



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

*In EMCDDA 2004 Annual report on the state of  
the drugs problem in the European Union and  
Norway*

## Izbrano poglavje 2

# Problem konoplje v kontekstu – razumeti povečanje potreb po zdravljenju v Evropi

### Uvod

Izraz "konoplja" se uporablja za opredelitev različnih proizvodov, pridobljenih iz rastline konoplje (*Cannabis sativa* L.), enoletne vrste, ki izvira iz centralne Azije in sedaj uspeva v številnih zmernih in tropskih delih sveta. Številne sorte *Cannabis sativa* kažejo prav tako širok razpon različnih bioloških in kemičnih značilnosti. Na evropskem trgu drog obstajajo tri oblike nedovoljene konoplje: "zeleni deli konoplje", in sicer posušeni cvetoči vršički, stebila in listi rastline; "konopljna smola", to je posušeni rjavi ali črni smolnati izločki cvetočih vrhov, ki se običajno prodajajo v obliki stisnjenih kock, včasih pa tudi kot prah; najmanj pogosta oblika pa je "konopljno olje", lepljiva gosta tekočina.

Zgodovina človekove uporabe konoplje sega daleč v preteklost. Uporabljale so jo različne družbe kot pomemben vir vlaken za tkanino in vrvi, kot pripomoček pri verskih obredih, zeliščno zdravilo in sredstvo za omamljanje. V sedanjem času je konoplja najbolj proizvajana, prodajana in uživana prepovedana droga na svetu (UNODC, 2003a). Kljub dolgi zgodovini uporabe in trenutni razširjenosti je naše razumevanje vpliva uživanja konoplje na javno zdravje še vedno omejeno. V zadnjem času je vse več dokazov o možni povezavi med uživanjem konoplje, zlasti intenzivnim uživanjem konoplje, in vrsto zdravstvenih in socialnih problemov. Vse večja je tudi zaskrbljenost zaradi očitnega povečanja števila uživalcev konoplje, ki iščejo pomoč pri specializiranih službah za droge. Vendar pa sta obseg in narava problemov, prisotnih pri populacijah evropskih uživalcev konoplje, še vedno nejasna. Nejasno je tudi, v kakšnem obsegu statistične informacije o povečanju potreb po zdravljenju odražajo spremembe v praksi poročanja in napotitev glede na povečano število posameznikov, ki iščejo pomoč. Da bi odgovorili na ta vprašanja, moramo postaviti potrebe po zdravljenju zaradi konoplje v širši kontekst spreminjanja vzorcev uživanja v Evropi, sprememb in razvoja sistemov poročanja in celo upoštevanja spremenljive narave same droge. Tovrstna vprašanja so obravnavana v izbranem

poglavju v zvezi s konopljo v kontekstu, da bi omogočili večjo obveščenost pri razpravljanju o možnih vplivih na javno zdravje zaradi te najbolj razširjene oblike uživanja prepovedanih drog.

### Zakonodajni kontekst: pravni status konoplje v Evropi

Zakonske kazni za tiste, ki uživajo konopljo, so v EU še vedno sporno vprašanje <sup>(151)</sup>, države članice pa se precej razlikujejo pri obravnavi tega vprašanja.

Izvillečki konoplje so razvrščeni med droge na Seznamih I in IV Enotne konvencije Združenih narodov o drogah iz 1961 (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs) <sup>(152)</sup>. Konvencija zahteva sprejem ukrepov, s katerimi bi zagotovili kaznivost širokega obsega dejavnosti – vključno s posedovanjem drog. Vendar pa morajo države članice tolmačiti in uporabljati konvencijo ob upoštevanju okoliščin v teh državah, člen 36.1.b pa dopušča možnost za izbiro "zdravljenja, izobraževanja, spremljanja po zdravljenju, rehabilitacije in ponovne integracije v družbo".

V praksi to pomeni, da se kazniva dejanja, povezana s konopljo, v EU obravnavajo različno. Nekatere države so izdale smernice za kazenske postopke ali pravne kodekse, ki narekujejo, kako obravnavati določene vrste kaznivih dejanj, povezanih s konopljo, in pogosto priporočajo različne pravne poti za kazniva dejanja, ki veljajo za lažja oziroma težja. V nekaterih državah so v primerih uživanja in posedovanja majhnih količin drog brez oteževalnih okoliščin bolj naklonjeni izvajanju terapevtskih ukrepov namesto kazenskemu pregonu. Poleg tega lahko kazenski zakoniki obravnavajo sporno uporabo tako, da dopuščajo (neomejeno ali obvezno) prekinitev kazenskega pregona, če se kršitelj odloči za svetovanje ali zdravljenje. Čeprav te možnosti običajno veljajo za uživalce vseh drog, zakoni ali smernice v Belgiji in Združenem kraljestvu po lani opravljenih spremembah zdaj posebej navajajo problematične uživalce konoplje z namenom, da se jim pokaže kje in kako najdejo pomoč.

<sup>(151)</sup> Glej Evropsko pravno bazo podatkov o drogah (European Legal Database on Drugs, ELDD) na spletni strani ([http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends\\_cannabis.shtml](http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml)).

<sup>(152)</sup> Glej: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>.

## Fizični, psihološki in razvojni problemi, povezani z uživanjem konoplje <sup>(153)</sup>

Nacionalna poročila držav članic poudarjajo, da povečanje števila potreb po zdravljenju zaradi konoplje verjetno odraža povečano raven problemov, ki so posebej povezani z intenzivnim uživanjem konoplje. Opozoriti pa je treba, da precej primanjkuje sistematičnih in primerljivih podatkov o problemih, ki jih doživljajo uživalci konoplje. Podlaga za znanstvena spoznanja na tem področju se še vedno razvija, vendar zagotavlja vse več prepričljivih dokazov o povezavi med uživanjem konoplje in vrsto problemov, čeprav narava vzročne povezave ni vedno jasna. Pregled literature o problemih, povezanih z uživanjem konoplje, je na voljo na spletu (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

Pomembno je razlikovati med akutnimi (kratkoročnimi) učinki konoplje in dolgoročnimi ali kroničnimi učinki te droge. Poroča se o vrsti tako pozitivnih kot negativnih akutnih učinkov. Med negativne učinke spadajo pomanjkanje pozornosti in problemi s koncentracijo, negativni učinki na motoriko (refleksi, koordinacija), problemi s kratkotrajnim spominom, napadi tesnobe in panike ter depresija. Pozitivni učinki zajemajo evforijo, sproščenost in večjo družabnost. Akutni učinki droge, ki zbuja največjo zaskrbljenost, so kratkoročna psihoza ali resni napadi panike, večja nevarnost za nesreče zlasti pri vožnji ali v nevarnih delovnih okoljih in negativen učinek na sposobnost učenja pri mladih (Hall et al., 2001).

Razumevanje kroničnih učinkov konoplje je zapleteno zaradi številnih razlogov, med drugim, ker je težko ločiti učinke konoplje od učinkov kroničnega uživanja drugih prepovedanih drog, tobaka in alkohola. Vendar pa sta med glavnimi skrbmi na tem področju večje tveganje za pljučnega raka in druge dihalne bolezni ter povezava z razvojem dolgoročnih duševnih bolezni, vključno z depresijo, psihozo in shizofrenijo. S kroničnim uživanjem je povezan tudi možen razvoj odvisnega vedenja. V pregledu, ki je na voljo na spletu, je raziskano, v kakšnem obsegu je dokazano, da je uživanje konoplje dejavnik tveganja oziroma vzročni dejavnik, oziroma da je zgolj povezano s temi problemi zaradi nekega bolj kompleksnega odnosa.

V večini držav članic je konoplja tista prepovedana droga, na katero najpogosteje naletimo v prijavah kršitev zakonov o drogah, kar pa ni presenetljivo, če upoštevamo, da je tudi najpogosteje uživana droga <sup>(154)</sup>. V nasprotju z drugimi drogami, kot je heroin, pa se zdi, da ni bistvene povezave med uživanjem konoplje in drugimi vrstami kaznivih dejanj.

