



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 2314-9205

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2014



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2014

| Pravno obvestilo

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

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

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

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

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

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

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije, 2014

ISBN 978-92-9168-710-7

doi:10.2810/39050

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2014
Reprodukcija je dovoljena ob navedbi vira.

Printed in Spain

TISKANO NA PAPIRJU, BELJENEM BREZ ELEMENTARNEGA KLORA (ECF)



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

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

| Vsebina

5	Predgovor
9	Uvodna opomba in zahvala
11	POVZETEK Prikaz vpliva, ki ga imajo droge na javno zdravje, na spreminjajočem se evropskem trgu
17	POGLAVJE 1 Ponudba drog
33	POGLAVJE 2 Uporaba drog in težave, povezane z njo
53	POGLAVJE 3 Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog
67	POGLAVJE 4 Politike na področju drog
73	PRILOGA Preglednice z nacionalnimi podatki

Predgovor

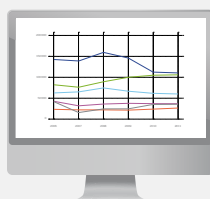
Evropsko poročilo o drogah 2014, ki ga je pripravil center EMCDDA, predstavlja novo analizo stanja na področju drog, priložen pa mu je pregled razvoja na področju ukrepov in politik. Paket Evropsko poročilo o drogah, ki temelji na celovitem pregledu evropskih in nacionalnih podatkov, ponuja več medsebojno povezanih elementov, osrednji del paketa pa je poročilo Trendi in razvoj. Poglobljena analiza ključnih tem je na podlagi večdimenzionalnega pristopa predstavljena skupaj s pregledom pomembnih vprašanj in dolgoročnih trendov na nekoliko višji ravni. Ta vidik je dragocen, saj omogoča razumevanje različnih nacionalnih izkušenj v širšem okviru, ki ga zagotavljajo podatki na evropski ravni. Ne glede na to, zakaj vas zanima stanje na področju drog v Evropi, smo prepričani, da vam bo novi paket Evropsko poročilo o drogah omogočil preprost dostop do visokokakovostnih informacij in analize v obliki, ki ustreza vašim posebnim potrebam.

PAKET EVROPSKO POROČILO O DROGAH 2014

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



Trendi in razvoj
analiza ključnega razvoja na najvišji ravni (v tiskani obliki in na spletu)



Podatki in statistike
s celotno zbirko podatkov, grafičnimi prikazi in metodološkimi informacijami (na spletu)



Pregled po državah
nacionalni podatki in analize na doseg roke (na spletu)



Perspektive na področju drog
interaktiven vpogled v ključne teme (na spletu)

Pomembno sporočilo letošnje analize je, da je bil dosežen napredek pri razvoju uravnoteženega odziva politike na problematiko drog v Evropi. Na nekaterih ključnih področjih javnega zdravja so splošni trendi zdaj pozitivni in v relativnem globalnem smislu se zdi, da je evropski model uspešen. Ker je pojav drog dinamičen in se še naprej razvija, se z doseženim še ne smemo zadovoljiti, saj se poleg preostalih in dolgo prisotnih težav pojavljajo nove grožnje. Droge, s katerimi se srečujemo danes, so v številnih pogledih drugačne od tistih iz preteklosti. To lahko vidimo pri uveljavljenih drogah, na primer v zvezi s konopljo, pri kateri nove proizvodne tehnike povečujejo moč proizvodov iz hašiša in marihuane. To je razvidno tudi pri proizvodnji sintetičnih drog, pri čemer se pojavlja zelo veliko novih snovi. Nadvse skrb zbujajoče je, da smo bili pred kratkim priča pojavu novih sintetičnih opioidov in halucinogenih snovi, ki so tako zelo farmakološko aktivni, da njihove že zelo majhne količine zadoščajo za več odmerkov. Čeprav šele začenjamo razumeti prihodnje posledice, ki jih bo ta razvoj imel za javno zdravje in nadzor nad drogami, se zdi, da bodo lahko spremenile naravo težav, s katerimi se srečujemo.

Na evropskem trgu drog se dogajajo pomembne spremembe, ki potekajo vse hitreje in v okviru vse bolj povezanega sveta. Center EMCDDA se zaveda globalne razsežnosti in dinamičnosti te teme in izzivov, ki jih to prinaša. Poleg tega so naši sedanji sistemi spremljanja zaradi tega razvoja vse bolj obremenjeni, zato je ključno zagotoviti, da naša orodja za nadzor še naprej ustrezajo svojemu namenu. Pred skoraj dvema desetletjema je Evropa prva vzpostavila sistem za zgodnje opozarjanje za odkrivanje morebitnih novih groženj na tem področju. Zdaj je sistem dokazal svojo vrednost, vendar naša splošna forenzična zmogljivost za ugotavljanje posledic uveljavljenih in novih snovi za javno zdravje ter poročanje o njih ostaja nezadostna. Ob tem velja le opozoriti na pomen zagotavljanja zadostnih sredstev za ohranjanje in krepitev dejavnosti na tem področju, in poudariti dodano vrednost, ki jo to prinaša Evropski skupnosti kot celoti.

Naj nazadnje še dodam, da smo ponosni na izčrpno analizo v okviru paketa Evropsko poročilo o drogah in na dejstvo, da naše delo še naprej zagotavlja znanstveno izhodišče za evropske politike in odzive, ki temeljijo na informacijah. Bolj kot kdaj koli prej smo trdno prepričani, da je to pomembno, zato si bomo še naprej prizadevali zagotavljati pravočasno, objektivno in uravnoteženo analizo današnje zapletene in spreminjajoče se problematike drog.

João Goulão

Predsednik upravnega odbora centra EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor centra EMCDDA

| Uvodna opomba in zahvala

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

Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2012 ali na zadnje leto, za katero so na voljo. Skupni podatki in trendi za Evropo temeljijo na državah, ki so predložile zadostne in ustrezne podatke za zadevno obdobje. Pri analizi podatkov se daje prednost ravnem, trendom in geografski porazdelitvi. Potrebne tehnične razlage in omejitve za podatke je mogoče najti v angleški različici tega poročila in v spletnem evropskem poročilu o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*), kjer so na voljo informacije o metodologiji, državah, ki so predložile podatke, in letih poročanja. Poleg tega spletna različica ponuja še povezave do dodatnih virov.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- | vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovem osebju,
- | službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo,
- | članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra,
- | Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji,
- | Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu,
- | skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu Združenih narodov za droge in kriminal, Regionalnemu uradu SZO za Evropo, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, Evropski raziskavi o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), skupini SCORE za analizo odpadnih voda v Evropi (Sewage Analysis CORE group Europe) in švedskemu svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN),
- | Prevajalskemu centru za organe Evropske unije, Missing Element Designers in Composiciones Rali.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

Povzetek

**To poročilo vsebuje pregled
dolgoročnih trendov in razvoja
v Evropi na najvišji ravni, ob tem
pa namenja pozornost tudi težavam,
ki se zaradi drog šele pojavljajo**

Prikaz vpliva, ki ga imajo droge na javno zdravje, na spreminjajočem se evropskem trgu

Glavne ugotovitve iz nove analize problematike drog v Evropi, ki jo je opravil center EMCDDA, so skladne z ugotovitvami iz poročila za leto 2013: splošno stanje je večinoma nespremenjeno, pri čemer je na nekaterih področjih mogoče opaziti pozitivne znake, še naprej pa se pojavljajo novi izzivi. Staro ločevanje na razmeroma majhno skupino zelo problematičnih uporabnikov drog, ki si drogo pogosto injicirajo, in veliko skupino rekreativnih in eksperimentalnih uporabnikov izginja, saj ga čedalje bolj nadomeščajo razmere, ki so mnogo bolj progresivne in zapletene. Na področju problematike drog v Evropi ima danes heroin manj pomembno vlogo kot v preteklosti, stimulansi, sintetične droge, konoplja in zdravila pa pridobivajo na pomenu.

S širšega vidika je bil pri več pomembnih ciljih na področju pretekle javnozdravstvene politike dosežen napredek, vendar lahko evropski vidik zasenčijo pomembne nacionalne razlike. To ponazarjajo podatki o dveh najresnejših posledicah uporabe drog, tj.: smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka in okužbah z virusom HIV, povezanih z drogami. V zvezi s tem je lahko na splošno pozitiven trend v EU v ostrem nasprotju s skrb zbujajočim razvojem v nekaterih državah. Ob upoštevanju te zapletenosti to poročilo vsebuje pregled dolgoročnih trendov in razvoja v Evropi na najvišji ravni, ob tem pa namenja pozornost tudi težavam, ki se zaradi drog šele pojavljajo.

Uporaba heroina se zmanjšuje, zaskrbljenost zbujajo nadomestne snovi

Čeprav ocene proizvodnje heroina po svetu ostajajo visoke in se je število zasegov v Turčiji spet deloma povečalo, pa so kazalniki v zvezi s heroinom na splošno nespremenjeni ali se zmanjšujejo. Na voljo so podatki, iz katerih je razvidno stalno zmanjševanje števila oseb, ki se začnejo zdraviti zaradi odvisnosti od heroina ter hkratno splošno dolgoročno zmanjševanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka in okužb z virusom HIV zaradi uporabe drog – oboje se od nekdaj povezuje z injicirajočo uporabo heroina. Nekateri nacionalni podatki pa vendarle vzbujajo dvom o tem pozitivnem razvoju. Nedavni izbruh virusa HIV med uporabniki drog v Grčiji in Romuniji so skupaj s stalnimi težavami v baltskih državah zaustavili napredek Evrope pri zmanjševanju števila novih okužb, povezanih z uporabo drog. Zdi se, da je to deloma

povezano z zamenjavo heroína z drugimi snovmi, vključno s sintetičnimi opioidi in stimulasi. Poleg tega k temu verjetno pomembno prispeva tudi nezadostnost ukrepov za zmanjševanje povpraševanja, zlasti razpoložljivosti zdravljenja, in ukrepov za zmanjševanje škode. Skrb zbujajoče je, da je bilo v nedavni oceni tveganja, ki sta jo izvedla centra EMCDDA in ECDC, ugotovljeno, da vedenjski kazalniki ali kazalniki odzivanja v več drugih evropskih državah kažejo morebitno povečano tveganje prihodnjih poškodb in zdravstvenih težav.

Pri smrtnih primerih zaradi drog je bila odkrita prisotnost več snovi

Prevelik odmerok drog je še vedno glavni vzrok izogibljive umrljivosti med mladimi Evropejci, a je bil v zadnjih letih pri zmanjševanju te problematike vendarle dosežen napredek, ki se deloma pojasnjuje z večjim obsegom odzivov in manjšim obsegom povezanih tveganjih vedenj. V nasprotju s splošnimi trendi pa v več državah, predvsem na severu Evrope, število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka ostaja razmeroma visoko in se povečuje.

Čeprav se število smrtnih primerov, povezanih s heroinom, na splošno zmanjšuje, se število smrtnih primerov, povezanih s sintetičnimi opioidi, povečuje in v nekaterih državah danes presega število smrtnih primerov, pripisanih heroinu. Izjemno visoka stopnja smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog, o kateri poroča Estonija, je na primer povezana z uporabo fentanilov, iz družine sintetičnih opioidov z zelo močnim učinkom. Center EMCDDA je v letu 2013 še naprej prejemal poročila o

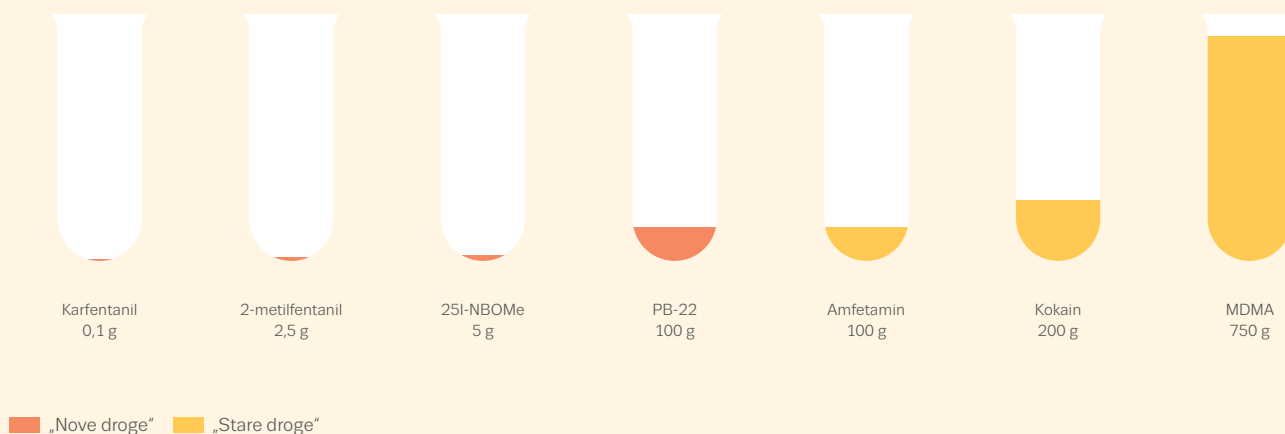
pojavi nadzorovanih in nenadzorovanih fentanilov na evropskem trgu drog. Fentanil, ki pred tem na trgu drog v EU ni bil ugotovljen, se je znašel med drogami, ki so bile v letu 2013 priglašene v sistem EU za zgodnje opozarjanje. Te snovi je zelo težko odkriti, saj so v toksikoloških vzorcih lahko prisotne v zelo majhnih količinah.

Nove psihoaktivne snovi: ni znakov zmanjševanja

Večina prevelikih odmerkov se zgodi pri posameznikih, ki so zaužili več snovi, vzrok pa je pogosto težko pripisati posamezni snovi. Ker na trg drog nenehno prihajajo nove psihoaktivne snovi, obstaja bojazen, da bi lahko nove ali manj pogoste snovi, ki so prispevale k smrtnim primerom, prezrli. Nekatere sintetične snovi imajo tako močan učinek, da jih je zaradi tega še težje odkriti, saj so v krvi prisotne le v zelo nizkih koncentracijah. Pojav sintetičnih snovi z močnim učinkom ima posledice tudi za kazenski pregon, saj je mogoče že majhne količine teh drog porazdeliti v več odmerkov (slika).

V letu 2013 je bilo v sistem EU za zgodnje opozarjanje priglašeni 81 novih psihoaktivnih snovi, kar pomeni, da se je število nadzorovanih snovi povzpelo na več kot 350. Formalne ocene tveganja so se začele izvajati za snovi, pri katerih obstaja sum, da povzročajo precejšnjo škodo. V letu 2013 je bila opravljena ocena tveganja za dve snovi, do aprila 2014 pa za nadaljnje štiri, pri čemer jih bo po pričakovanjih še več. To pomeni, da je sistem za zgodnje opozarjanje v času, ko potekajo razprave o novi zakonodaji EU na tem področju, pod vse večjim pritiskom zaradi količine in raznolikosti snovi, ki se pojavljajo na trgu.

KAKŠNA KOLIČINA ČISTE DROGE JE POTREBNA ZA 10 000 ODMERKOV?



V ospredju dejavnosti sistema za zgodnje opozarjanje so poročila o neželenih dogodkih, predvsem smrtnih primerih in akutnih zastrupitvah. Vendar le v malo državah obstajajo trdni sistemi spremljanja nujnih zdravstvenih primerov, povezanih z drogami. Na ravni EU se standardizirano poročanje o tej temi ne izvaja. Nezadostno sistematično spremljanje na tem področju je šibka točka evropskega nadzora nastajajočih zdravstvenih tveganj. Na evropski ravni je na primer težko opredeliti posledice, ki jih imajo poročila nekaterih držav o hudih reakcijah na uporabo sintetičnih kanabinoidov.

Konoplja: polemike, nasprotja in protislovja

Nazorski podatki iz Evropske unije kažejo, da je konoplja droga, v zvezi s katero je javno mnenje še vedno najbolj polarizirano. Javna razprava je zaradi tega zelo živahna, pred kratkim pa jo je še bolj razvnel mednarodni razvoj v zvezi z načinom nadzora razpoložljivosti in uporabe konoplje, zlasti regulativne spremembe v nekaterih delih ZDA in Latinske Amerike.

V nasprotju s preostalim svetom se v Evropi zdi, da je uporaba konoplje na splošno nespremenjena ali se celo zmanjšuje, zlasti med mlajšimi. Vendar ta slika ni enotna, saj je več držav, za katere je na splošno značilna majhna razširjenost, poročalo o nedavnem povečanju uporabe konoplje.

V nasprotju s politično razpravo, za katero so značilne debate o regulativnih možnostih, je praktični razvoj v glavnem osredotočen na ukrepe za odzivanje na socialne probleme in škodo, povezane s proizvodnjo in uporabo konoplje. Zdravstvene posledice različnih vzorcev uporabe konoplje so čedalje bolj znane. Razpoložljivost in privzem zdravljenja za težave s konopljo sta se povečala, čeprav se je število njenih uporabnikov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, ustalilo. Konoplja je danes droga, ki jo uporabniki, ki se začnejo zdraviti prvič v življenju, najpogosteje navajajo. Izboljšuje se tudi razumevanje, kaj je učinkovit odziv na tem področju, pri čemer države vlagajo v najrazličnejše storitve, od intenzivnih podpornih srečanj, na katerih sodelujejo družinski člani, do kratkih ukrepov, ki se izvajajo prek interneta.

Na kratko — ocene uporabe droge v Evropski uniji

Konoplja
73,6 milijona ali 21,7 % odraslih (15–64 let) je uporabilo konopljo kadar koli v življenju.
18,1 milijona ali 5,3 % odraslih (15–64 let) je uporabilo konopljo v zadnjem letu.
14,6 milijona ali 11,2 % mladih odraslih (15–34 let) je uporabilo konopljo v zadnjem letu.
0,4 % in 18,5 % – najnižja in najvišja nacionalna ocena uporabe konoplje v zadnjem letu med mladimi odraslimi.
Kokain
14,1 milijona ali 4,2 % odraslih (15–64 let) je uporabilo kokain kadar koli v življenju.
3,1 milijona ali 0,9 % odraslih (15–64 let) je uporabilo kokain v zadnjem letu.
2,2 milijona ali 1,7 % mladih odraslih (15–34 let) je uporabilo kokain v zadnjem letu.
0,2 % in 3,6 % – najnižja in najvišja nacionalna ocena uporabe kokaina v zadnjem letu med mladimi odraslimi.
Amfetamini
11,4 milijona ali 3,4 % odraslih (15–64 let) je uporabilo amfetamine kadar koli v življenju.
1,5 milijona ali 0,4 % odraslih (15–64 let) je uporabilo amfetamine v zadnjem letu.
1,2 milijona ali 0,9 % mladih odraslih (15–34 let) je uporabilo amfetamine v zadnjem letu.
0,0 % in 2,5 % – najnižja in najvišja nacionalna ocena uporabe amfetaminov v zadnjem letu med mladimi odraslimi.
Ekstazi
10,6 milijona ali 3,1 % odraslih (15–64 let) je uporabilo ekstazi kadar koli v življenju.
1,6 milijona ali 0,5 % odraslih (15–64 let) je uporabilo ekstazi v zadnjem letu.
1,3 milijona ali 1,0 % mladih odraslih (15–34 let) je uporabilo ekstazi v zadnjem letu.
0,1 % in 3,1 % – najnižja in najvišja nacionalna ocena uporabe ekstazija v zadnjem letu med mladimi odraslimi.
Opioidi
1,3 milijona problematičnih uporabnikov opioidov (15–64 let).
3,5 % vseh smrtnih primerov Evropejcev, starih od 15 do 39 let, se zgodi zaradi prevelikega odmerka drog. Opioidi so ugotovljeni pri približno treh četrtinah prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo.
Glavna droga v približno 45 % vseh zahtev za zdravljenje odvisnosti od drog v Evropski uniji.
V letu 2012 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih 700 000 uporabnikov opioidov.

Opomba: Za celoten nabor podatkov in informacije o metodologiji glejte spletno evropsko poročilo o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*).

Od leta 2000 so številne države omilile kazni, ki se uporabljajo za navadne kršitve zakona, povezane z uporabo ali posedovanjem. Na splošno so bile evropske razprave o nadzoru konoplje običajno osredotočene na ponudbo in preprodajo droge in ne na uporabo. V nasprotju s tem pa se splošno število kršitev zakona, povezanih s posedovanjem in uporabo konoplje, že skoraj desetletje stalno povečuje.

Proizvodnja in ponudba drog: osrednji dejavnosti za organizirani kriminal

Organizirane kriminalne združbe zaradi obsega trga konoplje in povečanja domače proizvodnje konopljo vse bolj štejejo za pomembno prinašalko denarja. Več pozornosti se namenja tudi z njo povezanim socialnim posledicam, ki vključujejo nasilje in druge oblike kršitev zakonov, in obremenitvi organov kazenskega pregona, ki izhaja iz nadzora proizvodnje drog.

Na mednarodni ravni in ravni Evropske unije se s proizvodnjo konoplje, med drugimi, povezujejo organizirane kriminalne združbe iz jugovzhodne Azije. Skrb zbujajoči so znaki, da so svoje dejavnosti razširile na proizvodnjo in prodajo metamfetamina v delih srednje Evrope. Odraža se bolj splošen razvoj, ugotovljen v nedavni analizi trga drog, ki sta jo pripravila center EMCDDA in Europol: kriminalne združbe vse bolj širijo dejavnosti na več izdelkov in delujejo oportunistično in povezano. Kriminalne združbe, ki se od nekdaj ukvarjajo s trgovino s heroinom so tovrsten primer, saj se zdaj poroča, da po uveljavljenih preprodajalskih poteh za heroin v Evropsko unijo tihotapijo kokain in metamfetamin.

Poročilo iz leta 2014 vzbuja novo zaskrbljenost o dokazani večji razpoložljivosti metamfetamina v Evropi. Poleg

domače proizvodnje v srednji in severni Evropi, se proizvaja tudi na Bližnjem Vzhodu, od koder se občasno uvozi v Evropsko unijo in nato ponovno izvozi v države jugovzhodne Azije. Naraščajoč del te proizvodnje je vse bolj namenjen oskrbi evropskih trgov. Še zlasti so skrb zbujajoča nova poročila o pojavu kajenja metamfetamina v Grčiji in Turčiji zaradi morebitnih zdravstvenih tveganj, povezanih s tovrstno uporabo te droge.

Vse bolj dinamično, globalno in inovativno naravo sodobnega trga drog zaznamuje tudi vnovičen pojav visoko kakovostnega ekstazija v prahu in tabletah tako v Evropski uniji kot drugje. Zdi se, da je temu tako, ker, nezakoniti proizvajalci uvažajo nenadzorovane ali „prikrite“ kemične snovi za proizvodnjo droge. Europol je pred kratkim omenil uničenje dveh največjih lokacij za proizvodnjo droge v Belgiji, ki sta bili kdaj koli odkriti v Evropski uniji in v katerih je bilo mogoče zelo hitro proizvajati velike količine MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin). Zasegi in poročila o škodljivih učinkih na zdravje so Europol in centre EMCDDA spodbudili k objavi skupnega opozorila o razpoložljivosti proizvodov, ki vsebujejo MDMA in imajo izjemno močan učinek.

Nestabilen trg stimulansov

Ne ve se še, ali bodo ugotovljena povečanja vsebnosti MDMA v tabletah ekstazija spet zbudila zanimanje potrošnikov za to drogo. Zdi se, da je evropski trg prepovedanih stimulansov na splošno razmeroma stabilen, pri čemer je kokain še naprej najbolj zaželen droga v južnih in zahodnih državah, amfetamin pa je bolj razširjen v severnih in vzhodnih državah. Kazalniki uporabe kokaina in amfetamina se na splošno zmanjšujejo.

Pomen geografskih razlik v zvezi z evropskim trgov stimulansov podpirajo nove študije o odpadnih vodah, ki lahko vse bolj zagotavljajo podatke o uporabi drog na ravni mest in v posebnih okoljih.

Ključni dejavnik pri uporabi stimulansov je razpoložljivost. Pomanjkanje droge lahko uporabnike prisili v pokušnjo druge snovi, pri čemer sta pomembna upoštevana dejavnika cena in dožemanje kakovosti. To je bilo ugotovljeno v sprostivnih okoljih in med injicirajočimi uporabniki drog. Ozadje tega je vse večje število proizvodov, ki so dandanes na voljo na trgu stimulansov in poleg sintetičnih katinonov zajemajo tudi metamfetamin, amfetamin, ekstazi in kokain.

**Vse bolj dinamično, globalno
in inovativno naravo
sodobnega trga drog
zaznamuje tudi vnovičen pojav
visoko kakovostnega ekstazija
v prahu in tabletah**

Dolgoročni stroški zdravljenja težav v zvezi z drogami

Evropa se je znašla pred dvojnimi izzivi, saj mora oblikovati učinkovite odzive na nastajajoče težave in nadalje obravnavati potrebe uporabnikov drog, ki so na dolgotrajnem zdravljenju.

To poročilo poudarja spremembe ter pojav novih vzorcev v zvezi z epidemiologijo in odzivi. Kljub temu so težave, ki izvirajo iz „epidemije“ heroina iz osemdesetih in devetdesetih let prejšnjega stoletja, še naprej vzrok večine stroškov, povezanih z zdravljenjem zaradi uporabe drog. Čeprav je morda začetkov uporabe heroina manj, je v ospredju ukrepov še naprej odvisnost od heroina, za katero je značilen vzorec kronične bolezni s cikli ponovne uporabe droge in vključitvijo v zdravljenje. Evropska unija je mnogo vložila v zagotavljanje možnosti zdravljenja za to skupino, pri čemer se ocenjuje, da je v nadomestno zdravljenje z opiodi vključenih tri četrte milijona uporabnikov drog. Močan argument so javnozdravstvene koristi tega ukrepa in njegov prispevek k slabitvi trga prepovedanih drog. Evropa se danes sooča z oskrbo starajoče se kohorte današnjih in nekdanih uporabnikov heroina, od katerih so številni socialno prikrajšani in izključeni. V tem okviru je politični interes za okrevanje in socialno reintegracijo vse večji. Poleg tega se bo s staranjem te populacije verjetno povečala njena dovzetnost za najrazličnejše zdravstvene težave.

1

**Vsako leto se v Evropi poroča
o približno enem milijonu
zasegov prepovedanih drog**

Ponudba drog

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

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

Spremljanje ponudbe drog

Analiza v tem razdelku temelji na več virih podatkov: zasegih drog, uničenih obratih za proizvodnjo drog, zasegih predhodnih sestavin, kršitvah zakonov, povezanih s ponudbo drog, maloprodajnih cenah drog in forenzičnih preiskavah zasegov drog. Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem evropskem poročilu o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*). Opozoriti je treba, da na trende lahko vpliva vrsta dejavnikov, med katerimi sta stopnja dejavnosti organov kazenskega pregona in učinkovitost prepovedi.

Podatki o novih psihoaktivnih snoveh temeljijo na priglasitvah v sistem EU za zgodnje opozarjanje, ki se opira na podatke, ki jih zagotovijo nacionalne mreže EMCDDA in Europol. Popoln opis tega mehanizma je na voljo na spletnem mestu EMCDDA na strani *Action on new drugs* (Ukrepi glede novih drog).

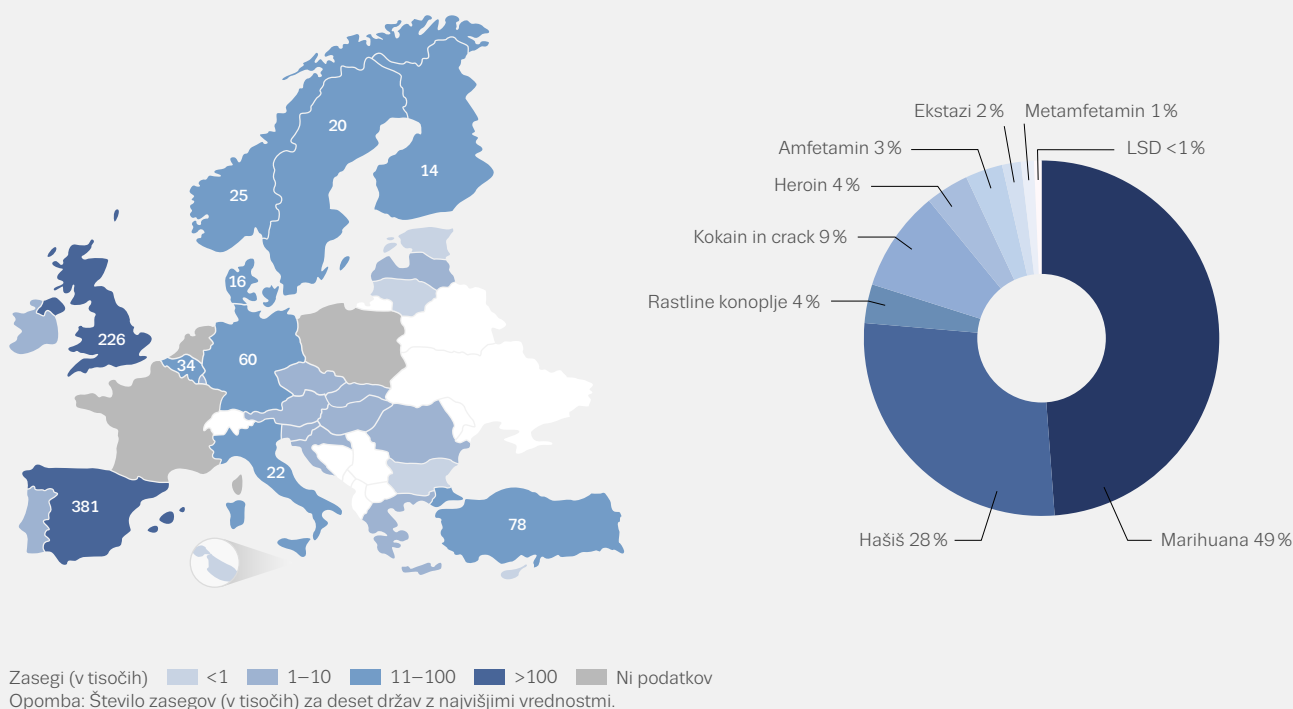
80 % zasegov v Evropi je zasegov konoplje

Vsako leto se v Evropi poroča o približno enem milijonu zasegov prepovedanih drog. To so večinoma zasegi majhnih količin droge, zasežene uporabnikom, vendar so med njimi tudi več kilogramov težke pošiljke, zasežene preprodajalcem in proizvajalcem.

