



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 2314-9205

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2015



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2015

Pravno obvestilo

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

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

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

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

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu. Dostop je mogoč na strežniku Europa (<http://europa.eu>).

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, finskiem, švedskem, turškem in norveškem jeziku. Vse prevode je opravil Prevajalski center za organe Evropske unije.

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2015

ISBN 978-92-9168-778-7

doi:10.2810/99366

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2015

Reprodukcija je dovoljena z navedbo 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

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Vsebina

5	Predgovor
9	Uvodna opomba in zahvala
11	POVZETEK Dinamika trga drog v Evropi: globalni vplivi in lokalne razlike
19	POGLAVJE 1 Ponudba drog in trg
39	POGLAVJE 2 Uporaba drog in težave, povezane z njo
61	POGLAVJE 3 Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog
75	PRILOGA Preglednice z nacionalnimi podatki

| Predgovor

Z veseljem vam predstavljamo dvajseto letno analizo stanja na področju drog v Evropi v obliki Evropskega poročila o drogah za leto 2015.

Letošnje poročilo vključuje celovit pregled problematike drog v Evropi in sprejetih ukrepov za njeno reševanje. Poročilo Trendi in razvoj je osrednji del sklopa Evropsko poročilo o drogah, ki vključuje več medsebojno povezanih dokumentov. Temelji na evropskih in nacionalnih podatkih ter skupaj s poglobljenimi analizami tematskih vprašanj zagotavlja vpogled v ključne trende, odzive in politike na najvišji ravni. Sklop vsebuje povsem nove analize o psihosocialnih ukrepih, varnih sobah za uporabo drog, zlorabi benzodiazepinov in preprodajalskih poteh za heroin.

Celostni večpredstavnostni informacijski paket, ki danes sestavlja Evropsko poročilo o drogah, se zelo razlikuje od letnega poročila centra EMCDDA o stanju na področju drog iz leta 1996. Pred 20 leti se je izziv v zvezi z vzpostavitvijo nadzornih sistemov, usklajenih med 15 državami članicami EU, verjetno zdel gromozanski. Zato vzbuja občudovanje dosežek, da so se povsem novi nadzorni mehanizmi, vzpostavljeni leta 1995, razvili v svetovno priznan evropski sistem, ki danes zajema 30 držav.

Verjamemo, da je center EMCDDA pomembno prispeval k doseženemu napredku, priznavamo pa tudi, da pri delu tesno sodelujemo z našimi partnerji. Tukaj predstavljena evropska analiza nikakor ne bi bila mogoča brez prizadevanj držav članic pri razvoju zanesljivih nacionalnih informacijskih sistemov o drogah.

To poročilo temelji na podatkih, ki so jih zbrale nacionalne kontaktne točke mreže Reitox v tesnem sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki. Analiza je poleg tega plod stalnega sodelovanja z našimi evropskimi partnerji: Evropsko komisijo, Europolom, Evropsko agencijo za zdravila in Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni. Prav tako se zahvaljujemo za prispevek številnih evropskih raziskovalnih skupin in pobud, saj bi naše poročilo brez njihovega dela zaobjelo precej manj dognanj.

V zadnjih 20 letih se ni popolnoma spremenilo le naše poročilo, ampak sta se spremenila tudi obseg in narava evropske problematike drog. Pred ustanovitvijo agencije je Evropo preplaval heroin, zato je politiko na področju drog narekovala potreba po zaježitvi prenosa virusa HIV in števila smrtnih primerov zaradi aidsa. Uporaba heroina in težave z virusom HIV so še naprej v ospredju našega poročanja, vendar je z njimi povezan razvoj dogodkov bolj optimističen, večja je tudi obveščenost o učinkovitih javnozdravstvenih odzivih nanje. A vendar so danes težave povezane z drogami še mnogo bolj zapletene. To je razvidno iz dejstva, da so bile številne snovi, predstavljene v tem poročilu, ob ustanovitvi agencije praktično neznane.



Evropski trgi drog se še naprej hitro spreminjajo in razvijajo. To ponazarja dejstvo, da je bilo leta 2014 odkritih več kot sto novih psihoaktivnih snovi in da so bile opravljene ocene tveganja v zvezi s šestimi novimi drogami – več kot kdaj koli doslej. Za spremljanje teh sprememb in zagotavljanje, da so v analizi, ki jo pripravljamo, upoštevane nove razvojne spremembe, še naprej tesno sodelujemo z raziskovalci in strokovnjaki. Kot agencija smo se vedno zavedali pomena pravočasnega zagotavljanja zanesljivih informacij, ki so ob tem pomembne tudi za oblikovanje politike. Še naprej smo zavezani temu cilju in zagotavljanju, da bodo ne glede na problematiko drog, s katero se spopadamo, evropski odzivi sloneli na informacijskem sistemu, ki bo tudi v prihodnje uspešno deloval, bil primeren in ustrezal namenu.

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 nacionalnih poročil posredovale države članice EU, država kandidatka Turčija in Norveška.

Njegov namen je zagotoviti pregled in povzetek stanja na področju drog v Evropi ter odzive nanj. Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2013 (ali zadnje leto, za katero so na voljo). Analiza trendov temelji le na državah, ki so predložile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem obdobju. Bralec mora poleg tega upoštevati, da je spremljanje vzorcev in trendov, značilnih za skrivno in stigmatizirano vedenje, kot je uporaba drog, praktično in metodološko zahtevno delo, zato je bilo v tem poročilu v analizo vključenih več virov podatkov. Čeprav je mogoče ugotoviti bistvene izboljšave na nacionalni ravni in v zvezi s tem, kaj je mogoče z analizo na evropski ravni doseči, je treba upoštevati metodološke težave na tem področju. Pri razlagi rezultatov je zato potrebna previdnost, zlasti pri primerjavi posamičnih ukrepov v državah. Opozorila in pridržki v zvezi s podatki so na voljo v spletni različici tega poročila in Statističnem biltenu, kjer so na voljo podrobne informacije o metodologiji, pridržki v zvezi z analizo in pripombe o omejitvah v razpoložljivem naboru informacij. Na voljo so tudi informacije o metodah in podatkih, uporabljenih za ocene na evropski ravni, pri katerih se lahko uporablja interpolacija.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

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

**V letošnji analizi je očiten pomen
globalnih dejavnikov na ponudbo
drog in politične razprave**

Dinamika trga drog v Evropi: globalni vplivi in lokalne razlike

Glavne ugotovitve najnovejše analize problematike drog, ki jo je opravil center EMCDDA, kažejo nadaljevanje dolgoročnih vzorcev in trendov ter pojav novih vzorcev uporabe in odzivov. V letošnji analizi je poudarjen pomen globalnih dejavnikov na ponudbo drog in politične razprave, v okviru novih trendov pa so najpomembnejši lokalni vzorci uporabe in odzivi na težave. Vse težje je potegniti ločnico med tržnima kategorijama „starih“ in novih drog; tako kot nove droge vse bolj posnemajo uveljavljene vrste snovi, lahko tudi odzivi na nove droge posnemajo z dokazi podprte odzive na težave, povezane z uveljavljenimi drogami.

V središču pozornosti je konoplja

Medtem ko mednarodni interes in razpravo spodbujajo pobude, ki se v zvezi z regulirano prodajo konoplje in proizvodov iz konoplje izvajajo v Severni in Južni Ameriki, je razprava o konoplji v Evropi še vedno osredotočena predvsem na morebitne zdravstvene stroške, povezane s to drogo. Z novimi podatki se poudarja pomembna vloga konoplje v statističnih podatkih o kaznivih dejanjih, povezanih z drogami, pri čemer ta droga pomeni 80 % zasegov, uporaba konoplje ali njeno posedovanje za osebno uporabo pa predstavlja več kot 60 % vseh prijavljenih kršitev zakonodaje o drogah v Evropi (glej sliko). Poleg tega se proizvodnja in preprodaja te droge priznavata za čedalje pomembnejši področji prizadevanj organov pregona, saj vse bolj postajata del organiziranega kriminala. Kar zadeva izrekanje kazni za kršitve zakonov, povezanih s ponudbo konoplje, so med državami precejšnje razlike. Nacionalni strokovnjaki navajajo, da se lahko kazen za osebo, ki prvič stori kaznivo dejanje preprodaje kilograma konoplje, giblje od manj kot enega leta do deset let zapora.

Iz novih podatkov je razviden tudi čedalje večji pomen konoplje v evropskih sistemih zdravljenja odvisnosti od drog, saj se je povečalo število zahtev za zdravljenje zaradi težav, povezanih s konopljo. To povečanje je treba razlagati v okviru zagotavljanja storitev in prakse glede napotitve na zdravljenje. Tako na primer v nekaterih državah predpisane napotitve v okviru kazenskopravnega sistema poskrbijo za velik delež uporabnikov, ki se začnejo zdraviti. Na podatke vplivajo tudi različne nacionalne opredelitve in prakse v zvezi s tem, kaj vključuje zdravljenje za motnje, povezane s konopljo, ki lahko segajo od kratke spletne intervencije do sprejetja v institucionalno oskrbo. Zdi se, da se spreminja tudi razpoložljivost zdravljenja za uporabnike konoplje, kar

je verjetno posledica večje ozaveščenosti o potrebi po tovrstnih storitvah, v nekaterih državah pa je večji dostop do zdravljenja možen zaradi manjšega povpraševanja po zdravljenju zaradi uporabe drugih vrst drog. Ne glede na vrsto zdravljenja za težave, povezane s konopljo, dokazi podpirajo uporabo psihosocialnih ukrepov – ti pristopi so proučeni v analizi, ki je priložena temu poročilu. Poleg tega so v študijah o nezgodah in nujnih primerih na voljo dokazi o čedalje večjem številu akutnih zdravstvenih težav, povezanih s proizvodi iz konoplje z močnim učinkom. Zaradi večje dosegljivosti proizvodov iz konoplje z močnim učinkom postaja potreba po izboljšanju spremljanja akutnih težav, povezanih z uporabo te droge, čedalje bolj očitna.

Ali konkurenca na trgu vodi k proizvodom z močnejšim učinkom?

Pri letošnjem zbiranju podatkov so bili odkriti dokazi o srednje- ali kratkoročnem povečanju čistosti ali moči vseh najpogostejše uporabljenih drog v Evropi. Razlogi za to so verjetno kompleksni, kot kaže, pa so med njimi tehnične inovacije in konkurenca na trgu. V primeru konoplje, pri kateri imajo v zadnjih letih doma proizvedeni proizvodi iz marihuane z močnim učinkom čedalje večji tržni delež, je iz podatkov razvidno povečanje moči uvoženega hašiša, kar je verjetno povezano s spremembami v proizvodnih praksah. Tržna inovativnost in večja čistost sta očitni tudi v primeru snovi MDMA. Po obdobju, v katerem je pri

uporabnikov veljalo, da so tablete, ki se prodajajo kot „ekstazi“, slabe kakovosti in vsebujejo le malo snovi MDMA, kar je bilo tudi forenzično potrjeno, so postali bolj razširjeni prašek in tablete MDMA z veliko čistostjo. Zdi se, da je uvedba snovi MDMA v prašku ali kristalih velike čistosti namerna strategija za razlikovanje te oblike snovi MDMA in povečanje njene privlačnosti za uporabnike. Verjetno se z istim trženjskim ciljem pojavljajo tudi tablete značilnih oblik in logotipov z velikim odmerkom te snovi. Center EMCDDA in Europol sta v zadnjem letu izdala opozorilo o tveganjih za zdravje, povezanih z uporabo proizvodov iz snovi MDMA z zelo veliko čistostjo. Poleg tega so bila izdana tudi opozorila o tabletah, ki se prodajajo kot ekstazi, vendar vsebujejo snov PMMA, včasih v kombinaciji z MDMA. Ta droga zaradi svoje farmakologije vzbuja še posebno zaskrbljenost z vidika javnega zdravja.

V zvezi s snovjo MDMA in sintetičnimi drogami na splošno je razpoložljivost predhodnih sestavin poglavitni dejavnik kakovosti in ponudbe proizvodov. Razvidne so tudi inovacije na tem področju, zlasti v zvezi s proizvodnimi praksami. To je mogoče opaziti pri načinih kemične sinteze in veliki zmogljivosti nekaterih nedavno odkritih proizvodnih lokacij. Poleg tega je bilo omenjeno, da je lahko v nekaterih državah pomembna tudi razpoložljivost novih psihoaktivnih snovi. Tako se na primer včasih poroča, da razpoložljivost visokokakovostnih sintetičnih kanabinoidov in katinonov pomeni neposredno konkurenco nizkokakovostnim in relativno dražjim uveljavljenim drogam.

VEČINA KRŠITEV ZAKONODAJE O DROGAH POVEZANA S KONOPLJO

1,25 milijona

kršitev zakonodaje
o drogah

781 000

Uporaba konoplje*

223 000

Uporaba drugih drog*

116 000

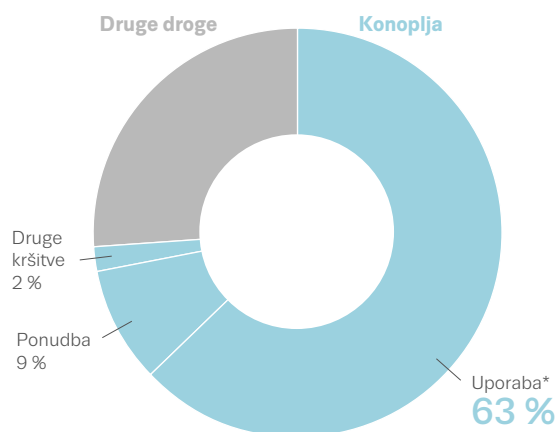
Ponudba konoplje

86 000

Ponudba drugih drog

42 000

Druge kršitve



*Uporaba vključuje kršitve zaradi uporabe in posedovanja za osebno uporabo.

Spremembe na evropskem trgu heroina

V Evropi težave v zvezi s heroinom še vedno pomenijo velik delež zdravstvenih in socialnih stroškov, povezanih z drogami, čeprav so najnovejši trendi na tem področju razmeroma pozitivni. Iz nedavnih podatkov je še naprej razvidno zmanjševanje povpraševanja po zdravljenju in težav, povezanih z uporabo heroina, vendar več tržnih kazalnikov vzbuja zaskrbljenost. Ocene Združenih narodov kažejo na precejšnje povečanje proizvodnje opija v Afganistanu, državi, iz katere izvira večina heroina, ki se porabi v Evropi, kar bo morda posredno vplivalo na razpoložljivost, skrb vzbujajoče pa je, da se zvišujejo ocene čistosti heroina, ki je na voljo v Evropi. Nedavni podatki iz nekaterih držav, v katerih je bilo ugotovljeno povečanje čistosti, kažejo, da se je povečalo tudi število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. Čeprav ni jasno, ali sta ti povečani povezani, je to vprašanje treba raziskati. Skrivna narava trga drog pomeni, da je potrebna previdnost pri vsaki analizi njegove dinamike. Kljub temu je na voljo čedalje več dokazov o inovativnosti dobave heroina na evropske trge, obstajajo tudi možnosti za vnovično povečanje razpoložljivosti te droge. Znaki sprememb v ponudbi heroina vključujejo odkritje laboratorijev za predelavo heroina v Evropi – kar je novost – ter dokaze o prilagoditvi preprodajalskih poti za heroin in načinov delovanja kriminalnih združb. Zaskrbljenost še naprej vzbuja tranzit heroina iz Pakistana in Afganistana v Evropo. Poleg tega je iz podatkov o zasegih jasno razvidna vloga, ki jo ima Turčija kot geografsko okno za droge, ki se pošiljajo v Evropsko unijo in iz nje, zasegi heroina v tej državi pa so se deloma zvišali v primerjavi z najnižjo ravno iz leta 2011. Ta vprašanja se proučujejo v analizi o preprodaji heroina, ki spremlja to poročilo.

Starejši uporabniki prinašajo nove izzive za storitve

Vsa morebitna povečanja razpoložljivosti heroina je treba obravnavati v okviru splošne stagnacije povpraševanja po tej drogi, kar je večinoma posledica upada števila novih uporabnikov in vključitve številnih oseb, ki imajo težave s heroinom, v zdravljenje. Poleg terapevtskih koristi, ki jih prinaša zagotavljanje zdravljenja, bo zaradi splošno visoke stopnje razširjenosti zdravljenja v Evropi, ki se ocenjuje na 50 % primerov ali več, Evropska unija verjetno postala manjši in potencialno manj privlačen trg za ponudnike te droge. Odvisnost od heroina je kronična bolezen in pretekle napovedi, da bo storitve treba prilagoditi potrebam starajoče se kohorte uporabnikov, so potrjene v analizi, predstavljeni v tem poročilu. Zagotavljanje primernega odziva zdravstvenih in socialnih služb za to skupino je zato čedalje večji izziv za storitve na področju drog. Odzivi so zapleteni zaradi težav, s katerimi se srečuje ta kohorta in ki

so povezane z dolgotrajno uporabo drugih snovi, vključno s tobakom in alkoholom. Zloraba benzodiazepinov med rizičnimi uporabniki drog je slabše dokumentirana, vendar je proučena v novi analizi, ki spremlja to poročilo. Zloraba benzodiazepinov v kombinaciji z opiodi se povezuje z večjim tveganjem prevelikega odmerka. Izoblikovanje učinkovitih odzivov za zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka ostaja ključni izziv politike v Evropi. Napredek na tem področju vključuje uvedbo usmerjenih strategij, izvajanje programov na podlagi naloksona in pobude preprečevanja, usmerjene na rizične skupine. Nekatere države imajo že uveljavljeno prakso zagotavljanja „nadzorovanih varnih sob za uporabo drog“, katerih namen je pritegniti uporabnike drog, ki jih je sicer težko doseči, in zmanjšati težave, povezane z drogami, vključno s smrtnimi primeri zaradi prevelikega odmerka. Temu poročilu je priložen pregled storitev, ki se zagotavljajo v teh okoljih.

Potreba po zmanjšanju tveganega vedenja za okužbo z virusom HIV in prenosa tega virusa je od nekdaj glavno gonilo politike na področju drog in odzivov v zvezi s heroinom, zlasti pri uporabi z vbrizgavanjem. Nedavni izbruhi in razmere v nekaterih evropskih državah poudarjajo potrebo po stalni pozornosti in zagotavljanju primernih ravni zagotavljanja storitev. Kljub temu dolgoročni pregled kaže na jasno splošno izboljšanje in ponazarja učinek, ki ga lahko ima zagotavljanje primernih storitev. To sporočilo je pomembno v zvezi s prizadevanji za obravnavo razmeroma visokih ravni okužb s hepatitisom C, ki so še vedno ugotovljene med injicirajočimi uporabniki drog. Na voljo je vse več novih in učinkovitih zdravljenj, čeprav je zdravljenje drago. Vendar center EMCDDA ugotavlja, da se v nekaterih državah ob podpori na evropski ravni izvajajo dejavnosti za izboljšanje položaja.



Kombinacija tveganega spolnega vedenja in uporabe drog: področje, ki vzbuja čedalje večjo zaskrbljenost

Situacijske analize v tem poročilu so pogosto osredotočene na primerjavo razlik med državami, vendar je treba upoštevati, da je uporaba drog v nekaterih primerih povezana z družbeno-kulturnimi dejavniki, ki niso nujno značilni za posamezne države. Primer najdemo v nekaterih večjih evropskih mestih, kjer zbuja skrb širjenje vbrizgavanja stimulansov znotraj majhnih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Prakse, ki vključujejo vbrizgavanje metamfetamina, katinonov in drugih snovi (angl. *slamming*) kot del spolnih zabav, na katerih se med spolnimi odnosi uporabljajo rekreacijske droge, imajo posledice tako za prenos virusa HIV kot službe za spolno zdravje ter opozarjajo na potrebo po usklajenih odzivih na tem področju. Ta pojav je v nasprotju s splošnim evropskim trendom uporabe drog z vbrizgavanjem, ki v večini populacij upada, in poudarja splošno potrebo po namenjanju večje pozornosti povezavi med drogami in tveganim spolnim vedenjem.

Svetovni splet in aplikacije: nastajajoči virtualni trgi drog

Službe za droge in spolno zdravje skladno z razvojem na drugih področjih vse bolj uporabljajo svetovni splet in aplikacije kot okolje, v katerem zagotavljajo storitve. Ponudba informacij o drogah, programi preprečevanja in storitve za pomoč uporabnikom se v različnem obsegu selijo iz fizičnih prostorov v virtualna okolja. Skladno s tem so številni programi zdravljenja odvisnosti od drog zdaj že vzpostavljeni na spletu, zaradi česar so bolj dostopni za nove in obstoječe ciljne skupine.

Izboljšuje se tudi ozaveščenost o potencialni vlogi svetovnega spleta pri ponudbi in trženju drog. Nove psihoaktivne snovi in uveljavljene droge se dandanes prodajajo na površinskem in globokem spletu, čeprav ni znano, v kakšnem obsegu. Ob upoštevanju, da se potrošniška dejavnost na večini drugih področij trgovine seli s fizičnih na spletne trge, bodo morda spletni trgi drog pomembno področje, na katero bo v prihodnje osredotočeno naše spremljanje. To bo poleg tega verjetno zahtevno področje za politike za nadzor nad drogami, saj se lahko razvojne spremembe, na primer uvedba novih trgov in kriptovalut, dogajajo zelo hitro. Veljavne regulativne modele bo treba prilagoditi za delovanje v globalnem in virtualnem okolju.

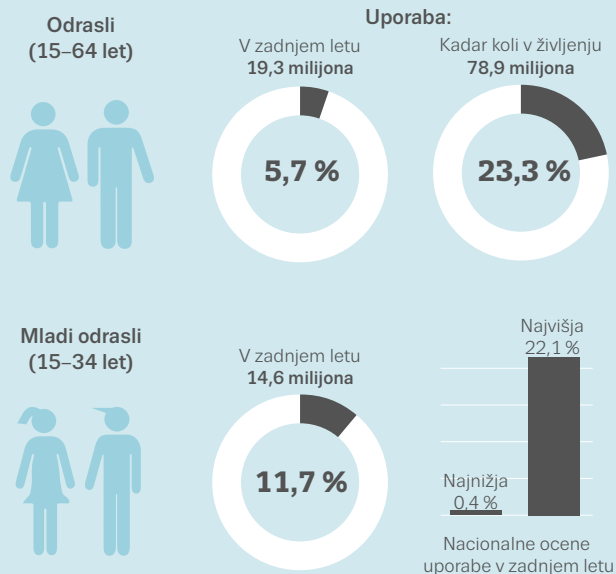
Razširjenost novih psihoaktivnih snovi: nujno je boljše poznavanje

Svetovni splet poleg tega pomembno prispeva k razvoju trga novih psihoaktivnih snovi, tako neposredno prek spletnih trgov kot posredno, saj proizvajalcem omogoča lahek dostop do podatkov iz raziskav in farmacevtskih podatkov, potencialnim strankam pa zagotavlja forum za izmenjavo informacij. Zaskrbljenost javnosti in politike zaradi uporabe novih psihoaktivnih snovi se je v kratkem času močno povečala. Naše poznavanje obsega uporabe in povezanih težav ne dohaja razvoja dogodkov, so pa že opazne spremembe, saj poskuša več držav oceniti razširjenost uporabe teh snovi. Oblikovanje ocen na tem področju je zahtevno zaradi metodoloških razlogov; nacionalne ocene je bilo do zdaj težko primerjati, vseeno pa je na voljo nekaj primerljivih podatkov. Čeprav je znano, da ima nedavna raziskava Flash Eurobarometer o mladih in drogah metodološke omejitve kot instrument za oceno razširjenosti, pa vseeno zagotavlja podatke iz vseh držav članic EU, pridobljene na podlagi standardiziranega vprašalnika. Rezultati raziskave kažejo, da raven uporabe novih psihoaktivnih snovi kadar koli v življenju med mladimi v večini držav ostaja nizka, so pa na voljo tudi nove študije, ki zagotavljajo vpogled v posebne oblike uporabe novih psihoaktivnih snovi.

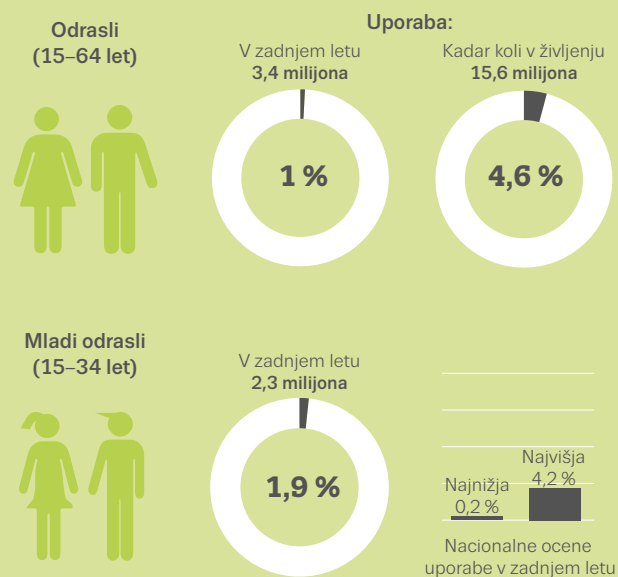
Čeprav teh študij ni mogoče šteti za reprezentativne, pa kažejo, da nove psihoaktivne snovi uporabljajo najrazličnejše skupine, kot so šolska mladina, obiskovalci zabav, psihonavti, zaporniki in injicirajoči uporabniki drog. Čedalje več je znanega o razlogih za njihovo uporabo. Tudi ti so raznovrstni in vključujejo dejavnike, kot so pravni status, razpoložljivost in cena, pa tudi želja po tem, da bi se izognili odkritju, in preference uporabnikov glede posebnih farmakoloških lastnosti. Na voljo so tudi dokazi, da se nove psihoaktivne snovi na trgu uporabljajo kot nadomestki za uveljavljene prepovedane droge, kadar teh primanjkuje ali so slabe kakovosti. Tako je bila priljubljenost mefedrona na začetku tega desetletja v nekaterih državah deloma pripisana slabi kakovosti prepovedanih stimulansov, kot sta MDMA in kokain. Zanimivo bo opazovati, ali bodo zdaj ugotovljena povečanja moči in čistosti uveljavljenih drog vplivala na porabo novih psihoaktivnih snovi.

NA KRATKO – OCENE UPORABE DROG V EVROPSKI UNIJI

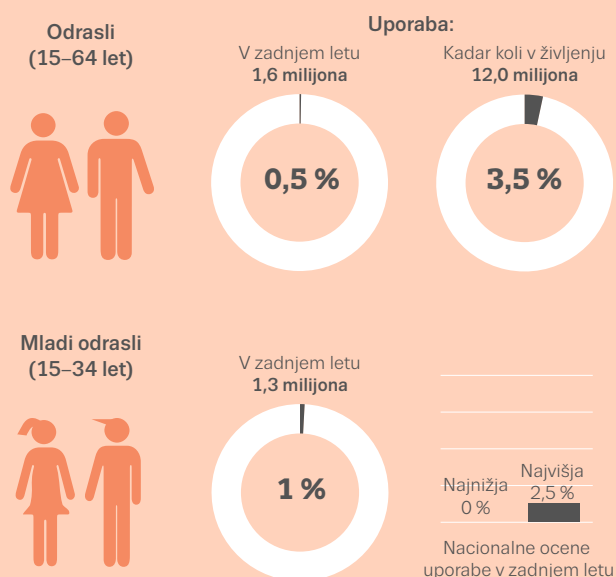
Konoplja



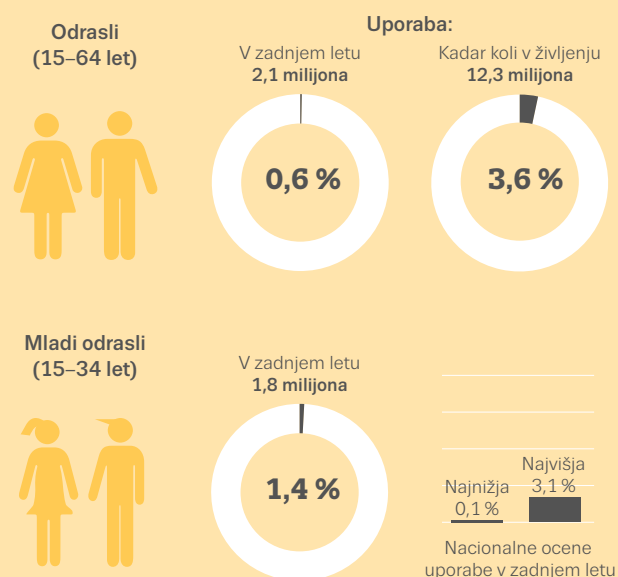
Kokain



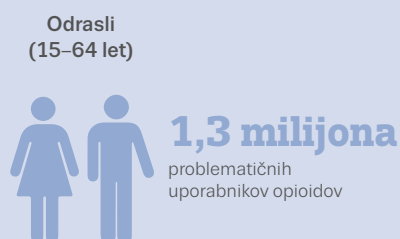
Amfetamini



Ekstazi

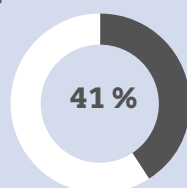


Opioidi



Zahteve za zdravljenje odvisnosti od drog

Glavna droga v približno 41 % vseh zahtev za zdravljenje odvisnosti od drog v Evropski uniji

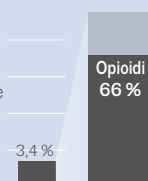


Zdravljenje

V letu 2013 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih 700 000 uporabnikov opioidov

Smrtni primeri

3,4 % vseh smrtnih primerov Evropejcev, starih od 15 do 39 let, se zgodi zaradi prevelikega odmerka drog. Opioidi so ugotovljeni pri 66 % prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo



Število novih psihoaktivnih snovi, odkritih na trgu drog, se še naprej povečuje

Čeprav se zdi, da je uporaba novih psihoaktivnih snovi na splošno omejena, se hitrost pojavljanja novih drog ni zmanjšala. Iz prijav v sistem EU za zgodnje opozarjanje je razvidno, da se na evropskem trgu raznovrstnost in količina novih psihoaktivnih snovi še vedno povečujeta. Leta 2014 je bila prvič odkrita 101 nova snov, in zanimivo je videti, kako nove droge, ki prihajajo na trg, predvsem sintetični kanabinoidi, stimulansi, halucinogene snovi in opiodi, posnemajo učinke uveljavljenih snovi. Center EMCDDA poleg tega v tem poročilu predstavlja nove podatke o zasegih teh snovi. V zvezi s tem je treba pojasniti, da se metoda zbiranja podatkov razlikuje od metode, ki se uporablja za običajno spremljanje zasegov drog, in da neposredna primerjava teh dveh podatkovnih nizov ni mogoča.

Leta 2014 je bilo opravljenih rekordnih šest ocen tveganja, kar poudarja pomen osredotočenega spremljanja snovi, ki povzročajo posebno škodo. K temu dosežku je prispevala večja razpoložljivost informacij o bolnišničnih nujnih primerih in toksikologiji. Kljub izboljšavam pri spremljanju akutnih težav, povezanih z drogami, pa je zaradi omejene zmogljivosti na tem področju še naprej omejeno naše poznavanje javnozdravstvenih posledic, ki so povezane ne le z novimi psihoaktivnimi snovmi, temveč – splošneje – z današnjimi vzorci uporabe drog.

Zdravstveni in socialni odzivi na izzive, ki jih prinašajo nove droge, so nesistematični in počasni, vendar se v zadnjem času pospešeno razvijajo. Vključujejo najrazličnejša prizadevanja, v katerih se upošteva celoten spekter odzivov na uveljavljene prepovedane snovi, od izobraževanja o drogah in dejavnosti usposabljanja do ukrepov, ki jih vodijo uporabniki sami, za zaščito drugih uporabnikov na spletu, in programov razdeljevanja injekcijskih igel in brizg, ki jih izvajajo nizkopražne službe.

1

**Evropa je pomemben trg za droge,
ki ga podpirajo doma proizvedene
droge in droge, pretihotapljene
iz drugih regij**

Ponudba drog in trg

V svetovnem okviru je Evropa pomemben trg za droge, ki se zalaga z doma proizvedenimi drogami in drogami, uvoženimi iz drugih regij. Latinska Amerika, Zahodna Azija in Severna Afrika so pomembna območja izvora drog, ki pridejo v Evropo, nekatere droge in predhodne sestavine pa skozi Evropo potujejo na druge celine. Evropa je tudi regija, v kateri se proizvajajo konoplja in sintetične droge, pri čemer se konoplja proizvaja predvsem za lokalno uporabo, nekatere sintetične droge pa tudi za izvoz v druge dele sveta.

Spremljanje trgov drog, ponudbe drog in zakonodaje o drogah

Analiza, predstavljena v tem poglavju, temelji na sporočenih podatkih o zasegih drog, uničenih obratih za proizvodnjo drog, kršitvah zakonodaje o drogah, maloprodajnih cenah drog ter čistosti in moči drog. Na nekaterih področjih je analiza trendov težavna, saj niso vse države predložile podatkov o zasegih. Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem Statističnem biltenu. Opozoriti je treba, da lahko na trende vpliva več dejavnikov, med katerimi sta stopnja dejavnosti organov kazenskega pregona in učinkovitost ukrepov za preprečevanje vstopa.

