v neki evropski državi. Spremembe cen v času lahko nakazujejo morebitne spremembe v ponudbi drog ali povpraševanju po njih. Informacije o veleprodajnih cenah, to je cenah, ki jih razpečevalci drog plačajo večjim distributerjem na trgu, kjer se droga uživa, je še en koristen kazalec, ki lahko omogoči vpogled v tržne dobičke.

Primerljivi podatki o veleprodajnih in maloprodajnih cenah za leto 2007 so na voljo le za malo držav (Češka, Nemčija, Španija, Romunija, Združeno kraljestvo). Med temi državami sporočena veleprodajna cena heroina znaša od 12,5 do 35,8 EUR za gram, povprečna maloprodajna cena, kjer je na voljo, pa znaša od 36 do 62,7 EUR. Na veleprodajni in maloprodajni ravni trga se najnižje cene poročajo za Romunijo, najvišje pa za Španijo. Razmerje med maloprodajno in veleprodajno ceno se prav tako zelo razlikuje, od 1,6 : 1 na Češkem do 2,8 : 1 v Združenem kraljestvu. Zaradi razlik v čistosti drog, bodisi med državami, na različnih ravneh trga ali v času, je treba primerjave opravljati previdno. Kljub temu so analize na tem področju lahko koristne, zlasti v zvezi s časovnimi trendi, saj lahko kažejo na pomembne spremembe, ki se dogajajo na trgu.

Čistost in cena

Leta 2007 je povprečna čistost analiziranega rjavega heroina znašala med 15 in 30 %, čeprav sta Francija (12 %) in Avstrija (9 %) poročali o vrednostih pod 15 %, Združeno kraljestvo (50 %) in Norveška (35 %) pa o višjih vrednostih. Beli heroin je bil v nekaterih evropskih državah, ki so sporočile podatke, na splošno bolj čist (med 30 in 50 %) ⁽¹⁰⁷⁾.

Maloprodajna cena rjavega heroina je bila še naprej višja v nordijskih državah kot drugje po Evropi, pri čemer je Švedska poročala o povprečni ceni 119 EUR za gram, Danska pa o 96 EUR. V drugih desetih državah je maloprodajna cena rjavega heroina znašala med 30 in 80 EUR za gram, medtem ko je povprečna cena za gram te snovi v Turčiji znašala 15 EUR. V obdobju 2002–2007 se je maloprodajna cena rjavega heroina znižala v sedmih od 12 evropskih držav, ki so sporočile časovne trende, v petih pa se je povečala. O maloprodajni ceni belega heroina so poročale samo nekatere evropske države, gibala pa se je med 31 in 151 EUR za gram.

⁽¹⁰⁶⁾ Glej preglednici SZR-7 in SZR-8 v Statističnem biltenu 2009. Kjer podatkov za leto 2007 ni, so za oceno skupnih števil uporabljeni ustrezni podatki za leto 2006. Ta analiza je začasna, saj podatki za Združeno kraljestvo za leto 2007 še niso na voljo.

⁽¹⁰⁷⁾ Glej preglednici PPP-2 in PPP-6 v Statističnem biltenu 2009 za podatke o čistosti in cenah.

Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov

Podatki v tem oddelku temeljijo na kazalniku centra EMCDDA o problematični uporabi drog, ki večinoma vključuje ocene uživanja drog z vbrizgavanjem in uživanja opioidov, čeprav so v nekaterih državah pomemben sestavni del tudi uživalci amfetaminov in kokaina. Opozoriti je treba, da številne države poročajo, da je mogoče večino „problematičnih uživalcev opioidov“ opisati kot uživalce, ki uživajo več drog hkrati, tudi opioide. Zaradi sorazmerno majhne razširjenosti in skrite narave uživanja te vrste droge so za pridobitev ocen razširjenosti iz razpoložljivih virov podatkov potrebne statistične ekstrapolacije.

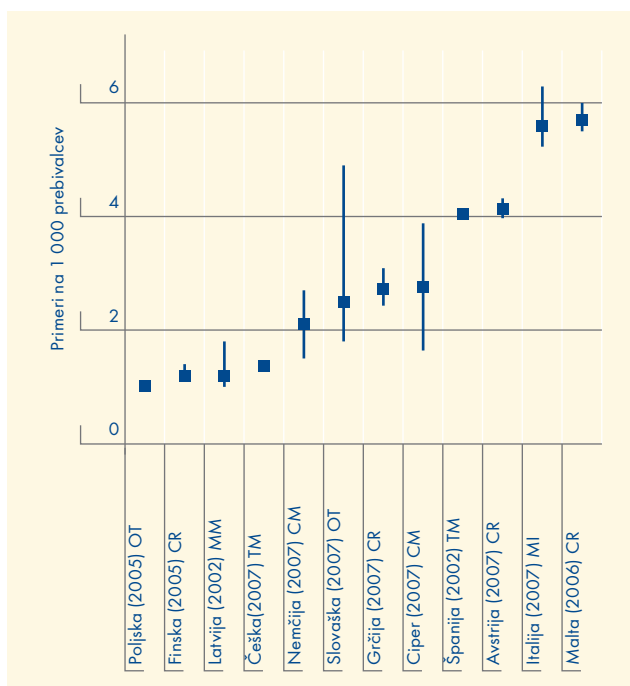
Ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov v evropskih državah v obdobju 2002–2007 navajajo od enega do šest primerov na 1 000 prebivalcev, starih med 15 in 64 let; splošna razširjenost problematične uporabe drog znaša po ocenah med manj kot tremi in 10 primeri na 1 000 prebivalcev. Najnižje dovolj dobro dokumentirane ocene problematičnega uživanja opioidov so sporočile Češka, Latvija, Poljska in Finska (čeprav imata Češka in Finska veliko problematičnih uživalcev amfetaminov), o najvišjih ocenah pa so poročali z Malte, iz Italije, Avstrije in Španije (prikaz 10).

Povprečna razširjenost problematičnega uživanja opioidov v državah, ki zagotavljajo podatke, znaša po ocenah med 3,6 in 4,6 primera na 1 000 prebivalcev, starih med 15 in 64 let. Če domnevamo, da to odraža stanje v celotni EU, to pomeni, da je bilo leta 2007 v EU in na Norveškem približno 1,4 milijona (1,2 do 1,5 milijona) problematičnih uživalcev opioidov ⁽¹⁰⁸⁾. V tej oceni so morda nezadostno zastopani problematični uživalci opioidov, ki so v zaporu, zlasti tisti z daljšimi kaznimi.

Uživalci opioidov, ki se zdravijo

Opioidi, predvsem heroin, ostajajo glavne droge, zaradi katerih večina odvisnikov v Evropi potrebuje zdravljenje. Vendar so v Evropi velike razlike v deležu uporabnikov drog, ki se začnejo zdraviti zaradi težav, povezanih s temi drogami; v Bolgariji in Sloveniji se začne zdraviti več kot 90 % uživalcev opioidov, v 15 državah od 50 do 90 % in v drugih devetih državah od 10 do 49 % ⁽¹⁰⁹⁾. Na splošno je od približno 325 000 primerov zdravljenja, za katere je primarna droga znana, 49 % uživalcev navedlo heroin

Prikaz 10: Ocene letne razširjenosti problematičnega uživanja opioidov (primeri na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let)



Opomba: Simbol pomeni ocenjeno vrednost; črtica pomeni oceno intervala negotovosti: 95-odstotni interval zaupanja ali pa interval na podlagi analize občutljivosti. Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod ocenjevanja in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. V študijah s Finske (15 do 54 let), Malte (12 do 64 let) in Poljske (vse starosti) so bile uporabljene nestandardne starosti. Vse tri stopnje so bile prilagojene populaciji, stari med 15 in 64 let, ob predpostavki, da je uživanje drog v drugih starostnih skupinah zanemarljivo. Za Nemčijo in Ciper interval predstavlja najvišjo in najnižjo mejo vseh obstoječih ocen, ocenjena vrednost pa enostavno povprečje vmesnih vrednosti. Kratice za metode ocenjevanja: CR = zajetje-povratno; TM = multiplikator zdravljenja; MI = večvrstni kazalnik; MM = multiplikator umrljivosti; CM = kombinirane metode; OT = druge metode. Za podrobnosti glej prikaz PDU-1 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

kot primarno drogo; če se upoštevajo drugi opioidi, ta številka naraste na 55 % takšnih uživalcev ⁽¹¹⁰⁾. V nekaterih državah se delež in število primerov zdravljenja odvisnosti od opioidov razen heroina v zadnjih letih povečujeta ⁽¹¹¹⁾.

Številni uživalci opioidov so vključeni v programe, ki zagotavljajo dolgoročno oskrbo. To se odraža v velikem deležu primarnih uživalcev opioidov med uživalci drog, ki se že zdravijo. V nedavni analizi podatkov o uživalcih, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, izvedeni v 14 državah, je bilo ugotovljeno, da je bilo primarnih uživalcev opioidov 61 % vseh uživalcev drog, ki se zdravijo, in samo 38 % takih, ki so se začeli zdraviti prvič ⁽¹¹²⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Ta ocena je bila na podlagi novih podatkov prilagojena z 1,5 na 1,4 milijona. Zaradi velikih intervalov zaupanja in dejstva, da ocena temelji na podatkih iz različnih let, ni mogoče sklepati, ali nova ocena kaže na zmanjšanje razširjenosti problematičnega uživanja opioidov v Evropi.

⁽¹⁰⁹⁾ Glej preglednico TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Glej preglednico TDI-113 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹¹¹⁾ Glej „Zloraba opioidov, izdanih na recept“, str. 77.

⁽¹¹²⁾ Glej preglednico TDI-38 v Statističnem biltenu 2009.

Pojavnost problematičnega uživanja opioidov

Spremljanje pojavnosti problematične uporabe drog – števila posameznikov, ki začnejo uživati snov v nekem letu in postanejo problematični uporabniki drog – je nujno za spremljanje trendov stanja na področju drog v Evropi in oblikovanje ustreznih politik ter ukrepov.

Center spodbuja raziskave za ocenjevanje pojavnosti problematične uporabe drog in je pred kratkim objavil smernice o tej temi (Scalia Tomba et al., 2008).

V sodelovanju z Univerzo v Zürichu je začel izvajati tudi študijo za testiranje nove „enodnevn“ metode z uporabo porazdelitve „časa latence“ (časa do zdravljenja) v prečnem vzorcu zdravljenih uživalcev heroina. Pri metodi se uporablja funkcija, ki opisuje verjetnost za vključitev v nadomestno zdravljenje (funkcija splošne vključenosti (*General Inclusion Function*) – GIF), če dostopa do zdravljenja ne omejujejo predpisi, ob upoštevanju časa latence, umrljivosti in stopenj prenehanja uživanja droge. Ocene se lahko izpeljejo iz podatkov o zdravljenju za en dan, medtem ko so pri uveljavljenih metodah potrebni dolgotrajni nizi, ki obsegajo vsaj osem do deset let.

Študija je bila opravljena v šestih državah članicah EU (v Španiji, Italiji, na Malti, Nizozemskem, Slovaškem, v Združenem kraljestvu) in pokazala, da metoda GIF omogoča oceno pojavnosti problematičnega uživanja heroina celo pri nepopolnih podatkovnih nizih o nadomestnem zdravljenju. V vsaj petih regijah so ocene pojavnosti omogočile izpeljavo ocen razširjenosti, ki so bile dokaj skladne z drugimi obstoječimi ocenami (npr. z metodo zajetja-ponovnega zajetja).

Metoda GIF se zdi zanesljiva in lahko poleg ocen pojavnosti zagotovi tudi stroškovno učinkovite ocene razširjenosti problematičnega uživanja opioidov in razširjenosti nadomestnega zdravljenja ter njune časovne spremembe. Prihodnje delo bo lahko vključevalo študije v drugih državah EU, analize prostorskih razlik ter analize glede na spol in obliko uživanja.

Sporočeno je bilo, da je delež primarnih uživalcev opioidov med odvisniki, ki so se zdravili več kot eno leto, znašal več kot 50 % v vseh državah, ki so sodelovale v raziskavi.

Odvisniki, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja opioidov, pogosto poročajo o uživanju tudi drugih drog. V analizi podatkov iz 14 držav je bilo leta 2006 ugotovljeno, da 59 % uživalcev heroina uživa sekundarno drogo, predvsem kokain (28 %), konopljo (14 %) in alkohol (7 %) (¹¹³).

Trendi problematičnega uživanja opioidov

Zaradi omejenega števila večkratnih ocen pojavnosti in razširjenosti problematičnega uživanja opioidov ter statistične negotovosti v zvezi s posameznimi ocenami je časovne trende težko spremljati. Podatki iz devetih držav z večkratnimi ocenami pojavnosti v obdobju 2002–2007 kažejo sorazmerno ustaljen položaj. Najnovejši podatki ne potrjujejo očitnega povečanja, ugotovljenega v Avstriji do leta 2005. Drugod pa razpoložljive informacije morda kažejo na nedavne spremembe. Za Ciper ocena iz leta 2007 kaže, da se je precej povečalo problematično uživanje opioidov, ki je bilo povezano s povečanjem števila tujih državljanov na zdravljenju (¹¹⁴). Informacije iz francoskega sistema „TREND“, ki temelji na kvalitativnih in kvantitativnih podatkih, kažejo na razširitev uživanja heroina na nove skupine uporabnikov, skrb pa zbuja dejstvo, da so med njimi socialno integrirani posamezniki in obiskovalci zabav tehnoglasbe.

Kjer niso na voljo ustrezne in posodobljene ocene pojavnosti in razširjenosti problematičnega uživanja opioidov, je še vedno mogoče analizirati časovne trende z uporabo drugih kazalnikov, zlasti posrednih, kot so podatki o povpraševanju po zdravljenju. Vzorec iz 19 držav kaže, da se je skupno število primarnih uživalcev heroina, ki so se začeli zdraviti, med letoma 2002 in 2007 povečalo. Analiza krajšega časovnega obdobja pove, da se je zaradi primarnega uživanja heroina med letoma 2006 in 2007 v osmih državah začelo zdraviti večje število odvisnikov, povečal pa se je tudi njihov delež med vsemi uporabniki drog, ki se zdravijo. Ta povečanja so pogosto sledila izrazitim zmanjšanjem iz prejšnjih let. Poleg tega že od leta 2004 deset držav poroča o stalnih povečanjih števila in deleža novih uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja heroina (¹¹⁵).

To analizo potrjujejo tudi drugi kazalniki. Podatki iz leta 2007 o številu smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, in ki so v glavnem povezani z uživanjem opioidov, ne kažejo na ponovitev upadajočega trenda, ki je bil opazen do leta 2003 (glej poglavje 7). Več kot polovica držav poročevalk je med letoma 2006 in 2007 (¹¹⁶) zabeležila naraščanje števila smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge. Podobno je opaženo zmanjšanje števila zasegov heroina v Evropski uniji do leta 2003 zdaj nadomestilo stalno povečevanje. Iz najnovejših podatkov o kršitvah zakonov o drogah je razvidno tudi povečanje števila primerov, povezanih s heroinom.

(¹¹³) Glej Izbrano vprašanje o uporabi več drog hkrati iz leta 2009.

(¹¹⁴) Glej preglednici PDU-6 (del ii) in PDU-102 v Statističnem biltenu 2009 za popolne podatke, vključno z intervali zaupanja.

(¹¹⁵) Glej preglednico TDI-3 v Statističnem biltenu 2009.

(¹¹⁶) Glej preglednico DRD-2 (del i) v Statističnem biltenu 2009.

Razpoložljivi podatki kažejo, da se je trend upadanja kazalnikov opioidov, opažen do leta 2003, umiril. Po letu 2003 je to morda najbolj jasno razvidno iz števila zasegov in smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka ter po letu 2004 iz števila novih povpraševanj po zdravljenju zaradi heroina. Te spremembe so nastopile sočasno s povečanjem proizvodnje opija v Afganistanu, kar povečuje zaskrbljenost, da te dogodke morda pogojuje večja razpoložljivost heroina na evropskem trgu.