## Uživanje konoplje in opredelitev velikosti problemov

Čeprav dogovorjena mednarodna diagnostična merila zagotavljajo uporabne smernice glede opredelitev škodljive uporabe, zlorabe in odvisnega uživanja drog, se pojavijo problemi, ko se konoplja obravnava glede na razpoložljive evropske podatke <sup>(155)</sup>. Odstopanja so zlasti velika pri ključnih vprašanih merjenja. Tako je na primer precej nesoglasja v zvezi z opredelitvijo izrazov, kot so "intenzivno uživanje", "redno uživanje" in "problematično uživanje", zaradi česar je otežena primerjava ugotovitev različnih študij. Poleg tega se je večinoma le pri nadzoru, povezane s študijami, poskusilo izmeriti "odvisnost" ali "zlorabo" glede na definicije ICD (Mednarodna klasifikacija bolezni pri Svetovni zdravstveni organizaciji) ali DSM (Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj pri Ameriškem psihiatričnem združenju) na ravni populacije; tudi tukaj pa trenutno ni standardiziranih orodij, ki bi omogočila prepričljivo primerjavo podatkov iz različnih študij oziroma med populacijami.

Vendar pa se je delo na tem področju že začelo. Tako naj bi trenutna francoska študija bolje opredelila problematično uživanje in razvila posebne instrumente za merjenje pogostosti uživanja, opaženih tveganj ter psiholoških in fizičnih učinkov (Beck, 2003).

Najbolj pogosto uporabljena meritev intenzivnosti uživanja do zdaj je število dni uživanja droge v določenem obdobju. Vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje konoplje običajno velja za znak "intenzivnega uživanja". Čeprav ni nujno, da vsakodnevno uživanje pomeni odvisnost, je verjetno, da bi se velik del vsakodnevnih uživalcev uvrstil v kategorijo odvisnosti ali zlorabe v smislu standardnih diagnostičnih meril (ICD-10, DSM-IV). Ker se pogostost uživanja relativno enostavno izmeri in uskladi v vprašalnikih, je ta meritev vključena v smernice Evropskega centra za spremljanje drog in

<sup>(153)</sup> Posebna monografija o uživanju konoplje in s tem povezanih problemih bo izšla v prvi polovici leta 2005. Posebne informacije o zdravstvenih in fizičnih učinkih uživanja konoplje so na voljo na spletni strani Centra.

<sup>(154)</sup> Glej Kriminal, povezan z drogami\_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.

<sup>(155)</sup> Glede razlage "odvisnosti" in "škodljivega uživanja" glej Mednarodno klasifikacijo bolezni, 10. izdaja (ICD-10, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO)), šifre F10 do F19: duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi. Pogosto se uporablja tudi *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (IV. izdaja) (DSM-IV, Ameriško psihiatrično združenje), v katerem sta uporabljena pojma "odvisnost" in "zloraba".

zasvojenosti z drogami za evropski vzorčni vprašalnik. Trenutno je podatke o pogostosti uživanja konoplje na tem obrazcu sporočilo devet držav <sup>(156)</sup>.

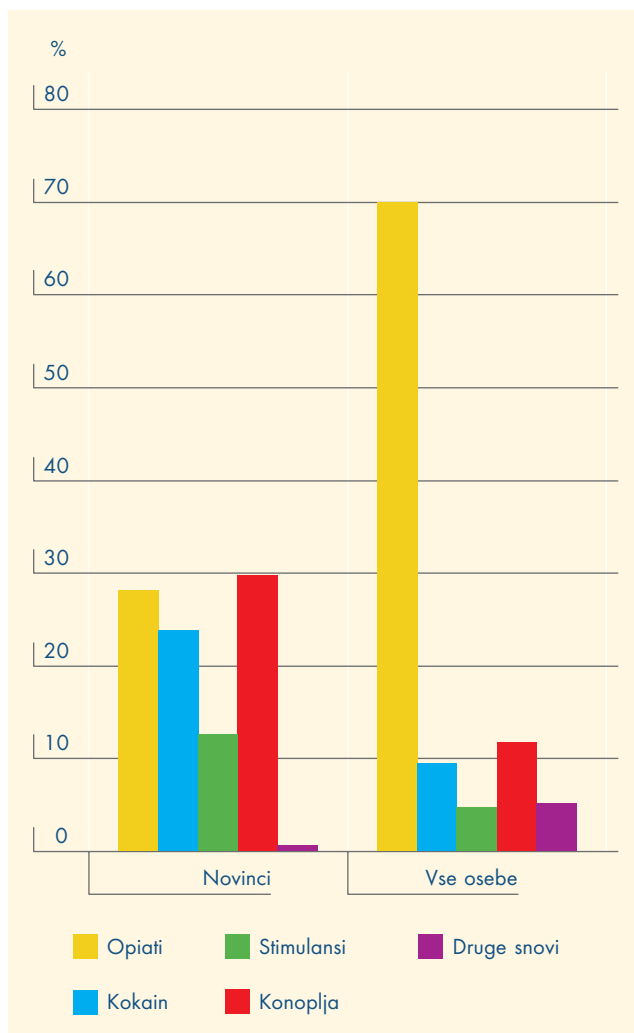
## Trendi pri potrebah po zdravljenju problemov v zvezi s konopljo

Čeprav je konoplja najpogostejše uživana prepovedana droga v Evropi, se za zdravljenje odloči le majhen delež ljudi, ki to drogo uživa. Kljub temu je konoplja trenutno druga najpogostejše prijavljena primarna droga, zaradi katere se morajo ljudje specialistično zdraviti. Glede na podatke TDI (kazalec potreb po zdravljenju) (glej str. 65), ki se zbirajo od vseh vrst specializiranih služb za zdravljenje, je okoli 12 % vseh, ki se zdravijo, in 30 % tistih, ki so se šele začeli zdraviti, poročalo, da so imeli probleme zaradi uživanja konoplje kot primarne droge (Slika 26).

Delež novincev (tj. tistih, ki se v preteklosti še niso zdravili), ki se odločijo za zdravljenje zaradi uživanja konoplje, se zelo razlikuje od države do države, od tako rekoč nič v Litvi do skoraj polovice (48 %) v Nemčiji, v glavnem pa presega eno petino (20 %) (Slika 27). Vendar pa ne morejo vse države zagotoviti podatkov o novih zahtevah po zdravljenju in v okviru vseh zahtev po zdravljenjih so problemi, povezani s konopljo, manj očitni.

Po podatkih TDI iz držav, za katere so na voljo podatki o trendih, se je med letoma 1996 in 2002 število novincev, ki so se odločili za zdravljenje zaradi konoplje kot primarne droge, povečalo s 3 713 na 12 493. Leta 2002 je bilo v 11 državah, za katere so na voljo podatki, takšnih v povprečju 29 % vseh, ki so se začeli zdraviti, v primerjavi z 9 % v letu 1996 (za vire podatkov glej Sliko 20). Čeprav vse te države, z izjemo Grčije in Združenega kraljestva <sup>(157)</sup>, poročajo o povečanju števila novincev, ki se zdravijo zaradi konoplje, je obseg povečanja različen, od 6 % na Nizozemskem do 31 % v Nemčiji. Po podatkih iz nacionalnih poročil Reitox število ljudi, ki se zdravi zaradi primarnega uživanja konoplje, narašča tudi v nekaterih novih državah članicah (Slika 28). Nedavni pregled potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje, ki ga je opravil Nizozemski nacionalni informacijski sistem za alkohol in droge (LADIS), navaja, da je za 29 % novincev, ki so se začeli zdraviti leta 2002, prijavljeno, da imajo probleme zaradi konoplje, in da tisti, ki se zdravijo zaradi konoplje, predstavljajo majhno vendar naraščajoče število posameznikov. Poročilo navaja tudi, da je glede na obseg uživanja konoplje na Nizozemskem delež oseb, ki se odločijo za zdravljenje, kljub naraščanju še vedno relativno majhen.