V letu 2012 sta o dveh tretjinah vseh zasegov v Evropski uniji poročali le dve državi, Španija in Združeno kraljestvo, vendar so pomembno število zasegov sporočile tudi Nemčija, Belgija, Italija in štiri nordijske države (slika 1.1).

SLIKA 1.1

Število prijavljenih zasegov po državah (levo) in deleži zasegov za najpomembnejše droge (desno) za leto 2012



Opozoriti je treba, da za tri države, ki so v preteklosti poročale o precejšnjem številu zasegov najnovejši podatki niso na voljo. Druga pomembna država zasegov drog je Turčija, kjer je določen delež prestreženih drog namenjen uporabi v drugih državah v Evropi in na Bližnjem Vzhodu.

Več kot 80 % zasegov v Evropi je zasegov konoplje (slika 1.1), kar odraža njeno razmeroma veliko razširjenost uporabe. Skupno je na drugem mestu kokain, število prijavljenih zasegov je približno dvakrat večje od števila zasegov amfetamina in heroina. Število zasegov ekstazija je nižje, vendar se v zadnjih letih povečuje.

Več kot 80 % zasegov v Evropi je zasegov konoplje, kar izraža njeno razmeroma veliko razširjenost uporabe

Konoplja: vse večja razpoložljivost proizvodov iz marihuane

Na evropskem trgu drog je navadno mogoče najti dva proizvoda iz konoplje: marihuano in hašiš. Groba ocena letne uporabe teh dveh proizvodov je približno 2 000 ton.

Marihuana v Evropi se goji lokalno in uvaža iz drugih držav. Večina hašiša se uvozi po morju ali zraku iz Maroka.

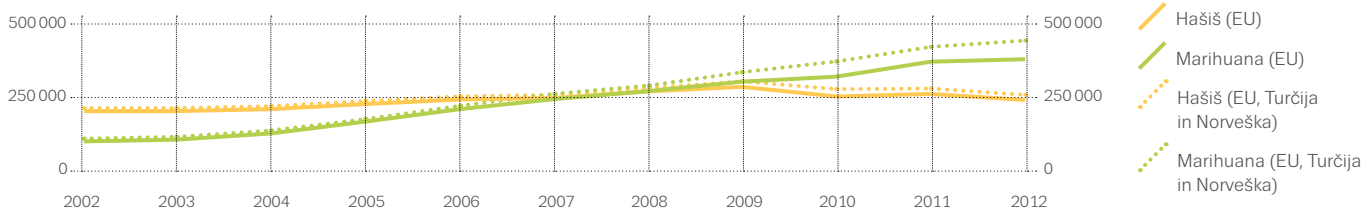
V zadnjih desetih letih je število zasegov marihuane preseglo število zasegov hašiša in danes predstavlja skoraj dve tretjini vseh zasegov konoplje (slika 1.2), kar izkazuje vedno večjo dosegljivost doma proizvedene marihuane v številnih državah. Količina zaseženega hašiša v Evropski uniji, čeprav v zadnjih letih upada, je še vedno veliko večja od prijavljene količine marihuane (457 ton hašiša in 105 tone marihuane v letu 2012). Razlog za to je mogoče ta, da je pri hašišu večja verjetnost, da se prevaža v večjih količinah, opravi dolgo pot in prečka številne meje, zato je bolj izpostavljen ukrepom za preprečevanje vstopa.

V smislu zaseženih količin so količine iz le nekaj držav nesorazmerno velike, deloma zato, ker se nahajajo na pomembnih preprodajalskih poteh (sliki 1.2 in 1.3). Španija je na primer zaradi bližine Maroka in velikega notranjega trga prijavila približno dve tretjini vse količine zaseženega hašiša v Evropi v letu 2012. V zvezi z marihuano sta Grčija in Italija poročali o nedavnem velikem porastu zaseženih

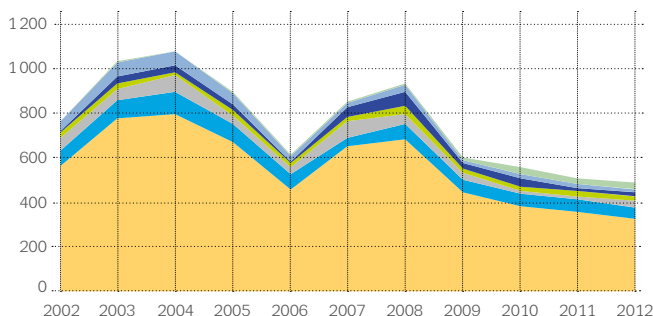
SLIKA 1.2

Število zasegov konoplje in zasežena količina v tonah: hašiš in marihuana, 2002–2012

Število zasegov

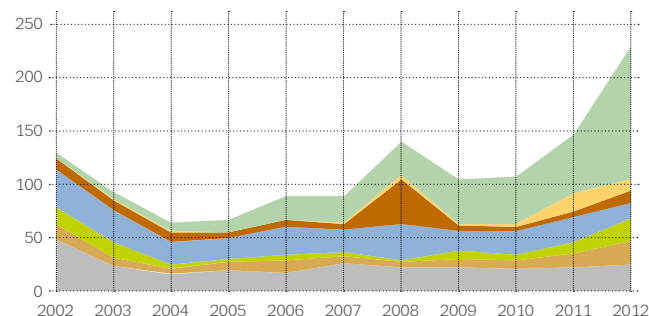


Hašiš (tone)



Španija Francija Druge države Italija
Portugalska Združeno kraljestvo Turčija

Marihuana (tone)

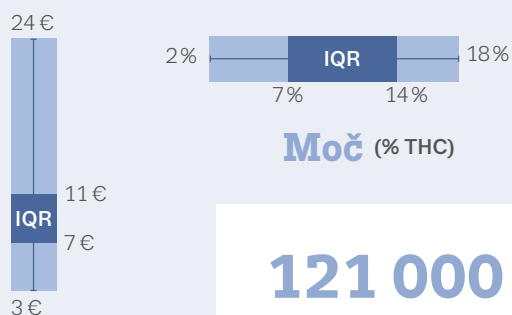


Druge države Grčija Italija Združeno kraljestvo
Nizozemska Španija Turčija

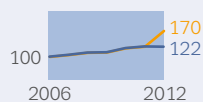
KONOPLJA

Hašiš

457 zaseženih ton **240 000** zasegov
486 zaseženih ton (EU + 2) **258 000** zasegov (EU + 2)



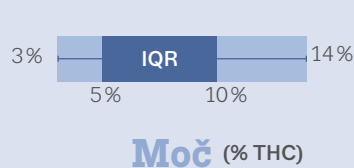
Cena (EUR/g)



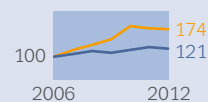
Indeksa cene in moči

Marihuana

105 zaseženih ton **395 000** zasegov
230 zaseženih ton (EU + 2) **457 000** zasegov (EU + 2)

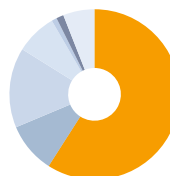


Cena (EUR/g)



Indeksa cene in moči

121 000 kršitev zakona, povezane s ponudbo drog
59% prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo

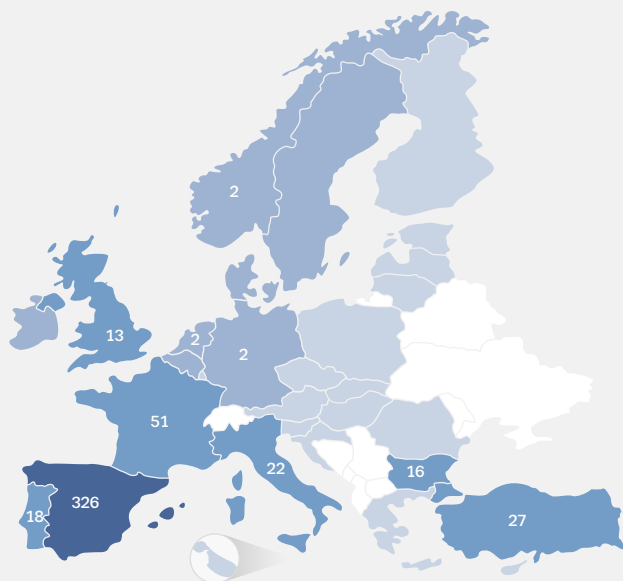


EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in moč proizvodov iz konoplje: nacionalne povprečne vrednosti – minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

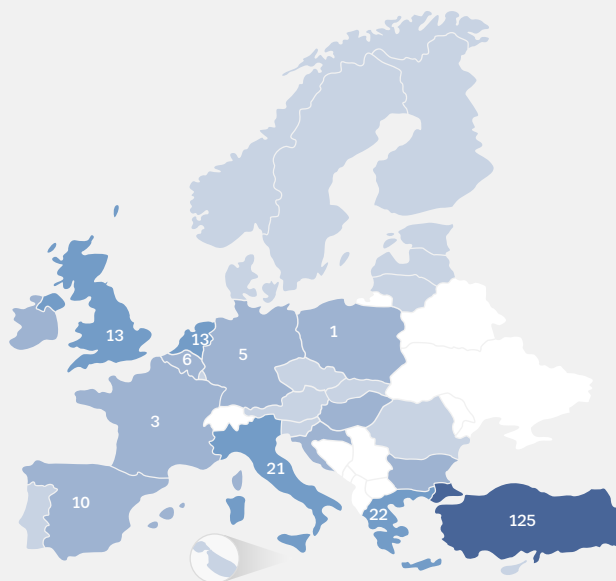
SLIKA 1.3

Količina zaseženega hašiša in marihuane v letu 2012

Hašiš



Marihuana



Tone <1 1–10 11–100 >100

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

količin. Od leta 2007 naprej je Turčija država, ki zaseže večje količine marihuane od katere koli druge države članice EU, pri čemer je bila količina, prijavljena v letu 2012, več kot dvakrat večja od količine, prijavljene v letu 2011.

Zasege marihuane je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje, čeprav kakovost podatkov, ki so na voljo na tem področju, povzroča težave pri primerjavi. V letu 2012 je bilo v Evropi prijavljenih 33 000 zasegov marihuane. Med letoma 2011 in 2012 se je število zaseženih rastlin povečalo s 4,5 na 7 milijonov, kar je v glavnem posledica štirikratnega povečanja števila zasegov, o katerem je poročala Italija. V istem obdobju so se povečale tudi zasežene količine, in sicer s 33 na 45 ton.

Indeksirani trendi na evropski ravni kažejo povečanje maloprodajne cene in moči (raven tetrahidrokanabinola, THC) marihuane in hašiša med letoma 2006 in 2012. Moč obeh oblik konoplje se je od leta 2006 povečala, čeprav je bilo v zvezi s hašišem povečanje opazno zlasti med letoma 2011 in 2012.

Pojav sintetičnih kanabinoidov, kemičnih snovi, ki posnemajo učinke konoplje, je prinesel novo razsežnost na trgu konoplje. Zdi se, da se večina sintetičnih kanabinoidov v prahu proizvaja na Kitajskem, nato se jih odpošlje v razsutem stanju prek uveljavljenih zakonitih prevoznih in distribucijskih mrež. Ko te kemične snovi prispejo v Evropsko unijo, se običajno zmešajo z zelišči ali razpršijo na zelišča ter zapakirajo kot „dovoljene droge“, ki se prodajajo na spletu ali prek drugih trgovcev na drobno. V prvih šestih mesecih leta 2013 je osemnajst držav poročalo o več kot 1 800 zaselih sintetičnih kanabinoidov. O največjih zaselih sta poročali Španija (20 kg) in Finska (7 kg).

Heroin: splošno upadanje števila zasegov, vendar povečanje v Turčiji

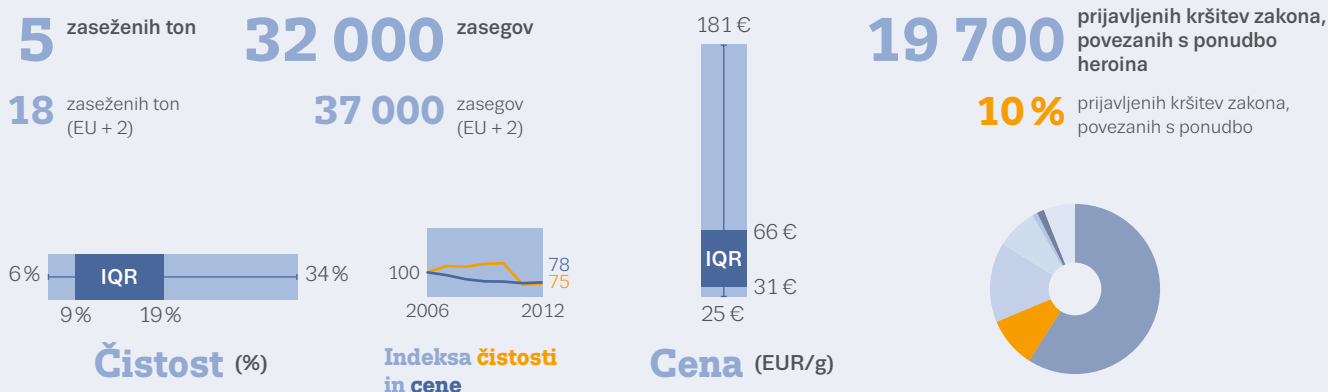
V Evropi sta že od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina. Pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki v glavnem izvira iz Afganistana, veliko redkejši pa je beli heroin (v obliki soli), ki je v preteklosti izviral iz jugovzhodne Azije, danes pa se morda proizvaja drugje. Poleg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

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, najdenega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali, v manjši meri, v sosednjem Iranu ali Pakistanu. Heroin lahko vstopi v Evropo po več preprodajalskih poteh. Ena od njih poteka skozi Turčijo v balkanske države (Bolgarijo, Romunijo ali Albanijo) in naprej v Srednjo, Južno in Zahodno Evropo. Druga preprodajalska pot vodi v Rusijo prek bivših srednjeazijskih sovjetskih republik. Pošiljke heroina iz Irana in Pakistana vstopajo v Evropo tudi po zraku ali morju, bodisi neposredno ali pa prek zahodnih in vzhodnih afriških držav.

Med letoma 2002 in 2010 je bilo število zasegov heroina, prijavljenih v Evropi, razmeroma ustaljeno, pri čemer je bilo takih zasegov približno 50 000 na leto. Število zasegov heroina se je od leta 2010 bistveno zmanjšalo, pri čemer jih je bilo leta 2012 po ocenah prijavljenih 32 000. Zasežena količina heroina v letu 2012 (5 ton) je bila najmanjša prijavljena količina v zadnjem desetletju in je enakovredna približno polovici zasežene količine v letu 2002 (10 ton). Medtem ko število zasegov v Evropski uniji upada, se povečuje v Turčiji, kjer je bilo vsako leto od leta 2006 zaseženega več heroina kot v vseh državah članicah EU skupaj (sliki 1.4 in 1.5).

Od leta 2010 se je število zasegov heroina bistveno zmanjšalo, pri čemer je bilo leta 2012 po ocenah prijavljenih 32 000 zasegov

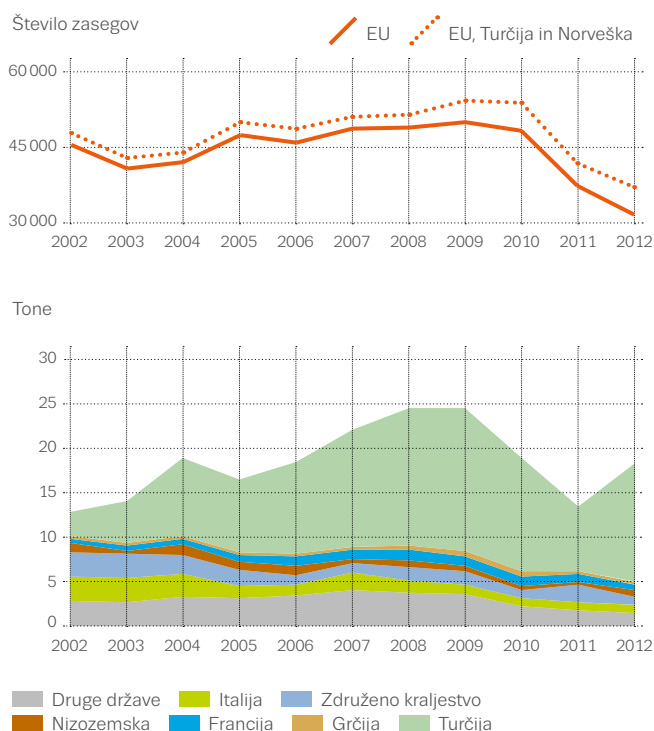
HEROIN



EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost „rjavega heroina“: nacionalne povprečne vrednosti – minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.4

Število zasegov heroina in zasežena količina, 2002–2012



Zmanjšanje, opaženo pri številu zasegov heroina od obdobja 2010–2011, se kaže tudi pri trendih podatkov o čistosti in števila kršitev zakonov, povezanih s ponudbo te droge (glej poglavje 4). Več držav je v tem obdobju občutilo znatna pomanjkanja heroina na trgu in zdi se, da si je v celoti opomoglo le nekaj trgov. Količine zaseženega heroina so se v Turčiji leta 2011 zmanjšale, nato pa so se leta 2012 spet povečale.

V sistem EU za zgodnje opozarjanje so bili priglašeni sintetični opiodi, ki se lahko uporabljajo kot alternativa heroinu. Ti vključujejo fentanile z zelo močnim učinkom, ki se lahko preusmerijo iz farmacevtskih zalog, vključno z neustrežno odstranjenimi analgetičnimi obliži, ali se proizvajajo izrecno za trg prepovedanih drog. Med letoma 2012 in 2013 je bilo prijavljenih 28 zasegov novega sintetičnega opioda AH-7921, ki je s farmakološkega vidika podoben morfiju (glej stran 28).

SLIKA 1.5

Količina zaseženega heroina v letu 2012



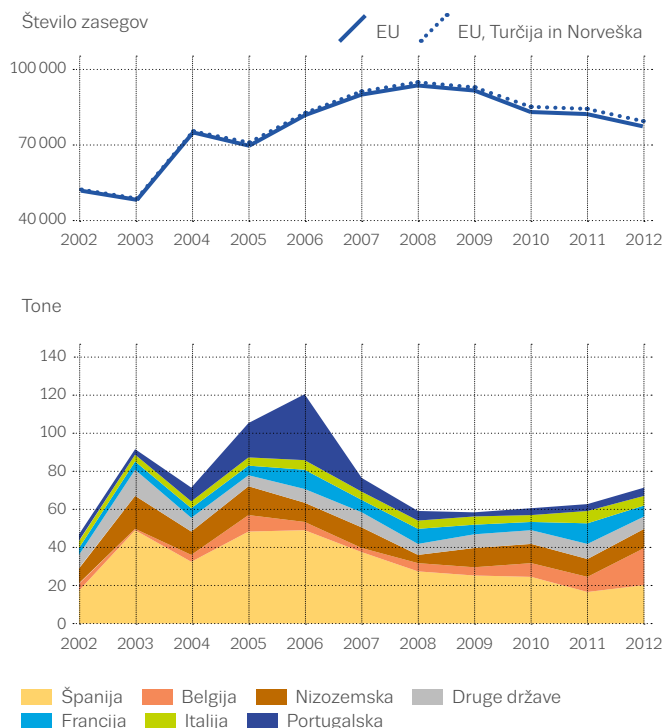
Kokain: število zasegov se še naprej zmanjšuje

V Evropi sta dosegljivi dve obliki kokaina, najpogostejša je kokain v prahu (hidrokloridna sol, HCl). Na splošno je manj dosegljiv crack, oblika kokaina za kajenje. Kokain se proizvaja iz listov grma koke, in sicer skoraj izključno v Boliviji, Kolumbiji in Peruju in se prevaža v Evropo po zračnih in morskih poteh. Zdi se, da preprodaja kokaina v Evropo – in ukrepi kazenskega pregona te preprodaje – v glavnem poteka prek zahodno- in južноеvropskih držav, pri čemer Španija, Belgija, Nizozemska, Francija in Italija skupaj predstavljajo 85 % količine 71 ton, zasežene v letu 2012 (slika 1.6). Med znaki razvejanja preprodajalskih poti za kokain v Evropo so posamični zasegi velikih količin v pristaniščih v Bolgariji, Grčiji, Romuniji in baltskih državah.

Leta 2012 se je v Evropski uniji poročalo o približno 77 000 zasegih kokaina, kar pomeni, da je bilo prestreženih 71 ton

SLIKA 1.6

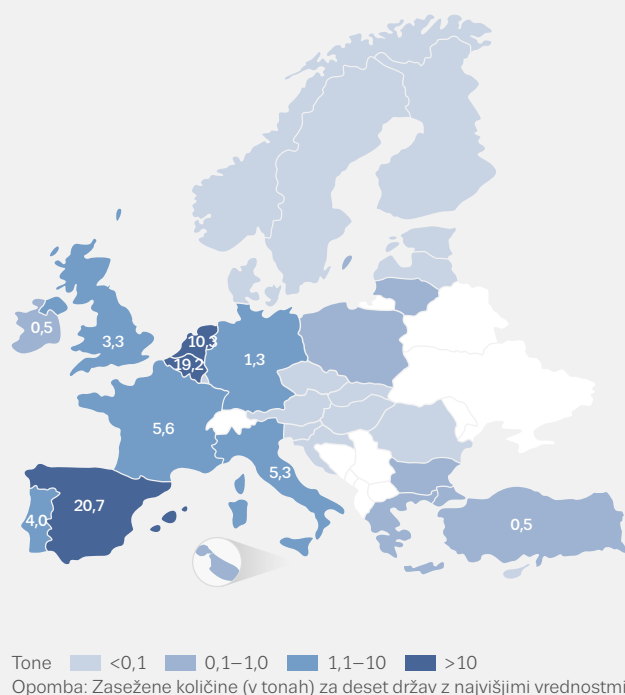
Število zasegov kokaina in zasežena količina, 2002–2012



te droge. Število zasegov kokaina, prijavljenih v letu 2012, je v primerjavi z letom 2002 še vedno na visoki ravni, vendar se je zmanjšalo glede na ocenjeno najvišjo vrednost zadevnega števila iz leta 2008, in sicer približno 95 000. Količina kokaina, zaseženega v letu 2012, se je v primerjavi z letom 2011 povečala za približno 10 ton, vendar je še vedno precej manjša od najvišje vrednosti

SLIKA 1.7

Količina zaseženega kokaina v letu 2012



120 ton, zasežene v letu 2006 (slika 1.6). Zmanjšanje količine zaseženega kokaina je najbolj opazno na Iberskem polotoku, zlasti na Portugalskem med letoma 2006 in 2007 ter bolj postopno v Španiji med letoma 2006 in 2011. O rekordno velikih zaseženih količinah v letu 2012 je poročala Belgija (19 ton) (slika 1.7).

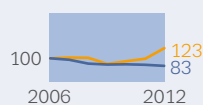
KOKAIN

71 zaseženih ton
72 zaseženih ton (EU + 2)

77 000 zasegov
80 000 zasegov (EU + 2)



Čistost (%)

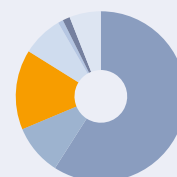


Indeksa čistosti in cene



31 000 prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo kokaina

15% prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo



EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost kokaina: nacionalne povprečne vrednosti – minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

Amfetamini: znaki večje proizvodnje metamfetamina

Amfetamin in metamfetamin sta tesno povezana sintetična stimulanca, ki sta na splošno znana kot amfetamina. Od obeh je bil v Evropi amfetamin vedno bolj pogost, vendar nedavni znaki kažejo vedno večjo dosegljivost metamfetamina.

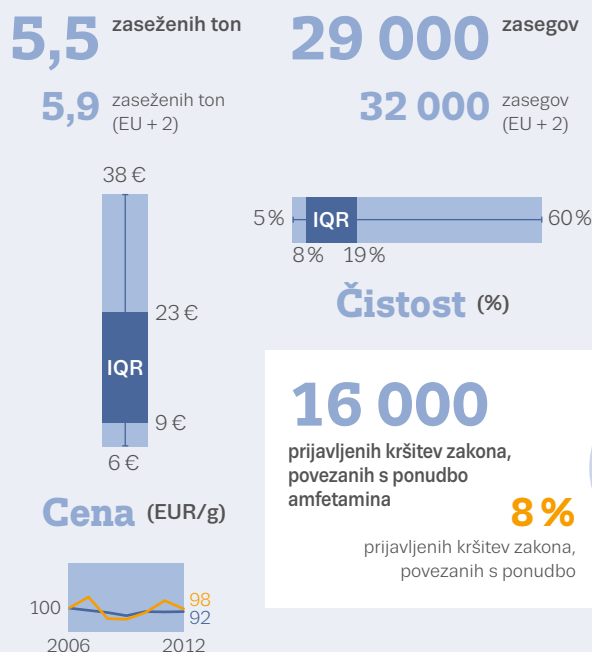
Obe drogi se proizvajata v Evropi za domačo uporabo, čeprav se nekaj amfetamina proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji vzhod. Znano je, da se amfetamin proizvaja v Belgiji in na Nizozemskem, pa tudi na Poljskem in v baltskih državah. V zvezi s proizvodnjo metamfetamina je mogoče opredeliti dve glavni območji. Prvič, v baltskih državah je proizvodnja večinoma omejena na Litvo, od koder se ta droga izvažna na Norveško, Švedsko in v Združeno kraljestvo. V tej regiji se kot glavna predhodna sestavina uporablja BMK (benzil metil keton). Na drugem območju, ki je omejeno zlasti na Češko republiko ter sosednji državi Slovaško in Nemčijo, glavna proizvodnja temelji na efedrinu in psevdofedrinu ter poteka v majhnih tako imenovanih „kuhinjskih laboratorijih“ in je namenjena

predvsem distribuciji znotraj države. V zadnjih dveh letih so bili opaženi znaki večje vključenosti vietnamskih organiziranih kriminalnih združb na češkem trgu metamfetamina in povečanja proizvodnje. V letu 2011 se je poročalo o uničenju 350 lokacij za proizvodnjo metamfetamina v Evropi, vendar so bili to večinoma majhni laboratoriji, o katerih je poročala Češka republika (338).

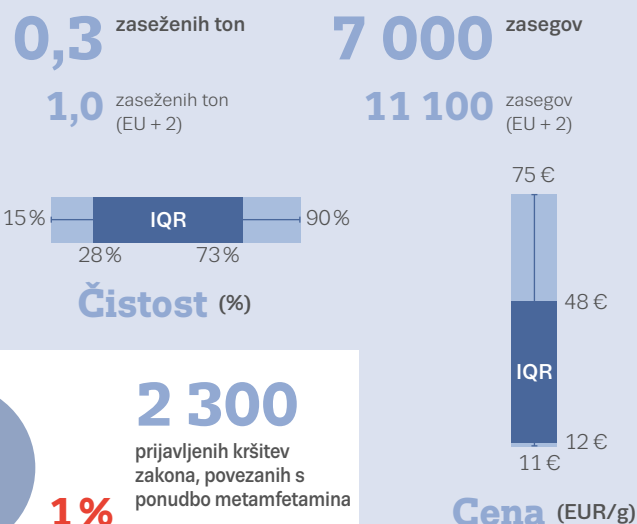
V letu 2012 so države članice EU poročale o 29 000 zasegih amfetamina v skupni količini 5,5 tone. Več kot polovica skupne količine zaseženega amfetamina je bila zasežena v Nemčiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu (slika 1.8). Po obdobju z višjim številom zasegov in večjimi zaseženimi količinami so se zasegi amfetamina v letu 2012 vrnili na približno enako raven kot v letu 2003 (slika 1.9). Zasegi metamfetamina, čeprav so po številu in po zaseženi količini še vedno majhni, so se v istem obdobju povečali (slika 1.10). V letu 2012 se je poročalo o 7 000 zasegih metamfetamina v Evropski uniji v skupni količini 0,34 tone. Dodatnih 4 000 zasegov, v katerih je bilo zasežene skupno 0,64 tone metamfetamina, sta prijavili Turčija in Norveška, ki sta skupaj poročali o približno dvakrat večji količini, kot je bila zasežena v Evropski uniji.