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

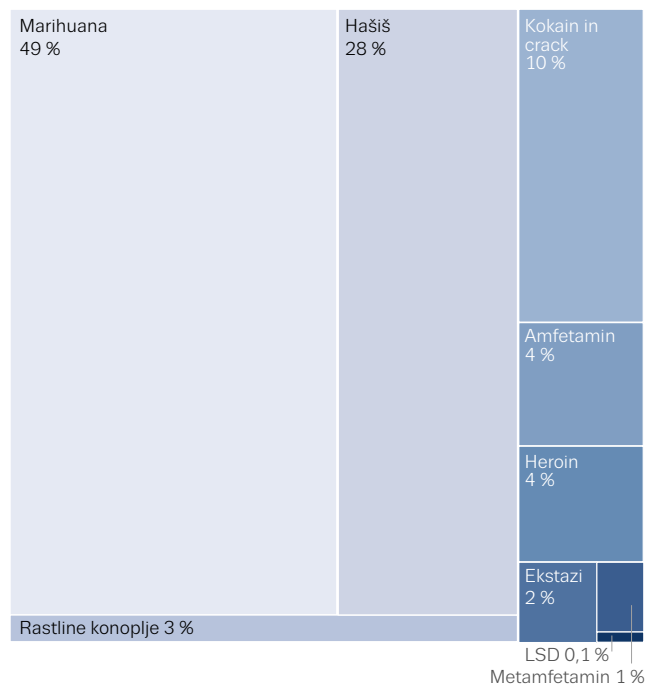
Izčrpni podatki o evropski zakonodaji o drogah so na voljo v spletni evropski pravni podatkovni zbirki o drogah. Izvajanje te zakonodaje se spremlja s poročili o kršitvah zakonodaje o drogah.

SLIKA 1.1

Od sedemdesetih in osemdesetih let prejšnjega stoletja obstajajo v številnih evropskih državah precej veliki trgi konoplje, heroina in amfetaminov. Sčasoma so se uveljavile tudi druge snovi, vključno z MDMA v devetdesetih letih prejšnjega stoletja in kokainom na začetku tretjega tisočletja. Trg se še naprej razvija, in v zadnjem desetletju so se pojavile najrazličnejše nove psihoaktivne snovi. Zaradi globalizacije, tehnologije in svetovnega spleta se spreminja tudi narava trga prepovedanih drog. Dodatne izzive povzročajo inovacije v proizvodnji drog in načinih preprodaje ter vzpostavitev novih preprodajalskih poti.

V ukrepe za preprečevanje ponudbe drog so vključeni številna vladna telesa in organi kazenskega pregona ter so pogosto odvisni od mednarodnega sodelovanja. Stališče, ki ga zavzamejo države, je upoštevano tudi v nacionalnih zakonodajah o drogah. Podatki o aretacijah in zasegih so najboljše dokumentirani kazalniki prizadevanj za prekinjanje ponudbe drog.

Delež prijavljenega števila zasegov za najpomembnejše prepovedane droge za leto 2013



Zasegi drog v Evropi: prevladuje konoplja

V Evropi se vsako leto poroča o približno enem milijonu zasegov prepovedanih drog. To so večinoma zasegi majhnih količin droge, zasežene uporabnikom, čeprav velik delež skupne količine zaseženih drog pomeni več kilogramov težke pošiljke, zasežene preprodajalcem in proizvajalcem.

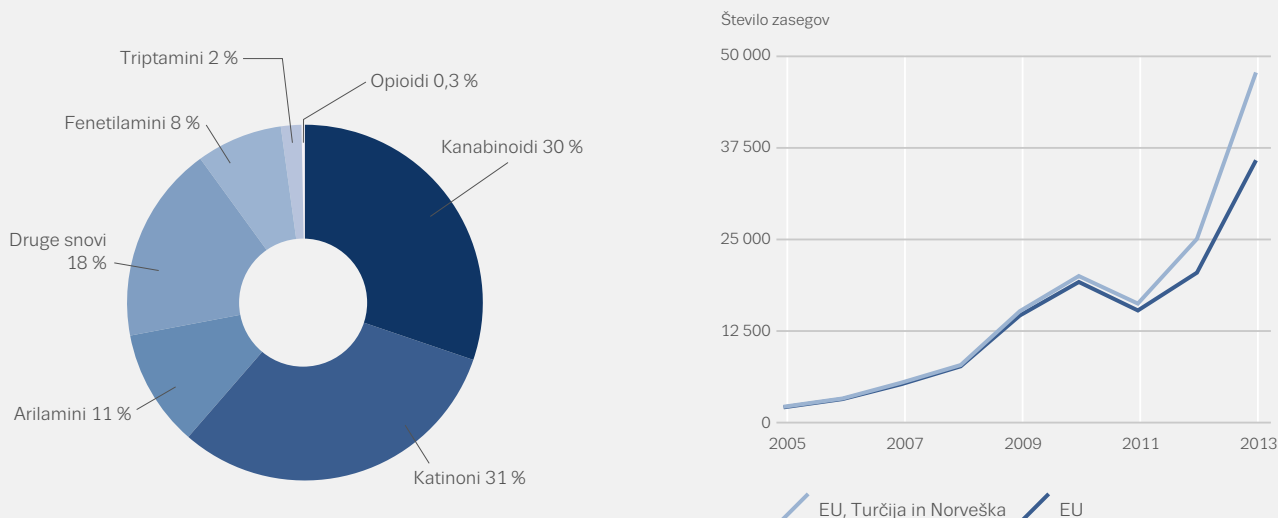
Konoplja je najpogostejše zasežena droga: približno osem od desetih zasegov v Evropi je zasegov konoplje (slika 1.1), kar odraža razmeroma veliko razširjenost uporabe te droge. Skupno je na drugem mestu kokain, pri čemer je število prijavljenih zasegov več kot dvakrat večje od števila zasegov amfetamina in heroina. Število zasegov ekstazija je razmeroma majhno.

V letu 2013 sta o približno dveh tretjinah vseh zasegov v Evropski uniji poročali le dve državi, Španija in Združeno kraljestvo, vendar so pomembno število zasegov sporočile tudi Belgija, Nemčija, Italija in štiri nordijske države. Poleg tega je treba opozoriti, da za Francijo in Nizozemsko – državi, ki sta v preteklosti poročali o velikem številu zasegov – in Poljsko najnovejši podatki niso na voljo. Brez teh podatkov je analiza v tem poročilu negotova. Še ena

Približno osem od desetih zasegov v Evropi se nanaša na konopljo, ki je tako najpogostejše zasežena droga

SLIKA 1.2

Število zasegov novih psihoaktivnih snovi, priglašanih v sistem EU za zgodnje opozarjanje: razčlenitev po kategoriji najpomembnejših zaseženih snovi v letu 2013 (levo) in trendi (desno)



pomembna država v zvezi z zasegi drog je Turčija, kjer je določen delež prestreženih drog namenjen uporabi v drugih državah v Evropi in na Bližnjem vzhodu.

V tem poročilu so predstavljeni tudi podatki o čedalje večjem številu zasegov novih psihoaktivnih snovi, priglašanih v sistem EU za zgodnje opozarjanje. V letu 2013 je bilo prijavljenih približno 35 000 zasegov, predvsem sintetičnih kanabinoidov in katinonov (slika 1.2). Zaradi pomanjkljivega običajnega poročanja na tem področju je treba to število šteti za minimalno oceno. Upoštevati je treba, da teh podatkov ni mogoče neposredno primerjati s podatki o uveljavljenih drogah, kot je konoplja.

Proizvodi iz konoplje: raznovrsten trg

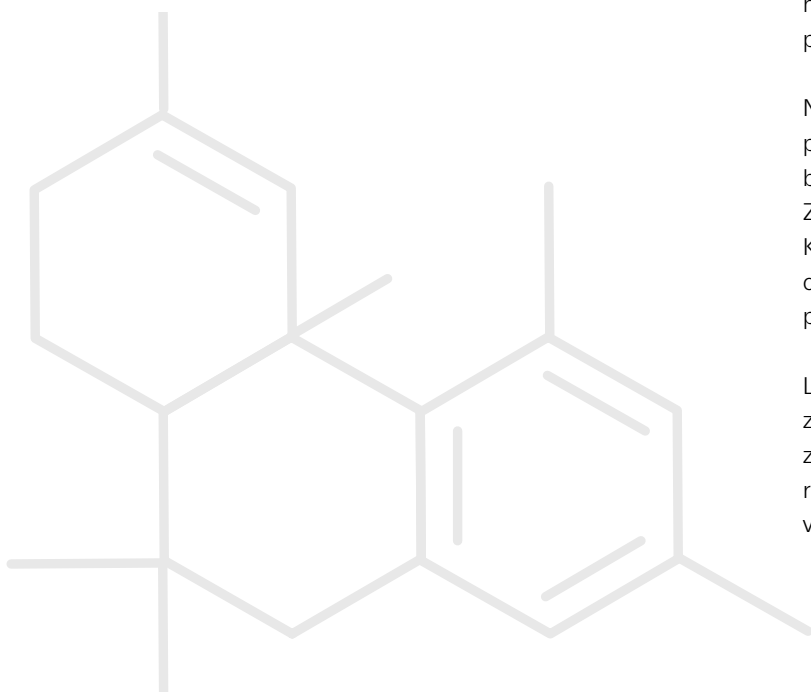
Na evropskem trgu drog je mogoče najti dva glavna proizvoda iz konoplje: marihuano in hašiš. Marihuana, ki se uporablja v Evropi, se goji lokalno in uvaža iz drugih držav. Večina hašiša se po morju ali zraku uvozi iz Maroka.

Leta 2009 je v Evropi število zasegov marihuane preseglo število zasegov hašiša, ta razlika pa se povečuje (slika 1.3). To je najverjetneje posledica predvsem čedalje večje razpoložljivosti doma proizvedene marihuane v številnih evropskih državah in se kaže tudi v vse večjem številu zasegov rastlin konoplje.

Kljub temu je zaseženega hašiša v Evropski uniji še vedno veliko več kot zasežene marihuane (460 ton hašiša in 130 ton marihuane). Razlog za to je deloma ta, da se hašiš prevaža v večjih količinah, opravi dolgo pot in prečka nacionalne meje, zato je bolj izpostavljen ukrepom za preprečevanje vstopa.

Nedavni pojav proizvodov iz sintetičnih kanabinoidov je prinesel novo razsežnost na trgu konoplje. V zadnjih letih je bilo odkritih več kot 130 različnih sintetičnih kanabinoidov. Zdi se, da se večina teh snovi proizvaja na Kitajskem. Kemikalije se v obliki praška odpošljejo v Evropo, kjer se običajno dodajo rastlinskim snovem in zapakirajo za prodajo kot „dovoljene droge“.

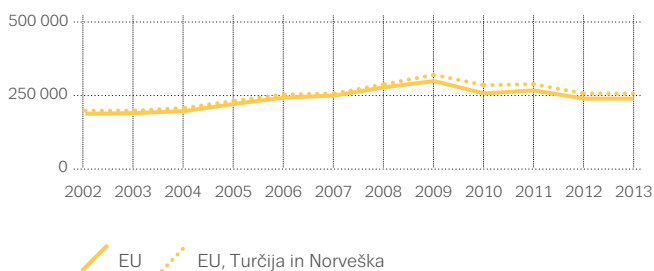
Leta 2013 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 671 000 zasegov konoplje (431 000 zasegov marihuane in 240 000 zasegov hašiša). Prijavljenih je bilo tudi 30 000 zasegov rastlin konoplje. Poleg tega so države EU leta 2013 v sistem za zgodnje opozarjanje prijavile več kot 10 000



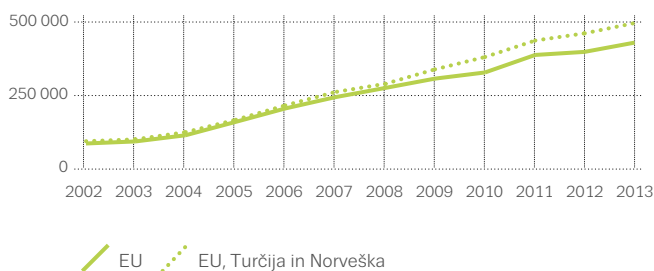
SLIKA 1.3

Trendi števila zasegov konoplje in zasežene količine: hašiš (levo) in marihuana (desno)

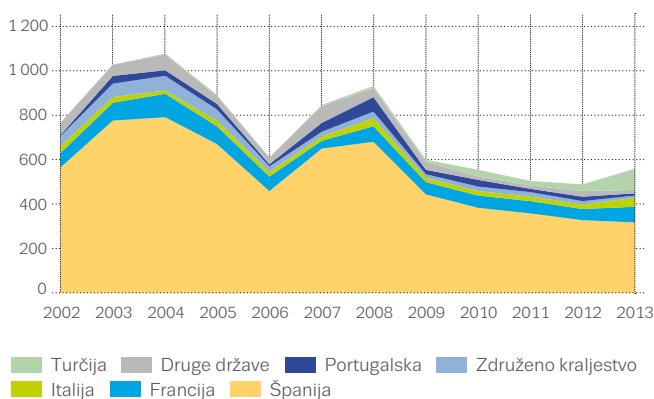
Število zasegov



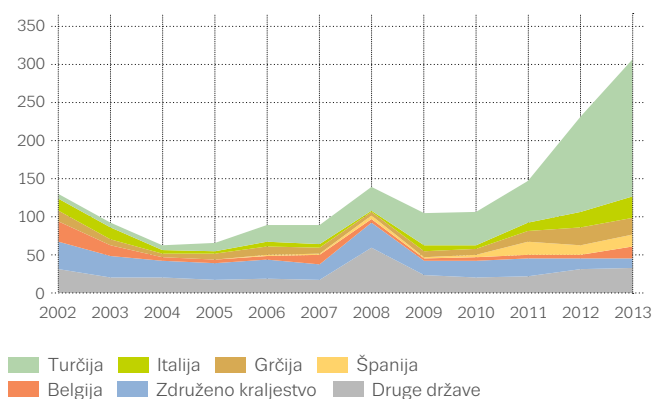
Število zasegov



Hašiš (tone)



Marihuana (tone)



zasegov sintetičnih kanabinoidov, kar je izrazito povečanje glede na raven iz leta 2011, Turčija pa je prijavila dodatnih 11 000 zasegov (glej sliko 1.4).

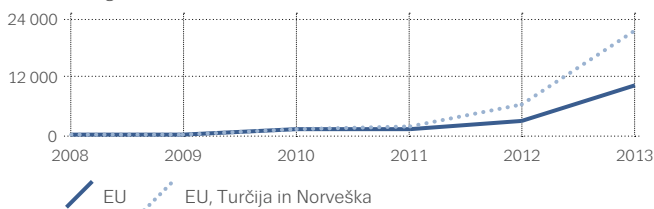
V analizi količine zasežene konoplje se nesorazmerno pomembna zdi peščica držav, saj čeznje potekajo pomembne poti, povezane s preprodajo konoplje. Tako je na primer Španija kot pomembna vstopna točka za konopljo, proizvedeno v Maroku, poročala o več kot dveh tretjinah skupne količine zaseženega hašiša v Evropi v letu 2013 (slika 1.5). V zvezi z marihuano so o nedavnem velikem porastu zaseženih količin poročale Grčija, Španija in Italija. V zadnjih letih Turčija zaseže večje količine marihuane od katere koli druge evropske države, pri čemer je bila količina, prijavljena v letu 2013 (180 ton), večja od zadevne količine v vseh državah članicah EU skupaj.

Zasege rastlin konoplje je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje te droge v neki državi. Zaradi metodoloških težav je treba podatke o zaselih rastlin konoplje razlagati previdno, a se je vseeno število zaseženih rastlin povečalo z 1,5 milijona v letu 2002 na 3,7 milijona v letu 2013.

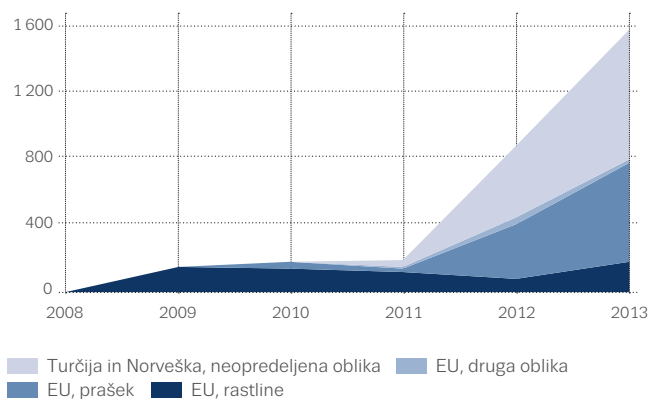
SLIKA 1.4

Zasegi sintetičnih kanabinoidov, priglašeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje: število zasegov in zasežena količina v letu 2013

Število zasegov



Kilogrami



Iz analize indeksiranih trendov med državami, ki redno poročajo, je razvidno veliko povečanje moči (raven tetrahidrokanabinola, THC) marihuane in hašiša med letoma 2006 in 2013. K tej čedalje večji moči sta lahko privedli uvedba intenzivnih proizvodnih tehnik v Evropi in nedavna uvedba rastlin z močnim učinkom v Maroku.

Tudi indeksirani trendi za s konopljo povezane kršitve zakonodaje o drogah v Evropski uniji kažejo veliko povečanje med letoma 2006 in 2013.

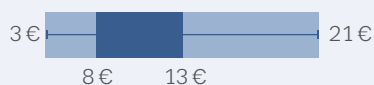
KONOPLJA

Hašiš

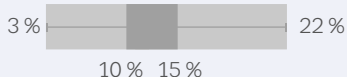
Zasegi



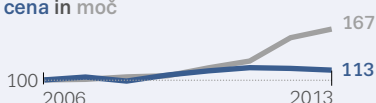
Cena (EUR/g)



Moč (% THC)



Indeksirani trendi: cena in moč



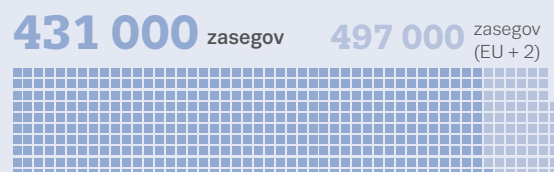
Rastline konoplje

30 000 zasegov

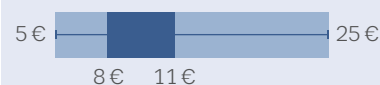
zaseženih 3,7 milijona rastlin

Marihuana

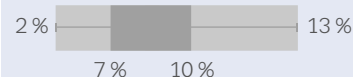
Zasegi



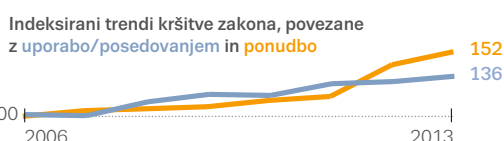
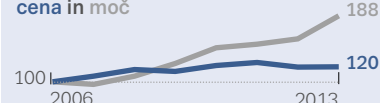
Cena (EUR/g)



Moč (% THC)



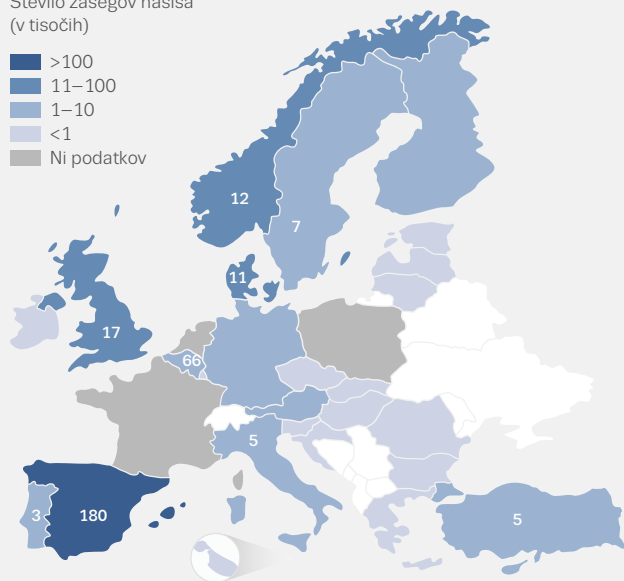
Indeksirani trendi: cena in moč



EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Indeksirani trendi za kršitve zakona se nanašajo na primere, ki so vključevali kateri koli proizvod iz konoplje. Cena in moč proizvodov iz konoplje: nacionalne povprečne vrednosti – minimalne, maksimalne in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

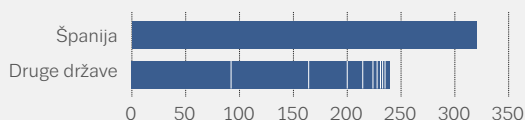
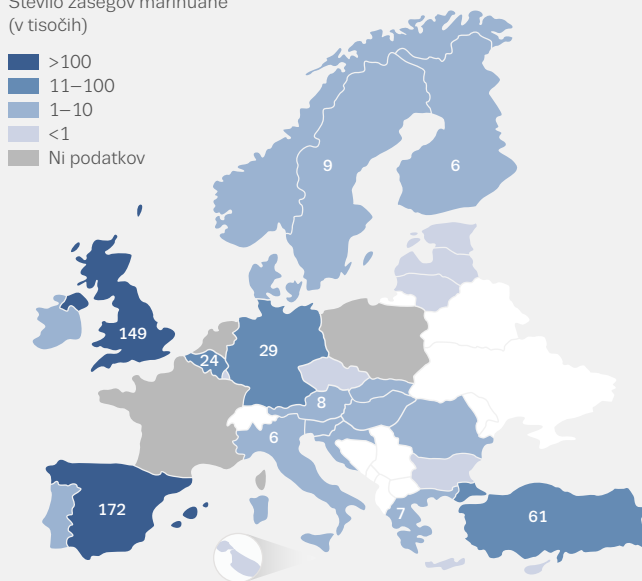
SLIKA 1.5

Zasegi hašiša in marihuane v letu 2013

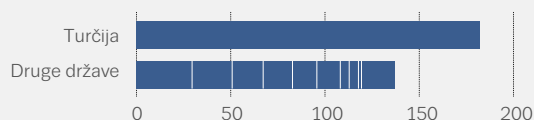
Število zasegov hašiša
(v tisočih)

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

Količina zaseženega hašiša (v tonah)

Število zasegov marihuane
(v tisočih)

Količina zasežene marihuane (v tonah)



| Opioidi: ali se trg spreminja?

Heroin je najpogostejši opioid na evropskem trgu drog. V Evropi sta od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina: pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki v glavnem izvira iz Afganistana. Veliko redkejši je beli heroin (v obliki soli), ki je v preteklosti izviral iz jugovzhodne Azije, danes pa se morda proizvaja tudi v Afganistanu ali sosednjih državah. Drugi opioidi, ki so jih leta 2013 zasegli organi pregona v evropskih državah, vključujejo opij ter zdravila morfij, metadon, buprenorfin, fentanil in tramadol. Nekateri opioidni analgetiki se lahko preusmerijo iz farmacevtskih zalog, drugi pa se proizvajajo izrecno za trg prepovedanih drog. Zaskrbljenost vzbuja dejstvo, da je bilo od leta 2005 v sistem EU za zgodnje opozarjanje priglašanih 14 novih sintetičnih opioidov, med drugim več nenadzorovanih fentanilov z zelo močnim učinkom.

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, najdenega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali v sosednjem Iranu ali Pakistanu. Po nekaterih znakih zdaj zadnje faze proizvodnje heroina morda potekajo v Evropi, kar je razvidno iz odkritja dveh laboratorijev za pretvorbo morfija v heroin v Španiji v obdobju 2013–2014. Proizvodnja prepovedanih opioidov v Evropi je že od nekdaj omejena na

domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v delih Vzhodne Evrope.

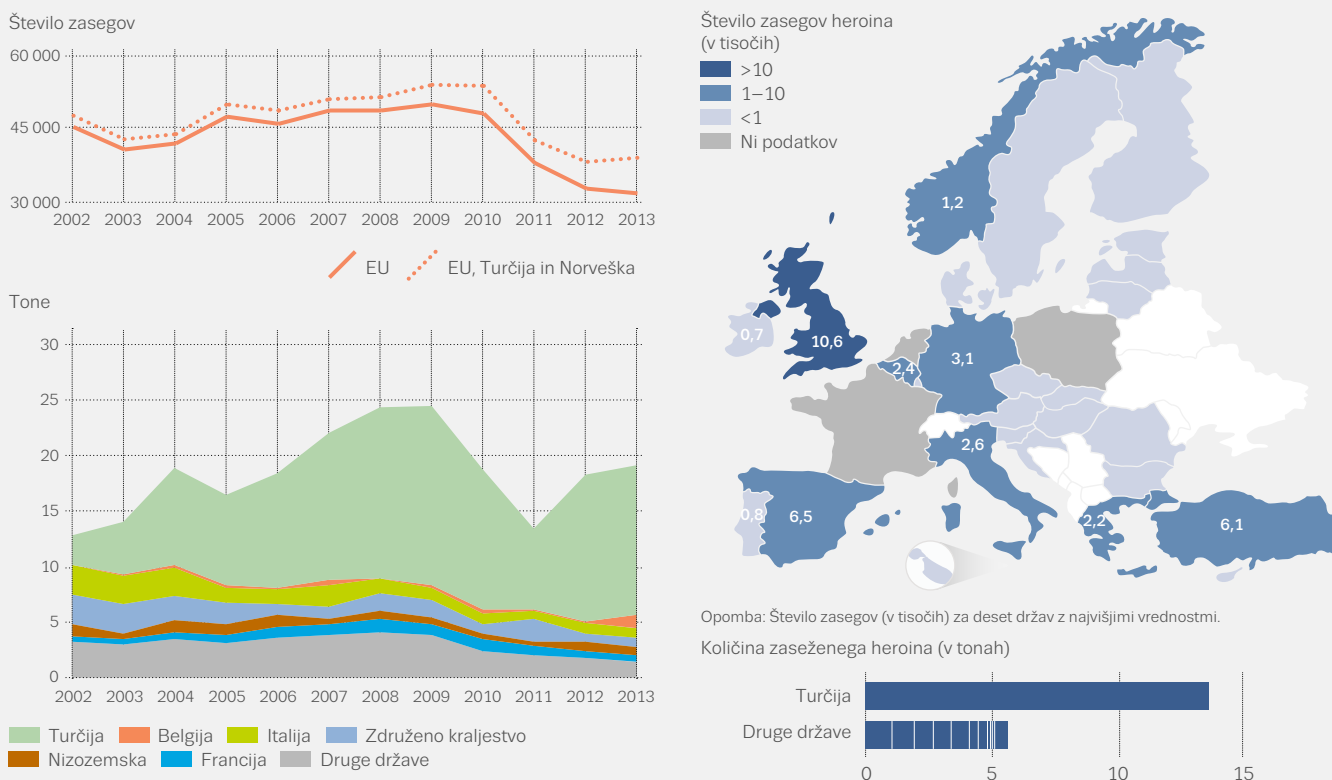
Heroin vstopa v Evropo po štirih preprodajalskih poteh, od katerih sta najpomembnejši „balkanska pot“ in „južna pot“. Prva poteka skozi Turčijo v balkanske države (Bolgarijo, Romunijo ali Albanijo) in naprej v Srednjo, Južno in Zahodno Evropo. Pošiljke heroina iz Irana in Pakistana vstopajo v Evropo tudi po zraku ali morju, bodisi neposredno bodisi prek zahodnih, južnih in vzhodnih afriških držav. Zdi se, da je v zadnjih letih južna pot postala pomembnejša.

Od leta 2010 se je število zasegov heroina v Evropi močno zmanjšalo, pred tem pa je bilo skoraj desetletje razmeroma nespremenjeno. Število zasegov heroina (32 000) in zasežena količina v letu 2013 (5,6 tone) sta med najmanjšimi v zadnjem desetletju. Medtem ko število zasegov v Evropski uniji upada, se povečuje v Turčiji (13,5 tone v letu 2013), kjer je bilo vsako leto od leta 2006 zaseženega več heroina kot v vseh državah članicah EU skupaj (slika 1.6).

Poleg nedavnega zmanjšanja števila zasegov heroina sta bila ugotovljena tudi upadajoča indeksirana trenda cene in kršitev zakonodaje, povezanih s ponudbo heroina (glej

SLIKA 1.6

Število zasegov heroína in zasežena količina: trendi (levo) in v letu 2013 (desno)



infografiko o heroínu). Več držav je v obdobju 2010–2011 občutilo pomanjkanja heroína na trgu in zdi se, da si je v celoti opomoglo le nekaj trgov. Kljub temu je iz indeksiranih trendov držav, ki redno sporočajo podatke, razvidno povečanje čistosti heroína v Evropi v letu 2013; nekatere države so zaskrbljene zaradi morebitne večje

razpoložljivosti. V Turčiji se je leta 2013 povečalo število zasegov, v primerjavi z letom 2012 se je povečala tudi zasežena količina, ob tem pa Združeni narodi poročajo o precejšnjem povečanju proizvodnje opija v Afganistanu. Gledano skupno, so to znaki, ki kažejo, da bi se lahko razpoložljivost te droge povečala.

HEROIN

Zasegi

32 000
zasegov

39 000
zasegov (EU + 2)

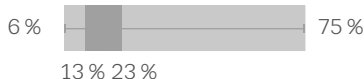
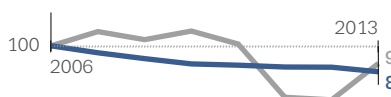
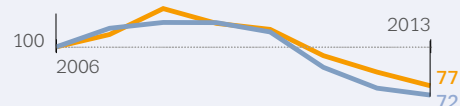
Zasežene
5,6
tone

Zasežene
19,1
tone (EU + 2)

Cena (EUR/g)



Čistost (%)

Indeksirana trenda:
cena in čistostKršitve zakonodaje
o drogahIndeksirani trendi: kršitve zakona, povezane
z uporabo/posredovanjem in ponudbo

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

Kokain: nespremenjeni zasegi in večja čistost

V Evropi sta dosegljivi dve obliki kokaina, od katerih je pogostejša kokain v prahu (hidrokloridna sol, HCl). Na splošno je manj dosegljiv crack, oblika (proste baze) kokaina za kajenje. Kokain se proizvaja iz listov grma koke, in sicer skoraj izključno v Boliviji, Kolumbiji in Peruju, ter se prevaža v Evropo po zračnih in morskih poteh. Razpoložljivi podatki kažejo, da preprodaja kokaina v Evropo v glavnem poteka prek zahodno- in južnoevropskih držav, pri čemer Španija, Belgija, Nizozemska, Francija in Italija skupaj predstavljajo 86 % količine 62,6 tone, zasežene v letu 2013 (slika 1.7).

Leta 2013 je bilo v Evropski uniji prijavljenih približno 78 000 zasegov kokaina, kar pomeni, da je bilo zaseženih 63 ton te droge. Od leta 2010 je stanje razmeroma nespremenjeno, čeprav sta število zasegov in zasežena količina precej manjša od najvišjih vrednosti, doseženih v letih 2006 in 2008 (slika 1.7). Čeprav Španija ostaja država, ki zaseže največ kokaina v Evropi, se nakazuje razvejanje preprodajalskih poti v Evropo, saj se je nedavno poročalo o zasegih v pristaniščih v vzhodnem Sredozemskem morju ter Baltskem in Črnem morju. Indeksirani trendi na splošno kažejo, da se je čistost kokaina v zadnjih letih povečala, ob tem pa je cena ostala skoraj nespremenjena. Iz indeksiranih trendov za kršitve zakonodaje, povezane s kokainom, je mogoče opaziti povečanje od leta 2006.