Vbrizgavanje drog

Razširjenost vbrizgavanja drog

Injicirajoči uživalci drog so med tistimi, ki so najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, kot so bolezni, ki se prenašajo s krvjo (npr. HIV/aids, hepatitis), ali smrti zaradi droge. Kljub pomembnosti za javno zdravje je samo 12 držav uspelo predložiti najnovejše ocene o ravni vbrizgavanja drog ⁽¹¹⁷⁾. Izboljšanje ravni informacij, ki so na voljo za to posebno populacijo, ostaja pomemben izziv za razvoj sistemov spremljanja zdravja v Evropi.

Razpoložljive ocene kažejo velike razlike med državami v zvezi z razširjenostjo vbrizgavanja drog in znašajo

Izbrano vprašanje Centra o vbrizgavanju drog

Vbrizgavanje drog je eden od glavnih dejavnikov resnih javnozdravstvenih težav med uživalci drog, skupaj z virusom HIV/aidsom, hepatitisom C in prevelikim odmerkom. V Evropi se razširjenost in trendi vbrizgavanja drog med državami članicami razlikujejo in se lahko spreminjajo skozi čas. Poleg vbrizgavanja morda obstajajo nadomestne oblike uživanja (npr. kajenje), uporabniki drog pa lahko obliko uživanja tudi spremenijo.

To izbrano vprašanje obravnava stanje in trende vbrizgavanja drog ter posebne ukrepe, katerih cilj so injicirajoči uživalci drog v Evropi. V publikaciji se razpravlja tudi o mehanizmi, ki so mogoče prispevali k zmanjšanju vbrizgavanja drog v nekaterih državah ali regijah, in o tem, zakaj so stopnje v drugih regijah še vedno visoke (ali naraščajo). V njej se razpravlja tudi o ukrepih in politikah, katerih cilj je zmanjšati pojavnost vbrizgavanja, in tistih, ki lahko uživalce spodbudijo, da se odločijo za manj škodljive oblike uživanja.

To izbrano vprašanje bo od decembra 2009 na voljo v tiskani obliki in na spletu samo v angleškem jeziku (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>).

od manj kot enega primera do petih primerov na 1 000 prebivalcev med 15. in 64. letom starosti za večino držav, z izjemno visoko stopnjo 15 primerov na 1 000 prebivalcev, o kateri poroča Estonija.

Zaradi pomanjkanja podatkov je sklepanje o časovnih trendih razširjenosti vbrizgavanja težavno, čeprav razpoložljivi podatki kažejo na ustaljeno stanje na Češkem, v Grčiji, Združenem kraljestvu in na Norveškem ⁽¹¹⁸⁾. Povečanje je bilo ugotovljeno na Cipru.

Tudi iz podatkov iz raziskav o nalezljivih boleznih lahko razberemo informacije o razlikah med državami in spremembah v času v zvezi z vbrizgavanjem drog. Primerjave med državami je treba delati previdno zaradi različnih vzorcev, nabranih iz različnih okolij. Razmeroma veliki deleži (več kot 20 %) novih injicirajočih uživalcev (ki si vbrizgavajo drogo manj kot dve leti) so bili ugotovljeni v treh državah, kar morda kaže na precejšnje povečanje navajanja na vbrizgavanje med uporabniki-začetniki. V drugih desetih državah je bil ta delež manj kot 10 % ⁽¹¹⁹⁾. Še en kazalnik, da so z vbrizgavanjem začeli šele nedavno, je delež mladih (mlajših od 25 let), ugotovljen v vzorcih. Na Češkem, v Estoniji, Latviji, Litvi, Avstriji, Romuniji in na Slovaškem predstavljajo mladi injicirajoči uživalci drog, vključeni v raziskave, več kot 40 %, medtem ko v drugih enajstih državah injicirajoči uživalci, mlajši od 25 let, predstavljajo manj kot 20 % uživalcev, vključenih v raziskave.

Vbrizgavanje med uživalci opioidov

Uživalci opioidov, ki se začnejo zdraviti, pogosto poročajo o vbrizgavanju kot običajnem načinu uživanja, saj drogo na ta način jemlje več kot polovica uživalcev opioidov v večini držav, med 25 in 50 % v sedmih državah in manj kot 25 % v petih državah. Danska in Nizozemska poročata o najmanjših deležih injicirajočih uživalcev med uživalci opioidov, ki se začnejo zdraviti, Litva, Latvija in Romunija pa o največjih deležih ⁽¹²⁰⁾. Poročila o zdravljenju prav tako kažejo, da se priljubljenost vbrizgavanja med uživalci opioidov lahko zelo razlikuje v posameznih državah. V avtonomnih skupnostih v Španiji se na primer delež injicirajočih uživalcev med novimi uživalci opioidov giblje od 0,9 do 47,2 %.

Delež injicirajočih uživalcev (42 %) med uživalci opioidov, ki se začnejo prvič zdraviti, je manjši kot delež med vsemi uživalci opioidov, ki se začnejo zdraviti (44 %). To drži v skoraj vseh 22 državah poročevalkah. V 14 državah je analiza podatkov o uživalcih drog, ki se zdravijo, pokazala, da raven vbrizgavanja med vsemi uživalci drog,

⁽¹¹⁷⁾ Glej prikaz PDU-2 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Glej preglednico PDU-6 (del iii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Glej preglednico PDU-3 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹²⁰⁾ Glej preglednice PDU-104, TDI-5 in TDI-17 (del v) v Statističnem biltenu 2009.

Zloraba opioidov na recept

Opioidni analgetiki so najmočnejše droge, ki so na voljo za obvladovanje hudih in kroničnih bolečin. Opioidi se uporabljajo tudi kot nadomestne droge pri nadzorovanju odvisnosti od opioidov. Te droge, ki so na voljo na recept, je mogoče zlorabiti, kar lahko pripelje do škodljivih učinkov za zdravje, kot so odvisnost, prevelik odmerik in škoda, povezana z vbrizgavanjem. Opioidi na recept lahko vstopijo na trg s prepovedanimi drogami, če se nadomestne droge ne uporabijo ustrezno. Zdi se, da imajo pomembno vlogo pri njihovi razpoložljivosti v Združenih državah Amerike tudi spletne lekarne (INCB, 2009a), v Evropi pa je kot kaže, njihova vloga omejena. V Evropi so razmah izdajanja receptov za nadomestne droge uživalcem, ki so odvisni od opioidov, spremljala vse številnejša poročila o zlorabi teh drog.

Približno 5 % (17 810) uživalcev drog, ki se v Evropi začnejo zdraviti zaradi odvisnosti, kot primarno drogo navaja opioide, ki niso heroin. Snovi, o katerih se največ poroča, so: buprenorfin, ki je bil na Finskem ugotovljen kot glavna droga pri 41 % vseh povpraševanj po zdravljenju, v Franciji pa pri 7 % povpraševanj, metadon, ki predstavlja 18,5 % vseh povpraševanj po zdravljenju na Danskem, in drugi opioidi na recept v Latviji, Avstriji in na Švedskem, kjer predstavljajo od 5 do 15 % vseh povpraševanj po zdravljenju (¹). Tudi Češka je poročala o ocenjenem številu 4 250 problematičnih uživalcev buprenorfina v letu 2007. To je odražalo predvsem, da so problematični uživalci heroína začeli uporabljati druge snovi, ni pa pomenilo, da se je povečala splošna razširjenost problematičnega uživanja opioidov. V nemškem sistemu Phar-Mon, s katerim se spremlja množica zdravil, ki jih je mogoče zlorabiti, je bila prav tako opažena povečana zloraba opioidov na recept, pri kateri nadomestne droge igrajo pomembnejšo vlogo od analgetikov (Roesner in Küfner, 2007).

Zloraba opioidov na recept sproža pomembna vprašanja o preprečevanju preusmeritve nadomestnih drog in opioidnih analgetikov na prepovedane trge. Obenem je treba zagotoviti, da ni ogrožena legitimna uporaba teh snovi (Cherny et al., 2006).

(¹) Glej preglednico TDI-113 v Statističnem biltenu 2009.

ki se zdravijo, ostaja visoka in znaša 62 %, čeprav so tudi nekatere očitne izjeme, kot je Nizozemska s 6,1-odstotnim deležem (¹²¹).

Delež injicirajočih uživalcev med uživalci heroína, ki se začnejo zdraviti, se je leta 2007 še naprej zmanjševal. Ta trend je zdaj očiten v nekaterih državah, kjer pred tem ni bil opažen (npr. na Češkem, v Nemčiji). Med letoma 2002 in 2007 se je delež injicirajočih uživalcev

med primarnimi uživalci opioidov, ki se začnejo zdraviti, v večini držav zmanjšal, pri čemer je 13 držav poročalo o statistično pomembnih zmanjšanjih. Dve državi v tem obdobju poročata o povečanju (Bolgarija, Slovaška) (¹²²).

Druge študije na splošno potrjujejo trend zmanjšanja vbrizgavanja med uživalci opioidov. V Franciji je v podatkih o zdravljenju že od leta 2001 opaženo zmanjšanje razširjenosti vbrizgavanja in študije kažejo, da je začetek uživanja heroína vse bolj povezan z vdihavanjem skozi nos, in zdi se, da se vbrizgavanje v obdobju uporabe droge zdaj začne pozneje kot v preteklosti.

Zdravljenje problematičnih uživalcev opioidov

Povprečna starost uživalcev, ki se začnejo zdraviti zaradi primarnega uživanja opioidov, je 33 let in skoraj vse države poročajo o zvišanju starosti od leta 2003 (¹²³). Uživalke opioidov, ki se začnejo prvič zdraviti, in tiste iz držav članic, ki so se EU pridružile od leta 2004, so v povprečju mlajše od svojih moških vrstnikov.

Soobolevnost: uporaba drog in duševne motnje

Soobolevnost je pogosto neprepoznana sopojava težav v zvezi z uporabo drog in duševnih motenj pri istem posamezniku. V študijah so odkrili povečano razširjenost duševnih težav med bolniki, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, in povečano razširjenost težav zaradi drog med bolniki v psihiatričnih ustanovah (EMCDDA, 2005).

Duševne motnje, o katerih se najpogosteje poroča med uporabniki drog v Evropi, vključujejo depresijo, anksioznost, shizofrenijo, motnje osebnosti, pomanjkanje pozornosti in hiperaktivnost. Posebno zdravljenje za uporabnike drog s soobolevnostjo v Evropi ostaja omejeno. Nacionalni strokovnjaki poročajo, da posebni programi obstajajo v 18 državah, vendar so v 14 izmed teh na voljo le majhnemu številu uporabnikov drog, ki jih potrebujejo. V sedmih drugih državah ni nobenih namenskih programov, vendar pet od teh držav načrtuje pripravo takih programov v naslednjih treh letih.

Nedavno je bila opravljena evropska študija o možnostih (Isadora), v kateri je sodelovalo več centrov in ki je vključevala bolnike z dvojno diagnozo iz oddelkov za akutna psihična stanja (¹). Ugotovitve te študije opozarjajo na težave pri opravljanju primerjalnih analiz na tem področju, kar poudarja potrebo po bolj usklajenem pristopu za diagnozo, zdravljenje in proučevanje soobolevnosti v Evropi (Baldacchino et al., 2009).

(¹) <http://isadora.advsh.net/>

(¹²¹) Glej preglednici TDI-17 (del v) in TDI-38 v Statističnem biltenu 2009.

(¹²²) Glej preglednici TDI-4 in TDI-5 v Statističnem biltenu za leto 2006 in leto 2009.

(¹²³) Glej preglednice TDI-10, TDI-32 in TDI-103 v Statističnem biltenu 2009.

Uživalke drog so opredeljene kot posebno ranljiva skupina. Na splošno je razmerje moških in žensk med uživalci opioidov na zdravljenju 3,5 : 1, pri čemer so deleži žensk med uživalci opioidov večji v severnih državah (npr. Švedska, Finska), manjši pa v južnih državah (npr. Grčija, Italija, Portugalska) ⁽¹²⁴⁾.

Za uživalce opioidov, ki se začnejo zdraviti, je v primerjavi z drugimi uživalci na zdravljenju značilna večja brezposelnost in nižja dosežena stopnja izobrazbe (glej poglavje 2). Med to populacijo se poroča o višjih stopnjah duševnih motenj; v neki italijanski študiji je bilo ugotovljeno, da je bila večina (72 %) uživalcev drog, ki se zdravijo in imajo hkratne duševne motnje, primarnih uživalcev opioidov ⁽¹²⁵⁾.

Skoraj vsi uživalci opioidov, ki se začnejo zdraviti, poročajo o začetku uživanja pred 30. letom starosti, približno polovica pa o začetku pred 20. letom starosti. Od prvega uživanja opioidov do prvega zdravljenja zaradi drog v povprečju preteče približno osem let ⁽¹²⁶⁾.

Zagotavljanje in razširjenost zdravljenja

Zdravljenje uživalcev opioidov večinoma poteka v izvenbolnišničnih okoljih, in sicer v specialističnih centrih, splošnih ambulantah s pomočjo splošnih zdravnikov in v nizkopražnih ustanovah (glej poglavje 2). V le nekaterih državah so pomemben del sistema zdravljenja odvisnosti od drog bolnišnični centri, predvsem v Bolgariji, Grčiji, na Finskem in Švedskem ⁽¹²⁷⁾. Nabor možnosti, ki so na voljo v Evropi za zdravljenje odvisnosti od opioidov, je širok in vse bolj raznolik, čeprav obstajajo geografska odstopanja pri dostopnosti in razširjenosti. Zdravljenje brez drog in nadomestno zdravljenje z opiodi sta na voljo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem in Norveškem. V Turčiji prihodnjo uporabo nadomestnega zdravljenja še proučujejo.

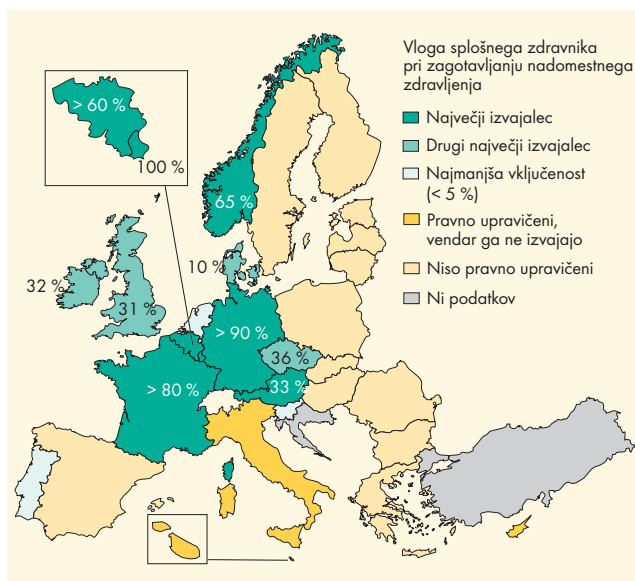
Zdravljenje brez drog je terapevtski pristop, ki od posameznikov na splošno zahteva, da se popolnoma odrečejo vsem snovem, tudi nadomestnim zdravilom. Bolniki sodelujejo v dnevni dejavnosti in prejema intenzivno psihološko podporo. Čeprav lahko zdravljenje brez drog poteka v izvenbolnišničnih in bolnišničnih okoljih, države članice najpogosteje poročajo o bolnišničnih programih, ki uporabljajo načela terapevtske skupnosti ali model Minnesota.

Nadomestno zdravljenje, ki običajno vključuje psihosocialno oskrbo, je tipično ponujeno v specializiranih izvenbolnišničnih centrih. Trinajst držav poroča, da

nadomestno zdravljenje izvajajo tudi splošni zdravniki, po navadi na podlagi sistema deljene oskrbe s specializiranimi centri za zdravljenje (glej prikaz 11). Na Češkem, v Franciji, na Nizozemskem, Portugalskem, v Združenem kraljestvu in na Hrvaškem lahko nadomestno zdravljenje ponudi vsak splošni zdravnik, medtem ko ga v Belgiji, na Danskem, v Nemčiji, na Irskem, v Luksemburgu, Avstriji in na Norveškem lahko zagotavljajo samo zdravniki, ki so ustrezno usposobljeni ali pooblašeni. Številne države poročajo, da je vključitev splošnih zdravnikov pomagala izboljšati zagotavljanje in razširjenost nadomestnega zdravljenja (Češka, Nemčija, Francija, Avstrija, Združeno kraljestvo) z izboljšanjem geografske razširjenosti, zmanjšanjem čakalnih dob in olajšanjem dostopa do zdravljenja.

