



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

LETNO POROČILO 2005

STANJE V ZVEZI S PROBLEMOM DROG V EVROPI



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

LETNO PO 2005

STANJE V ZVEZI S PROBLEMOM DROG V EVROPI

Pravno obvestilo

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

Precej dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na medmrežju. Dostop do informacij je možen prek strežnika Evropa (<http://europa.eu.int>).

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

Brezplačna telefonska številka (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Nekateri operaterji mobilne telefonije ne dovoljujejo vzpostavitev zveze na številke 00 800 ali pa te klice zaračunavajo.

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

Podatki o katalogizaciji so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2005

ISBN 92-9168-244-6

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2005

Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

Printed in Belgium

TISKANO NA BELEM PAPIRJU, KI NE VSEBUJE KLORA



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23–25, P-1149-045 Lizbona, Portugalska

Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Vsebina

Predgovor	5
Zahvale	7
Uvodna opomba	9
Komentar – prepoznavanje trendov na področju drog v Evropi	11
Poglavje 1 Nov razvoj politik in zakonov	18
Poglavje 2 Šole, mladi in droge	27
Poglavje 3 Konoplja	36
Poglavje 4 Stimulansi amfetaminskega tipa, LSD in druge sintetične droge	44
Poglavje 5 Kokain in crack kokain	54
Poglavje 6 Heroin in uživanje drog z vbrizgavanjem	61
Poglavje 7 Vprašanja v zvezi s kriminalom in zapori	81
Literatura in viri	87



Predgovor

Letošnje letno poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA – v nadaljevanju Center) spremljajo še dodatni spletni elementi, vključno z našim novim statističnim biltenom, ki ga izdajamo že drugo leto in sedaj vsebuje že več kot 200 tabel z natančnimi količinskimi podatki glede stanja na področju drog v Evropi.

Center že več kot 10 let sodeluje z državami članicami Evropske unije, z namenom da bi razvil obsežen prikaz pojava drog v Evropi. Količina in kakovost podatkov, ki so bili na voljo za izvedbo analize v letošnjem letnem poročilu, ne prikazujeta le tehnični dosežek znanstvenih delovnih skupin, ki te informacije nudijo, temveč tudi zavezanost oblikovalcev politik po vsej Evropi k podpiranju postopka zbiranja podatkov ter k investiranju vanj. Vse to je konkreten primer koristnosti skupnega delovanja na evropski ravni. Države članice se ne razlikujejo le glede na probleme z drogo, s katerimi se srečujejo, temveč tudi glede načinov odzivanja na tovrstne izzive. Kljub tem razlikam je sedaj prišlo do pojava, ki ga lahko imenujemo evropski vidik problema drog. Obstaja namreč močan konsenz glede potrebe po utemeljevanju dejavnosti na dobrem razumevanju stanja, glede delitve izkušenj o tem, kaj deluje in kaj ne, ter glede skupnega delovanja, kadarkoli le-to prinaša skupne koristi. Tovrstna prizadevanja je možno najti v novi strategiji Evropske unije in v akcijskem načrtu o drogah, predstavljajo pa tudi ključne teme našega tokratnega poročanja.

Naše letno poročilo poudarja mnogo pomembnih področij, iz katerih je razvidno, kako uživanje drog vpliva tako na občane kot tudi na občine, v katerih živijo. Želeli smo pritegniti pozornost na pojavljajoče se probleme, s katerimi se srečujemo sedaj, kot sta npr. vedno večja uporaba

stimulativnih drog v posameznih delih Evrope, zlasti kokaina, ali stalen porast števila mladih Evropejcev, ki eksperimentirajo z drogami. Seveda je potrebno še marsikaj storiti, da bi izboljšali odziv na uživanje drog v Evropi. Kljub temu pa nam je v tem poročilu uspelo prikazati nekatere pozitivne dogodke in nenazadnje vesplošno razširitev storitev za ljudi, ki imajo problem z drogo, ter znake stabilizacije ali celo upada nekaterih od bolj uničujočih vidikov tega pojava. Pričujoče poročilo torej ne označuje le nekatere od ključnih problemov, s katerimi se srečujemo, temveč tudi nakazuje verjetne nadaljnje načine učinkovitega obravnavanja problemov z drogo v Evropi.

Z zadovoljstvom opažamo, da je letos ponovno prišlo do porasta podatkov, ki so na voljo s strani novih držav članic Evropske unije. Poleg poročanja o stanju v razširjeni Uniji, smo tako vključili tudi podatke iz Bolgarije, Romunije in Turčije, kadar so le-ti bili na voljo, ter izvedli nekatere analize v zvezi s pomembnimi mednarodnimi razvoji. Globalna narava problema drog pomeni, da moramo svojo evropsko analizo postaviti v širši kontekst. Trgovanje z drogo in uživanje le-te sta nujno povezana s številnimi najbolj perečimi problemi današnjega časa. Uživanje droge vpliva na globalno zdravje in razvoj, kriminal in osebno varnost ter na mednarodno varnost. Naše poročilo je precej osredotočeno na sliko obravnavanega problema v Evropi, vendar ne smemo ignorirati dejstva, da se lotevamo problema z globalnimi dimenzijami.

Marcel Reimen

Predsednik Upravnega odbora EMCDDA

Wolfgang Götz

Direktor EMCDDA



Zahvale

Center se zahvaljuje za pomoč pri pripravi tega poročila:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovemu osebju;
- službam v vseh državah članicah, ki so zbirale neobdelane podatke za to poročilo;
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora Centra ter udeležencem v tehničnih delovnih skupinah Centra/mreže Reitox;
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije – zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge – in Evropski komisiji;
- švedskemu Svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (Council for Information on Alcohol and other Drugs, CAN), Skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu za droge in kriminal pri Združenih narodih, Svetovni zdravstveni organizaciji, Europolu, Interpolu, in Evropskemu centru za epidemiološko spremljanje aidsa;
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za uradne publikacije Evropskih skupnosti;
- Prepress Projects Ltd.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

Kontaktne podatke za posamezne nacionalne kontaktne točke so na razpolago na:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Uvodna opomba

Pričujoče letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih v obliki nacionalnih poročil Centru poslale države članice EU, države kandidatke in Norveška (ki sodeluje pri delu Centra od leta 2001). Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2003 (ali na zadnje razpoložljivo leto). Grafični prikazi in tabele v tem poročilu lahko odražajo podskupino držav članic EU: izbor je narejen na podlagi tistih držav, katerih podatki so na voljo za zadevno obdobje.

Spletna različica letnega poročila je na voljo v 22 jezikih, in sicer na naslovu <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Statistični bilten Centra za leto 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) vsebuje celoten sklop izvornih tabel, na katerih temelji statistična analiza v letnem poročilu. Poleg tega vsebuje tudi dodatne podrobnejše podatke o uporabljeni metodologiji ter preko 100 dodatnih statističnih grafikonov.

V profilih posameznih držav (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) je najti vrhunske grafične povzetke ključnih podatkov o razmerah na področju drog za vsako državo.

To poročilo spremljajo tri podrobnejša, krajša poročila, ki obravnavajo naslednja izbrana vprašanja:

- z drogami povezano motenje javnega reda in miru: trendi v politiki in preventivni ukrepi;
- alternative zaporu: namenjene storilcem kaznivih dejanj, ki uživajo droge v EU; ter
- buprenorfin: zdravljenje, zloraba in prakse predpisovanja.

Izbrana vprašanja so na voljo v tiskani in spletni obliki (<http://issues05.emcdda.eu.int>) samo v angleščini.

Nacionalna poročila kontaktnih točk Reitox navajajo podroben opis in analizo problema drog v vsaki državi in so na voljo na spletni strani centra EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Komentar – prepoznavanje trendov na področju drog v Evropi

Sestavljanje evropske slike

Ta razdelek vsebuje pregled glavnih dosežkov in trendov v zvezi z evropskimi razmerami na področju drog. Je rezultat zbiranja informacij, pridobljenih iz različnih virov, ter upoštevanja prednosti in pomanjkljivosti trenutnih razpoložljivih zbirk podatkov. Letošnji komentar vsebuje oceno, kako novi podatki, ki so na voljo za leto 2005, prispevajo k našemu razumevanju srednje- in dolgoročnih trendov o evropskih razmerah v zvezi z drogami.

Problemi uživanja več drog otežujejo naše razumevanje problemov uživanja drog in naš odziv na njih

V večjem delu tega poročila je bil uporabljen analitični pristop, usmerjen na vsako od glavnih uporabljenih drog. Ta pristop, usmerjen na droge, je konceptualno lahko razumeti in ima dodatno prednost, saj večina kazalcev uživanja drog temelji na vedenjskih ukrepih, značilnih za posamezne droge. Pomanjkljivost tega pristopa je, da ne odraža dejstva, da je uživanje več drog hkrati glavni dejavnik pri problemih zaradi drog v Evropi. Pri analizi vpliva uživanja drog na javno zdravje je treba upoštevati zapleteno sliko medsebojno povezanega uživanja psihoaktivnih snovi, ki vključujejo alkohol in tobak. V Evropi se na primer konoplja pogosto kadi s tobakom, to pa vpliva na škodo, ki je verjetno povezana s tem vedenjem, in obveščanje o dejavnostih preprečevanja zlorabe drog. Toksikološke analize z drogo povezanih smrtnih primerov razkrivajo prisotnost številnih snovi, hkrati uživanje alkohola pa naj bi povečevalo tveganja, povezana z uživanjem heroina in kokaina. Poleg tega je osredotočenje na trende v zvezi s samo eno snovjo lahko zavajajoče, če se ne upošteva medsebojna povezava med različnimi vrstami drog; v tem poročilu na primer obstaja nekaj dokazov, da se razpoložljivost sintetičnih opiatov povečuje, kar je pomemben podatek pri vsaki analizi trendov uživanja heroina. Podobno bi bilo pametno preučiti možno prekrivanje trendov glede uporabe različnih stimulantov ter v vsaki analizi preučiti, koliko bi lahko ugotovljene spremembe bile posledica sprememb vzorcev uživanja.