KOKAIN

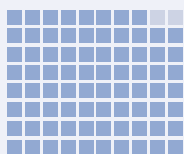
Zasegi

78 000
zasegov

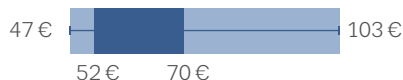
80 000
zasegov (EU + 2)

Zasežene
62,6
tone

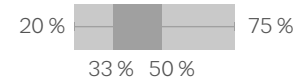
Zasežene
63,2
tone (EU + 2)



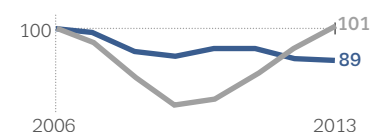
Cena (EUR/g)



Čistost (%)



Indeksirana trenda:
cena in čistost



Kršitve zakonodaje o drogah

72 300 prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem kokaina



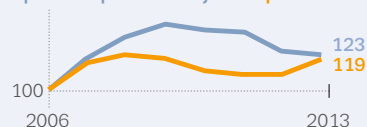
7 % prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem

29 900 prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo kokaina



15 % prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo

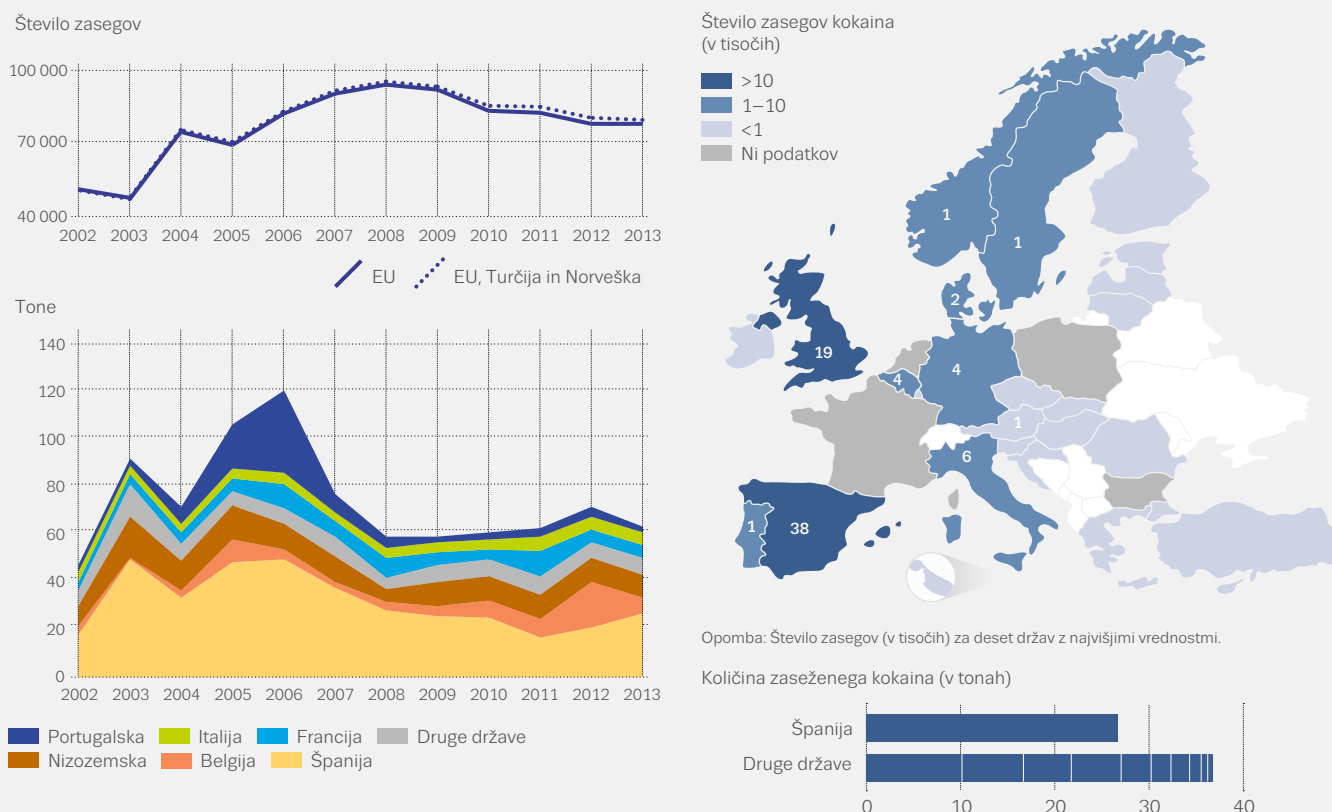
Indeksirani trendi: kršitve zakona, povezane z uporabo/posedovanjem in ponudbo



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

SLIKA 1.7

Število zasegov kokaina in zasežena količina: trendi (levo) in v letu 2013 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki (desno)



Amfetamini: več zasegov amfetamina in metamfetamina

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

Obe drogi se proizvajata v Evropi za domačo uporabo, čeprav se nekaj amfetamina in metamfetamina proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji oziroma Daljni vzhod. Evropa je tudi tranzitno vozlišče za metamfetamin, ki se iz Afrike in Irana tihotapi na Daljni vzhod. Razpoložljivi podatki kažejo, da se amfetamin proizvaja predvsem v Belgiji, na Nizozemskem, Poljskem in v baltskih državah, v manjšem obsegu tudi v Nemčiji, proizvodnja metamfetamina pa je skoncentrirana v baltskih državah in Srednji Evropi.

Zdi se, da se proizvodnja metamfetamina v Evropi spreminja, kar je deloma posledica dosegljivosti predhodnih sestavin. Proizvodnja metamfetamina, pri kateri se kot glavna predhodna sestavina uporablja BMK (benzil metil keton), je osredotočena na Litvo; ta droga se izvažata predvsem v severnoevropske države, v katerih je vplivala na trg amfetaminov. To je razvidno iz razmeroma veliko prijavljenih zasegov na Norveškem. Proizvodnja, ki temelji na efedrinu in psevdofedrinu, je osredotočena na Češko republiko, čeprav se malo metamfetamina proizvede tudi na Slovaškem in zdaj v Nemčiji. V Češki republici se od nekdaj proizvaja predvsem v majhnih obratih, v katerih ga uporabniki pripravljajo za lastno ali lokalno uporabo. To se kaže v velikem številu proizvodnih mest, odkritih v tej državi (261 uničenih obratov v letu 2013 od skupno 294 v Evropi). So se pa v zadnjem času pokazali znaki obsežnejše proizvodnje, in sicer se poroča, da vietnamske organizirane kriminalne združbe proizvajajo velike količine te droge za domači in tuje trge.

V letu 2013 so države članice EU poročale o 34 000 zasegih amfetamina v skupni količini 6,7 tone. Več kot polovica skupne količine zaseženega amfetamina je bila zasežena v Nemčiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu. Po obdobju relativne stabilnosti se je leta 2013 količina zaseženega amfetamina povečala (slika 1.8). Zasegi metamfetamina so veliko manjši in pomenijo približno šestino vseh zasegov amfetamina v letu 2013, pri čemer je bilo v Evropski uniji prijavljenih 7 000 zasegov metamfetamina v skupni količini 0,5 tone (slika 1.9). Trenda števila zasegov in zasežene količine metamfetamina naraščata od leta 2002.

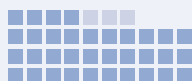
Običajno je povprečna prijavljena čistost vzorcev pri metamfetaminu večja kot pri amfetaminu. Čeprav je iz najnovejših podatkov o indeksiranih trendih držav, ki redno sporočajo podatke, razvidno, da se je čistost amfetamina povečala, je povprečna čistost te droge še naprej razmeroma nizka.

AMFETAMINI

Amfetamin

Zasegi

34 000 zasegov
37 000 zasegov (EU + 2)



Zasežene
6,7 tone
 Zasežene **8,2** tone (EU + 2)



Cena (EUR/g)

8 € 63 €
 10 € 19 €

Čistost (%)

5 % 47 %
 9 % 19 %

Indeksirana trenda: cena in čistost



Metamfetamin

Zasegi

7 000 zasegov
11 300 zasegov (EU + 2)



Zasežene
0,5 tone
 Zasežene **0,8** tone (EU + 2)



Cena (EUR/g)

10 € 80 €
 13 € 42 €

Čistost (%)

7 % 89 %
 31 % 66 %

Kršitve zakonodaje o drogah

55 000 **1 900**

prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem amfetamina
 prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem metamfetamina

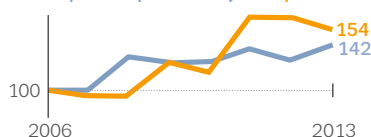
5 %

prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem

<1 %

prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem

Indeksirani trendi: kršitve zakona, povezane z uporabo/posedovanjem in ponudbo



16 000 **2 700**

prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo amfetamina
 prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo metamfetamina

8 %

prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo

1 %

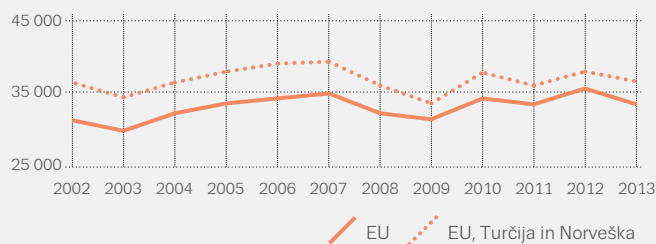
prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo

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

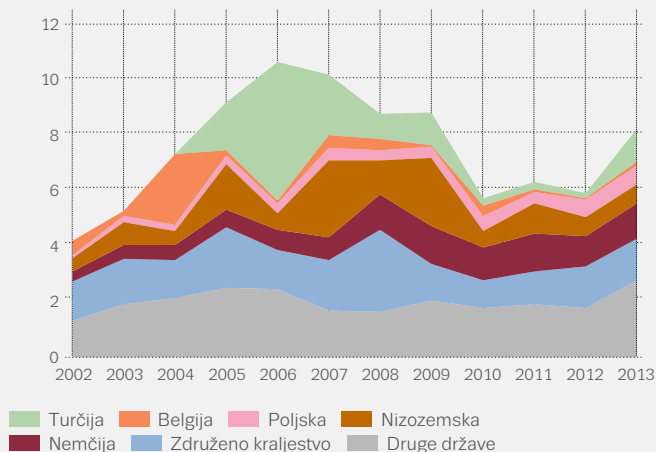
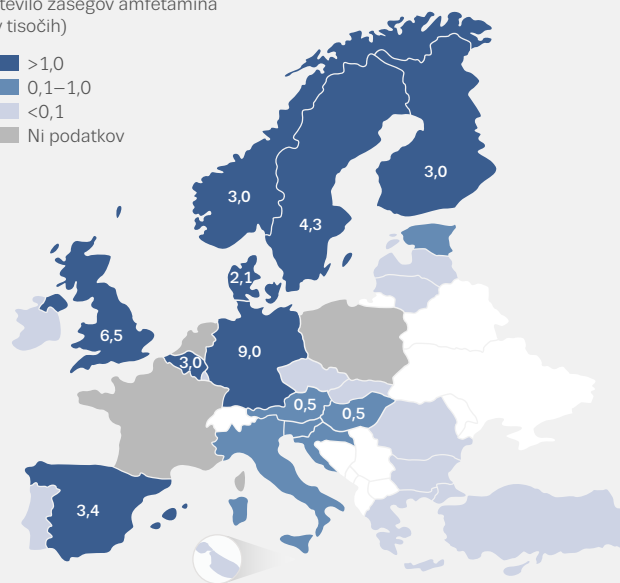
SLIKA 1.8

Število zasegov amfetamina in zasežena količina: trendi (levo) in v letu 2013 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki (desno)

Število zasegov

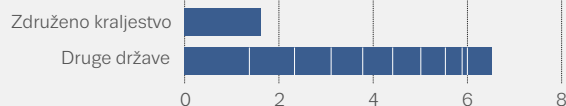


Tone

Število zasegov amfetamina
(v tisočih)

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

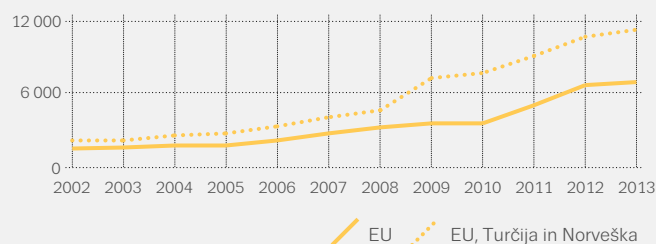
Količina zaseženega amfetamina (v tonah)



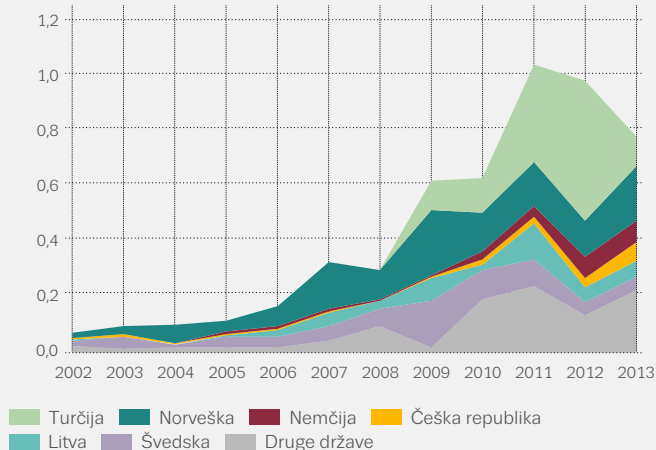
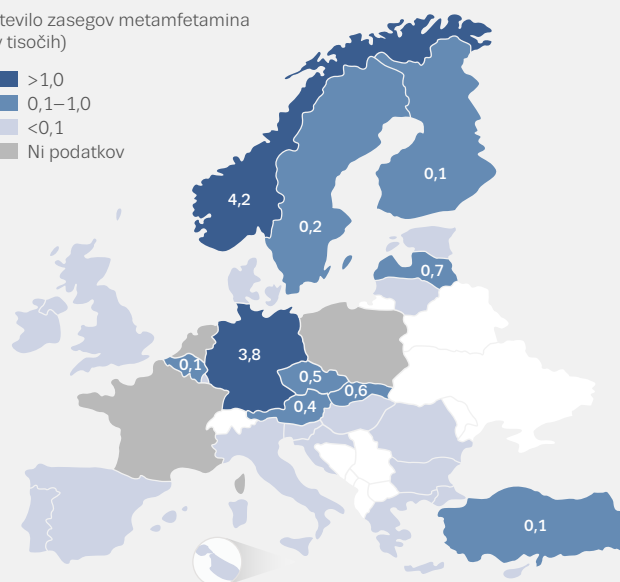
SLIKA 1.9

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina: trendi (levo) in v letu 2013 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki (desno)

Število zasegov

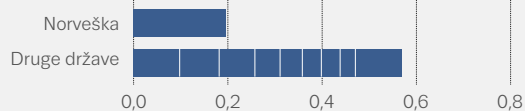


Tone

Število zasegov metamfetamina
(v tisočih)

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

Količina zaseženega metamfetamina (v tonah)



MDMA/ekstazi: povečanje deleža proizvodov z veliko čistostjo

Sintetična snov MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) je kemično sorodna amfetaminom, vendar so njeni učinki nekoliko drugačni. Tablete ekstazija so od nekdaj glavni proizvod MDMA na trgu, čeprav lahko pogosto vsebujejo katero koli od vrste snovi, podobnih MDMA, in nepovezane kemikalije. Po obdobju, v katerem se je poročalo, da je večina tablet, ki so se v Evropi prodajale kot ekstazi, vsebovala malo ali nič snovi MDMA, nedavne ugotovitve kažejo, da se to morda spreminja. Iz novih podatkov je razvidna tako večja dosegljivost tablet z visoko vsebnostjo MDMA kot snovi MDMA v prašku in kristalih.

Zdi se, da je evropska proizvodnja MDMA osredotočena na Nizozemsko in Belgijo, državi, ki že od nekdaj poročata o največjem številu proizvodnih lokacij za te droge. Po dokazanem upadu proizvodnje MDMA ob koncu zadnjega desetletja so se pojavili znaki o njeni ponovni oživitvi, kar ponazarjajo poročila o nedavnem uničenju velikih proizvodnih lokacij v Belgiji in na Nizozemskem.

Ocenjevanje nedavnih trendov zasegov MDMA je težavno zaradi pomanjkanja podatkov iz nekaterih držav, ki bi verjetno pomembno prispevali k temu skupnemu številu. Podatkov za leto 2013 ni predložila Nizozemska, Francija in Poljska pa nista predložili podatkov o številu zasegov.

Nizozemska je v letu 2012 poročala o zasegu 2,4 milijona tablet MDMA, in če se domneva, da je številka za leto 2013 podobna, je mogoče oceniti, da je bilo v omenjenem letu v Evropski uniji zaseženih 4,8 milijona tablet MDMA. To bi bilo približno dvakrat toliko kot leta 2009. Omeniti je treba, da je zdajšnja zasežena količina MDMA v Turčiji (4,4 milijona tablet MDMA) enaka skupni zaseženi količini te droge v vseh državah članicah EU. V zvezi s tem se postavlja vprašanje, ali so bile te droge namenjene domači uporabi ali izvozu v Evropsko unijo ali drugam (slika 1.10).

Nedavna porast je razvidna tudi iz indeksiranih trendov kršitev zakonodaje, povezanih z MDMA. Indeksirani trendi v državah, ki so redne poročevalke, kažejo tudi povišanje vsebnosti MDMA od leta 2010, zaradi dosegljivosti proizvodov z visoko vsebnostjo MDMA pa sta Europol in center EMCDDA leta 2014 izdala skupna opozorila. Skupaj ti kazalniki trga MDMA kažejo, da se ta spet krepi v primerjavi z najnižjo točko, ki jo je dosegel pred približno petimi leti.

EKSTAZI

Zasegi

13 400
zasegov

18 000
zasegov (EU + 2)

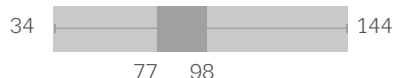
Zaseženih
4,8
milijona tablet

Zaseženih
9,3
milijona tablet (EU + 2)

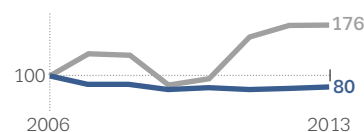
Cena (EUR/tableto)



Pureza (mg MDMA/tableto)



Indeksirana trenda: cena in čistost

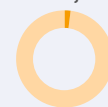


Kršitve zakonodaje o drogah

11 000 **3 700**

prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem ekstazija

prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo ekstazija



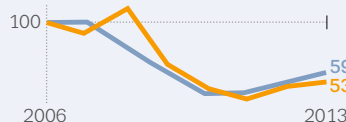
1 %

prijavljenih kršitev zakona, povezanih z uporabo/posedovanjem

2 %

prijavljenih kršitev zakona, povezanih s ponudbo

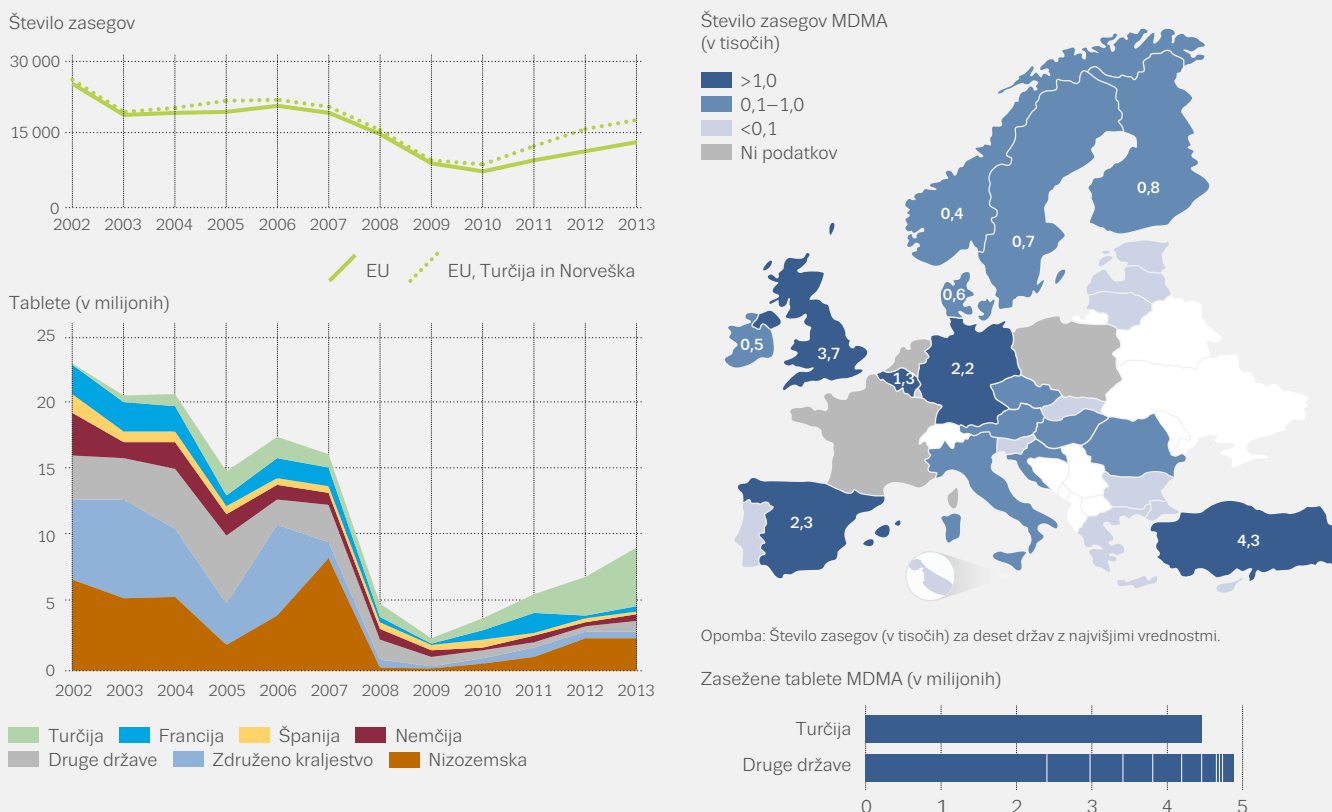
Indeksirani trendi: kršitve zakona, povezane z uporabo/posedovanjem in ponudbo



EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost ekstazija: nacionalne povprečne vrednosti – minimalne, maksimalne in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.10

Števili zasegov MDMA in zaseženih tablet: trendi (levo) in v letu 2013 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki (desno)



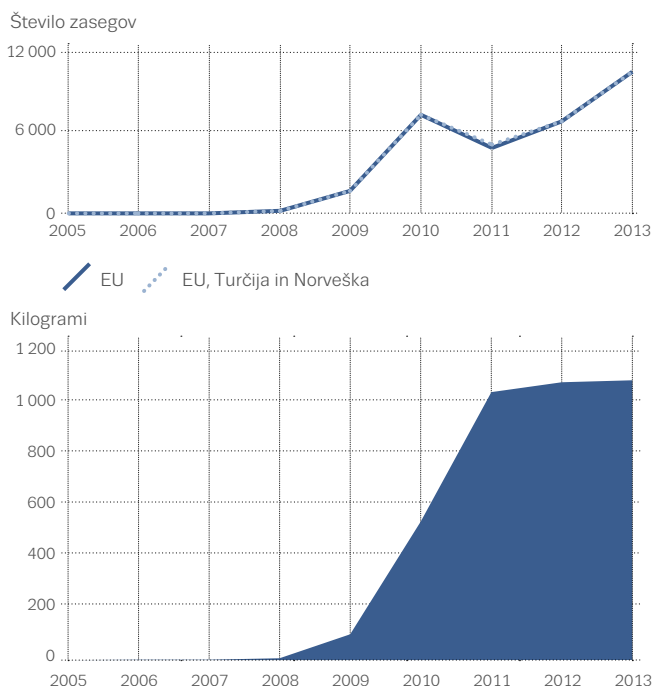
Novi stimulansi na trgu prepovedanih drog

V nekaterih evropskih državah so se na trgu prepovedanih drog uveljavili sintetični katinoni, kot so mefedron, pentedron in MDPV (3,4-metilendioksipirovaleron), ki so bili najprej uvedeni kot nove psihoaktivne snovi, ki niso bile nadzorovane z zakonodajo o drogah. Katinoni se uporabljajo podobno kot drugi stimulansi, na primer amfetamin in MDMA, in so pogosto medsebojno zamenljivi. Najpogosteje so na voljo v obliki prahu in tablet. Zdi se, da se katinoni proizvajajo predvsem na Kitajskem in v Indiji. Nato se uvozijo v Evropo, kjer se zapakirajo in oglašujejo kot „dovoljene droge“ ali prodajajo na trgu prepovedanih drog. V okviru sistema za zgodnje opozarjanje je bilo v Evropi prepoznanih več kot 70 novih katinonov. Poleg tega je bilo leta 2013 v sistem za zgodnje opozarjanje prijavljenih več kot 10 000 zasegov sintetičnih katinonov (slika 1.11).

Katinoni se uporabljajo podobno kot drugi stimulansi, na primer amfetamin in MDMA, in so pogosto zamenljivi z njimi

SLIKA 1.11

Zasegi sintetičnih katinonov, priglašeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje: število zasegov in zasežena količina v letu 2013



Poleg čedalje večjega števila zasegov novih drog, ki so vsako leto prijavljeni v Evropi, se še naprej povečuje število odkritih novih snovi. Leta 2014 so države članice v sistem EU za zgodnje opozarjanje priglasile 101 novo psihoaktivno snov, ki pred tem ni bila prijavljena. To pomeni 25-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2013 (slika 1.12). Enaintrideset od teh snovi je sintetičnih katinonov, kar pomeni, da je to največja kategorija novih drog, leta 2014 prepoznanih v Evropi, sledi pa jim 30 sintetičnih kanabinoidov. Nadaljnjih 13 spojin pa je težko uvrstiti v katero koli od nadzorovanih skupin snovi. Štiri nove psihoaktivne snovi, ki so bile priglašene v letu 2014, se uporabljajo kot aktivne snovi v zdravilih. V okviru sistema EU za zgodnje opozarjanje se zdaj nadzira več kot 450 novih psihoaktivnih snovi.

Nove psihoaktivne snovi: čedalje bolj raznovrsten trg

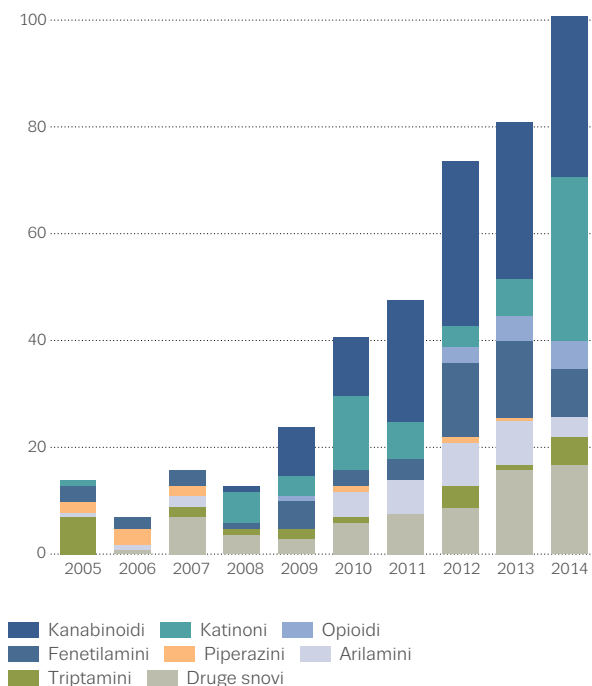
Dosegljivost novih psihoaktivnih snovi na evropskem trgu drog se je v zadnjem desetletju zelo hitro povečala, kot je razvidno iz vse več zasegov, prijavljenih v sistem za zgodnje opozarjanje in v okviru standardnih mehanizmov spremljanja. Te nove droge vključujejo sintetične ali naravne snovi, ki niso nadzorovane v skladu z mednarodno zakonodajo in ki se pogosto proizvajajo, da bi posnemale učinke nadzorovanih snovi. Običajno se kemične snovi uvažajo od dobaviteljev zunaj Evrope ter se nato pripravijo, zapakirajo in tržijo v Evropi. Čedalje bolj pa se nove droge proizvajajo v Evropi v skrivnih laboratorijih in prodajajo neposredno na trgu.

Da bi se izognili preverjanju, so proizvodi pogosto napačno označeni, na primer kot „poskusne snovi“, na njih pa je navedeno, da proizvod ni namenjen prehrani ljudi. Te snovi je mogoče kupiti pri spletnih prodajalcih in v specializiranih trgovinah, vse bolj pa se ponujajo po istih poteh, kot se uporabljajo za ponudbo prepovedanih snovi. Ta trg – pa tudi njegov odnos s trgom prepovedanih drog – je razgiban, zanj pa je značilno stalno uvajanje novih proizvodov in nadzornih ukrepov. Sintetični kanabinoidi in sintetični katinoni sta najpogostejše zaseženi skupini novih psihoaktivnih snovi, v čemer se kaže razmeroma veliko povpraševanje po konoplji in stimulansih na trgu prepovedanih drog.

Leta 2014 so države članice v sistem EU za zgodnje opozarjanje priglasile 101 novo psihoaktivno snov, ki pred tem še ni bila prijavljena

SLIKA 1.12

Število in kategorije novih psihoaktivnih snovi, priglašeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje v obdobju 2005–2014



Nove snovi, v zvezi s katerimi je bilo leta 2014 v Evropi ocenjeno tveganje

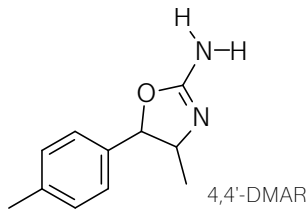
Vzpostavljen je mehanizem EU za opredelitev, oceno in morebitni nadzor nad novimi psihoaktivnimi snovmi v Evropi. Leta 2014 je bilo ocenjeno tveganje v zvezi s šestimi novimi psihoaktivnimi snovmi (glej preglednico 1.1). Te nove droge, ki so se v zadnjih nekaj letih pojavile v Evropi, se povezujejo s čedalje večjim številom poročil o škodljivosti, vključno s hospitalizacijo in smrtnimi primeri. Za štiri od teh šestih snovi se od februarja 2015 po vsej Evropi uporabljajo nadzorni ukrepi.

Leta 2014 je bilo ocenjeno tveganje v zvezi s šestimi novimi psihoaktivnimi snovmi

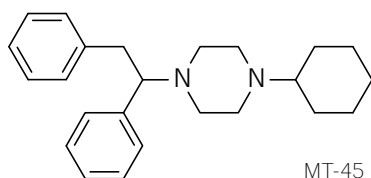
PREGLEDNICA 1.1

Nove psihoaktivne snovi, za katere je bila v letu 2014 opravljena analiza tveganja

Septembra 2014 sta bili opravljeni oceni tveganja na evropski ravni za snovi 4,4'-DMAR in MT-45. Že pred tem so bile aprila 2014 opravljene štiri ocene tveganja za snovi 25I-NBOMe (substituiran fenetilamin s halucinogenimi učinki, ki se prodaja kot „dovoljena“ alternativa LSD), AH-7921 (sintetični opioid), MDPV (derivat sintetičnega katinona) in metoksetamin (arilcikloheksilamin, ki je kemično zelo podoben ketaminu in se trži kot njegova „dovoljena“ alternativa).



4,4'-DMAR je psihostimulans, ki je na trgu drog EU na voljo vsaj od decembra 2012, njegova prisotnost pa je bila ugotovljena v devetih državah članicah. V približno 20 % odkritih primerov je bil uporabljen v kombinaciji z drugimi drogami (večinoma stimulansi). Njegova prisotnost je bila v 12-mesečnem obdobju ugotovljena pri 31 smrtnih primerih na Madžarskem, Poljskem in v Združenem kraljestvu.



MT-45 je sintetični opioid, ki ima podoben analgetični učinek kot morfij in je bil prvič odkrit oktobra 2013. Njegova prisotnost je bila v 9-mesečnem obdobju na Švedskem ugotovljena pri 28 smrtnih primerih in 12 zastrupitvah, ki se niso končale s smrtjo. Pri 19 smrtnih primerih se je poročalo, da je MT-45 vzrok smrti ali da je k njej prispeval.

Pravni odzivi na razvijajoče se trge drog

Zaradi hitrega pojavljanja novih psihoaktivnih snovi in raznovrstnosti dosegljivih proizvodov so evropski oblikovalci politik postavljeni pred preizkušnjo. Od leta 1997 je na ravni EU vzpostavljen nadzorni sistem, povezan s pravnim mehanizmom za nadzor – sistem EU za zgodnje opozarjanje, ki je bil okrepljen leta 2005. Sedanji sistem je bil pregledan, razpravlja pa se tudi o predlogu novega pravnega okvira.

Na nacionalni ravni se za nadzor nad novimi snovmi uporabljajo različni ukrepi, pri čemer je mogoče opredeliti tri splošne vrste pravnih odzivov. V nekaterih državah se uporablja veljavna zakonodaja, ki pokriva z nadzorovanimi drogami nepovezana vprašanja, kot je zakonodaja o varnosti potrošnikov, druge države so razširile ali prilagodile obstoječo zakonodajo ali postopke s področja drog, nekatere države pa so oblikovale novo zakonodajo. Čeprav se opredelitve kršitev zakonodaje in kazni zelo razlikujejo, so odzivi po navadi osredotočeni na ponudbo in ne na posedovanje teh snovi.

Svetovni splet, trg za nove in uveljavljene droge

Že nekaj časa je splošno znano, da je svetovni splet pomemben trg, na katerem lahko Evropejci kupujejo nove psihoaktivne snovi. Leta 2013 je bilo v pregledu, ki ga je opravil center EMCDDA, opredeljenih 651 spletišč, na katerih so lahko Evropejci kupovali „dovoljene droge“, v okviru ciljnih pregledov svetovnega spleta, izvedenih leta 2014, pa so bila najdena spletišča, na katerih je bilo mogoče kupiti specifične droge, kot je sintetični opioid MT-45, včasih celo po kilogramih.