Glede na ocene strokovnjakov je razpoložljivost nadomestnega zdravljenja z opiodi precej visoka v 16 državah, v katerih je na voljo vsaj polovici uživalcev opioidov (glej poglavje 2). V teh državah se za zdravljenje brez drog odloči od 10 do 25 % odvisnikov. V drugih desetih državah (Estonija, Grčija, Latvija, Litva, Madžarska, Poljska, Romunija, Slovaška, Finska, Norveška) se ocenjuje, da je nadomestno zdravljenje na voljo manjšemu številu uživalcev opioidov. Morda je temu tako, ker mladi ali odvisniki, ki se zdravijo prvič navadno izberejo zdravljenje brez drog, ali pa zato ker je do

Prikaz 11: Zagotavljanje nadomestnega zdravljenja z opiodi, ki ga izvajajo splošni zdravniki



Opomba: Številke v oklepajih pomenijo število uživalcev na nadomestnem zdravljenju, ki prejema zdravljenje od splošnih zdravnikov v skupnosti.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

⁽¹²⁴⁾ Glej preglednici TDI-5 in TDI-21 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹²⁵⁾ Glej tudi „Soobolevnost: uživanje drog in duševne motnje“.

⁽¹²⁶⁾ Glej preglednice TDI-11, TDI-33, TDI-107 in TDI-109 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹²⁷⁾ Glej preglednico TDI-24 v Statističnem biltenu 2009.

nadomestnega zdravljenja težko priti. V Grčiji na primer čakalna doba za nadomestno zdravljenje z opiodi znaša povprečno več kot tri leta.

Zagotavljanje psihosocialne oskrbe velja za bistven ukrep, ki prispeva k učinkovitosti nadomestnega zdravljenja. Po ocenah strokovnjakov je psihosocialna oskrba zagotovljena skoraj vsem bolnikom na nadomestnem zdravljenju (Grčija, Italija, Latvija, Portugalska, Romunija, Slovaška, Združeno kraljestvo) in večini takih bolnikov v še 14 državah. V štirih državah (Estonija, Luksemburg, Madžarska, Nizozemska) pa je po ocenah zagotovljena le majhnemu številu bolnikov na nadomestnem zdravljenju.

Skupno število uživalcev, ki prejemajo nadomestno zdravljenje v EU, na Hrvaškem in Norveškem, je leta 2007 po ocenah znašalo približno 650 000, kar je povečanje s 560 000 leta 2005 in 500 000 leta 2003. Podatki, ki so na voljo, kažejo na povečanje v vseh državah razen v Španiji, kjer se število odvisnikov od drog, ki prejemajo nadomestno zdravljenje, zmanjšuje od leta 2002, in Franciji, Luksemburgu, na Madžarskem in Nizozemskem, ki poročajo o majhnemu zmanjšanju ali ustaljenih številkah. Med državami, ki so razširile zagotavljanje nadomestnega zdravljenja, so bile največje stopnje povečanja ugotovljene v Estoniji, kjer je število uživalcev na zdravljenju v petih letih povečalo s 60 na več kot 1 000, in Bolgariji, kjer se je med letoma 2003 in 2007 število mest za zdravljenje povečalo s 380 na skoraj 3 000. Število uživalcev na nadomestnem zdravljenju se je v tem obdobju za več kot dvakrat povečalo tudi na Češkem, Latviji, na Finskem in Norveškem, medtem ko Grčija, Poljska, Portugalska, Romunija in Švedska pa poročajo o več kot 40-odstotnem povečanju.

Preprosta primerjava ocen števila problematičnih uživalcev opiodov in števila primerov zdravljenja kaže, da bi lahko več kot 40 % uživalcev prejemalo nadomestno zdravljenje. Vendar sta oba podatkovna niza premalo natančna, zato je treba to oceno uporabljati previdno. Ravno zato je tudi težko opravljati primerjave, čeprav podatki, ki so na voljo, kažejo, da se delež problematičnih uživalcev opiodov, ki prejemajo nadomestno zdravljenje, od države do države zelo razlikuje, pri čemer ocenjeni deleži znašajo od 5 do več kot 50 % ⁽¹²⁸⁾.

Večina uživalcev na nadomestnem zdravljenju v Evropi prejema metadon (70 %), vendar se število držav, v katerih je ta edina predpisana snov, zmanjšuje, saj je buprenorfin na voljo v vseh razen štirih državah članicah EU

(Bolgarija, Španija, Madžarska, Poljska). Več kot 50 % uživalcev na nadomestnem zdravljenju na Češkem, v Franciji, Latviji in na Švedskem prejema buprenorfin. Druge možnosti vključujejo morfin s podaljšanim sproščanjem (Bolgarija, Avstrija, Slovenija) in kodein (Nemčija, Avstrija, Ciper). Kombinacija buprenorfina/naloksona je bila za trg EU odobrena leta 2006 in je bila od takrat v skladu s poročili uvedena v 11 državah. Šest evropskih držav zagotavlja tudi zdravljenje s pomočjo heroina odvisnikom, ki jim drugi načini zdravljenja ne koristijo dovolj.

Učinkovitost, kakovost in standardi zdravljenja

Pregledi nadzorovanih študij z naključnim vzorcem in opazovalnih študij so pokazali, da je lahko nadomestno zdravljenje z metadonom ali buprenorfinom učinkovito pri nadzorovanju odvisnosti od opiodov. Na splošno je tako zdravljenje povezano z več pozitivnimi rezultati, vključno z vztrajanjem pri zdravljenju, zmanjšanjem uživanja in vbrizgavanja prepovedanih opiodov, zmanjšanjem smrtnosti in kriminalnega ravnanja ter umiritvijo in izboljšanjem zdravstvenega in socialnega stanja kroničnih uživalcev heroina. Poleg tega so nedavne nadzorovane študije z naključnim vzorcem pokazale, da je zdravljenje s heroinom učinkovito za zmanjšanje uporabe prepovedanih drog, izboljšanje telesnega ali duševnega zdravja in zmanjševanje kriminalnega ravnanja med odvisniki na zdravljenju, za katere velja, da se težko zdravijo, ali pri katerih drugi načini zdravljenja niso bili uspešni.

Psihosocialni in psihoterapevtski ukrepi v kombinaciji s farmakoterapijo so se v študijah rezultatov zdravljenja prav tako izkazali za učinkovite (Schulte et al., 2008). Cilj teh pristopov je povečati motivacijo za zdravljenje, preprečiti ponovno uživanje in zmanjšati škodo. Poleg tega ponujajo tudi nasvete in praktično podporo odvisnikom na zdravljenju, ki morajo poleg zdravljenja odvisnosti od opiodov iskati tudi bivališče in zaposlitev ter reševati družinske težave.

SZO (2009) je nedavno oblikovala niz minimalnih zahtev in mednarodne smernice za farmakološko zdravljenje oseb, odvisnih od opiodov, s psihosocialno asistenco. Ta dokument je odgovor na resolucijo Ekonomskega in socialnega sveta Združenih narodov (ECOSOC) in temelji na sistematičnih pregledih znanstvene literature in posvetovanjih z vrsto uglednih strokovnjakov iz vsega sveta. Večina evropskih držav je pripravila tudi smernice za nadomestno zdravljenje (glej poglavje 2).

⁽¹²⁸⁾ Glej prikaz HSR-1 v Statističnem biltenu 2009.



Poglavje 7

Z drogami povezane nalezljive bolezni in smrtni primeri

Nalezljive bolezni, povezane z drogami

Nalezljive bolezni, kot so HIV ter hepatitis B in C, so med najhujšimi zdravstvenimi posledicami uživanja drog. Celo v državah, kjer je razširjenost virusa HIV pri injicirajočih uživalcih drog majhna, lahko uživalce drog nesorazmerno prizadenejo druge nalezljive bolezni, kot so hepatitis A, B in C, spolno prenosljive bolezni, tuberkuloza, tetanus, butolizem in človeški T-limfotropni virus. Center sistematično spremlja pojav virusa HIV ter hepatitisa B in C med injicirajočimi uživalci drog (razširjenost protiteles ali drugi posebni znaki pri hepatitisu B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV in AIDS

Konec leta 2007 je bilo število sporočenih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog v večini držav Evropske unije nizko, splošno stanje v EU pa se zdi v svetovnem merilu razmeroma pozitivno. To je morda vsaj delno posledica tega, da je na razpolago več programov preprečevanja, zdravljenja in ukrepov za zmanjševanje škode, pa tudi nadomestnega zdravljenja ter programov zamenjave injekcijskih igel in brizg. Pomembni so tudi drugi dejavniki, na primer upad uživanja drog z vbizgavanjem, o katerem poroča nekaj držav. Vendar podatki kažejo, da je bila leta 2007 v nekaterih delih Evrope raven števila okužb z virusom HIV, povezanih z vbizgavanjem drog, še vedno precej visoka, kar pomeni, da je treba zagotoviti razširjanje in učinkovitost praks preprečevanja na lokalni ravni.

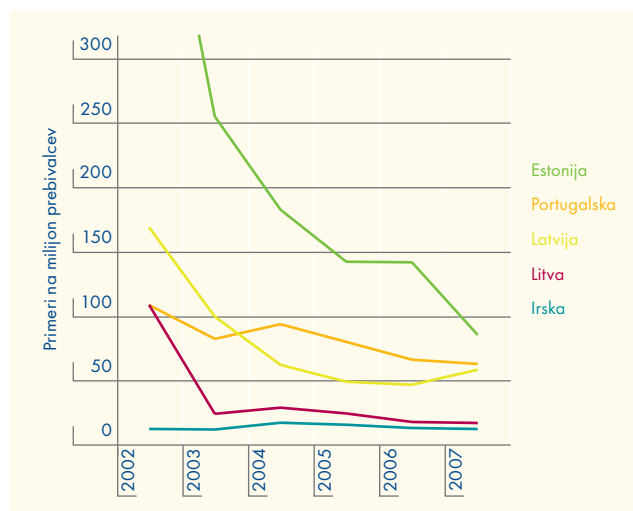
Trendi okužb z virusom HIV

Podatki za leto 2007 o novih poročilih glede primerov, povezanih z vbizgavanjem drog, kažejo, da število okužb v Evropski uniji, po najvišji vrednosti v letih 2001 in 2002, ki je bila posledica epidemije v Estoniji, Latviji in Litvi ⁽¹³⁰⁾, še vedno upada. Leta 2007 je bilo v 24 državah članicah EU, za katere so na voljo nacionalni podatki, med injicirajočimi uživalci skupaj novougotovljenih 4,7 primera okužb na milijon prebivalcev, kar je nekoliko manj kot leta 2006, ko je bilo ugotovljenih 5,0 primera okužb ⁽¹³¹⁾.

Izmed treh držav, ki poročajo o največ primerih novih prijavljenih okužb, se trend upadanja na Portugalskem in v Estoniji nadaljuje, vendar se zdi, da se na Portugalskem umirja. Nasprotno pa poročila iz Latvije kažejo na povečanje s 47,1 primera na milijon prebivalcev v letu 2006 na 58,7 primera v letu 2007 (prikaz 12).

Na splošno med letoma 2002 in 2007 ni bilo ugotovljenega nobenega večjega povečanja števila okužb z virusom HIV in sporočene stopnje še vedno ostajajo na nizki ravni. V Bolgariji in na Švedskem pa se je stopnja novih prijavljenih okužb povečala – z 0,3 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2002 na 5,6 primera v letu 2007 v Bolgariji ter s 3,5 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2002 na najvišjo vrednost 6,7 primera v letu 2007 na Švedskem, a se je stanje v letu 2008 vrnilo na prejšnje ravni – kar kaže, da še vedno obstaja možnost za izbruhe okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog.

Prikaz 12: Trendi v petih državah članicah EU z največjimi stopnjami novo prijavljenih okužb z virusom HIV pri injicirajočih uživalcih drog



Opomba: Za Estonijo je vrednost za leto 2002 nesorazmerna (516 primerov na milijon). Za več informacij glej preglednico INF-104 v Statističnem biltenu 2009.

Viri: ECDC in SZO Evropa.

⁽¹²⁹⁾ Za podrobnosti o metodah in opredelitve glej Statistični bilten 2009.

⁽¹³⁰⁾ Glej preglednico INF-104 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³¹⁾ Nacionalni podatki niso na voljo za Španijo, Italijo in Avstrijo.

Podatki o trendih, pridobljeni s spremljanjem razširjenosti okužbe z virusom HIV v vzorcih injicirajočih uživalcev drog, pomembno dopolnjujejo podatke iz poročil o primerih okužbe z virusom HIV. Na voljo so podatki o razširjenosti virusa HIV iz 25 držav za obdobje med letoma 2002 in 2007 ⁽¹³²⁾. Razširjenost virusa HIV se v enajstih državah v tem obdobju ni spremenila. V šestih državah (Bolgarija, Nemčija, Španija, Italija, Latvija, Portugalska) je razširjenost virusa HIV statistično znatno upadla, in sicer po ugotovitvah iz nacionalnih vzorcev. V dveh izmed teh držav pa so poročali o regionalnih povečanjih: v Bolgariji se je to zgodilo v enem mestu, in sicer Sofiji, v Italiji pa v treh od 21 regij. V dveh državah (Litva, Poljska) se je razširjenost virusa HIV statistično znatno povečala, kar je bilo obakrat ugotovljeno iz nacionalnih vzorcev.

Primerjava trendov novih prijavljenih okužb, povezanih z uživanjem drog z vbizgavanjem, s trendi razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog kaže, da pogostost okužb z virusom HIV v povezavi z uživanjem drog z vbizgavanjem v večini držav na nacionalni ravni upada.

Visoke letne stopnje novih diagnoz okužb z virusom HIV, povezanih z vbizgavanjem drog, v Estoniji, Latviji in na Portugalskem pomenijo, da v teh državah še vedno pogosto prihaja do prenosa virusa HIV, čeprav sta stopnji v Estoniji in na Portugalskem začeli padati. Za Estonijo to dejstvo potrjujejo podatki o razširjenosti iz leta 2005, ki kažejo, da je bila približno tretjina novih injicirajočih uživalcev drog (ki si droge vbizgavajo manj kot dve leti) okužena z virusom HIV. Druge znake prenosa virusa HIV kažejo poročila o visokih ravneh razširjenosti, ki presegajo 5 %, med mladimi injicirajočimi uživalci (vzorci 50 ali več injicirajočih uživalcev, mlajših od 25 let) v več državah: v Španiji (nacionalni podatki za leto 2006), Franciji (pet mest, 2006), Estoniji (dve regiji, 2005), Litvi (eno mesto, 2006) in na Poljskem (eno mesto, 2005) ⁽¹³³⁾.

Pojavnost aidsa in razpoložljivost terapije HAART

Podatki o pojavnosti aidsa so pomembni za prikaz novega pojava simptomatske bolezni, čeprav niso dober kazalnik prenosa virusa HIV. Visoke stopnje pojavnosti aidsa v nekaterih evropskih državah lahko pomenijo, da veliko injicirajočih uživalcev, okuženih z virusom HIV, ni deležnih terapije HAART v dovolj zgodnji fazi okužbe, ko bi jim zdravljenje lahko najbolj koristilo.

Estonija je z ocenjenimi 33,5 novega primera na milijon prebivalcev v letu 2007 država z največjo pojavnostjo

Virus HIV med injicirajočimi uživalci drog v Evropski uniji in sosednjih državah: trendi naraščanja na vzhodu

Epidemija virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog se po Evropi še naprej različno razvija. V državah članicah Evropske unije so stopnje prijavljenih novodiagnosticiranih primerov okužbe z virusom HIV pri injicirajočih uživalcih drog večinoma ustaljene in nizke ali pa celo upadajo. Vendar pa so se leta 2007 v številnih nekdanjih sovjetskih republikah te stopnje povečale (Wiessing et al., 2008b), kar kaže, da so lahko obstoječi ukrepi preprečevanja nezadostni in jih je treba okrepiti.