Če povzamemo, večina tistih, ki se v Evropi oglašijo v centrih za zdravljenje odvisnosti zaradi problemov z drogami, uživa več snovi hkrati. Razviti je treba boljše metode poročanja o tem ključnem vidiku uživanja drog in

razumeti, kako bo uživanje več drog vplivalo na učinkovitost intervencij.

Mladi in uživanje drog – uživanje konoplje je vse pogostejše, vendar se pojavljajo različni vzorci

Uživanje drog v Evropi ostaja predvsem pojav mladih, zlasti mlajših moških. Podatki iz raziskav med prebivalstvom in šolsko mladino zagotavljajo koristen vpogled v to, kako so se vzorci uživanja drog v Evropi razvijali od sredine devetdesetih. Za vključitev v letošnje letno poročilo so na voljo podatki iz zadnjega kroga Evropske raziskave o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (European school survey project on alcohol and other drugs, ESPAD), ki je dragocen vir podatkov za spremljanje uživanja drog med šolsko mladino ter ugotavljanje trendov skozi čas.

Če združimo vse razpoložljive podatke, je jasno, da se uživanje konoplje med državami močno razlikuje. Čeprav je bil prevladujoči evropski trend od sredine devetdesetih usmerjen navzgor, nekatere države kažejo stabilnejši vzorec. Kljub na primer izrazito visokim stopnjam uživanja konoplje v Združenem kraljestvu od devetdesetih let naprej, so v tem obdobju ostale stabilne. Poleg tega skoraj ni bilo sprememb glede stopenj uživanja konoplje v več državah z nizko razširjenostjo uživanja, tudi na Švedskem in Finskem na severu Evrope ter v Grčiji in na Malti na jugu. Uživanje konoplje, zabeleženo v raziskavi ESPAD od leta 1999 naprej, je najbolj naraslo v novih državah članicah EU. Analiza podatkov iz raziskav med šolsko mladino in prebivalstvom kaže, da so se Češka, Španija in Francija na večini področij sedaj pridružile Združenemu kraljestvu, tako da zdaj tvorijo skupino držav z visoko stopnjo razširjenosti uživanja.

V Evropi obstaja vedno večja zaskrbljenost glede negativnega vpliva uživanja konoplje, čeprav so informacije o tem, kolikšen del uživanja te droge pripelje do težav v zvezi z javnim zdravjem, pičle. Podatki, ki so na voljo o povpraševanju po zdravljenju odvisnosti od drog v Evropi, uvrščajo konopljo na drugo mesto, takoj za opiat, čeprav je konoplja še vedno prisotna le v 12 % vseh povpraševanj po zdravljenju, na skupno sliko pa močno vpliva stanje v sorazmerno majhnem številu držav. Podatki o rednem in intenzivnem uživanju konoplje so ključni za oblikovanje razumevanja o možni povezavi med uživanjem konoplje in javnim zdravjem, vendar so te informacije trenutno omejene. Čeprav razpoložljivi podatki kažejo, da naj bi konopljo vsakodnevno v Evropi uživalo celo tri

milijone ljudi, večinoma mlajši moški, pa obseg, v katerem bi ta skupina lahko imela težave zaradi uživanja te droge, ni znan.

Kaj se dogaja s problematičnim uživanjem drog – ali število ljudi, ki začnejo uživati heroin in si vbrizgavati droge, upada?

Eno od metodoloških področij, ki so najbolj polna izzivov pri spremljanju uživanja drog, je ocenitev števila ljudi, ki droge uživajo na kroničen in posebno škodljiv način. Center je razvil kazalec problematičnega uživanja drog, da bi ocenil to vrsto uživanja drog, v večini držav EU pa kazalci problematičnega uživanja drog predvsem odražajo uživanje opiatov in uživanje z vbrizgavanjem. Trenutne ocene kažejo, da je v EU trenutno med 1,2 in 2,1 milijona problematičnih uživalcev drog, od tega jih je verjetno od 850 000 do 1,3 milijona nedavnih injicirajočih uživalcev. Ocene o problematičnem uživanju drog skozi čas so neenotne, zaradi česar je težko prepoznati dolgoročne trende. Vendar pa v državah članicah EU-15 kazalci na splošno kažejo, da je hiter začetek uživanja heroina, ki ga je doživela večina držav, dosegel vrh nekako v začetku devetdesetih letih, čemur so sledile stabilnejše razmere. Čeprav od leta 1999 več držav še naprej poroča o porastu, nedavni znaki kažejo, da to stanje ni enotno, saj ocene o razširjenosti uživanja ne kažejo skladne slike na ravni EU. Zlasti je treba omeniti nove države članice, saj se zdi, da so na probleme s heroinom naletele pozneje in imajo bolj spremenljive razmere.

Dodatni viri informacij za oceno problematičnega uživanja drog so število z drogo povezanih smrtnih primerov in povpraševanj po zdravljenju. Analiza z drogo povezanih smrtnih primerov (najpogosteje zaradi prevelikega odmerka opiatov) kaže, da je med žrtvami starajoča se populacija, saj število prijavljenih smrtnih žrtev med uživalci drog, mlajšimi od 25 let, od leta 1996 pada. Pomemben dokaz je, da so podatki iz novih držav članic EU, čeprav so omejeni, do nedavnega kazali naraščajoč trend deleža smrtnih primerov med osebami, mlajšimi od 25 let, čeprav se sedaj zdi, da je prišlo do določene stabilizacije. Čeprav število z drogo povezanih smrtnih primerov na splošno v EU ostaja na zgodovinsko visokih ravneh, se zdi verjetno, da je doseglo vrh.

V večini držav heroin ostaja glavna droga, zaradi katere osebe iščejo zdravljenje. V nekaterih državah lahko trende uživanja heroina med osebami, na novo vključenimi v zdravljenje, odkrijemo za nazaj, ti pa kažejo na manjši upad absolutnega števila od leta 1996. Podobno v nekaterih državah poročajo o trendu, ki kaže na starajočo se populacijo uživalcev opiatov, čeprav tudi ta

ugotovitev ne velja za vse države, v nekaterih novih državah članicah – ponovno na podlagi omejenih podatkov – pa se zdi, da so uživalci opiatov, ki se začnejo prvič zdraviti, sorazmerno mladi. V nekaterih evropskih državah, zlasti v državah članicah EU-15, število injicirajočih uživalcev opiatov, ki na novo povprašujejo po zdravljenju od odvisnosti, že nekaj časa upada in v Evropi manj kot polovica oseb, ki na novo iščejo zdravljenje zaradi odvisnosti od opiatov, sedaj poroča, da si opiate vbrizgava. Vendar ta trend ponovno ne velja v novih državah članicah, v katerih vbrizgavanje ostaja prevladujoči način uživanja med tistimi uživalci heroina, ki dostopajo do storitev.

Na kratko, ni preprostega odgovora na vprašanje, ali uživanje oziroma vbrizgavanje heroina sedaj v Evropi upada. Z veliko vidikov je današnja slika – glede uživanja in vbrizgavanja heroina – bolj pozitivna, kot je bila v začetku devetdesetih v državah članicah EU-15. Obstajajo dokazi, da je stanje v mnogih državah sedaj sorazmerno stabilno, celo z znaki starajoče se populacije, ki mogoče odraža manj pogosto pojavnost. Vendar v nekaterih novih državah, v katerih so naraščajoči problemi v zvezi z uživanjem heroina nedaven pojav, vbrizgavanje ostaja prevladujoči način uživanja opiatov, trenutne trende glede uživanja heroina pa je iz razpoložljivih podatkov težko razložiti.

Uživanje kokaina in drugih stimulansov – ni razloga za samozadovoljnost?

Evropa ostaja glavni trg za stimulanse in kazalci kažejo, da v Evropi kot celoti trend uživanja amfetaminov, ekstazija in kokaina še vedno narašča. Ekstazi je na mnogih področjih, zajetih v raziskavi, prehitel amfetamine kot druga najpogosteje uporabljena droga v Evropi za konopljo. Vendar v Združenem kraljestvu, ki je od devetdesetih let naprej imelo na več področjih najvišje stopnje razširjenosti uživanja ekstazija in amfetaminov, nedavne raziskave med prebivalstvom in šolsko mladino kažejo, da bi lahko stopnje uživanja obeh drog občutno padale, precej močno za amfetamine in v manjšem obsegu za ekstazi. Kljub temu stopnje razširjenosti v Združenem kraljestvu ostajajo sorazmerno visoke v primerjavi z drugimi državami, čeprav je razlika manj opazna, saj številne države poročajo o stopnjah uživanja, ki so podobne zgoraj opisani sliki za konopljo.

Razširjenost uživanja kokaina se v Evropi precej razlikuje, vendar se ponovno zdi, da trend na splošno narašča. Podatki iz raziskav kažejo, da je zlasti v Španiji in Združenem kraljestvu uživanje kokaina občutno naraslo v poznih devetdesetih letih, v zadnjem času pa je prišlo do dodatnega, čeprav majhnega porasta. V obeh državah

ocene o številu mlajših odraslih, ki so kokain uživali v zadnjih 12 mesecih, sedaj presegajo število tistih, ki so uživali ekstazi in amfetamine.