AMFETAMINI

Amfetamin



Metamfetamin

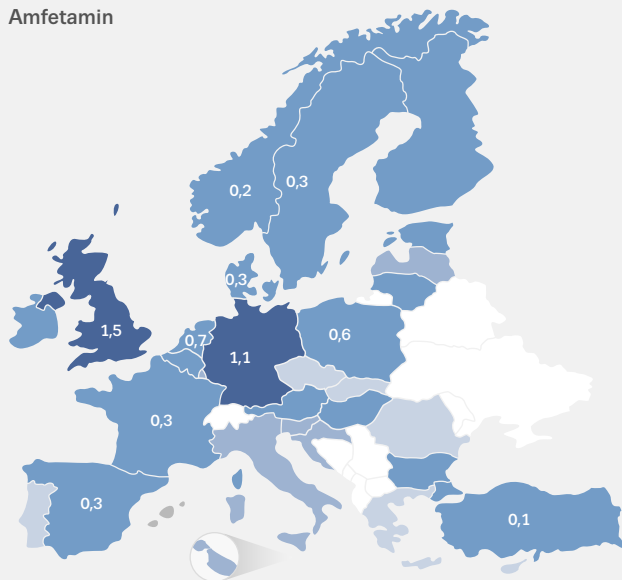


EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost amfetamina: nacionalne povprečne vrednosti – minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Indeksi niso na voljo za metamfetamin. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

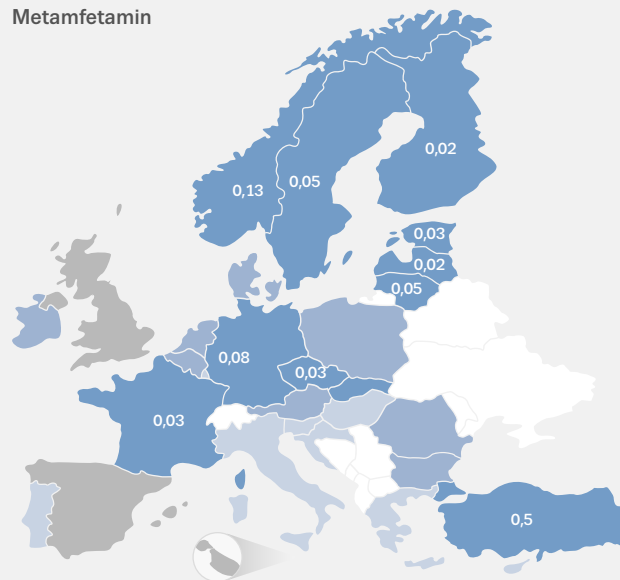
SLIKA 1.8

Količina zaseženega amfetamina in metamfetamina, 2012

Amfetamin



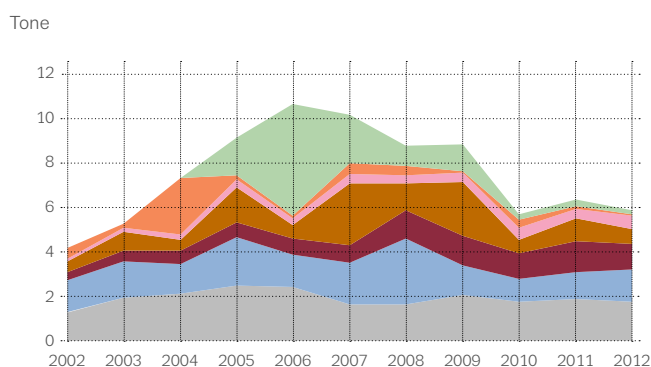
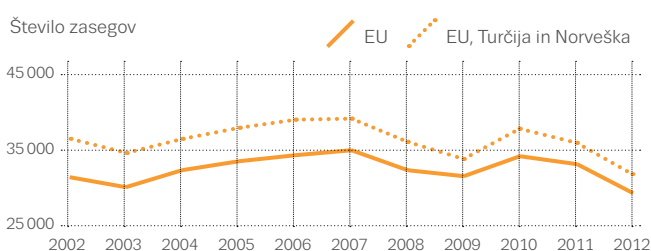
Metamfetamin



Tone ■ <0,001 ■ 0,001–0,010 ■ 0,011–1,0 ■ >1,0 ■ Ni podatkov
 Opomba: Zasežene količine (v tonah) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

SLIKA 1.9

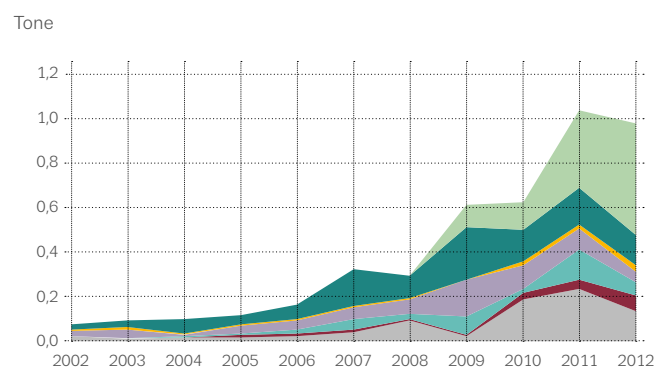
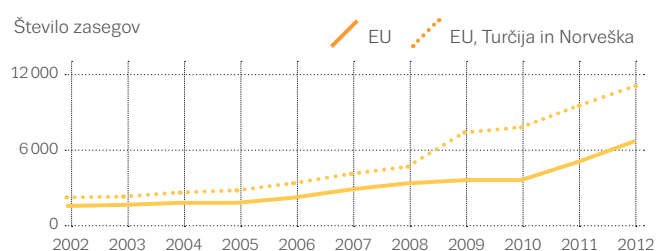
Število zasegov amfetamina in zasežena količina, 2002–2012



■ Druge države ■ Združeno kraljestvo ■ Nemčija
 ■ Nizozemska ■ Poljska ■ Belgija ■ Turčija

SLIKA 1.10

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina, 2002–2012



■ Druge države ■ Nemčija ■ Litva ■ Švedska
 ■ Češka republika ■ Norveška ■ Turčija

Ekstazi: na voljo je prah z veliko čistostjo

Izraz ekstazi se običajno nanaša na sintetično snov MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin), ki je kemično sorodna amfetaminom, vendar so njeni učinki nekoliko drugačni. Tablete, ki se prodajajo kot ekstazi, lahko vsebujejo katero koli od vrste snovi, podobnih MDMA, in nepovezane sestavine. Zdi se, da MDMA v prahu in kristalih postaja vse pogostejši, prah z veliko čistostjo pa je na voljo v nekaterih delih Evrope.

Zdi se, da je proizvodnja ekstazija osredotočena v Belgiji in na Nizozemskem, kot je razvidno iz števila uničenih laboratorijev v zadnjem desetletju v teh dveh državah. Število uničenih laboratorijev ekstazija v Evropi se je zmanjšalo s 50 v letu 2002 na tri v letu 2010, kar kaže, da se je proizvodnja močno zmanjšala. Vendar so se pred kratkim pojavili znaki o oživljanju trga ekstazija, pri čemer je bilo leta 2013 v Belgiji in na Nizozemskem uničenih več velikih proizvodnih lokacij.

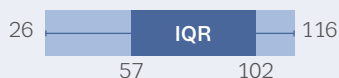
Leta 2012 je bilo v Evropski uniji zaseženih 4 milijone tablet ekstazija, predvsem na Nizozemskem (2,4 milijona), ki ji sledita Združeno kraljestvo (0,5 milijona) in Nemčija (0,3 milijona). Poleg tega je Turčija istega leta zasegla 3 milijone tablet ekstazija (sliki 1.11 in 1.12). Količina tablet ekstazija, zaseženih leta 2012 v Evropski uniji, pomeni manj kot petino količine, zasežene v letu 2002 (23 milijonov). Na splošno se je število zasegov ekstazija med letoma 2002 in 2009 zmanjšalo, v naslednjih letih pa se je počasi spet povečalo (slika 1.11). Ta trend je razviden tudi iz razpoložljivih podatkov o vsebnosti MDMA v analiziranih tabletah ekstazija, ki se je do leta 2009 zmanjševala, v zadnjih treh letih poročanja pa se je povečala.

Zdi se, da MDMA v prahu in kristalih postaja vse bolj pogost, prah z veliko čistostjo pa je na voljo v nekaterih delih Evrope

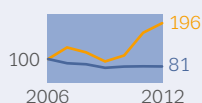
EKSTAZI

4 milijoni zaseženih tablet
11 200 zasegov

7 milijoni zaseženih tablet (EU + 2)
16 000 zasegov (EU + 2)



Čistost (MDMA mg/tableto)

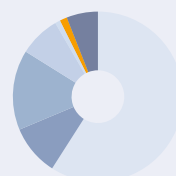


Indeks čistosti in cene



Cena (EUR/tableto)

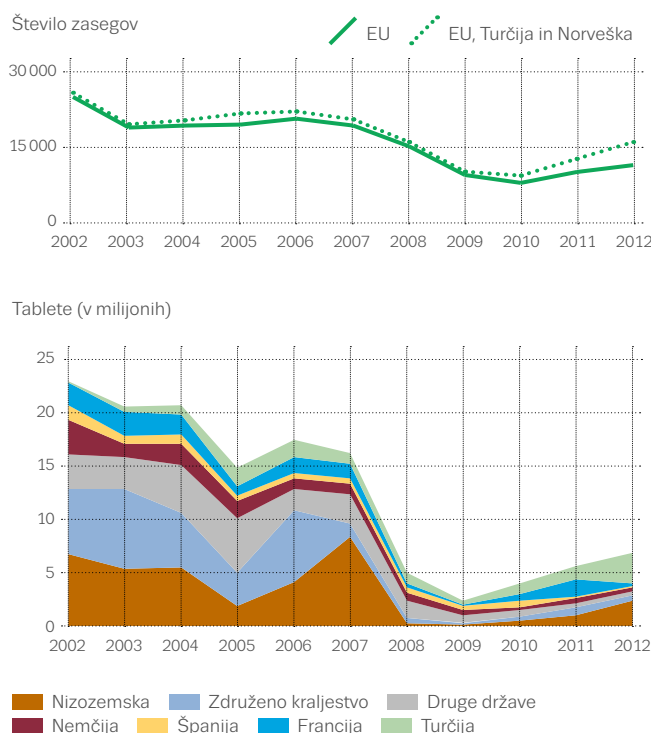
3 000 prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo ekstazija
1% prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo



EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost ekstazija: nacionalne povprečne vrednosti – minimum, maksimum in interkvartilni razpon (IQR). Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.11

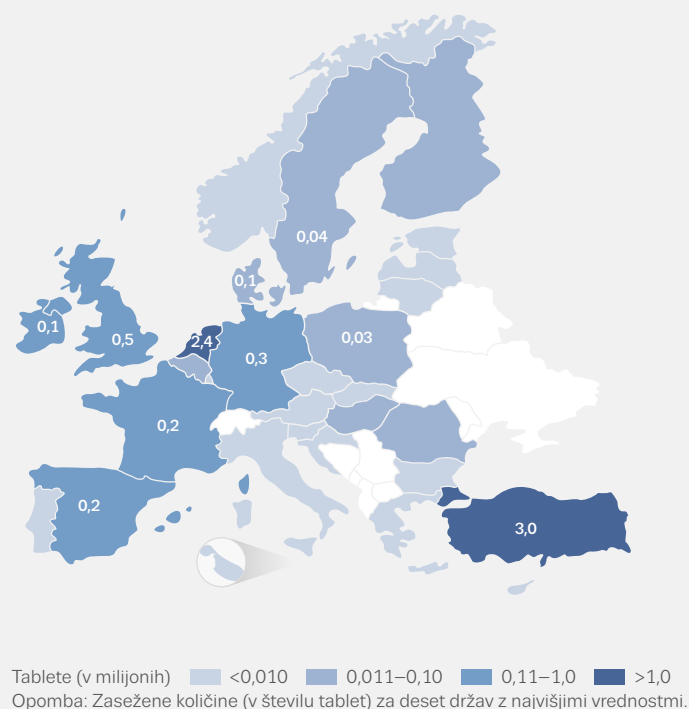
Število zasegov ekstazija in število zaseženih tablet, 2002–2012



Trende v zvezi s ponudbo ekstazija je mogoče deloma pojasniti z okrepljenim nadzorom in ciljnem zaseganjem PMK (piperonil metil keton), glavne kemične predhodne sestavine za proizvodnjo MDMA. Proizvajalci ekstazija so se na nadzor nad predhodnimi sestavinami baje odzvali z uporabo „pred-predhodnih sestavin“ ali „prikritih predhodnih sestavin“, bistvenih kemičnih snovi, ki se lahko uvažajo zakonito kot nenadzorovane snovi in se potem pretvorijo v predhodne snovi, ki so potrebne za proizvodnjo MDMA.

SLIKA 1.12

Količina zaseženega ekstazija v letu 2012



Katinoni, nov razred stimulansov v Evropi

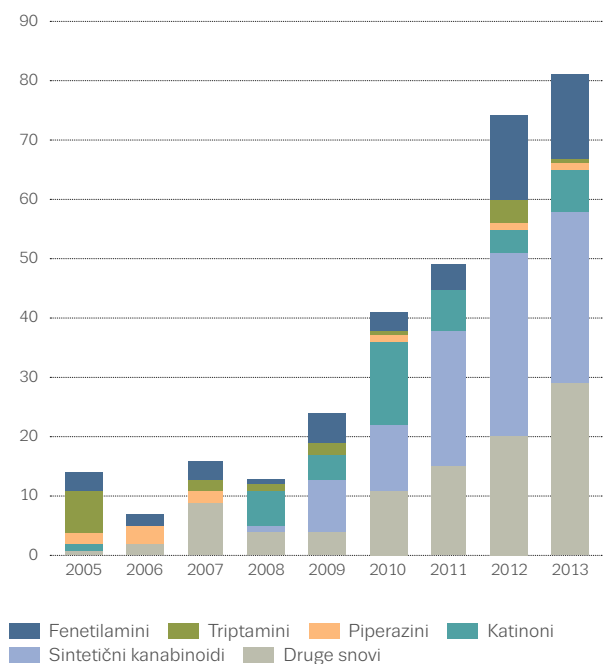
V zadnjih letih je bilo v Evropi prepoznanih več kot 50 substituiranih derivatov katinona, najbolj znan od njih, mefedron, pa se je uveljavil na trgu stimulansov v nekaterih državah. Še en katonin, MDPV (3,4-metilendioksi-pirovaleron), se na evropskem trgu prodaja predvsem v obliki prahu in tablet kot „dovoljena droga“, vendar tudi neposredno na trgu prepovedanih drog. Iz 29 držav so poročali o več kot 5 500 zasegih MDPV v prahu med letoma 2008 in 2013, kar je skupaj pomenilo več kot 200 kilogramov te droge.

Vse večja raznolikost identificiranih novih drog

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

SLIKA 1.13

Število in glavne skupine novih psihoaktivnih snovi, priglasenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje, 2005–2013



proizvodi pogosto napačno označeni, na primer kot „poskusne snovi“ ali „rastlinska gnojila“, na njih pa je navedeno, da proizvod ni namenjen prehrani ljudi.

V letu 2013 so države članice v sistem EU za zgodnje opozarjanje prvič priglasile 81 novih psihoaktivnih snovi (slika 1.13). Devetindvajset od teh snovi je bilo sintetičnih kanabinoidov, trideset spojin pa se ni ujemalo z nobeno od že znanih kemičnih skupin (vključno z rastlinami in zdravili). Poročalo se je tudi o 13 novih nadomestkih za fenetilamine, sedmih sintetičnih katinonih ter triptaminu in piperazinu.

**V letu 2013 so države članice
v sistem EU za zgodnje
opozarjanje prvič priglasile
81 novih psihoaktivnih snovi**

Ocenjevanje tveganja novih drog

Ocene tveganja na evropski ravni so bile opravljene za 4-metilamfetamin (v letu 2012) in 5-(2-aminopropil)indol (v letu 2013) v odziv na nove dokaze o njuni škodljivosti, ki so vključevali več kot 20 smrtnih primerov, povezanih z vsako od teh drog, v zelo kratkem obdobju. Za obe snovi so se v Evropi uporabljali nadzorni ukrepi. Aprila 2014 je bilo ocenjeno tveganje v zvezi s štirimi novimi psihoaktivnimi snovmi (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoksetamin).

Zdi se, da ima 25I-NBOMe, ki je substituiran fenetilamin in močan agonist serotoninškega receptorja 5-HT_{2A}, halucinogene učinke. Na trgu drog EU je na voljo vsaj od maja 2012. Štiri države članice so poročale o hudi toksičnosti, povezani z uporabo te snovi, vključno z enim smrtnim primerom, v katerem je bila odkrita njena prisotnost.

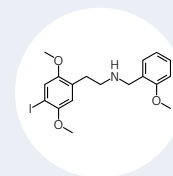
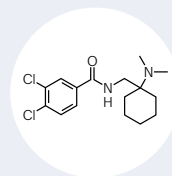
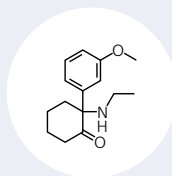
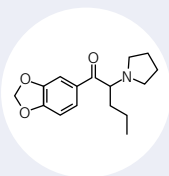
AH-7921 je sintetični opioid, ki je v Evropski uniji na voljo vsaj od julija 2012. V večini primerov je bil zasežen v majhnih količinah, in sicer v obliki prahu. Prisotnost tega opioida je bila ugotovljena pri šestih zastrupitvah, ki se niso končale s smrtjo, in petnajstih smrtnih primerih na Švedskem, v Združenem kraljestvu in na Norveškem.

MDPV je derivat sintetičnega katinona, ki je tesno povezan s pirovaleronom. MDPV je na trgu drog v EU na voljo vsaj od novembra 2008, prisotnost te snovi pa je bila ugotovljena v največ 107 zastrupitvah, ki se niso končale s smrtjo, in 99 smrtnih primerih, zlasti na Finskem in v Združenem kraljestvu. Nekateri znaki kažejo, da se ta snov prodaja kot „dovoljena“ ali sintetična različica kokaina, odkrita pa je bila tudi v tabletah, podobnih „ekstaziju“.

Metoksetamin je arilcikloheksilamin, ki je tesno povezan s ketaminom in je vsaj od septembra 2010 na voljo na trgu drog v EU. Zaseženih je bilo več kilogramov te snovi v prahu. Prijavljenih je bilo dvajset smrtnih primerov in 110 zastrupitev, ki se niso končale s smrtjo, povezanih s to snovjo.

Nove psihoaktivne snovi se lahko pojavijo na trgu pod krinko nadzorovane droge ali kot alternativa nadzorovani drogi. Tako se je na primer 4-metilamfetamin na trgu prepovedanih drog neposredno prodajal kot amfetamin, metoksetamin se trži kot dovoljena alternativa ketaminu, 25I-NBOMe pa se prodaja kot „dovoljena“ alternativa LSD.

ŠTIRI SNOVI, ZA KATERE JE BILA V LETU 2014 OPRAVLJENA ANALIZA TVEGANJA



MDPV	Metoksetamin	AH-7921	25-INBOMe	Snov Družina drog Leto prve priglasitve v sistem EU za zgodnje opozarjanje Število smrtnih primerov, povezanih s snovjo Število zastrupitev, ki se niso končale s smrtjo Število držav, v katerih je bila odkrita (EU, Turčija in Norveška) Število držav, v katerih se zanjo uporabljajo nadzorni ukrepi na podlagi zakonodaje na področju drog (EU, Turčija in Norveška)
Katinoni	Arilcikloheksilamini	Opioidi	Fenetilamini	
2008	2010	2012	2012	
99	20	15	1	
107	110	6	15	
29	24	8	24	
22	9	1	6	

Internet kot vse pomembnejši trg

Uporaba interneta vse bolj vpliva na način prodaje drog in precej otežuje prekinjanje ponudbe „novih“ in „starih“ drog. Nadzor še zlasti otežuje dejstvo, da lahko imajo proizvajalci, dobavitelji, prodajalci na drobno ter ponudniki storitev gostovanja spletnih mest in obdelave plačil sedež v različnih državah. Te izzive dodatno otežuje vse večja uporaba anonimizirajočih omrežij – tako imenovanih „temnih mrež“ (angl. darknets) – za prodajo drog preprodajalcem in strankam. Tehnologija za dostop do teh mest je vedno bolj vključena v programsko opremo za široko porabo, kar te trge odpira širšemu krogu ljudi. Poleg tega se zdi, da je odprta prodaja „dovoljenih drog“ na spletu povečala njihovo dostopnost distributerjem in uporabnikom. Center EMCDDA je leta 2013 v okviru dejavnosti spremljanja našel 651 spletišč, na katerih so lahko Evropejci kupovali „dovoljene droge“.

Več odkritih zdravil

Vse več novih drog, odkritih na trgu drog, se zakonito uporablja kot zdravila. Včasih se prodajajo kot zdravila, v drugih primerih pa se skrivno prodajajo kot prepovedane droge, kot je heroin, ali pa se prodajajo kot „dovoljene droge“, „poskusne snovi“ in celo kot „prehranska dopolnila“. Nedavni primeri zdravil, ki naj bi si jih vbrizgavali uporabniki opioidov, vključujejo: pregabalin, ki se uporablja za zdravljenje nevropatske bolečine, epilepsije in generalizirane anksioznosti, tropikamid, ki se uporablja med očesnimi pregledi za razširitev zenic, in karfentanil, opioid, ki se uporablja za uspavanje velikih živali.

Drugi zdravili, ki sta bili nedavno priglašeni v sistem za zgodnje opozarjanje, sta fenazepam iz družine benzodiazepinov, ki se prodaja kot „dovoljeni“ benzodiazepin, kot „poskusna snov“ in kot nadzorovana droga diazepam, in fenibut, anksiolitik, ki se v Rusiji uporablja za zdravljenje odvisnosti od alkohola, se na spletu prodaja kot „prehransko dopolnilo“. Ta zdravila je mogoče priskrbiti na več načinov: zdravila z dovoljenjem je mogoče preusmeriti z reguliranega trga, zdravila brez dovoljenja pa je mogoče uvoziti iz držav zunaj Evropske unije. Poleg tega je mogoče sestavljene droge uvažati v razsutem stanju iz držav, kot je Kitajska, nato se obdelajo in zapakirajo v evropskih državah ter neposredno prodajajo na trgu prepovedanih drog, trgu „dovoljenih drog“ ali na spletiščih za elektronsko poslovanje.

**Vse več novih drog, odkritih
na trgu drog, se zakonito
uporablja kot zdravila**

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, študija centra EMCDDA.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspektive na področju drog.

Synthetic drug production in Europe, Perspektive na področju drog.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

2011

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

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

Odzivanje na nove psihoaktivne snovi, Problem drog.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Europol

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

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

2

Ocenjuje se, da je skoraj četrtna
odraslega prebivalstva v Evropski
uniji ali več kot 80 milijonov odraslih
vsaj enkrat v življenju uporabilo
prepovedano drogo

Uporaba drog in težave, povezane z njo

Izraz „uporaba drog“ zajema najrazličnejše vzorce uporabe, ki segajo od enkratne eksperimentalne uporabe do stalne in odvisne uporabe. Različni vzorci uporabe so povezani z različnimi stopnjami tveganja in škode. Na splošno bodo na tveganja, ki so jim posamezniki izpostavljeni zaradi uporabe drog, vplivali dejavniki, ki vključujejo okvir, v katerem se uporabljajo droge, uporabljen odmerek, način uporabe, hkratna uporaba drugih snovi, število in trajanje časa uporabe drog ter ranljivost posameznika.

Spremljanje uporabe drog in težav v zvezi z drogami

Skupni pristop k spremljanju uporabe drog v Evropi temelji na petih ključnih epidemioloških kazalnikih centra EMCDDA. Ti nabori podatkov zajemajo: preglede uporabe, ocene problematične uporabe, z drogami povezane smrtne primere, nalezljive bolezni in začetek zdravljenja zaradi odvisnosti od drog. Skupaj so pomemben vir, ki centru EMCDDA pomaga analizirati trende in razvoj. Tehnične informacije o teh kazalnikih so na voljo na spletu pod naslovom *Key indicators gateway* in v spletnem evropskem poročilu o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*).

Več kot 80 milijonov Evropejcev je uporabilo prepovedano drogo

Ocenjuje se, da je skoraj četrtina odraslega prebivalstva v Evropski uniji ali več kot 80 milijonov odraslih vsaj enkrat v življenju uporabilo prepovedano drogo. V večini primerov je bila to konoplja (73,6 milijona), navedene ocene za uporabo drugih drog kadar koli v življenju pa so nižje, in sicer 14,1 milijona za kokain, 11,4 milijona za amfetamine in 10,6 milijona za ekstazi. Med državami obstajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile droge; ta delež se giblje od približno tretjine odraslih na Danskem, v Franciji in v Združenem kraljestvu do manj kot vsake desete osebe v Bolgariji, Grčiji, na Cipru, Madžarskem, Portugalskem, v Romuniji in v Turčiji.

Uporaba drog med šolsko mladino

Spremljanje uporabe snovi med šolsko mladino zagotavlja pomemben vpogled v sedanja tvegana vedenja mladih in je pokazatelj morebitnih prihodnjih trendov. V Evropi je raziskava ESPAD dragocen vir za spremljanje trendov v zvezi z uporabo snovi med šolsko mladino, staro med 15 in 16 let. Glede na najnovejše podatke iz leta 2011 se ocenjuje, da je eden od štirih 15- in 16-letnikov že uporabil prepovedano drogo, čeprav se stopnje razširjenosti po državah precej razlikujejo. Konoplja pomeni daleč največji delež prepovedanih drog, ki se uporabljajo v tej skupini, pri čemer je približno 24 % pripadnikov te skupine navedlo uporabo kadar koli v življenju, 20 % uporabo v zadnjem letu in 12 % uporabo v mesecu pred raziskavo. V primerjavi z dijakinjami je bila pri dijakih 1,5-krat večja verjetnost, da bodo poročali o uporabi konoplje v zadnjem mesecu.

Številni od tistih, ki so navedli, da so že uporabili konopljo, so to naredili le enkrat ali dvakrat. Vendar je majhen delež dijakov navedel intenzivnejše vzorce uporabe, pri čemer jih je približno 2 % poročalo, da so v mesecu pred raziskavo to drogo uporabili več kot desetkrat.

Razširjenost uporabe prepovedanih drog, ki niso konoplja, je precej manjša, čeprav je v majhnem številu držav nekoliko bolj razširjena tudi uporaba ekstazija in amfetaminov. Na splošno je približno 7 % dijakov poročalo o uporabi več kot ene prepovedane droge kadar koli v življenju. V raziskavi ESPAD se poroča tudi o uporabi

alkohola in tobaka. Obe snovi so dijaki uporabljali veliko pogosteje od konoplje, pri čemer je bila pri dijakih, ki so uporabili konopljo, večja verjetnost, da so tudi redni uporabniki alkohola in tobaka. 19 % dijakov je poročalo, da so v mesecu pred raziskavo pokadili eno ali več cigaret na dan, pri čemer jih je 4 % pokadilo več kot 10 cigaret na dan. Skoraj dve tretjini dijakov navajata, da so pili alkohol vsaj enkrat v zadnjem mesecu, od tega jih je bilo 20 % vsaj enkrat v tem obdobju pijanih.

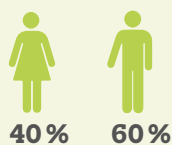
Konoplja: raznoliki nacionalni trendi

Konoplja se običajno kadi, v Evropi pa se pogosto meša s tobakom. Vzorci uporabe konoplje so različni in segajo od občasne in eksperimentalne uporabe do redne uporabe in odvisnosti, težave pa so močno povezane s pogosto uporabo in uporabo večjih odmerkov.

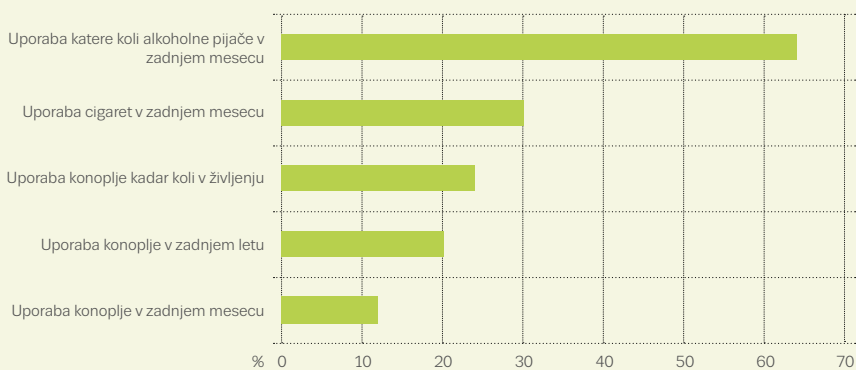
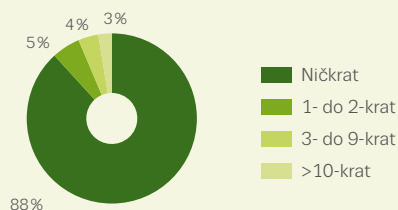
Konoplja je prepovedana droga, ki jo bodo najverjetneje uporabljale vse starostne skupine. Po ocenah je 14,6 milijona mladih Evropejcev (15–34 let) ali 11,2 % te starostne skupine uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je 8,5 milijona od teh bilo starih od 15 do 24 let (13,9 %). Uporaba konoplje je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je običajno poudarjena pri intenzivnejših ali bolj rednih vzorcih uporabe. Sedanji trendi uporabe se zdijo raznoliki, kot je ponazorjeno z dejstvom, da jih je od držav, ki so poročale o novih raziskavah od leta 2011, osem poročalo o zmanjšanju, pet

UPORABA SNOVI MED EVROPSKO ŠOLSKO MLADINO, STARO MED 15 IN 16 LET (ESPAD, 2011)

Uporabniki konoplje v zadnjem mesecu po spolu

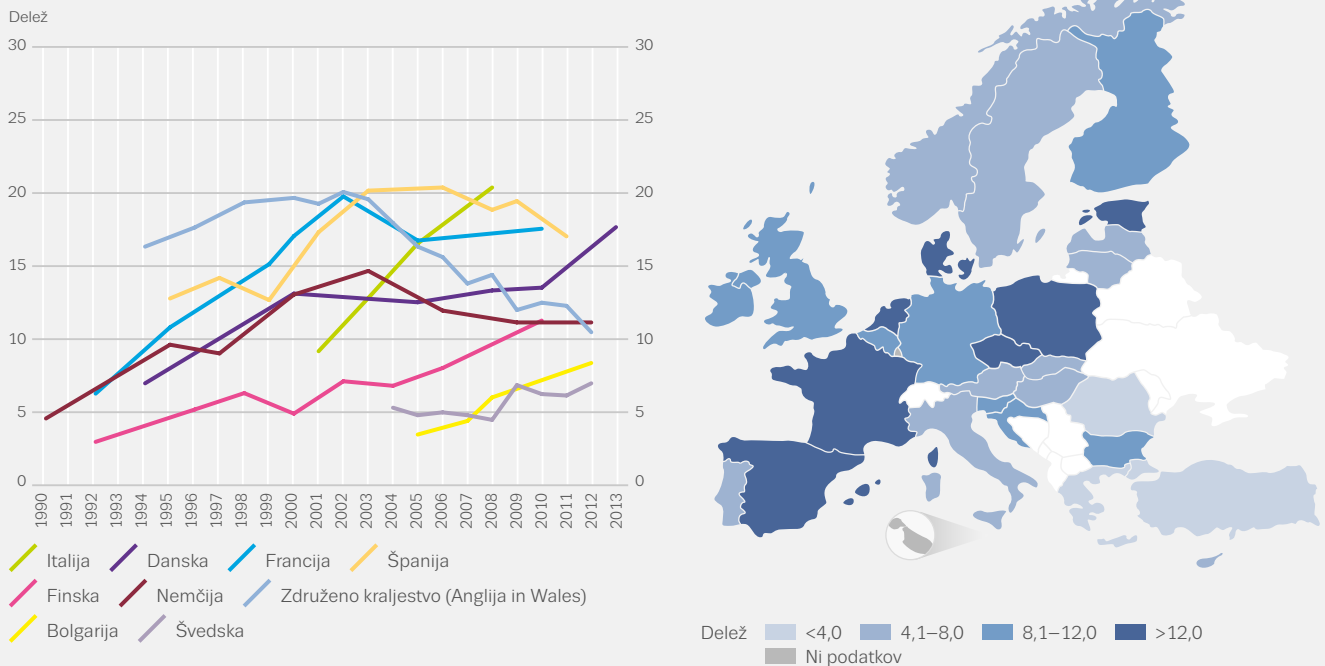


Pogostost uporabe konoplje v zadnjem mesecu



SLIKA 2.1

Razširjenost uporabe konoplje med mladimi odraslimi za lansko leto (15–34 let): države s statistično pomembnimi trendi (levo) in najnovejšimi podatki (desno)



pa o povečanju razširjenosti v zadnjem letu. Samo nekaj nacionalnih raziskav za zdaj poroča o uporabi sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov, vendar je v tistih, ki jih, stopnja razširjenosti na splošno majhna.