Svetovni splet in družbeni mediji so poleg tega čedalje pomembnejši na trgu prepovedanih drog. Na voljo je vse več dokazov o tako imenovanih sivih trgih – spletnih mestih, na katerih je mogoče kupiti nove psihoaktivne snovi in ki delujejo tako na površinskem kot globokem (nevidnem) spletu. Globoki splet je del svetovnega spleta, do katerega ni mogoče dostopati s standardnimi mehanizmi za iskanje. Tam lahko prodaja drog poteka v okviru trgov, decentraliziranih omrežij in med posamezniki. Največ pozornosti so bili deležni kriptotrgi za droge, kot so Silk Road (svilena cesta), Evolution (evolucija) in Agora. Ti spletni trgi so dostopni le s šifrirno programsko opremo, ki zagotavlja visoko raven anonimnosti. Kriptotrgi podobno kot spletni trgi, kot je eBay, prodajalcem in kupcem zagotavljajo infrastrukturo za opravljanje transakcij in storitev, kot so ocene prodajalcev in kupcev ter gostitev forumov za razprave. Za spodbujanje anonimnih transakcij se uporabljajo kriptovalute, kot je Bitcoin, za omogočanje

prevoza majhnih količin droge prek uveljavljenih trgovinskih poti pa se uporablja neopazno pakiranje. V skladu s poročili sta med različnimi proizvodi, ki se oglašujejo na kriptotrgih, najbolj razširjeni skupini uveljavljene prepovedane droge in predpisana zdravila. Iz dokazov je razvidno, da so številne prepovedane droge, kupljene na globokem spletu, namenjene nadaljnji prodaji.

Druga novost se nanaša na ponudbo in izmenjavo drog ali izkušenj z njimi prek družbenih medijev, vključno z mobilnimi aplikacijami. Razumevanje tega področja je slabo in težko ga je spremljati. Rast spletnih in virtualnih trgov drog skupaj prinaša pomembne izzive za organe kazenskega pregona in politike za nadzor nad drogami. Nadzor nad spletnimi trgi drog še zlasti otežuje dejstvo, da imajo lahko proizvajalci, dobavitelji, prodajalci na drobno ter ponudniki storitev gostovanja spletnih mest in obdelave plačil sedeže v različnih državah.

**Svetovni splet je pomemben
trg, na katerem lahko
Evropejci kupujejo nove
psihoaktivne snovi**

Odzivanje na ponudbo drog: skupna načela, vendar različna praksa

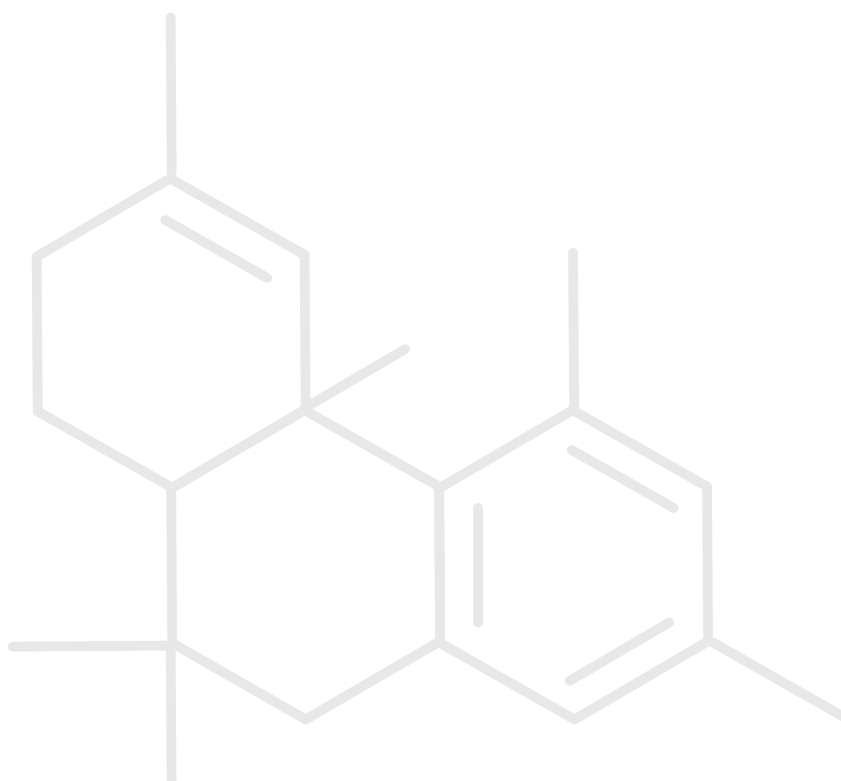
Države članice sprejemajo ukrepe za preprečevanje ponudbe prepovedanih drog v skladu s tremi konvencijami Združenih narodov, ki zagotavljajo mednarodni okvir za nadzor nad proizvodnjo, trgovino in posedovanjem več kot 240 psihoaktivnih snovi. Vse države so zavezane, da nepooblaščen ponudbo obravnavajo 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.

Izvajanje zakonodaje za omejitev ponudbe in uporabe drog se spremlja na podlagi podatkov o prijavljenih kršitvah zakonodaje o drogah. Na splošno se število prijavljenih kršitev v Evropi, povezanih s ponudbo drog, od leta 2006 povečuje. Leta 2013 je bilo po ocenah prijavljenih 230 000 kršitev, povezanih s ponudbo, od tega se jih je večina (57 %) nanašala na konopljo. Istega leta se je tri četrtine (76 %) prijavljenih kršitev v zvezi z uporabo drog ali posedovanjem za osebno uporabo (po ocenah naj bi jih bilo 1,1 milijona) nanašalo na konopljo.

Velike razlike v izrekanju kazni v Evropi

Nepooblaščen ponudba drog je kaznivo dejanje v vseh evropskih državah, vendar se zakonsko predpisane kazni med državami članicami razlikujejo. V nekaterih državah se lahko za kaznivo dejanje ponudbe drog določi ena sama kazen z velikim razponom trajanja (do dosmrtna zaporne kazni). Druge države razlikujejo med manjšimi in večjimi kaznivimi dejanji, povezanimi s ponudbo drog, odvisno od dejavnikov, kot sta količina in vrsta najdene droge, in imajo določene ustrezne najvišje in najnižje kazni. V nedavni analizi mogočih scenarijev, ki jo je opravil center EMCDDA, ni bila ugotovljena jasna povezava med najvišjimi zakonsko predpisanimi kaznimi in kaznimi, ki so jih izrekla sodišča. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da se pričakovane kazni za kazniva dejanja preprodaje drog med državami razlikujejo. Tako lahko na primer oseba, ki prvič stori kaznivo dejanje in preprodaja 1 kg konoplje, pričakuje zaporno kazen, ki v nekaterih državah traja manj kot eno leto, v drugih pa do deset let. Podobno se lahko preprodaja 1 kg heroína – odvisno od države – kaznuje z zaporno kaznijo od dveh do 15 let.

Na splošno se v Evropi število sporočenih kršitev, povezanih s ponudbo drog, od leta 2006 povečuje



Zasegi predhodnih sestavin in nadzor nad njimi

Predhodne sestavine za prepovedane droge so kemikalije, ki se lahko uporabljajo pri proizvodnji prepovedanih drog. Preprečevanje njihove preusmeritve iz zakonite uporabe je pomemben del mednarodnih prizadevanj za preprečevanje proizvodnje prepovedanih drog. Večina predhodnih sestavin za prepovedane droge se zakonito uporablja v industriji, na primer pri proizvodnji umetnih mas, zdravil in kozmetike. Tako se na primer efedrin – sestavina zdravil proti prehladu in dekongestivov – lahko uporablja za proizvodnjo metamfetamina. Ker imajo predhodne sestavine zakonite uporabe, njihove proizvodnje in trgovine z njimi ni mogoče prepovedati. Namesto tega se nadzor nad predhodnimi sestavinami za prepovedane droge izvaja s spremljanjem njihove zakonite proizvodnje in trgovine.

Podatki držav članic EU o zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge potrjujejo, da se pri proizvodnji prepovedanih drog v Evropski uniji še naprej uporabljajo tako snovi s seznama kot snovi, ki niso na seznamu (preglednica 1.2). Leta 2013 je bilo na podlagi nacionalne zakonodaje zaseženih več kot 48 000 kg

pred-predhodne sestavine APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril), kar zadostuje za proizvodnjo več kot 22 ton amfetamina ali metamfetamina. Da bi se okrepila pristojnost organov pregona za obravnavo te snovi, je bila decembra 2013 uvrščena na seznam predhodnih sestavin v skladu z zakonodajo EU, oktobra 2014 pa na mednarodni seznam predhodnih sestavin. Zasegi velikih količin predhodnih sestavin za MDMA potrjujejo vnovično obsežno proizvodnjo ekstazija v Evropski uniji. Leta 2013 je bilo zaseženih 5 061 kg PMK (3,4-metilendioksifenil-2-propanon) in 13 836 litrov safrola, ki bi skupaj zadoščala za proizvodnjo približno 170 milijonov tablet ekstazija.

Leta 2013 je bila sprejeta nova zakonodaja EU za okrepitev nadzora nad trgovino z nekaterimi predhodnimi sestavinami za prepovedane droge, in sicer tako v Evropski uniji kot med državami članicami in tretjimi državami. Med uvedenimi ukrepi so strožji nadzor nad trgovino z anhidridom očetne kisline, kemikalijo, ki je potrebna za proizvodnjo heroína, ter efedrinom in psevdofedrinom, predhodnima sestavinama metamfetamina. Z novo zakonodajo je bil uveden tudi mehanizem za hitro odzivanje na preusmeritev snovi, ki niso na seznamu.

PREGLEDNICA 1.2

Povzetek zasegov in ustavljenih pošiljk predhodnih sestavin, ki se v Evropi uporabljajo za proizvodnjo izbranih sintetičnih drog, v letu 2013

Predhodna sestavina/ <i>pred-predhodna sestavina</i>	Zasegi		Ustavljene pošiljke ⁽¹⁾		SKUPNE VREDNOSTI	
	Primeri	Količina	Primeri	Količina	Primeri	Količina
MDMA ali povezane snovi						
PMK (litri)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrol (litri)	4	13 837	1	574	5	14 411
Izosafrol (litri)	1	10	0	0	1	10
Piperonal (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK-glicid/glicidat (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amfetamin in metamfetamin						
BMK (litri)	5	32	0	0	5	32
PAA, fenilacetna kislina (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrin, razsuto stanje (kg)	15	13	0	0	15	13
Psevdofedrin, razsuto stanje (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

⁽¹⁾ „Ustavljena“ pošiljka je pošiljka, ki jo je izvoznik zavrnili, ustavili ali prostovoljno umaknil zaradi suma preusmeritve za nezakonite namene. Vir: Evropska komisija.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2015

Heroin trafficking routes, Perspektive na področju drog.

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

The Internet and drug markets, tehnična poročila.

2014

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

Exploring methamphetamine trends in Europe, študija centra EMCDDA.

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), ocene tveganja.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, ocene tveganja.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, ocene tveganja.

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.

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspektive na področju drog.

Synthetic drug production in Europe, Perspektive na področju drog.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Vpogledi.

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.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Evropa

2014

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

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

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 spletišču
www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Uporaba konoplje je približno
petkrat bolj razširjena kot
uporaba drugih snovi**

Uporaba drog in težave, povezane z njo

Pri analizi vzorcev in trendov uporabe drog ter povezanih težav na najvišji ravni je koristno razlikovati med tremi splošnimi skupinami snovi: proizvodi iz konoplje, različnimi stimulansi in opiodi. Uporaba konoplje je približno petkrat bolj razširjena od uporabe drugih snovi, pri čemer se je število uporabnikov, ki se začnejo zdraviti zaradi težav s konopljo, v zadnjih letih povečalo. Medtem ko se heroin in drugi opiodi še naprej razmeroma redko uporabljajo, te droge ostajajo vzrok za največji delež obolevnosti, smrtnih primerov in stroškov zdravljenja, povezanih z uporabo drog v Evropi.

Spremljanje uporabe drog in težav v zvezi z njimi

Spremljanje uporabe drog in težav v zvezi z drogami v Evropi temelji na petih ključnih epidemioloških kazalnikih centra EMCDDA. Ti kazalniki vključujejo nabore podatkov, ki zajemajo ocene rekreativne uporabe (ki temeljijo predvsem na anketah), ocene zelo tvegane uporabe, z drogami povezane smrtne primere, nalezljive bolezni in začetek zdravljenja zaradi odvisnosti od drog. Skupaj omogočajo evropsko analizo trendov in razvoja v zvezi z uporabo drog in povezanimi težavami. Tehnične informacije o teh kazalnikih so na voljo na spletu pod naslovom Key indicators gateway in v spletnem Statističnem biltenu. V tem poglavju so podatki iz ključnih kazalnikov dopolnjeni z dodatnimi podatki, ki so jih zagotovili kontaktne točke ReitoX in drugi viri.

Za uporabo drog so značilni tudi različni vzorci uporabe, ki segajo od enkratne eksperimentalne do stalne in odvisne uporabe. Uporaba vseh drog je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je pogosto poudarjena pri intenzivnejših ali bolj rednih vzorcih uporabe. Različni vzorci uporabe so povezani tudi z različnimi stopnjami tveganja in vrstami škode; pogostejša uporaba, večji odmerki, sočasna uporaba več snovi in vbrizgavanje – vsi ti dejavniki so povezani s povečanimi zdravstvenimi tveganji.

Skoraj vsak četrti Evropejec je poskusil prepovedane droge

Ocenjuje se, da je več kot 80 milijonov odraslih ali skoraj četrtina odraslega prebivalstva v Evropski uniji vsaj enkrat v življenju uporabila prepovedano drogo. Najpogosteje uporabljena droga je konoplja (75,1 milijona), navedene ocene za uporabo drugih drog kadar koli v življenju pa so nižje, in sicer 14,9 milijona za kokain, 11,7 milijona za amfetamine in 11,5 milijona za MDMA. 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 Združenem kraljestvu do 8 % ali manj od vsake desete osebe v Bolgariji, Romuniji in Turčiji.

Uporaba konoplje: porast v nordijskih državah

Konoplja je prepovedana droga, katere uporaba je najbolj verjetna v vseh starostnih skupinah. Običajno se kadi, v Evropi pa se pogosto meša s tobakom. Vzorci uporabe konoplje so lahko različni in segajo od občasne do redne uporabe in odvisnosti.

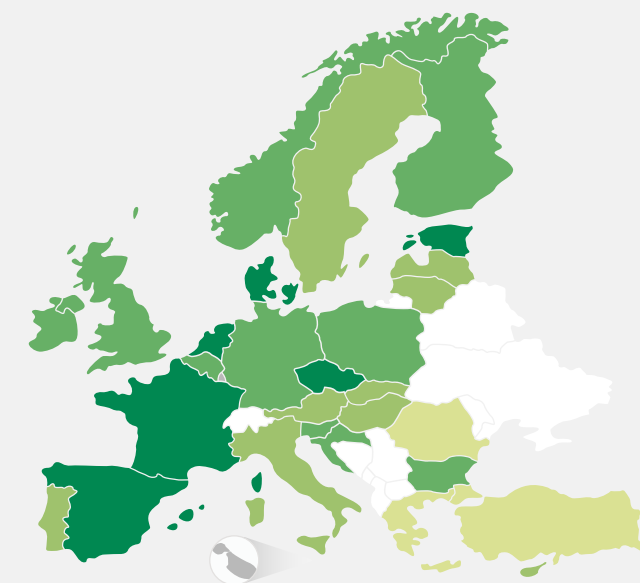
Po ocenah je 14,6 milijona mladih Evropejcev (15–34 let) ali 11,7 % te starostne skupine uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je bilo 8,8 milijona starih od 15 do 24 let (15,2 % te starostne skupine).

Več držav ima na voljo dovolj podatkov iz anket, da je mogoča statistična analiza dolgoročnih trendov uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu. Ankete med prebivalstvom za Nemčijo, Španijo in Združeno kraljestvo kažejo upadajočo ali nespremenjeno razširjenost uporabe konoplje v zadnjem desetletju. Nasprotno je mogoče naraščajočo razširjenost ugotoviti v Bolgariji, Franciji in treh nordijskih državah (na Danskem, Finskem in Švedskem). Poleg tega je Norveška v svoji najnovejši raziskavi poročala o povečanju na najvišjo raven, in sicer 12 %, vendar pa sedanji časovni razpon ankete ne zadošča za statistično analizo trendov.

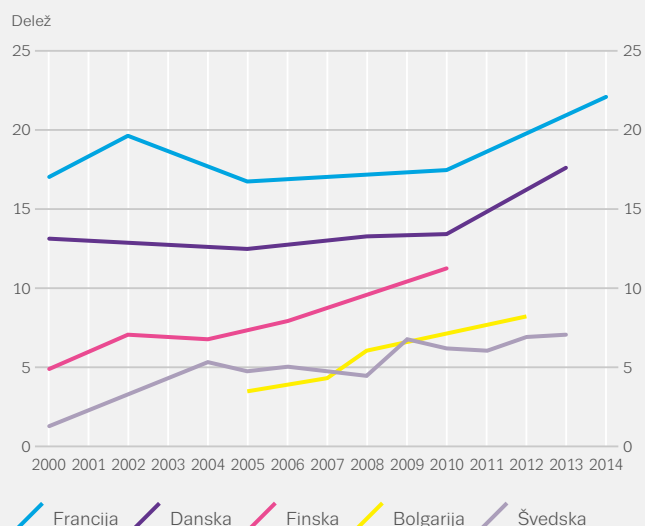
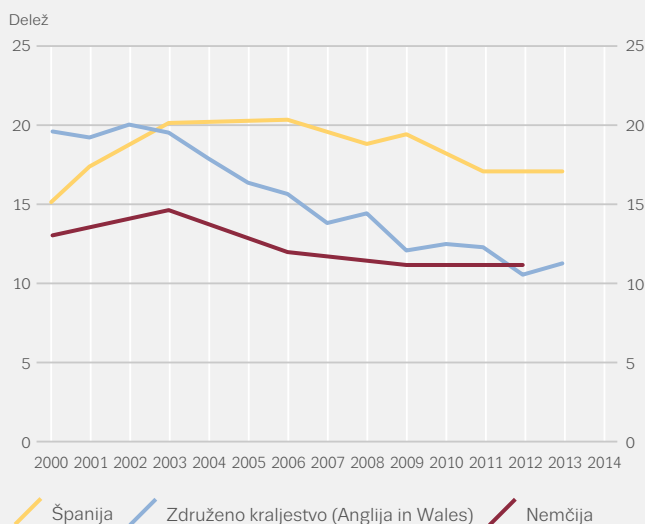
Celostno gledano, najnovejši rezultati raziskav še naprej kažejo raznovrstne vzorce uporabe konoplje v zadnjem letu (slika 2.1). Od držav, ki so opravile raziskave od leta 2012, so štiri poročale o nižjih, dve o nespremenjenih in osem o višjih ocenah kot v prejšnji primerljivi raziskavi. V samo nekaj nacionalnih raziskavah se za zdaj poroča o uporabi sintetičnih kanabinoidov, vendar je v tistih, v katerih se, stopnja razširjenosti v zadnjem letu na splošno majhna.

SLIKA 2.1

Razširjenost uporabe konoplje med mladimi odraslimi v lanskem letu (15–34 let): najnovejši podatki (zgoraj); države s statistično pomembnimi trendi (na sredini in spodaj)



Delež <4,0 4,1–8,0 8,1–12,0 >12,0 Ni podatkov



Uporaba konoplje med šolsko mladino

Spremljanje uporabe snovi med šolsko mladino zagotavlja pomemben vpogled v trenutna tvegana vedenja mladih. V Evropi evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) omogoča vpogled v trende glede uporabe snovi med šolsko mladino, staro med 15 in 16 let, in spremljanje teh trendov skozi čas. V zadnjem krogu zbiranja podatkov (2011) je konoplja pomenila največji delež prepovedanih drog, ki se uporabljajo v tej skupini, pri čemer je približno 24 % njenih pripadnikov navedlo, da so jo že uporabili, ta delež pa se giblje od 5 % na Norveškem do 42 % v Češki republiki. Razširjenost uporabe drugih prepovedanih drog razen konoplje je bila precej manjša.

V sedmih državah, ki so poročale o nacionalnih raziskavah med šolsko mladino, opravljenih po študiji ESPAD (2011), se trendi razširjenosti uporabe konoplje med dijaki precej razlikujejo.

Zaskrbljenost zaradi uporabnikov konoplje

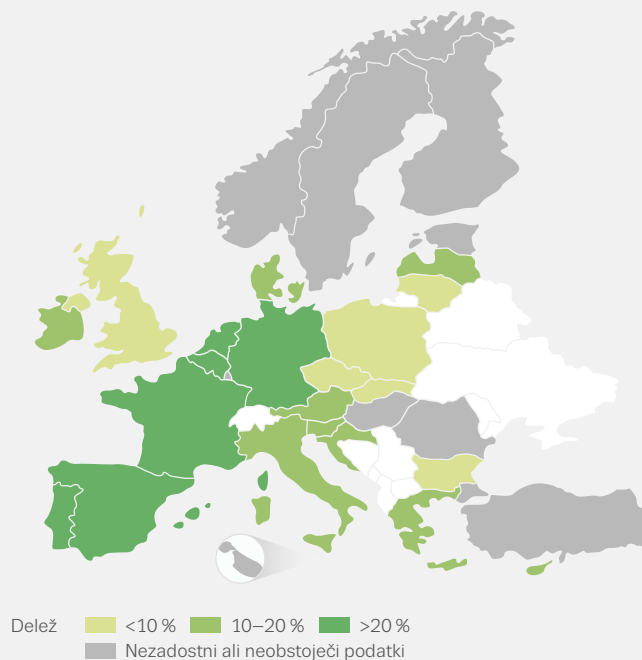
Manjšina uporabnikov konoplje to snov intenzivno uživa. Dnevna ali skoraj dnevna uporaba konoplje je opredeljena kot uporaba v 20 ali več dneh v zadnjem mesecu. Na podlagi raziskav med splošnim prebivalstvom se ocenjuje, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov. Približno tri četrtine jih je starih med 15 in 34 let, več kot tri četrtine jih je moškega spola.

Dnevna uporaba konoplje med splošnim prebivalstvom ni pogosta. Približno četrtina od skoraj 3 % odraslih (15–64 let), ki so konopljo uporabili v zadnjem mesecu, je to snov uporabljala dnevno ali skoraj dnevno. Ta delež se med državami zelo razlikuje (glej sliko 2.2). V državah, ki so opravile dovolj raziskav za opredelitev trendov, je v zadnjem desetletju delež dnevnih ali skoraj dnevnih uporabnikov med vsemi odraslimi ostal nespremenjen.

Uporabniki, ki so se v Evropi prvič vključili v zdravljenje odvisnosti od drog, so kot glavni razlog za začetek zdravljenja največkrat navedli konopljo, ob tem pa se odgovor na vprašanje, kaj vključuje zdravljenje uporabnikov konoplje, zelo razlikuje. Med letoma 2006 in 2013 se je skupno število prijavljenih uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, povečalo s 45 000 na 61 000. Če upoštevamo povratnike v zdravljenje, je bila konoplja druga najpogostejše navedena droga pri vseh uporabnikih drog, ki

SLIKA 2.2

Delež uporabnikov konoplje v zadnjem mesecu (15–64 let), ki so to snov uporabljali dnevno ali skoraj dnevno



so se začeli zdraviti v letu 2013 (123 000 ali 29 %). Vendar je mogoče opaziti precejšnje odstopanje po državah, pri čemer se delež uporabnikov drog na zdravljenju, ki navajajo uporabo konoplje kot primarne droge, giblje od 3 % v Litvi do več kot 60 % na Danskem in Madžarskem. K tej raznovrstnosti lahko prispevajo različni dejavniki. Tako na primer je bila v Evropi približno četrtina uporabnikov drog na zdravljenju, ki navajajo uporabo konoplje kot primarne droge, napotena na zdravljenje v okviru kazenskopravnega sistema (23 000); ta delež se giblje od manj kot 5 % primarnih uporabnikov konoplje v Bolgariji, Estoniji, Latviji in na Nizozemskem do več kot 80 % na Madžarskem.

Uporabniki, ki so se v Evropi prvič vključili v zdravljenje odvisnosti od drog, so kot glavni razlog za začetek zdravljenja največkrat navedli konopljo

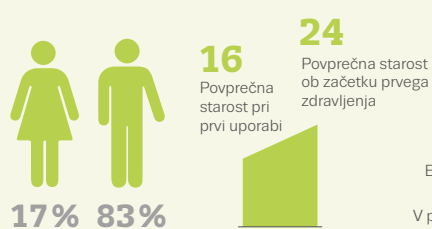
Bolnišnični nujni primeri, povezani s konopljo

Čeprav so akutni nujni primeri zaradi uporabe konoplje redki, lahko nastanejo, zlasti pri velikih odmerkih. V državah z visokimi stopnjami razširjenosti konoplja pomeni precejšnji delež nujnih primerov, povezanih z drogami. V nedavni študiji je bilo ugotovljeno povečanje števila s konopljo povezanih nujnih primerov med letoma 2008 in 2012 v 11 od 13 evropskih držav, vključenih v analizo. V Španiji se je na primer število nujnih primerov, povezanih s konopljo, povečalo s 1 589 (25 % vseh nujnih primerov, povezanih z drogami) v letu 2008 na 1 980 (33 %) v letu 2011.

Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN), ki spremlja nujne primere, povezane z drogami, na 16 lokacijah v 10 evropskih državah, je poročala, da je med 10 in 48 % (povprečno 16 %) vseh primerov, povezanih z drogami, vključevalo konopljo, čeprav so bile v 90 % teh primerov prisotne tudi druge snovi. Konoplja je bila najpogostejše ugotovljena skupaj z alkoholom, benzodiazepini in stimulantami. Težave, o katerih se je najpogostejše poročalo, so bile nevrovedenjske težave (razburjenje, agresivnost, psihoza in anksioznost) ter bruhanje. V večini primerov bolnišnično zdravljenje ni bilo potrebno.

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

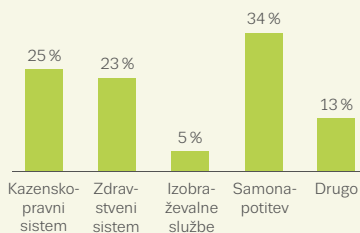
Značilnosti



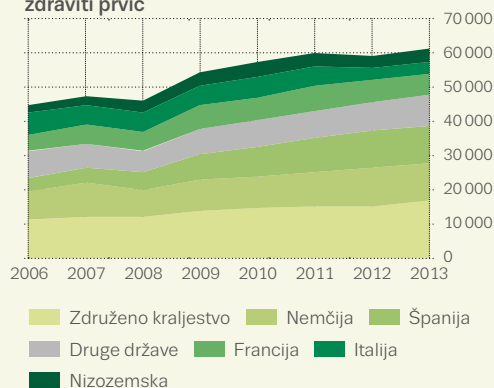
Pogostost uporabe v zadnjem mesecu



Vir napotitve



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. Vir napotitve: „kazensko-pravni sistem“ zajema sodišča, policijo in pogojne kazni; „zdravstveni sistem“ zajema lečeče zdravnike, druge centre za zdravljenje odvisnosti od drog ter zdravstvene, medicinske in socialne službe; „samonapotitev“ zajema uporabnika, družino in prijatelje.

Kokain: najpogosteje uporabljan stimulan v Evropi

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 pogosto rekreativno vdihavajo kokain v prahu, in marginaliziranimi uporabniki drog, ki si vbrizgavajo kokain ali kadijo crack, pogosto pa zraven uporabljajo opioide. Redna uporaba kokaina je povezana z odvisnostjo, kardiovaskularnimi, nevrološkimi in duševnimi zdravstvenimi težavami ter s povečanim tveganjem za nesreče. Vbrizgavanje kokaina in uporaba cracka sta povezana z največjimi zdravstvenimi tveganji, vključno s prenosom nalezljivih bolezni.

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulan v Evropi, čeprav večina uporabnikov prihaja iz relativno majhnega števila držav. To ponazarjajo podatki iz raziskave, ki kažejo, da je uporaba kokaina bolj razširjena na jugu in zahodu Evrope.

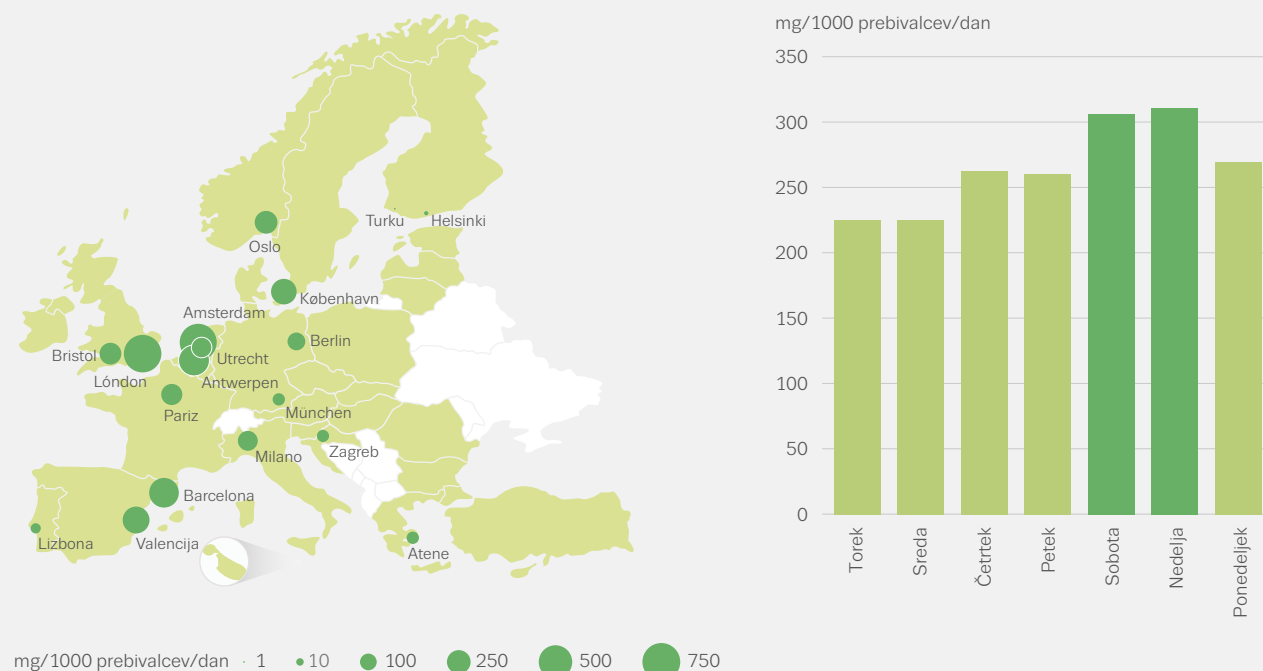
Ocenjuje se, da je v prejšnjem letu kokain uporabilo približno 2,3 milijona mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (1,9 % te starostne skupine). Številni uporabniki

kokaina to drogo uporabljajo rekreativno, pri čemer je uporaba največja ob koncih tedna in med prazniki. Podatki iz analize odpadnih voda, opravljene v okviru evropske študije iz leta 2014, ki je zajemala več mest, potrjujejo dnevne razlike v uporabi. V vzorcih, zbranih ob koncu tedna, so bile ugotovljene večje koncentracije benzoilekgonina – glavnega metabolita kokaina (slika 2.3).

Le nekaj držav poroča o več kot 3-odstotni razširjenosti uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu (slika 2.4). Med temi državami sta Španija in Združeno kraljestvo ugotovila statistično pomembno povečevanje razširjenosti do leta 2008, po tem letu pa se je trend spremenil, in sicer se je razširjenost ustalila ali se začela zmanjševati. Od držav z manj kot 3-odstotno razširjenostjo Irska in Danska v najnovejših podatkih poročata o zmanjšanju, vendar to še ni statistično opazno, medtem ko je iz francoskih raziskav, opravljenih do leta 2014, razvidno povečevanje uporabe.