V vzhodnih državah, v katerih je po vrhuncu leta 2001 nastopilo nekaj zmanjšanj (Rusija, Belorusija), so bila v zadnjih letih ugotovljena nova povečanja. Leta 2007 so se novodiagnosticirane in prijavljene stopnje okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog gibale od nič v Turkmenistanu do 80 primerov na milijon prebivalcev v Kazahstanu in 152 primeri na milijon prebivalcev v Ukrajini. Najnovejša številka za Rusijo je 78 primerov na milijon prebivalcev v letu 2006.

V absolutnem smislu o največjem številu novoprijavljenih primerov virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog v letu 2007 poroča Ukrajina (7 087 primerov), sledita Uzbekistan (1 816 primerov) in Kazahstan (1 246 primerov), medtem ko je Rusija leta 2006 poročala o 11 161 primerih. Trend naraščanja prijavljenih primerov je bil ugotovljen tudi v več drugih nekdanjih sovjetskih republikah z na splošno nižjimi številkami in stopnjami, kar lahko kaže na epidemijo med injicirajočimi uživalci drog. Te države vključujejo Azerbajdžan, Belorusijo, Gruzijo, Kirgizistan, Moldavijo in Tadžikistan.

aidsa zaradi vbizgavanja drog, medtem ko je bilo leta 2006 17,1 novega primera na milijon prebivalcev. O razmeroma visokih stopnjah pojavnosti aidsa poročajo tudi iz Latvije, Španije, Portugalske in Litve, ki imajo 13,2, 8,8, 8,6 oziroma 6,2 novega primera na milijon prebivalcev. Med temi štirimi državami je v Španiji, Latviji in na Portugalskem opazen trend upadanja, vendar to ne velja za Litvo ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B in C

Medtem ko so ravni razširjenosti okužb z virusom HIV visoke samo v nekaj državah članicah EU, so virusni hepatitis in predvsem okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), pogostejši pri injicirajočih uživalcih v vsej Evropi. V obdobju 2006–2007 so se ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uživalcev gibale med 18 in 95 %, večina držav pa je poročala o ravneh nad 40 %. Tri države (Bolgarija, Češka, Slovenija)

⁽¹³²⁾ Glej preglednico INF-108 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³³⁾ Glej preglednici INF-109 in INF-110 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³⁴⁾ Glej preglednico INF-1 v Statističnem biltenu 2009.

poročajo o manj kot 25-odstotni razširjenosti v nacionalnih vzorcih injicirajočih uživalcev ⁽¹³⁵⁾, vendar so tudi stopnje okužb na tej ravni še vedno velik problem za javno zdravstvo.

V državah se ravni razširjenosti HCV močno razlikujejo, kar odraža tako razlike med regijami kot tudi značilnosti vzorčene populacije. V Združenem kraljestvu so na primer lokalne študije pokazale ravni med 29 in 60 %, v Italiji pa se različne regionalne ocene gibljejo med približno 36 in 92 %.

Nedavne študije (2006–2007) kažejo vrsto različnih stopenj razširjenosti med injicirajočimi uživalci drog, ki so mlajši od 25 let, in tistimi, ki si drogo vbrizgavajo manj kot dve leti, kar kaže, da se stopnje pojavnosti HCV v teh skupinah po Evropi zelo razlikujejo ⁽¹³⁶⁾. Te študije tudi kažejo, da se veliko injicirajočih uživalcev z virusom okuži zelo kmalu po tem, ko začnejo z vbrizgavanjem, zato je

Razširjenost hepatitisa C kot možnega kazalnika za tveganje okužbe z virusom HIV zaradi vbrizgavanja

Center je združil strokovnjake, ki izdelujejo modele, in epidemiologe, ta skupina pa je proučila možnost, da bi informacije o razširjenosti virusa hepatitisa C (HCV) med injicirajočimi uživalci drog uporabili kot kazalnik za tveganje prenosa virusa HIV. HCV se podobno kot virus HIV prenaša s souporabo igel. Ker je HCV precej bolj nalezljiv, lahko pokaže splošno raven tveganega vedenja, vključno s souporabo igel, opreme za vbrizgavanje in menjavo injicirajočega partnerja, v populacijah injicirajočih uživalcev drog, v katerih se virus HIV še ni razširil.

Analiza urejenih podatkov o razširjenosti HCV in HIV je pokazala, da je razširjenost HCV med injicirajočimi uživalci približno 30 % (95-odstotni interval zaupanja, 21 do 38 %) povezana z nično ali zelo nizko razširjenostjo virusa HIV. Pri večjih stopnjah razširjenosti virusa HCV je bilo ugotovljeno linearno razmerje med razširjenostjo HIV in HCV, časovni nizi podatkov pa kažejo, da se virus HIV širi približno enkrat počasneje kot virus HCV.

Ti rezultati kažejo, da bi lahko podatke o razširjenosti virusa HCV uporabili kot pomoč pri razvoju ciljnih ukrepov preprečevanja in zmanjševanja škode med injicirajočimi uživalci drog. Poleg tega bi jo lahko uporabili za oceno tveganja za izbruh virusa HIV v državah, v katerih je razširjenost HIV med injicirajočimi uživalci drog še vedno nizka.

Vir: Vickerman et al. (predložen).

na voljo izredno malo časa za vzpostavitev učinkovitih ukrepov za preprečevanje HCV.

Razširjenost protiteles za virus hepatitisa B (HBV) se tudi precej razlikuje, delno je najbrž tako zaradi razlik v stopnjah cepljenja, čeprav so lahko prisotni tudi drugi dejavniki. V najpopolnejšem podatkovnem nizu, ki je na voljo, so zbrani podatki o protitelesih proti antigenu sredice virusa hepatitisa (anti-HBc), iz katerih je razvidna zgodovina okužbe. V letih od 2006–2007 so iz treh od desetih držav, ki so predložile podatke o injicirajočih uživalcih, poročali o stopnjah razširjenosti anti-HBc nad 40 % ⁽¹³⁷⁾.

Časovni trendi pri prijavljenih primerih hepatitisa B in C kažejo različna stanja, ki pa jih je težko pojasniti. Kljub temu je delni vpogled v epidemiologijo teh okužb mogoče dobiti iz deleža injicirajočih uživalcev drog med vsemi prijavljenimi primeri, če poznamo dejavnike tveganja (Wiessing et al., 2008a). Pri hepatitisu B se je delež injicirajočih uživalcev drog med letoma 2002 in 2007 zmanjšal v štirih od sedemnajstih držav. Pri hepatitisu C se je delež injicirajočih uživalcev med prijavljenimi primeri med letoma 2002 in 2007 v sedmih državah zmanjšal, v drugih štirih državah pa se je povečal (Češka, Luksemburg, Malta, Združeno kraljestvo) ⁽¹³⁸⁾.

Preprečevanje nalezljivih bolezni in odzivanje nanje

Sedemnajst držav članic EU in Turčija poročajo, da je preprečevanje nalezljivih bolezni med uporabniki drog del njihovih nacionalnih strategij boja proti drogam, šest držav pa poroča, da imajo za to področje posebno strategijo. Deset od teh 23 držav poroča tudi o strategijah, ki jih uporabljajo za preprečevanje nalezljivih bolezni na lokalni ali regionalni ravni.

Države članice EU se na razširjanje nalezljivih bolezni med uporabniki drog odzivajo s kombinacijo ukrepov, med katere sodijo: zdravljenje zaradi drog, razdeljevanje sterilne opreme za vbrizgavanje in dejavnosti v skupnosti, s katerimi se zagotavljajo informacije, izobraževanje, testiranje in vedenjski ukrepi, pogosto prek ekip na terenu ali nizkopražnih agencij. Strokovnjaki iz 27 držav so poročali o stopnji pomembnosti, ki jo pripisujejo izbranim ukrepom za preprečevanje nalezljivih bolezni med uporabniki drog ⁽¹³⁹⁾. Dostop do sterilne opreme za vbrizgavanje s programi zamenjave injekcijskih igel

⁽¹³⁵⁾ Glej preglednice od INF-111 do INF-113 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³⁶⁾ Glej prikaz INF-6 (del ii) in (del iii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³⁷⁾ Glej preglednico INF-115 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³⁸⁾ Glej preglednici INF-105 in INF-106 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹³⁹⁾ Glej preglednico HSR-6 v Statističnem biltenu 2009.

Zdravljenje injicirajočih uživalcev drog s kroničnim hepatitisom C

Do 30 % bolnikov z nezdravljenim kroničnim hepatitisom C bo v 30 letih zbolelo za cirozo jeter, pri čemer so stroški, ki nastanejo pri nadzoru zadnje faze bolezni jeter, precejšnji (Jager et al., 2004). Za zmanjšanje bremena hepatitisa C v Evropi je treba spodbujati in razširiti dostop do zdravljenja za največjo skupino bolnikov – kronične prenašalce tega virusa, ki so dejavni injicirajoči uživalci drog.

Sedanje oblike zdravljenja kroničnega hepatitisa C – od šest- do dvanajstmesečna kombinirana terapija z dolgo delujočim interferonom in ribavirinom – so učinkovite, saj dosežejo trajni virološki odziv pri več kot 50 % bolnikov. Čeprav število dolgoročnih študij ostaja omejeno, so razpoložljive raziskave pokazale dobro sodelovanje in uspeh pri protivirusnem zdravljenju injicirajočih uživalcev drog (npr. Moussalli et al., 2007). Dokazana je bila tudi stroškovna učinkovitost zdravljenja hepatitisa C v zaporih (Sutton et al., 2008) in varnost ter učinkovitost zdravljenja uživalcev drog s hkratnimi duševnimi motnjami (Loftis et al., 2006).

Dostop uživalcev drog s hepatitisom C do zdravljenja ostaja slab. Med razlogi so lahko nezadostne zmogljivosti za zdravljenje, pomanjkanje informacij o možnostih zdravljenja ali dejstvo, da se uporabniki drog ne obravnavajo prednostno. Več držav članic EU, med drugim Danska, Nemčija, Francija, Nizozemska in Združeno kraljestvo, je v zadnjih letih pregledalo svoje politike, da bi omogočile večji dostop do testiranja in zdravljenja kroničnih prenašalcev virusa hepatitisa C, ki so dejavni injicirajoči uživalci drog.

Zdravljenje hepatitisa C v okviru odvisnosti od droge je včasih zahtevno, vendar ga je mogoče izboljšati s skrbno načrtovanjem in organiziranim kliničnim nadzorom in sodelovanjem bolnika po njegovi zavestni privolitvi. Večdisciplinarne skupine, ki nadzorujejo odvisnost, zdravljenje obolenja jeter in hkratne duševne težave, izboljšajo rezultate zdravljenja (Grebely et al., 2007).

in brizg je kot prednostno nalogo opredelilo 23 držav, testiranje za nalezljive bolezni in svetovanje o njih 16 držav, razširjanje informacij, izobraževalno in informativno gradivo pa 14 držav.

Kot prednostna naloga je bil največkrat opredeljen dostop do sterilnih injekcijskih igel, kar je bilo ugotovljeno že v podobni raziskavi iz leta 2005. Zdaj vse več držav kot prednostno nalogo navaja testiranje za nalezljive bolezni in svetovanje o njih ter ciljno usmerjeno imunizacijo proti hepatitisu B.

Ukrepi

Raziskave so pokazale, da je dolgotrajno zdravljenje povezano z zmanjševanjem vbrizgavanja droge in s tem povezanim tveganim vedenjem, torej tudi z varovanjem pred okužbo z virusom HIV. V večini evropskih držav so se od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja občutno večja ponudba storitev za zmanjševanje škode in zdravljenja (Hendrich et al., 2008b). Nadomestno zdravljenje z opiodi je na voljo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem in Norveškem, v več državah pa zagotavljanje teh ukrepov ostaja omejeno (glej poglavje 2 in 6).

Individualno svetovanje o nalezljivih boleznih je bilo po ocenah nacionalnih strokovnjakov v zadnjem letu opravljeno s skoraj vsemi problematičnimi uporabniki drog v 17 državah ⁽¹⁴⁰⁾. V 12 državah to velja tudi za testiranje na HCV, medtem ko so strokovnjaki iz 11 držav ocenjevali, da je v preteklem letu večina problematičnih uporabnikov drog prejela praktične nasvete in usposabljanje glede varnejše uporabe in vbrizgavanja. Cepljenje proti hepatitisu B je vključeno v rutinske programe imunizacije v 21 od 28 držav poročevalk, v 17 državah pa obstajajo posebni programi cepljenja, namenjeni uporabnikom drog v skupnosti. Sedemnajst držav poroča tudi o zdravstvenem izobraževanju za uporabnike drog, ki ga izvajajo njihovi vrstniki.

Programi injekcijskih igel in brizg obstajajo v vseh državah članicah EU, na Hrvaškem in Norveškem, vendar se program na Cipru v letu 2007 skoraj ni uporabljal. Za 15 držav se ocenjuje, da je večina uživalcev drog dobila brizge iz takšnega programa vsaj enkrat v zadnjih dvanajstih mesecih. V 11 državah je v tem obdobju brizge dobil le manjši delež injicirajočih uživalcev, čeprav devet teh držav navaja dostop do sterilne opreme za vbrizgavanje kot prednostni ukrep za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni.

Število brizg, ki se razdelijo v programih injekcijskih igel in brizg, se je med letoma 2005 in 2007 povečalo v 18 od 26 držav, za katere so podatki na voljo. Število igel, razdeljenih v enem letu na uživalca, se močno razlikuje, primeri v letu 2007 segajo od približno 50 brizg na udeleženca v programu zamenjave injekcijskih igel in brizg na Hrvaškem in v Litvi do 200 na Finskem in 300 v Romuniji ⁽¹⁴¹⁾.

Skupno število brizg, razdeljenih v letu 2007, je bilo za 33 % višje kot v letu 2003 v 14 državah, za katere so na voljo zanesljivi podatki ali ocene. O stalnih povečanjih v tem obdobju so poročale Belgija, Bolgarija, Češka, Estonija, Madžarska, Avstrija, Slovaška in Finska. Število

⁽¹⁴⁰⁾ Strokovnjaki iz 26 držav EU, Turčije in Norveške so prednostno razvrstili stopnjo zagotavljanja izbranih ukrepov uživalcem drog.

⁽¹⁴¹⁾ Glej preglednico HSR-5 (del i) in (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

razdeljenih brizg v Latviji je ostalo enako, medtem ko so v Španiji, Litvi, Luksemburgu, na Portugalskem in Poljskem poročali o zmanjšanih.

Podatki, pridobljeni iz 15 držav, kažejo, da se je v letu 2007 na agencije, ki ponujajo programe zamenjave injekcijskih igel in brizg, obrnilo več kot 125 000 oseb ⁽¹⁴²⁾. Podatki o dostopu za štiri največje države članice EU (Nemčija, Španija, Italija, Združeno kraljestvo) niso na voljo. Nacionalna raziskava, opravljena v 120 francoskih centrih za zmanjševanje škode „CAARUD“, je pokazala, da jih je v letu 2007 po ocenah uporabilo 40 000 posameznikov (Toufik et al., 2008). V Združenem kraljestvu je bil leta 2008 vzpostavljen nov sistem za spremljanje zamenjave brizg.

Nizkoprazne ustanove so morda priložnost, da se težko dosegljivi populaciji zagotovijo primarne zdravstvene storitve in ukrepi za zmanjševanje škode. V nedavnem vrednotenju nizkopraznih ustanov zdravstvenega varstva, namenjenih injicirajočim uživalcem drog, ki je bilo opravljeno na Finskem, je bilo ugotovljeno, da je ta kombinacija storitev imela pomembno vlogo pri preprečevanju nalezljivih bolezni. Opredeljena je bila tudi kot stroškovno učinkovita novost, ki jo je mogoče izvajati v okviru državne restriktivne politike glede drog (Arponen et al., 2008).

Programi zamenjave injekcijskih igel in brizg imajo lahko vlogo tudi pri skrbi za dobro zdravje. Usposabljanje na področju skrbi za zdravje, ki temelji na uradnem programu ali priročnikih za usposabljanje, je v 20 državah na voljo osebju, ki sodeluje v programih zamenjave injekcijskih igel in brizg, v devetih državah pa farmacevtom. Iz enajstih držav članic EU poročajo tudi o smernicah za delo v nizkopraznih okoljih, ki zajemajo teme, kot so testiranje za nalezljive bolezni, zamenjava brizg, terensko delo in usposabljanje vrstnikov.