Vse večje število držav ima na voljo dovolj podatkov iz raziskav, ki omogočajo statistično analizo dolgoročnih trendov uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let). Na Danskem, Finskem in Švedskem je mogoče opaziti naraščajoče trende uporabe konoplje v zadnjem letu med mladimi odraslimi, čeprav so stopnje razširjenosti različne (slika 2.1). Nasprotno so stopnje razširjenosti na Norveškem ostale večinoma nespremenjene. Zanimivo je, da so Nemčija, Francija in Združeno kraljestvo ugotovili bodisi nespremenjen bodisi upadajoč trend uporabe v zadnjem desetletju, pred tem pa so poročali o povečanju. Tudi Španija je poročala o manjši razširjenosti uporabe v zadnjem desetletju. Te štiri države skupaj predstavljajo skoraj polovico prebivalstva EU. Bolgarija in Italija, ki imata krajše časovne vrste, sta poročali o trendu naraščanja. Italija je pred kratkim poročala o nižjih stopnjah razširjenosti, čeprav raziskave niso neposredno primerljive zaradi metodoloških vprašanj.

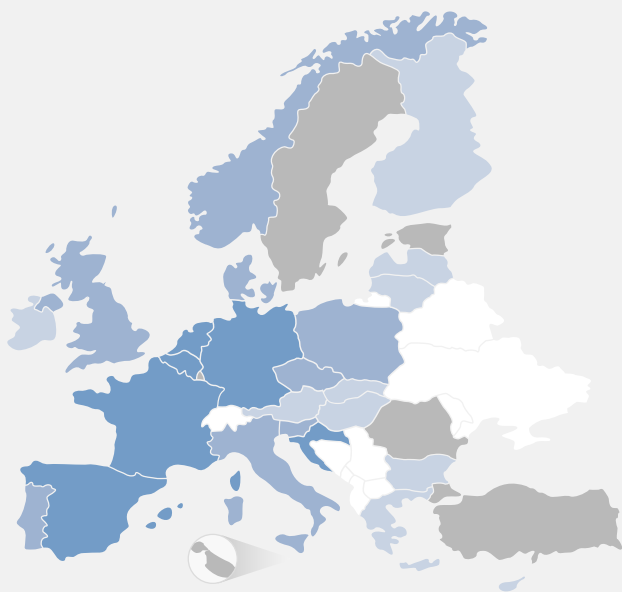
Zaskrbljenost zaradi uporabnikov konoplje

Manjšina uporabnikov konoplje intenzivno uživa to snov. Dnevna ali skoraj dnevna uporaba konoplje je opredeljena kot uporaba v 20 ali več dneh v zadnjem mesecu. Na podlagi teh meril se ocenjuje, da je nekaj manj kot 1 % odraslih Evropejcev vsakodnevnih ali skoraj vsakodnevnih uporabnikov konoplje. Več kot dve tretjini vsakodnevnih ali skoraj vsakodnevnih uporabnikov konoplje sta stari med 15 in 34 leti in v tej starostni skupini jih je več kot tri četrtine moškega spola. Med državami, ki zagotavljajo podatke, se ocenjeni delež vsakodnevnih ali skoraj vsakodnevnih uporabnikov konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) giblje od 0,1 % na Slovaškem do 4,4 % v Španiji (slika 2.2).

V letu 2012 so uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje, kot glavni razlog največkrat navedli odvisnost od konoplje. Po tem ko se je med letoma 2006 in 2011 skupno število prijavljenih uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, s 45 000 povečalo na 61 000, se je leta 2012 število teh ustalilo (59 000). Konoplja je bila druga najpogostejše navedena droga pri vseh uporabnikih drog, ki so se začeli zdraviti v letu 2012 (110 000). Vendar je mogoče opaziti precejšnje odstopanje po državah od 2 % vseh uporabnikov drog na zdravljenju, ki navajajo uporabo konoplje kot primarne droge, v Bolgariji do 66 % takšnih uporabnikov na Madžarskem. Te razlike bi bilo mogoče razložiti z nacionalnimi razlikami pri praksah glede

SLIKA 2.2

Razširjenost dnevne ali skoraj dnevne uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let)



Delež: <0,50 0,51–1,0 >1,0 Ni podatkov

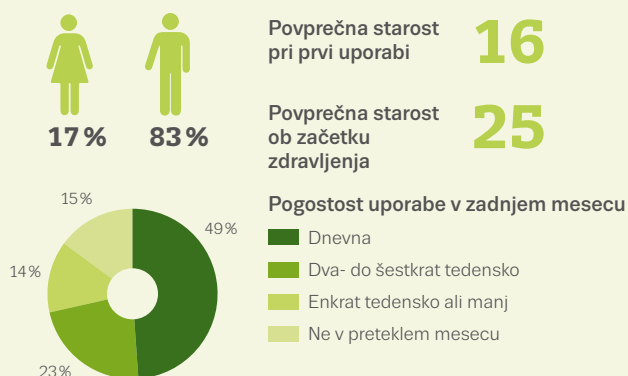
Akutni nujni primeri, povezani s konopljo in sintetičnimi kanabinoidnimi proizvodi

Čeprav so akutni nujni primeri zaradi uporabe konoplje redki, lahko nastanejo, zlasti pri velikih odmerkih. Zdi se, da v državah z visokimi stopnjami razširjenosti vse več težav povzročajo s konopljo povezani nujni primeri. O nedavnem povečanju števila s konopljo povezanih nujnih primerov so poročale Češka republika, Danska in Španija. Večina takšnih nujnih primerov se zgodi pri mladih moških, pogosto pa so povezani z alkoholiziranjem. Simptomi lahko vključujejo anksioznost, psihozo ali druge psihiatrične simptome, pri čemer v večini primerov hospitalizacija ni potrebna. Zaskrbljenost zbuja tudi pojav sintetičnih kanabinoidov. Te snovi lahko imajo izjemno močan učinek, vendar niso kemijsko podobne konoplji, zato lahko imajo različne in potencialno resnejše zdravstvene posledice. Čeprav je naše poznavanje zdravstvenih posledic uporabe teh snovi še vedno omejeno, pa poročila o akutnih škodljivih posledicah, povezanih z njihovo uporabo, zbuja vse večjo zaskrbljenost.

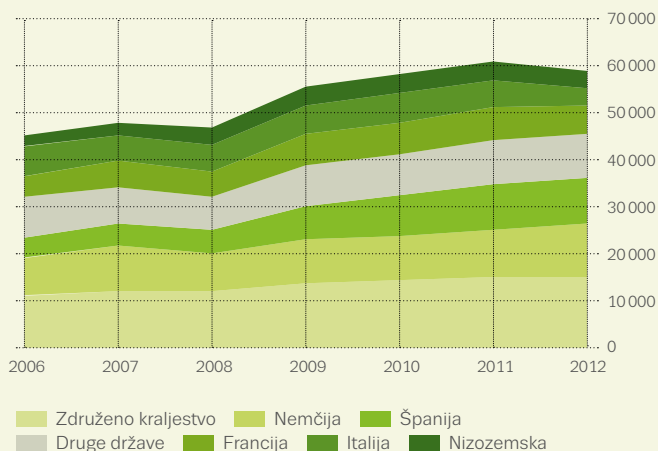
napotitev, zakonodaji, vrstah storitev za zdravljenje, ki so na voljo, in stopnjami razširjenosti konoplje.

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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

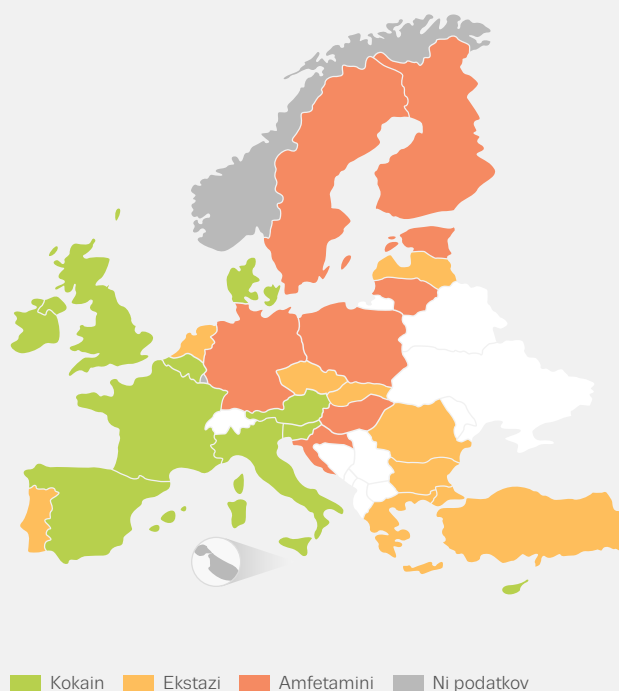
Geografske razlike v vzorcih uporabe stimulansov

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

Podatki iz raziskave ponazarjajo geografske razlike v vzorcih uporabe stimulansov v Evropi. Kokain bolj prevladuje na jugu in zahodu Evrope, amfetamini so pogostejši v srednjih in severnih državah, ekstazi – čeprav so stopnje njegove razširjenosti nizke – pa v državah na jugu in vzhodu (slika 2.3). Podatki iz analize odpadnih voda, opravljene v okviru evropske študije, ki je zajemala več mest, kažejo tudi razlike v regionalnih vzorcih uporabe. Razmeroma visoke koncentracije amfetamina so bile ugotovljene v vzorcih odpadnih voda iz več mest na severu in severozahodu Evrope, najvišje stopnje metamfetamina

SLIKA 2.3

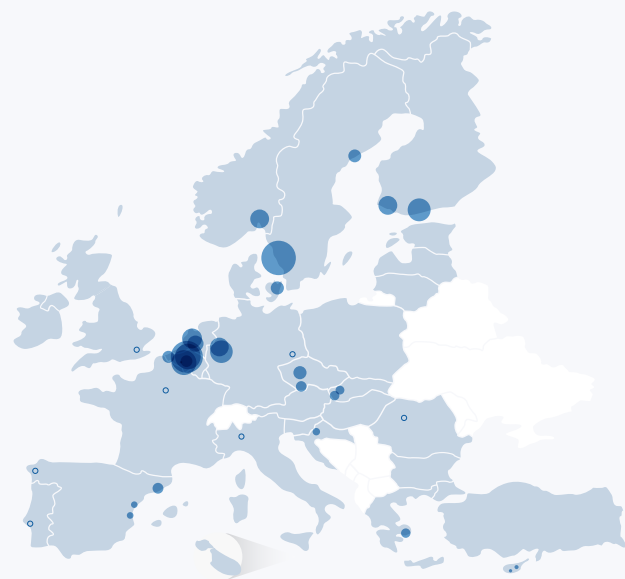
Prevladujoči stimulans glede na lansko razširjenost med mladimi odraslimi (15–34 let)



SLIKA 2.4

Amfetamini v odpadnih vodah izbranih evropskih mest

Amfetamin



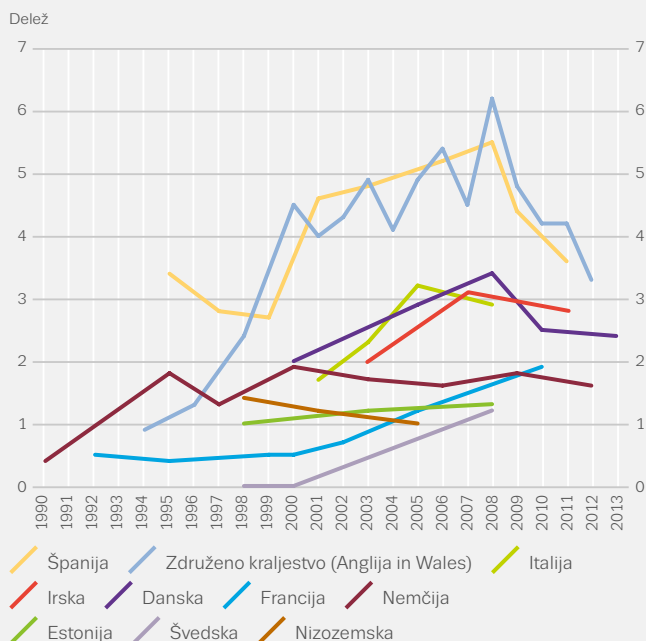
Metamfetamin



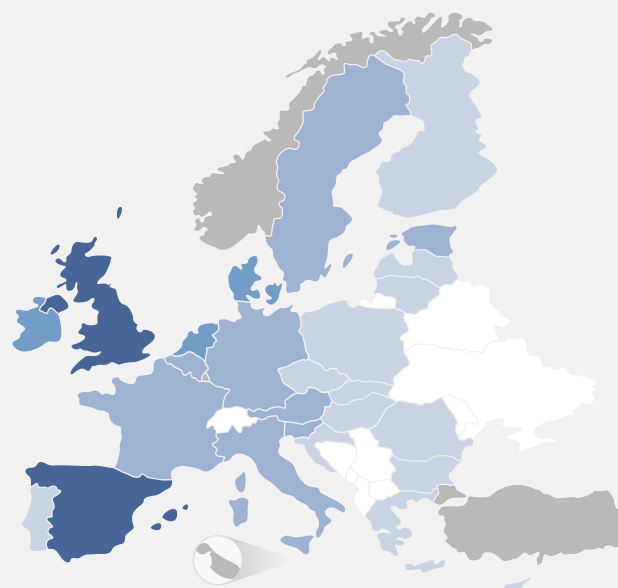
Opomba: Povprečne dnevne količine amfetaminov v miligramih na 1 000 prebivalcev na podlagi enotedskega vzorčenja iz leta 2013. Vir: Sewage Analysis CORE Group Europe (SCORE).

SLIKA 2.5

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



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



pa so bile ugotovljene v mestih v Češki republiki in na Slovaškem (slika 2.4).

Kokain: razširjenost se še naprej zmanjšuje

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

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulans v Evropi, čeprav večina uporabnikov prihaja iz relativno majhnega števila držav. Ocenjuje se, da je v prejšnjem letu kokain uporabilo približno 2,2 milijona mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (1,7 % te starostne skupine).

V zvezi z dolgoročnejšimi trendi uporabe kokaina za Dansko, Španijo in Združeno kraljestvo, to je za države, ki poročajo o razmeroma visoki stopnji razširjenosti, je mogoče opaziti zmanjšanje zadevne stopnje po njeni najvišji vrednosti v letu 2008 (slika 2.5). Večina drugih držav kaže ustaljen ali upadajoč trend.

Zmanjšanje uporabe kokaina je razvidno tudi iz najnovejših podatkov, pri čemer 11 od 12 držav, ki so izvedle raziskave med letoma 2011 in 2013, poroča o manjši razširjenosti.

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulans v Evropi

Nadaljnje upadanje povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od kokaina

Samo štiri države imajo relativno nove ocene o intenzivni ali problematični uporabi kokaina, ki pa jih je težko primerjati, ker se uporabljene opredelitve razlikujejo. V letu 2012 je za odraslo prebivalstvo Nemčija ocenila, da je „odvisnost od kokaina“ med odraslim prebivalstvom 0,20-odstotna; Italija, da „zdravljenje zaradi uporabe kokaina“ potrebuje 0,26 % odraslega prebivalstva, Španija pa je ocenila „zelo tvegano uporabo kokaina“ pri 0,4 % zadevnega prebivalstva. Za obdobje 2010–11 je Združeno kraljestvo ocenilo, da crack uporablja 0,49 % odraslega prebivalstva v Angliji, čeprav je večina tega prebivalstva uporabljala tudi opioide.

V letu 2012 je bil kokain naveden kot primarna droga pri 14 % uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (55 000), in pri 18 % uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje (26 000). Med državami obstajajo velike razlike, pri čemer je 90 % vseh oseb, ki se zdravijo zaradi kokaina, priglasilo samo pet držav (Nemčija, Španija, Italija, Nizozemska, Združeno kraljestvo). Teh pet držav skupaj predstavlja nekaj več kot polovico prebivalstva EU. Število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje zaradi primarne uporabe kokaina, v zadnjih letih upada, in

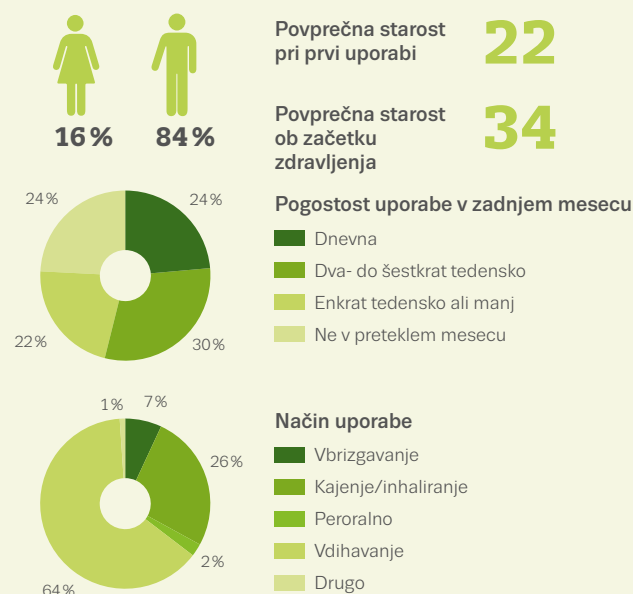
sicer se je z najvišje vrednosti 38 000 leta 2008 zmanjšalo na 26 000 leta 2012. Velik del tega upada je mogoče pripisati nižjim številkam, o katerih je poročala Italija. Leta 2012 je le majhno število (2 300) uporabnikov v Evropi, ki so se začeli zdraviti prvič, navedlo primarno uporabo crack kokaina, pri čemer jih je iz Združenega kraljestva približno dve tretjini, ostali pa so večinoma iz Španije in Nizozemske.

Kokain je tudi vzrok akutnih sprejemov v bolnišnico in smrtnih primerov. Ta droga je poleg tega lahko dejavnik pri nekaterih smrtnih primerih, povezanih s kardiovaskularnimi težavami. Čeprav so podatki na tem področju omejeni, je leta 2012 19 držav poročalo o več kot 500 smrtnih primerih, povezanih s kokainom.

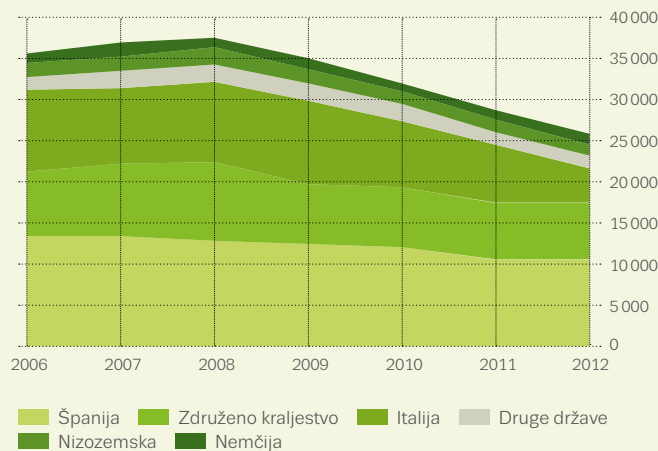
V letu 2012 je 19 držav poročalo o smrtnih primerih, povezanih s kokainom, z več kot 500 ugotovljenimi primeri

UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



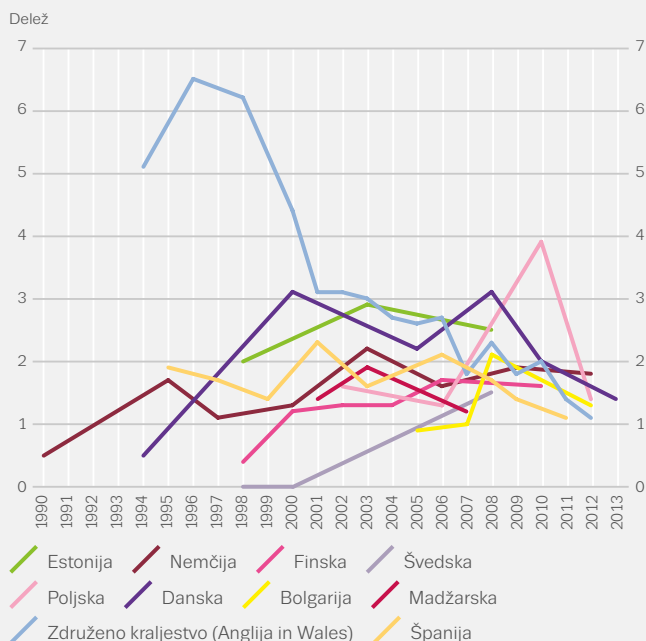
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



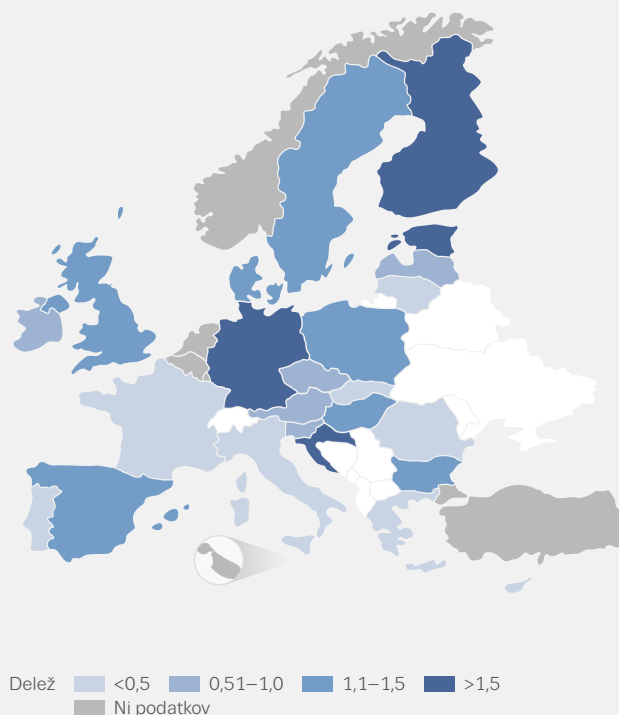
Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti in uporabljajo kokain/crack kot primarno drogo. Pri trendih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti prvič in uporabljajo kokain/crack kot primarno drogo. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 2.6

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



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



Amfetamini: uporaba se zmanjšuje, vendar se zdravstvena tveganja nadaljujejo

V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot metamfetamin, dva tesno povezana stimulanisa, čeprav je amfetamin precej bolj razširjen. Uporaba metamfetamina je od nekdaj omejena na Češko republiko, v zadnjem času pa še na Slovaško, čeprav se to zdaj spreminja.

Obe drogi se lahko uporabljata peroralno ali se vdihavata, v nekaterih državah pa je med problematičnimi uporabniki drog razmeroma pogosto tudi vbrizgavanje. Metamfetamin se lahko tudi kadi, vendar se je o tem načinu uporabe v Evropi začelo poročati šele pred kratkim.

Škodljivi učinki na zdravje, povezani z uporabo amfetaminov, vključujejo kardiovaskularne, pljučne, nevrološke in duševne zdravstvene težave, medtem ko je kot pri drugih drogah vbrizgavanje dejavnik tveganja za nalezljive bolezni. Kot pri drugih stimulansih je včasih težko prepoznati smrtne primere, povezane z amfetamini, vendar je vsako leto sporočenih nekaj primerov, običajno iz držav z visokimi ravni razširjenosti.

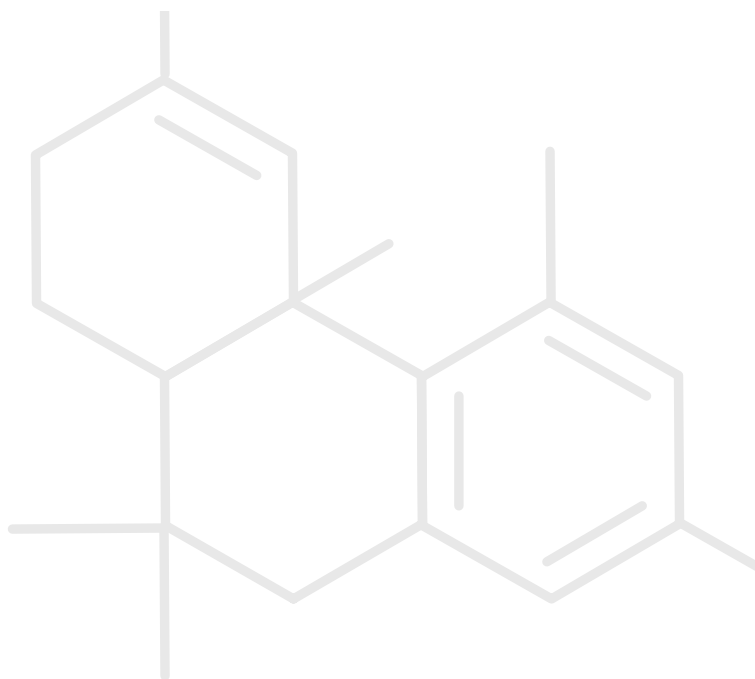
Po ocenah je v zadnjem letu amfetamine uporabilo približno 1,2 milijona (0,9 %) mladih odraslih (15–34 let). Med letoma 2007 in 2012 so bile letne ocene razširjenosti med mladimi odraslimi razmeroma nizke in ustaljene v večini evropskih držav, pri čemer so vse države poročevalke poročale o 2,5-odstotni ali nižji stopnji razširjenosti. Od 12 držav, ki so opravile raziskave od leta 2011, jih je 11 poročalo o zmanjševanju uporabe amfetamina (slika 2.6).

Uporaba amfetaminov, večplasten pojav

Češka republika in Slovaška poročata o dolgoročnejših zakoreninjenih vzorcih uporabe metamfetamina, pri čemer so najnovejše ocene o številu problematičnih uporabnikov med odraslimi (15–64 let) približno 0,42 % za Češko republiko (2012) in 0,21 % za Slovaško (2007). O znakih problematične uporabe metamfetamina se je nedavno poročalo v zvezi s tveganimi uporabniki drog v nekaterih regijah v Nemčiji, Grčiji, na Cipru, v Latviji in Turčiji. To vključuje zaskrbljujoče znake iz južnoevropskih držav o kajenju kristalnega metamfetamina med skupinami injicirajočih uporabnikov opioidov. Poleg tega so bili v nekaterih večjih evropskih mestih ugotovljeni novi trendi vbrizgavanja pri majhnih skupinah moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

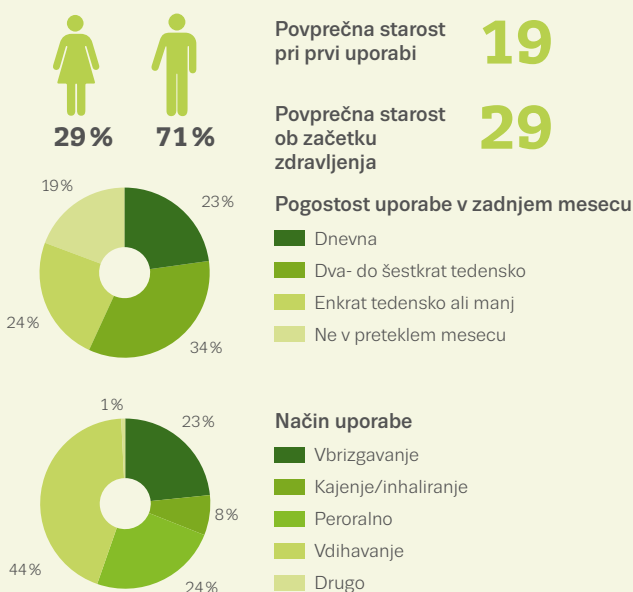
Približno 6 % uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi v letu 2012, je kot primarno drogo navedlo amfetamine (približno 25 000 uporabnikov, od teh se jih je 10 000 v zdravljenje vključilo prvič v življenju). Primarni uporabniki amfetamina pomenijo velik delež sporočenih prvih začetih zdravljenj samo v Nemčiji, Latviji in na Poljskem, metamfetamin pa kot primarno drogo navaja velik delež oseb, ki so se prvič začele zdraviti v Češki republici in na Slovaškem. K nedavnemu povečanju števila uporabnikov amfetaminov, ki se začnejo prvič zdraviti, sta prispevala predvsem Nemčija

in povečanje števila oseb, ki so se prvič začele zdraviti zaradi odvisnosti od metamfetamina, v Češki republici in na Slovaškem.