**Slika 26:** Primarna droga, omenjena med novimi in vsemi osebami, ki so se zdravile v letu 2002



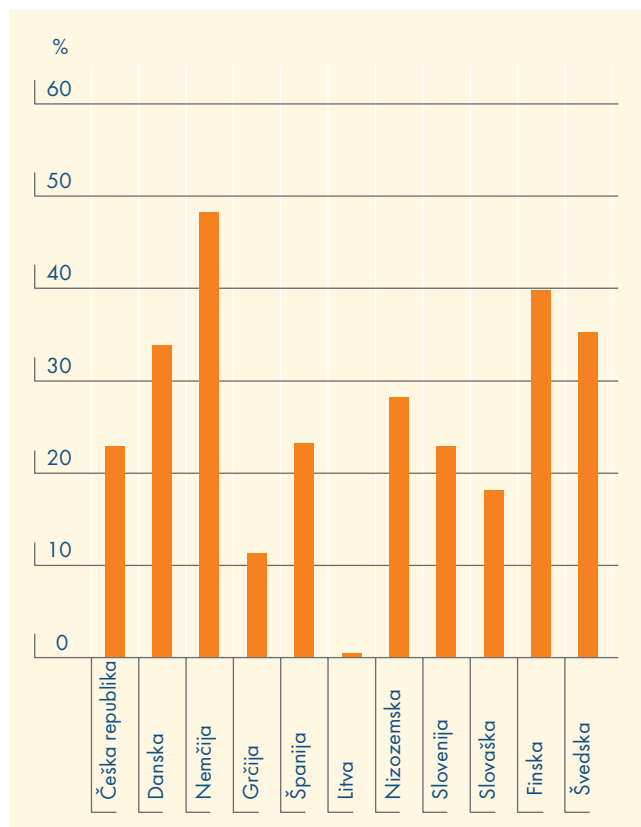
Opombe:  $n = 42\,568$  (novinci),  $351\,372$  (vse osebe).  
 Države, ki so prispevale podatke (novinci): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.  
 Vključene države (vse osebe): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.  
 Usklajeno glede na število oseb po državah.  
 Vir: Nacionalno poročilo Reitox za leto 2003.

Opozoriti je treba na obseg posplošitev, ki lahko izhajajo iz sklopa združenih evropskih podatkov. Longitudinalni podatki o novih potrebah po zdravljenju so na voljo za 11 držav. Poudariti je treba tudi, da na povečanje potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje, ki jo kažejo podatki TDI, močno vplivajo podatki iz Španije in Nemčije, kjer so poročali o posebej velikih povečanjih problemov zaradi uživanja konoplje kot primarne droge; kar zadeva celotne številke pa Španija predstavlja približno 50 % vseh prijavljenih potreb po zdravljenju.

<sup>(156)</sup> Grčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska in Portugalska. Podatki za Finsko niso predstavljeni, zaradi majhnega števila uživalcev, zajetega v njihovi raziskavi, ki so drogo užili v zadnjem mesecu (35). Število primerov in odstotki za vsako državo so na voljo v Statističnem biltnu 2004 pod Zdravljenje\_Tab 7.

<sup>(157)</sup> Podatki o osebah, ki se prvič odločijo za zdravljenje, niso na voljo za Združeno kraljestvo, informacije pa so objavljene v nacionalnih poročilih.

**Slika 27:** Konoplja, navedena kot primarna droga med osebami, ki so bile v letu 2002 prvič na zdravljenju



Opombe: Skupno število primerov: 42 421.  
Vir: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

Povečanje potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje pa ni omejeno le na Evropo. V ZDA, kjer se uporablja drugačen sistem prijav zdravljenja zaradi drog <sup>(158)</sup>, so se sprejemi na zdravljenje zaradi uživanja marihuane povečali s približno 20 000 v letu 1992 na skoraj 90 000 v letu 2000 (SAMHSA, 2001; EMCDDA, 2003d).

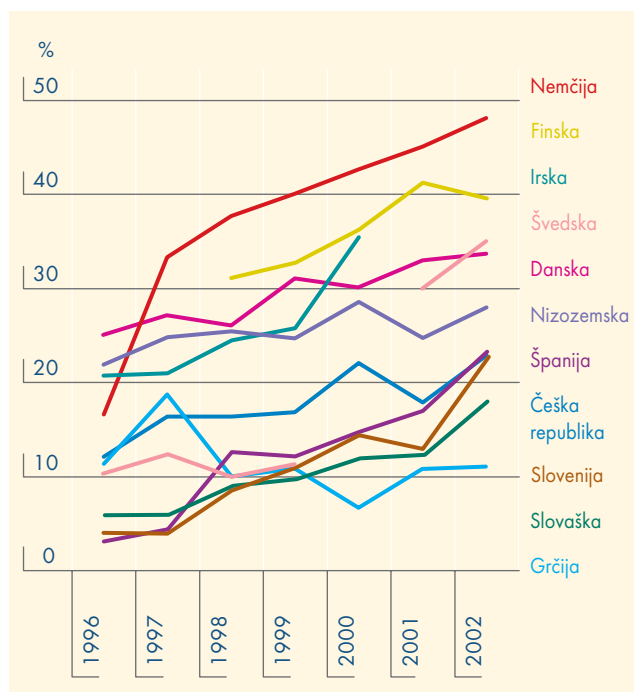
Pri preučitvi posledic povečanja potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje se pojavijo naslednja ključna vprašanja:

- Ali ta ugotovitev pomeni povečanje števila ljudi s fizičnimi in psihičnimi problemi, povezanimi z uživanjem konoplje? Če je tako,
  - Ali je to posledica povečanja rednega intenzivnega uživanja konoplje?
  - Ali to odraža druge dejavnike, kot je možno povečanje moči konoplje?
- Ali se lahko to povečanje pojasni z dejavniki, ki niso odvisni od povečane potrebe po pomoči, kot so:

- izboljšanje pokritosti sistema poročanja o zdravljenju;
- povečanje vrst razpoložljivih kapacitet za zdravljenje in zlasti posebnih storitev za zdravljenje, ki so namenjene mladostnikom in mladim (nacionalna poročila Reitox, 2003);
- spremembe načina obravnave uživanja konoplje v sistemih kazenskega pravosodja, v šolah ali v okviru agencij, ki delajo z mladimi, pri čemer se je povečalo število napotitev na zdravljenje za posameznike, ki drugače sami ne bi poiskali pomoči?

Pomembno je razumeti, v kakšnem obsegu vsak od teh dejavnikov vpliva na vključitev v zdravljenje. Prvi korak je preučiti značilnosti oseb, ki se začnejo zdraviti in so opredeljene kot osebe s problemi zaradi uživanja konoplje kot primarne droge. Ta analiza temelji na osebah, ki se zdravijo izvenbolnišnično/ambulantno.

**Slika 28:** Trendi pri konoplji, navedeni kot primarna droga med osebami, ki so bile zdravljene v letih 1996–2002



Opombe: Skupno število zdravljenj (% vseh oseb).  
Povprečje gibanj (%) znotraj držav.  
Na Švedskem so podatki za obdobje od 1996–1999 iz bolnišničnih zdravljenj: število "konopljinih primerov" je zato relativno nizko v primerjavi z drugimi leti.  
Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

<sup>(158)</sup> V ZDA se registrirajo sprejemi v zdravljenje, ne pa posamezniki. Poleg tega, za razliko od Evrope, uvrščajo alkohol med snovi, ki se zlorabljajo. GLEJ spletno stran SAMHSA (<http://www.samhsa.gov>); v ZDA, Kanadi in Avstraliji se uporablja izraz "marihuana", ker izraz "hašiš" (konopljin smola) ni običajen.

## Osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje: značilnosti in vzorci uživanja

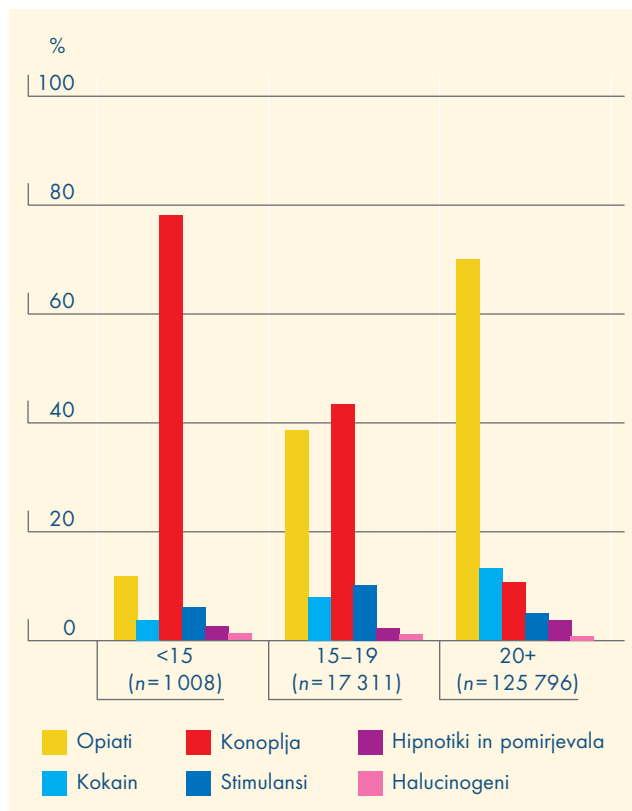
Na voljo je več standardnih možnosti za beleženje vira napotitve za uživalce drog, ki se začnejo zdraviti. Na podlagi teh ločimo uživalce drog, ki so sami poiskali pomoč, in tiste, ki so jih napotile druge agencije, kot so socialne ali kazensko sodne službe. Večino oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, napotijo na zdravljenje družina ali prijatelji, socialne službe ali sistem kazenskega pravosodja. V primerjavi z uživalci drugih drog je delež oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje in so si sami poiskali pomoč, manjši <sup>(159)</sup>. Podobno je tudi v ZDA in Kanadi, kjer se pri potrebah po zdravljenju zaradi marihuane kot primarne snovi večinoma ugotavlja, da niso samoiniciativne. (EMCDDA, 2003d).

Pomembna razlika med potmi napotitve je, da so osebe, ki jih na zdravljenje napotijo družinski člani ali socialne službe (pogosto šole), običajno mlajše, da je zanje manj verjetno, da poleg konoplje uživajo druge droge, in da so bolj vključene v družbo, medtem ko so osebe, ki jih na zdravljenje napotijo pravni organi ali so razvrščene med samoiniciativne napotitve, običajno starejše in pogosto poleg konoplje uživajo še druge droge (nacionalna poročila Reitox, 2003). V Nemčiji in na Finskem, kjer je najvišji odstotek oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge, imajo pravni organi in šole pomembno vlogo pri napotitvi uživalcev konoplje na zdravljenje.

Osebe, ki so se prvič začele zdraviti zaradi konoplje, so večinoma mladi, moški (83 %), stari povprečno 22–23 let, medtem ko je pri drugih drogah delež oseb na zdravljenju, ki so moškega spola, nekoliko nižji, povprečna starost pa je višja. Pri skoraj 80 % oseb, ki se prvič zdravijo in so opredeljene kot "zelo mlade" (mlajše od 15 let), ter 40 % tistih, ki so stari med 15 in 19 let, je konoplja primarna droga, zaradi katere se odločijo za zdravljenje (Slika 29) <sup>(160)</sup>. V teh skupinah še vedno prevladuje moški spol, vendar pa vključujejo višji delež žensk kot skupina zdravljenih oseb na splošno. Razlike v porazdeljenosti po starosti in spolu po državah na splošno odražajo iste vzorce, ugotovljene med vsemi osebami, ki se zdravijo.

Relativno nizka starost oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, je razvidna iz velikega deleža (45 %) tistih, ki se še vedno šolajo, v primerjavi s samo 8 % oseb, ki se zdravijo zaradi problemov z drugimi drogami. Nadaljnjih 24 % oseb, ki se zdravijo zaradi problemov s konopljo,

**Slika 29:** Porazdelitev glede na navedeno primarno drogo med osebami, ki so se zdravile izvenbolnišnično, po starostnih skupinah: 1996–2002



Opombe: Vse osebe. Države, ki so prispevale podatke: DK, DE, ES, EL, LU, HU, SE, FI, UK.

Moški iz Danske in Združenega kraljestva predstavljajo 56 % vseh oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od konoplje in so stare manj kot 20 let, moški iz Španije pa nadaljnjih 17 %.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003; ambulantni centri za zdravljenje odvisnosti TDI.

je redno zaposlenih, kar je enako številu tistih, ki so brezposelni <sup>(161)</sup>, in kar je v popolnem nasprotju s tistimi, ki uživajo droge, kot je heroin. Poleg tega osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, pogosteje poročajo o življenju v stabilnih stanovanjskih pogojih kot tisti, ki se zdravijo zaradi problemov z drugimi drogami <sup>(162)</sup>, kar odraža dejstvo, da so to večinoma mladi in študentje, ki živijo skupaj s starši.

Vzorci uživanja med osebami, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge izvenbolnišnično, se precej razlikujejo in so drugačni od vzorcev uživanja, ugotovljenih pri drugih vrstah drog, zlasti opiatih (Slika 30). Med osebami, ki so se zdravile zaradi problemov z uživanjem konoplje kot primarne droge v letu 2002, jih je bilo samo 36 % vsakodnevnih uživalcev

<sup>(159)</sup> Glej Sliko 22 OL: Vir napotitve med vsemi osebami, ki se zdravijo: za vse droge in za konopljo.

<sup>(160)</sup> Glej tudi TDI\_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

<sup>(161)</sup> Glej Sliko 23 OL: Delovni status pri osebah, ki se zdravijo zaradi problemov s konopljo, in vseh zdravljenih oseb.

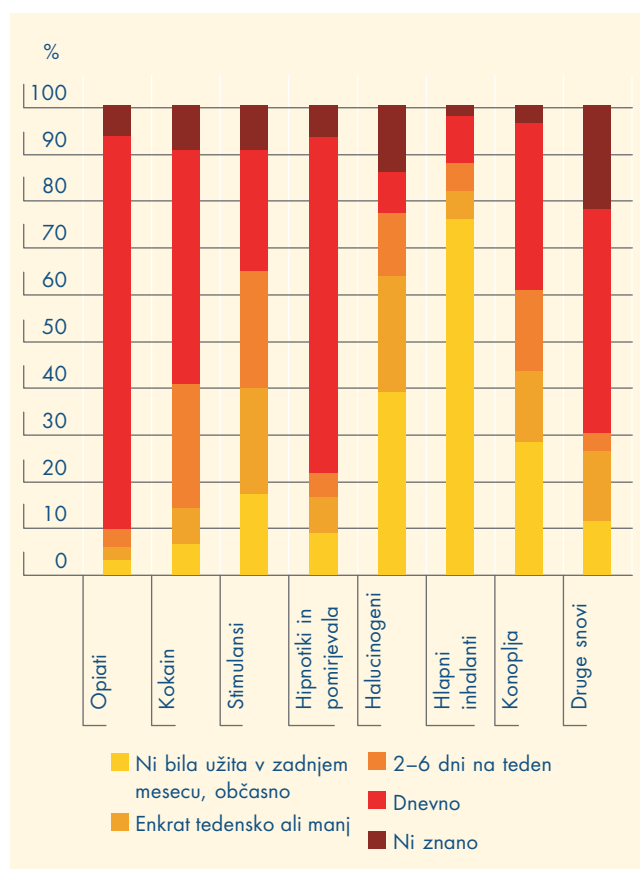
<sup>(162)</sup> Glej Sliko 24 OL: Življenjski pogoji pri osebah, ki se zdravijo zaradi konoplje, in vseh oseb.

droge in le 17 % jih je uporabilo konopljo več kot enkrat na teden (2–6 krat na teden); 15 % jih je uživalo drogo enkrat na teden ali še manj pogosto, medtem ko jih je bilo 28 % občasnih uživalcev in v zadnjem mesecu konoplje niso užili. Nasprotno pa 84 % uživalcev opiatov, ki se zdravijo, drogo uživa vsak dan.