Z drogo povezani smrtni primeri in umrljivost

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

Z drogo povezana umrljivost zajema smrtne primere, ki so neposredna posledica farmakološkega delovanja ene ali

več snovi (smrt zaradi prevelikega odmerka), in smrtne primere, ki so posredno povezani z uživanjem drog in se pogosto pojavljajo skupaj z drugimi spremljajočimi dejavniki (npr. nesreče). Znani vzroki smrtnih primerov vključujejo akutno toksičnost, prometne nesreče, zlasti v kombinaciji z alkoholom (EMCDDA, 2007c), nasilje, samomor med že ranljivimi osebami ali akutna stanja zaradi ponavljajoče uporabe (npr. srčno-žilne težave pri uživalcih kokaina). Večina smrtnih primerov, povezanih z drogo, nastopi med problematičnimi uporabniki drog, nekaj pa jih je tudi med drugimi skupinami uporabnikov, tudi med tistimi, ki uživajo droge samo občasno ⁽¹⁴³⁾.

Smrtni primeri, ki jih povzročijo droge

Smrt, ki jo povzroči droga, je po opredelitvi Centra tista, ki je neposredna posledica zaužitja ene ali več drog (prevelik odmerek), pri čemer je vsaj ena snov prepovedana droga. Na število takšnih smrtnih primerov vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uživanja drog (vbrizgavanje, uživanje več drog hkrati), starost in soboleznost ter zdravstvene storitve in pomoč, ki so na voljo v nujnih primerih.

Večja zanesljivost evropskih podatkov je omogočila boljše opise evropskih in nacionalnih trendov, večina držav pa je zdaj sprejela opredelitev primera v skladu z opredelitvijo Centra ⁽¹⁴⁴⁾. Kljub temu pa je treba zaradi razlik v kakovosti ugotavljanja primerov, poročanja za nacionalne evidence umrljivosti in poročanja Centru, ki so prisotne med državami, primerjave opravljati previdno.

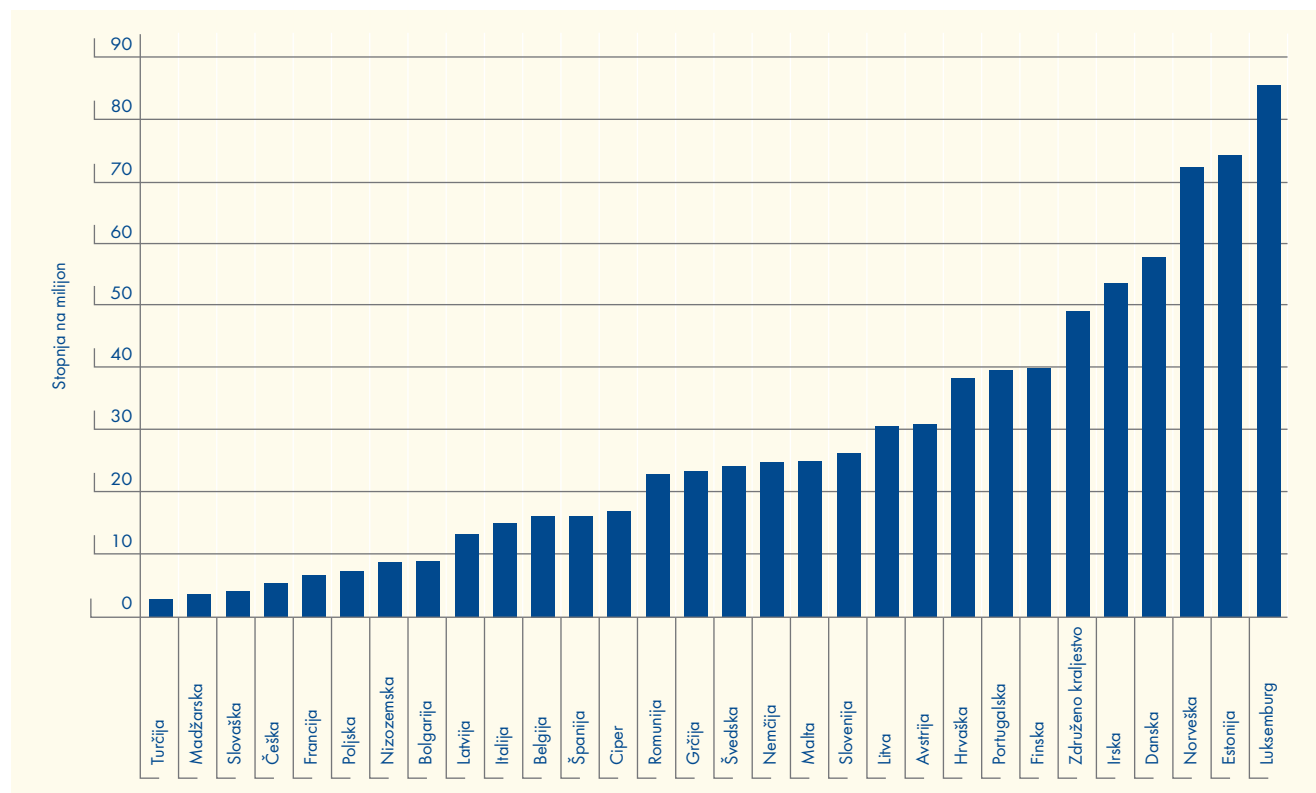
V obdobju med letoma 1990 in 2006 so države članice EU, Hrvaška, Norveška in Turčija vsako leto poročale o 6 400 do 8 500 smrtnih primerih, ki so jih povzročile droge, kar je skupaj približno 135 000 smrtnih primerov. V letu 2006 se je polovica vseh smrtnih primerov, zajetih v poročilih, zgodila v Združenem kraljestvu in Nemčiji. Umrljivost prebivalstva zaradi z drogo povezanih smrtnih primerov se med državami zelo razlikuje, saj znaša od 3 do več kot 85 smrtnih primerov na milijon prebivalcev v starosti od 15 do 64 let (povprečno 22 smrtnih primerov na milijon prebivalcev v Evropi). Več kot 20 smrtnih primerov na milijon prebivalcev se zgodi v 17 od 30 evropskih držav, več kot 40 primerov na milijon prebivalcev pa v šestih državah (prikaz 13). Med Evropejci, starimi od 15 do 39 let, je smrt zaradi prevelikega odmerka pomenila 4 % vseh smrtnih primerov ⁽¹⁴⁵⁾.

⁽¹⁴²⁾ Glej preglednico HSR-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁴³⁾ Glej „Z drogami povezana umrljivost: zapleten pojem“ v Letnem poročilu 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Za podrobnejše metodološke informacije glej Statistični bilten 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Glej Prikaz DRD-7 (del i) in preglednici DRD-5 (del ii) ter DRD-107 (del i) v Statističnem biltenu 2009.

Prikaz 13: Stopnje umrljivosti, ki jih povzročijo droge, med vsemi odraslimi (15 do 64 let)

Opomba: Za Češko je bila namesto nacionalne opredelitve uporabljena opredelitev centra EMCDDA iz Izbor D; za Združeno kraljestvo je bila uporabljena opredelitev strategije boja proti drogam; za Romunijo se podatki nanašajo samo na Bukarešto in nekaj okoliš, za katere je pristojen toksikološki laboratorij iz Bukarešte; podatki za Portugalsko vključujejo vse primere, v katerih je bila ugotovljena prisotnost prepovedanih drog v posmrtnih analizah, zato bo ocena v primerjavi z Izborom D verjetno precenjena. Izračuni stopenj umrljivosti med prebivalstvom temeljijo na nacionalnih populacijah za leto 2006, kot jih je sporočil Eurostat. Pri primerjavah stopenj med prebivalstvom je treba biti previden, saj pri opredelitvah primerov in kakovosti poročanja obstajajo razlike. Za več informacij o podatkih glej prikaz DRD-7 (del i) v Statističnem biltenu 2009.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2008), na podlagi podatkov nacionalnih registrov smrtnih primerov ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih) in Eurostata.

Smrtni primeri, povezani z opiodi

Heroin

Opioidi, večinoma heroin in njegovi presnovki, so prisotni pri večini z drogo povezanih smrtnih primerov, o katerih poročajo v Evropi. V 22 državah, ki so zagotovile podatke, so opiodi pomenili od 35 do 100 % vseh smrtnih primerov, enajst držav pa poroča o deležih, večjih od 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. Iz toksikoloških poročil je pogosto razvidno, da so bile poleg heroina prisotne tudi druge snovi. Največkrat poročajo o alkoholu, benzodiazepinih, drugih opiodih in v nekaterih državah o kokainu. To kaže, da je velik delež vseh smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, morda povezan z uživanjem več drog hkrati.

Večina umrlih zaradi prevelikih odmerkov heroina v Evropi so moški (82 %). V večini držav je povprečna starost tistih, ki umrejo zaradi prevelikega odmerka droge, okoli 35 let,

in se v številnih primerih zvišuje, kar bi lahko pomenilo, da se število mladih uživalcev heroina ustaljuje oziroma zmanjšuje. Na splošno 14 % smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropi nastopi med mlajšimi od 25 let, čeprav v Bolgariji, Avstriji in nekaterih drugih državah, ki poročajo o majhnem številu smrti zaradi droge (Malta, Ciper, Slovaška, Romunija), v tej starostni skupini nastopi več kot tretjina smrti zaradi prevelikega odmerka. To bi lahko kazalo, da je populacija injicirajočih uživalcev drog v teh državah mlajša ⁽¹⁴⁷⁾.

Med dejavniki, ki jih povezujejo s prevelikimi odmerki heroina, so vbrzganje in hkratna uporaba drugih snovi, zlasti alkohola, benzodiazepinov in nekaterih antidepresivov, ter tudi sopečnost, predhodne previsoke odmerke in dejstvo, da je bil uživalec sam (Škotska vlada, 2008). Kot posebno tveganje za prevelik odmerek je bil ugotovljen čas takoj po izpustitvi iz zapora ali z zdravljenja.

⁽¹⁴⁶⁾ Ker gre pri večini primerov, sporočenih Centru, za prevelike odmerke opiodov (predvsem heroina), se splošne lastnosti sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka uporabljajo za opis primerov, pri katerih so prisotni opiodi. Glej prikaz DRD-1 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Glej prikaza DRD-2 in DRD-3 ter preglednico DRD-1 (del i) v Statističnem biltenu 2009.

Ocenjuje se, da je na vsak primer prevelikega odmerka, ki se konča s smrtjo, možnih celo od 20 do 25 primerov prevelikih odmerkov, ki se ne končajo s smrtjo, a so njihove posledice premalo znane. Center izvaja kritičen pregled povezanih dejavnikov tveganja in možnih ukrepov na tem področju.

Metadon in buprenofin

Raziskave kažejo, da nadomestno zdravljenje z opiodi zmanjšuje tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka. Vendar se vsako leto pojavljajo poročila o smrtnih primerih, pri katerih so opazili prisotnost snovi, ki se uporabljajo v nadomestnem zdravljenju (metadon in buprenofin), in sicer predvsem zaradi zlorabe ali – v manj številnih primerih – zaradi težav, ki se pojavijo med zdravljenjem.

Več držav poroča o prisotnosti metadona v precejšnjem deležu z drogami povezanih smrtnih primerov, čeprav je zaradi pomanjkanja skupnih standardov poročanja vloga te snovi pogosto nejasna, saj so lahko prisotne tudi druge droge. Poleg tega so lahko prisotni še drugi dejavniki, med njimi: izguba tolerance za opioide, preveliko odmerjanje ali neustrezna uporaba, na primer neredna ali neterapevtska uporaba. Smrtni primeri zaradi zastrupitve z buprenorfinom so redki kljub vedno pogostejši uporabi te snovi v nadomestnem zdravljenju v več evropskih državah (glej poglavje 6). Na Finskem je med smrtnimi primeri, ki jih povzročajo droge, največ smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov ali vbizgavanja buprenorfina, ponavadi v kombinaciji s pomirjevali ali alkoholom.

Fentanil in drugi sintetični opiodi

V epidemiji zastrupitve s fentanilom v Estoniji v letih 2005 in 2006 je umrlo 117 injicirajočih uživalcev droge (EMCDDA, 2008b). Za leto 2007 podatki o smrtnih primerih, povezanih s to snovjo niso na voljo, čeprav zadnje raziskave potrjujejo povečanje uporabe pri injicirajočih uživalcih droge. V letu 2007 sta dve tretjini injicirajočih uživalcev, ki so bili zajeti v raziskavo v Talinu, navedlo fentanil kot svojo primarno drogo, eden od desetih injicirajočih uživalcev, ki se udeležujejo programa zamenjave brizg, pa je navedel, da si je v zadnjem mesecu vbizgal fentanil. V neki drugi raziskavi, ki je bila opravljena v Talinu, je bilo ugotovljeno, da je med injicirajočimi uživalci, ki navajajo fentanil kot svojo glavno drogo, večja razširjenost virusa HIV in da je tudi večja možnost za tvegano vedenje pri vbizgavanju in prevelik odmerkih kadar koli v življenju v primerjavi s tistimi, ki si vbizgavajo amfetamine (Talu et al., 2009). Na Finskem

je bila prisotnost opiodov, kot so oksikodon, tramadol ali fentanil, ugotovljena v 21 smrtnih primerih, čeprav vloga teh drog ni bila natančneje opredeljena.

Smrtni primeri, povezani z drugimi drogami

Smrtne primere, ki jih povzroči kokain je težje opredeliti in ugotoviti kot tiste, ki jih povzročijo opiodi. Smrtni primeri, ki jih neposredno povzroči prevelik odmerek, se zdijo redki, običajno pa so povezani z zelo velikimi odmerki kokaina. Sicer pa se zdi, da je večina smrtnih primerov zaradi kokaina posledica kronične toksičnosti droge, ki povzroči kardiovaskularne in nevrološke težave. Vloga kokaina v teh smrtnih primerih ni vedno opredeljena in ti primeri morda niso prijavljeni kot povezani z njim. Razlaga podatkov je v številnih primerih še bolj zapletena zaradi prisotnosti drugih snovi, tako da je težko iskati vzročne povezave.

V letu 2007 je 12 držav članic poročalo o približno 500 smrtnih primerih, povezanih s kokainom (v primerjavi s 450 primeri v 14 državah iz leta 2006). Obstaja pa verjetnost, da je število smrtnih primerov v Evropski uniji zaradi prevelikega odmerka kokaina podcenjeno.

O smrtnih primerih, pri katerih je prisoten ekstazi, ni veliko poročil, pri čemer ta droga velikokrat ni bila opredeljena kot neposreden vzrok smrti. Poročila o smrtnih primerih zaradi amfetaminov so v Evropi sicer redka, vendar je bilo na Češkem veliko smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka – zdravila pri tem niso zajeta – (11 od 40) v letu 2007 pripisanih pervitinu (metamfetaminu), v primerjavi s 14 smrtnimi primeri, pripisanimi opiodom. Na Finskem so bili v letu 2007 amfetamini prisotni v 40 % od 229 prijavljenih smrtnih primerov, čeprav to ne pomeni nujno, da je bila droga neposredni vzrok smrti (¹⁴⁸).

Trendi smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge

Število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, se je v Evropi v osemdesetih in na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja močno povečalo, verjetno zaradi hkratnega povečanega uživanja heroina in vbizgavanja droge, po tem obdobju pa je število ostalo na visoki ravni. Vendar podatki iz držav z dolgoročnimi podatki nakazujejo različne trende: v nekaterih državah (npr. Nemčiji, Španiji, Franciji, Italiji) je bilo število smrtnih primerov v prvi polovici devetdesetih let največje; v drugih državah (npr. v Grčiji, na Portugalskem, Finskem) je bilo število primerov največje okoli leta 2000; spet v drugih državah (npr. na Danskem, Nizozemskem, v Avstriji, Združenem kraljestvu) je bil ugotovljen trend naraščanja, vendar brez očitnega vrhunca (¹⁴⁹).

⁽¹⁴⁸⁾ Za podatke o smrtnih primerih, povezanih z drogo, ki ni heroin, glej preglednico DRD-108 v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Glej prikaza DRD-8 in DRD-11 v Statističnem biltenu 2009. Iz zgodovinskih razlogov se trend EU nanaša na EU-15 in Norveško.