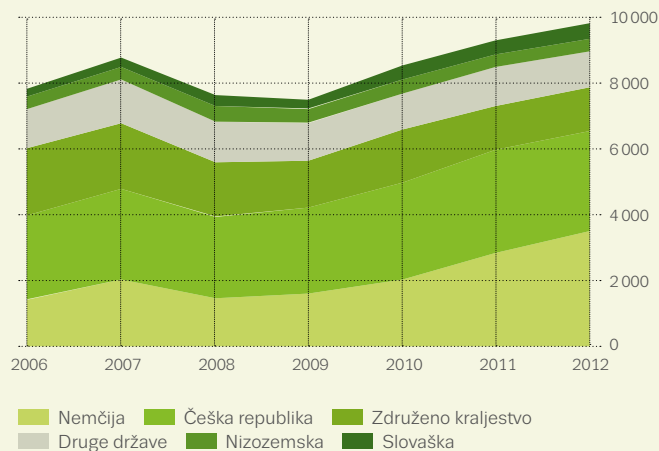


UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



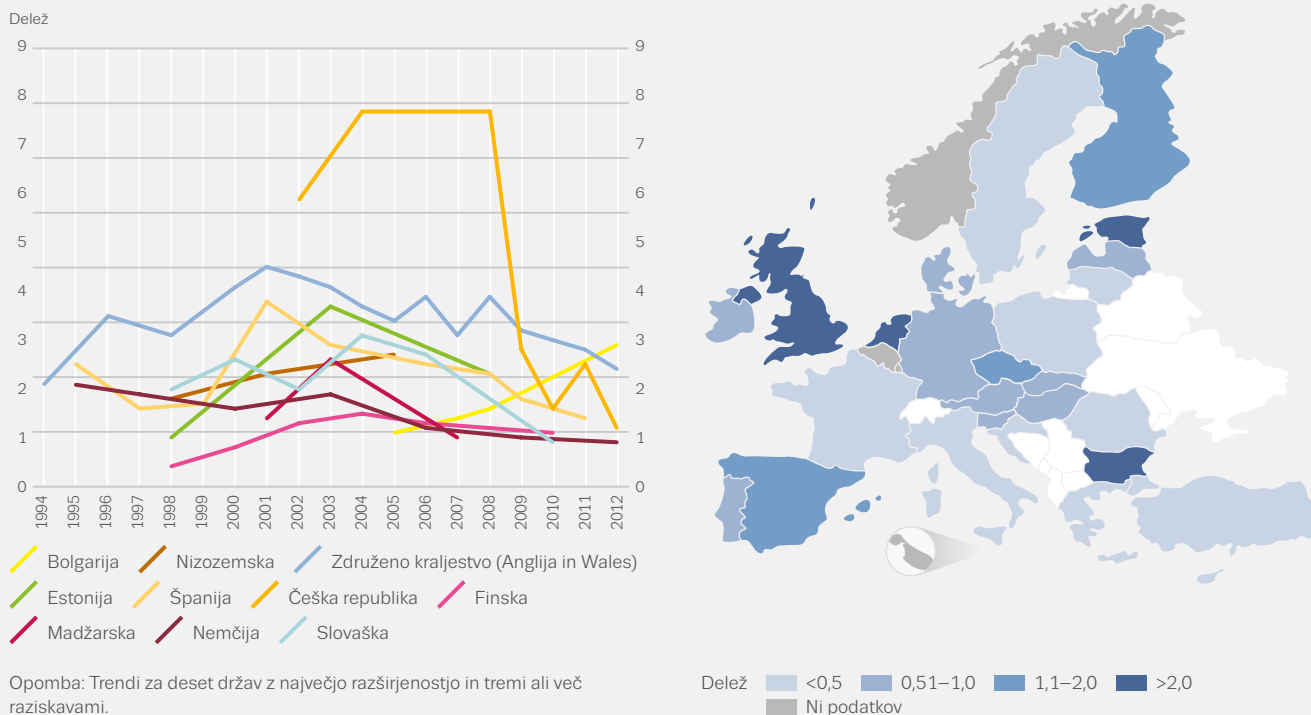
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli prvič zdraviti



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

SLIKA 2.7

Razširjenost uporabe ekstazija med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: izbrani trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)



Uporaba ekstazija: majhni in stabilni trendi med splošno populacijo

Izraz ekstazi se običajno nanaša na sintetično snov MDMA. Droga se običajno uporablja v obliki tablet, včasih pa je dosegljiva tudi v obliki kristalov ali praška; navadno se jo jemlje peroralno ali vdihava. Uporaba ekstazija je bila v preteklosti povezana s prizorišči z elektronsko plesno glasbo, najbolj razširjena pa je med mladimi odraslimi, zlasti mlajšimi moškimi. Med težavami, povezanimi z uporabo te droge, so akutna hipertermija in težave z duševnim zdravjem. O smrtnih primerih, povezanih z ekstazijem, se poroča, vendar so redki.

Po ocenah je 1,3 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo ekstazi v zadnjem letu (1,0 % te starostne skupine), nacionalne ocene pa se gibljejo od manj kot 0,1 % do 3,1 %. V Evropi je uporaba droge seveda dosegla najvišjo raven v prvi polovici prvega desetletja tega stoletja, potem pa je začela upadati (slika 2.7). Med letoma 2007 in 2012 je

večina držav poročala o umirjanju ali zmanjševanju uporabe ekstazija. Razen v Bolgariji, za katero je značilno povečevanje uporabe ekstazija od leta 2005, se to zmanjševanje nadaljuje, kakor kažejo podatki 12 držav, ki sporočajo rezultate raziskav od leta 2011. Le malo uporabnikov drog se je v letu 2012 vključilo v zdravljenje zaradi težav z ekstazijem: ekstazi je kot primarno drogo navedlo manj kot 1 % (približno 550) sporočenih uporabnikov v Evropi, ki so se začeli prvič zdraviti.

**Med letoma 2007 in 2012 je
večina držav poročala o
umirjanju ali zmanjševanju
uporabe ekstazija**

Sintetični katinoni: skrb zbujačo vbrzgovanje

Sintetični katinoni, kot sta mefedron in MPDV, so si izborili mesto na trgu prepovedanih stimulanov v nekaterih državah. Iz omejenih informacij, ki so na voljo, je razvidno, da stopnje razširjenosti ostajajo nizke. Več raziskav, ki vključujejo katinone, je na voljo le za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2012/2013) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba mefedrona v zadnjem letu med odraslimi, starimi od 16 do 59 let, 0,5-odstotna, kar pomeni zmanjšanje z 1,1 % v obdobju 2011–2012 in 1,4 % v obdobju 2010–2011. Tudi rezultati nereprezentativne raziskave med rednimi obiskovalci nočnih klubov v Združenem kraljestvu kažejo zmanjšanje uporabe mefedrona v zadnjem letu (z 19,5 % v letu 2011 na 13,8 % v letu 2012).

O vbrzgovanju katinonov, vključno z mefedronom, MDPV in pentedronom, ki še vedno zbuja zaskrbljenost, se je poročalo v različnih populacijah, vključno z injicirajočimi uporabniki opioidov, uporabniki storitev zdravljenja zaradi odvisnosti od drog, zaporniki in majhnimi populacijami moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Madžarska, Romunija in Združeno kraljestvo poročajo o povečanju povpraševanja po zdravljenju, povezanem s težavami zaradi uporabe sintetičnih katinonov. V Romuniji je večji delež uporabnikov, ki se začnejo prvič zdraviti, kot primarno drogo navedel nove psihoaktivne snovi (37 %), kot pa uporabnikov, ki so navedli heroin (21 %). Ocenjuje se, da se je v Združenem kraljestvu v obdobju 2011–2012 v zdravljenje vključilo 1 900 uporabnikov mefedrona, od teh jih je bila več kot polovica stara manj kot 18 let.

Nizka raven uporabe halucinogenih snovi, GHB in ketamina

Na trgu prepovedanih drog v Evropi so na voljo številne psihoaktivne snovi s halucinogenimi, anestetičnimi in sedativnimi učinki, ki se lahko uporabljajo posamično, skupaj ali namesto bolj običajnih drog. Splošna razširjenost uporabe halucinogenih gob in LSD (dietilamid lisergične kisline) v Evropi je na splošno nizka in ustaljena več let. Nacionalne raziskave kažejo, da je bila razširjenost uporabe halucinogenih gob med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu med 0 % in 0,8 %, razširjenost LSD pa med 0 % in 0,7 %.

Od sredine devetdesetih let prejšnjega stoletja se poroča o rekreativni uporabi ketamina in gama-hidroksibutirata (GHB) med podskupinami uporabnikov drog v Evropi. Vedno večje je zavedanje o zdravstvenih težavah, povezanih s temi snovmi, na primer o poškodbah sečnika, povezanih z dolgotrajno uporabo ketamina. Izguba zavesti, simptomi

odtegnitve in odvisnost so tveganja, ki so povezana z uporabo GHB, pri čemer Belgija in Nizozemska poročata o nekaterih zahtevah za zdravljenje odvisnosti. Kjer obstajajo nacionalne ocene o razširjenosti uporabe GHB in ketamina, ta pri odraslih in šolski mladini ostaja majhna.

Danska je poročala o 0,3-odstotni razširjenosti uporabe ketamina v zadnjem letu med mladimi odraslimi (15–34 let), uporabo ketamina v zadnjem letu je navedlo 0,8 % 16- do 24-letnikov v Združenem kraljestvu, kar pomeni zmanjšanje od največjega deleža 2,1 % v letu 2010. Ciljne raziskave na prizoriščih nočnega življenja običajno poročajo o večji razširjenosti. Med anketiranci iz Združenega kraljestva, ki so sodelovali v samoizbrani spletni raziskavi iz leta 2013 in bili opredeljeni kot redni obiskovalci klubov, jih je 31 % poročalo o uporabi ketamina v zadnjem letu, 2 % pa o uporabi GHB v zadnjem letu.

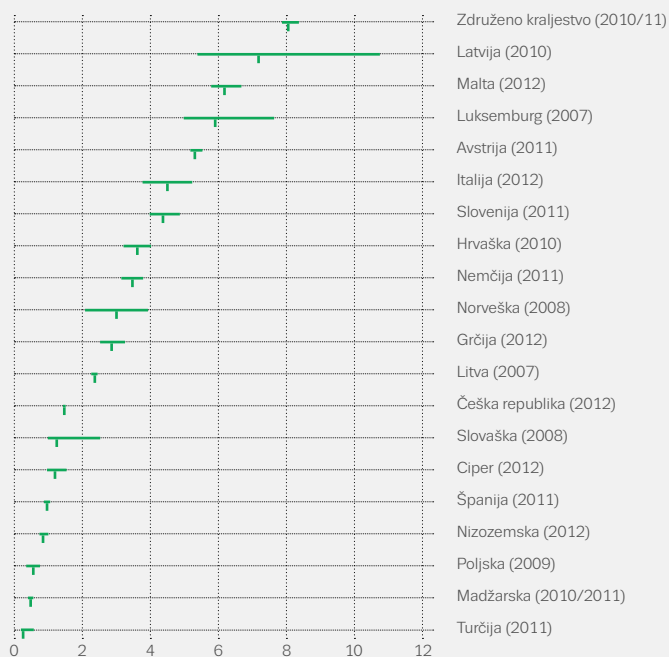
Na trgu prepovedanih drog v Evropi so na voljo številne psihoaktivne snovi s halucinogenimi, anestetičnimi in sedativnimi učinki



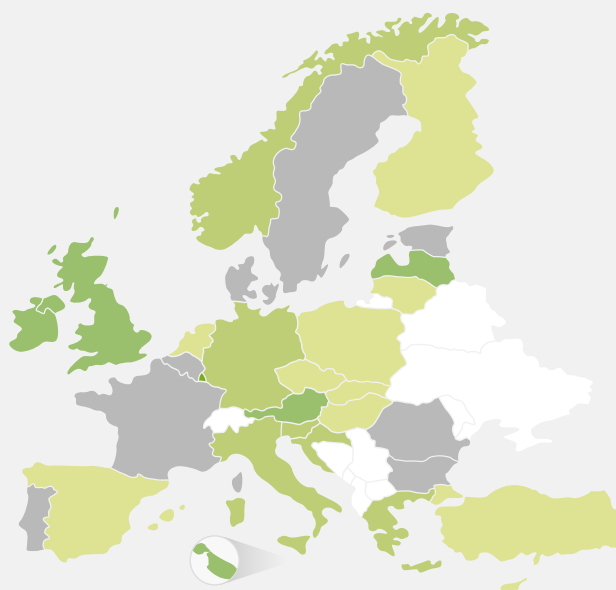
SLIKA 2.8

Nacionalne ocene razširjenosti problematične uporabe opioidov v zadnjem letu

Primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let



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



Primerov na 1 000 <2,50 2,51–5,0 >5,0 Ni podatkov
 Opomba: Podatki za Finsko so iz leta 2005, podatki za Irsko pa iz leta 2006.

Opioidi: 1,3 milijona problematičnih uporabnikov

Nezakonita uporaba opioidov je še vedno vzrok za nesorazmerno velik delež obolevnosti in smrtnih primerov zaradi uporabe drog v Evropi. Glavni opioid, ki uporablja v Evropi, je heroin, ki ga je mogoče kaditi, vdihavati ali vbrizgavati. Na trgu prepovedanih drog je na voljo vrsta drugih sintetičnih opioidov, kot so buprenorfin, metadon in fentanil. Uporaba opioidov je običajno največja v marginaliziranih skupinah na urbanih območjih.

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

Povprečna letna razširjenost problematične uporabe opioidov med odraslimi (15–64 let) je ocenjena na približno 0,4 %, kar je 1,3 milijona problematičnih uporabnikov opioidov v Evropi v letu 2012. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti problematične uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do približno osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (slika 2.8).

Heroin: nadaljuje se upadanje povpraševanja po zdravljenju odvisnosti

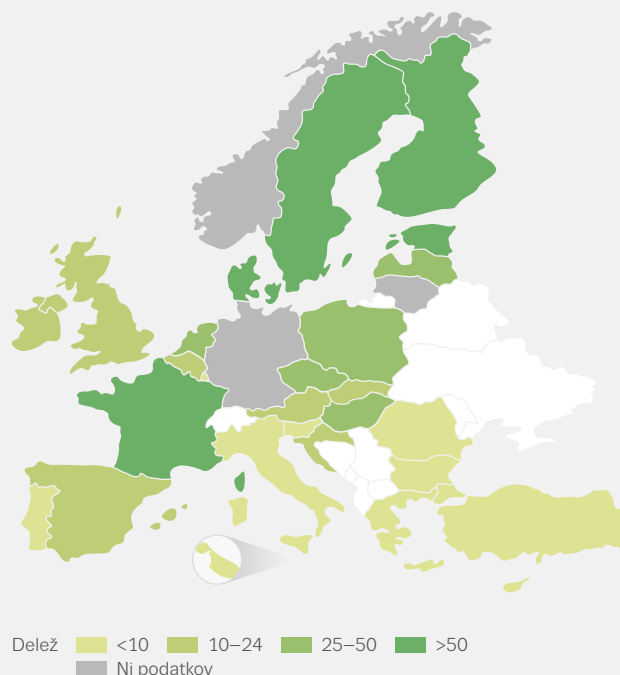
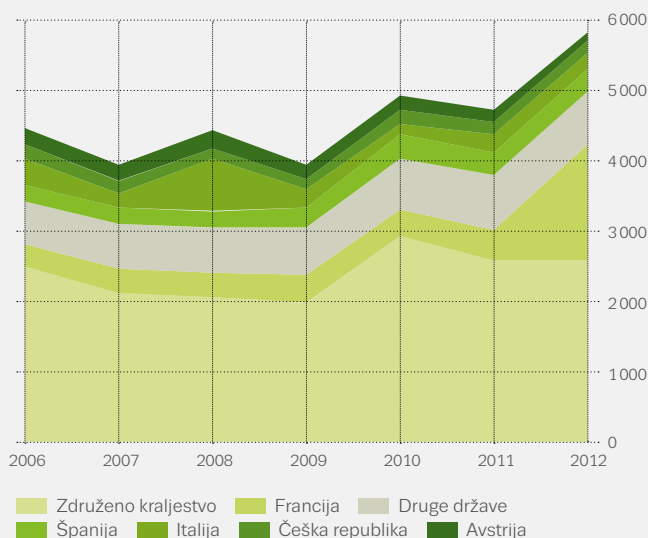
Uporabniki, ki kot primarno drogo uporabljajo opioide, zlasti heroin, predstavljajo 46 % vseh uporabnikov drog, ki so se v letu 2012 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (180 000), in približno 26 % uporabnikov, ki so se v zdravljenje vključili prvič. Skupno število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje odvisnosti od heroina, v Evropi upada. Leta 2007 jih je bilo največ, 59 000, nato pa se je njihovo število skoraj razpolovilo na 31 000 v letu 2012. Na splošno se zdi, da je število novih uporabnikov heroina upadlo in da to zdaj vpliva na povpraševanje po zdravljenju.

Opioidi, ki niso heroin: razlog za vse večjo zaskrbljenost

V letu 2012 je v večini evropskih držav (17) več kot 10 % vseh uporabnikov, ki so se prvič vključili v specialistično zdravljenje zaradi odvisnosti od opioidov, uporabljalo opioide, ki niso heroin (slika 2.9). Ti so vključevali metadon, fentanil in buprenorfin. V nekaterih državah je uporaba teh drog najpogostejša oblika uporabe opioidov. V Estoniji je večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi odvisnosti od opioidov, uporabljala prepovedani fentanil, na Finskem pa so osebe, ki so se vključile v zdravljenje, večinoma primarni uporabniki buprenorfina.

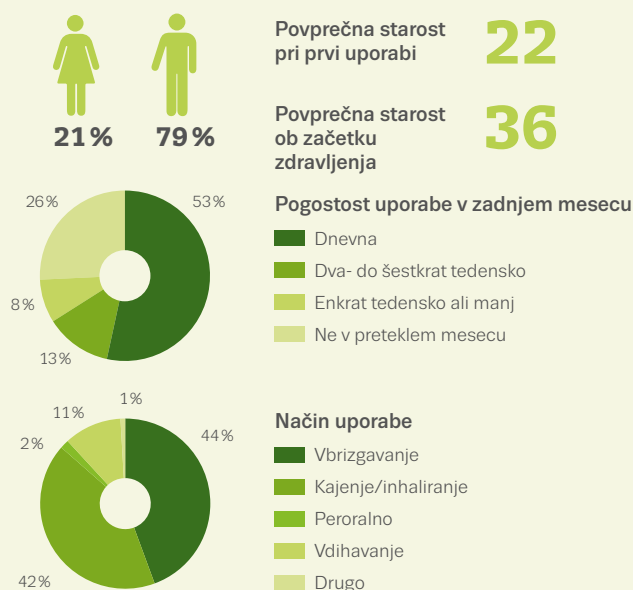
SLIKA 2.9

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

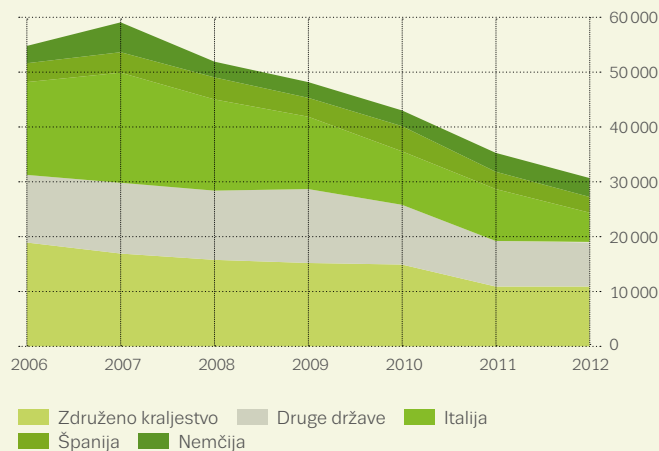


UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



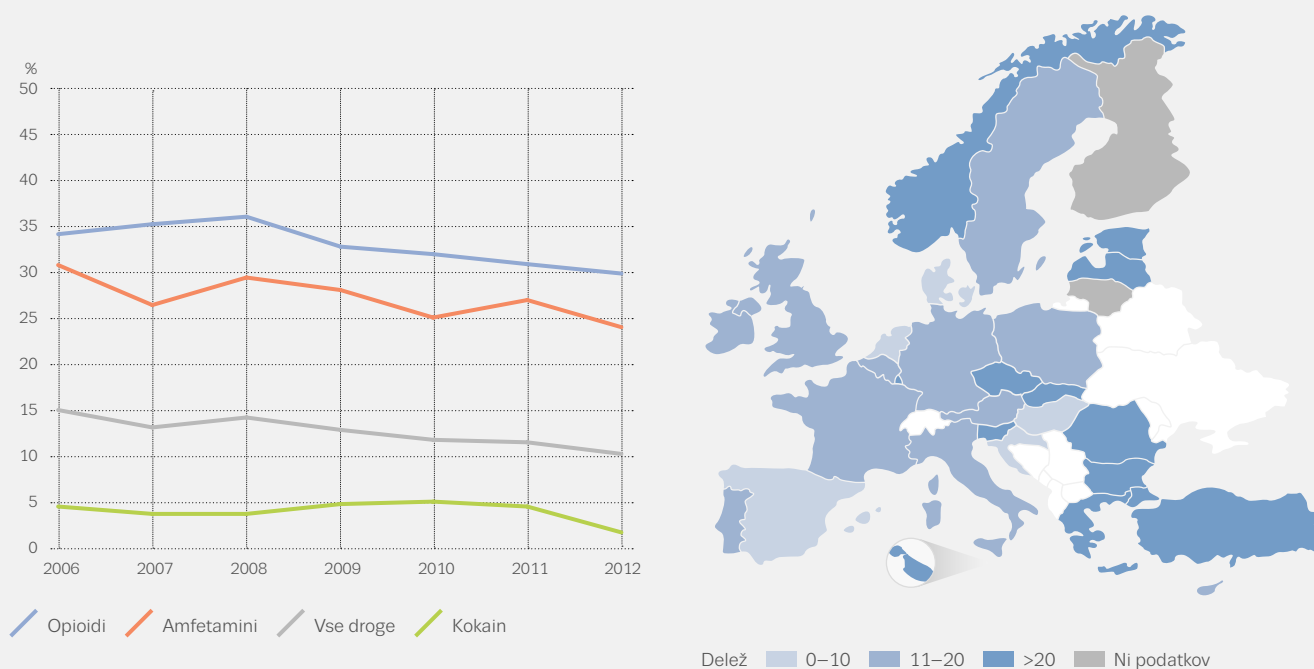
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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

SLIKA 2.10

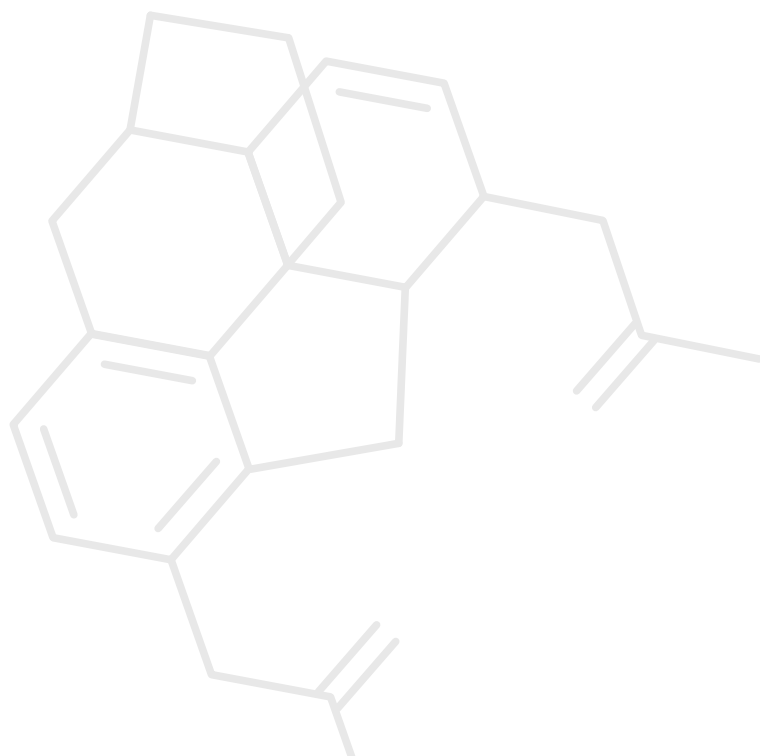
Razširjenost vbrizgavanja v zadnjem mesecu med uporabniki, ki se začnejo zdraviti: trendi med novimi uporabniki, ki so se začeli zdraviti (levo), nacionalne stopnje med vsemi uporabniki, ki so se začeli zdraviti (desno)



Vbrizgavanje drog: dolgoročno upadanje

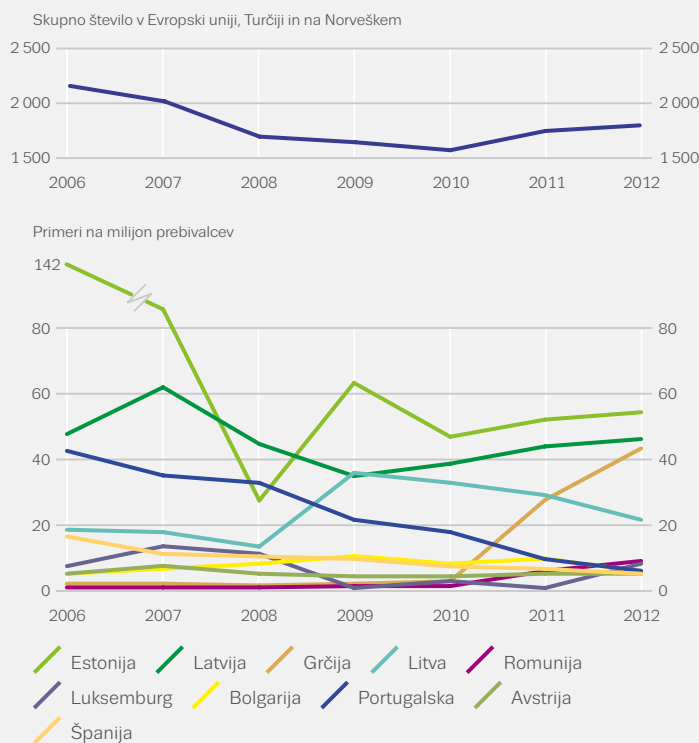
Injicirajoči uporabniki drog so med tistimi, ki so zaradi uporabe drog najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, kot so okužbe, ki se prenašajo s krvjo, ali smrt zaradi prevelikega odmerka. Vbrizgavanje je na splošno povezano z uporabo opioidov, v nekaj državah pa je velika težava vbrizgavanje amfetaminov. Dvanajst držav ima novejša ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem, ki se gibljejo od manj kot enega primera do približno šestih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Med uporabniki, ki so se vključili v specialistično zdravljenje, 38 % uporabnikov opioidov in 23 % uporabnikov amfetaminov poroča o vbrizgavanju droge. Ravni vbrizgavanja med uporabniki, ki so se vključili v zdravljenje zaradi odvisnosti od opioidov, se med državami razlikujejo, in sicer od manj kot 6 % na Nizozemskem do 100 % v Litvi.

Iz analize časovnih trendov med uporabniki v Evropi, ki so se začeli zdraviti prvič, je razvidno, da se je od leta 2006 zmanjšal delež vbrizgavanja kot glavnega načina uporabe (slika 2.10). V istem obdobju se je zmanjšal tudi delež novih uporabnikov, ki so navedli vbrizgavanje amfetaminov, kokaina ali opioidov v zadnjem mesecu.

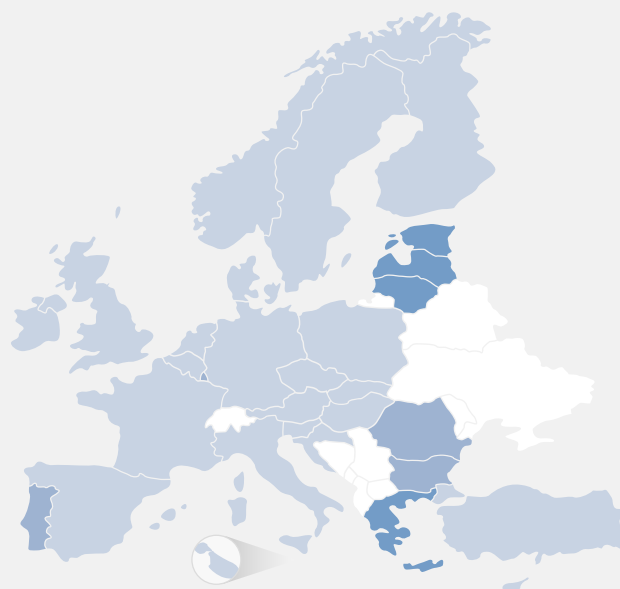


SLIKA 2.11

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



Opomba: Na novo diagnosticirane okužbe z virusom HIV pri injicirajočih uporabnikih drog v 10 državah, ki so poročale o najvišjih stopnjah v letu 2012 (vir: ECDC).



Primeri na milijon prebivalcev <5,0 5,1–10,0 >10,0

HIV: izbruhi vplivajo na trend v EU

Vbrizgavanje drog ima še naprej pomembno vlogo pri širjenju nalezljivih bolezni, ki se prenašajo s krvjo, kot sta hepatitis C in v nekaterih državah virus HIV/aids.

Najnovejši podatki kažejo, da bi se dolgoročni upad števila novih diagnoz okužbe z virusom HIV v Evropi lahko prekinil zaradi izbruhov med injicirajočimi uporabniki drog v Grčiji in Romuniji (slika 2.11). V letu 2012 je bila povprečna stopnja sporočenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi drog z vbrizgavanjem, 3,09 primera na milijon prebivalcev. Čeprav je treba podatke še pregledati, je bilo v letu 2012 na novo sporočenih 1 788 primerov, malo več kot v letu 2011 (1 732), kar pomeni nadaljevanje naraščajočega trenda, opaženega od leta 2010.