Delež izvenbolnišnično zdravljenih oseb, ki uživajo konopljo vsak dan, se razlikuje od države do države. O najvišjem deležu vsakodnevnih uživalcev konoplje poročajo na Nizozemskem (80 %) in Danskem (76 %), o najvišjem deležu občasnih uživalcev pa v Nemčiji (41 %) <sup>(163)</sup>.

Mlajši ko so uživalci, ko prvič zaužijejo konopljo, večja je nevarnost, da se v prihodnosti razvijejo problemi zaradi drog (Kraus et al., 2003). V Evropi je 28 % vseh oseb, ki so se leta 2002 zdravile zaradi konoplje, začelo uživati drogo pred 15. letom, večina (80 %) pa pred 20. letom.

**Slika 30:** Porazdelitev pogostosti uporabe primarne dode med vsemi osebami, ki so se zdravile izvenbolnišnično v letu 2002



Opombe: n = 109 699 (vse osebe). Države, ki so prispevale podatke: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – vse vrste centrov za zdravljenje odvisnosti).

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003; ambulantni centri za zdravljenje odvisnosti TDI.

Opiate je pred petnajstim letom začelo uživati 9 %, pred dvajsetim letom pa 42,6 % oseb, ki so se zdravile, medtem ko jih je kokain pred petnajstim letom začelo uživati 6 %, pred dvajsetim letom pa 26,5 %.

Večina držav poroča, da je pri osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge, pogosto značilno, da uživajo več drog hkrati. To lahko pomeni, da je prišlo do izkrivljanja dejstev pri poročanju, na primer, če je bilo treba osebe, ki so se zdravile in so imele probleme zaradi uživanja več drog, zaradi prikladnosti vpisati kot uživalce konoplje kot primarne droge. Vendar pa kvantitativni podatki o deležu tistih, ki uživajo več drog hkrati, med zdravljenimi osebami na splošno niso na voljo. Obstajajo razlike med osebami na zdravljenju, ki uživajo samo konopljo, in tistimi, ki uporabljajo konopljo v kombinaciji z drugimi drogami (nacionalna poročila Reitox, 2003): prve so običajno mlajše in bolj vključene v družbo (več je verjetnosti, da so zaposlene in da so dosegle višjo raven izobrazbe, in manj je verjetnosti, da ne končajo šolanja ali da niso končale šolanja) kot druge. Najpogostejše prijavljene sekundarne snovi oseb na zdravljenju, ki uživajo konopljo kot primarno drogo, so alkohol (32,9 %) in stimulansi (25 %) <sup>(164)</sup>, čeprav se porazdeljenost razlikuje od države do države.

Nekatere osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, priznavajo, da si vbrizgavajo tudi druge droge, nekatere pa poročajo, da so že kdaj poskusile vbrizgavanje, čeprav trenutno razen konoplje ne uživajo nobenih drugih drog. Tako je na primer leta 2002 v Grčiji 25,4 % vseh oseb na zdravljenju, ki uživajo konopljo, poročalo, da so že kdaj poskusile vbrizgavanje druge snovi, čeprav si je 14,7 % oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje in ki so prijavile uživanje sekundarne droge, vbrizgalo droge v zadnjih 30 dneh (grško nacionalno poročilo, 2003). Podobno podatki iz Češke republike (nacionalno poročilo) kažejo, da si v nekaterih enotah za zdravljenje skoraj polovica oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, droge tudi vbrizgava.

### Trendi pri povpraševanju po zdravljenju: dejavniki, ki se spreminjajo

Povečanje povpraševanja po zdravljenju zaradi problemov, ki se pojavijo pri primarnem uživanju konoplje, je treba obravnavati v kontekstu sprememb v značilnostih in vzorcih uživanja, ki so se pojavile. Od leta 2000 do leta 2002 se je v tistih državah, ki so sporočile podatke, celotno število napotitev na zdravljenje s strani pravnih organov, družine in prijateljev ter socialnih služb izjemno povečalo, in sicer za 103 % leta 2000, 81 % leta 2001 in

<sup>(163)</sup> Glej Sliko 25 OL: Pogostost uživanja konoplje po državah.

<sup>(164)</sup> Glej Sliko 26 OL: Največ uporabljena sekundarna droga pri vseh osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje po državah in TDI\_Tab 9 v Statističnem biltenu 2004.



136 % leta 2002 <sup>(165)</sup>. Med državami ni bilo ugotovljenih pomembnih razlik, razen za Nemčijo, kjer se je povečal tudi delež napotitev na zdravljenje s strani sistema kazenskega pravosodja (z 21,7 % na 26,7 %).

Zanesljivih podatkov o trendih pri sociodemografskih značilnostih oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, ni na voljo, čeprav nekatera nacionalna poročila (Češka republika, Francija in Luksemburg) opisujejo povečanje števila oseb z izobraževalnimi, socialnimi in psihološkimi problemi. Od leta 2001 do leta 2002 se je delež vsakodnevni uživalcev med osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje, povečal z 31,7 % na 39,2 % <sup>(166)</sup>; nekatere države poročajo, da je delež vsakodnevni uživalcev večji pri starejših varovancih (> 20 let).

## Konoplja med prebivalstvom na splošno: od poskusnega do vsakodnevnega uživanja

Kot je opisano zgoraj, je uživanje konoplje večinoma še vedno občasno in kratkotrajno, čeprav se je v devetdesetih letih izjemno povečalo v skoraj vseh državah in gre za drogo, ki se jo najpogosteje uživa. Verjetno je nevarnost, da pride do problemov ali odvisnosti, največja pri tistih, ki drogo intenzivno uživajo, vendar pa so na tem področju viri informacij najšibkejši, čeprav je znano, da so uživalci, ki so drogo užili v zadnjem času (uživanje v zadnjih 30 dneh), tipično mladi moški, ki živijo v mestnih območjih.

“Uživanje v zadnjih 30 dneh” je kazalec redne uporabe in zajema tiste, ki drogo intenzivno uživajo. V zadnjih raziskavah, če ne štejemo Švedske (0,1 %), je 1–7 % vseh odraslih in 3–12 % mlajših odraslih povedalo, da so užili drogo v zadnjih 30 dneh. Med državami pa obstajajo razlike in redno uživanje je najbolj prisotno v Češki republiki, v Španiji, na Irskem in v Združenem kraljestvu. V državah, kjer je mogoče časovno analizirati trende uživanja v zadnjem času, je ugotovljeno povečanje, čeprav ni tako veliko.

Podatki, ki omogočajo podrobno preučitev pogostosti uživanja konoplje v zadnjih 30 dneh, so na voljo za devet držav – Grčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska, Portugalska in Finska (niso predstavljeni). Z izjemo ene države (Latvija) je približno ena četrtna (19–33 %) tistih, ki so konopljo užili v zadnjem mesecu, to

drogo uživalo vsak dan ali skoraj vsak dan <sup>(167)</sup> <sup>(168)</sup>. V teh državah so vsakodnevni uživalci predstavljali 0,5–2,3 % celotnega prebivalstva <sup>(169)</sup> in 0,9–3,7 % mlajših odraslih (15–34 let) (Slika 31). Večina ljudi (76–92 %), ki je priznala, da je užila konopljo v prejšnjem mesecu, je bila stara od 15 do 34 let, zato so tudi vsakodnevni uživalci predvsem iz te starostne skupine. Poleg tega so vsakodnevni uživalci večinoma moški, čeprav se delež giblje od 62 % na Nizozemskem do 92 % v Grčiji.

Iz teh podatkov se lahko opravi groba ocena števila ljudi v Evropi, ki konopljo intenzivno uživajo. Če domnevamo, da približno 1 % prebivalstva uživa konopljo vsak dan, bi bilo v državi s 25 milijoni prebivalcev (v starosti 15–64 let) 250 000 vsakodnevni uživalcev konoplje. V celotni EU s skupaj 302 milijoni ljudi v starosti 15–64 let bi bilo okoli 3 milijone takih uživalcev.