Med letoma 2000 in 2003 je večina držav članic EU poročala o zmanjšanju, ki mu je nato sledilo povečano število smrtnih primerov med letoma 2003 in 2006. Predhodni podatki, ki so na voljo za leto 2007, kažejo, da bo številka vsaj tako visoka kot prejšnje leto, pri čemer je 14 od 18 držav poročalo o povečanjih.

Težko je pojasniti, zakaj ostaja v poročilih število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge, enako, zlasti glede na kazalnike o upadu uživanja droge z vbrizgavanjem in povečanje števila uživalcev opioidov, ki so v stiku s službami za zdravljenje in zmanjševanje škode. Tako je glede na morebitno zmanjšanje ogrožene populacije število smrti zaradi drog, ki ostaja stabilno ali se povečuje, velik vzrok za zaskrbljenost.

Pri tem pojavu je mogočih več razlag, a vse zahtevajo dodatne raziskave. Med njimi so: starajoča se in bolj kronična populacija postaja bolj ranljiva; povečuje se uporaba več drog hkrati ali tvegano vedenje; obstoječim službam morda ne uspe prepoznati in doseči najbolj ranljivih posameznikov; morda se celo povečuje število ponovnih uživalcev opioidov, ki so zapustili zapor ali se prenehali zdraviti in veljajo za posebno tvegano populacijo ⁽¹⁵⁰⁾.

Splošna umrljivost, povezana z uporabo drog

Poleg smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge neposredno, se splošna umrljivost, povezana z uživanjem drog, nanaša na smrtne primere, ki jih je posredno povzročila uporaba drog. Ti smrtni primeri večinoma nastopijo med problematičnimi uporabniki drog, čeprav se nekateri lahko zgodijo tudi med priložnostnimi uživalci (npr. prometne nesreče, nekateri samomori). Kljub temu, da je težko določiti število smrtnih primerov, posredno povezanih z uživanjem droge, imajo lahko precejšen vpliv na javno zdravstvo.

Splošno umrljivost je mogoče ocenjevati različno: pri eni metodi se podatki iz kohortnih študij o umrljivosti združujejo z ocenami o razširjenosti uživanja droge ⁽¹⁵¹⁾. Pri drugem pristopu se uporabijo obstoječi statistični podatki o umrljivosti, nato se oceni delež, povezan z uživanjem drog. Lahko se uporabijo tudi drugi specializirani viri informacij, tako se na primer pri umrljivosti, povezani z virusom HIV/aidsom, združujejo podatki organizacij Eurostat in EuroHIV.

Kohortne študije o umrljivosti

Kohortne študije o umrljivosti proučujejo iste skupine problematičnih uporabnikov drog v določenih časovnih obdobjih ter poskušajo na podlagi povezav z evidencami

Ocenjevanje skupne umrljivosti, ki se pripisuje problematični uporabi drog: nova dognanja

Nedavne kohortne študije o umrljivosti v Evropski uniji kažejo, da število smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge (preveliki odmerki), navadno predstavlja med petino in polovico skupnega števila žrtev med problematičnimi uporabniki drog. To kaže, da bi lahko bila skupna umrljivost med to populacijo približno dva- do petkrat večja od števila evidentiranih smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge. Ta multiplikator se med državami razlikuje glede na različne dejavnike, med katere sodijo tudi tvegano vedenje, stopnje prevelikih odmerkov s smrtnim izidom in razširjenost drugih možnih vzrokov smrti.

Center spodbuja raziskave za ocenjevanje skupne umrljivosti med problematičnimi uporabniki drog. Leta 2008 so v projektu, ki je potekal v sodelovanju z raziskovalci iz Češke, proučili vire literature, podatkovne vire in možne metode na tem področju ⁽¹⁾. Skupina strokovnjakov je priporočila dve metodi za prihodnje študije: metodo z multiplikatorjem na podlagi števila evidentiranih prevelikih odmerkov s smrtnim izidom in ekstrapolacijsko metodo na podlagi stopenj smrtnosti v generacijskih skupinah problematičnih uporabnikov drog ter nacionalnih ocen populacije problematičnih uporabnikov drog. Obe metodi sta uspešno prestali pilotne preskuse na Češkem, Center pa načrtuje oblikovanje skupine zainteresiranih držav, ki bi lahko uporabile rezultate tega dela v bližnji prihodnosti.

⁽¹⁾ Glej <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

umrljivosti opredeliti vzroke vseh smrtnih primerov, ki nastopijo v skupini. S tem tipom študij je mogoče določiti splošne stopnje umrljivosti in stopnje glede na vzrok za neko generacijsko skupino (kohorto), poleg tega je mogoče oceniti večjo umrljivost skupine v primerjavi s širšo populacijo. Z velikimi vzporednimi kohortnimi študijami je mogoče na primer preveriti hipoteze o razlogih za spremembe v številu smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka ter tudi spremljati splošno tveganje in zaznati spremembe v vzorcih vzrokov za smrt.

Glede na okolje zdravljenja (npr. študije, ki se izvajajo v ustanovah za zdravljenje od drog) in merila za vključevanje (npr. injicirajoči uživalci droge, uživalci heroína) večina kohortnih študij kaže stopnje umrljivosti od 1 do 2 % na leto med problematičnimi uporabniki drog. Čeprav se relativni pomen vzrokov za smrt razlikuje po državah in v času, je pglavitni razlog še vedno prevelik odmerek droge, ki pomeni celo od 50 do 60 % smrtnih primerov med injicirajočimi uživalci v državah, kjer

⁽¹⁵⁰⁾ Glej „Zmanjševanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka po izpustitvi iz zapora“, str. 89.

⁽¹⁵¹⁾ Glej „Ocenjevanje skupne umrljivosti, ki se pripisuje problematičnemu uživanju drog: nova dognanja“.

je razširjenost virusa HIV/aidsa nizka. Žal pa je v nekaterih državah stopnja ugotavljanja prevelikih odmerkov v splošnih evidencah umrljivosti nizka, zato je mogoče, da so precejšen delež smrtnih primerov z oznako „neznan“ ali ne dovolj specifičen razlog smrti (npr. zastoj srca) povzročili preveliki odmerki. Verodostojnost opisov vzrokov smrti je mogoče izboljšati tudi z upoštevanjem drugih virov informacij (tj. posebne policijske ali forenzične evidence umrljivosti).

Center je pripravil protokol, s katerim želi spodbuditi države članice k izvajanju kohortnih študij o umrljivosti, da bi tako dobili primerljive podatke o tveganju za umrljivost pri problematičnih uporabnikih drog in jih lahko uporabili pri politikah preventive in oskrbe. Zadnje evropske študije so bile opravljene v Nemčiji, Španiji, Italiji, na Nizozemskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem. Tretjina držav članic EU mora kohortno študijo o umrljivosti še opraviti, čeprav je več držav navedlo, da jo v letu 2009 že izvajajo ali jo bodo začele izvajati (npr. Češka, Francija, Latvija, Poljska).

Smrtni primeri, posredno povezani z uporabo drog

Po ocenah je v letu 2006 v Evropski uniji več kot 2 100 oseb umrlo zaradi virusa HIV/aidsa, ki ga je mogoče povezati z uporabo drog ⁽¹⁵²⁾, pri čemer je bilo 89 % teh smrtnih primerov v Španiji, Franciji, Italiji in na Portugalskem. Po uvedbi izredno aktivne protiretrovirusne terapije v letu 1996 je umrljivost zaradi virusa HIV/aidsa občutno upadla v večini držav EU, čeprav je bilo na Portugalskem zmanjšanje veliko manj izrazito. Povečanja, ki so jih v zadnjih letih opazili v Estoniji, se ujemajo z visokimi ocenami o razširjenosti virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog v tej državi (od pet do šest med desetimi) in med temi visokem deležu tistih, ki po poročilih ne vedo, da so okuženi. Tudi iz Latvije poročajo o povečanjih v zadnjem času. Razen v Španiji in na Portugalskem je ocenjena stopnja umrljivosti zaradi virusa HIV/aidsa med uživalci drog zelo nizka. V Italiji, Franciji in Latviji je umrljivost zaradi virusa HIV/aidsa in prevelikega odmerka na podobnih ravneh ⁽¹⁵³⁾.

Druge bolezni, ki tudi prispevajo k umrljivosti med uživalci drog, zajemajo kronična stanja, kot so bolezni jeter (zaradi okužbe s hepatitisom C in pretiranega uživanja alkohola), rak in srčno-žilne težave. Veliko manjša pozornost je namenjena drugim vzrokom, čeprav obstajajo kazalniki o njihovem precejšnjem vplivu. Tako bi lahko na primer poškodbe (nesreče, umori in druge oblike nasilja)

in samomori prispevali 25 % ali več k umrljivosti med problematičnimi uporabniki drog. V nekem pregledu v literaturi (Drake in Ross, 2002) je bilo ugotovljeno, da je bila stopnja samomorov med uživalci heroina 14-krat višja kot v širši populaciji. Kot kažejo zadnje kohortne študije v Evropi, je samomor pomenil od 6 do 11 % smrtnih primerov med problematičnimi uporabniki drog. Vendar pa je težko oceniti skupen vpliv teh vzrokov, saj ni na voljo dovolj podatkov.

Zmanjševanje števila z drogami povezanih smrtnih primerov

Dvanaest držav poroča, da je del njihove nacionalne strategije boja proti drogam namenjen zmanjšanju števila smrtnih primerov, ki jih povzročijo droge. Ena država, Združeno kraljestvo, ima poseben akcijski načrt za zmanjšanje škode, povezane z drogo, v katerem so navedeni posebni ukrepi za preprečevanje smrtnih primerov, povezanih z drogo. Trinajst držav nima niti posebne strategije ali razdelka nacionalne strategije boja proti drogam, ki bi bil namenjen zmanjšanju števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, dve državi pa nista posredovali nobene informacije.

Ukrepi

Perspektivna dolgotrajna študija v Italiji med problematičnimi uporabniki drog, ki se začnejo zdraviti, je pokazala, da se je tveganje za smrt v tej generacijski skupini v primerjavi s širšo populacijo povečalo za desetkrat (Davoli et al., 2007). Med uživalci na zdravljenju je bilo tveganje za smrt do štirikrat večje od tveganja med širšim prebivalstvom, kar potrjuje, da zdravljenje odvisnosti od drog zmanjšuje umrljivost, povezano z drogami. V študiji pa se je tudi pokazalo, da je bila najvišja stopnja umrljivosti med uživalci drog opažena v tridesetih dneh po koncu zdravljenja. Ta ugotovitev opozarja, da je potreben skrben nadzor po koncu zdravljenja in da se je treba izogibati kratkim zdravljenjem, pri katerih bi tveganje lahko prevladalo nad prednostmi zdravljenja.

Večina držav, za katere so na voljo podatki, poroča o gradivu za ozaveščanje in preprečevanje. Kot navajajo strokovnjaki iz 28 držav ⁽¹⁵⁴⁾, je bilo tiskano ali multimedijско gradivo o preprečevanju uporabe prevelikega odmerka, namenjeno uporabnikom drog, v zadnjem letu zagotovljeno vsem ali skoraj vsem uporabnikom drog v devetih državah ter manjšemu deležu

⁽¹⁵²⁾ Leto 2006 je bilo izbrano, ker je to najbližje leto, za katero so prek Eurostata na voljo informacije iz skoraj vseh držav članic o vzrokih smrti. Za podrobnejše informacije o virih za prenosne skupine, številke in izračune glej preglednico DRD-5 (del iii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁵³⁾ Glej prikaz DRD-7 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

⁽¹⁵⁴⁾ Glej preglednico HSR-8 v Statističnem biltenu 2009. Strokovnjaki iz 26 držav EU, Turčije in Norveške so ocenili ravni zagotavljanja izbranih ukrepov uživalcem drog.

Zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka po izpustitvi iz zapora

V Angliji se ocenjuje, da je 15 % od 1 506 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v letu 2005 nastopilo pri osebah, ki so bile nedavno izpuščene iz zapora (Ministrstvo za zdravje, 2007). Mednarodne študije potrjujejo to povečano tveganje za smrt zaradi nenamernega prevelikega odmerka v obdobju takoj po izpustitvi iz zapora (npr. Farrell in Marsden, 2008). V teh študijah je poudarjeno tudi, da se je treba bolje odzvati na duševne motnje in težave z drogo za tiste, ki so bili v zaporu.

Glede na ocene strokovnjakov iz 24 držav zaporniško svetovanje pred izpustom o tveganju in preprečevanju uporabe prevelikega odmerka ni ponujeno v šestih evropskih državah, v desetih državah se izvaja le za malo problematičnih uporabnikov drog v zaporih, v šestih drugih državah pa za manj kot polovico problematičnih uporabnikov drog. Samo Italija in Luksemburg zagotavljata to storitev večini ciljne populacije. Ker je dan izpusta težko napovedati, zlasti pri zapornikih v preiskovalnem zaporu, bi bilo v idealnem primeru treba izobraževanje o tveganju uporabe prevelikega odmerka v zaporih ponujati redno in tako prispevati k zmanjšanju tveganj vedenj.

Zdi se, da je v zaporih v EU na voljo vse več nadomestnega zdravljenja z opiodi, ki je v zaporniškem okolju imelo zaščitni učinek (Dolan et al., 2005), zakonodaja pa omogoča začetek nadomestnega zdravljenja v zaporu v 21 državah (glej poglavje 2). Priložnost za začetek tovrstnega zdravljenja v zaporu zmanjšuje tveganje za prevelik odmerek in smrt po izpustitvi ter zmanjšuje stopnje povratništva obsojencev (SZO, 2009). Zdravstvene službe v zaporih in izvajalci zdravljenja v skupnosti pa morajo biti ustrezno povezani, da se preprečijo morebitne vrzeli v nadaljnjem zdravljenju.

v dvanajstih državah in francoski skupnosti v Belgiji. Takšno gradivo ne obstaja v Turčiji, medtem ko ima v Estoniji, Latviji, na Madžarskem in Slovaškem do njega dostop le malo problematičnih uporabnikov drog. Informacij ni na voljo za Bolgarijo.

Precejšnjem številu prevelikih odmerkov droge, ki se končajo s smrtnim izidom ali ne, so priča tudi druge osebe, in sicer vrstniki uživalca ali družinski člani, zdravstveno in socialno osebje, policisti ali zaporniški pazniki, ki bi lahko ukrepali. Deset držav poroča o posebnem gradivu, ki je predvideno za pomoč družinam uporabnikom drog pri prepoznavanju, da gre za prevelik odmerek, in ustreznem ravnanju. V osmih državah je tako gradivo na voljo policistom, v sedmih državah pa so ga pripravili posebej za osebe v zaporih ⁽¹⁵⁵⁾. Druge ciljne skupine vključujejo delavce v agencijah za droge,

osebje v reševalnih vozilih, osebje za ukrepanje ob nezgodah in v nujnih primerih ter tudi priseljence iz rusko govorečih držav in romsko populacijo. Vendar pa je število držav, ki imajo na voljo gradivo za različne ciljne skupine, omejeno in vse gradivo ni na voljo po vsej državi.

Vse države poročajo o izobraževanju glede tveganja uporabe prevelikega odmerka, v devetih izmed njih se izvaja v mestih, kjer je to najbolj potrebno, in kjer imajo veliko problematičnih uporabnikov drog. V štirih državah tovrstne dejavnosti potekajo samo v manjšem deležu zadevnih mest, v še dvanajstih državah pa le v nekaj mestih.

Posebna usposabljanja o tem, kako ravnati v primerih uporabe prevelikega odmerka, se izvajajo individualno ali skupinsko. Uživalci drog dobijo informacije o tveganju pri uporabi prevelikega odmerka kot tudi o zmanjšani toleranci po obdobjih abstinence, o učinkih in tveganjih pri uživanju več drog hkrati, zlasti pri hkratnem uživanju alkohola, o tveganjih, če uživajo droge sami, in o ukrepih prve pomoči. Nacionalni strokovnjaki v sedmih državah ocenjujejo, da je bila večina problematičnih uporabnikov drog v zadnjih dvanajstih mesecih deležna nekaj usposabljanja o ravnanju v primeru uporabe prevelikega odmerka, medtem ko ga je bila v desetih državah deležna manjšina, v šestih državah (Belgija, Latvija, Avstrija, Poljska, Romunija, Slovaška) pa je tovrstna navodila za ravnanje dobilo samo nekaj problematičnih uporabnikov drog. Takšno usposabljanje ni na voljo v Estoniji, na Madžarskem in v Turčiji.