Medtem ko sta v letu 2010 Grčija in Romunija predstavljali nekaj več kot 2 % skupnega števila na novo sporočenih diagnoz, se je do leta 2012 ta delež povečal na 37 %. V drugih državah, kot sta Španija in Portugalska, ki so v preteklosti imele obdobja z visokimi ravni okužbe, trendi v zvezi z ravno na novo sporočenih diagnoz še naprej upadajo. Razmere pa so manj pozitivne v Estoniji, kjer raven novih diagnoz ostaja visoka, in v Latviji, kjer se letne ravni od leta 2009 zvišujejo.

Umrljivost, povezana z virusom HIV, je najbolje dokumentiran posredni vzrok smrti med uporabniki drog. Najnovejša ocena kaže, da je v Evropi v letu 2010 zaradi virusa HIV/aidsa, ki ga je mogoče povezati z uporabo drog z vbrizgavanjem, umrlo približno 1 700 ljudi, to število pa se z leti zmanjšuje. Tudi obolenja jeter so verjetno razlog za precejšnje in naraščajoče število smrtnih primerov med injicirajočimi uporabniki drog, zlasti zaradi okužbe z virusom HCV, pogosto pa se njihovo stanje še poslabša zaradi čezmernega uživanja alkohola.

Umrljivost, povezana z virusom HIV, je najbolje dokumentiran posredni vzrok smrti med uporabniki drog

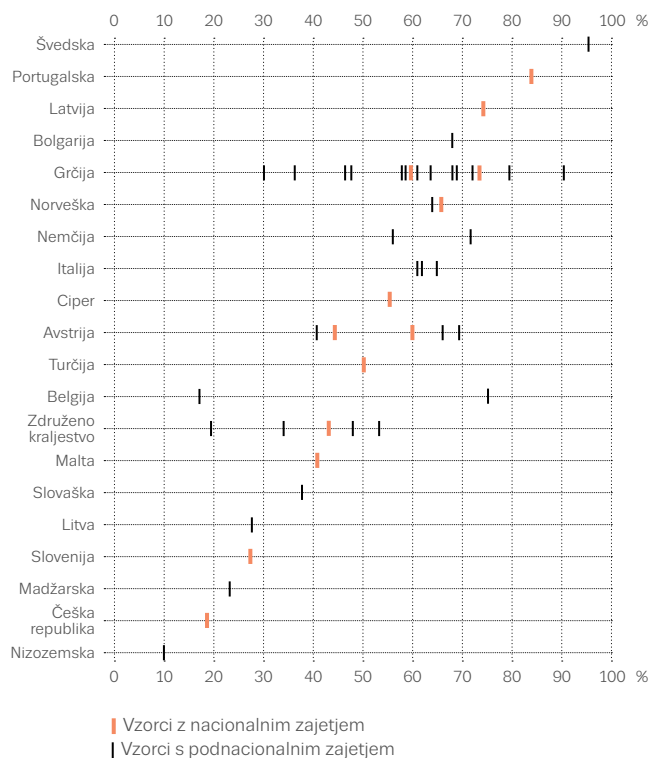
Hepatitis in druge okužbe: velike zdravstvene težave

Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. Ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog so se v letih 2011 in 2012 gibale od 19 do 84 %. Sedem od enajstih držav z nacionalnimi podatki je poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (slika 2.12). Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2007–2012 je o zmanjševanju razširjenosti HCV med injicirajočimi uporabniki drog poročala Norveška, sedem drugih pa je ugotovilo povečanje.

V 18 državah, za katere so na voljo podatki za obdobje 2011–2012, uporaba drog z vbrizgavanjem v povprečju pomeni 64 % vseh prijavljenih diagnoz HCV in 50 % akutnih diagnoz (pri katerih je kategorija tveganja znana). Pri hepatitisu B injicirajoči uporabniki drog pomenijo 9 % vseh prijavljenih diagnoz in 21 % akutnih diagnoz. Uporaba drog je lahko dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, vključno s hepatitisom A in D, spolno prenosljivimi boleznimi, tuberkulozo, tetanusom in botulizmom. Občasno se v Evropi poroča tudi o izbruhih

SLIKA 2.12

Razširjenost protiteles HCV med injicirajočimi uporabniki drog, 2011–2012



Običajno so osebe, ki umrejo zaradi prevelikega odmerka droge, stare okoli 35 let ali več, pri čemer povprečna starost teh oseb ob smrti narašča

okužb z antraksom, verjetno zaradi okuženega heroina. Tako je bilo na primer med junijem 2012 in marcem 2013 sporočenih 15 primerov okužbe z antraksom, povezanih z drogami, od katerih se jih je sedem končalo s smrtjo.

Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: splošno zmanjšanje njihovega števila, v nekaterih državah pa povečanje

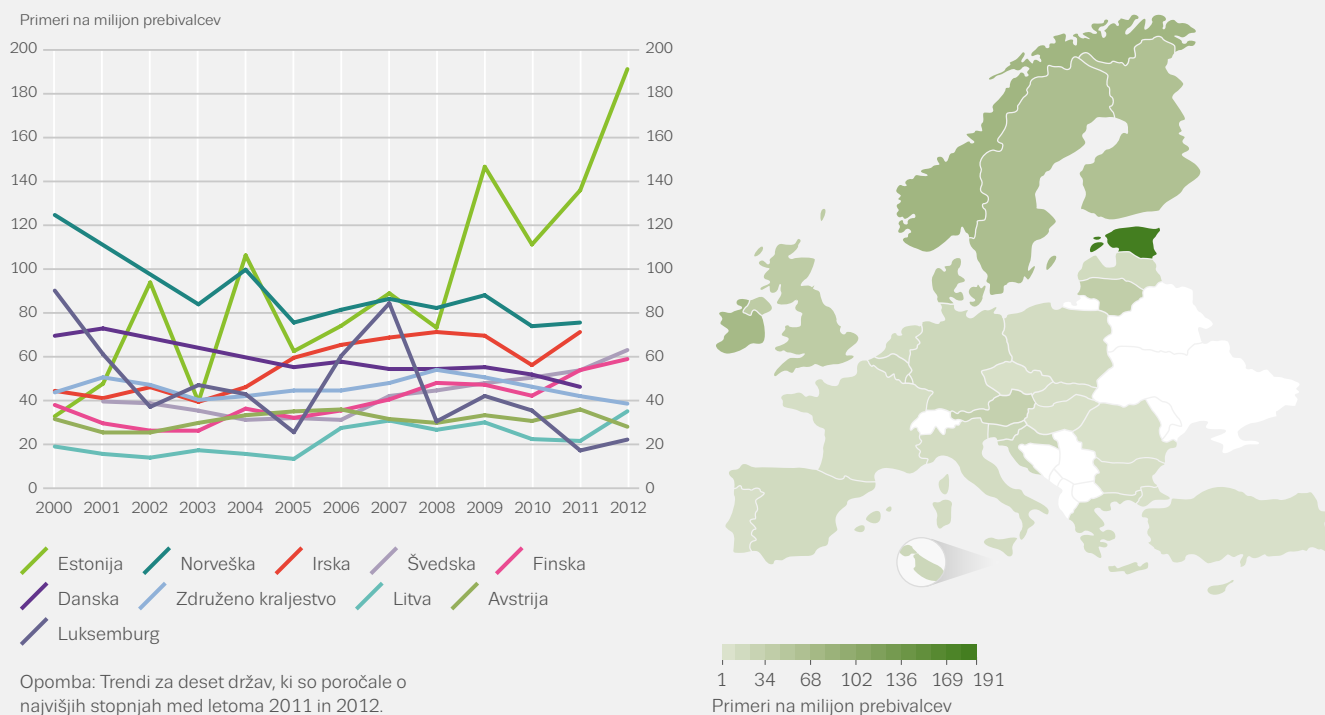
Uporaba drog je eden od glavnih vzrokov umrljivosti med mladimi v Evropi, tako neposredno zaradi prevelikega odmerka drog (smrtni primeri zaradi drog) kot posredno zaradi bolezni, povezanih z drogami, ter nesreč, nasilja in samomorov. Večina študij o kohortah problematičnih uporabnikov drog kaže ravni umrljivosti med 1 in 2 % letno, ocenjeno pa je bilo, da v Evropi vsako leto umre med 10 000 in 20 000 uporabnikov opioidov. Na splošno je pri uporabnikih opioidov vsaj desetkrat večja verjetnost smrti kot pri njihovih vrstnikih iste starosti in istega spola. V nekaterih državah je pri uporabnicah opioidov tveganje smrti tudi do 30-krat večje kot pri njihovih vrstnicah.

Prevelik odmerek drog je še vedno glavni vzrok smrti med problematičnimi uporabniki drog. Heroin ali njegovi presnovki so prisotni pri večini sporočenih prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi, kot so alkohol ali benzodiazepini. Poleg heroina so med drugimi opioidi, ki jih je mogoče redno najti v toksikoloških poročilih, metadon, buprenorfin, fentanil in tramadol, pri čemer nekatere države poročajo, da so tovrstne snovi vzrok precejšnjega deleža smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. V dveh državah število prevelikih odmerkov, povezanih z metadonom, presega število prevelikih odmerkov, povezanih s heroinom. V večini primerov, v katerih je bil ugotovljen metadon, žrtev ob smrti ni bila vključena v nadomestno zdravljenje, temveč je uporabljala preusmerjen metadon v okviru hkratne uporabe več drog.

Čeprav število smrtnih primerov, povezanih z drogami, med zelo mladimi zbuja precejšnjo zaskrbljenost, se le 10 % sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropi zgodi med osebami, starimi manj kot 25 let.

SLIKA 2.13

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

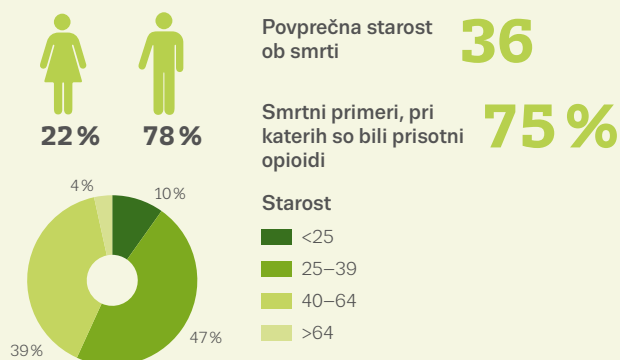


Običajno so osebe, ki umrejo zaradi prevelikega odmerka droge, stare okoli 35 let ali več, pri čemer povprečna starost teh oseb ob smrti narašča, kar kaže, da se kohorta problematičnih uporabnikov opioidov stara. Med sporočenimi smrtnimi primeri zaradi prevelikega odmerka prevladujejo moški (78 %).

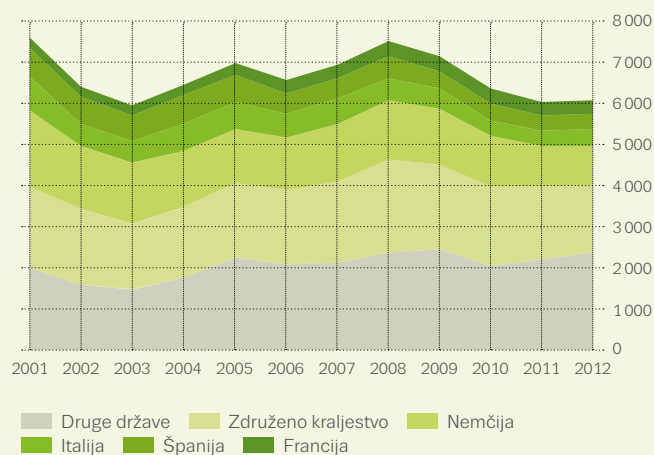
Za leto 2012 se povprečna stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 17 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Nacionalne ravni umrljivosti se zelo razlikujejo, nanje pa vplivajo dejavniki, kot so vzorci uporabe drog, zlasti vbrizgavanje drog, značilnosti populacije, ki uporablja droge, in poročevalske prakse. O stopnji, ki presega 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, je poročalo šest

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

Značilnosti



Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



držav, pri čemer je ta stopnja najvišja na Norveškem (76 na milijon prebivalcev) in v Estoniji (191 na milijon prebivalcev) (slika 2.13). V Estoniji se je število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka zelo povečalo in ponazarja učinek, ki ga lahko imajo različni vzorci uporabe drog na nacionalne številke – v Estoniji so smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka večinoma povezani z uporabo fentanilov, ki so sintetični opiodi z zelo močnim učinkom.

Večina držav je poročala o povečevanju števila smrti zaradi prevelikega odmerka od leta 2003 do obdobja 2008–2009, ko se je splošna raven najprej umirila in se nato začela zniževati. Skupno je bilo v letu 2012 sporočenih približno 6 100 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, kar je podobno številu, sporočenemu v letu 2011, in pomeni zmanjšanje s 7 100 primerov v letu 2009. Kljub temu se stanje med posameznimi državami razlikuje, pri čemer nekatere še vedno poročajo o povečevanju števila smrtnih primerov.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Perspektive na področju drog.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Perspektive na področju drog.

2013

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

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

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

2012

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

Fentanyl in Europe, študija v okviru srečanja centra EMCDDA Trendspotter

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

2011

Mortality related to drug use in Europe, izbrano vprašanje.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, izbrano vprašanje.

Trends in injecting drug use in Europe, izbrano vprašanje.

2009

Polydrug use: patterns and responses, izbrano vprašanje.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, zvezek 2, I. del: Epidemiology, in II. del: Health effects of cannabis use, monografija.

Skupne publikacije centra EMCDDA in projekta ESPAD

2012

Povzetek, Poročilo ESPAD za leto 2011

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2012

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

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

3

**To poglavje obravnava ukrepe
za preprečevanje, zdravljenje
in zmanjševanje težav, povezanih
z uporabo drog**

Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog

To poglavje obravnava ukrepe za preprečevanje, zdravljenje in zmanjševanje težav, povezanih z uporabo drog. V njem se proučuje, ali so države sprejele skupne pristope, v kolikšnem obsegu ti pristopi temeljijo na dokazih in ali razpoložljivost storitev ustreza ocenjenim potrebam.

Spremljanje zdravstvenih in socialnih odzivov

To poglavje se opira na nacionalne ocene kontaktnih točk centra EMCDDA. Te so dopolnjene s podatki o povpraševanju po zdravljenju, nadomestnem zdravljenju z opiodi ter razdeljevanju injekcijskih igel in brizg. Ocene strokovnjakov zagotavljajo dodatne informacije o razpoložljivosti storitev, kjer niso na voljo bolj formalizirani podatkovni nizi. Poglavje temelji tudi na pregledih razpoložljivih znanstvenih dokazov o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov.

Dodatne informacije je mogoče najti na spletišču EMCDDA v razdelku *profili zdravstvenih in socialnih odzivov*, v evropskem poročilu o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*) in na portalu o najboljših praksah.

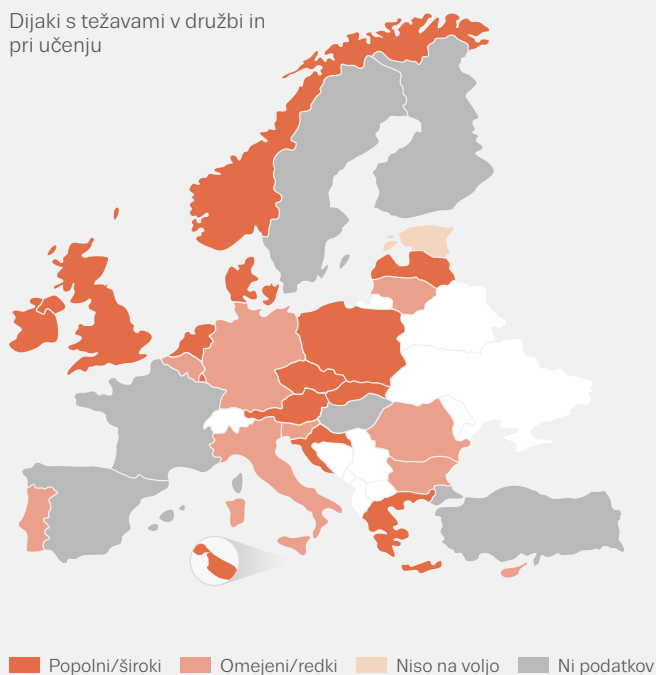
Preprečevanje uporabe drog za ranljive skupine mlajših oseb

Za spopadanje z uporabo drog in težav, povezanih z njimi, se uporablja več strategij preprečevanja. Okoljski in splošni pristopi se osredotočajo na celotno prebivalstvo, selektivno preprečevanje se osredotoča na ranljive skupine, pri katerih je lahko tveganje, da bodo imele težave z uporabo drog, večje, indicirano preprečevanje pa na ogrožene posameznike. Letošnje poročilo namenja glavno pozornost selektivnemu preprečevanju, to je pristopu, za katerega je vse več dokazov o učinkovitosti programov, ki so osredotočeni na določanje pravil, preoblikovanje okolja, motiviranje, veščine in odločanje. Vendar številni programi še vedno temeljijo na zagotavljanju informacij, ozaveščanju

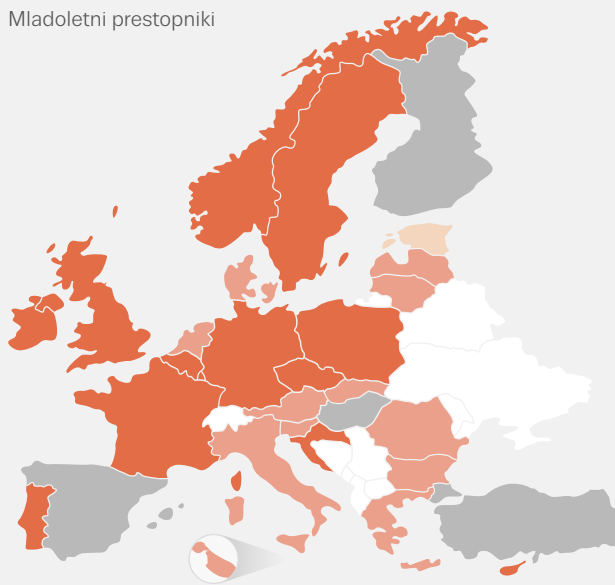
SLIKA 3.1

Razpoložljivost posebnih ukrepov za preprečevanje uporabe drog za izbrane ranljive skupine (ocene strokovnjakov, 2012)

Dijaki s težavami v družbi in pri učenju



Mladoletni prestopniki



■ Popolni/široki ■ Omejeni/redki ■ Niso na voljo ■ Ni podatkov

in svetovanju – pristopih, za katere je na voljo le malo dokazov o učinkovitosti.

Pomembni ciljni skupini selektivnih preventivnih ukrepov sta šolska mladina s težavami pri učenju in v družbi ter mladi prestopniki (slika 3.1). Ocene strokovnjakov kažejo splošno povečanje razpoložljivosti ukrepov za obe skupini med letoma 2007 in 2010, v letu 2013 pa niso bile ugotovljene nikakršne spremembe.

V zvezi z ukrepi, usmerjenimi na dijake, dokazi kažejo, da so lahko strategije za izboljšanje šolskega okolja učinkovite pri zmanjšanju uporabe snovi. Pristopi na tem področju vključujejo usposabljanje učiteljev ter ukrepe za izboljšanje udeležbe dijakov in spodbujanje pozitivnega šolskega etosa. Cilj drugih preventivnih pristopov, ki so usmerjeni na šolsko mladino, je izboljšati samoobvladovanje in pridobivanje socialnih kompetenc, medtem ko je cilj pristopov, usmerjenih na družino, izboljšati starševske veščine.

V zvezi z mladimi prestopniki večina držav zdaj poroča o uvedbi ukrepov, ki nadomeščajo kazenske sankcije. Pomemben program na tem področju je *FreD*, niz ukrepov na podlagi priročnika, ki se zdaj izvaja v 15 državah članicah EU. Ocene tega programa kažejo znižanje ravni povratništva.

Zmanjševanje škode na prizoriščih nočnega življenja: potreba po celostnem pristopu

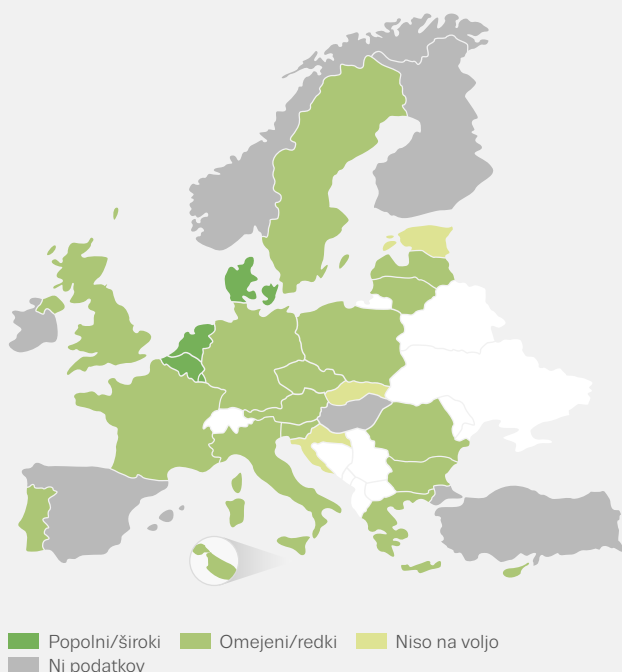
Znano je, da so prizorišča nočnega življenja povezana z nekaterimi vzorci visoko tvegane uporabe drog in alkohola. Kljub temu le omejeno število evropskih držav poroča o izvajanju strategij za preprečevanje na tem področju (slika 3.2), ocene strokovnjakov pa kažejo splošno zmanjšanje števila dejavnosti med letoma 2010 in 2013.

Na evropski ravni standardi, oblikovani v okviru pobud *Club Health* in *Safer Nightlife*, zagotavljajo smernice za izvajanje programov preprečevanja v sprostitevni okoljih. Na področju zmanjševanja škode so bili doseženi pozitivni rezultati v okviru celostnih okoljskih pristopov preprečevanja, ki med drugim vključujejo odgovorno prodajo alkohola, usposabljanje strežnega in varnostnega osebja ter sodelovanje z organi kazenskega pregona.

Posebno skrb zbuja mladi, ki se po tem, ko so uporabili alkohol in droge, s prizorišč nočnega življenja sami odpeljejo domov. V nedavni raziskavi je bilo ugotovljeno, da lahko ciljno usmerjene medijske kampanje skupaj z zagotavljanjem brezplačnega nočnega prevoza zmanjšajo število prometnih nesreč, ki so posledica vožnje pod vplivom alkohola. Ukrepi, usmerjeni na vožnjo pod vplivom drog, so redki.

SLIKA 3.2

Razpoložljivost ukrepov za preprečevanje uporabe drog na prizoriščih nočnega življenja (ocene strokovnjakov, 2012)



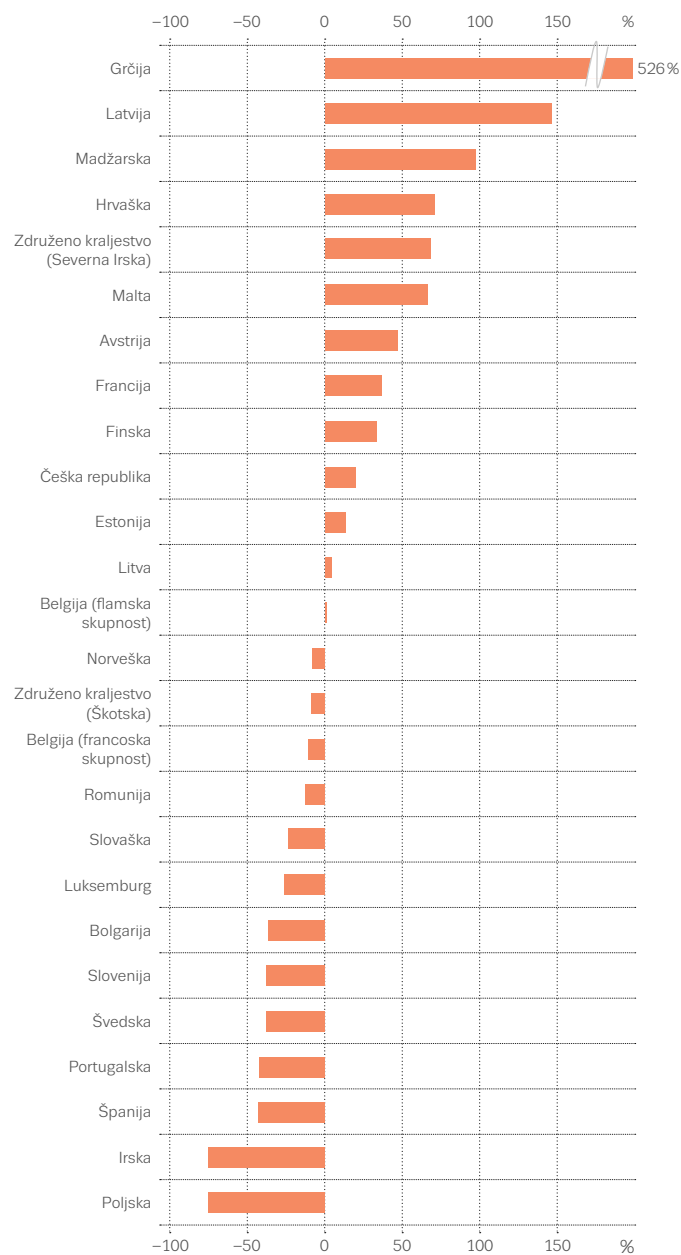
Preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni

Uporabniki drog in še posebno tisti, ki si drogo vbrizgavajo, so izpostavljeni tveganju okužbe z nalezljivimi boleznimi zaradi skupne uporabe pripomočkov za uporabo drog in nezaščitene spolne odnose. Preprečevanje prenašanja okužb z virusom HIV, okužb z virusnim hepatitisom in drugih okužb je zato pomemben cilj evropskih politik na področju drog. V zvezi z injicirajočimi uporabniki opioidov je zdaj dokazano, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tvegano vedenje, o katerem se poroča v zvezi s temi uporabniki, pri čemer nekatere študije kažejo, da je ta zaščitni učinek večji v kombinaciji s programi zamenjave injekcijskih igel in brizg.

Število brizg, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se je v Evropi (26 državah) povečalo, in sicer je z 42,9 milijona v letu 2006 naraslo na 46,0 milijona v letu 2012. Na državni ravni je ta slika drugačna, pri čemer približno polovica držav poroča o povečanju števila teh programov, polovica pa o zmanjšanju (slika 3.3). Povečanja je mogoče pojasniti z razširitvijo zagotavljanja programov, včasih z nizke osnovne ravni. Zmanjšanja bi bilo mogoče pojasniti z upadom razpoložljivosti storitev ali zmanjšanjem števila uporabnikov. V 12 državah, za katere so na voljo novejša ocena o številu injicirajočih uporabnikov, se je povprečno število brizg na injicirajočega uporabnika, razdeljenih v okviru specializiranih programov

SLIKA 3.3

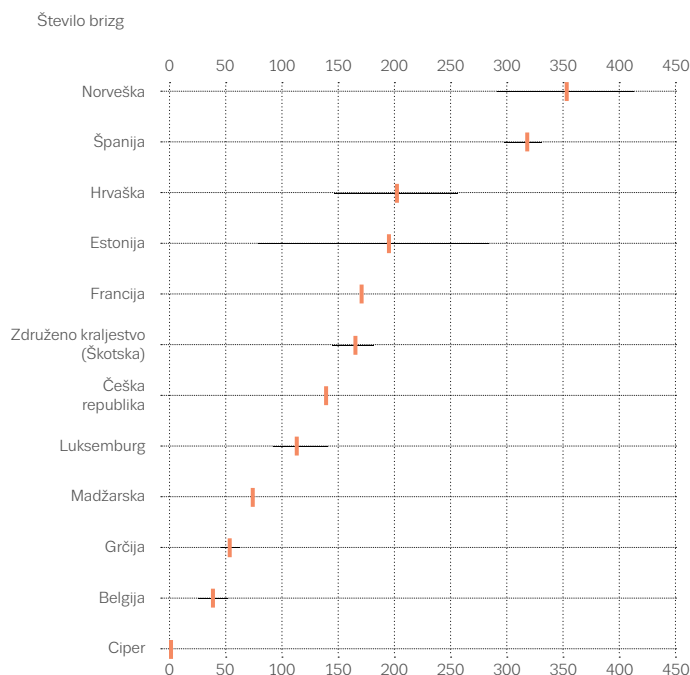
Sprememba števila razdeljenih brizg v okviru specializiranih programov med letoma 2007 in 2012



v letu 2012, gibalo od nič na Cipru do več kot 300 v Španiji in na Norveškem (slika 3.4).

SLIKA 3.4

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



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

Kot je navedeno v poglavju 2, sta Grčija in Romunija pred kratkim poročali o izbruhih novih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog. To je spodbudilo izvedbo ocene tveganja za opredelitev, ali so novim izbruhom virusa HIV izpostavljene tudi druge države. Slika 3.5 zagotavlja pregled nekaterih kazalnikov morebitnega tveganja na najvišji ravni. Na podlagi te preproste analize je mogoče ugotoviti, da so v približno tretjini držav prisotni nekateri dejavniki tveganja, kar izraža potrebo po stalni pazljivosti in razmisleku o povečanju obsega ukrepov za preprečevanje okužb z virusom HIV.

Preventivni ukrepi zoper prenašanje hepatitisa C so podobni tistim za virus HIV. Na politični ravni je več držav sprejelo ali pripravlja posebne strategije za hepatitis C. Vendar so pobude, usmerjene v testiranje injicirajočih uporabnikov in svetovanje o hepatitisu C, še vedno omejene. Kljub vedno več dokazom o učinkovitosti protivirusnega zdravljenja hepatitisa C pri injicirajočih uporabnikih drog so stopnje zagotavljanja še vedno nizke.