Vpliv uživanja stimulanov na javno zdravje je v Evropi težko oceniti, čeprav podatki kažejo, da ne smemo biti zadovoljni glede trenutnih vzorcev uživanja. Število povpraševanj po zdravljenju zaradi odvisnosti od kokaina narašča. Čeprav obstajajo občutne razlike med državami, je kokain prisoten v okoli 10 % vseh povpraševanj po zdravljenju v Evropi. V Evropi uživanje crack kokaina, oblike droge, ki je zlasti povezana z zdravstvenimi in drugimi problemi, ostaja omejeno. Poročila o uživanju crack kokaina so na splošno omejena na nekaj večjih mest, vendar pa je v skupnostih, v katerih se ta droga uporablja, posledična škoda lahko velika. Številna praktična in metodološka vprašanja otežujejo oceno števila smrtnih primerov, povezanih z uživanjem stimulanov v Evropi. Čeprav je število smrtnih primerov zaradi uživanja stimulanov v primerjavi s primeri, povezanimi z uživanjem opiatov, majhno, lahko narašča in verjetno je, da vsi primeri niso prijavljeni. Trenutni podatki so zelo omejeni, vendar številne države navajajo, da ima kokain odločilno vlogo pri okoli 10 % vseh z drogo povezanih smrtnih primerov. Smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija ostajajo redki v večini držav EU, čeprav bi lahko postopke prijavljanja izboljšali.

Upreti se svetovnemu trendu: nobenega znaka o večjih problemih v zvezi z metamfetamini v Evropi

Metamfetamin je droga, ki jo zlasti povezujemo z zdravstvenimi in socialnimi problemi. V svetu obstaja vedno večja zaskrbljenost zaradi naraščajočih problemov z metamfetaminom in zdi se, da so stopnje uživanja višje ali naraščajoče v ZDA, Avstraliji, delih Afrike in večini jugovzhodne Azije. Do danes je bilo uživanje metamfetamina v Evropi predvsem omejeno na Češko, ki ima že precej časa probleme s to vrsto drog. Drugod po Evropi obstajajo samo posamezna poročila, da je metamfetamin na voljo, z nekaterimi poročili o zasegih in občasnih omembah uvoza iz Češke v sosednje države. Ker pa imajo mnoge evropske države močne povezave z deli sveta, v katerih problemi z metamfetaminom obstajajo, in glede na naraščajočo naravo evropskega trga s stimulasi, ne smemo prezreti potenciala za širjenje uživanja metamfetamina, zato to ostaja pomembno področje stalnega nadzora.

Širjenje in razvoj storitev za ljudi s problemi zaradi drog

Storitve za osebe, ki imajo probleme zaradi drog, lahko pozitivno vplivajo na posamezne uživalce drog in skupnosti, v katerih živijo. To dejstvo je priznано v mnogih

nacionalnih politikah drog in zavezanost, da se storitve razširijo na tiste, ki imajo probleme z drogami, lahko najdemo v starem in novem akcijskem načrtu EU za boj proti drogam. Čeprav je težko natančno začrtati obseg zagotavljanja storitev za ljudi s problemom zaradi drog v Evropi, več kazalcev trdno kaže, da se je število zdravstvenih storitev in nekaterih oblik storitev za zmanjšanje škode precej povečalo. Vendar pa se narava in obseg različnih vrst storitev močno razlikuje med državami. Področje zagotavljanja storitev, ki se je jasno razširilo v zadnjem desetletju, je zagotavljanje nadomestnega zdravljenja za opioide, zlasti v državah s sorazmerno visokim deležem uživanja heroina z vbrizgavanjem. Metadon je prisoten v malo manj kot 80 % nadomestnega zdravljenja v Evropi in več kot 90 % nadomestnega zdravljenja v strokovnih službah, čeprav buprenorfin postaja vedno bolj priljubljena farmakološka možnost in je verjetno prisoten v okoli 20 % nadomestnega zdravljenja v Evropi. (Za dodatne informacije o uživanju te droge glej „Buprenorfin: zdravljenje, zloraba in prakse predpisovanja“ („Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“) v razdelku o izbranih vprašanjih, ki je priložen temu poročilu.) Trenutno je ocenjeno, da število ljudi, ki prejema nadomestno zdravljenje v Evropi, presega 500 000, kar kaže, da je lahko v nadomestno zdravljenje vključeno od ene četrte do ene polovice oseb, ki imajo probleme zaradi opiatov.

Nadomestno zdravljenje ni edina možnost za ljudi s problemi zaradi uživanja opiatov, vendar ni zadosti podatkov o drugih terapevtskih pristopih, da bi lahko dobili zanesljive ocene o zagotavljanju teh storitev na ravni EU. Znatno napredek je bil dosežen pri razvijanju modelov oskrbe tistih oseb, ki imajo probleme zaradi uživanja opiatov in evidenčni podatki za ocenitev učinkovitosti na tem področju so precej trdni. To ne velja za uživalce drugih vrst drog, ki v vedno večjem številu prihajajo v evropske centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Soglasje je precej šibkejše glede večine ustreznih terapevtskih možnosti za ljudi, ki na primer iščejo pomoč zaradi problemov z uživanjem stimulanov ali konoplje, in razvijanje učinkovitih možnosti zdravljenja za te vrste zdravljenih oseb bo verjetno postalo vedno večji izziv.

Uživanje drog, okužba z virusom HIV in aids – intervencije so vedno bolj razpoložljive in lahko vplivajo na splošne trende

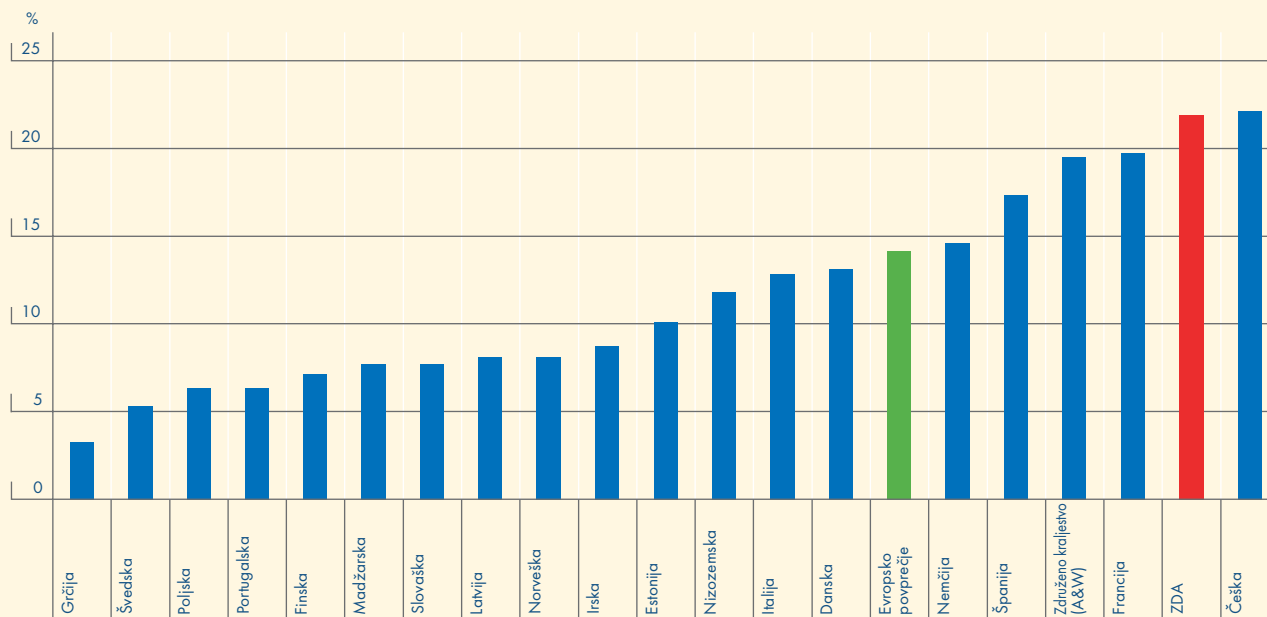
Razširitev zdravstvenih storitev ni edino področje, na katerem so se storitve za problematične uživalce drog izboljšale. Programe zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo, ki injicirajočim uživalcem drog zagotavljajo sterilno opremo, lahko sedaj najdemo v skoraj

Stopnje uživanja drog v Evropi so še vedno nižje kot v ZDA – vendar pa so ocene o razširjenosti sedaj na nekaterih območjih podobne