Pri uporabnikih drog, ki so prevelik odmerek že izkusili in preživeli, je tveganje za prihodnji prevelik odmerek (Coffin et al., 2007) visoko, zato jih je treba obravnavati posebej. Individualne ocene o tveganju prevelikega odmerka opravlja izkušeno osebje in so namenjene odkrivanju posameznikov, ki potrebujejo dodatno podporo. Po navedbah strokovnjakov je bila v devetih državah pri večini uporabnikov drog opravljena ocena tveganja za prevelik odmerek vsaj enkrat v zadnjem letu, medtem ko je bila v 16 državah tega ukrepa deležna le manjšina. Bolgarija, Nemčija in Francija niso posredovale nobenih informacij.

Zagotavljanje naloksona uživalcem ni standarden pristop pri preprečevanju uporabe prevelikega odmerka po vsej Evropi, čeprav je razdeljevanje zalog za domačo uporabo nekaj običajnega v službah za zagotavljanje storitev glede drog v Italiji, kjer je zdravilo mogoče tudi kupiti v lekarnah brez recepta. V Združenem kraljestvu se je pravni položaj naloksona spremenil junija 2005, s čimer je bilo dovoljeno, da ga lahko uporabi kdor koli, če gre za

⁽¹⁵⁵⁾ Glej preglednico HSR-8 (del ii) v Statističnem biltenu 2009.

reševanje življenj. Poleg tega je bil v kohortni študiji, v kateri je sodelovalo 239 uživalcev opioidov iz služb za zdravljenje, ocenjen učinek usposabljanja, kako ravnati ob prevelikem odmerku in ob domači zalogi naloksona (Strang et al., 2008). Rezultati so pokazali boljše poznavanje znakov prevelikega odmerka in bolj samozavestno uporabo naloksona. V prvih treh mesecih so bila ukrepanja pri vseh dvanajstih prevelikih odmerkih, pri katerih so uporabili nalokson, uspešna, medtem ko je pri šestih drugih prevelikih odmerkih, kjer zdravila niso uporabili, nastopila ena smrt. Avtorji ugotavljajo, da lahko večje zagotavljanje še dodatno zniža število smrtnih primerov, povezanih z drogo, in priporočajo, da se opravijo dodatne študije o vplivu usposabljanja o prevelikem odmerku in zalogah naloksona za primer nuje pri uživalcih opioidov.

Še en pristop, ki zbuja pomisleke, je zagotavljanje prostorov za uporabo drog pod nadzorom ⁽¹⁵⁶⁾, s čimer naj bi zmanjšali tveganje za smrt uživalcev, saj jim ob morebitnem prevelikem odmerku na kraju samem zagotovijo takojšnjo in ustrezno medicinsko oskrbo. Operativni podatki iz takšnih zmogljivosti v Evropi, Kanadi in Avstraliji kažejo, da se primeri prevelikih odmerkov droge na kraju samem uspešno obvladujejo, tako da ni poročil o prevelikih odmerkih s smrtnim izidom. Milloy s sodelavci je izračunal število potencialnih smrti, ki jih preprečijo v Vancouvru, kjer je na voljo prostor za uporabo drog. Po njihovih ocenah preprečijo od dva do dvanajst smrtnih primerov na leto (Milloy et al., 2008). To potrjuje pretekle ugotovitve, da je smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v soseskah, kjer je takih prostorov dovolj, resnično manj.

⁽¹⁵⁶⁾ Za pregled tega vprašanja glej EMCDDA (2004).



Poglavje 8

Nove droge in nastajajoči trendi

Uvod

Uporaba novih psihoaktivnih snovi in novi vzorci uživanja drog imajo lahko znatne posledice za javno zdravje in politiko. Vendar je te snovi težko odkriti, saj se običajno najprej pojavijo na nižjih ravneh in na posebnih krajih ali med omejenimi podskupinami prebivalstva. Le malo držav ima sisteme spremljanja, ki zaznajo nove pojave na področju drog, poleg tega so precejšnje tudi metodološke težave pri njihovem odkrivanju. Kljub temu pa je pomembnost ugotavljanja morebitnih novih groženj široko priznana. Sistem za zgodnje opozarjanje, ki ga je vzpostavila Evropska unija, zagotavlja mehanizme za hiter odziv na pojav novih psihoaktivnih snovi na evropskem prizorišču drog. Dejavnosti za podporo sistemov za zgodnje opozarjanje so pomemben del dela Centra in spadajo v širšo perspektivo uporabe različnih podatkovnih virov za izboljšanje pravočasnosti in občutljivosti evropskega sistema za spremljanje drog.

Ukrepi glede novih drog

Sklep Sveta o novih psihoaktivnih snoveh ⁽¹⁵⁷⁾ vzpostavlja mehanizem za hitro izmenjavo podatkov o novih psihoaktivnih snoveh, ki lahko pomenijo nevarnost za javno zdravje in družbo (sistem zgodnjega opozarjanja) ⁽¹⁵⁸⁾. Zagotavlja tudi možnost za uradni postopek ocene tveganja, katere izsledki bi bili lahko podlaga za odločitve politike o uvrstitvi novih snovi pod nadzor po vsej Evropski uniji.

Odkar je začel leta 1997 delovati sistem zgodnjega opozarjanja, so bila v njegovem okviru podana poročila za več kot devetdeset snovi. Še do nedavnega so bili v velikem deležu prijav prisotni fenetilamini in triptamini. V zadnjih nekaj letih pa postaja seznam snovi vse bolj pester. Med njimi so številni derivati piperazina in katinona ter tudi različne mešanice drugih snovi, skupaj z rastlinskimi proizvodi, nekaj nenavadnih stimulansov in halucinogenih snovi ter nekaj zdravil.

V letu 2008 je bilo v EU s sistemom zgodnjega opozarjanja 13 novih psihoaktivnih snovi prvič uradno prijavljenih. Poleg novih sintetičnih drog,

ki jih je bilo enajst, sta bili v skupini še dve rastlini, a nobenega zdravila.

Kemična sestava dveh prijavljenih rastlin – kratoma in kava-kave – je relativno dobro znana iz literature. Tradicionalno ju uporabljajo v drugih delih sveta, njuna prisotnost na evropskem prizorišču drog pa je, kot kaže, omejena.

Večina novoprijavljenih sintetičnih sestavin so psihotropne snovi, podobne naštetim v seznamih I in II Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971. V primerjavi s prejšnjimi leti je med snovmi, prijavljenimi v letu 2008, manj takih, ki sodijo v glavne kemijske skupine – fenetilamini (ena), triptamini (dve) in piperazini (nobena). Šest novoprijavljenih snovi pa je derivatov katinona. Večina novih sintetičnih snovi ima stimulatивne lastnosti, samo tri pa imajo halucinogene učinke.

V letu 2008 je bil prek sistema zgodnjega opozarjanja prvič sporočen sintetični kanabinoid (JWH-018). Pojav sintetičnih kanabinoidov je zadnja stopnja v razvoju sintetičnih drog: od tistih iz osemdesetih let prejšnjega stoletja, ki so temeljile na fentanilu, prek krožno nadomeščenih fenetilaminov iz druge polovice osemdesetih let in triptaminov iz devetdesetih let pa vse do piperazinov in katinonovih derivatov v prvem desetletju novega tisočletja. Obstaja več kot sto zmesi, ki delujejo na receptorje kanabinoidov, in mogoče je domnevati, da se bodo med drogami še naprej pojavljale nove snovi iz različnih kemijskih skupin. Vse to je nenehen izziv za javno zdravstvo in organe kazenskega pregona, tako zaradi forenzične in toksikološke opredelitve novih snovi kot za hitro oceno tveganja in po potrebi izvajanje nadzornih ukrepov.

Proizvodi „spice“ in z njimi povezani sintetični kanabinoidi

Proizvodi, ki se tržijo prek spleta in v nekaterih specializiranih trgovinah pod imenom „spice“, so na voljo vsaj od leta 2006. Čeprav je mogoče „spice“ oglaševati kot kadilo, so učinki pri kajenju po navedbah nekaterih uživalcev podobni učinku konoplje. Kot kaže poročilo iz

⁽¹⁵⁷⁾ Sklep Sveta 2005/387/PNZ z dne 10. maja 2005 o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi psihoaktivnimi snovmi (UL L 127, 20.5.2005, str. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psihoaktivne rastline, prijavljene prek sistema zgodnjega opozarjanja

V zadnjih letih so bili prijavljeni proizvodi petih psihoaktivnih rastlin. Vrste, ki se odkrijejo s sistemom zgodnjega opozarjanja, niso mednarodno nadzorovane, vendar jih lahko nadzorujejo države članice EU.

Kava-kava (*Piper methysticum*) je grm, ki se že stoletja uporablja na otokih v južnem Tihem oceanu v obredne namene. Čaj, skuhan iz korenin te rastline, se lahko pije za doseganje protianksioznih in sprostitvenih učinkov. Obstaja vse večja zaskrbljenost, da lahko dolgotrajno uživanje kava-kave povzroči poškodbe jeter. Nobena država članica EU ne poroča o nadzoru te rastline ali njenih aktivnih sestavin (kavalaktonov).

Khat vsebuje liste in sveže poganjke *Catha edulis*, grma, ki se goji v vzhodni Afriki in na Arabskem polotoku. Uporablja se kot blag stimulans z žvečenjem svežih rastlinskih delov. Aktivni sestavini, katinon in katin, sta bližnji kemijski sorodnici sintetičnih drog, kot sta amfetamin in metkatinon, in se mednarodno nadzorujeta na podlagi Konvencije ZN iz leta 1971. *Catha edulis* se nadzoruje v 12 državah članicah EU.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) je drevo, ki izvira iz jugovzhodne Azije. Listi tega drevesa se lahko žvečijo, kadijo

ali se iz njih skuha čaj. Pri majhnih odmerkih ima poživljaljoče učinke. Pri velikih odmerkih ima podobne učinke kot opiodi, v tradicionalni medicini pa se uporablja proti bolečinam in za zdravljenje odtegnitve od opiodov. Glavne aktivne sestavine kratoma so mitraginin, mitrafilin in 7-hidroksimitraginin, čeprav je verjetno mitraginin odgovoren za analgetično delovanje kratoma in blažitev simptomov odtegnitve od opiodov. Rastlina, mitraginin in 7-hidroksimitraginin se nadzorujejo na Danskem, v Litvi pa nadzorujejo rastlino in mitraginin.

Salvia divinorum je trajnica, ki uspeva na jugu Mehike, kjer se zaradi halucinogenih lastnosti tradicionalno uporablja v obredne namene. Glavna aktivna sestavina, salvinorin-A, je močan kapa opiodni receptorski agonist. Rekreativne oblike uživanja *Salvie* vključujejo žvečenje listov in kajenje ali sublingvalno uživanje koncentriranih izvlečkov, kar ima po vsem sodeč intenzivne učinke. Zaužitje listov ali semen rastline ima daljši, vendar manj intenziven učinek. *Salvia divinorum* ali njene aktivne sestavine so nadzorovane v šestih državah članicah EU in na Hrvaškem.

Havajska drevesna roža (*Argyrea nervosa*) je trajna plezalka. Njena semena vsebujejo aktivno sestavino amid d-lisergične kisline (LSA, znan tudi pod imenom d-lisergamid), snov, ki je zelo podobna LSD in lahko povzroči blage halucinogene učinke. LSA se kot droga nadzoruje na Irskem in v Združenem kraljestvu.

Švedske, se proizvodi „spice“ s sistemom zgodnjega opozarjanja spremljajo vse od začetka leta 2008.

V informacijah o sestavi na embalaži proizvodov „spice“ je navedeno, da vsebujejo kar 14 sestavin rastlinskega izvora. Medtem ko imata lahko vsaj dve sestavini – *Pedicularis densiflora* in *Leonotis leonurus* – nekaj psihoaktivnega učinka, so farmakološke in toksikološke lastnosti rastlinskih snovi, ki jih domnevno vsebujejo proizvodi „spice“, slabo znane. Tako ni mogoče trditi nič določenega o morebitnih zdravstvenih tveganjih ali psihoaktivnih učinkih teh proizvodov. V podatkih o proizvodu ni navedena nobena sintetična sestavina.

V letu 2008 je bilo mogoče proizvode „spice“ ter tudi različne druge zeliščne mešanice, „podobne spicu“, kupiti v spletnih trgovinah, na voljo so bile tudi v specializiranih trgovinah, tako imenovanih „head“ ali „smart shopih“, v katerih se prodajajo „dovoljene droge“, v vsaj devetih državah članicah EU (Češka, Nemčija, Latvija, Litva, Luksemburg, Avstrija, Poljska, Portugalska, Združeno kraljestvo).

Države članice so opravile obširne forenzične preiskave, da bi ugotovile, katere psihoaktivne sestavine se nahajajo v proizvodih „spice“. Decembra 2008 sta Nemčija in Avstrija ugotovili prisotnost sintetičnega kanabinoida JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. Kemična struktura JWH-018 se precej

razlikuje od strukture tetrahidrokanabinola (THC), ki je glavna aktivna učinkovina v vseh proizvodih konoplje. Pri poskusih na živalih se je pokazalo, da ima JWH-018 enake učinke kot THC, bilo je pa tudi ugotovljeno, da je močnejši. V začetku leta 2009 je bil v vzorcih „spice“ v Evropi opažen drug sintetični kanabinoid CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾ in tri njegove homologne spojine.

Sintetične kanabinoide so odkrili v le nekaj vzorcih, pri čemer so koncentracije nihale. Zdi se, da so bile te sintetične snovi dodane na skrivaj, saj so v podatkih na embalaži proizvodov „spice“ navedene samo rastlinske sestavine.

Snovi JWH-018 ter CP 47,497 in njihove homologne spojine same po sebi niso znane po tem, da bi jih široko uporabljali kot psihoaktivne droge. Zato je še vedno treba ugotoviti, ali obstaja posebno povpraševanje po teh snoveh in ali je treba nadalje ukrepati, kot je predvideno v Sklepu Sveta 2005/387/PNZ.

Pet držav članic so se na morebitne zdravstvene težave odzvale z različnimi pravnimi ukrepi za prepoved ali drugačen nadzor proizvodov „spice“ in z njimi povezanih mešanic. Nemčija je z izrednim zakonom o narkotikah za eno leto vzpostavila nadzor za pet sintetičnih kanabinoidov, ki so jih odkrili v „spicu“. Francija je šest sintetičnih kanabinoidov, ki so jih odkrili v proizvodih

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-yl-(1-pentilindol-3-yl)metanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimetilheptil)-2-[(1R,3S)-3-hidroksicikloheksil]-fenol.

Nacionalni postopki ocene tveganja

Center je leta 2008 opravil študijo o različnih nacionalnih pravnih postopkih, ki se uporabljajo za uvedbo nadzora nad novimi snovmi po zakonodaji o drogah, času, potrebnem za tak postopek, in morebitni izvedbi nacionalnega postopka za oceno tveganja. V 26 državah, ki so bile vključene v študijo, se kažejo trije različni pristopi k oceni tveganja. Nacionalna ocena tveganja se ne opravlja v šestih državah. Na splošno se te države zanašajo na ocene tveganja, ki se opravljajo na mednarodni ali evropski ravni. V sedmih državah se nacionalna ocena tveganja opravlja priložnostno, ko je to potrebno. V 13 državah pa se pri odločanju, ali je treba neko snov nadzorovati – bodisi v skladu z določbami zakonodaje na področju drog ali enakovredne zakonodaje, ali v okviru postopka, ki se zahteva pri novih zakonskih predlogih – izvede neka oblika ocene tveganja.