SLIKA 3.5

Sumarni kazalniki za potencialno povečano tveganje za okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog

	Belgija	Bolgarija	Češka republika	Danska	Nemčija	Estonija	Irska	Grčija	Španija	Francija	Hrvaška	Italija	Ciper	Latvija	Litva	Luksemburg	Madžarska	Malta	Nizozemska	Avstrija	Poljska	Portugalska	Romunija	Slovenija	Slovaška	Švedska	Finska	Združeno kraljestvo	Turčija	Norveška
Razširjenost in trendi virusa HIV																														
Razširjenost in trendi vbrizgavanja drog (tveganje prenosa okužbe)																														
Razširjenost nadomestnega zdravljenja – manj kot 30-odstotna																														
Razširjenost programov razdeljevanja injekcijskih igel in brizg – manj kot 100 brizg na injicirajočega uporabnika drog																														

Ugotovljeni niso bili nobeni od naslednjih dejavnikov tveganja: povečanje števila prijav okužb z virusom HIV ali razširjenosti virusa HIV ali HCV; večje tveganje prenosa; majhna razširjenost ukrepov.

Potencialna prisotnost dejavnikov tveganja: podnacionalno povečanje razširjenosti virusa HIV ali HCV ali tveganja okužbe z njima; stalno vendar nepomembno naraščanje na nacionalni ravni.

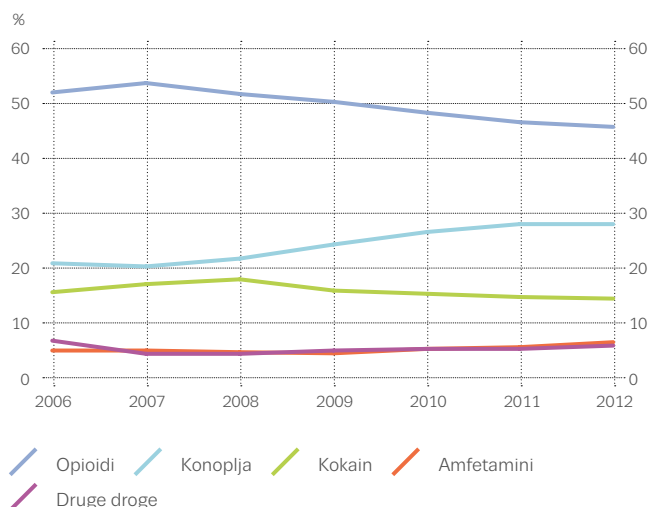
Prisotnost dejavnikov tveganja: Precejšnje povečanje števila prijav okužb z virusom HIV ali razširjenosti virusa HIV ali HCV; večje tveganja prenosa; majhna razširjenost ukrepov.

Informacije niso na voljo centru ECDC ali centru EMCDDA.

Povzeto po *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

SLIKA 3.6

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



Preprečevanje prevelikih odmerkov in z drogami povezanih smrtnih primerov

Zmanjševanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog in drugih z drogami povezanih smrtnih primerov ostaja velik izziv za javnozdravstveno politiko v Evropi. Ciljno usmerjeni odzivi na tem področju so osredotočeni na preprečevanje pojava prevelikih odmerkov ali izboljšanje verjetnosti preživetja v primeru prevelikega odmerka. Zdravljenje odvisnosti od drog, zlasti nadomestno zdravljenje z opioidi, preprečuje prevelike odmerke in zmanjša tveganje umrljivosti uporabnikov drog. Usposabljanje v zvezi s prevelikimi odmerki skupaj z razdeljevanjem naloksona, ki je antagonist opioidov, lahko ob prevelikem odmerku reši življenje. Vrsta ukrepa, namenjenega zniževanju stopnje pojavnosti prevelikih odmerkov in izboljšanju možnosti preživetja ob prevelikem odmerku, je zagotavljanje nadzorovanih prostorov za uporabo drog. Tovrstni prostori – skupno jih je 73 – obstajajo v šestih državah članicah EU in na Norveškem. V zadnjih treh letih je bilo zaradi vse manjšega povpraševanja več prostorov zaprtih, štirje novi pa so bili odprti na Danskem in eden v Grčiji.

Zaradi odvisnosti od drog se zdravi več kot milijon Evropejcev

Ocenjuje se, da se je v Evropi v letu 2012 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo najmanj 1,3 milijona ljudi. Uporabniki opioidov predstavljajo največjo skupino uporabnikov, vključenih v zdravljenje, podatki o začetku zdravljenja (slika 3.6) pa kažejo, da so bili uporabniki

konoplje in kokaina druga in tretja največja skupina, čeprav je mogoče med državami opaziti razlike.

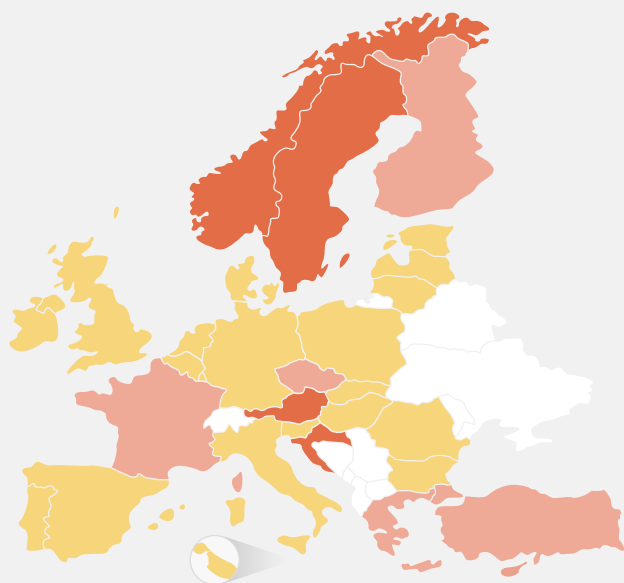
Zdravljenje večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, kot so specialistični centri, centri splošnega zdravstvenega varstva, vključno s splošnimi zdravniškimi ambulantami, in programi zmanjševanja škode. Velik delež zdravljenja odvisnosti poteka tudi v nastanitvenih ustanovah, kot so specialistični nastanitveni centri za zdravljenje, terapevtske skupnosti in bolnišnični nastanitveni centri (npr. psihiatrične bolnišnice). Nov inovativni pristop k zdravljenju je zagotavljanje storitev prek interneta, ki tistim, ki potrebujejo pomoč zaradi težav z drogo, omogoča dostop do programov zdravljenja od doma.

Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opioidov v Evropi je nadomestno zdravljenje, običajno v kombinaciji s psihosocialno oskrbo. Razpoložljivi dokazi podpirajo ta kombinirani pristop, zaradi katerega bolniki vztrajajo pri zdravljenju, zmanjšajo pa se tudi nezakonita uporaba opioidov ter težave in število smrtnih primerov, povezanih z drogami. Psihosocialni ukrepi so glavna vrsta zdravljenja za uporabnike, ki so odvisni od stimulansov, pri čemer študije kažejo, da imata kognitivno-vedenjska terapija in obvladovanje nepredvidenih okoliščin pozitivne rezultate. Vse več držav ponuja posebne programe zdravljenja za uporabnike konoplje, pri čemer razpoložljivi dokazi podpirajo uporabo kombinacije kognitivno-vedenjske terapije, motivacijskih razgovorov in pristopov za obvladovanje nepredvidenih okoliščin. Nekateri dokazi podpirajo uporabo večdimenzionalne družinske terapije za mlade uporabnike konoplje.

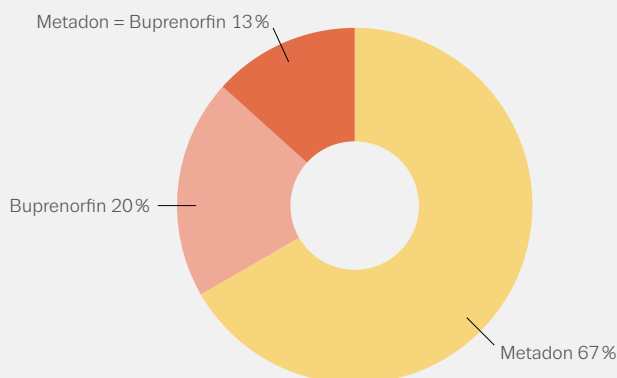
Zmanjševanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog in drugih z drogami povezanih smrtnih primerov ostaja velik izziv za javnozdravstveno politiko v Evropi

SLIKA 3.7

Prevladujoče nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi na nacionalni ravni (levo)
in kot delež uporabnikov na nadomestnem zdravljenju (desno)



Metadon Buprenorfin Metadon = Buprenorfin



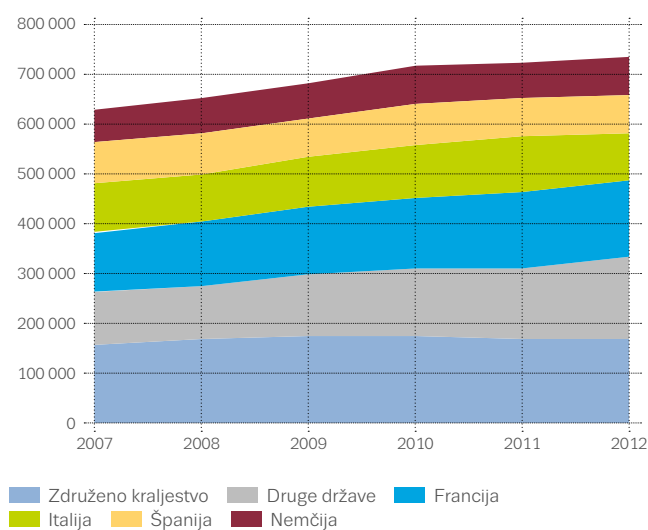
Nadomestno zdravljenje: glavna izvenbolnišnična vrsta zdravljenja

Metadon je najpogostejše predpisano nadomestno zdravilo. Prejema ga do dve tretjini uporabnikov na nadomestnem zdravljenju, buprenorfin pa se predpisuje večini preostalih uporabnikov (približno 20 %) in je glavno nadomestno zdravilo v šestih državah (slika 3.7). Približno 6 % vseh nadomestnih zdravljenj v Evropi temelji na predpisovanju drugih snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetilmorfin (heroin).

Ocenjuje se, da je bilo leta 2012 v nadomestno zdravljenje v Evropi vključenih 734 000 uporabnikov opioidov. Ta številka je skoraj nespremenjena v primerjavi s številko za leto 2011 (726 000), vendar višja od ocenjene številke za leto 2007, in sicer 630 000 (slika 3.8). V letu 2012 je pet držav poročalo o več kot 25-odstotnem povečanju števila uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v primerjavi z oceno za prejšnje leto. Največje odstotkovno povišanje je bilo ugotovljeno v Turčiji (250 %), ki ji sledita Grčija (45 %) in Latvija (28 %). Vendar so se ta odstotkovna povišanja zgodila v okviru razmeroma nizkih izhodiščnih števil. Nasprotno je v istem obdobju Romunija poročala o največjem odstotkovnem znižanju (–30 %) ocenjenega števila uporabnikov na nadomestnem zdravljenju.

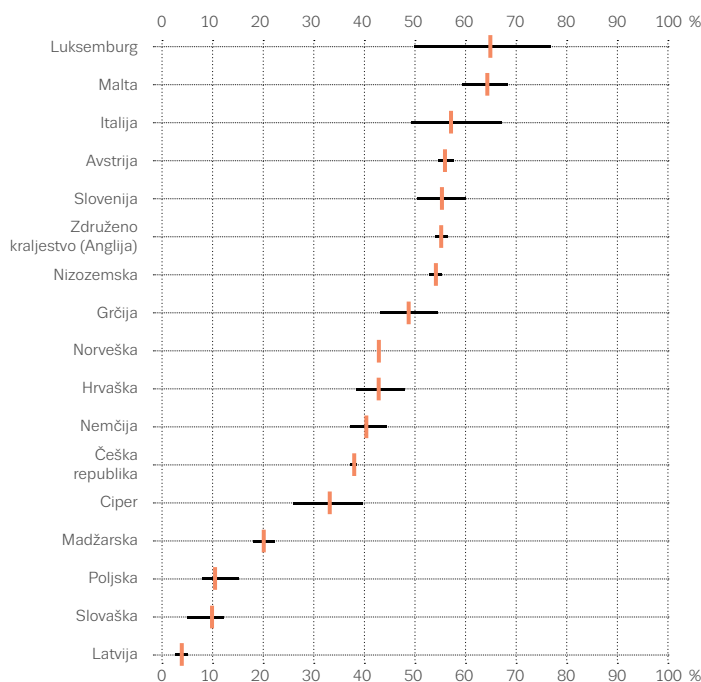
SLIKA 3.8

Trendi števila uporabnikov na nadomestnem zdravljenju z opiodi



SLIKA 3.9

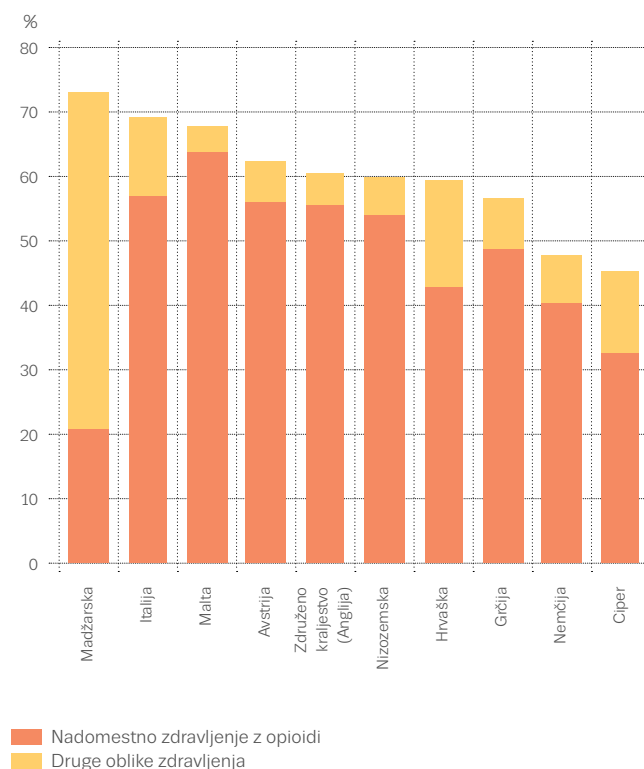
Delež problematičnih uporabnikov opioidov na nadomestnem zdravljenju (ocena)



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

SLIKA 3.10

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



Razširjenost zdravljenja: več kot polovica uporabnikov opioidov je vključena v nadomestno zdravljenje

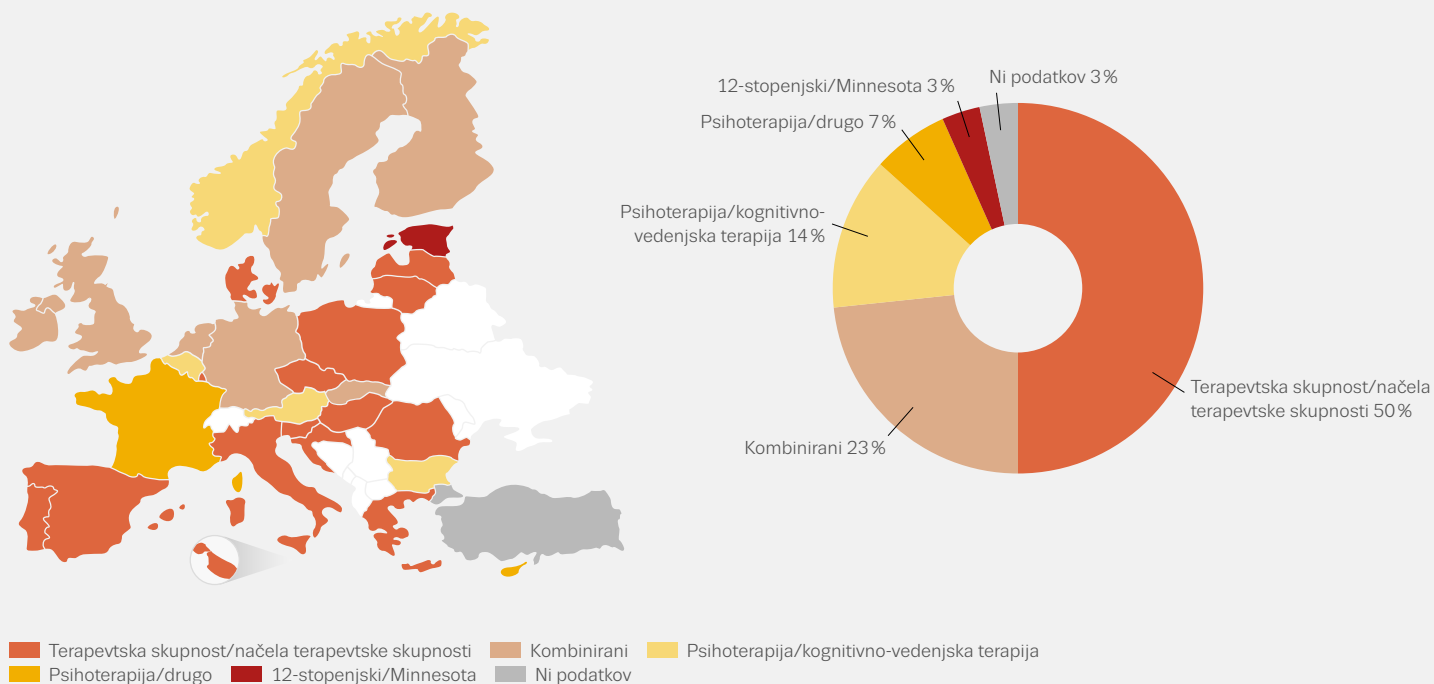
Ocenjuje se, da je razširjenost nadomestnega zdravljenja z opiodi – delež tistih, ki potrebujejo zdravljenje in so vanj vključeni – med problematičnimi uporabniki opioidov v Evropi več kot 50-odstotna. To oceno je treba zaradi metodoloških razlogov razlagati previdno, vendar je ali je bila v številnih državah večina uporabnikov opioidov v stiku s službami za zdravljenje odvisnosti. Na nacionalni ravni pa so še vedno velike razlike v stopnji razširjenosti, pri čemer o najnižjih ocenjenih stopnjah (približno 10 % ali manj) poročajo Latvija, Slovaška in Poljska (slika 3.9).

Zdravljenje brez nadomestnega zdravila je za uporabnike opioidov zagotovljeno v vseh evropskih državah. V desetih državah, ki zagotavljajo dovolj podatkov, se pristopi k zdravljenju, ki ne vključujejo nadomestnega zdravljenja, na splošno uporabljajo pri od 3 % do 17 % vseh problematičnih uporabnikov opioidov, na Madžarskem pa pri več kot 50 % takšnih uporabnikov (slika 3.10).



SLIKA 3.11

Prevladujoči terapevtski pristop v nastanitvenih programih po skupnem številu na nacionalni (levo) in evropski (desno) ravni, 2011



Nastanitveno zdravljenje: prevladujejo pristopi terapevtskih skupnosti

V večini evropskih držav so programi nastanitvenega zdravljenja pomemben element možnosti zdravljenja in rehabilitacije za uporabnike drog. V nedavni študiji centra EMCDDA je bilo identificiranih 2 500 centrov za nastanitveno zdravljenje v Evropi, od teh jih je več kot dve tretjini skoncentriranih v šestih državah: Nemčiji, Španiji, na Irskem, v Italiji, na Švedskem in v Združenem kraljestvu. Največ je skupnostnih nastanitvenih ustanov (2 330), pri čemer 17 držav poroča, da so takšne vse njihove nastanitvene ustanove. Poleg tega je bilo v Evropi opredeljenih tudi 170 bolnišničnih programov zdravljenja.

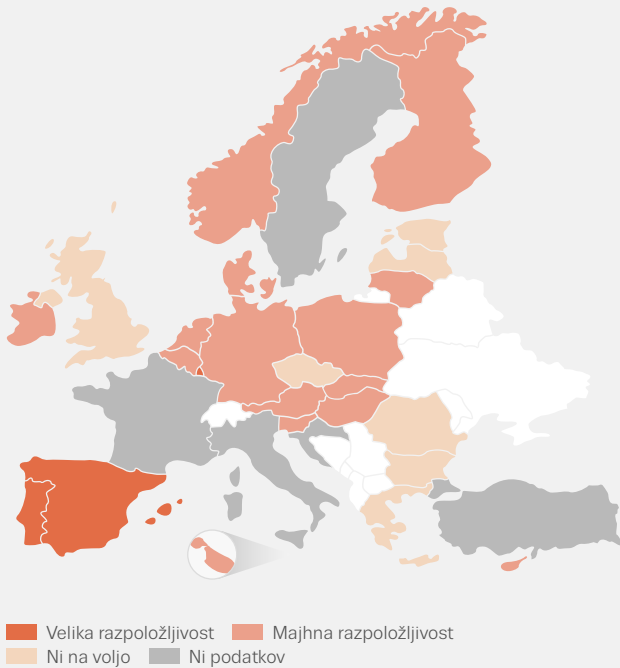
Številni nastanitveni programi so osredotočeni na zdravje, zasebno in družbeno življenje ter boljšo kakovost življenja. Za nastanitvene programe so značilni štirje glavni terapevtski pristopi: 12-stopenjski model ali model Minnesota, pristop terapevtske skupnosti, psihoterapija z uporabo kognitivno-vedenjske terapije in psihoterapija z uporabo drugih modelov oskrbe, pri čemer v 15 državah prevladuje „model terapevtske skupnosti“ (slika 3.11).

O učinkovitosti terapevtskih skupnosti brez drog ni neizpodbitnih dokazov, deloma zaradi metodoloških težav pri izvajanju raziskav o rezultatih zdravljenja na tem področju. V Evropi je večina raziskav o tej temi omejena na opazovalne študije, zato so sklepne ugotovitve nujno okvirne. Vendar te študije na splošno poročajo o pozitivnih rezultatih zdravljenja, ki so povezani z daljšim vztrajanjem pri zdravljenju in njegovim dokončanjem. Skoraj vse opazovalne študije poročajo, da je za oskrbovance v terapevtskih skupnostih značilna manjša uporaba drog in manj aretacij, poročajo pa tudi o izboljšanju kakovosti življenja.

Čeprav se programi nastanitvenega zdravljenja že od nekdaj izvajajo izključno brez drog, pa sedanji podatki kažejo, da se v okviru programov nastanitvenega zdravljenja za uporabnike opioidov povečuje zagotavljanje nadomestnega zdravila. O neki stopnji vključitve nadomestnega zdravljenja z opiodi v nastanitveno zdravljenje odvisnosti je poročalo 18 od 25 držav poročevalk (slika 3.12).

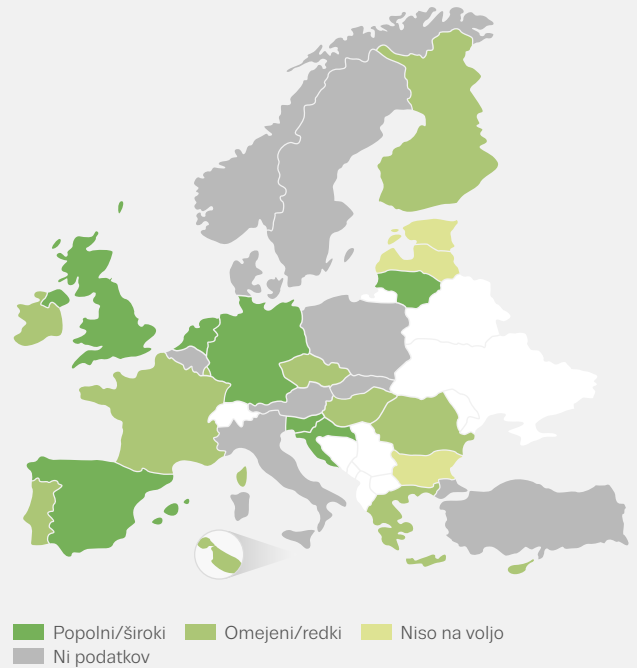
SLIKA 3.12

Razpoložljivost nadomestnega zdravljenja z opiodi v okviru nastanitvenih programov, 2011



SLIKA 3.13

Razpoložljivost ukrepov v zvezi z vmesnim trgom dela za uporabnike storitev zdravljenja zaradi odvisnosti od drog (ocene strokovnjakov, 2011)



Socialna reintegracija: poudarek na zaposljivosti

Storitve socialne reintegracije podpirajo zdravljenje in preprečujejo ponovno uporabo drog z obravnavanjem ključnih vidikov socialne izključenosti uporabnikov drog. Približno polovica uporabnikov, ki so se v letu 2012 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi, je bila nezaposlenih (47 %), skoraj eden od desetih ni imel stalnega bivališča (9 %). Pri tej skupini je bila pogosta tudi nizka stopnja dosežene izobrazbe. Čeprav je socialna reintegracija uporabnikov drog opredeljena za ključni cilj nacionalnih strategij za boj proti drogam, pa se izvajanje teh ukrepov po državah zelo razlikuje.

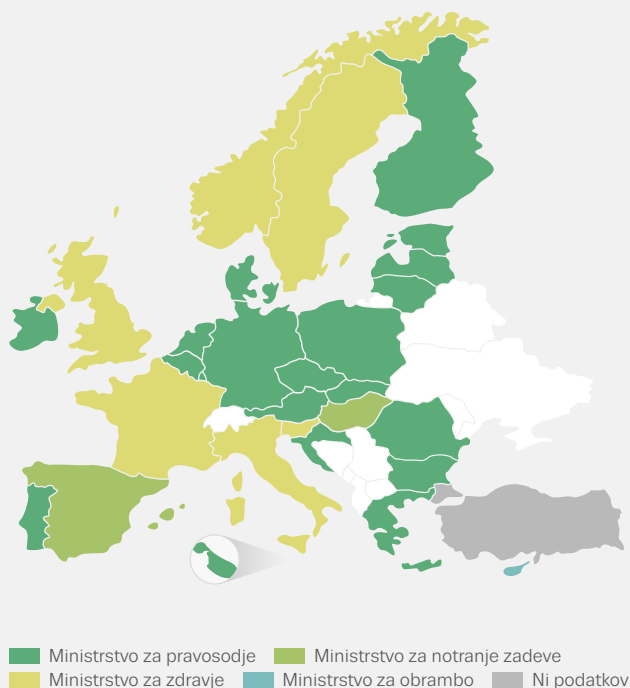
Povečanje zaposljivosti uporabnikov storitev zdravljenja zaradi odvisnosti od drog lahko pripomore k njihovi reintegraciji v družbo. Zaposljivost posameznikov je odvisna od njihovega znanja, veščin in stališč, načina, kako te prednosti uporabljajo, in okoliščin, v katerih iščejo zaposlitev. Med drugim jo je mogoče doseči s podpornim sistemom, ki je namenjen prikrajšanim posameznikom in poskuša zapolniti vrzel med dolgotrajno brezposelnostjo in trgom dela. Ta sistem se pogosto imenuje vmesni trg dela. Uporabnikom storitev zdravljenja se lahko ponudijo pogodbe o zaposlitvi za določen čas skupaj z usposabljanjem, delovnimi izkušnjami, osebnim razvojem in dejavnostmi iskanja zaposlitve. Projekti socialnega podjetništva so pobude, ki se pogosto izvajajo v okviru socialne reintegracije. Socialna podjetja proizvajajo

družbeno koristne izdelke ali storitve in zaposlujejo pripadnike skupin, ki so v slabšem položaju na trgu dela. Čeprav so ti ukrepi na voljo v večini držav članic (glej sliko 3.13), se zdi, da je za osebe, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, dostop do njih omejen, poleg tega pa ga lahko otežuje visoka stopnja brezposelnosti med splošnim prebivalstvom.

Storitve socialne reintegracije podpirajo zdravljenje in preprečujejo ponovno uporabo drog z obravnavanjem ključnih vidikov socialne izključenosti uporabnikov drog

SLIKA 3.14

Pristojno ministrstvo za zagotavljanje zdravstvenih storitev v zavodih za prestajanje kazni



Za zdravje v zaporih sta pristojni predvsem ministrstvu za pravosodje in notranje zadeve

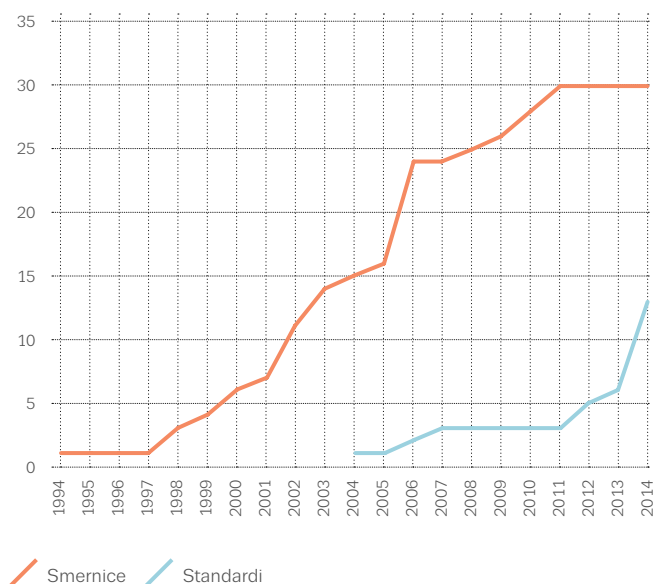
Zaporniki poročajo o splošno višji stopnji uporabe drog kot splošno prebivalstvo in bolj škodljivih vzorcih uporabe, kot ponazarjajo nedavne študije, ki poročajo, da si je med 5 % in 31 % zapornikov v življenju že vbrizgavalo droge. Ob prihodu v zapor večina uporabnikov zmanjša uživanje drog ali ga preneha.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

Večina držav ima vzpostavljena medagencijska partnerstva med zaporniški zdravstvenimi službami in ponudniki v skupnosti. Takšna partnerstva izvajajo zdravstveno vzgojo in zdravljenje v zaporih ter zagotavljajo stalnost oskrbe ob prihodu v zapor in po izpustitvi iz njega. Na splošno storitve zaporniškega zdravstva ostajajo v pristojnosti ministrstva za pravosodje ali notranje zadeve. V nekaterih državah je zdaj za izvajanje storitev zaporniškega zdravstva pristojno ministrstvo za zdravje (slika 3.14), kar omogoča večje povezovanje z zagotavljanjem splošnih zdravstvenih storitev v skupnosti.