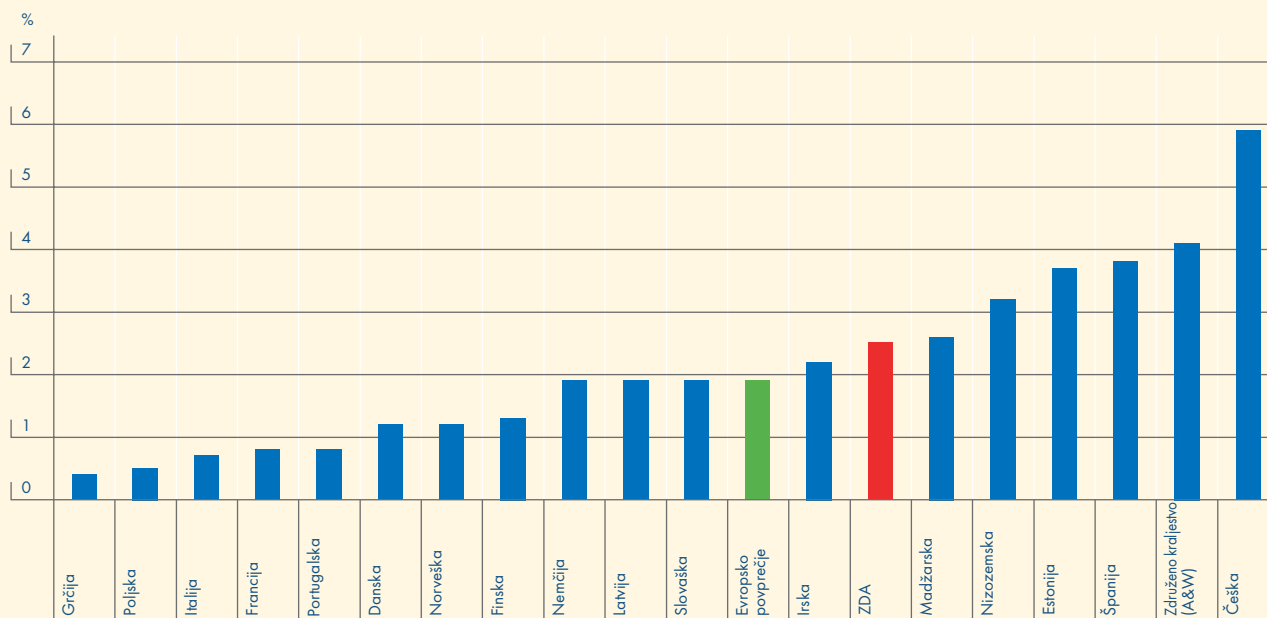
Stopnje uživanja drog v ZDA so bile v zgodovini precej višje od stopenj v evropskih državah. To večinoma drži še danes, čeprav primerjava podatkov o uživanju v zadnjem času (razširjenost v zadnjem letu) kaže, da so v nekaterih evropskih državah stopnje uživanja konoplje, ekstazija in kokaina med mlajšimi odraslimi sedaj podobne kot v ZDA (glej prikaz). Pri uživanju ekstazija med mlajšimi odraslimi v zadnjem času pa so ocene v ZDA nižje od stopenj v več evropskih državah, kar verjetno odraža močno evropsko povezavo z zgodovinskim razvojem uživanja te droge. Vendar pa na splošno povprečje med prebivalci EU ostaja nižje od povprečja ZDA na vseh področjih. V mnogih evropskih državah se je splošno razširjeno uživanje drog pojavilo pozneje kot v ZDA in to se lahko odraža v višjih ocenah števila ljudi v ZDA, ki so droge zaužili kadar koli v življenju (glej prikaza 1, 2 in 3 v Statističnem biltenu 2005), kar bi lahko v določenem obsegu obravnavali kot skupne kazalce stopenj uživanja skozi čas.

Deleži mlajših odraslih (15–34 let), ki so konopljo, ekstazi in kokain zaužili v zadnjem času (zadnjem letu), v Evropi in ZDA

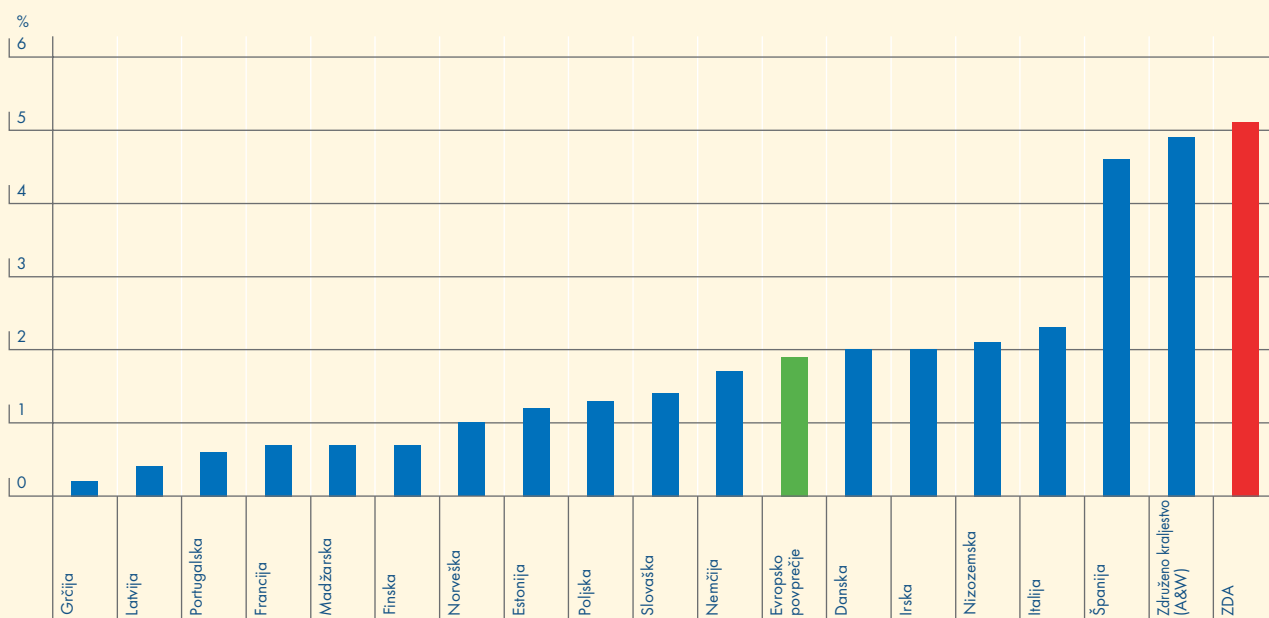
Delež mlajših odraslih (15–34 let), ki so konopljo zaužili v zadnjem času (zadnjem letu)



Delež mlajših odraslih (15–34 let), ki so ekstazi zaužili v zadnjem času (zadnjem letu)



Delež mlajših odraslih (15–34 let), ki so kokain zaužili v zadnjem času (zadnjem letu)



Opomba: V ZDA je bila raziskava izvedena leta 2003, starostni razpon je 16–34 let, preračunano iz izvornih podatkov.

V evropskih državah je bila večina raziskav (17 od 19) izvedena med letoma 2001 in 2004, običajen starostni razpon je od 15 do 34 let (v nekaterih državah je spodnja meja lahko tudi 16 ali 18 let).

Povprečna stopnja razširjenosti za Evropo je bila izračunana kot povprečje nacionalnih stopenj razširjenosti, uteženo glede na nacionalno populacijo, staro 15–34 let (2001, povzeto po Eurostatu).

Viri: ZDA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov) in (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Evropa: Tabela GPS-11 v Statističnem biltenu EMCDDA za leto 2005. Podlaga so nacionalna poročila mreže Reitox (2004).

vseh državah članicah EU in v večini držav je bil srednjeročni trend povečati obseg dejavnosti in geografsko pokritost. V nekaterih državah članicah imajo tudi lekarne pomembno vlogo pri povečevanju pokritosti teh vrst programov. Strokovni programi so pogosto vključeni v širše storitve za tiste, ki imajo probleme zaradi drog, zlasti nizkopražne agencije, in se pogosto obravnavajo kot način za vzpostavitev stika z aktivnimi uživalci ter verjetno zagotavljanje poti do zdravljenja in drugih storitev.

Na splošno pojav aidsa zaradi vbrizgavanja drog že nekaj časa upada. Heteroseksualni spolni odnos je sedaj kot največji dejavnik tveganja za razvoj aidsa v Evropi prehitel uživanje drog z vbrizgavanjem. To lahko pripisemo vedno večji razpoložljivosti izredno učinkovite protiretrovirusne terapije (highly active antiretroviral therapy, HAART) od leta 1996 naprej, povečanju zdravstvenih storitev in storitev za zmanjšanje škode ter zmanjšanju števila injicirajočih uživalcev drog v najbolj prizadetih državah.ocene Svetovne zdravstvene organizacije kažejo, da ima v večini evropskih držav več kot 75 % vseh ljudi, ki potrebujejo terapijo HAART, dostop do nje. Vendar se ocenjuje, da je pokritost slaba v številnih baltskih državah, to pa se lahko odraža v povečanju števila novih primerov aidsa med injicirajočimi uživalci drog v vsaj nekaterih

državah na tem območju. Nekoč so stopnje novih okužb z virusom HIV močno naraščale tudi v nekaterih baltskih državah, vendar pa so nedavne stopnje prav tako močno padle, verjetno zaradi zasičenosti najbolj ogroženih prebivalcev; poleg tega naj bi povečanje zagotavljanja storitev vplivalo na nekatera območja.

V večini drugih novih držav članic EU stopnje razširjenosti okužbe z virusom HIV ostajajo nizke, kot ostajajo tudi v mnogih državah članicah EU-15. V večini držav, v katerih so bile stopnje razširjenosti okužbe z virusom HIV zgodovinsko visoke med injicirajočimi uživalci drog, je prišlo do občutnega padca in nato stabilizacije. Vendar to ne pomeni, da so ti problemi izginili: kljub metodološkim težavam, zaradi katerih je težko razložiti trende na nacionalni ravni, nekatere nedavne študije poročajo o novih primerih prenosa virusa med nekaterimi podskupinami populacije injicirajočih uživalcev drog, kar poudarja potrebo po stalnem nadzoru.