SLIKA 2.3

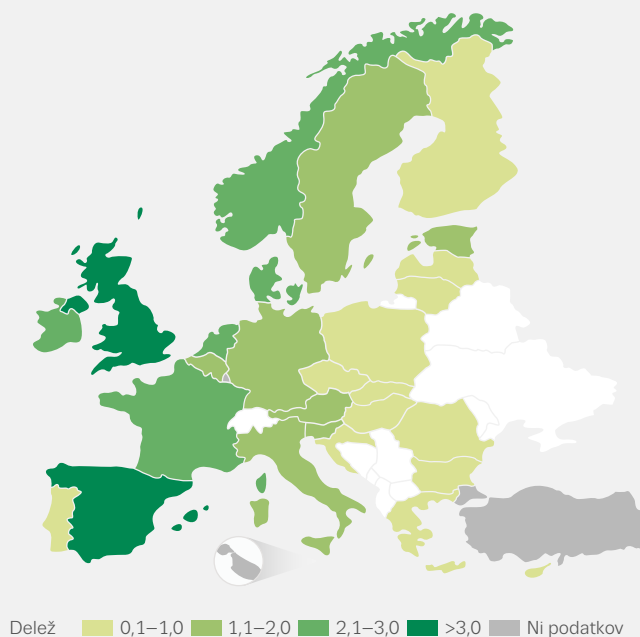
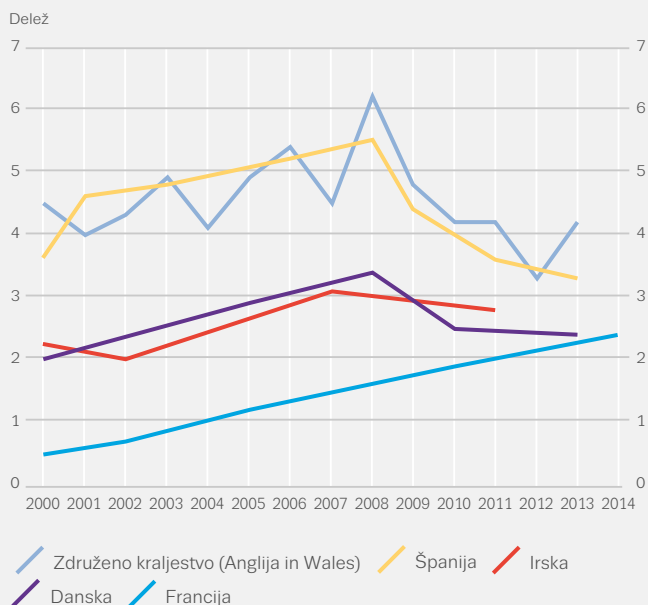
Ostanki kokaina v odpadnih vodah: v izbranih evropskih mestih (levo) in dnevna povprečja (desno)



Opomba: Povprečne dnevne količine kokaina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Leta 2014 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotedensko vzorčenje. Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE)

SLIKA 2.4

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



Zmanjšanje uporabe kokaina je razvidno iz najnovejših podatkov; od držav, ki so opravile raziskave od leta 2012, jih je devet poročalo o nižjih, štiri i pa o višjih ocenah kot v prejšnji primerljivi raziskavi.

Nadaljnje upadanje povpraševanja po zdravljenju odvisnosti od kokaina

Razširjenost problematičnih oblik uporabe kokaina v Evropi je težko oceniti, saj imajo samo štiri države novejšo oceno, ki pa jih je iz metodoloških razlogov težko primerjati. V letu 2012 je Nemčija ocenila, da je „odvisnost od kokaina“ med odraslim prebivalstvom 0,20-odstotna. Leta 2013 je Italija ocenila, da „zdravljenje zaradi uporabe kokaina“ potrebuje 0,23 % prebivalstva, Španija pa je „zelo tvegano uporabo kokaina“ ocenila pri 0,29 % prebivalstva. Za obdobje 2011–2012 je Združeno kraljestvo ocenilo, da crack v Angliji uporablja 0,48 % odraslih, in večina od teh jih je uporabljala tudi opioide.

V letu 2013 je bil kokain naveden kot primarna droga pri 13 % vseh uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (55 000), in pri 16 % uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje (25 000). Med državami obstajajo razlike, pri čemer so več kot 70 % vseh oseb, ki se zdravijo zaradi kokaina, priglasile samo tri države (Španija, Italija, Združeno kraljestvo). Iz najnovejših podatkov je razvidno, da se je število uporabnikov kokaina, ki so se prvič vključili v zdravljenje, ustalilo pri približno 24 000; vrh je s 38 000 uporabniki doseglo leta 2008. Leta 2013 je 6 000 uporabnikov v Evropi, ki so se začeli zdraviti, navedlo primarno uporabo cracka, pri čemer jih je več kot polovica (3 500) iz Združenega kraljestva, preostali (2 200) pa so večinoma iz Španije, Francije in Nizozemske.

Razlaga razpoložljivih podatkov o smrtnih primerih, povezanih s kokainom, je zapletena, deloma zato, ker je ta droga lahko dejavnik pri nekaterih smrtnih primerih, ki so pripisani kardiovaskularnim težavam. Kljub temu je bilo

leta 2013 sporočenih več kot 800 smrtnih primerov, povezanih z uporabo kokaina (podatki iz 27 držav). Večina jih je bila pripisana prevelikemu odmerku, v številnih primerih pa je bila ugotovljena tudi prisotnost drugih snovi, predvsem opioidov. Zaradi vprašljivosti kakovosti podatkov na evropski ravni trendov ni mogoče opredeliti. Nekatere države imajo kljub temu na voljo omejene informacije. Tako na primer se je med letoma 2012 in 2013 število smrtnih primerov, pri katerih je bila ugotovljena prisotnost kokaina, v Združenem kraljestvu povečalo s 174 na 215, v Turčiji pa z 19 na 29.

Leta 2013 se je poročalo o več kot 800 smrtnih primerih, povezanih z uporabo kokaina

Amfetamini: nespremenjena uporaba v številnih državah

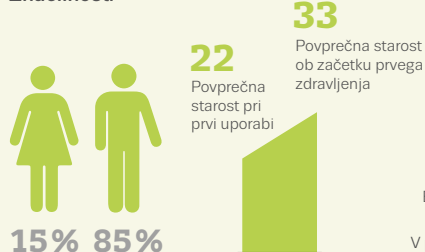
V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot metamfetamin, dva tesno povezana stimulansa, čeprav se veliko bolj uporablja amfetamin. Uporaba metamfetamina je od nekdaj omejena na Češko republiko, v zadnjem času pa še na Slovaško, čeprav je zdaj mogoče opaziti znake čedalje večje uporabe v drugih državah. V nekaterih naborih podatkov ni mogoče razlikovati med tema dvema snovema, zato se v teh primerih uporablja splošni izraz amfetamini.

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

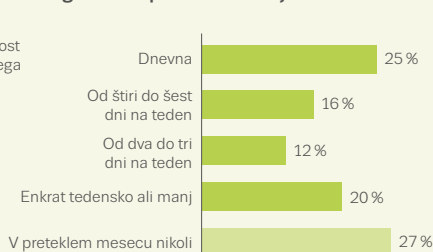
Škodljivi učinki na zdravje, povezani z uporabo amfetaminov, vključujejo kardiovaskularne, pljučne,

UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

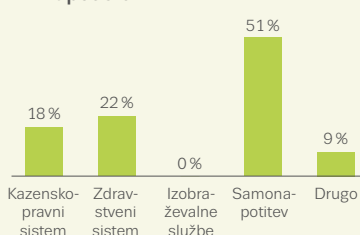
Značilnosti



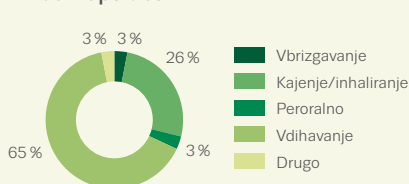
Pogostost uporabe v zadnjem mesecu



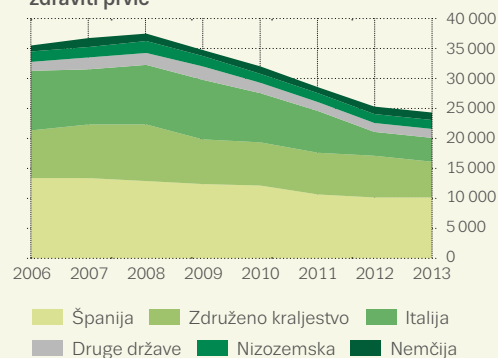
Vir napotitve



Način uporabe



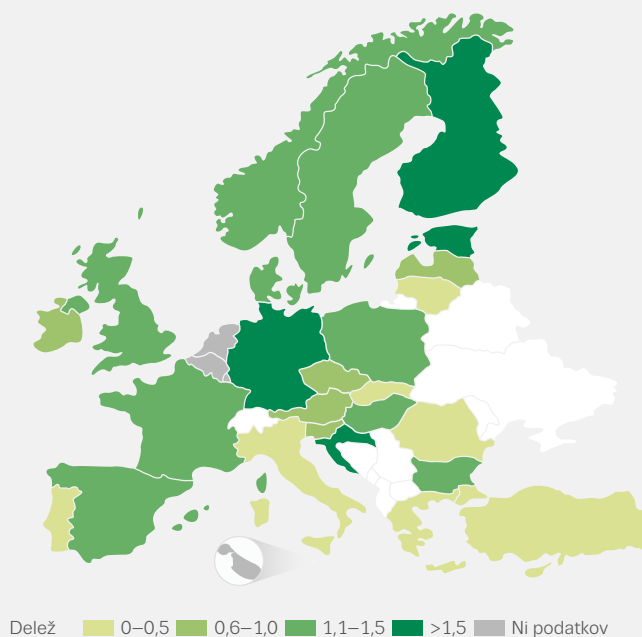
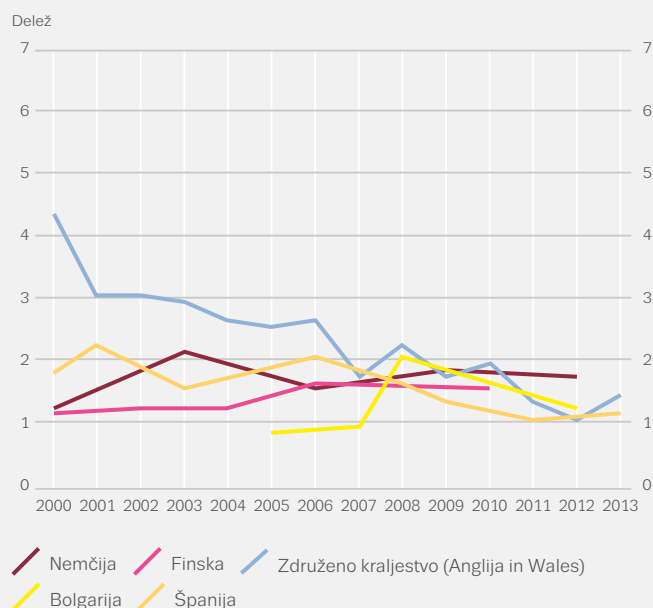
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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. Vir napotitve: „kazensko-pravni sistem“ zajema sodišča, policijo in pogojne kazni; „zdravstveni sistem“ zajema lečeče zdravnike, druge centre za zdravljenje odvisnosti od drog ter zdravstvene, medicinske in socialne službe; „samonapotev“ zajema uporabnika, družino in prijatelje.

SLIKA 2.5

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

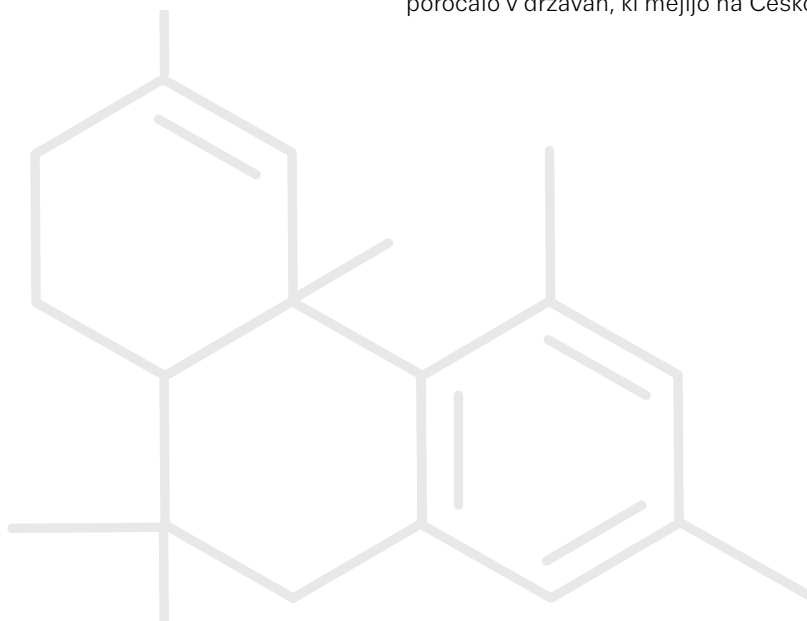


nevrološke in duševne zdravstvene težave, medtem ko je kot pri drugih drogah vbrizgavanje dejavnik tveganja za nalezljive bolezni. Kot pri drugih stimulansih je včasih težko prepoznati smrtne primere, povezane z amfetamini, vendar je vsako leto sporočenih nekaj primerov.

Po ocenah je v zadnjem letu amfetamine uporabilo približno 1,3 milijona (1,0 %) mladih odraslih (15–34 let). Najnovejše nacionalne ocene o razširjenosti se gibljejo med 0,1 in 1,8 % (slika 2.5). Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je v večini evropskih držav stanje v zvezi s trendi uporabe od približno leta 2000 razmeroma stabilno. Izjeme so Španija in Združeno kraljestvo, kjer je od leta 2000 mogoče ugotoviti statistično pomembno zmanjšanje razširjenosti.

Novi vzorci problematične uporabe amfetaminov

V zvezi z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbrizgavanjem se težave od nekdanj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno so dolgoročne težave zaradi metamfetamina najočitnejše v Češki republiki in na Slovaškem. Ti državi ocenjujeta, da je problematičnih uporabnikov med odraslimi (15–64 let) v Češki republiki približno 0,48 % (2013), na Slovaškem pa 0,21 % (2007). V Češki republiki je med letoma 2007 in 2013 mogoče opaziti izrazito povečanje problematične ali zelo tvegane uporabe metamfetamina, predvsem z vbrizgavanjem (s približno 20 000 na več kot 34 000). Nedavno so bili ugotovljeni znaki širjenja uporabe metamfetamina na druge države in nove populacije, pri čemer se je o uporabi te droge poročalo v državah, ki mejijo na Češko republiko (Nemčija,

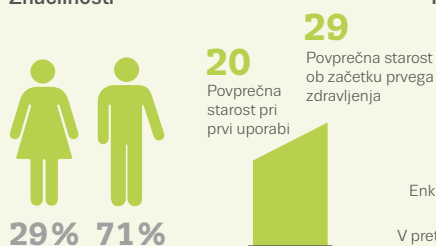


Avstrija), nekaterih južneevropskih državah (Grčija, Ciper, Turčija) in severneevropskih državah (Latvija, Norveška). V več evropskih državah se še naprej poroča o novem vzorcu uporabe metamfetamina, in sicer o vbrizgavanju te droge – pogosto z drugimi stimulansi – znotraj majhnih skupin moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Te tako imenovane zabave s skupinskim seksom vzbujajo zaskrbljenost zaradi kombinacije tvegane uporabe drog in spolnega vedenja.

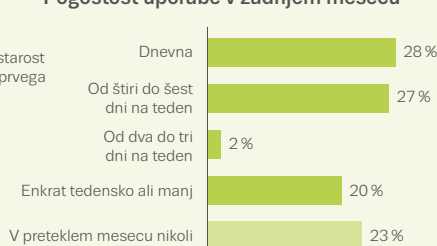
Približno 7 % uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi v letu 2013, je kot primarno drogo navedlo amfetamine (amfetamin in metamfetamin). To ustreza približno 29 000 uporabnikom, od teh se jih je 12 000 v zdravljenje vključilo prvič v življenju). Primarni uporabniki amfetamina pomenijo velik delež sporočenih prvič začetih zdravljenj samo v Nemčiji, Latviji in na Poljskem. Uporabniki, ki se začnejo zdraviti in navajajo uporabo metamfetamina kot primarne droge, so skoraj vsi iz Češke republike in Slovaške, ki skupaj pomenita 95 % od 8 000 uporabnikov metamfetamina v Evropi. K povečanju števila uporabnikov amfetaminov, ki so se začeli prvič zdraviti, so prispevale predvsem Nemčija, Češka republika in Slovaška.

UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

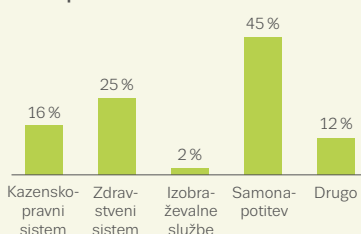
Značilnosti



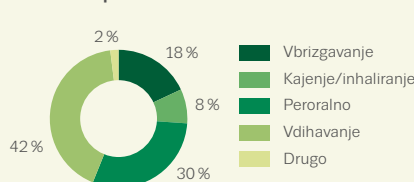
Pogostost uporabe v zadnjem mesecu



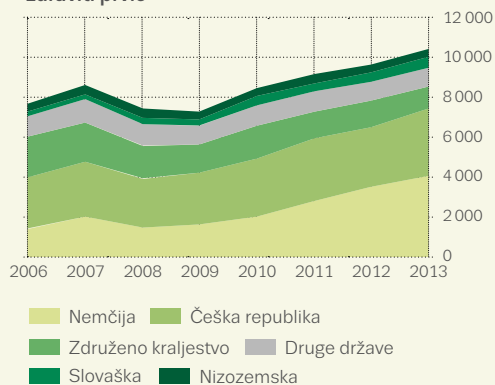
Vir napotitve



Način uporabe



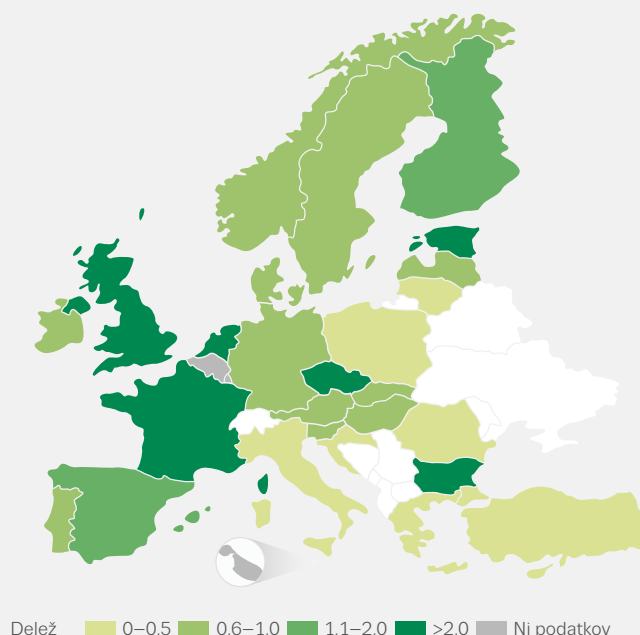
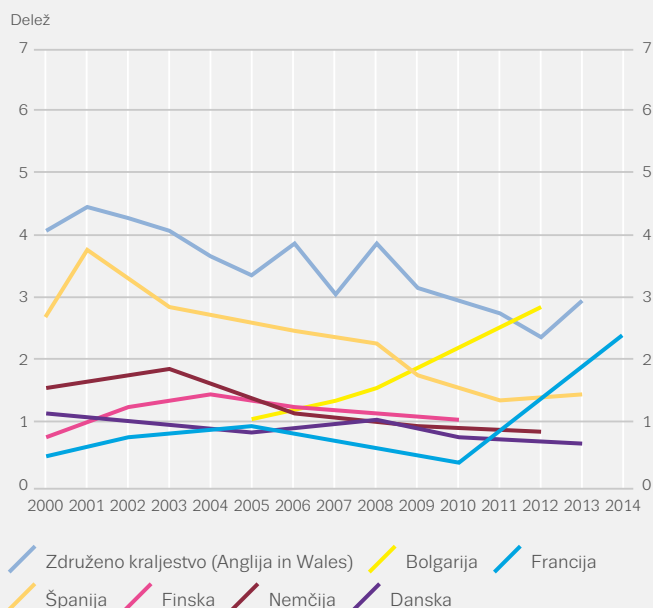
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: Pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti in uporabljajo amfetamine kot primarno drogo. Pri trendih so upoštevani vsi uporabniki, ki so se začeli zdraviti prvič in uporabljajo amfetamine kot primarno drogo. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih. Vir napotitve: „kazensko-pravni sistem“ zajema sodišča, policijo in pogojne kazni; „zdravstveni sistem“ zajema lečeče zdravnike, druge centre za zdravljenje odvisnosti od drog ter zdravstvene, medicinske in socialne službe; „samonapotev“ zajema uporabnika, družino in prijatelje.

SLIKA 2.6

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



Uporaba MDMA/ekstazija

MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) se običajno uporablja v obliki tablet ekstazija, zdaj pa je vse bolj dosegljiv tudi v obliki kristalov in praška; tablete se običajno pogoltnejo, MDMA v prahu pa se tudi vdihava (uporaba skozi nos). Med težavami, povezanimi z uporabo te droge, so akutna hipertermija, povečan srčni utrip in odpoved več organov, dolgotrajna uporaba pa se povezuje s težavami z jetri in srcem. Smrtni primeri, povezani s to drogo, ostajajo razmeroma redki, včasih pa jih povzročijo druge snovi, ki se prodajajo kot MDMA. Nedavno so zaskrbljenost vzbujale akutne težave, povezane s tabletami in praški z velikim odmerkom MDMA. Poleg tega so bila leta 2014 objavljena opozorila o tabletah ekstazija, ki so vsebovale visoke koncentracije PMMA, droge s skrb vzbujajočim varnostnim profilom.

V večini evropskih držav se že zelo dolgo zbirajo podatki o uporabi ekstazija, ne pa o uporabi MDMA. Po ocenah je 1,8 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo ekstazi v zadnjem letu (1,4 % te starostne skupine), nacionalne ocene pa se gibljejo od manj kot 0,1 % do 3,1 %. Od držav, ki imajo na voljo dovolj podatkov za statistično proučevanje trendov, je mogoče od leta 2000 ugotoviti zmanjševanje uporabe v Nemčiji, Španiji in Združenem kraljestvu. Danska ima podoben vzorec zmanjševanja uporabe, vendar ob manjši statistični gotovosti (slika 2.6). Nasprotno Bolgarija ocenjuje, da se uporaba še naprej povečuje. Med državami, ki so opravile nove raziskave od leta 2012, se

rezultati razlikujejo: šest jih je poročalo o nižjih, prav toliko pa tudi o višjih ocenah uporabe kot v prejšnji primerljivi raziskavi. Uporaba ekstazija se le redko navaja kot razlog za začetek zdravljenja odvisnosti od drog, takih primerov je bilo med sporočenimi uporabniki, ki so se začeli prvič zdraviti v letu 2013, manj kot 1 % (približno 600 primerov).

**V večini evropskih držav
se od nekdanj zbirajo podatki
o uporabi ekstazija in ne
o uporabi MDMA**

SLIKA 2.7

GHB, ketamin in halucinogene snovi: še vedno razlog za zaskrbljenost v nekaterih državah

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

V zadnjih dveh desetletjih se med podskupinami uporabnikov drog v Evropi poroča o rekreativni uporabi ketamina in GHB (vključno z njegovo predhodno sestavino GBL, gama-butirolaktonom). 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. O zahtevah za zdravljenje odvisnosti, povezanih z GHB, poročajo Belgija, Nizozemska in Združeno kraljestvo.

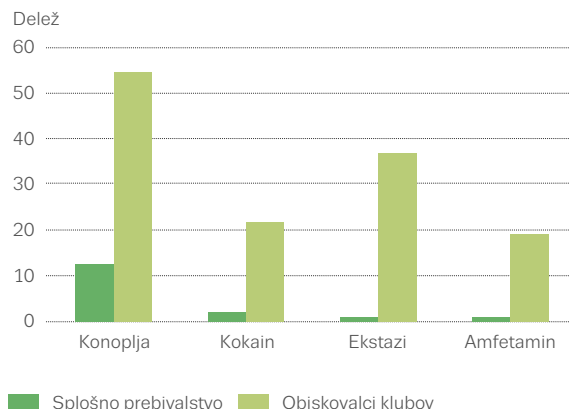
Kjer obstajajo, nacionalne ocene o razširjenosti uporabe GHB in ketamina kažejo, da ta pri odraslih in šolski mladini ostaja majhna. V najnovejših raziskavah je Norveška poročala o 0,1-odstotni razširjenosti uporabe GHB v zadnjem letu med odraslimi (15–64 let), medtem ko sta Danska in Španija poročali o 0,3-odstotni razširjenosti uporabe ketamina v zadnjem letu med mladimi odraslimi (15–34 let), Združeno kraljestvo pa o 1,8-odstotni uporabi ketamina v zadnjem letu med 16- do 24-letniki, kar pomeni stabilen trend od leta 2008.

Splošna razširjenost uporabe halucinogenih gob in LSD v Evropi je že več let na splošno nizka in ustaljena. Nacionalne raziskave kažejo, da je bila razširjenost med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu manj kot 1-odstotna za obe snovi.

Večja uporaba drog med obiskovalci nočnih klubov

Splošno znano je, da so nekatera socialna okolja še posebno povezana z višjimi ravni uporabe drog in alkohola. Običajno so v raziskavah med mladimi, ki redno obiskujejo večerne dogodke, ugotovljene višje stopnje uporabe drog v primerjavi s splošnim prebivalstvom. To je razvidno iz informacij iz spletne svetovne raziskave s področja drog, v okviru katere je center EMCDDA naročil pripravo posebne analize uporabe drog med mladimi odraslimi, ki so se opredelili za redne obiskovalce nočnih klubov (kar pomeni najmanj vsake tri mesece). Analiza je bila opravljena na vzorcu 25 790 mladih, starih od 15 do 34 let, iz desetih evropskih držav. Upoštevati je treba, da je to nereprezentativen in samoizbran vzorec oseb, ki so se odzvale na spletno anketo o drogah, zato je potrebna previdnost pri razlagi rezultatov. V tem vzorcu je bila

Razširjenost med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: splošno prebivalstvo in obiskovalci klubov (v desetih državah)



Viri: Svetovna raziskava o drogah za leto 2014 in najnovejša raziskava med splošnim prebivalstvom za naslednje države: Belgijo, Nemčijo, Irsko, Španijo, Francijo, Madžarsko, Nizozemsko, Avstrijo, Portugalsko in Združeno kraljestvo. Amfetamini: brez Belgije in Nizozemske. Ekstazi: brez Nizozemske.

razširjenost uporabe snovi v zadnjem letu od štirikrat do skoraj petindvajsetkrat večja (odvisno od snovi) od tiste, ki je bila ugotovljena med pripadniki iste starostne skupine v okviru splošnega prebivalstva Evropske unije. Če se združijo vrednosti za države, ki imajo na voljo podatke za posamezne droge, in se primerjajo z uteženim povprečjem iz raziskav med splošnim prebivalstvom (RSP), je približno 55 % rednih obiskovalcev nočnih klubov navedlo uporabo konoplje v zadnjem letu (uteženo državno povprečje RSP 12,9 %), visoke vrednosti pa so bile tudi za druge snovi: kokain 22 % (RSP 2,4 %); amfetamini 19 % (RSP 1,2 %); ekstazi 37 % (RSP 1,5 %) (slika 2.7). O ravneh razširjenosti uporabe v zadnjem letu med obiskovalci klubov se je poročalo tudi za druge droge, vključno s ketaminom (11 %), mefedronom (3 %), sintetičnimi kanabinoidi (3 %) in GHB (2 %).

Majhno število obiskovalcev klubov je navedlo, da so imeli težave v zvezi z uporabo drog, pri čemer sta bila konoplja in ekstazi povezana z največ akutnimi nujnimi primeri v tej skupini.

Uporaba „dovoljenih drog“ med mladimi

Razširjenost uporabe novih psihoaktivnih snovi v Evropi je težko opredeliti. Kjer so te snovi vključene v nacionalne raziskave, neobstoj skupne metodologije pomeni, da so podatki med državami redko primerljivi, vse skupaj pa še dodatno zapletajo težave v zvezi z opredelitvami, predvsem zato, ker se lahko pravni status snovi hitro spremeni. Kljub temu so nekatere ugotovitve o uporabi teh snovi na voljo v publikaciji Flash Eurobarometer o mladih in drogah iz leta 2014, telefonski anketi, opravljeni med 13 128

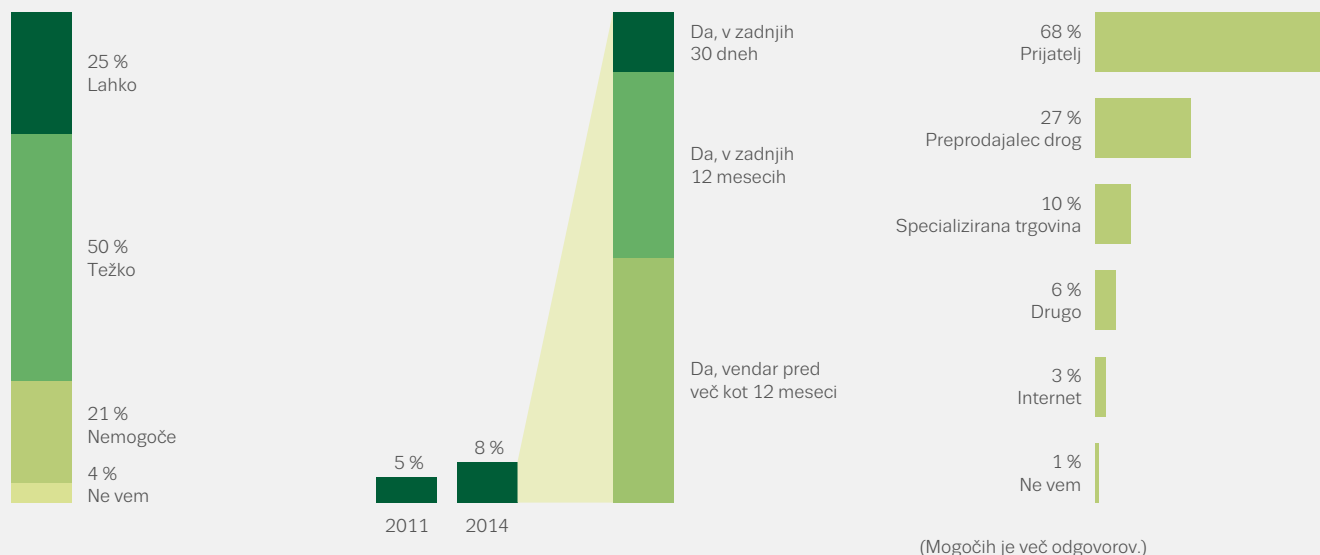
SLIKA 2.8

Razpoložljivost in uporaba „dovoljenih drog“, opredeljenih kot nove snovi, ki posnemajo učinke prepovedanih drog

Kako lahko ali težko bi jih dobili v 24 urah?

Ali ste jih že uporabili?

Če upoštevate uporabo teh snovi v zadnjih 12 mesecih, kdo je bil vaš vir?



Vir: Flash Eurobarometer 401.

mladimi odraslimi, starimi od 15 do 24 let, iz 28 držav članic EU. V odgovoru na vprašanje o zaznani dosegljivosti je več kot dve tretjini anketirancev menilo, da je težko ali nemogoče pridobiti „dovoljene droge“, opredeljene kot nove snovi, ki posnemajo učinke prepovedanih drog. Čeprav je bila to v osnovi nazorska raziskava, je Eurobarometer vanjo vključil vprašanje o uporabi „dovoljenih drog“. Ti podatki so trenutno edini vseevropski vir informacij o tej temi, čeprav je iz metodoloških razlogov pri razlagi rezultatov potrebna previdnost. Na splošno je 8 % anketirancev poročalo o uporabi „dovoljenih drog“ kadar koli v življenju, 3 % pa o uporabi v zadnjem letu (slika 2.8). To pomeni povečanje v primerjavi s 5 % anketirancev, ki so o uporabi kadar koli v življenju poročali v podobni anketi iz leta 2011. O najvišji ravni uporabe v zadnjem letu so poročali mladi iz Irske (9 %), medtem ko se v vzorcih iz Cipra in Malte ni poročalo o uporabi „dovoljenih drog“ v zadnjem letu. Od tistih, ki so poročali o uporabi v zadnjem letu, jih je 68 % snov dobilo od prijatelja.