Celo med mlajšimi odraslimi se intenzivno uživanje konoplje razlikuje med starostnimi skupinami in je na splošno višje med mlajšimi skupinami. V španski raziskavi šolske mladine iz leta 2002 je 3,6 % od 14- do 18-letnih študentov navedlo vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje (kar je na vrhu lestvice pri mlajših odraslih v starosti 15–34 let). V letni francoski raziskavi 17- do 19-letne populacije mladih (ESCAPAD) je bilo vsakodnevno uživanje konoplje v zadnjih 30 dneh še višje, saj ga je navedlo 9,2 % fantov in 3,3 % deklet (Beck in Legleye, 2003).

Zdi se, da so učinki odvisnosti od konoplje ali njene zlorabe manj resni kot pri drugih drogah. Najintenzivnejši uživalci konoplje so mladi, ki so relativno dobro vključeni v družbo in pri katerih je tveganje za druge socialne probleme (nesreče pri vožnji, nedokončana izobrazba ali razdor v družini) večje kot za druge kriminalne dejavnosti, intervencije pa bi morale biti primerne in ne bi smele povzročiti nadaljnjih problemov ali izključenosti.

## Vprašanja moči konoplje in odmerkov

Domneva se, da je povečanje učinkovitosti konoplje delno krivo za povečanje problemov in s tem za večje število sprejemov na zdravljenje. Pri razlaganju problematike, povezane z močjo konoplje, odmerkom, ki ga posamezni uživalci jemljejo, in njegovim verjetnim učinkom na akutne in kronične probleme, se sprožajo številna zapletena

<sup>(165)</sup> Glej Sliko 27 OL: Vir napotitve pri vseh osebah, ki se zdravijo, 2000–2002.

<sup>(166)</sup> Glej Sliko 28 OL: Pogostost uživanja pri vseh osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje in TDI\_Tab 8 v Statističnem biltenu 2004.

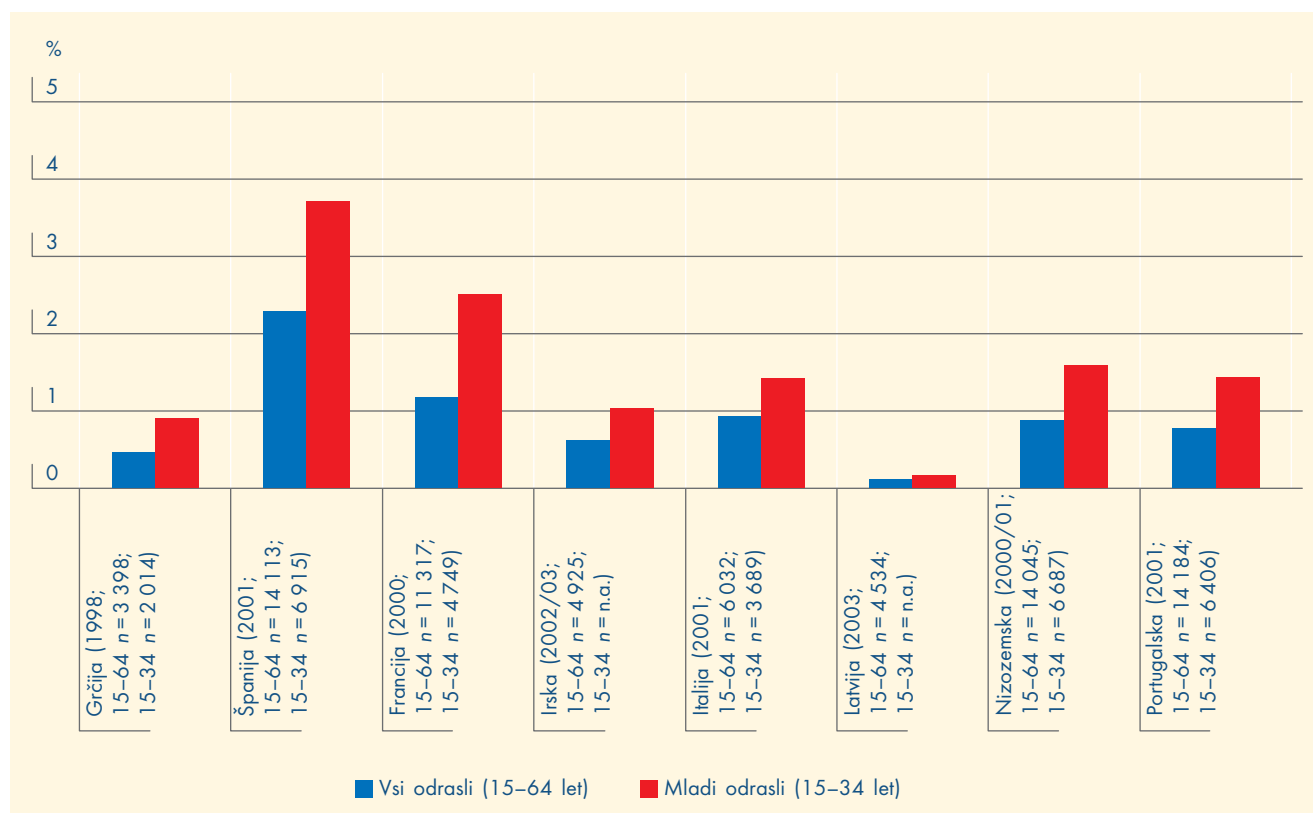
<sup>(167)</sup> V tem delu se informacije nanašajo na “uživanje v 20 ali več dneh v zadnjih 30 dneh”, kar se imenuje tudi “vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje”. Evropski vzorčni vprašalnik predvideva zbiranje točnega števila dni uživanja, vendar je za poročanje nacionalnih števil pogostost uživanja razvrščena v štiri diskretne kategorije, od katerih je najvišja “20 dni ali več”.

<sup>(168)</sup> Glej Sliko 29 OL: Razmerje vsakodnevni (ali skoraj vsakodnevni) uživalcev med odraslimi (15 – 64 let), ki so v preteklem mesecu užili konopljo.

<sup>(169)</sup> Delež “uživalcev, ki so drogo užili v zadnjem mesecu”, je pomnožen z deležem “vsakodnevni ali skoraj vsakodnevni uživalcev”, kar pomeni 6 % (uživanje v zadnjem mesecu) × 25 % (delež, ki drogo uživa “20-krat ali večkrat”) = 1.5 %.



**Slika 31:** Delež dnevni (ali skoraj dnevni) uživalcev konoplje med vsemi odraslimi in mladimi odraslimi v nekaterih državah EU, merjeno z nacionalnimi raziskavami prebivalstva



Opombe: Dnevni ali skoraj dnevni uživalci = uporaba v 20 dneh ali več v mesecu pred intervjujem.

Podatki so iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah.

Starostni razpon za vse odrasle je 15–64 let (Italija 44 let) in za mlajše odrasle 15–34 let. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz poročil o raziskavah prebivalstva ali znanstvenih člankov. Glej tudi Standardno epidemiološko tabelo v Statističnem biltenu 2004.

vprašanja. Za preučitev znanstvenih dokazov, ki so na voljo v zvezi z močjo konoplje, je Center opravil posebno študijo, katere ključni rezultati so podani na strani 90.

Moč konoplje je le en dejavnik pri izračunavanju odmerka, ki ga posameznik užije v katerem koli danem obdobju (Hall et al., 2001). Način dovajanja, tehnika kajenja, količina konoplje, ki se jo užije med vsakim jemanjem, in število kajenj, ki jih opravi posameznik, so enako ali celo bolj pomembni dejavniki pri izračunavanju ravni izpostavljenosti posameznika. Zelo močna konoplja je bila v določenem obsegu vedno na razpolago in zaskrbljenost zaradi te teme ni nič novega. Pomembno je poudariti tudi, da ni jasno ali uživalci konoplje spremenijo svoje vedenje, da bi dosegli želen učinek odmerka. Zato bodo za določitev, do katere meje zelo močna konoplja nujno izzove visoke odmerke, potrebne nadaljnje raziskave.