Skupno število pravnih sankcij, zaradi posedovanja ali uživanja drog

Primerljivi podatki na evropski ravni o večini vidikov razmerja med drogami in kriminalom so še vedno pomanjkljivi. Glavna izjema so kršitve zakonov o drogah,

pri katerih gre za prijavljena kazniva dejanja proti zakonodaji o nadzoru drog. Čeprav je treba biti pri primerjavah med državami pazljiv, se zdi, da se je v obdobju med poznimi devetdesetimi in letom 2003 število kršitev zakonov o drogah v mnogih državah EU povečalo. Povečanja so bila še posebej opazna v nekaterih novih državah članicah. V večini držav se velik del prijav nanaša na posedovanje ali uživanje drog. V mnogih državah članicah je bila večina kršitev povezanih s konopljo in od leta 1998 naprej se je delež kršitev v zvezi s konopljo bodisi povečal bodisi ostal stabilen. Na drugi strani pa je delež kršitev, povezanih s heroinom, v mnogih državah padel.

Mnogo držav je vedno bolj zaskrbljenih zaradi večjega vpliva uživanja drog na skupnosti, v katerih se pojavi. Vprašanja o varnosti ljudi in izpostavljenosti mladih drogam so med najpogostejše navedenimi skrbmi, ki jih lahko združimo pod naslovom „Z drogami povezano motenje javnega reda in miru“ – to vprašanje je podrobneje razloženo v razdelku o izbranih vprašanjih, ki je priložen letnemu poročilu, nadaljevanje obravnave kazenske tematike pa sledi v izbranem vprašanju, posvečenem pregledu strategij, s katerimi se ljudi s problemi zaradi drog odvrne od zapornih kazni in se jih usmeri v zdravljenje („Alternative zaporu, namenjene storilcem kaznivih dejanj, ki uživajo droge v EU“,

„Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“).

Zadnja dogajanja na področju politik drog – nekateri skupni elementi so jasni, vendar v okviru upoštevanja nacionalnih razlik

Kot bo jasno pokazalo branje tega poročila, obstajajo v Evropi velike razlike med državami članicami glede problemov zaradi drog, s katerimi se srečujejo/spopadajo, ter politik in obsega ter narave intervencij. Kljub temu obstajajo nekateri skupni elementi razmer v zvezi z drogami, s katerimi se srečuje večina držav. Na ravni politike države članice izražajo splošno politično zavezanost k razvoju uravnoteženega odziva, ki temelji na dokazih, v skladu z mednarodnimi zavezami, in medtem ko priznavajo, da politike drog ostajajo nacionalna odgovornost, prav tako preučujejo koristi, do katerih bi lahko pripeljalo boljše sodelovanje na evropski ravni. Te želje so izražene v strategiji in akcijskih načrtih EU na področju boja proti drogam. Čeprav Strategija in Akcijski načrt EU za boj proti drogam za obdobje 2000–2004 nista dosegla vseh ambiciozno zastavljenih ciljev, sta dokaz pomembnega napredka, kako lahko države članice, institucije EU in specializirane agencije sodelujejo, da bi uskladile in izmerile napredek na področju drog. Nova Strategija EU na področju drog (2005–2012) želi ta proces nadaljevati.



Poglavje 1

Nov razvoj politik in zakonov

Uvod

Razvoj politik na področju drog v državah članicah EU je seveda raznovrsten in odraža raznolikost pristopov na nacionalni in evropski ravni. Vendar to ne izključuje obstoja skupnih značilnosti, ki jih je mogoče analizirati.

V poročevalnem obdobju je med temi značilnostmi najpomembnejši način vrednotenja strategij boja proti drogam v različnih državah članicah. Izvajanje nacionalnih strategij boja proti drogam se vrednoti v večih državah EU. Čeprav učinkov vrednotenja na politiko drog kot celoto še ni mogoče določiti, je vrednotenje že prineslo nekaj obetajočih rezultatov: sedaj bolje razumemo uspehe in neuspehe, v nekaterih primerih pa se je zaradi vrednotenja celo namenilo več sredstev za doseg neuresničenih ciljev strategije. Poleg tega je vrednotenje Strategije in Akcijskega načrta EU za boj proti drogam za obdobje 2000–2004 prvi rezultat pomembnega procesa, pri katerem sodelujejo države članice, institucije EU in specializirane agencije, da bi izmerile napredek na področju drog. Drugi razvoj politike, do katerega je prišlo v poročevalnem obdobju, zajema znižanje kazni za uživanje drog v nekaterih državah in strožje kazni za promet s prepovedanimi drogami in za kazniva dejanja, povezana z drogami, ki ogrožajo mladoletne.

Strateški pristop k politiki drog v Evropski uniji

Strategija EU na področju drog za obdobje 2005–2012, ki jo je decembra 2004 sprejel Evropski svet, upošteva rezultate končnega vrednotenja napredka v prejšnjem obdobju (2000–2004). Prizadeva si dodati vrednost nacionalnim strategijam in hkrati upoštevati načeli subsidiarnosti in sorazmernosti, ki sta navedeni v pogodbah. V zvezi z drogami določa dva splošna cilja za EU:

- doseganje visoke ravni varovanja zdravja, blaginje in socialne kohezije z dopolnjevanjem ukrepov držav članic za preprečevanje in zmanjševanje uporabe drog, odvisnosti od drog in škode, ki jo droge povzročajo zdravju in družbi;

- zagotavljanje visoke ravni varnosti širše javnosti z ukrepi proti proizvodnji prepovedanih drog, čezmejnemu prometu s prepovedanimi drogami in z zaostrovanjem preventivnih ukrepov proti kriminalu, povezanemu z drogami, z učinkovitim sodelovanjem med državami članicami.

Ta dva cilja zajemata šest prednostnih nalog, opredeljenih v Strategiji EU na področju drog za obdobje 2000–2004. Nova strategija ponovno poudarja celosten, interdisciplinaren in uravnotežen pristop k povezovanju ukrepov za zmanjšanje povpraševanja in ponudbe drog. Osredotočena je na dve področji politike ter na dve prečni tematiki, in sicer „mednarodno sodelovanje“ in „informiranje, raziskovanje in vrednotenje“ ter „usklajevanje“.

Februarja 2005 je Evropska komisija Evropskemu parlamentu in Evropskemu svetu predložila Sporočilo o akcijskem načrtu EU na področju drog za obdobje 2005–2008. Pri pripravi tega akcijskega načrta se je posvetovala s Centrom in Europolom. Komisija se je posvetovala tudi s civilno družbo. Akcijski načrt, ki upošteva rezultate vrednotenja prejšnjega načrta, je izdelan tako, da so za vsak ukrep jasno opredeljeni vpleteni udeleženci in natančno določena orodja ocenjevanja, kazalci in časovni načrt za izvedbo. To bi moralo omogočiti nadaljnje spremljanje ukrepov ter zagotoviti učinkovitejše smernice v zvezi z izvajanjem načrta. Komisija bo pred predložitvijo načrta za obdobje 2009–2012 opravila letne preglede napredka akcijskega načrta ter izvedla presojo vplivov.

Po zgledu EU je večina držav članic sprejela nacionalne strategije boja proti drogam. 26 od 29 držav v tem poročilu izvaja svojo nacionalno politiko drog v skladu z nacionalnim načrtom, strategijo ali podobnim dokumentom. Kar zadeva druge države, je Nacionalni odbor za usklajevanje dejavnosti boja proti drogam v Italiji marca 2003 potrdil nacionalni načrt, ki ga sedaj preučujejo regije in avtonomne pokrajine; Malta in Avstrija sta med pisanjem tega poročila navedli, da postopki za

izdelavo osnutka in sprejetje nacionalne strategije boja proti drogam potekajo ⁽¹⁾.

Sedem držav EU je sprejelo nove nacionalne strategije boja proti drogam (glej tabelo 1). Zdi se, da je bilo načelo o globalnosti in interdisciplinarnosti politik na področju drog sprejeto v vseh nacionalnih strategijah držav članic boja proti drogam, v skladu s pristopom EU na tem področju. Vendar lahko pri vsebini nacionalnih strategij različnih držav obstajajo bistvene razlike, na primer pri izvajanju intervencij, ki se lahko razlikuje kljub uporabi enake terminologije; pri vlogi vrednotenja v strategijah, ki lahko sega od pomembne do obrobne; in celo pri sprejetju ali kaki drugačni uveljavitvi pomembnih političnih pristopov, kot je zmanjševanje škode. Vsekakor se zdi, da je med 26 političnimi ali strateškimi dokumenti, ki so bili pregledani ⁽²⁾, zmanjševanje škode vprašanje, o katerem se mnenja najbolj razlikujejo: temeljito se obravnava v 12 dokumentih, v devetih je zajeto v razpravo o drugih zadevah, v petih pa ni omenjeno.

Vrednotenje strategij boja proti drogam daje prve rezultate

Strategija EU na področju drog (2000–2004) je bila med poročevalnim obdobjem ovrednotena. Svet za pravosodje in notranje zadeve je dne 25. in 26. oktobra 2004 preučil

poročilo Komisije o tem končnem ovrednotenju ⁽³⁾. Hotel je oceniti, koliko je akcijski načrt dosegel cilje strategije boja proti drogam ter kolikšen je vpliv strategije boja proti drogam in akcijskega načrta na položaj na področju drog v EU. Prispeval je tudi k razpravi, ki je vodila k potrditvi ⁽⁴⁾ nove strategije boja proti drogam. Komisiji je pri vrednotenju pomagal usmerjevalni odbor (sestavljen iz Komisije, štirih držav članic, ki so predsedovale med letoma 2003 in 2004, Centra in Europola). Pomanjkanje natančnih in merljivih operativnih ciljev je resno omejevalo to nalogo.