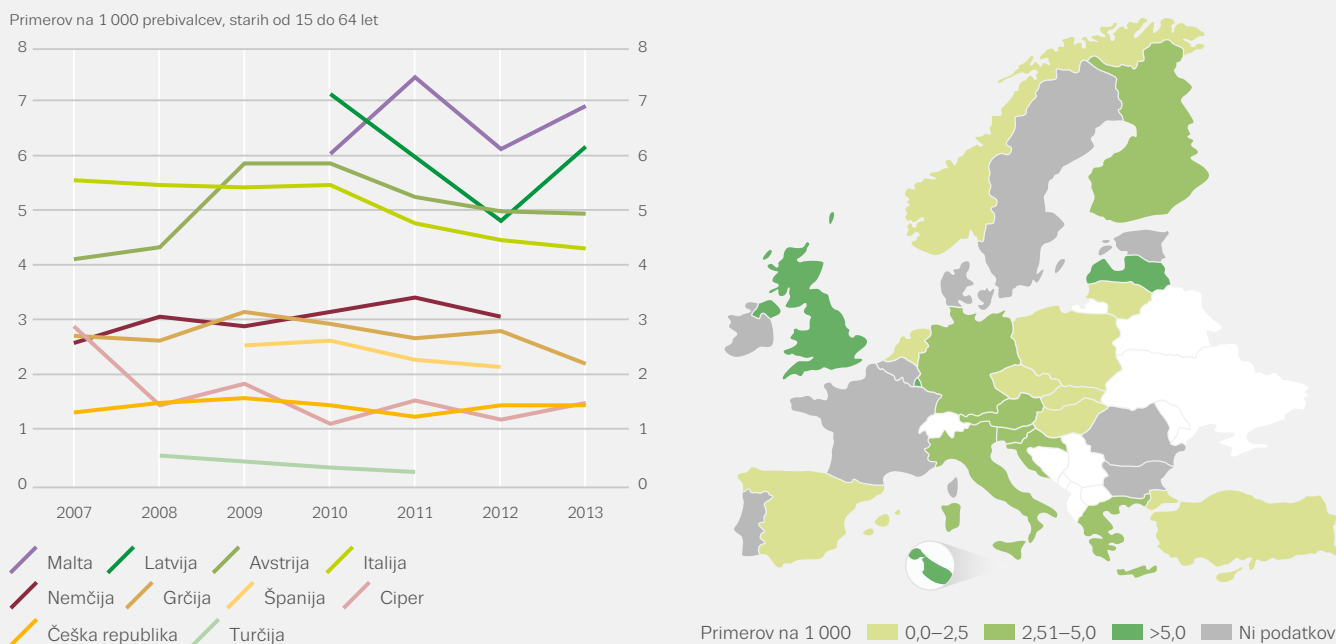
Rezultate raziskave Eurobarometer je treba obravnavati skupaj z rezultati drugih raziskav, pri čemer je treba upoštevati, da se uporabljajo različne metode in vprašanja. Devet evropskih držav od leta 2011 poroča o nacionalnih ocenah uporabe novih psihoaktivnih snovi ali „dovoljenih drog“ (ki ne vključujejo ketamina in GHB). Razširjenost uporabe teh snovi med mladimi odraslimi (starimi od 15 do 24 let) v zadnjem letu se giblje od 9,7 % na Irskem do

0,2 % na Portugalskem. Upoštevati je treba, da so bili v obeh navedenih državah sprejeti ukrepi za omejitev neposredne dosegljivosti „dovoljenih drog“ z zaprtjem trgovin, v katerih je bilo mogoče kupiti te proizvode. Na voljo so podatki iz raziskave o uporabi mefedrona za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2013–2014) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba te droge med mladimi, starimi od 16 do 24 let, v zadnjem letu 1,9-odstotna; ta delež je nespremenjen v primerjavi s prejšnjim letom, vendar se je zmanjšal s 4,4 % iz obdobja 2010–2011, ko nadzorni ukrepi še niso bili uvedeni.

O vbrizgavanju sintetičnih katinonov, ki sicer ni razširjen pojav, se še naprej poroča v nekaterih posebnih populacijah, vključno z injicirajočimi uporabniki opioidov, uporabniki storitev zdravljenja zaradi odvisnosti od drog v nekaterih državah 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 Združenem kraljestvu (Angliji) se je število uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so poročali o uporabi mefedrona, v obdobju od 2011–2012 do 2012–2013 povečalo z 900 na 1 630, v obdobju 2013–2014 pa se je njihovo število ustalilo pri 1 641.

SLIKA 2.9

Nacionalne ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov v zadnjem letu: trendi (levo) in najnovejši podatki (desno)

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

Povprečna letna razširjenost zelo tvegane uporabe opioidov med odraslimi (15–64 let) je ocenjena na približno 0,4 % (4 primeri na 1 000 prebivalcev), kar je 1,3 milijona problematičnih uporabnikov opioidov v Evropi v letu 2013. Ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov se med državami razlikujejo, in sicer se gibljejo od manj kot enega do približno osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Deset držav ima ponavljajoče se ocene zelo tvegane uporabe opioidov med letoma 2006 in 2013, ki kažejo razmeroma ustaljene trende (slika 2.9).

Uporabniki, ki kot primarno drogo uporabljajo opioide, zlasti heroin, predstavljajo 41 % vseh uporabnikov drog, ki so se v letu 2013 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti v Evropi (175 000 uporabnikov), in 20 % uporabnikov, ki so se v zdravljenje vključili prvič (31 000 uporabnikov). Število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje odvisnosti od heroina, se je več kot razpolovilo. Leta 2007 jih je bilo največ, 59 000, nato pa se je njihovo število več kot razpolovilo, in sicer na 23 000 v letu 2013. Na splošno se zdi verjetno, da je število novih

uporabnikov heroina upadlo in da to zdaj vpliva na povpraševanje po zdravljenju.

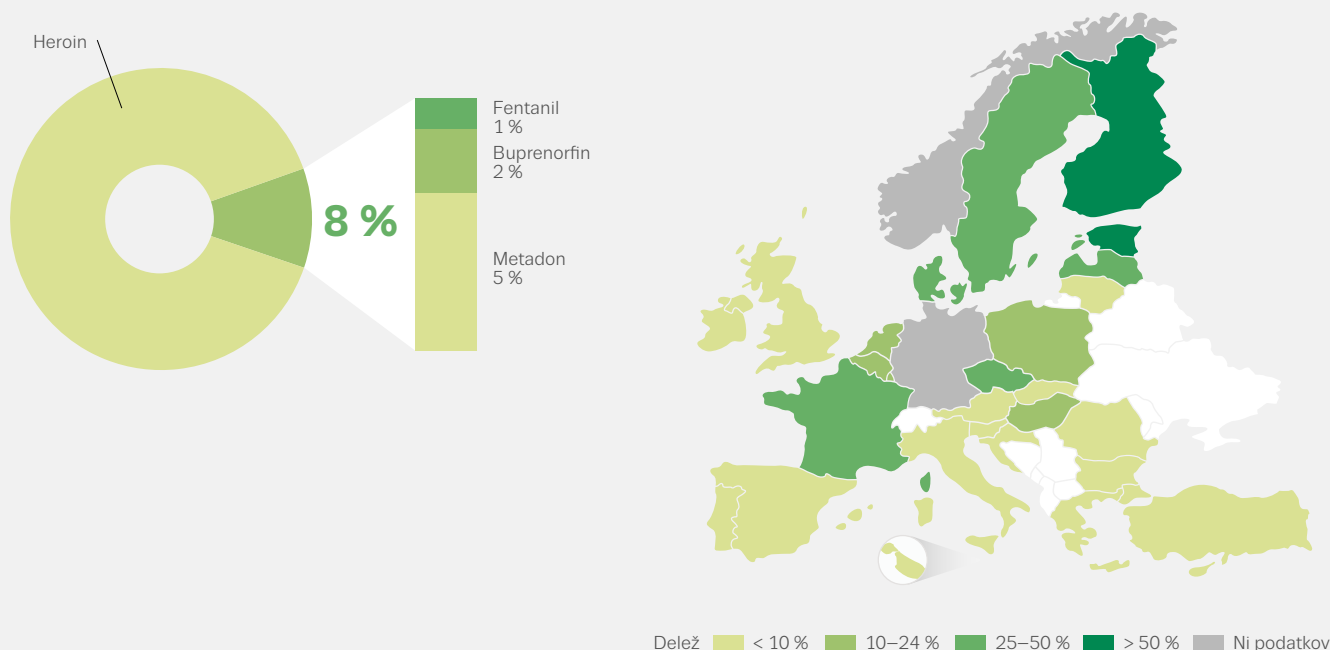
Opioidi razen heroina: razlog za vse večjo zaskrbljenost

V malo več kot tretjini (11) evropskih držav se je več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki so se v letu 2013 prvič vključili v specialistično zdravljenje, zdravilo zaradi težav, povezanih predvsem z drugimi opioidi (slika 2.10). Te snovi vključujejo metadon, buprenorfin in fentanil. Na splošno je zlorabljen metadon najpogostejše naveden opioid, razen heroina, sledi mu buprenorfin; ti drogi pomenita 60 oziroma 30 % vseh povpraševanj po zdravljenju pri uporabnikih, ki so primarni uporabniki drugih opioidov. V nekaterih državah je uporaba drugih opioidov najpogostejša oblika problematične uporabe opioidov. Tako je na primer v Estoniji večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti in so kot primarno drogo navedli opioid, uporabljala prepovedani fentanil, na Finskem pa so osebe, ki so se vključile v zdravljenje, večinoma primarni uporabniki buprenorfinu.

Glavni opioid, ki se uporablja v Evropi, je heroin

SLIKA 2.10

Uporabniki, ki se začnejo zdraviti in so kot primarno drogo navedli opioide: po vrsti opioida (levo) in deležu uporabnikov, ki so navedli druge opioide kot heroin (desno)



Rizični uporabniki opioidov: starajoča se populacija

V zvezi z uporabniki opioidov, ki se začnejo zdraviti, sta razvidna dva trenda: njihovo število upada, povprečna starost pa narašča (slika 2.11). Med letoma 2006 in 2013 se je povprečna starost uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi težav z opiodi, povišala za pet let. V istem obdobju se povprečna starost pri smrtnih primerih zaradi drog (ki so povezani predvsem z opiodi) zvišala s 33 na 37 let. Številni problematični uporabniki opioidov v Evropi, ki dolgotrajno hkrati uporabljajo več drog, so zdaj stari 40 ali 50 let. Zaradi slabega zdravja v preteklosti, neustreznih življenjskih razmer, kajenja in uporabe alkohola ter s starostjo povezanega slabšanja imunskega sistema so ti uporabniki dovzetni za različne kronične zdravstvene težave, med drugim kardiovaskularne težave in težave s pljuči, ki se pojavijo zaradi kronične uporabe tobaka in vbrizgavanja drog. Dolgotrajni uporabniki heroina poročajo tudi o kroničnih bolečinah, zaradi okužbe z virusom hepatitisa pa so lahko izpostavljeni večjemu tveganju za nastanek ciroze in drugih težav z jetri. Pri teh uporabnikih skupni učinki hkratne uporabe več drog, prevelikih odmerkov in okužb skozi dolga leta pospešijo telesno staranje, kar ima čedalje hujše posledice za službe za zdravljenje odvisnosti in zagotavljanje socialne podpore.

SLIKA 2.11

Trendi glede starostne strukture uporabnikov, ki se začnejo zdraviti, po primarni drogi v letih 2006 in 2013



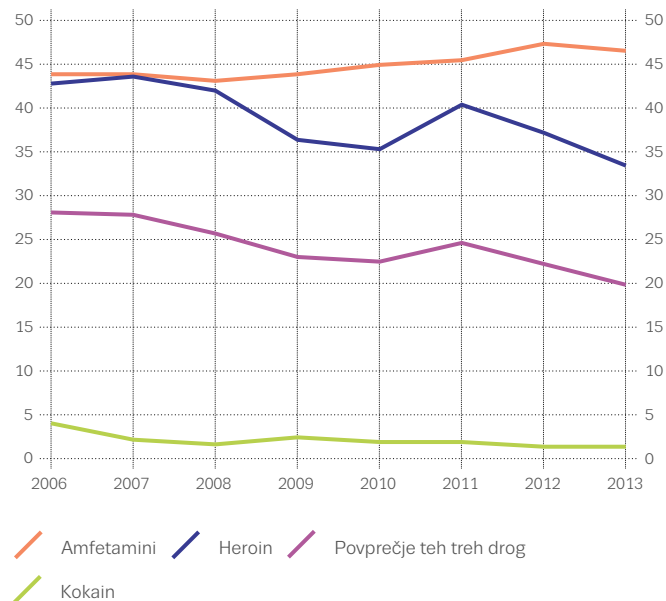
SLIKA 2.12

Vbrizgavanje drog: dolgoročno upadanje

Injicirajoči uporabniki drog so med tistimi, ki so zaradi uporabe drog najbolj izpostavljeni tveganju za nastanek zdravstvenih težav, vključno z okužbami, ki se prenašajo s krvjo, ali smrti zaradi prevelikega odmerka. Vbrizgavanje se najpogosteje povezuje z uporabo opioidov, v nekaj državah pa je velika težava vbrizgavanje amfetaminov. Novejše ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem, ki so na voljo za 14 držav, se gibljejo od manj kot enega primera do več kot devetih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let.

Med uporabniki, ki so se prvič vključili v specialistično zdravljenje in so kot primarno drogo navedli amfetamine, jih 46 % poroča o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe droge, pri čemer je splošni trend ustaljen (slika 2.12). Vsako leto o več kot 70 % teh uporabnikov poroča Češka republika, kjer se njihovo število povečuje. Vbrizgavanje kot glavni načini uporabe droge med novimi uporabniki amfetaminov se v preostalih evropskih državah zmanjšuje. Med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot primarno drogo navedli heroin, jih je 33 % poročalo o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 43-odstotnim deležem leta 2006. Ravni vbrizgavanja med uporabniki heroina se med državami razlikujejo, in sicer od manj kot 8 % na Nizozemskem do 100 % v Litvi. Če tri glavne

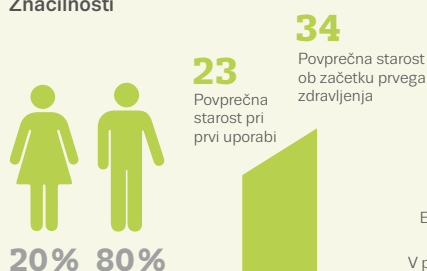
Uporabniki, ki se začnejo zdraviti prvič in navajajo vbrizgavanje kot glavni način uporabe primarne droge



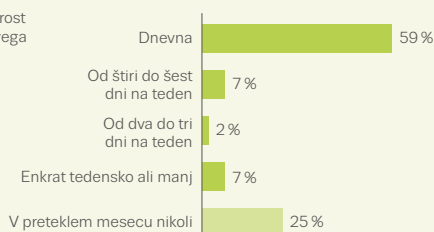
droge, ki se vbrizgavajo, obravnavamo skupaj, se je med uporabniki v Evropi, ki so se začeli zdraviti prvič, vbrizgavanje kot glavni način uporabe droge zmanjšalo z 28 % v letu 2006 na 20 % v letu 2013.

UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



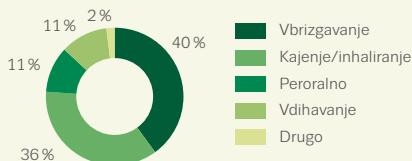
Pogostost uporabe v zadnjem mesecu



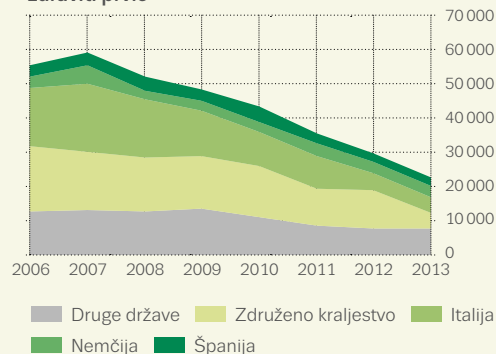
Vir napotitve



Način uporabe



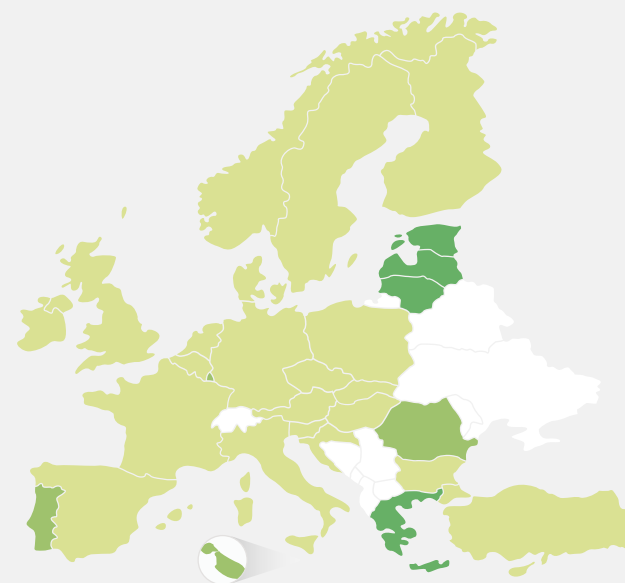
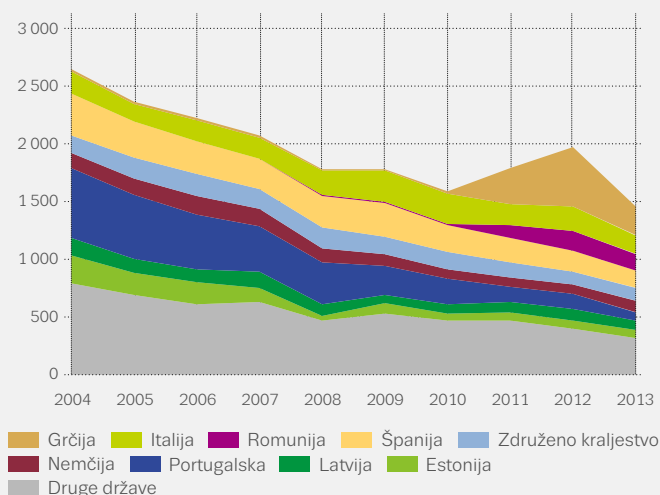
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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. Vir napotitve: „kazensko-pravni sistem“ zajema sodišča, policijo in pogojne kazni; „zdravstveni sistem“ zajema lečeče zdravnike, druge centre za zdravljenje odvisnosti od drog ter zdravstvene, medicinske in socialne službe; „samonapotev“ zajema uporabnika, družino in prijatelje.

SLIKA 2.13

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



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

Opomba: Podatki za leto 2013 (vir: ECDC)

Manj novih primerov okužbe z virusom HIV, ker je Grčija omejila izbruh

Vbrizgavanje drog ima še naprej osrednjo vlogo pri širjenju okužb, ki se prenašajo s krvjo, kot sta virus hepatitisa C (HCV) in v nekaterih državah virus humane imunske pomanjkljivosti (HIV). Med vsemi sporočenimi primeri okužbe z virusom HIV v Evropi, pri katerih je način prenosa okužbe znan, je delež, ki ga je mogoče pripisati uporabi drog z vbrizgavanjem, ostal majhen in nespremenjen (v zadnjem desetletju manj kot 8 %).

Najnovejši podatki kažejo, da se je povečevanje števila novih diagnoz okužbe z virusom HIV v Evropi, ki sta ga povzročila izbruha v Grčiji in Romuniji, ustavilo in da je skupno število v EU upadlo na ravni pred izbruhoma (slika 2.13). Okvirni podatki za leto 2013 kažejo 1 458 na novo sporočenih primerov v primerjavi s 1 974 primeri v letu 2012, kar pomeni preobrnitev naraščajočega trenda, opaženega od leta 2010. Ta upad je v glavnem posledica zmanjšanja v Grčiji, kjer se je število novih primerov v obdobju 2012–2013 več kot razpolovilo, deloma pa tudi zmanjšanja v Romuniji. Čeprav se zdi, da so izbruhi v teh dveh državah dosegli višek, je število novih diagnoz v letu 2013 še naprej vsaj desetkrat večje kot pred izbruhoma leta 2010.

V letu 2013 je bila povprečna stopnja sporočenih novih diagnoz okužbe z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi

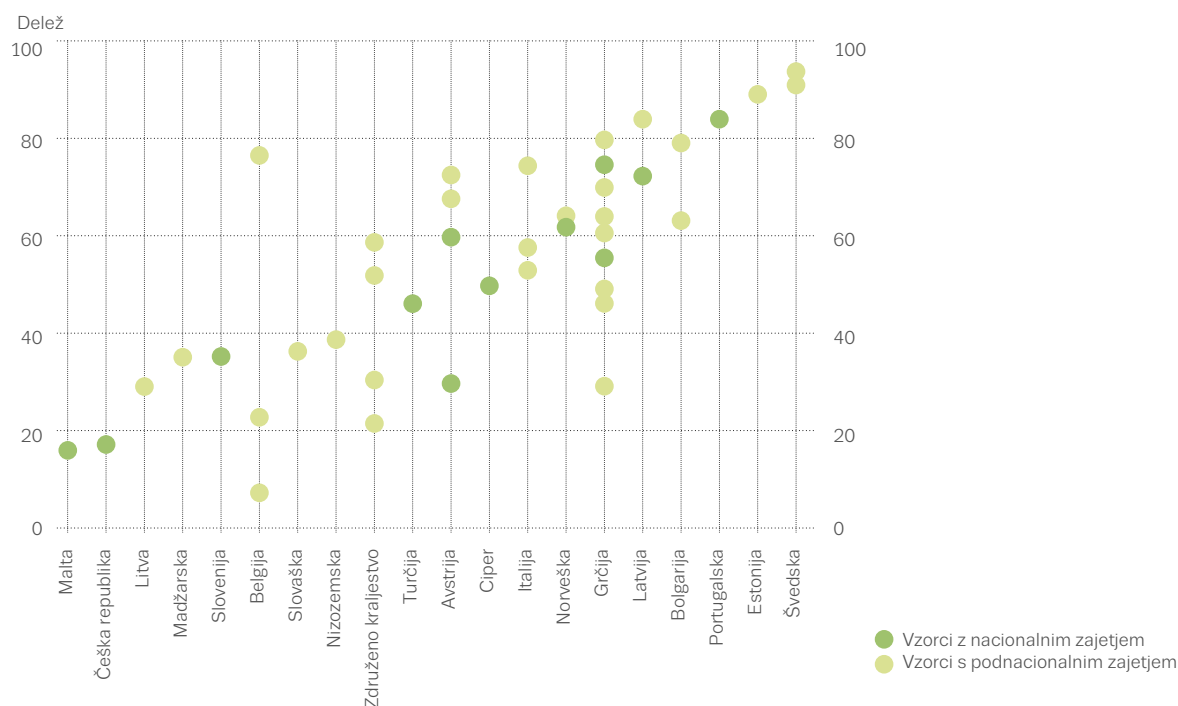
drog z vbrizgavanjem, 2,5 primera na milijon prebivalcev, pri čemer so bile stopnje za tri baltske države od osem- do dvaindvajsetkrat višje od povprečja EU. V drugih državah, ki so v preteklosti imele obdobja z visokimi ravnmi okužbe, kot sta Španija in Portugalska, ravni na novo sporočenih diagnoz še naprej upadajo.

Zgodnja prepoznavna bolezni in takojšnje ustrezno zdravljenje sta pomembna za preprečevanje napredovanja okužbe z virusom HIV v aids. Leta 2013 je bilo v Evropi prijavljenih 769 novih primerov aidsa, ki jih je mogoče pripisati uporabi drog z vbrizgavanjem. Razmeroma veliko novih diagnoz v Bolgariji, Latviji, Grčiji in Romuniji kaže, da je treba v teh državah okrepiti ukrepe za preprečevanje aidsa in zdravljenje okužb z virusom HIV.

Umrljivost, povezana z virusom HIV, je ena od najbolj dokumentiranih posrednih vzrokov 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 oseb, to število pa se z leti zmanjšuje.

SLIKA 2.14

Razširjenost protiteles HCV med injicirajočimi uporabniki drog v obdobju 2012–2013



Hepatitis in druge okužbe, povezane z uporabo drog

Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. To ima lahko pomembne dolgoročne posledice, saj je okužba z virusom HCV, ki jo pogosto poslabša čezmerno uživanje alkohola, verjetno razlog za naraščajoče število primerov ciroze, raka jeter in smrtnih primerov med injicirajočimi uporabniki drog.

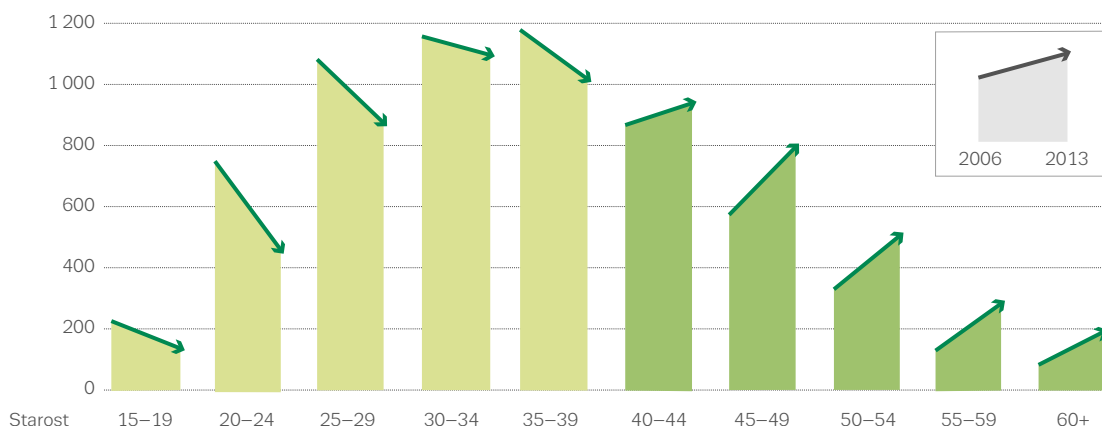
Ravni protiteles HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog so se v letih 2012 in 2013 gibale od 14 do 84 %. Pet od desetih držav z nacionalnimi podatki je poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (slika 2.14). Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2006–2013 je o zmanjševanju razširjenosti HCV med injicirajočimi uporabniki drog poročala le Norveška, šest drugih držav pa je ugotovilo povečanje.

Uporaba drog je lahko dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, vključno s hepatitisom A in B, spolno prenosljivimi boleznimi, tuberkulozo, tetanusom in botulizmom. Občasno se v Evropi poroča tudi o primerih botulizma ran med injicirajočimi uporabniki drog. Norveška je med septembrom in novembrom 2013 poročala o šestih potrjenih primerih. Decembra 2014 sta bili opredeljeni dve skupini primerov botulizma ran, in sicer na Norveškem in Škotskem, v zvezi s katerima je v letu 2015 potekala preiskava.

SLIKA 2.15

Število smrtnih primerov zaradi drog po starostni skupini v letih 2006 in 2013

Število smrtnih primerov



Z drogami povezani smrtni primeri

Uporaba drog je eden od glavnih vzrokov izogibljive umrljivosti med mladimi v Evropi, tako neposredno zaradi prevelikega odmerka (smrtni primeri zaradi drog) kot posredno zaradi bolezni, povezanih z drogami, ter nesreč, nasilja in samomorov. Večina študij o kohortah problematičnih uporabnikov drog kaže med 1- in 2-odstotne letne ravni umrljivosti, 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 nedavni večmestni študiji, ki jo je opravil center EMCDDA in je vključevala podatke iz devetih evropskih držav, je bilo ugotovljeno, da je večina smrti med problematičnimi uporabniki drog prezgodnja in da bi jih bilo mogoče preprečiti. V vzorcu, ki je zajemal več kot 31 000 udeležencev, je bilo ugotovljenih 2 886 smrtnih primerov, splošna letna stopnja umrljivosti pa je bila 14,2 primera na 1 000 oseb. Vzrok smrti je bil opredeljen za 71 % primerov, polovico teh smrtnih primerov pa so povzročili zunanji vzroki, predvsem prevelik odmerek drog in v manjšem obsegu samomor, drugo polovico pa je mogoče pripisati somatskim vzrokom, vključno z virusom HIV/aidsom ter boleznimi obtočil in dihal.

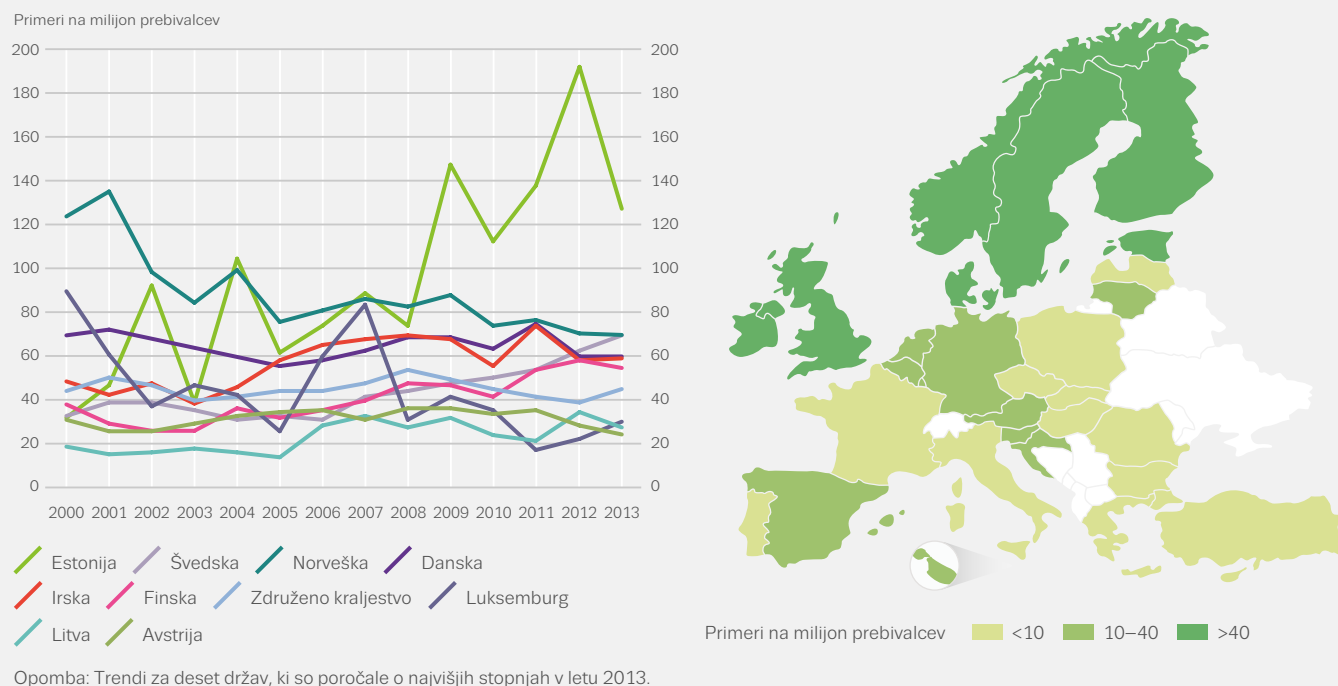
Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: nedavno povečanje njihovega števila v nekaterih državah

Na splošno je prevelik odmerek drog še vedno glavni vzrok smrti med problematičnimi uporabniki drog, pri čemer je več kot tri četrtine žrtev prevelikega odmerka moških (78 %). Čeprav število smrtnih primerov med zelo mladimi pogosto vzbuja zaskrbljenost, se je leta 2013 le 8 % sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropi zgodilo med osebami, starimi manj kot 25 let. Za obdobje med letoma 2006 in 2013 je mogoče ugotoviti, da se število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med mlajšimi uporabniki zmanjšuje, med starejšimi uporabniki pa narašča (slika 2.15). V tem se kaže tudi staranje populacije uporabnikov opioidov v Evropi, pri kateri je tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka drog največje.

Večina držav je poročala o povečevanju števila smrti zaradi prevelikega odmerka od leta 2003 do približno obdobja 2008–2009, ko se je splošna raven najprej umirila in se nato začela zniževati. Podatke o prevelikih odmerkih, zlasti skupne vrednosti za EU, je treba iz več razlogov razlagati previdno, med drugim zaradi sistematičnega neprijavljanja v nekaterih državah in prijavnih postopkov, ki povzročajo zamude pri prijavljanju tako v zvezi s številom primerov kot v zvezi s skupnimi nacionalnimi vrednostmi. Zaradi teh zamud je skupni podatek za EU za zadevno leto začasna vrednost, ki bo popravljena, ko bodo na voljo novi podatki. Ocena EU za leto 2013 je najmanj 6 100 smrtnih primerov, kar je rahlo povečanje glede na popravljeno številko za leto 2012. Še posebno zaskrbljenost pa povzroča dejstvo, da je povečanje razvidno iz najnovejših podatkov iz številnih držav z razmeroma trdnimi sistemi

SLIKA 2.16

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



poročanja, vključno z Nemčijo, Švedsko in Združenim kraljestvom. Povečanje je mogoče opaziti tudi v Turčiji, vendar je morda deloma posledica izboljšane poročanja.

Heroin ali njegovi presnovki so prisotni pri večini prijavljenih prevelikih odmerkov v Evropi, ki se končajo s smrtjo, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi. V Združenem kraljestvu (Angliji) in Turčiji na povečanje števila prijavljenih smrtnih primerov v glavnem vplivajo smrtni primeri, ki so povezani z uporabo heroina. Poleg heroina je v toksikoloških poročilih mogoče pogosto najti druge opioide, kot so metadon, buprenorfin, fentanili in tramadol, te snovi pa se zdaj v nekaterih državah povezujejo s precejšnjim deležem smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka.

Za leto 2013 se povprečna stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 16 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Nacionalne ravni umrljivosti se zelo razlikujejo, nanje pa vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uporabe drog, zlasti vbrizgavanje drog in uporaba opioidov, značilnosti populacije, ki uporablja droge, dosegljivost in čistost drog, poročevalske prakse in zagotavljanje storitev. O stopnji, ki presega 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, je poročalo sedem držav, pri čemer je ta stopnja najvišja v Estoniji (127 na milijon prebivalcev), na Norveškem (70 na milijon prebivalcev) in Švedskem (70 na milijon prebivalcev) (slika 2.16). Čeprav je zaradi

nacionalnih razlik pri šifriranju in poročanju ter morebitnega neprijavljanja države težko primerjati, je analiza trendov skozi čas v posameznih državah koristna. Nedavno je bilo ugotovljeno izboljšanje ravni umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Estoniji, čeprav je zadevna raven še vedno osemkrat višja od povprečja EU. V Estoniji so smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka večinoma povezani z vbrizgavanjem fentanilov, ki so opioidi z zelo močnim učinkom.