Nadomestno zdravljenje z opiodi se izvaja v zaporih v 26 od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA, vendar je bilo na splošno uvedeno pozneje kot v širši skupnosti. Obstajajo lahko tudi omejitve. V štirih državah je na primer

SLIKA 3.15

Skupno število držav, ki so objavile smernice in standarde kakovosti za zdravstvene in socialne ukrepe na področju drog, po letu objave



nadomestno zdravljenje zagotovljeno samo tistim zapornikom, ki jim je bilo nadomestno zdravljenje predpisano že pred prestajanjem zaporne kazni.

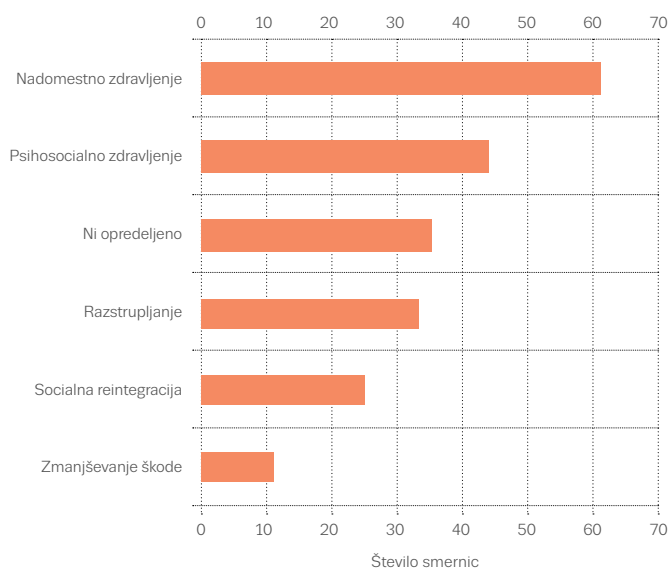
Odzivi, podprti z dokazi: uporaba smernic in standardov

Evropski zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog so čedalje bolj podprti s smernicami in standardi kakovosti, katerih namen je preoblikovati dokaze v zadovoljive in trajnostne rezultate. Na splošno je mogoče ugotoviti, da se smernice izdajo več let pred uvedbo standardov kakovosti (slika 3.15).

Smernice so trditve, ki vključujejo priporočila, namenjena optimizaciji oskrbe uporabnikov. Običajno temeljijo na sistematičnem pregledu dokazov ter oceni koristi in škodljivosti alternativnih možnosti oskrbe. Namen smernic je pomagati uporabnikom, negovalcem in ponudnikom storitev pri sprejemanju odločitev v zvezi z izbiro ustreznih

SLIKA 3.16

Nacionalne smernice, povezane z drogami, za zdravstvene in socialne ukrepe na področju drog, prijavljene v Evropi do leta 2013



Evropski zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog so vse bolj podprti s smernicami in standardi kakovosti

ukrepov. V zadnjih 20 letih je bilo objavljenih več kot 150 nizov smernic, povezanih z drogami, pri čemer so od leta 2011 smernice na voljo v vseh državah članicah. Pokrivajo celotno paleto zdravstvenih in socialnih ukrepov na področju drog, pri čemer je na voljo več smernic o zdravstvenih ukrepih, kot sta nadomestno zdravljenje in razstrupljanje, kot pa o zmanjševanju škode in socialni reintegraciji (slika 3.16).

Standardi kakovosti so načela in nizi pravil, ki temeljijo na dokazih in se uporabljajo za lažje izvajanje ukrepov, priporočenih v smernicah. Lahko se nanašajo na vsebinska vprašanja, postopke ali strukturne vidike zagotavljanja kakovosti, kot sta delovno okolje in sestava osebja. Na področju preprečevanja uporabe drog je na voljo niz standardov kakovosti na evropski ravni, ki podpirajo razvoj programov. Ti standardi poudarjajo dejavnike, kot so

zagotavljanje pomena dejavnosti za ciljne populacije, spoštovanje sprejetih etičnih načel ter vključevanje in spodbujanje znanstvenih dokazov.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspektive na področju drog.

2013

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

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematski prispevek.

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

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

Preventing overdose deaths in Europe, Perspektive na področju drog.

2012

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

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

New heroin-assisted treatment, Spoznanja centra EMCDDA.

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

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

2011

European drug prevention quality standards, priročnik.

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

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografija.

Treatment and care for older drug users, izbrano vprašanje.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Spoznanja centra EMCDDA.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, tematski prispevek.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, zvezek 2, I. del: Epidemiology, in II. del: Health effects of cannabis use, monografija.

Drugs and vulnerable groups of young people, izbrano vprašanje.

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2011

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

Vse publikacije so na voljo na

www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Mednarodni okvir za nadzor nad
proizvodnjo, trgovino in
posedovanjem več kot 240
psihoaktivnih snovi temelji na treh
konvencijah Združenih narodov**

Politike na področju drog

Zakonodaja EU na področju drog skupaj z večletnimi strategijami in akcijskimi načrti zagotavlja okvir za usklajeno delovanje na evropski ravni. Na nacionalni ravni so nacionalne vlade in parlamenti odgovorni za sprejemanje pravnih, strateških, organizacijskih in proračunskih okvirov, ki so potrebni za odzivanje na težave, povezane z drogami.

Spremljanje politik na področju drog

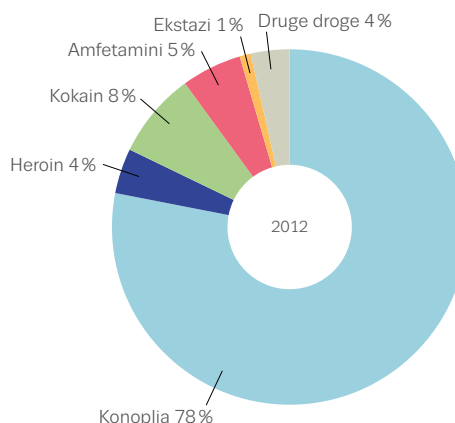
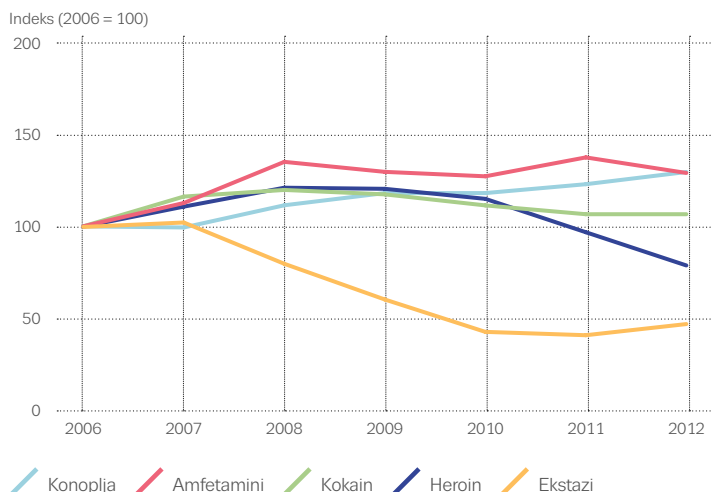
Med ključnimi razsežnostmi politike, ki jih je mogoče spremljati na evropski ravni, so: zakonodaja o drogah in njene kršitve, nacionalne strategije in akcijski načrti za boj proti drogam, mehanizmi za usklajevanje in vrednotenje politik ter proračuni in izdatki, povezani z drogami. Podatki se zbirajo prek dveh mrež centra EMCDDA: nacionalnih kontaktnih točk ter pravnih in političnih korespondentov. Podatki in opombe o metodologiji v zvezi s kršitvami zakonodaje o drogah so na voljo v spletnem evropskem poročilu o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*), celovite informacije o evropski politiki in zakonodaji na področju drog pa tudi na internetu.

Zakonodaja o drogah: skupni okvir

Mednarodni okvir za nadzor nad proizvodnjo, trgovino in posedovanjem več kot 240 psihoaktivnih snovi temelji na treh konvencijah Združenih narodov. Konvencije zavezujejo vsako državo, da nepooblaščen ponudbo obravnava kot kaznivo dejanje. Enako se zahteva za posedovanje drog za osebno uporabo, vendar je to odvisno od „ustavnih načel in osnovnih pojmov pravnega sistema“ države. Ta določba se ne razlaga enako, kar se kaže v različnih pravnih pristopih v evropskih državah in drugje.

SLIKA 4.1

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



Posedovanje za osebno uporabo: odmik od zapornih kazni

V večini evropskih držav je posedovanje drog za osebno uporabo — in včasih uporaba drog — kaznivo dejanje, ki se lahko kaznuje z zaporno kaznijo. Vendar je v številnih evropskih državah zaporna kazen redka, v Evropi pa od približno leta 2000 prevladuje splošna težnja po zmanjšanju možnosti, da se zaporna kazen naloži zaradi posedovanja drog za osebno uporabo. Nekatere države so v celoti ukinile možnost zaporne kazni, nekatere pa so šle še dlje, tako da se posedovanje za osebno uporabo lahko kaznuje le z nekazenskimi sankcijami, običajno z globo.

V večini evropskih držav se večina poročil o kršitvah zakonodaje o drogah nanaša na uporabo drog ali

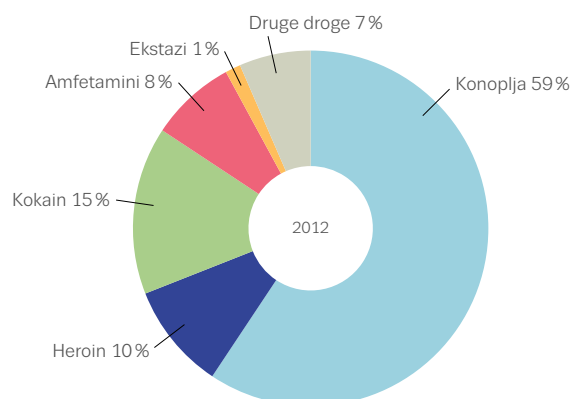
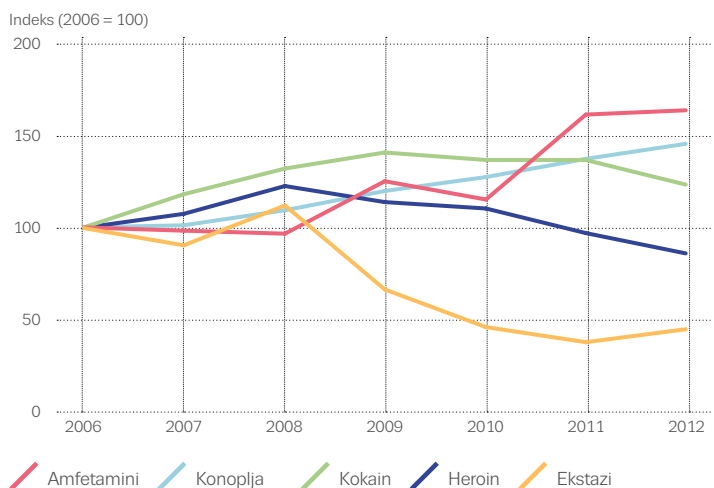
posedovanje drog za osebno uporabo. Na splošno se v Evropi ocenjuje, da je bilo v letu 2012 prijavljenih več kot milijon tovrstnih kršitev, kar je 17-odstotno povečanje glede na leto 2006. Več kot tri četrtine prijavljenih kršitev vključuje konopljo (slika 4.1).

Ponudba drog: velika razlika v kaznih

Ponudba prepovedanih drog je v Evropi vedno kaznivo dejanje, vendar se mogoče kazni po državah precej razlikujejo. V nekaterih državah se lahko za kaznivo dejanje ponudbe drog določi ena sama kazen z velikim razponom trajanja (do dosmrtna zaporne kazni). Druge države razlikujejo med manjšimi in večjimi kaznivimi dejanji, povezanimi s ponudbo drog, odvisno od dejavnikov, kot sta

SLIKA 4.2

Sporočene kršitve v Evropi, povezane z ponudbo drog, trend in razčlenitev po posameznih drogah



količina in vrsta najdene droge, in imajo določene ustrezne najvišje in najnižje kazni.

Na splošno se je število poročil o kršitvah zakonov, povezanih s ponujanjem drog, od leta 2006 povečalo za 28 % in je v letu 2012 doseglo več kot 230 000 primerov. Kot pri kaznivih dejanjih posedovanja droge je bila konoplja povezana z večino sporočenih kršitev. Vendar pa so bili kokain, heroin in amfetamini povezani z večjim deležem kršitev zakonov, povezanih s ponudbo, kot kršitev, povezanih s posedovanjem za osebno uporabo. Nadaljeval se je trend upadanja števila kaznivih dejanj ponudbe kokaina in heroina (slika 4.2).

Nove psihoaktivne snovi: razvijajoči se sistemi nadzora

Zaradi zelo hitre zamenjave nadzorovanih snovi z novimi snovmi v zadnjem času in raznovrstnosti razpoložljivih proizvodov so evropski zakonodajalci postavljeni pred resno preizkušnjo.

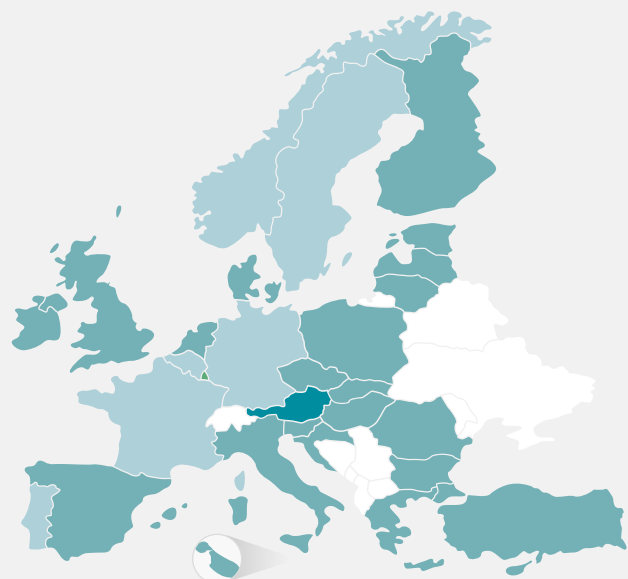
Na nacionalni ravni so ti izzivi spodbudili najrazličnejše inovativne pravne odzive v evropskih državah. V širšem smislu je mogoče opredeliti tri vrste teh odzivov. Prvič, države lahko uporabljajo veljavno zakonodajo, ki pokriva z nadzorovanimi snovmi nepovezana vprašanja, kot je zakonodaja o varnosti potrošnikov ali zakonodaja o preskušanju zdravil: na Poljskem je bilo leta 2010 v enem koncu tedna zaprtih več kot 1 000 trgovin na drobno z izvajanjem obstoječih pristojnosti s področja varovanja zdravja. Drugič, države lahko razširijo ali prilagodijo obstoječo zakonodajo ali postopke s področja drog: Združeno kraljestvo je leta 2011 uvedlo odredbe o uvrstitvi droge v začasni razred (angl. temporary class drug orders) za nadzor ponudbe, medtem ko se proučujejo zdravstvena tveganja. Tretjič, države lahko oblikujejo novo zakonodajo: Portugalska in Slovaška sta leta 2013 uvedli zakonodajo, po kateri se izrecno kaznuje nedovoljena prodaja nekaterih novih snovi.

To hitro spreminjajoče se pravno področje se še naprej razvija. Poljska in Romunija sta nedavno okrepili veljavno zakonodajo z uvedbo posebej oblikovane nove zakonodaje, obe pa se zdaj uporabljata vzporedno. Ciper je leta 2012 preoblikoval splošne opredelitve za zajetje snovi zunaj tedanjih opredelitev, Nizozemska pa je istega leta zavrnila splošne opredelitve, ker niso bile dovolj ciljno usmerjene.

Med temi različnimi odzivi so velike razlike v merilih za spodbuditev zakonodajnega odziva in kaznih za neskladnost. Kljub temu se zdi, da v državah obstaja trend kaznovanja ponudbe in ne posedovanja teh snovi.

SLIKA 4.3

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



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

Nacionalne strategije za boj proti drogam

Uveljavljena praksa je, da nacionalne vlade v Evropi sprejemajo nacionalne strategije in akcijske načrte za boj proti drogam. Ti časovno omejeni dokumenti vsebujejo zbirko splošnih načel, ciljev in prednostnih nalog ter določajo ukrepe in odgovorne za njihovo izvajanje. Trenutno imajo vse države sprejeto nacionalno strategijo ali akcijski načrt za boj proti drogam, le Avstrija ima načrte na ravni zveznih dežel. Sedem držav je sprejelo nacionalne strategije in akcijske načrte, ki zajemajo dovoljene in prepovedane droge (slika 4.3). Številne države zdaj sistematično ocenjujejo nacionalne strategije in akcijske načrte za boj proti drogam. Splošni cilj presoje je oceniti doseženo raven izvajanja in spremembe splošnega stanja na področju drog.

Uveljavljena praksa je, da nacionalne vlade v Evropi sprejemajo nacionalne strategije in akcijske načrte za boj proti drogam

SLIKA 4.4

Raznovidne zagovorniške organizacije in politika na področju drog

V zadnjih letih je mogoče opaziti, da pri razvoju strategij na področju drog vse bolj sodelujejo organizacije civilne družbe, vključno z zagovorniškimi skupinami, ki se ukvarjajo s politiko na področju drog. V nedavni študiji centra EMCDDA je bilo opredeljenih več kot 200 organizacij, ki se v Evropi ukvarjajo z zagovorništvom v zvezi s politiko na področju drog, pri čemer jih je približno 70 % dejavnih na nacionalni ravni, preostale pa so enakomerno razdeljene na tiste, ki se ukvarjajo z zagovorništvom na lokalni ali evropski ravni. Cilji skoraj dveh tretjin teh organizacij so bili usmerjeni na razvoj prakse, pri čemer je 39 % organizacij zagovarjalo pristope za zmanjševanje škode, 26 % pa preprečevanje in zmanjševanje uporabe drog. Preostale organizacije so glavno pozornost namenjale spremembi zakonodaje, od teh jih je 23 % dajalo prednost zmanjševanju nadzora drog, 12 % pa se jih je zavzemalo za okrepitev nadzora.

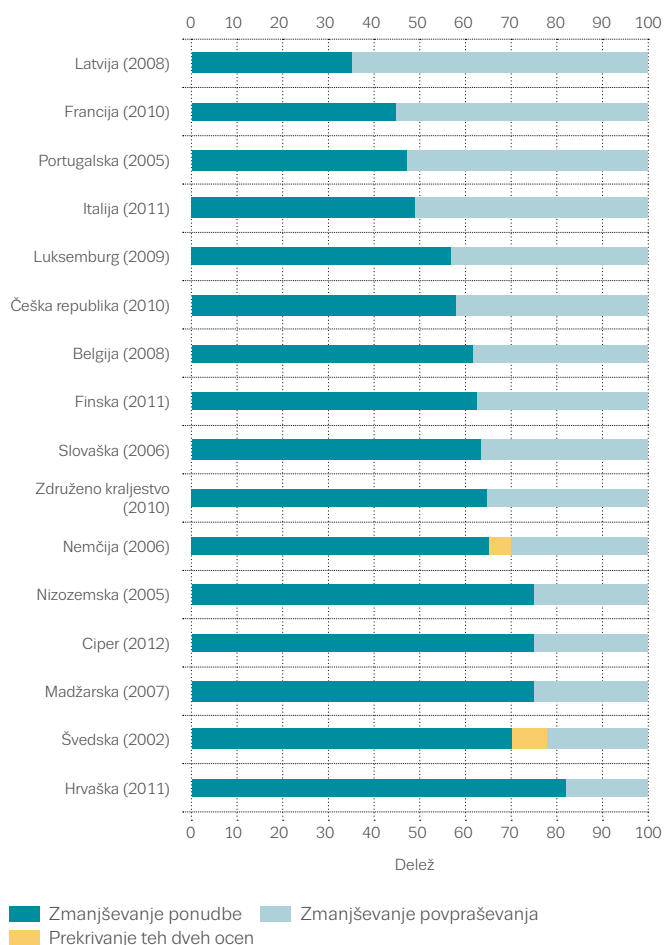
Večina zagovorniških organizacij izvaja ciljno usmerjene dejavnosti, katerih namen je vplivati na stališča in mnenja javnosti in oblikovalcev politik o zagotavljanju storitev za zdravljenje odvisnosti od drog in nadzoru drog. Na politiko na področju drog poskušajo vplivati z izvajanjem dejavnosti ozaveščanja, kot so sodelovanje v javnih razpravah, ali vzdrževanjem spletišč družbenih medijev. Organizacije, ki zagovarjajo zmanjševanje nadzora ali škode, so zastopale zlasti interese uporabnikov drog, medtem ko so organizacije, ki podpirajo zmanjšanje uporabe drog in okrepitev nadzora, delovale predvsem v imenu širše družbe ter zlasti mladine in družin.

Ekonomska ocena: sredstva za ukrepe je oklestilo varčevanje

Številne evropske države se še naprej spopadajo s posledicami nedavne gospodarske recesije. Obseg fiskalne konsolidacije ali varčevalnih ukrepov ter njihov vpliv se med evropskimi državami razlikujejo. Osemnajst držav, ki imajo na voljo dovolj podatkov za primerjavo, je poročalo o zmanjšanju proračuna za področja zdravstva, javnega reda in varnosti – na teh področjih proračunske porabe pa nastane tudi največ javnih izdatkov, povezanih z drogami. Na splošno je bilo med letoma 2009 in 2011 mogoče opaziti večje zmanjšanje javnih izdatkov v zdravstvenem sektorju.

Evropske države poročajo tudi o krčenju sredstev, ki so na voljo za programe in storitve, povezane z drogami, kar zlasti vpliva na ukrepe za preprečevanje uporabe drog in raziskave v zvezi z drogami. Več držav tudi poroča, da

Razčlenitev javnih izdatkov v zvezi z drogami na zmanjšanje povpraševanja in zmanjšanje ponudbe



poskusi dodelitve finančnih sredstev izrecno za zdravljenje odvisnosti od drog niso bili vedno uspešni.

Ekonomska analiza je lahko pomembno orodje za oceno politike, vendar omejene razpoložljive informacije o javnih izdatkih v Evropi, povezanih z drogami, pomenijo veliko oviro in otežujejo primerjavo med državami. V 16 državah, ki so pripravile ocene od leta 2002, javni izdatki, povezani z drogami, predstavljajo od 0,01 do 0,5 % njihovega bruto družbenega proizvoda (BDP). Na podlagi razpoložljivih informacij se zdi, da se največji delež javnih izdatkov, povezanih z drogami, nameni dejavnostim za zmanjševanje ponudbe drog (slika 4.4).

Javni izdatki za zmanjševanje ponudbe med drugim vključujejo izdatke za kršitelje zakonodaje o drogah v zaporih. Center EMCDDA je izračunal razpon ocen, pri katerem nizka ocena upošteva le tiste zapornike, ki so bili obsojeni zaradi kršitve zakonodaje o drogah, visoka ocena pa upošteva tudi zapornike v predkazenskem postopku, ki bodo lahko obsojeni zaradi kršitve zakonodaje o drogah. Če se upoštevajo ta merila, so evropske države v letu 2010 za kršitelje zakonodaje o drogah v zaporih po ocenah porabile

0,03 % BDP ali 3,7 milijarde EUR. Če se upoštevajo zaporniki v predkazenskem postopku, se ta ocena povzpne na 0,05 % BDP ali 5,9 milijarde EUR.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, študije centra EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, študije centra EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, študije centra EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, študije centra EMCDDA.

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

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

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

2012

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

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, izbrano vprašanje.

2008

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

Skupne publikacije centra EMCDDA in Evropske komisije

2010

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

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

Priloga

Nacionalni podatki, ki so predstavljeni tukaj, so povzeti iz spletnega evropskega poročila o drogah: podatki in statistike (*European Drug Report: Data and statistics*), kjer je mogoče najti dodatne podatke, obdobja, opombe in metapodatke

PREGLEDNICA 1

OPIOIDI

	Ocena problematične uporabe opioidov	Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga				Uporabniki na nadomestnem zdravljenju
		Uporabniki storitev zdravljenja zaradi opioidov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi opioidov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)		
		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	
Država	Primerov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	Število
Belgija	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bolgarija	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Češka republika	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Danska	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Nemčija	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estonija	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Irska	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grčija	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Španija	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francija	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Hrvaška	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Italija	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Ciper	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Latvija	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litva	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luksemburg	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Madžarska	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Nizozemska	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Avstrija	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Poljska	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugalska	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Romunija	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovenija	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovaška	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Finska	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Švedska	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Združeno kraljestvo	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turčija	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Norveška	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Evropska unija	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
EU, Turčija in	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

PREGLEDNICA 2

KOKAIN

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga			
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi kokaina kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bolgarija	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Češka republika	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Danska	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Nemčija	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estonija	–	1,3	2	–	–	–	–
Irska	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grčija	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Španija	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francija	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Hrvaška	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Italija	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Ciper	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Latvija	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Madžarska	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Nizozemska	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Avstrija	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Poljska	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugalska	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Romunija	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovaška	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Finska	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Švedska	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Združeno kraljestvo	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turčija	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Norveška	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Evropska unija	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
EU, Turčija in	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

PREGLEDNICA 3

AMFETAMINI

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga			
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi amfetaminov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi amfetaminov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bolgarija	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Češka republika	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Danska	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Nemčija	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estonija	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Irska	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grčija	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španija	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francija	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Hrvaška	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Italija	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Ciper	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Latvija	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litva	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luksemburg	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Madžarska	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Nizozemska	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Avstrija	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Poljska	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugalska	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Romunija	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovaška	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Finska	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Švedska	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Združeno kraljestvo	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turčija	0,3	–	–	–	–	–	–
Norveška	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Evropska unija	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
EU, Turčija in	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

PREGLEDNICA 4

EKSTAZI

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga	
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi ekstazija kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bolgarija	2,0	2,9	4	–	–
Češka republika	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Danska	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Nemčija	2,7	0,9	2	–	–
Estonija	–	2,3	3	–	–
Irska	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grčija	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Španija	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francija	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Hrvaška	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Italija	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Ciper	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Latvija	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litva	1,3	0,3	2	–	–
Luksemburg	–	–	–	–	–
Madžarska	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Nizozemska	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Avstrija	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Poljska	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugalska	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Romunija	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovenija	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovaška	1,9	0,9	4	–	–
Finska	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Švedska	2,1	0,2	1	–	–
Združeno kraljestvo	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turčija	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Norveška	–	–	1	–	–
Evropska unija	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
EU, Turčija in	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

PREGLEDNICA 5

KONOPLJA

	Ocene razširjenosti			Kazalnik povpraševanja po zdravljenju, primarna droga	
	Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi konoplje kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje	
	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64)	V zadnjih 12 mesecih, mlajši odrasli (15–34)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
Država	%	%	%	% (število)	% (število)
Belgija	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bolgarija	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Češka republika	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Danska	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Nemčija	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estonija	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Irska	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grčija	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Španija	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francija	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Hrvaška	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Italija	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Ciper	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Latvija	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litva	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luksemburg	–	–	–	26 (72)	–
Madžarska	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Nizozemska	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Avstrija	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Poljska	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugalska	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Romunija	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovenija	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovaška	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Finska	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Švedska	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Združeno kraljestvo	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turčija	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Norveška	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Evropska unija	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
EU, Turčija in	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

PREGLEDNICA 6

DRUGI KAZALNIKI

	Smrti primeri zaradi drog (pri starosti 15–64)	Diagnoza okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog (ECDC)	Ocena razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem	Brizge, ki so bile razdeljene v okviru specializiranih programov
Država	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na 1 000 prebivalcev	Število
Belgija	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bolgarija	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Češka republika	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Danska	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Nemčija	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estonija	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Irska	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grčija	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Španija	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francija	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Hrvaška	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Italija	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Ciper	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Latvija	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litva	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luksemburg	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Madžarska	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Nizozemska	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Avstrija	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Poljska	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugalska	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Romunija	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovenija	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovaška	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Finska	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Švedska	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Združeno kraljestvo	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turčija	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Norveška	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Evropska unija	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
EU, Turčija in	–	3,1 (1 788)	–	–

PREGLEDNICA 7

ZASEGI

	Heroin		Kokain		Amfetamini		Ekstazi	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	kg	število	tablet (kg)	število
Belgija	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bolgarija	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Češka republika	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Danska	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Nemčija	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estonija	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Irska	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grčija	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Španija	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Francija	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Hrvaška	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Italija	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Ciper	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Latvija	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litva	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luksemburg	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Madžarska	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Nizozemska	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Avstrija	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Poljska	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugalska	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Romunija	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovenija	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovaška	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Finska	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Švedska	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Združeno kraljestvo	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turčija	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Norveška	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Evropska unija	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
EU, Turčija in	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

PREGLEDNICA 7

ZASEGI (nadaljevanje)

	Hašiš		Marihuana		Rastline konoplje	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	rastlin (kg)	število
Belgija	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bolgarija	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Češka republika	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Danska	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Nemčija	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estonija	5	48	25	466	– (7)	12
Irska	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Grčija	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Španija	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Francija	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Hrvaška	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Italija	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Ciper	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Latvija	117	64	74	414	– (335)	4
Litva	424	23	96	242	– (–)	–
Luksemburg	1	83	30	774	39 (–)	9
Madžarska	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Nizozemska	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Avstrija	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Poljska	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugalska	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Romunija	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovenija	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovaška	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Finska	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Švedska	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Združeno kraljestvo	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turčija	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Norveška	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Evropska unija	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
EU, Turčija in	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z
drogami

Evropsko poročilo o drogah 2014: Trendi in razvoj

Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije
2014 — 80 str. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-710-7

doi:10.2810/39050

Kako do publikacij Evropske Unije

Brezplačne publikacije

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

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

Publikacije, ki so naprodaj

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

Plačljive naročnine

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

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

O poročilu

Poročilo *Trendi in razvoj* vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava ponudbo drog, njihovo uporabo in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnim mestom *Podatki in statistike* ter spletnima dokumentoma *Pregled po državah* in *Perspektive na področju drog* sestavlja Poročilo o drogah v Evropi 2014.

O centru EMCDDA

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

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