Sporočilo o končnem ovrednotenju in njegove priloge ⁽⁵⁾ so izpostavili glavne dosežke na področju drog na nacionalni ravni in na ravni EU ter področja, na katerih je potreben dodaten napredek. V njem je bilo poudarjeno, da je bil storjen napredek pri zmanjšanju pogostosti nastanka škode za zdravje zaradi uživanja drog (vključno z okužbo z virusom človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) ali virusom hepatitisa) in števila z drogo povezanih smrtnih primerov (cilj 2 strategije EU na področju drog), in zlasti pri izboljšanju razpoložljivosti zdravljenja (cilj 3). V zvezi s ciljem 1 ni bilo mogoče opaziti nobenega večjega napredka pri zmanjšanju uživanja drog. Podobno ni bilo ugotovljeno nobeno zmanjšanje razpoložljivosti drog (cilj 4). Vseeno sta bila cilja 4 in 5 skupaj katalizator za več

Tabela 1: Nove nacionalne strategije boja proti drogam

Država	Naslov	Časovni razpored ali datum sprejetja	Cilji	Merljivi cilji	Kazalci uspešnosti	Odgovornost za izvedbo	Proračun za izvedbo
Estonija	Nacionalna strategija o preprečevanju odvisnosti od drog	2004–12	✓	✓	✓	n. p.	n. p.
Estonija	Ciljno usmerjen akcijski načrt strategije	2004–08	✓	✓	✓	✓	✓
Francija	Akcijski načrt proti prepovedanim drogam, tobaku in alkoholu	2004–08	✓	✓	✓	n. p.	✓
Ciper	Nacionalna strategija boja proti drogam	2004–08	✓	n. p.	n. p.	n. p.	✓ ⁽³⁾
Litva ⁽¹⁾	Strategija za nacionalni program preprečevanja odvisnosti od drog	2004–08	✓	n. p.	✓	✓	✓
Luksemburg	Strategija in akcijski načrt o drogah in zasvojenosti z drogami	2005–09	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovenija ⁽¹⁾	Resolucija o nacionalnem programu na področju drog	2004–09	✓	n. p.	n. p.	✓	✓
Finska	Akcijski načrt o politiki drog	2004–07	✓	n. p.	n. p.	✓	n. p.

NB: n. p.: Podatki niso na voljo.

⁽¹⁾ Podatke je poslalo osebje nacionalnih kontaktnih točk.

⁽²⁾ Merljivi cilji v luksemburški strategiji niso bili na voljo za zmanjšanje ponudbe.

⁽³⁾ Ciperska strategija opozarja, da bodo za izpolnitev cilja strategije na voljo finančni in človeški viri – v besedilu ni nobenih podrobnih števil o tem.

⁽¹⁾ Za dodatne informacije glej spletno stran Centra (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Za Malto, Slovaško in Turčijo ni na voljo nobenih informacij o tej temi.

⁽³⁾ COM(2004) 707 konč.

⁽⁴⁾ Evropski svet (16.–17. december 2004) – Sklepi.

⁽⁵⁾ Med njimi je Statistični posnetek („Snapshot“) (1999–2004) Centra-Europola (<http://snapshot.emcdda.eu.int/>).

pobud na ravni EU, ki so okrepile ukrepe kazenskega pregona proti prometu z drogami in njihovi ponudbi. Med obdobjem načrta je nastalo več pomembnih pobud za boj proti pranju denarja (cilj 6.1) in preprečevanje zlorabe predhodnih sestavin (cilj 6.2), zlasti s spremembo zakonodaje Skupnosti o nadzoru trgovine s predhodnimi sestavinami.

Sporočilo je poudarilo tudi potrebo po nadaljnjih raziskavah, na primer o biomedicinskih, psihosocialnih in drugih dejavnikih, ki so podlaga uživanja drog in odvisnosti od njih, zlasti na področjih, na katerih je malo razpoložljivih informacij (npr. dolgotrajno uživanje konoplje ali sintetičnih drog). Izpostavljena je bila tudi potreba po rednih posvetovanjih s civilno družbo pri oblikovanju politike EU na področju drog.

Komisija je priporočila tudi podaljšanje strategije EU s petih na osem let, kar bi zajelo izvajanje dveh zaporednih akcijskih načrtov EU v obdobju ter omogočilo polno izvajanje in izpopolnitev pobud, da bi bile usklajene s strateškimi cilji.

Vredno je omeniti tudi številna vrednotenja, izvedena med poročevalnim obdobjem na nacionalni ravni. Še posebej zanimiva so vrednotenja, ki so jih izvedle države s „strukturiranim“ pristopom do svoje nacionalne strategije boja proti drogami, katerih elemente lahko povzamemo kot uradno beleženje ciljev, opredelitev in merjenje ciljev, določitev organa, pristojnega za izvajanje, ter določitev datuma za doseg ciljev. Ta pristop državam olajša poročanje o nalogah, ki so jih izpolnile, ter določitev problematičnih vprašanj, kar omogoča sprejetje ukrepov, kjer je to potrebno.

Primere takega pristopa lahko najdemo v strategijah Češke, Irske, Luksemburga, Poljske in Portugalske, pri katerih je vrednotenje nacionalnih strategij boja proti drogami razkrilo ali bi lahko razkrilo dosežene ukrepe in neizpolnjene naloge, glede katerih je še treba ukrepati. Primer, kako lahko strukturiran pristop pomaga pri vrednotenju napredka, je mogoče najti v vrednotenju portugalske nacionalne strategije boja proti drogami za leto 2004. Zunanji ocenjevalci so ugotovili, da je bil dosežen napredek pri doseganju nekaterih od 30 glavnih ciljev portugalskega akcijskega načrta, pri čemer je bilo v celoti doseženih osem ciljev in 10 delno; vendar je pomanjkanje informacij pomenilo, da je bilo druge cilje težko ovrednotiti, za pet ciljev pa je bilo ocenjeno, da niso bili doseženi. V Nemčiji je bil ustanovljen usmerjevalni odbor (Nacionalni svet za odvisnost od drog), ki je akcijski načrt 2003 usmerjal k izvajanju in spremljal rezultat.

V nekaterih državah so se zaradi sprejetja nacionalne strategije boja proti drogami oziroma vrednotenja uspeha prejšnje strategije povečala proračunska sredstva za boj proti drogami. V Grčiji so se na primer enakomerno povečevali izdatki za zdravstvene storitve; na Madžarskem so bila zagotovljena sredstva za financiranje še neizvedenih delov strategije; v Luksemburgu pa so se proračunska sredstva Ministrstva za zdravje za boj proti drogami povečala z okoli 1 milijona evrov leta 1999 na skoraj 6 milijonov evrov leta 2004. Vendar so v vseh državah članicah javni izdatki za boj proti drogami le majhen del celotnih javnih izdatkov (med 0,1 % in 0,3 %). To lahko deloma pojasni ugotovitev, da v vsej EU ni neposredne povezave med gospodarsko rastjo in povezanimi spremembami v splošnem proračunu ter spremembami v višini javnih izdatkov za boj proti drogami.

V več državah EU so bili odhodki za zmanjšanje ponudbe še naprej večji del javnih izdatkov (približno 68–75 % celotnih izdatkov za boj proti drogami) ⁽⁶⁾. Vendar so bili v nekaterih državah, vključno z Malto in Luksemburgom, odhodki za zmanjšanje povpraševanja očitno višji od izdatkov za zmanjšanje ponudbe (izdatki za zmanjšanje povpraševanja so znašali 66 % oziroma 59 % celotnih izdatkov za boj proti drogami). Vendar ni jasno, ali zabeležene razlike v dodeljevanju proračunskih sredstev pomenijo bistveno razliko v prednostnih nalogah politike ali odražajo pristranskost pri zbiranju podatkov.

Pomanjkanje razpoložljivih informacij o neposrednih javnih izdatkih za boj proti drogami še vedno ostaja problem. Vendar obstajajo znaki, da poleg naraščajočega akademskega interesa na tem področju ⁽⁷⁾ narašča tudi politična zavezanost k določitvi in opisu javnih izdatkov, povezanih z drogami, tako da je mogoče nacionalne izdatke za boj proti drogami vključiti kot ključni element v oceno stroškov in koristi. Center sedaj skupaj z mrežo Reitox in Evropsko komisijo razvija metodologijo, ki bo omogočila dosledne in verodostojne ocene o javnih izdatkih, povezanih z drogami, znotraj EU, kot zahteva akcijski načrt EU za leto 2005.

Prvi proces vrednotenja na nacionalni in evropski ravni je dragocen mehanizem povratnih informacij, saj nosilce odločitev obvešča o obsegu uresničevanja njihovih odločitev in s tem povezanih stroških ter jim omogoča povečati prizadevanja na področjih, na katerih so bile zabeležene težave ali kjer je ocena privedla do neugodnih ugotovitev. Čeprav še ni na voljo jasnega dokaza o vplivu nacionalnih strategij boja proti drogami na splošen pojav drog (EMCDDA, 2004a), je pristop „štetja rezultatov“

⁽⁶⁾ Glej izbrano vprašanje „Javni izdatki na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah“ v Letnem poročilu Centra 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

⁽⁷⁾ V Belgiji, Španiji, Franciji, Luksemburgu, na Nizozemskem, Finskem, Švedskem in v Združenem kraljestvu – za podrobne reference glej spletno stran Centra (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

pozitiven znak in bo, upajmo, v Evropi sprožil splošen trend k podrobnejši oceni vsake nacionalne strategije boja proti drogam.