Heroin ali njegovi presnovki so prisotni pri večini prijavljenih prevelikih odmerkov v Evropi, ki se končajo s smrtjo

Nove droge: čedalje bolj povezane s težavami in smrtnimi primeri, povezanimi z uporabo drog

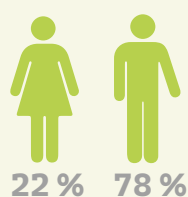
Na splošno je na voljo vedno več dokazov o vlogi, ki jo imajo nove psihoaktivne snovi pri bolnišničnih nujnih primerih in nekaterih smrtnih primerih zaradi drog v Evropi. Leta 2014 je bilo v okviru sistema EU za zgodnje opozarjanje objavljenih 16 opozoril v zvezi z novimi snovmi, ki jih spremlja ta mehanizem, pri čemer se jih je veliko nanašalo na resne neželene dogodke, kot so smrtni primeri. V nedavni analizi, ki jo je opravila Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN), ki spremlja nujne primere na lokacijah v desetih evropskih državah, je bilo ugotovljeno, da je 9 % vseh nujnih primerov, povezanih z drogami, vključevalo nove psihoaktivne snovi, predvsem katinone. Poleg tega je bila v 12 % vseh primerov ugotovljena prisotnost GHB ali GBL, v 2 % pa prisotnost ketamina.

Iz nedavnih poročil o akutnih škodljivih posledicah za zdravje, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi, je razvidno, da lahko uporaba teh snovi v nekaterih okoliščinah povzroči resne posledice za zdravje, vključno s smrtjo. V pregledu iz leta 2015 je bilo navedeno, da so najpogostejši škodljivi učinki za zdravje, povezani s sintetičnimi kanabinoidi, tahikardija, ekstremna razburjenost in halucinacije.

Ocenjevanje toksikološkega pomena katere koli snovi v smrtnih primerih je pogosto zapleteno, predvsem zato, ker je bilo v večini smrtnih primerov zaradi drog zaužitih več snovi. Te težave so izrazitejše pri novih drogah, ki jih je morda težko odkriti in niso vključene v pogosto uporabljena orodja za pregledovanje. Kljub tem omejitvam je na voljo nekaj podatkov. Tako je bila na primer na Madžarskem ugotovljena prisotnost novih psihoaktivnih snovi v približno polovici prijavljenih smrtnih primerov zaradi drog v letu 2013 (14 od 31 primerov), pri čemer so bile v vseh primerih prisotne tudi druge snovi. Prijave se poleg tega zbirajo tudi v okviru sistema za zgodnje opozarjanje kot del ocene tveganja novih drog. Iz teh podatkov je razvidna vloga, ki jo imajo lahko nekatere psihoaktivne snovi pri obolevnosti ali smrtnosti, povezani z uporabo drog: tako je bila na primer prisotnost sintetičnega katinona MDPV, ki je bil prvič odkrit leta 2008, ugotovljena v 99 smrtnih primerih v času ocene njegovega tveganja v letu 2014.

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

Značilnosti



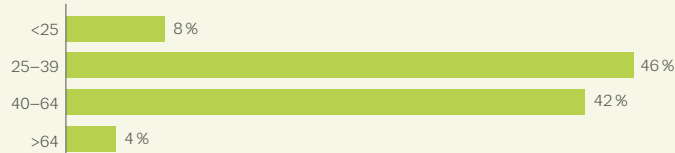
Povprečna
starost ob
smrti

37

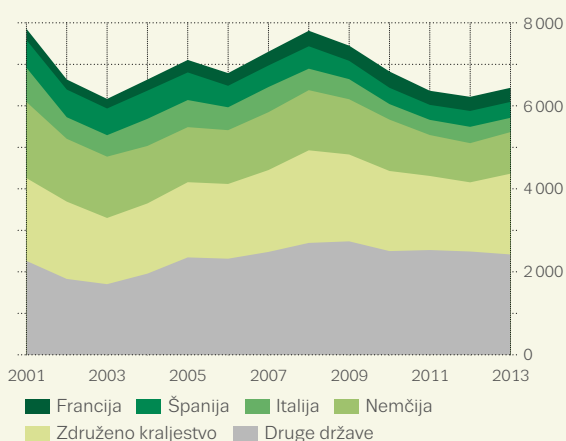
Smrtni primeri, pri
katerih so bili prisotni
opioidi



Starost ob smrti



Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2015

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

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

2014

Injection of cathinones, 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 Poročila 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 politike
in ukrepe za preprečevanje,
zdravljenje in zmanjševanje težav,
povezanih z uporabo drog**

Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog

To poglavje obravnava politike in ukrepe za preprečevanje, zdravljenje in zmanjševanje težav, povezanih z uporabo drog. Glavna pozornost je namenjena opredelitvi obsega, v katerem so države sprejele skupne pristope, pristopov, ki temeljijo na dokazih, in odgovora na vprašanje, ali zagotavljanje storitev ustreza ocenjenim potrebam. Med ključnimi področji politike, ki se spremljajo na evropski ravni, so nacionalne strategije in akcijski načrti za boj proti drogam ter proračunska sredstva in ocenjeni javni izdatki, povezani z drogami.

Spremljanje zdravstvenih in socialnih odzivov

Podatki iz tega poročila, ki so jih zagotovile kontaktne točke in delovna skupina strokovnjakov centra Reitox, so bili dopolnjeni s poročili o povpraševanju po zdravljenju, nadomestnem zdravljenju z opiodi ter programih razdeljevanja injekcijskih igel in brizg. Kjer niso na voljo bolj formalizirani podatkovni nizi, zagotavljajo dodatne informacije o razpoložljivosti storitev ocene strokovnjakov. V tem poglavju so upoštevani tudi pregledi znanstvenih dokazov o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov.

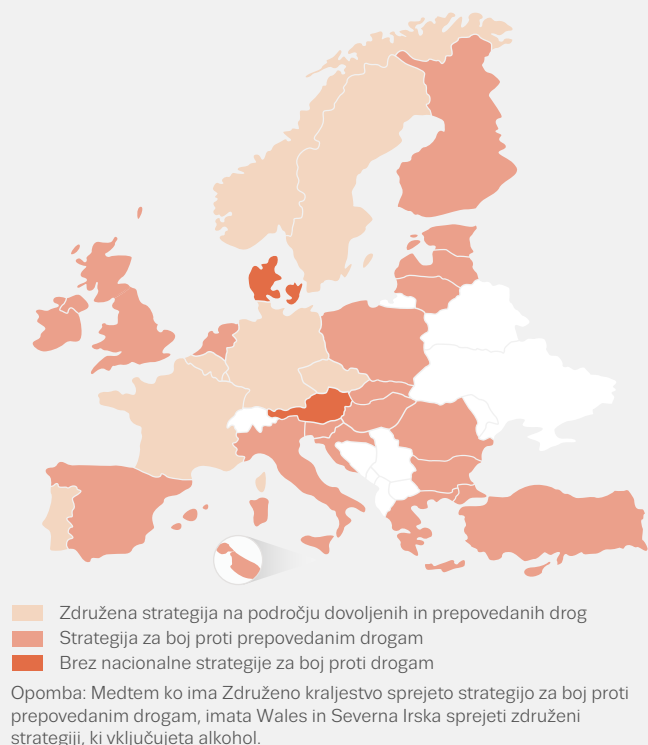
Dodatne informacije je mogoče najti na spletišču EMCDDA v razdelkih Profili zdravstvenih in socialnih odzivov, Statistični bilten, Portal o najboljših praksah ter Evropska politika in zakonodaja na področju drog.

Strategije za boj proti drogam na nacionalni ravni in ravni mest

Evropska strategija za boj proti drogam za obdobje 2013–2020 in spremni akcijski načrti sestavljajo okvir za usklajeno odzivanje na problematiko drog v Evropi. Na državni ravni se to upošteva v nacionalnih strategijah za boj proti drogam, proračunskih okvirih in načrtih. Ti časovno omejeni dokumenti po navadi vsebujejo sklop splošnih načel, ciljev in prednostnih nalog ter določajo ukrepe in odgovorne za njihovo izvajanje. Nacionalno politiko na področju drog imajo zdaj vse države, samo v dveh državah pa ni del nacionalne strategije za boj proti drogam. Izjemi sta Avstrija, kjer je strategija za boj proti drogam vključena v regionalne načrte, in Danska, kjer se to vprašanje obravnava v več dokumentih in ukrepih politike.

SLIKA 3.1

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



Osem držav je sprejelo nacionalne strategije in akcijske načrte, ki zajemajo dovoljene in prepovedane droge (slika 3.1). Številne države so ovrednotile strategije in akcijske načrte za boj proti drogam. Splošni cilj vrednotenja je oceniti spremembe splošnega stanja na področju drog in doseženo raven izvajanja.

V Evropi so mestni organi pogosto pristojni za usklajevanje lokalne politike na področju drog, v nekaterih primerih z namenskimi proračunskimi sredstvi. V številnih državah obstajajo tudi dokumenti za strateško načrtovanje, ki podpirajo izvajanje politike. V nedavni študiji centra EMCDDA je bilo opredeljenih deset glavnih mest z namensko strategijo za boj proti drogam, ki jim je bil v nekaterih primerih priložen akcijski načrt. V nekaterih od njih je bilo pokritih veliko tem, druge pa so bile osredotočene na posebna vprašanja, kot so smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka, uporaba GHB ali težave, povezane z javnimi prostori za uporabo drog. V nekaterih mestih, ki nimajo posebne strategije za boj proti drogam, so bili cilji politike na področju drog vključeni v širše lokalne zdravstvene strategije ali strategije za zmanjšanje števila kaznivih dejanj. V drugih so bila vprašanja v zvezi z drogami zajeta v širše regionalne ali nacionalne dokumente politike.

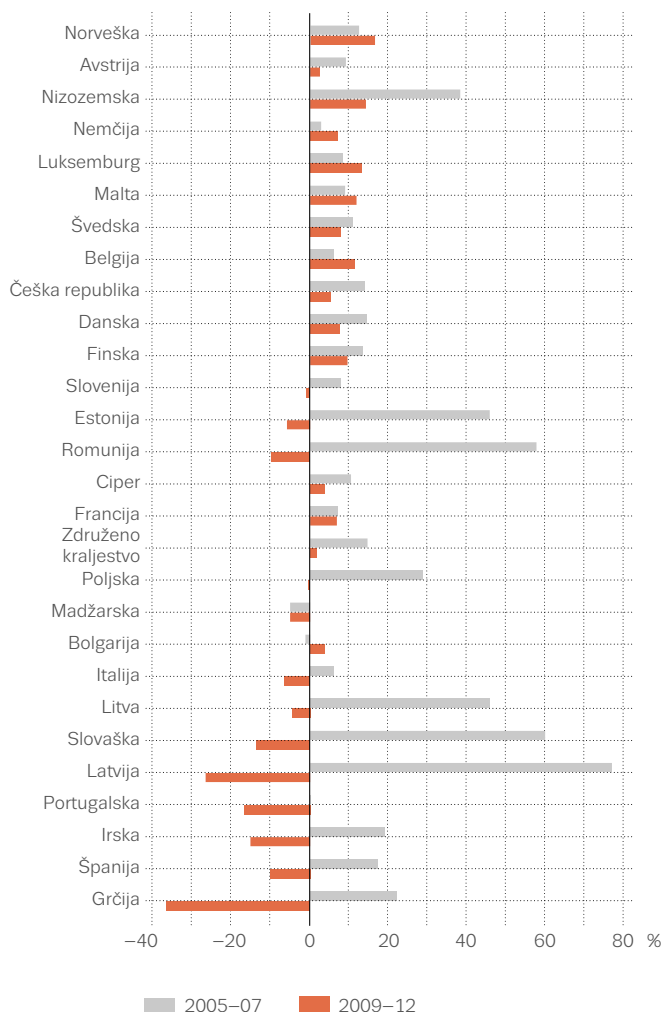
Varčevanje vpliva na financiranje zdravstvenih ukrepov

Razpoložljive informacije o javnih izdatkih, povezanih z drogami, na lokalni in nacionalni ravni v Evropi so še naprej skope in raznovrstne. V zvezi z 18 državami, ki so v zadnjih desetih letih pripravile ocene, se ocenjuje, da javni izdatki, povezani z drogami, pomenijo od 0,01 do 0,5 % bruto domačega proizvoda, pri čemer zdravstveni ukrepi predstavljajo od 24 do 73 % vseh izdatkov, povezanih z drogami. Zaradi razlik v obsegu in kakovosti ocen je javne izdatke, povezane z drogami, med državami težko primerjati.

Gospodarska kriza iz leta 2008 je številne evropske vlade prisilila v sprejetje ukrepov za konsolidacijo javnih financ, ki se pogosto imenujejo varčevalni ukrepi. Stopnja gospodarske recesije, njen vpliv ter časovni okvir in obseg fiskalnih ukrepov so se med državami precej razlikovali. V številnih državah so varčevalni ukrepi povzročili zmanjšanje javne porabe v tistih kategorijah vladne dejavnosti, ki zajemajo glavnino pobud, povezanih z drogami. Iz analize, ki jo je opravil center EMCDDA, je razvidno, da so bili na splošno večji rezi pogostejše izvedeni v zdravstvu kot pa na drugih področjih, kot sta javni red in varnost ali socialno varstvo. Podatki za obdobje 2009–2012 kažejo, da se je v primerjavi z obdobjem 2005–2007 (tj. leti pred recesijo) javna poraba v zdravstvu v večini držav zmanjšala, v številnih državah za več kot deset odstotnih točk, in sicer v stalnih cenah (slika 3.2). Z drogami povezani izdatki za zdravstvo pomenijo le majhen delež skupne javne porabe za zdravstvo (pogosto manj kot 1 %), zato na podlagi teh podatkov ni mogoče neposredno sklepati o trendih financiranja v zvezi z drogami. Kljub temu bo manj sredstev v zdravstvu verjetno negativno vplivalo na pobude, povezane z drogami, pri čemer je iz poročil centra EMCDDA razvidno, da to lahko vpliva zlasti na financiranje raziskav v zvezi z drogami in dejavnosti za preprečevanje uporabe drog.

SLIKA 3.2

Ocenjena kumulativna rast javnih izdatkov za zdravje (2005–2007 in 2009–2012) v stalnih cenah



Vir: Eurostat

Ključni cilj politike je preprečevanje uporabe drog in z njimi povezanih težav med mladimi

Preprečevanje uporabe drog med mladimi

Preprečevanje uporabe drog in z njimi povezanih težav med mladimi je ključni cilj politike in eden od stebrov Evropske strategije za boj proti drogam za obdobje 2013–2020. Preprečevanje uporabe drog zajema najrazličnejše pristope. Okoljske in splošne strategije so usmerjene na celotno prebivalstvo, selektivno preprečevanje je osredotočeno na ranljive skupine, pri katerih je lahko večje tveganje, da bodo imele težave z uporabo drog, indicirano preprečevanje pa je usmerjeno na ogrožene posameznike. V zadnjem desetletju se je povečala razpoložljivost standardov kakovosti, ki lahko podpirajo izvajanje ukrepov in najboljše prakse. Evropski projekt standardov kakovosti pri preprečevanju uporabe drog zagotavlja nabore orodij za podporo izvajanju standardov na tem področju.

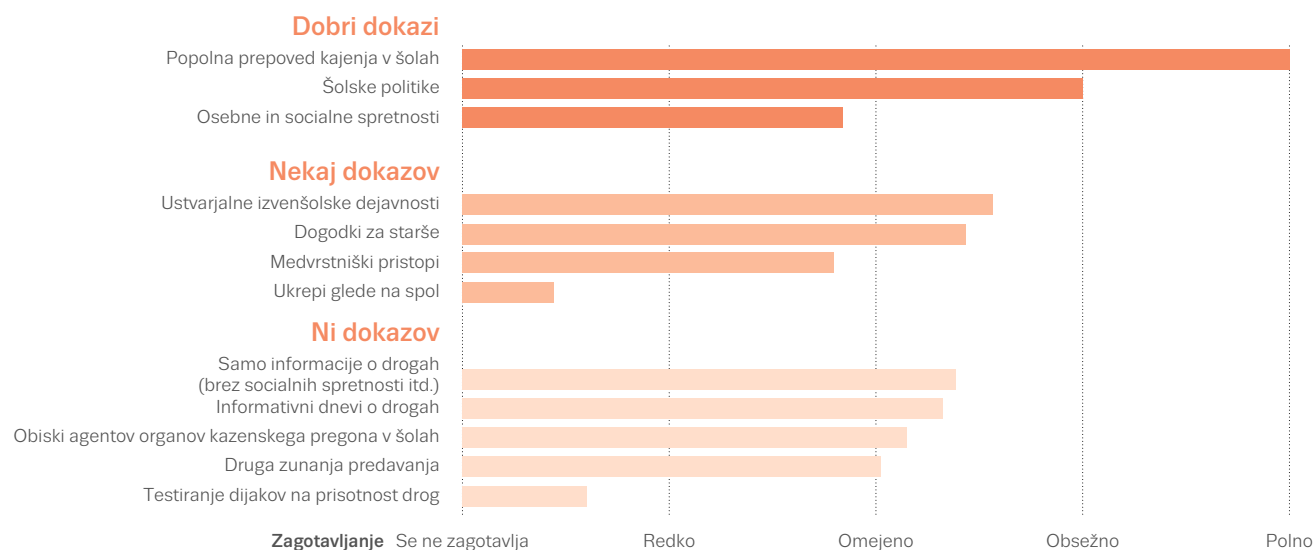
Na voljo so razmeroma trdni dokazi v zvezi z nekaterimi pristopi preprečevanja, ki jih je mogoče izvajati v šolah. Države poročajo o obsežnem izvajanju prepovedi kajenja v šolah in šolskih politik na področju drog, ki sta z dokazi podprta pristopa, prav tako pa se poroča o dokaj veliki razpoložljivosti pristopov preprečevanja, ki temeljijo le na zagotavljanju informacij (slika 3.3). Zagotavljanje informacij v zvezi z zdravjem je morda pomembno z vidika izobrazbe, vendar je na voljo malo dokazov, da je s tovrstno preventivo mogoče odvrti od uporabe drog v prihodnosti.

V nekaterih šolah se uporabljajo pristopi zgodnjega odkrivanja in ukrepanja, ki pogosto temeljijo na zagotavljanju svetovanja mladim uporabnikom drog. Pozitivno ovrednoten je bil neki kanadski program (Preventure), usmerjen na mlade uporabnike alkohola, željne dogodivščin; program je bil prilagojen za uporabo v Češki republiki, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu.

V zvezi z zagotavljanjem ukrepov preprečevanja posebnim ranljivim skupinam se poroča, da so med najbolj razširjenimi pristopi tisti, ki so usmerjeni na družine, v katerih so prisotne težave z zlorabo substanc, ukrepi za dijake s socialnimi in učnimi težavami ter ukrepi za mlade prestopnike. Omembe vreden program, usmerjen na mlade prestopnike, je FreD, nabor ukrepov, ki temelji na priročniku in se izvaja v 15 državah članicah EU. Pri vrednotenjih tega programa se je pokazalo znižanje ravni povratništva.

SLIKA 3.3

Ukrepi v šolah za preprečevanje uporabe snovi: zagotavljanje in dokazi o učinkovitosti (evropska povprečja temeljijo na ocenah strokovnjakov za leto 2013)



Opomba: Poročila o dokazih temeljijo na portalu o najboljših praksah centra EMCDDA in standardih urada UNODC o dokazih.

Nove droge in novi izzivi

V evropskih državah so bili začetni odzivi na pojav novih psihoaktivnih snovi predvsem regulativni in usmerjeni na preprečevanje njihove ponudbe z zakonodajnimi instrumenti. Vendar se čedalje več pozornosti namenja razvoju usmerjenih dejavnosti izobraževanja in preprečevanja ter dejavnostim usposabljanja in ozaveščanja za strokovnjake. Poleg tega službe, ki delujejo na prizoriščih nočnega življenja in v sprostitvenih okoljih, svoj odziv na nove snovi vse bolj vključujejo v uveljavljene pristope. Svetovni splet je prav tako čedalje pomembnejše okolje za zagotavljanje informacij in svetovanje. Novost je uporaba ukrepov „spletne pomoči“ za doseganje novih ciljnih skupin. To na primer vključuje pobude pod vodstvom uporabnikov drog, kot so forumi in blogi, v okviru katerih se zagotavljajo informacije in nasveti za zaščito uporabnikov. Ti ukrepi so bili v nekaj primerih povezani s testiranjem droge in preverjanjem tablet, rezultati in sporočila za zmanjševanje škode pa so se razširjali po spletu.

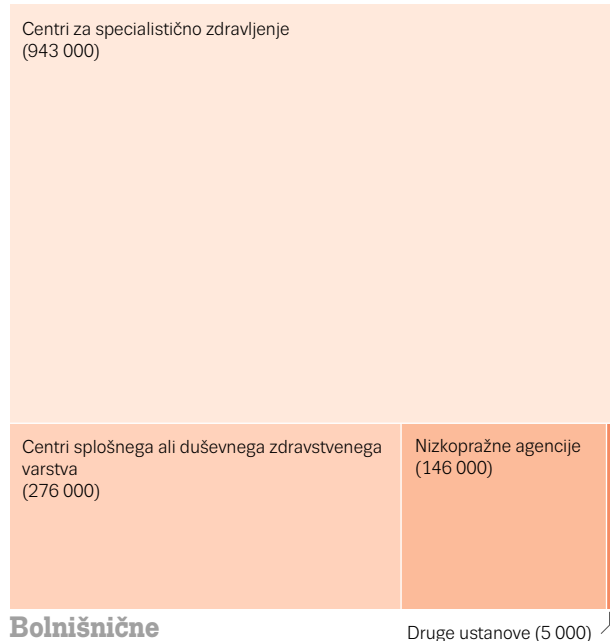
Trenutno se nove psihoaktivne snovi v Evropi ne povezujejo z večjim povpraševanjem po specialističnem zdravljenju, čeprav se tovrstne storitve v nekaterih državah razvijajo. Nove droge se po državah različno pojavijo, te razlike pa se kažejo v nacionalnih odzivih. Na Madžarskem in v Romuniji, kjer se poroča o vbrizgavanju katinonov, imajo pomembno vlogo programi zamenjave injekcijskih igel in brizg. V Združenem kraljestvu, kjer se poroča o veliki uporabi mefedrona, se s to skupino uporabnikov ukvarjajo „klinike za klubske droge“, razvijajo se tudi smernice za zdravljenje.

Svetovni splet je čedalje pomembnejše okolje za zagotavljanje informacij in svetovanje

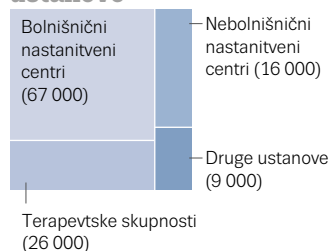
SLIKA 3.4

Število uporabnikov v Evropi, ki so se leta 2013 zdravili zaradi odvisnosti od drog, po ustanovi

Izvenbolnišnične ustanove



Bolnišnične ustanove

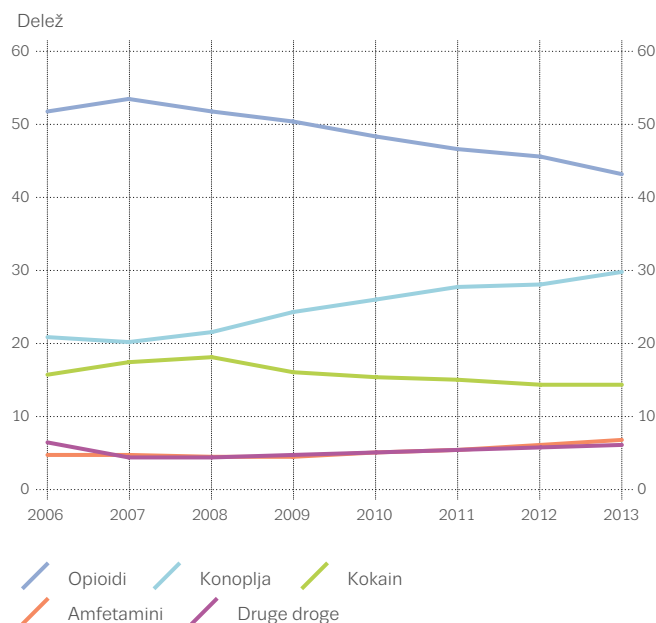


Zdravljenje odvisnosti od drog večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah

Zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, pri čemer so specialistični izvenbolnišnični centri najpogostejše izvajalci zdravljenja v smislu doseženih uporabnikov drog. Sledijo jim centri splošnega zdravstvenega varstva (slika 3.4). Ti vključujejo splošne zdravniške ambulante, ki so predpisovalci nadomestnega zdravljenja z opiodi v nekaterih velikih državah, kot sta Nemčija in Francija. V Evropi velik delež zdravljenja odvisnosti poteka tudi v bolnišničnih ustanovah, kot so bolnišnični nastanitveni centri (npr. psihiatrične bolnišnice), terapevtske skupnosti in specialistični nastanitveni centri za zdravljenje. Relativni pomen izvenbolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja v nacionalnih sistemih zdravljenja se med državami zelo razlikuje. Poleg tega imajo številne države nizkopražne službe, in čeprav številne od njih ne zagotavljajo strukturiranega zdravljenja, se te agencije v nekaterih državah, na primer v Franciji in Češki republiki, štejejo za sestavni del nacionalnega sistema zdravljenja.

SLIKA 3.5

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



Ocenjuje se, da se je v Evropi v letu 2013 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo 1,6 milijona ljudi (1,4 milijona v Evropski uniji). Ta številka je za 0,3 milijona višja od ocene za leto 2012. Zvišanje je deloma posledica izboljšanih poročevalskih metod in novih podatkov, predvsem prišteti 200 000 uporabnikov iz Turčije, ki so vključeni v izvenbolnišnično zdravljenje.

Podatki, pridobljeni pri spremljanju začetka zdravljenja, kažejo, da so uporabniki opiodov največja skupina uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje, uporabniki konoplje in kokaina pa so druga in tretja največja skupina (slika 3.5). Pri zdravljenju teh uporabnikov se največ uporabljajo psihosocialni ukrepi.

Zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah

SLIKA 3.6

Nadomestno zdravljenje z opiodi: najpogostejša vrsta zdravljenja, vendar se njegov obseg zmanjšuje

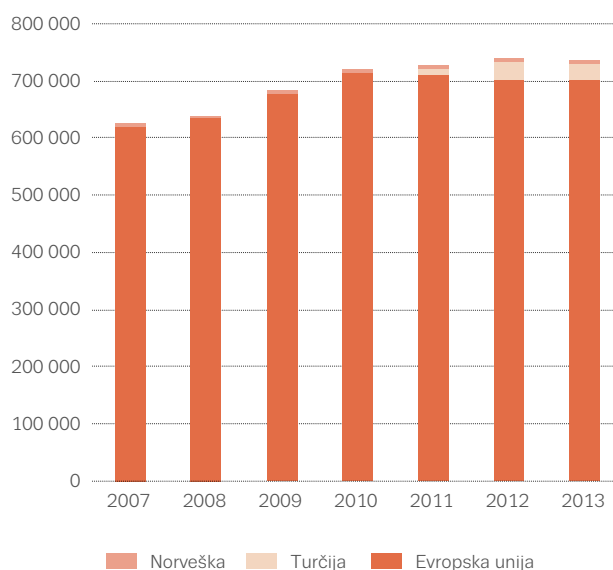
Uporabniki opiodov so največja skupina uporabnikov, vključena v specialistično zdravljenje v Evropi. Zanje se porabi največji delež razpoložljivih sredstev za zdravljenje. Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opiodov je nadomestno zdravljenje, običajno v kombinaciji s psihosocialno oskrbo. Učinkovitost tega pristopa potrjujejo razpoložljivi dokazi, pozitivni izidi pa so bili ugotovljeni v zvezi z vztrajanjem pri zdravljenju, manjšo nezakonito uporabo opiodov, sporočenim tveganim vedenjem ter manj težavami in manjšo smrtnostjo, povezano z uporabo drog.

Metadon je najpogostejše predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi, ki ga prejema več kot dve tretjini (69 %) uporabnikov na nadomestnem zdravljenju. Nadaljnjih 28 % uporabnikov se zdravi z buprenorfinom, ki je glavno nadomestno zdravilo v šestih državah. Druge snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetilmorfin (heroin), se v Evropi predpisujejo le redko in jih po ocenah prejema približno 3 % uporabnikov na nadomestnem zdravljenju.

Ocenjuje se, da je bilo leta 2013 v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji vključenih 700 000 uporabnikov opiodov. Od leta 2011 se njihovo število rahlo zmanjšuje (slika 3.6). Med letoma 2010 in 2013 je bilo mogoče največje relativno zmanjšanje ugotoviti v Češki republiki (41 % na podlagi ocen), na Cipru (39 %) in v Romuniji (36 %). V istem časovnem obdobju je bilo največje relativno povečanje evidentirano na Poljskem (80 %), in sicer glede na nizko izhodiščno številko, in v Grčiji (59 %). Če se upoštevajo podatki iz Turčije in Norveške, se ocenjeno število uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v letu 2013 povzpne na 737 000.

Uporabniki opiodov so največja skupina uporabnikov, vključenih v specialistično zdravljenje v Evropi

Trendi števila uporabnikov na nadomestnem zdravljenju z opiodi



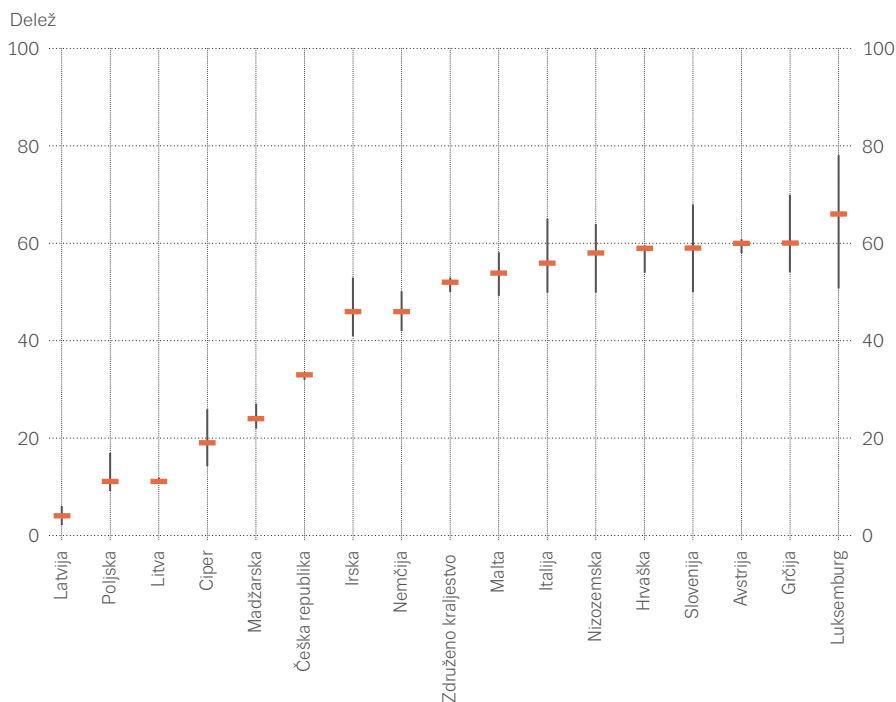
Več kot polovica uporabnikov opiodov je vključena v nadomestno zdravljenje

Ocenjuje se, da je razširjenost nadomestnega zdravljenja z opiodi – delež tistih, ki potrebujejo zdravljenje in so vanj vključeni – med problematičnimi uporabniki opiodov 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 opiodov v stiku s službami za zdravljenje odvisnosti. Na nacionalni ravni pa so še vedno velike razlike v stopnji razširjenosti, pri čemer o najnižjih ocenah (približno 10 % ali manj) poročajo Latvija, Poljska in Litva (slika 3.7).

V vseh evropskih državah so na voljo tudi druge oblike zdravljenja za uporabnike opiodov, vendar so te manj pogoste. V desetih državah, ki so zagotovile dovolj podatkov, se pristopi k zdravljenju, ki ne vključujejo nadomestnega zdravljenja, na splošno uporabljajo pri od 4 do 71 % vseh problematičnih uporabnikov opiodov na zdravljenju.