## Odzivanje na potrebe ljudi, ki imajo s konopljo povezane probleme

Razumevanje potreb ljudi, ki iščejo pomoč zaradi problemov, povezanih s konopljo, je osnovnega pomena za razvoj učinkovitih odzivov. Analiza potreb po zdravljenju in drugi podatki kažejo, da tako uživalci konoplje, ki so napoteni na zdravljenje, kot uživalci na splošno predstavljajo raznoliko populacijo z ustrezno raznolikimi potrebami. To pomeni, da so potrebni stalni odzivi, od dejavnosti preprečevanja in zmanjševanja tveganja do dejavnosti uradnega zdravljenja. Ena od možnih skrbi je, ali je primerno napotiti mlade ljudi, ki le občasno uživajo konopljo, v specializirane centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Odgovor na to vprašanje je odvisen predvsem od tega, kako so oblikovane storitve in v kolikšni meri se osebe, ki se zdravijo, mešajo s kroničnimi uživalci drugih snovi. Vsekakor pa je določitev

### Moč konoplje (vir: EMCDDA, 2004c)

1. Države članice EU se razvrščajo v dve različni skupini glede na to, ali se v njih največ uporablja marihuana ali hašiš. Od držav, za katere so bili na voljo podatki, se je hašiš največ uporabljal v Nemčiji, na Irskem, Portugalskem in v Združenem kraljestvu, medtem ko je bila v Belgiji, v Češki republiki, v Estoniji, na Nizozemskem in v Avstriji bolj razširjena marihuana.
2. Že dlje časa ni opaziti, da bi moč v Evropo uvožene marihuane ali hašiša rasla. V vseh državah članicah EU, z izjemo Nizozemske, se večina užite konoplje uvozi, čeprav trenutno niso na voljo sistematični podatki o razpoložljivosti doma pridelane marihuane.
3. Marihuana se v zaprtih prostorih v majhnem obsegu prideluje v vseh evropskih državah. Ocenjuje se, da ta proizvod predstavlja več kot polovico porabljene konoplje na Nizozemskem, vendar je v večini držav delež uvoženih snovi mnogo pomembnejši.
4. Marihuana, pridelana v zaprtih prostorih z uporabo intenzivnih metod (npr. hidroponski sistemi z umetno osvetlitvijo, razmnoževanje s podtaknjenci in nadzor dolžine dneva), ima navadno višjo vsebnost THC kot uvožena droga. Čeprav lahko moč doma pridelane marihuane sovпада z uvoženo, je lahko povprečna moč doma pridelane marihuane dvakrat ali trikrat večja od moči uvožene marihuane.
5. Povečanje moči, o kateri se je poročalo v nekaterih državah, se lahko skorajda v celoti pripiše povečanju deleža doma pridelane porabljene marihuane.
6. Ob upoštevanju tržnih deležev različnih proizvodov iz konoplje, je učinkovita moč, ki znaša okoli 6–8 %, precej let ostala relativno stabilna v skoraj vseh državah. Edina izjema je Nizozemska, kjer je leta 2001 dosegla 16 %.
7. Na Nizozemskem ima lokalno pridelan hašiš posebej visoko vsebnost THC, vendar je ta proizvod v zadevni državi še vedno redek in drugod skorajda neznan.
8. Omejeni podatki, ki so na voljo iz ZDA ali iz Evrope ne podpirajo izjav v popularnih medijih, da se je moč marihuane v zadnjih desetletjih povečala za desetkrat ali več. Zdi se, da je do največjih povečanj v daljšem časovnem obdobju prišlo v ZDA, vendar se je treba zavedati, da je bila pred letom 1980 moč marihuane v ZDA po evropskih standardih nizka.
9. Splošna ugotovitev študije je, da je bilo opaziti majhne spremembe v vsebnosti THC, kar gre v veliki meri pripisati relativno nedavnemu pojavu doma pridelane konoplje na tržišču v EU. Poleg tega je opaziti, da je vsebnost THC v proizvodih iz konoplje izjemno različna. Obstaja potreba po jasnih informacijah, kar pomeni, da je treba razviti sisteme spremljanja, ki lahko ocenijo tržni delež različnih proizvodov iz konoplje in sledijo spremembam skozi čas. Te informacije sedaj največkrat niso na voljo.
10. Študija opredeljuje številna pomembna področja, ki jim je treba posvetiti pozornost, če naj se vprašanja moči konoplje ustrezno ovrednotijo. Ta vključujejo soglasnost v nomenklaturi proizvodov iz konoplje, izboljšano spremljanje informacij o tržišču, izboljšanje standardov laboratorijskih analiz, zbiranja podatkov ter predstavitev na evropski ravni, študije za raziskovanje razmerja med močjo, kadilskim vedenjem in stopnjami THC/metabolitov v krvi, in potrebo po raziskavi obsega, v katerem moč vpliva na izpostavljenost povečanim odmerkom konoplje ter s tem povezane možne zdravstvene težave. Upošteva se, da stroški in koristi, ki jih ima različno obravnavanje različnih proizvodov iz konoplje, zahtevajo premislek.

ustreznih poti napotitve za ljudi z različnimi vzorci uživanja konoplje pomembna tema za nadaljnjo preučitev.

Kar zadeva preprečevanje, je bilo le malo pobud posebej namenjenih odzivu na povečano uživanje konoplje med mladimi, saj je preprečevanje le redko namenjeno točno določenim snovi. Vendar pa nekatere države članice poročajo o novem razvoju dogodkov na tem področju in sprejemajo dve pomembni strategiji: (1) poudarjanje nevarnosti, da se mladi, ki uživajo konopljo, vpletejo v sistem kazenskega pravosodja; in (2) prizadevanje za spremembo

družbenega zaznavanja uživanja konoplje kot normativnega vedenja z množičnimi in ciljno usmerjenimi medijskimi kampanjami.

V Nemčiji, Grčiji, na Irskem, Finskem in v Združenem kraljestvu so uvedli ukrepe za zmanjšanje psihosocialnih posledic prvih kaznivih dejanj zaradi uživanja konoplje med mladostniki. Nedavni primer (po letu 2000) je program FRED v Nemčiji, ki zdaj deluje v osmih deželah in ponuja mladim uživalcem drog zgodnjo in kratkotrajno intervencijo na prostovoljni podlagi <sup>(170)</sup>. V Združenem kraljestvu na podobni podlagi delujejo skupine za mlade,

<sup>(170)</sup> Nadaljnje informacije o tem in drugih programih preprečevanja so na voljo v bazi podatkov Centra EDDRA ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2091](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091)).

ki storijo kazniva dejanja. Po tem, ko je sistem kazenskega pravosodja spremenil način obravnave nekaterih vidikov konoplje, in po ponovni razvrstitvi drog (iz razreda B v razred C) je posedovanje in ne uživanje kršitev; posedovanje je sankcionirano z opozorilom. Združeno kraljestvo je prek sredstev javnega obveščanja uvedlo akcijo, da bi ponovno potrdilo negativno in nezakonito naravo konoplje.

Še ena od nedavnih pobud si je prizadevala za preprečevalne akcije v lokalih ("coffee shops"), kjer so na voljo majhne količine konoplje. Take intervencije se izvajajo v obliki tečajev in priročnikov za lastnike lokalov z namenom, da se v teh okoljih preprečijo problemi, povezani z drogo. Priročnik vsebuje informacije o konoplji, zakonodaji o drogah, psihiatričnih motnjah, prvi pomoči, podjetniškem duhu in izobraževalnih veščinah. Na Nizozemskem imajo tradicijo osebnih in neposrednih pristopov k uživanju konoplje, kot je opisano v Hash in Weed Week <sup>(171)</sup>, ko zelo pogosti uživalci konoplje na skupinskih sestankih razpravljajo o posledicah intenzivnega uživanja in možnih spremembah vedenja.

V določeni meri je namen teh ukrepov zmanjševanje škode, pa tudi preprečevanje. Kljub znani povezanosti med kajenjem in težavami z dihalni ter povečani zaskrbljenosti zaradi negativnega učinka intenzivnega uživanja konoplje na zdravje pa so intervencije, ki naj bi zmanjšale škodo, povezano z uživanjem konoplje, še vedno slabo razvite v primerjavi z intervencijami, namenjenimi uživalcem drugih drog.