Prvi proces vrednotenja na nacionalni in evropski ravni je dragocen mehanizem povratnih informacij, saj nosilce odločitev obvešča o obsegu uresničevanja njihovih odločitev in s tem povezanih stroških ter jim omogoča povečati prizadevanja na področjih, na katerih so bile zabeležene težave ali kjer je ocena privedla do neugodnih ugotovitev. Čeprav še ni na voljo jasnega dokaza o vplivu nacionalnih strategij boja proti drogam na splošen pojav drog (EMCDDA, 2004a), je pristop „štetja rezultatov“ pozitiven znak in bo, upajmo, v Evropi sprožil splošen trend k podrobnejši oceni vsake nacionalne strategije boja proti drogam.

Razprave v nacionalnih parlamentih in medijih

Družbena zaskrbljenost glede pojava drog se odraža v medijih in parlamentarnih razpravah. V poročevalnem obdobju so poleg podatkov o parlamentarnih razpravah, navedenih v nacionalnih poročilih Reitox, najbolj poročali o „zmanjševanju škode“ ali intervencijah, ki sodijo v to kategorijo, „uživanju konoplje“ ter „z drogo povezanim kriminalu in spremljajočih spremembah zakonodaje na področju drog“.

Prednosti in slabosti nadomestnih terapij in ukrepov za zmanjševanje škode v primerjavi s pristopi zdravljenja brez drog so spodbudile živahne parlamentarne razprave na Češkem, v Estoniji, Franciji, na Irskem in Norveškem. Predmeti vročih političnih razprav so vključevali predlog o stalnem programu zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo na Švedskem, čeprav pod strogim nadzorom, in začasno vzpostavitev prostorov za uživanje drog na Norveškem (glej izbrano vprašanje o nacionalnih zakonodajah in motenju javnega reda).

Konoplja je ostala pomembna tema razprave, zlasti v Nemčiji, kjer je bil glavni poudarek na uživanju konoplje pri mladih, ter v Luksemburgu in na Portugalskem, kjer je bilo predlagano, da mora biti konoplja na voljo na zdravniški recept. O uživanju konoplje oziroma na splošno o uživanju drog v šolah in pri mladih so obsežno poročali mediji v Belgiji, na Češkem, v Nemčiji, na Cipru, v Luksemburgu in Avstriji. Na Nizozemskem so pozornost medijev pritegnili povečanje vsebnosti

tetrahidrokanabinola (THC) v proizvodih konoplje („nederwiet“) in možne posledice visoko učinkovite konoplje za zdravje. Na Poljskem so mediji najbolj poročali o konoplji, saj se je o njej pisalo v 865 od okoli 2 500 obravnavanj droge. V Belgiji, na Danskem in v nekaterih mestnih svetih na Nizozemskem so bili predloženi osnutki zakonov o odobritvi legalizacije konoplje (s ciljem reševanja „problema zadnjih vrat“⁽⁸⁾), kar je izzvalo močno in javno nasprotovanje večine članov parlamenta in vladnih ministrov.

Možnost sprememb zakonodaje na področju drog je v Franciji in Italiji pritegnila pozornost medijev in sprožila politično razpravo. V Franciji je bil predlog nadomestitve zapornih kazni zaradi uživanja drog z denarnimi kaznimi ukinjen zaradi zaskrbljenosti, da se bo takšna sprememba „razlagala kot znak, da droge niso zelo nevarne,“ in vodila k „vnovičnemu povečanju uživanja in zgodnejšemu uživanju“⁽⁹⁾. V Italiji je v medijih odmevala živahna parlamentarna razprava o spremembah zakonodaje iz leta 1990, na Češkem pa je medijsko in javno pozornost pritegnilo razlikovanje med sankcijami za posedovanje drog.

Na Češkem, v Grčiji, Luksemburgu, na Poljskem in Portugalskem je bila izvedena priložnostna raziskava za analizo medijskih sporočil, v Belgiji⁽¹⁰⁾, na Poljskem in v Združenem kraljestvu⁽¹¹⁾ pa so se oblikovale nacionalne medijske kampanje, namenjene mladim.

Nov razvoj v programih in zakonodaji EU

Pomembne pobude EU v zvezi z drogami, ki so bile ugotovljene med poročevalnim obdobjem, so potekale na področjih javnega zdravja, prometa z drogami in nadzora nad predhodnimi sestavinami in sintetičnimi drogami.

Javno zdravje

Na evropski ravni je preprečevanje zlorabe drog zajeto v področje determinant zdravja programa javnega zdravja⁽¹²⁾. Delovni načrt tega programa 2004 se je osredotočil na priporočilo Sveta z dne 18. junija 2003 in na razvoj, v sodelovanju s Centrom, ustrezne podlage za popis dejavnosti v EU. Komisija je spodbudila interesne skupine k predložitvi predlogov, ki vključujejo pristop življenjskega sloga do obravnave zlorabe vseh snovi, ki povzročajo odvisnost, zlasti v rekreativnih okoljih za

⁽⁸⁾ Lokali, imenovani coffee shopi, imajo lahko na zalogi do 500 g konoplje za prodajo, vendar jo lahko kupijo samo na nezakonitem trgu. To je t. i. „problem zadnjih vrat“.

⁽⁹⁾ MILDT (2004), str. 43, citirano v francoskem nacionalnem poročilu.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Kampanja „Talk to Frank“ („Pogovori se s Frankijem“) o tveganjih uživanja konoplje (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ Sklep št. 1786/2002/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 23. septembra 2002 o sprejetju programa ukrepov Skupnosti na področju javnega zdravja (2003–2008), UL L 271, 9.10.2002, str. 1–12.

Vzpostavitev trajnostnega sistema spremljanja zdravja

Vzpostavitev in delovanje trajnostnega sistema za spremljanje zdravja je med ključnimi cilji programa javnega zdravja (2003–2008). Komisija se je posvetovala z državami članicami in mednarodnimi organi, da bi združila sklop kazalcev zdravja Evropske skupnosti. V tem okviru so bili „z drogo povezani smrtni primeri“ in „uživanje psihotropnih drog“ vključeni v osnutek osrednjega seznama kazalcev, s čimer so se okrepile strukturne povezave s Centrom kot morebitnim dajalcem podatkov.

zabavo (npr. nočnih klubih) in zaporih. Zlasti jo je zanimal razvoj najboljše prakse in izboljšav v sporočanju ter razširjanje informacij z uporabo modernih tehnik. Komisija je leta 2004 izbrala štiri projekte, katerih cilj je bil preprečiti tvegano vedenje, uskladiti mednarodno znanje o biomedicinskih stranskih učinkih nedovoljenih poživil, krepiti prenos znanja o odzivih na uporabo drog ter razširiti obstoječi spletni vir informacij o dovoljenih in prepovedanih drogah na nove države članice.

Promet s prepovedanimi drogami

Leta 2004 so bili na ravni EU sprejeti številni instrumenti za boj proti prometu s prepovedanimi drogami. Okvirni sklep Sveta 2004/757/JHA z dne 25. oktobra 2004 je opredelil minimalne določbe glede elementov kaznivih dejanj in kazni na področju nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami⁽¹³⁾ ter je z uvedbo minimalnih kazni za takšna kazniva dejanja v državah članicah ključni instrument za boj proti prometu s prepovedanimi drogami.

Svet je decembra 2004 dosegel sporazum o sklepu Sveta o izmenjavi informacij, oceni tveganja in nadzoru novih psihoaktivnih snovi. Ta sklep zagotavlja okvir za učinkovito izmenjavo informacij o novih psihotropnih snoveh in mehanizem za nadzor teh snovi na ravni EU.

Svet je 30. marca 2004 sprejel priporočilo o smernicah za vzorčenje zaseženih drog. V njem priporoča, da morajo države, ki tega še niso storile, uvesti sistem vzorčenja v skladu z mednarodno sprejetimi smernicami. Svet je sprejel tudi resolucijo o konoplji in poročilo o napredku v zvezi z izvedbenimi načrti o zmanjšanju povpraševanja in ponudbe droge ter ponudbe sintetičnih drog.

Evropski parlament in Svet sta 11. februarja 2004 sprejela Uredbo št. 273/2004/ES o predhodnih sestavinah pri prepovedanih drogah⁽¹⁴⁾. Ta uredba določa usklajene ukrepe znotraj Skupnosti za nadzor in spremljanje nekaterih snovi, pogosto uporabljenih za nezakonito

proizvodnjo prepovedanih drog, ali psihotropnih snovi zaradi preprečevanja preusmerjanja teh snovi. Zlasti državam članicam zagotavlja smernice za sprejetje potrebnih ukrepov, ki njihovim pristojnim organom omogočajo izvajanje nadzora in obveznost spremljanja, ter informacije, kako prepoznati sumljivo sklepanje poslov in kako obveščati o njih. Svet je 22. decembra sprejel Uredbo 111/2005/ES, ki določa pravila za spremljanje trgovine s predhodnimi sestavinami za prepovedane droge med Skupnostjo in tretjimi državami.

Evropska komisija je novembra 2004 pri Horizontalni delovni skupini za droge (Horizontal Working Party on Drugs, HDG) pri Svetu kot nadaljevanje resolucije Sveta iz novembra 2002 predstavila študijo o pristopu seznamu splošnih in nujnih ukrepov pri nadzoru sintetičnih drog. Prav tako je Komisija aprila 2004 HDG posredovala predloge za možne dodatne izboljšave metod za določanje distribucijskih mrež sintetičnih drog v EU.