Stopnje ugotovljene škode ne vplivajo na hitrost zakonodajnega postopka v 12 od 20 držav, ki lahko opravljajo svoje ocene tveganja. Štiri države (Nemčija, Luksemburg, Slovaška, Švedska) lahko uporabijo hitri zakonodajni postopek, če so stopnje tveganja visoke. V Franciji, Avstriji in na Norveškem samo oceno tveganja v nujnih primerih izvedejo hitreje. Na Nizozemskem sta na voljo obe možnosti.

V 16 državah nacionalne ocene tveganja opravlja skupina strokovnjakov v okviru javne uprave, bodisi pristojnega ministrstva ali državne oziroma vladne agencije. Šest držav ponuja ali lahko ponudi možnost posvetovanja z neodvisnimi znanstveniki, če je to potrebno. V treh državah (Nizozemska, Avstrija, Združeno kraljestvo) pa oceno tveganja opravlja neodvisni znanstveni organi.

Za več informacij glej pravna poročila ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

„spice“, uvrstila med narkotike. Avstrija je z zakonom o zdravilih prepovedala uvoz in trženje mešanice za kajenje, ki vsebujejo šest sintetičnih kanabinoidov, Luksemburg se je odločil za nadzor nad različnimi sintetičnimi kanabinoidi kot psihotropnimi snovmi. Poljska je spremenila zakon o narkotikah in pod nadzor uvrstila JWH-018 in dve domnevno rastlinski sestavini v „spicu“.

Svetovni splet: trg za psihoaktivne snovi

Svetovni splet je postal nov trg psihoaktivnih snovi, trgovcem na drobno daje možnost, da širokemu krogu ljudi ponujajo alternative za nadzorovane droge. Lastnosti spletnega trga vplivajo na širjenje novih psihoaktivnih snovi in spremljanje dogajanja na njem postaja vse bolj pomemben element prepoznavanja novih trendov na področju drog. Zlasti se je treba osredotočiti na

tveganja, povezana s snovmi, ki so naprodaj. Informacije o novih proizvodih potrebujejo tako uporabniki kot strokovnjaki, kamor sodijo tudi klinični toksikologi, strokovnjaki za nadzor strupov in vsi, ki se poklicno ukvarjajo z drogami.

Center sledi razvoju dogodkov na spletnem trgu droge z letno pregledno študijo. Leta 2009 je bilo pregledanih skupaj 115 spletnih trgovin. Iz kod posameznih držav v domenskem imenu in drugih informacij na spletnih straneh je razvidno, da se spletne trgovine nahajajo v 17 evropskih državah. Večina ugotovljenih spletnih prodajalcev na drobno je bila v Združenem kraljestvu (37 %), Nemčiji (15 %), na Nizozemskem (14 %) in v Romuniji (7 %).

V nasprotju z letom 2008 ni v letu 2009 nobena od spletnih trgovin, zajetih v raziskavi, ponujala halucinogenih gob z vsebnostjo psilocina in psilocibina. Štirje spletni prodajalci na drobno iz Francije in Nizozemske pa so ponujali scelerotio – strjen micelij halucinogenih gob *Psilocybe mexicana* in *Psilocybe tampanensis*.

Med novo prodajanimi proizvodi v letu 2009 je vrsta zeliščnih proizvodov za kajenje in „tabletko za zabavo“, ki vsebujejo nove zakonite alternative za benzilpiperazin (BZP). Več je bilo tudi proizvodov za njuhanje ali zeliščnih praškov.

Proizvode „spice“⁽¹⁶¹⁾ je ponujalo 48 % trgovcev na drobno, zajetih v študijo. Spletne trgovine, ki so prodajale „spice“, so imele sedež v štirinajstih evropskih državah, vendar sta bili več kot dve petini teh trgovin v Združenem kraljestvu (42 %), precej jih je bilo tudi na Irskem, v Latviji in Romuniji.

Zaradi pomislekov o proizvodih „spice“ je vrsta držav sprejela zakonske ukrepe za prepoved teh snovi ali drugačno obliko nadzora nad njimi. Tako so bili do marca 2009 proizvodi „spice“ umaknjeni iz spletnih trgovin v Nemčiji, Avstriji in Franciji.

V letu 2009 so se na spletnem trgu namesto „spice“ začele pojavljati alternativne mešanice za kajenje. Trgovci na drobno, zajeti v raziskavo, so ponujali najmanj 27 različnih zeliščnih mešanic za kajenje kot alternativo za „spice“. Te proizvode oglašujejo, kot da vsebujejo sestavine na rastlinski osnovi, čeprav nekateri vsebujejo tudi halucinogeno gobo *Amanita muscaria*. Alternative za „spice“, ki so naprodaj v Avstriji in Nemčiji, zajemajo več zeliščnih mešanic za kajenje, ki se prodajajo kot „osvežilci prostorov“ ali kadila. Takojšna ponudba nadomestkov za „spice“ kaže, da se je ta trg sposoben hitro odzvati na spremembe v zakonskem statusu psihoaktivnih snovi, pogosto s ponudbo nove snovi.

⁽¹⁶¹⁾ Glej „Proizvodi ‚spice‘ in z njimi povezani sintetični kanabinoidi“, str. 92.

Ker so države članice EU uvedle kontrolne ukrepe za BZP, te snovi ni več mogoče uporabljati v „tabletkah za zabavo“, ki se prodajajo kot zakonita alternativa za ekstazi. V začetku leta 2009 je veliko spletnih trgovcev na drobno ponujalo „tabletko za zabavo“ brez BZP. Tako so na primer spletne trgovine na Irskem, Poljskem in v Združenem kraljestvu ponujale „retro tabletko“, ki naj bi vsebovale 1-(4-fluorofenil) piperazin (pFPP), snov, ki naj bi po opisih imela blage halucinogene in močne evforične učinke.

Proizvodi za njuhanje se tržijo kot alternativa za nadzorovane droge, kot so kokain ali amfetamini. Domnevno vsebujejo kofein in vrsto drugih sestavin rastlinskega izvora, kot so *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* in *Tilia europea*.

Spremljanje posameznih snovi

Piperazini

Leta 2007 je bilo v poročilu o aktivnem spremljanju mCPP (1-(3-klorofenil) piperazina), ki sta ga pripravila Center in Europol, ugotovljeno, da snov ni posebno zanimiva za uživalce in da se verjetno ne bo uveljavila kot samostojna sprostitevna droga. Vseeno pa je bil v letu 2007 mCPP še vedno najširše dostopna nova sintetična droga na trgu nezakonitih drog, pojavljal se je samostojno ali v kombinaciji z MDMA. To potrjujejo tako poročila o številu zasegov kot o količini zaseženega gradiva, ki sta jih prejela Center in Europol. Še vedno ni jasno, ali se snov uporablja za okrepitev ali posnemanje nekaterih učinkov MDMA ali zgolj kot „ponaredek“. Ker pa mCPP v večini držav članic ni nadzorovana snov, je mogoče, da poročila ne zajemajo vseh zasegov.

Svet je 3. marca 2008 sklenil, da bodo države članice v skladu s svojimi nacionalnimi zakonodajami sprejele potrebne ukrepe za uvedbo nadzornih ukrepov za BZP, sorazmernih s tveganjem, povezanim s to snovjo, in kazenske sankcije, kakor je predvideno v njihovi zakonodaji, ki je v skladu z obveznostmi po Konvenciji Združenih narodov o psihotropnih snoveh ⁽¹⁶²⁾. Države članice bodo storile vse za čimprejšnjo uvedbo tega

ukrepa, vendar najpozneje eno leto po datumu sprejetja sklepa. Ob pripravi tega poročila je sedemnajst držav članic ⁽¹⁶³⁾ sporočilo, da nadzorujejo BZP.

GHB/GBL in ketamin

V Evropi sta gama hidroksibutirinska kislina (GHB) in ketamin pod nadzorom od leta 2000, ko je bila izvedena ocena tveganja obeh snovi v skladu s pogoji skupnega ukrepa o novih sintetičnih drogah iz leta 1997 (EMCDDA, 2002).

O razširjenosti GHB in ketamina poroča malo držav, poleg tega ocene o razširjenosti, ki jih sporočajo, ostajajo na precej nižjih ravneh kot pri drugih nezakonitih drogah. Težko je ocenjevati spremembe položaja, saj podatki o razširjenosti prihajajo iz neverodostojnih virov, ki omogočajo zgolj omejene časovne primerjave in primerjave vzorcev. Nizozemska študija Trendwatch vsebuje poročilo o rahlem povečanju uporabe GHB v posebnih omrežjih in regijah na Nizozemskem v letu 2007, vendar se tako GHB kot ketamin uporabljata redkeje kot druge droge za zabavo, poleg tega ju uživajo neodkrita populacije na svojem domu ali na zabavah. V nasprotju s poročili o povečanjih iz preteklih let zadnji statistični podatki o medicinski nujni pomoči v zvezi z GHB v Amsterdamu kažejo na občuten upad, in sicer s 444 primerov v letu 2006 na 110 primerov v letu 2007. V raziskavi, ki so jo izvedli v neki londonski bolnišnici, je bilo navedeno, da je bilo v letu 2006 58 nujnih bolnišničnih primerov, povezanih z uživanjem ketamina, in da je številka v letu 2007 ostala enaka. V večini primerov, kjer je bil prisoten ketamin, je bil uporabljen skupaj z drugimi drogami in v samo 11 % primerov je šlo za ketamin sam, pri čemer ni nihče potreboval nujne pomoči (Wood et al., 2008).

Raziskave med šolsko mladino ESPAD, opravljene v letu 2007, dajejo zadnje podatke o uporabi GHB med 15- do 16-letno šolsko mladino po vsej Evropi. Med šolsko mladino, ki jo je zajela raziskava v 26 državah članicah EU ter na Norveškem in Hrvaškem, razširjenost uživanja GHB v življenju sega od nič do 3 %, čeprav večina držav poroča o stopnji 1 % ali manj.

⁽¹⁶²⁾ Sklep Sveta 2008/206/PNZ z dne 3. marca 2008 o opredelitvi 1-benzilpiperazin (BZP) kot nove psihoaktivne snovi, za katero morajo veljati nadzorni ukrepi in kazenske določbe.

⁽¹⁶³⁾ Belgija, Danska, Nemčija, Estonija, Irska, Grčija, Francija, Italija, Ciper, Litva, Luksemburg, Malta, Madžarska, Portugalska, Slovaška, Švedska in Finska; ter tudi Hrvaška, Turčija in Norveška.



Literatura in viri

ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).

Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. in Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).

Baker, A., Lee, N. K. in Jenner, L. (ur.) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. izdaja), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.

Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. et al. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project“, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, str. 88–100.

Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.

Cherny, N. I., Catane, R. in Kosmidis, P.A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering“, *Annals of Oncology* 17, str. 885–7.

CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisija za droge pri Združenih narodih: Ekonomsko-socialni svet, Dunaj.

Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A. et al. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose“, *Academic Emergency Medicine* 14, str. 616–23.

Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).

Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 211–3.

Darke, S. in Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, str. 1383–94.

Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C.A. et al. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, str. 1954–9.

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruselj.

Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, London (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).

Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review“, *Journal of Drug Issues* 37, str. 827–44.

Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. et al. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, str. 820–8.

ECDC in Regionalna pisarna za Evropo pri SZO (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm.

Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. et al. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update“, *Substance Abuse* 29, str. 31–49.

Ellingstad, T. P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. et al. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution“, *Addictive Behaviours* 31, str. 519–30.

EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2005), *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Drugs in focus št. 14, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2007a) *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus št. 16, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografija št. 8, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2008b), *Letno poročilo 2008: stanje na področju problematike drog v Evropi*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Tehnični podatkovni list, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).

EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Izbrano vprašanje, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights št. 10, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.

EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Tematski dokumenti, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.

Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.

Evropska komisija (2007), „Poročilo Komisije Evropskemu parlamentu in Svetu o izvajanju Priporočila Sveta z dne 18. junija 2003 o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog“, COM(2007) 199 konč. (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0199:FIN:SL:PDF>).

Evropska komisija (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union*, Bruselj, 20. in 21. maja 2008, Končno poročilo (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).

Evropska komisija (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds“, *Flash Eurobarometer 233* (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).

Evropski odbor za preprečevanje mučenja, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja (CPT), *The CPT standards – ‘substantive’ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).

Farrell, M. in Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103, str. 251–5.

Generalni direktorat za zdravje in potrošnike (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Generalni direktorat za zdravje in potrošnike, Bruselj (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

Generalni direktorat za zdravje in potrošnike (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Generalni direktorat za zdravje in potrošnike, Bruselj (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).

GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, London.

Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. et al. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection“, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 437–43.

Hall, W. in Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis“, *Lancet* 1352, str. 1611–16.

Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. in Razc, J. (ur.) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).

Hedrich, D., Pirona, A. in Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, str. 503–17 (doi:10.1080/09687630802227673).

Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. et al. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people“, *BMJ* 330, str. 11.

Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. et al. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction“, *Substance Use Misuse* 43, str. 1464–75.

- Hibell, B. et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švedski Svet za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN) in skupina Pampidou Sveta Evrope.
- Hoare, R. in Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. et al. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths“, *American Journal of Public Health* 98, str. 2229–36.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Mednarodni nadzorni svet za droge pri Združenih narodih, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. et al. (ur.) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. in Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (ur.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pampidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Nemčija.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. in Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management“, *Drugs* 66, str. 155–74.
- McCambridge, J., Slym, R. L. in Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users“, *Addiction* 103, str. 1819–20.
- McIntosh, J., Bloor, M. in Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, str. 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. in Cottler, L. B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups“, *Addictive Behaviors* 34, str. 223–6.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. et al. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility“, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V. in Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study“, *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), str. 109–18 (http://cspych.psu.cas.cz/files/cspych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. in Lang, J. P. (2007), „Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues“ [Obvladovanje hepatitisa C med bolniki, ki uživajo droge], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, str. 51–5.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B. R. in Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–42.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des „consultations jeunes consommateurs“ (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariz.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. et al. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, str. 439–49.
- Piontek, D., Kraus, L. in Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties“, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, str. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R. in Hopkins, L. N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, str. 502–6.
- Roesner, S. in Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)“, *Sucht* 54 (Supplement 1), str. S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. in McLean, P. C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services“, *Addiction* 97, str. 59–65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. et al. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. in Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search“, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, str. 963–68.

- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, v *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Strang, J. in Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales“, *Addiction* 92, str. 833–8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses“, *Addiction* 103, str. 1648–57.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J. in Gill, O. N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis“, *Journal of Viral Hepatitis* 15, str. 797–808.
- Swift, W., Hall, W. in Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–18.
- SZO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Regionalna pisarna za Evropo pri SZO, København (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- SZO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Škotska vlada (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. et al. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention“, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. et al. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, str. 160–2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. in Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances št. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Pariz.
- UNODC (2009), *World drug report*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- UNODC in vlada Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“, v Cools, M. et al. (ur.), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (predloženo), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis“, *Addiction*.
- Wagner, F. A. in Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol“, *Neuropsychopharmacology* 26, str. 479–88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. in Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 „Je bent niet gek als je niet blowt“*, Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Svetovna carinska organizacija, Bruselj.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. et al. (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability“, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C. et al. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East“, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L. in Dargan, P. I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED“, *Clinical Toxicology* 46, str. 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. in Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey“, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Letno poročilo 2009: stanje na področju problematike drog v Evropi

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije

2009 – 100 pp. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-395-6

Kako do publikacij EU

Publikacije, ki so naprodaj:

- prek EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- z naročilom v knjigarni, z navedbo naslova, založnika in/ali številke ISBN;
- z vzpostavitvijo neposrednega stika z našimi pooblaščenimi prodajalci. Njihovi kontaktni podatki so na voljo na povezavi <http://bookshop.europa.eu> ali po faksu +352 2929-42758.

Brezplačne publikacije:

- prek EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na predstavništvih ali delegacijah Evropske komisije. Njihovi kontaktni podatki so na voljo na povezavi <http://ec.europa.eu> ali po faksu +352 2929-42758.

O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA – Center) je ena izmed decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in zasvojenosti z drogami v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja dejanske, objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in zasvojenosti z drogami. Tako svojemu občinstvu zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije Centra so primarni vir informacij za širok krog občinstev, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo.

Letno poročilo predstavlja letni pregled pojava drog v Evropi s strani Centra in je najpomembnejša referenca za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.



Urad za publikacije