SLIKA 3.7

Delež problematičnih uporabnikov opioidov na nadomestnem zdravljenju (ocena)



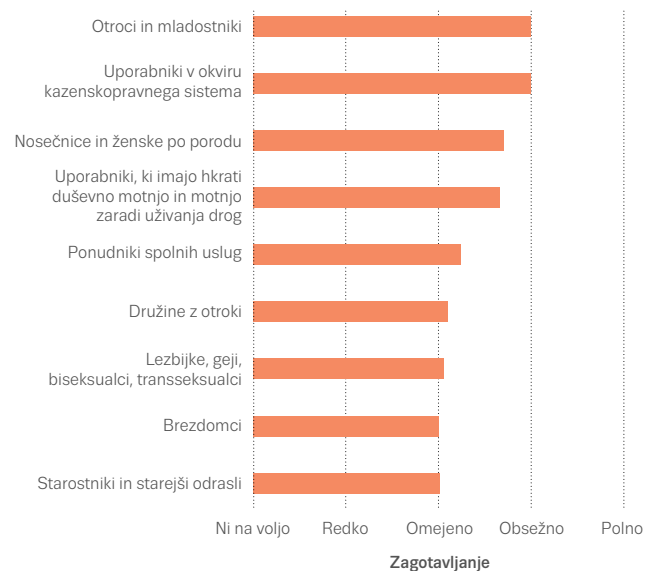
Opomba: Podatki so prikazani kot ocenjene vrednosti in intervali negotovosti.

SLIKA 3.8

Odzivanje na raznovrstne potrebe z usmerjenimi ukrepi

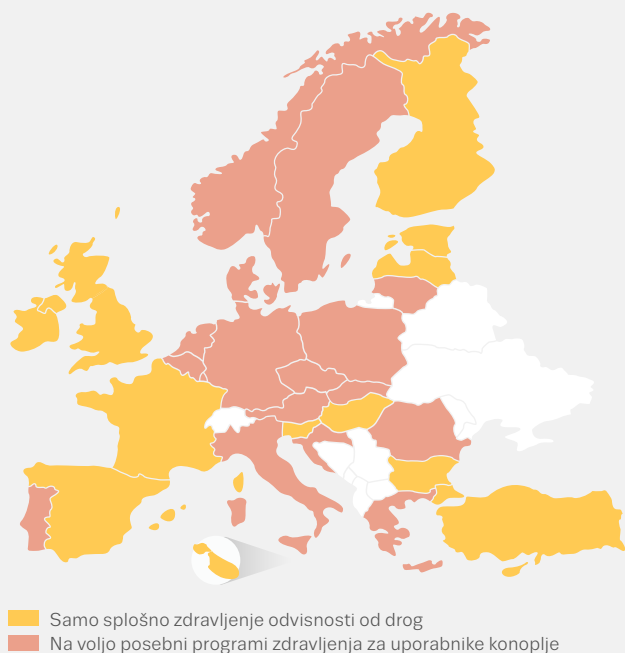
Usmerjeni ukrepi lahko lajšajo dostop do zdravljenja in zagotavljajo, da se zadovoljujejo potrebe različnih skupin uporabnikov. Razpoložljive informacije kažejo, da je tovrstni pristop trenutno najpogostejše na voljo mladim uporabnikom drog, uporabnikom, napotenim v okviru kazenskopravnega sistema, in nosečnicam (slika 3.8). Manj pogosto so bili na voljo usmerjeni programi za brezdomne uporabnike drog, starejše uporabnike drog ter uporabnike drog, ki so lezbijke, geji, biseksualci in transseksualci, čeprav številne države poročajo o potrebi po zagotavljanju tovrstnih programov.

Razpoložljivost programov zdravljenja odvisnosti od drog za ciljne skupine v Evropi (ocene strokovnjakov za leto 2013)



SLIKA 3.9

Razpoložljivost programov specialističnega zdravljenja za uporabnike konoplje v evropskih državah



Posebni programi zdravljenja za uporabnike konoplje so na voljo v polovici držav

Zagotavljanje posebnih programov zdravljenja za uporabnike konoplje v Evropi se povečuje. O njihovi razpoložljivosti zdaj poroča polovica držav. V drugih se zdravljenje odvisnosti od konoplje izvaja s splošnimi programi zdravljenja odvisnosti od drog (slika 3.9). Storitve za uporabnike konoplje so lahko raznovrstne in segajo od kratkotrajnih ukrepov, ki se izvajajo po spletu, do dolgoročnega terapevtskega zdravljenja v specialističnih centrih. Čeprav večji del zdravljenja za pripadnike te skupine poteka v skupnostih ali izvenbolnišničnih ustanovah, to ne velja vedno, pri čemer približno vsak peti uporabnik drog, ki se vključi v specialistično bolnišnično zdravljenje odvisnosti, navaja uporabo konoplje kot primarne droge.

Pri zdravljenju težav s konopljo se uporabljajo psihosocialni pristopi, in sicer se družinski ukrepi pogosto uporabljajo za mladostnike, kognitivno-vedenjski ukrepi pa za odrasle. Razpoložljivi dokazi podpirajo uporabo kombinacije kognitivno-vedenjske terapije, motivacijskih razgovorov in pristopov za obvladovanje nepredvidenih okoliščin. Poleg tega so na voljo nekateri dokazi, ki podpirajo uporabo večdimenzionalne družinske terapije za mlade uporabnike konoplje.

Za vse uporabnike konoplje sta se s spletnimi ukrepi povečala tudi doseg in geografska pokritost programov zdravljenja. Ti ukrepi ponujajo nov način za pritegnitev oseb, ki imajo težave z drogami, in lahko dosežejo nekatere skupine uporabnikov, ki trenutno niso v stiku s specialističnimi službami za zdravljenje odvisnosti od drog.

Prilagajanje zdravljenja za starajoče se uporabnike drog

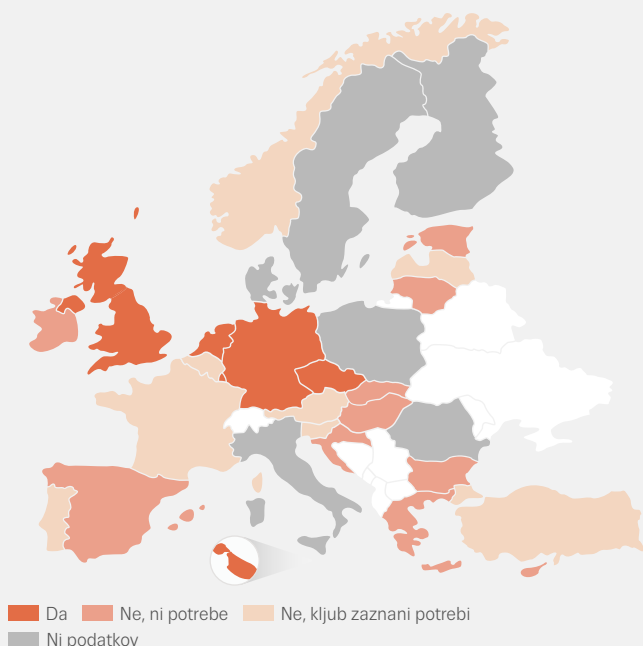
Zaradi demografskih trendov med evropsko populacijo problematičnih uporabnikov drog se postavljajo pomembna vprašanja o primernosti ukrepov za zdravljenje odvisnosti od drog za starajoče se uporabnike. Uporabniki, stari več kot 40 let, bodo kmalu pomenili večino problematičnih uporabnikov opioidov, ki se zdravijo. Poleg zdravstvenih težav, povezanih z drogami, jih vse bolj pestijo tudi zdravstvene težave, povezane s staranjem, ki so pogosto še hujše zaradi njihovega načina življenja. Potrebne so klinične smernice, v katerih se upoštevajo demografske spremembe med evropskimi problematičnimi uporabniki opioidov. To bo podpiralo učinkovito klinično prakso, saj so vprašanja v zvezi z medsebojnim vplivom drog, načini uporabe, odmerki, ki jih uporabniki odnesejo domov, in blaženjem bolečin, vedno bolj zapletena in vedno pomembnejša.

Malo držav poroča o razpoložljivosti usmerjenih programov za starejše uporabnike drog. Ta skupina uporabnikov je na splošno vključena v obstoječe storitve zdravljenja odvisnosti od drog (glej sliko 3.10), pri čemer sta Nemčija in Nizozemska ustanovili domove za ostarele, ki zadovoljujejo potrebe starejših uporabnikov drog. V prihodnje bo treba spremeniti in razviti programe zdravljenja odvisnosti od drog in oskrbe ter tako zagotoviti, da bo ta starajoča se kohorta uporabnikov drog prejela ustrezno raven oskrbe. To bo verjetno zahtevalo usposabljanje osebja in spremembe v zagotavljanju oskrbe. Ker je to skupina uporabnikov, za katero sta značilni razmeroma slaba vključenost v splošni zdravstveni sistem in nizka stopnja vztrajanja pri zdravljenju okužb, povezanih z drogami, je očiten pomen večdisciplinarnega pristopa, ki se nadaljuje tudi po končnem zdravljenju odvisnosti.

O razpoložljivosti usmerjenih programov za starejše uporabnike drog poroča malo držav

SLIKA 3.10

Razpoložljivost usmerjenih programov za starejše uporabnike drog
(ocene strokovnjakov za leto 2013)



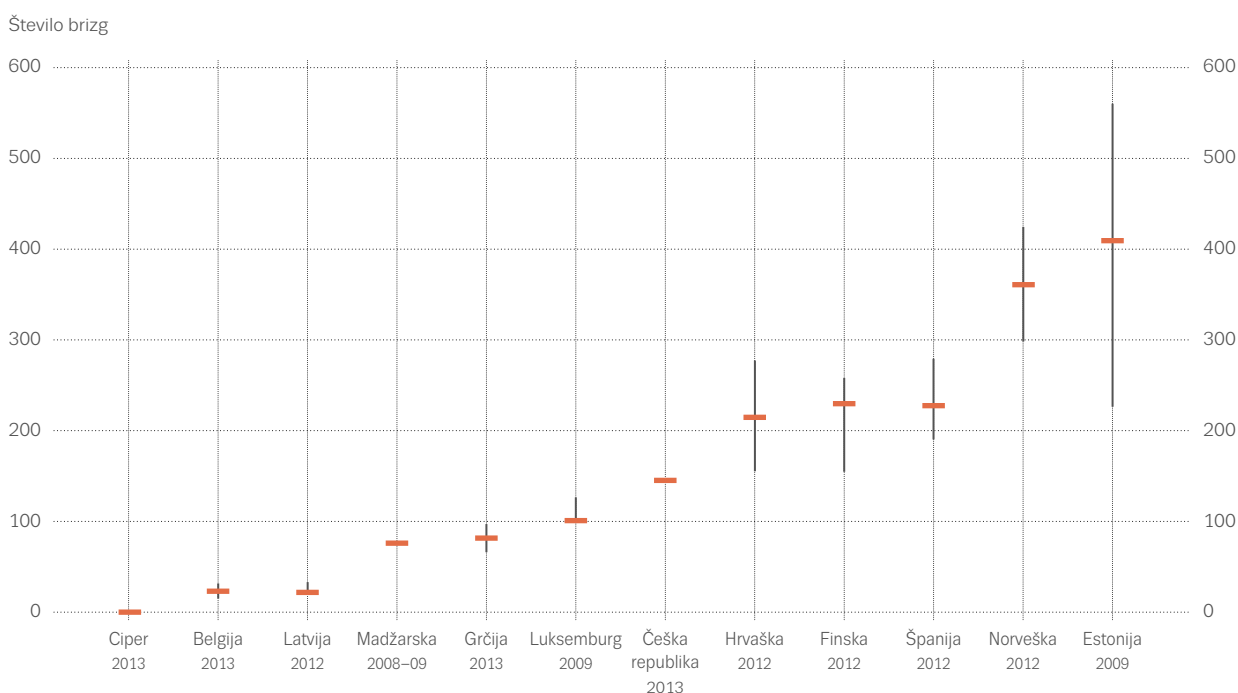
Preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni

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 nezaščitenih spolnih odnosov. Preprečevanje prenašanja okužb z virusom HIV, okužb z virusnim hepatitisom in drugih okužb je zato pomemben cilj evropskih politik na področju drog. V zvezi z injicirajočimi uporabniki opioidov 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.

Med letoma 2007 in 2013 se je sporočeno število brizg, razdeljenih v okviru specializiranih programov, povečalo, in sicer je v 24 državah, v katerih je 48 % prebivalstva EU, s 43 milijonov naraslo na 49 milijonov. Na državni ravni je ta slika drugačna, pri čemer približno polovica držav poroča o povečanju števila razdeljenih brizg, polovica pa o zmanjšanju. V 12 državah, za katere so na voljo novejša ocena o razširjenosti vbrizgavanja, se je sporočeno število brizg, razdeljenih v okviru specializiranih programov v letu 2013, gibalo od manj kot ene na Cipru do več kot 300 na injicirajočega uporabnika drog v Estoniji in na Norveškem (slika 3.11).

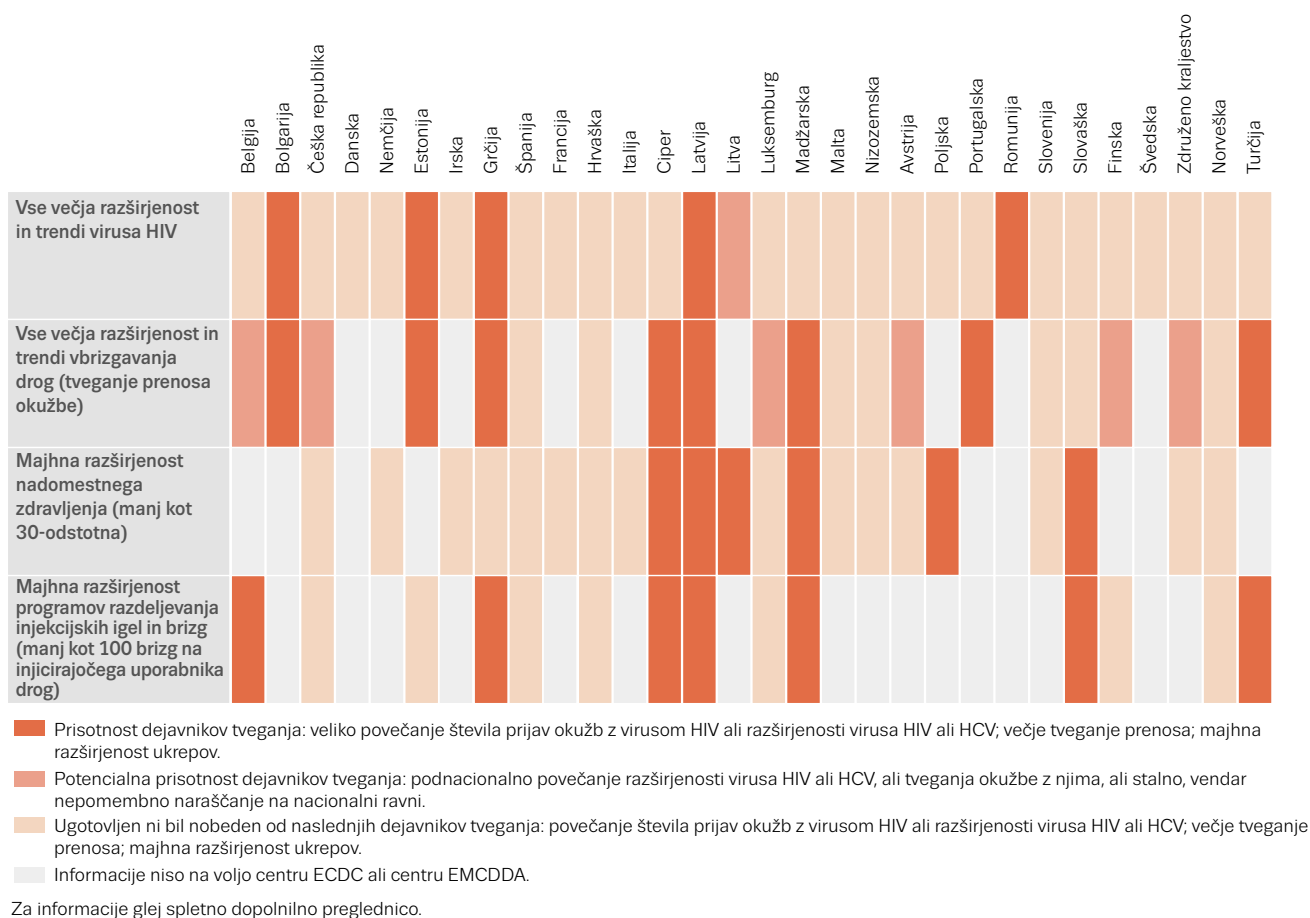
SLIKA 3.11

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



SLIKA 3.12

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



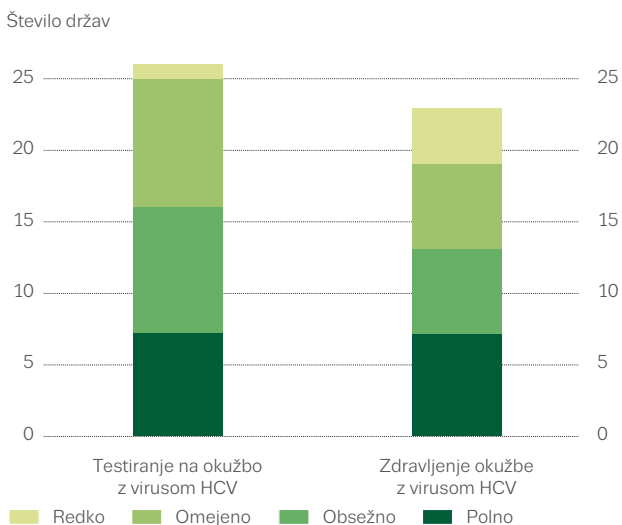
Čeprav se v Evropi na splošno obseg ukrepov za preprečevanje okužb z virusom HIV povečuje, imajo precej velike populacije injicirajočih uporabnikov drog še naprej omejen dostop do storitev. Slika 3.12 zagotavlja pregled nekaterih kazalnikov morebitnega tveganja na najvišji ravni. Na podlagi te preproste analize je mogoče ugotoviti, da je v približno tretjini držav prisotno povečano tveganje, kar opozarja na potrebo po stalni pazljivosti in povečanju obsega ukrepov za preprečevanje okužb z virusom HIV.

Zdravljenje hepatitisa C se izboljšuje

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. Število pobud, usmerjenih v testiranje injicirajočih uporabnikov in svetovanje o hepatitisu C, se v zadnjih letih povečuje, vendar so še vedno omejene. Uvedena so bila nova diagnostična orodja (kot je Fibroscan), z novimi zdravili pa se je skrajšalo trajanje zdravljenja in omejilo neželene stranske učinke, kar spodbuja vztrajanje pri zdravljenju. Vendar so kljub vedno več dokazom o učinkovitosti protivirusnega zdravljenja hepatitisa C pri injicirajočih uporabnikih drog sporočene stopnje razpoložljivosti v številnih državah še vedno nizke (glej sliko 3.13). To je morda deloma posledica visokih stroškov novih zdravil.

SLIKA 3.13

Razpoložljivost testiranja na okužbo z virusom hepatitisa C in zdravljenje teh okužb (ocene strokovnjakov za leto 2013)



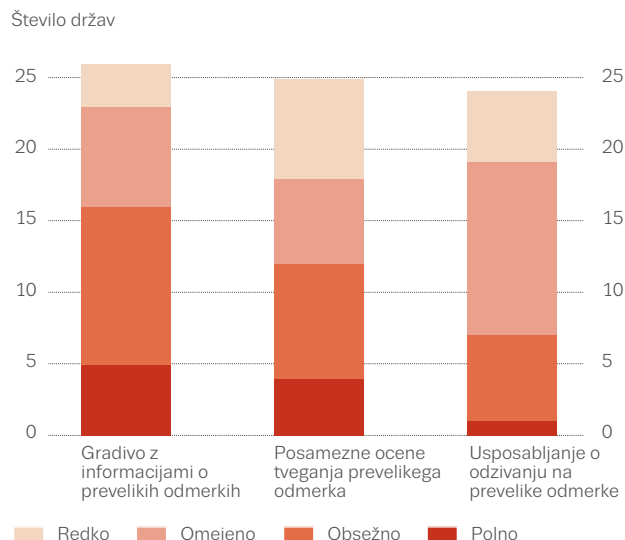
Preprečevanje prevelikih odmerkov in z drogami povezanih smrtnih primerov

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. Z zdravljenjem odvisnosti od drog, zlasti nadomestnim zdravljenjem z opiodi, se preprečujejo preveliki odmerki in zmanjšuje tveganje umrljivosti uporabnikov drog.

Poroča se, da je od ukrepov, usmerjenih na z drogami povezane smrtne primere, najbolj razširjeno zagotavljanje informacij in gradiva o preprečevanju prevelikih odmerkov (slika 3.14). Usposabljanje v zvezi s prevelikimi odmerki, vključno z razdeljevanjem naloksona, ki je antagonist opiodov, lahko ob prevelikem odmerku reši življenje, vendar ta oblika odziva ni razširjena. V skladu z novimi smernicami SZO je zelo priporočljivo, da imajo osebe, pri katerih je velika verjetnost, da bodo priča prevelikemu odmerku, dostop do naloksona in da so poučene o njegovi uporabi, zaradi česar lahko to zdravilo uporabijo pri ukrepanju v nujnih primerih pri sumu prevelikega odmerka opiodov. Programi na podlagi naloksona so zdaj na voljo v sedmih državah. V zadnjih letih so bili vzpostavljeni na Danskem, v Estoniji in na Norveškem, kjer je stopnja prevelikih odmerkov visoka. V nedavni študiji, opravljeni na Škotskem (Združeno kraljestvo), je bilo ugotovljeno, da je večje zagotavljanje kompletov naloksona „rizičnim“ zapornikom po prestani zaporni kazni sovpadalo z velikim zmanjšanjem števila smrtnih primerov, povezanih z opiodi, v prvih štirih tednih po izpustu iz zapora.

SLIKA 3.14

Razpoložljivost odzivov na smrtne primere zaradi drog (ocene strokovnjakov za leto 2013)



Eden od ciljev nadzorovanih prostorov za uporabo drog je zmanjšati pojav prevelikih odmerkov in povečati možnost preživetja pri prevelikem odmerku. Tovrstni prostori – vseh je približno 70 – so na voljo v šestih državah. V zadnjih letih je bilo zaradi vse manjšega povpraševanja več prostorov zaprtih.

Zdravje v zaporih: potreben je celostni odziv

Zaporniki poročajo o višji stopnji uporabe drog kadar koli v življenju kot splošno prebivalstvo in bolj škodljivih vzorcih uporabe, kot ponazarjajo nedavne študije, v katerih se poroča, da si je med 6 % in 31 % zapornikov v življenju že vbrizgavalo droge. Ob prihodu v zapor večina uporabnikov zmanjša ali preneha uživati droge. Vendar pa prepovedane droge pridejo v številne zapore in nekateri zaporniki nadaljujejo ali celo začnejo uporabljati droge med prestajanjem zaporne kazni. Med populacijami zapornikov so bile ugotovljene tudi višje stopnje okužb s hepatitisom C

**Zdravljenje odvisnosti
od drog, zlasti nadomestno
zdravljenje z opiodi,
preprečuje prevelike odmerke
in zmanjšuje tveganje
umrljivosti uporabnikov drog**

in drugih nalezljivih bolezni. Velika razširjenost težav z drogami med zaporniki pomeni, da je pomemben ukrep ocena zdravstvenega stanja ob prihodu v zapor. SZO je nedavno izdala priporočilo, naj se oblikuje sveženj preventivnih odzivov, vključno z brezplačnim in prostovoljnim testiranjem za nalezljive bolezni, razdeljevanjem kondomov in sterilne opreme za vbrizgavanje, zdravljenjem nalezljivih bolezni in zdravljenjem odvisnosti od drog.

Številne države imajo vzpostavljena medagencijska partnerstva med 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, kar potencialno omogoča večje povezovanje z zagotavljanjem splošnih zdravstvenih storitev v skupnosti.

O razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja z opiodi v zaporih poroča 26 od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA, čeprav tri od njih v letu 2013 niso poročale o dejavnostih. Na splošno se zdi, da se stopnja pokritja zaporniške populacije zvišuje, v čemer se kaže vsesplošna razpoložljivost tega ukrepa v skupnosti. Vendar lahko obstajajo omejitve glede izpolnjevanja pogojev; na primer, v Češki republiki in Latviji se nadomestno zdravljenje zagotavlja samo tistim zapornikom, ki jim je bilo predpisano že pred prestajanjem zaporne kazni. Zagotavljanje čiste opreme za vbrizgavanje je manj pogosto; o razpoložljivosti tega ukrepa v zaporih poročajo le štiri države.

**Velika razširjenost težav
z drogami med zaporniki
pomeni, da je pomemben
ukrep ocena zdravstvenega
stanja ob prihodu v zapor**

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2015

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

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

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

Drug consumption rooms, Perspektive na področju drog.

Psychosocial interventions, Perspektive na področju drog.

2014

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

Drug policy profiles — Austria, študija centra EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, študija centra EMCDDA.

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 policy advocacy organisations, študija centra EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, tematski prispevek.

Drug supply reduction and internal security, študija centra EMCDDA.

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

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

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, 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.

The new EU drugs strategy (2013–20), 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

Drug policy profiles: Portugal.

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.

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2011

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

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

Priloga

**Nacionalni podatki, ki so predstavljeni tukaj,
so povzeti iz obširnejših podatkov
iz Statističnega biltena centra EMCDDA,
v katerem je mogoče najti dodatne podatke,
obdobja, opombe in metapodatke**

PREGLEDNICA A1

OPIOIDI

Država	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	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	
Primerov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	Število	
Belgija	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bolgarija	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Češka republika	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Danska	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Nemčija	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonija	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irska	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grčija	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Španija	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Francija	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Hrvaška	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italija	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Ciper	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Latvija	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Litva	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Luksemburg	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Madžarska	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Nizozemska	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Avstrija	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Poljska	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portugalska	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Romunija	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slovenija	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovaška	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finska	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Švedska	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Združeno kraljestvo	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turčija	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norveška	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Evropska unija	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
EU, Turčija in Norveška	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

Leto in metoda ocenjevanja za problematične uporabnike opioidov se med državami razlikujeta.

S kazalnikom povpraševanja po zdravljenju se spremljajo osebe, ki se vključijo v zdravljenje v danem letu.

PREGLEDNICA A2

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 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bolgarija	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Češka republika	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Danska	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Nemčija	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estonija	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irska	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grčija	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Španija	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Francija	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Hrvaška	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italija	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Ciper	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Latvija	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Madžarska	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Nizozemska	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Avstrija	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Poljska	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portugalska	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Romunija	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Slovenija	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovaška	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finska	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Švedska	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Združeno kraljestvo	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turčija	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norveška	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Evropska unija	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo izvirajo iz reprezentativnih nacionalnih raziskav. Leto in metoda raziskave se med državami razlikujeta.

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD.

PREGLEDNICA A3

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 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bolgarija	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Češka republika	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Danska	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	–
Nemčija	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	–	–	–	–
Estonija	–	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irska	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grčija	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Španija	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Francija	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	–
Hrvaška	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italija	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Ciper	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Latvija	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Litva	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	–	–	–
Luksemburg	–	–	–	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Madžarska	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	–	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	–	25 (1)
Nizozemska	3,1	–	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Avstrija	2,5	0,9	–	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Poljska	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portugalska	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	–
Romunija	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	–	–	–
Slovenija	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	–	–	–
Slovaška	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finska	2,3	1,6	–	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Švedska	–	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Združeno kraljestvo	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turčija	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Norveška	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	–	–	–	–	–
Evropska unija	3,5	1,0	–	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

PREGLEDNICA A4

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 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bolgarija	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Češka republika	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Danska	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Nemčija	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonija	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irska	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grčija	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Španija	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Francija	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Hrvaška	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italija	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Ciper	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Latvija	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Litva	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Luksemburg	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Madžarska	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Nizozemska	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Avstrija	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Poljska	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portugalska	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romunija	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slovenija	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaška	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finska	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Švedska	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Združeno kraljestvo	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turčija	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norveška	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Evropska unija	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

PREGLEDNICA A5

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 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
Država	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bolgarija	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Češka republika	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Danska	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Nemčija	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonija	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irska	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grčija	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Španija	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Francija	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Hrvaška	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italija	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Ciper	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Latvija	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Litva	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Luksemburg	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Madžarska	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Nizozemska	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Avstrija	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Poljska	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portugalska	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Romunija	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slovenija	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovaška	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finska	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Švedska	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Združeno kraljestvo	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turčija	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norveška	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Evropska unija	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

PREGLEDNICA A6

DRUGI KAZALNIKI

	Smrtni primeri zaradi drog (pri starosti 15–64 let)	Diagnoza okužbe z virusom HIV, pripisana uporabi drog z vbrizgavanjem (ECDC)	Ocena razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem	Brizge, ki so bile razdeljene v okviru specializiranih programov
Država	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na 1 000 prebivalcev	Število
Belgija	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bolgarija	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Češka republika	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Danska	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Nemčija	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonija	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irska	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grčija	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Španija	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Francija	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Hrvaška	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italija	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Ciper	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Latvija	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Litva	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Luksemburg	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Madžarska	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Nizozemska	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Avstrija	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Poljska	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portugalska	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Romunija	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slovenija	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovaška	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finska	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Švedska	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Združeno kraljestvo	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 ⁽¹⁾
Turčija	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norveška	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Evropska unija	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
EU, Turčija in Norveška	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Ocene razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem so pridobljene s posrednimi metodami, pri čemer se leto ocene med državami razlikuje.

⁽¹⁾ Podatki se nanašajo na Škotsko in Wales (2013) ter Severno Irsko (2012).

PREGLEDNICA A7

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	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (–)	1 338
Bolgarija	157	32	20	–	193	8	4 169 (29)	–
Češka republika	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Danska	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (–)	590
Nemčija	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (–)	2 233
Estonija	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irska	61	690	66	366	23	114	465 083 (–)	464
Grčija	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Španija	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (–)	2 301
Francija	570	–	5 612	–	501	–	414 800 (–)	–
Hrvaška	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italija	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Ciper	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Latvija	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Litva	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Luksemburg	4	127	1	103	5	6	13 (–)	3
Madžarska	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (–)	45
Nizozemska (¹)	750	–	10 000	–	681	–	–	–
Avstrija	80	346	25	992	29	859	5 768 (–)	119
Poljska	49	–	21	–	685	–	45 997 (–)	–
Portugalska	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Romunija	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slovenija	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovaška	0,2	73	1	23	4	634	47 (–)	17
Finska	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (–)	795
Švedska	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Združeno kraljestvo (¹)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (–)	3 716
Turčija	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (–)	4 274
Norveška	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Evropska unija	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
EU, Turčija in Norveška	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Amfetamini vključujejo amfetamin in metamfetamin.

(¹) Podatki o zasegih se nanašajo na leto 2012.

PREGLEDNICA A7

ZASEGI (nadaljevanje)

	Hašiš		Marihuana		Rastline konoplje	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	rastlin (kg)	število
Belgija	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (–)	1 212
Bolgarija	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Češka republika	1	28	735	875	73 639 (–)	361
Danska	3 292	11 030	394	1 896	– (5634)	645
Nemčija	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (–)	2 026
Estonija	109	24	51	524	– (16)	42
Irska	677	367	1 102	1 770	6 309 (–)	427
Grčija	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Španija	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (–)	2 305
Francija	70 918	–	4 758	–	141 374 (–)	–
Hrvaška	5	359	1 047	4 171	3 957 (–)	213
Italija	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (–)	1 227
Ciper	1	16	99	849	403 (–)	62
Latvija	106	28	29	412	– (344)	31
Litva	1 088	11	124	199	– (–)	–
Luksemburg	8	81	11	832	8 (–)	6
Madžarska	5	103	863	2 040	5 307 (–)	196
Malta	1	71	10	85	27 (–)	3
Nizozemska ⁽¹⁾	2 200	–	12 600	–	1 218 000 (–)	–
Avstrija	130	1 512	1 432	8 270	– (196)	327
Poljska	208	–	1 243	–	69 285 (–)	–
Portugalska	8 681	3 087	96	559	8 462 (–)	354
Romunija	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slovenija	0,5	73	810	3 673	9 515 (–)	212
Slovaška	0,0	21	81	1 307	1 039 (–)	32
Finska	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Švedska	1 160	6 937	928	9 221	– (–)	–
Združeno kraljestvo ⁽¹⁾	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (–)	15 846
Turčija	94 279	5 331	180 101	60 742	– (–)	3 706
Norveška	2 283	11 875	491	5 444	– (159)	386
Evropska unija	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
EU, Turčija in Norveška	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

⁽¹⁾ Podatki o zasegih se nanašajo na leto 2012, razen podatka o številu zaseženih rastlin konoplje na Nizozemskem, ki velja za leto 2013.

KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

Brezplačne publikacije

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

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

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

Publikacije, ki so naprodaj

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

O poročilu

Poročilo Trendi in razvoj vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava ponudbo drog, njihovo uporabo in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnim mestom Statistični bilten ter spletnima dokumentoma Pregled po državah in Perspektive na področju drog sestavlja Evropsko poročilo o drogah 2015.

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.