Ljudje, ki imajo probleme zaradi uživanja konoplje, se lahko v glavnem odločijo za zdravljenje v centrih za zdravljenje, kjer nudijo pomoč posameznikom, zasvojenim z dovoljenimi ali prepovedanimi drogami, oziroma ljudem z drugimi vrstami zasvojenosti. Nekatere države poročajo o službah, ki so namenjene uživalcem konoplje (Danska, Nemčija, Grčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Švedska in Norveška), vendar se na splošno zdi, da je tovrstno specialistično zdravljenje izredno omejeno. V mnogih državah so službe za zdravljenje problematičnih uživalcev konoplje povezane s službami za zdravljenje splošnih problemov zaradi drog (Belgija, Češka republika, Danska, Nemčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Avstrija, Portugalska, Slovenija in Norveška).

Večinoma pa se ljudje s problemi, povezanimi s konopljo, zdravijo skupaj s tistimi, ki se zdravijo zaradi problematičnega uživanja drugih prepovedanih drog, predvsem opioidov. Ker je veliko takšnih specializiranih centrov za zdravljenje z drogami povezanih problemov zasnovanih tako, da zadovoljujejo potrebe pogosto

kaotične in marginalizirane populacije, je sporna njihova primernost za zdravljenje ljudi z manj akutnimi potrebami, kar velja za večino uživalcev konoplje. Službe za zdravljenje v državah članicah se zavedajo teh vprašanj in številne države so v svojih nacionalnih poročilih Reitox ugotovile, da bi bilo mešanje problematičnih uživalcev konoplje in problematičnih uživalcev heroina ali tistih, ki uživajo več drog hkrati, škodljivo, in navedle, da je to eden od razlogov, zakaj se uživalci konoplje ne bi smeli zdraviti bolnišnično. Programe, ki so posebej namenjeni uživalcem konoplje, je lažje oblikovati izvenbolnišnično. Avstrija v nacionalnem poročilu predlaga, da bi bilo bolnišnično zdravljenje, če je treba, bolje izvajati v okviru splošnega psihiatričnega oddelka za mladostnike kot na specialistični enoti za droge. Med nedavnimi inovacijami v državah članicah na področju odzivanja na potrebe uživalcev konoplje omenimo "priročnik za kognitivno zdravljenje" za kronične uživalce konoplje na Švedskem, spletno stran za samopomoč, namenjeno problematičnemu uživanju konoplje, ki je bila postavljena na Nizozemskem, ter uvedbo akupunkturnega zdravljenja na Finskem.

## Zaključki

Namen tega pregleda je postaviti v širši analitični kontekst opaženo povečanje prijavljenih potreb po zdravljenju zaradi problemov s konopljo. Pri tem pa očitno ostaja nerešenih mnogo pomembnih vprašanj, ki so temeljnega pomena za obveščenost pri političnem razpravljanju o tej polemiki tematiki. Jasno je tudi, da razpoložljivi dokazi ne opravičujejo pretiranega preplaha, niti niso razlog za zadovoljstvo.

V nekaterih državah je delež ljudi s problemi, povezanimi s konopljo, pri potrebah po zdravljenju v specializiranih ustanovah dokaj velik in ti ljudje tvorijo pomembno podskupino večje populacije, ki se zdravi. Večinoma so to mladi moški, stari okoli 20 let, večina pa jih je navedla, da so drogo začeli uživati v starosti 16 ali 17 let.

Osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, kažejo drugačne vzorce uživanja drog od tistih, ki uživajo druge snovi, poleg tega pa so prisotne tudi pomembne razlike med samimi osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje. Značilnosti različnih podskupin uživalcev konoplje, ki se zdravijo, so verjetno neposredno pomembne za razumevanje njihovih potreb in s tem za zagotavljanje ustreznih odzivov. Pomembni vidiki so pogostost uživanja, uživanje drugih drog v sedanjosti in preteklosti ter vir napotitve. Če povzamemo nacionalna poročila in podatke TDI, lahko na splošno zaznamo dva profila oseb, ki se zdravijo:

<sup>(171)</sup> [http://edra.emcdda.eu.int/edra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=385](http://edra.emcdda.eu.int/edra/plsql/showQuest?Prog_ID=385).

- mlajši uživalci, pogosto študenti, ki jih na službe za zdravljenje odvisnosti napoti družina ali šola in ki konopljo uživajo bodisi samo bodisi skupaj z alkoholom ali stimulansi;
- uživalci več drog hkrati, ki so običajno starejši in slabše vključeni v družbo, na zdravljenje jih pogosteje napotijo pravni organi ali zdravstvene in socialne službe, prekrivajo pa se s populacijo kroničnih uživalcev drog.

Nekaj je tudi dokazov, da obstaja še ena skupina ljudi, ki jih na zdravljenje napotijo pravni organi in ki ne uživajo drugih drog ter za katere se zdi, da so le občasni uživalci konoplje.

Pri preučitvi sprememb pri značilnostih potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje kot primarne droge kažejo razpoložljivi podatki na:

- povečano število napotitev s strani sistemov kazenskega pravosodja v nekaterih državah;
- povečano število napotitev s strani družine ali drugih mrež socialne podpore (družina, prijatelj, socialne službe, šola);
- povečan delež intenzivnega (vsakodnevnega) uživanja konoplje, čeprav so vsakodnevni uživalci še vedno v manjšini;
- povečane ravni socialnih in izobraževalnih problemov v nekaterih državah, čeprav so podatki na tem področju pomanjkljivi.

Pri preučevanju povečanja potreb po zdravljenju se zdi, da na to vplivajo spremembe pri izvajanju napotitev ter da znaten delež napotenih oseb niso intenzivni uživalci drog. Vsekakor pa vsaj v nekaterih državah znatno število povpraševanj po zdravljenju prihaja od posameznikov, ki intenzivno uživajo konopljo. Problemov, ki jih doživlja ta skupina, še vedno ne razumemo dovolj in na tem področju

so nujne raziskave. Ker je ugotovljeno, da se zelo mlade osebe odločijo za zdravljenje večinoma zaradi uživanja konoplje, bi bilo treba posebno pozornost posvetiti potrebam, načinom napotitve in odzivom te skupine.

Pomembno je tudi, da se zavedamo, da potreba po zdravljenju ni neposreden kazalec obsega in vrste problemov zaradi uživanja konoplje. Podatki raziskave splošnega prebivalstva kažejo, da je v primerjavi z občasnim uživanjem intenzivno uživanje konoplje relativno nepogosto. Vendar pa razširjeno uživanje konoplje pomeni, da morda precejšnje število ljudi to drogo uživa intenzivno – vsaj nekaj časa v življenju.

Ocene kažejo, da drogo intenzivno uživa od 0,5 % do 2 % populacije odraslih in od 1 % do 3 % mlajših odraslih. Razširjenost med mladimi moškimi je običajno znatno višja. Iz podatkov raziskave je težko izluščiti jasno sliko o številu uživalcev, ki imajo probleme zaradi konoplje ali postajajo od nje odvisni. Čeprav so učinki odvisnosti od konoplje ali njene zlorabe manjši kot pri drugih drogah, lahko kljub temu precej vplivajo na javno zdravje zaradi obsega uživanja in dejstva, da so večinoma najbolj prizadeti mladi, ki drogo morda uživajo v pomembnih razvojnih fazah ali takrat, ko so posebej občutljivi. Med socialno prikrajšanimi družinami ali skupnostmi lahko odvisnost od konoplje ali njena zloraba še poveča probleme posameznikov, ker poslabša možnosti za izobraževanje ali zaposlitev.

Povzeti je mogoče, da so nujno potrebne raziskave, ki bi omogočile razumevanje odnosa med različnimi vzorci uživanja konoplje in razvojem problemov. Še vedno ne poznamo dovolj obsega težav, s katerimi se soočajo uživalci konoplje, in narave problemov, na katere lahko naletimo. Potrebna so metodološka orodja za presojo problemov na ravni populacije. Takšni podatki so prvi pogoj za razvoj, ciljno usmerjanje in izvajanje učinkovitih odzivov na uživanje konoplje na področju javnega zdravja v Evropi.