Nove nacionalne zakonodaje

Mladi

Spremembe v nacionalnih zakonodajah več držav članic v poročevalnem obdobju so vključevale ukrepe za zaščito mladih pred storilci kaznivih dejanj ali za odziv na možnost, da bi lahko želeli uživati droge.

Zaščita se lahko zagotovi z neposrednimi ali bolj splošnimi pristopi. Na Madžarskem skuša zakonodaja iz marca 2003 zaščititi osebe, mlajše od 18 let, pred zlorabo prepovedanih drog, kazni za odrasle pa bodo strožje, če bodo kazniva dejanja vključevala mladoletne osebe. V Estoniji spremembe v začetku leta 2004 določajo strožje kazni za večino z drogami povezanih kaznivih dejanj, vključno z napeljevanjem mladoletnih oseb k nezakonitemu uživanju drog.

Na Danskem je bil julija 2004 spremenjen Zakon o snoveh, ki povzročajo euforijo; distribucija drog v restavracijah, diskotekah ali podobnih prostorih, ki jih pogosto obiskujejo otroci ali mladi, se sedaj obravnava kot bistvena oteževalna okoliščina. Takšna kazniva dejanja bi bilo vedno treba kaznovati z zaporno kaznijo in predvideno je, da se povprečne zaporne kazni za takšna kazniva dejanja zvišajo za eno tretjino. Podobno je v Španiji od oktobra 2004 promet z drogami blizu šol oteževalna okoliščina in poleg tega se je starostna meja za „mlade“, ki so zagrešili kazniva dejanja prometa z drogami, zvišala s 16 na 18 let. V Angliji in Walesu je bila prek *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003), ki svetuje, kako ravnati z ljudmi, ki so v bližini šol,

⁽¹³⁾ ULL 335, 11.11.2004, str. 8; glej tudi Letno poročilo Centra 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ ULL 47, 18.2.2004, str. 1.

mladinskih klubov in igrišč posedovali konopljo, izdana smernica o novi zakonodaji.

Ukrepi proti mladim, ki uživajo drogo, so zajemali dve vladni uredbi, sprejeti decembra 2003 v Latviji. Ena je določala postopke za obvezno institucionalno zdravljenje otrok (s soglasjem staršev), ki so jih ujeli pri zlorabi drog, druga pa je določila ukrepe, ki jih je treba sprejeti pri odkritju drog in drugih sredstev za omamljanje v šolah. V Angliji in Walesu ljudje, mlajši od 18 let, ki so bili aretirani zaradi kaznivih dejanj v zvezi s konopljo, prejmejo opomin ali končno opozorilo ali pa jih ovadi policija, odvisno od resnosti kaznivega dejanja. Po zadnjem opozorilu se mladoletnega prestopnika napoti v skupino za mladoletne prestopnike (youth offending team, YOT), ki zagotovi zdravljenje ali drugo podporo.

Na Češkem Zakon o mladoletniškem sodstvu, ki je začel veljati leta 2004, spreminja pogoje za mlade, obravnavane po kazenskem zakoniku, ki ima prednost pred splošnimi zakoni. Kazenski ukrepi se morajo uvesti samo po potrebi, izobraževalni ukrepi pa lahko zajemajo prepoved uživanja snovi ali obvezno zdravljenje. Zgornje meje za nezaporne kazni sedaj prav tako dosegajo polovico tistih, ki veljajo za odrasle. Na Poljskem ministrska uredba iz januarja 2003 določa posebne oblike izobraževalnih in preventivnih dejavnosti med otroki in mladimi, ki jih ogrožajo droge. Šole morajo uvesti izobraževalne in preventivne strategije.

Oktobra 2003 je Evropska pravna zbirka podatkov o drogah (ELDD) objavila primerjalno študijo o zakonodajah v zvezi z drogami in mladimi ⁽¹⁵⁾, ki je bila podlaga za dokument, ki je Komisiji pomagal pri ovrednotenju Akcijskega načrta EU 2000–2004 in je bil objavljen oktobra 2004 ⁽¹⁶⁾. V slednjem je bilo ugotovljeno, da je skupno 22 zakonov, ki jih je sprejelo 11 držav članic (od 15), obravnavalo vprašanja v akcijskem načrtu, ki zadevajo mlade. Večina zakonov je skušala zagotoviti alternative zapornim kaznim, čeprav je šest držav sprejelo zakone o zmanjšanju razširjenosti uživanja drog, zlasti med mladimi. Na splošno pa se zdi, da je prvotna zakonodaja namenila relativno malo pozornosti tem točkam petletnega akcijskega načrta. Za poglobljeno analizo ukrepov, namenjenih mladim prestopnikom, ki uživajo droge, glej izbrano vprašanje o alternativah zaporne kazni.

Zmanjševanje škode

Med letoma 2003 in 2004 je bilo sprejetih več zakonov v zvezi z zmanjševanjem škode.

V Franciji zakon, sprejet avgusta 2004, o petletnem načrtu politike javnega zdravja združuje politiko zmanjševanja škode za uživalce drog s predpisi o javnem zdravju, pri čemer uradno opredeli pojem zmanjševanja škode in jo vključi v pristojnost države.

Na Finskem je vladni odlok spremenil Zakon o nalezljivih boleznih s tem, ko je določil, da morajo specialisti za nalezljive bolezni v zdravstvenih centrih opravljati preventivno delo, vključno z zdravstvenim svetovanjem za intravenozne uživalce drog in izvajanjem zamenjave injekcijskih igel in brizg, kolikor je to potrebno. V Luksemburgu vojvodski odlok iz decembra 2003 ureja nacionalni program za distribucijo brizg, tako da opredeljuje ustanove in strokovnjake, pristojne za zagotavljanje brizg uživalcem drog. Tako se nadaljuje trend glede dovoljevanja posedovanja in ponudbe sterilnih brizg prek izrecne zakonodaje ⁽¹⁷⁾, ki jo podpira prejšnji Akcijski načrt EU 2000–2004, ki je zahteval zagotavljanje profilaktikov. Dodatne pravne informacije so na voljo v tematskem pregledu ELDD „Pravni okvir programov za zamenjavo injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo“ ⁽¹⁸⁾.

Zakon o zlorabi drog v Združenem kraljestvu je bil spremenjen avgusta 2003, da bi zdravnikom, farmacevtom in delavcem na področju drog omogočil zakonito ponudbo tamponov, sterilne vode, nekaterih pripomočkov za mešanje (vključno z žlicami, skledami, skodelicami in krožniki) ter citronske kisline za uživalce drog, ki so dovoljene droge pridobili brez recepta. Junija 2004 je norveški parlament za tri leta sprejel začasni zakon v zvezi s poskusnim projektom prostorov za uživanje drog. Ta zakon uporabnike prostorov za uživanje drog oprošča kaznovanja zaradi posedovanja in uživanja enkratnega odmerka drog, prav tako pa je februarja 2005 omogočil odprtje namenskega prostora za uživanje drog.

Na Češkem več nevladnih organizacij zagotavlja storitve preizkušanja tablet, kar naj bi zmanjšalo tveganje užitja nepoznane ali nepričakovane snovi, čeprav je zakonitost takšnih projektov predmet vročih razprav. Leta 2003 ni bilo kazenskih pregonov in edini primer, ki ga je policija pripeljala tako daleč (primer iz leta 2002), je javni tožilec zavrnil. Urad vrhovnega tožilca vse od takrat izdaja smernice o tej zadevi.

V skladu s tem razvojem zakonodaje nova strategija in akcijski načrt EU na splošno priznavata storitve zmanjševanja škode kot učinkovit odziv na povpraševanje po večjem dostopu do zamenjave injekcijskih igel, da bi se

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview (Mladi in droge: pravni pregled)* (<http://eldd-emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000–2004 (Zakonodaja o drogah in mladi 2000–2004)* (<http://eldd-emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Od leta 1999 je to uzakonilo sedem držav: Belgija, Francija, Luksemburg, Poljska, Portugalska, Slovenija in Finska.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

tako zmanjšala tveganja, povezana z drogo, za posameznikovo zdravje in družbo kot celoto.

Kazni

Med poročevalnim obdobjem je več držav v svojo zakonodajo na področju drog poleg sprememb, ki so bile navedene zgoraj in vključujejo mlade, vneslo tudi spremembe v zvezi s kaznimi, ki jih je mogoče naložiti za različna kazniva dejanja. Lani sta na primer Belgija in Združeno kraljestvo učinkovito znižala kazen za neproblematično posedovanje konoplje. V Belgiji je bila februarja 2005 izdana nova direktiva, ki je pojasnila izjeme k tej znižani kazni in zahtevala popoln kazenski pregon v primerih, ki vključujejo „motenje javnega reda“. To vključuje posedovanje konoplje v prostorih, v katerih bi se lahko zbirala šolska mladina (šole, parki, avtobusne postaje), ali blizu njih ter tudi „očitno“ posedovanje na javnem mestu ali v javnih zgradbah. Na Danskem sta sprememba Zakona o snoveh, ki povzročajo evforijo, maja 2004 in okrožnica javnega tožilca poudarili, da bo posedovanje drog za lastno uporabo po novem namesto s prej izrečenimi opozorili praviloma kaznovano z denarno kaznijo.

Ta sprememba in okrožnica sledita vzorcu sprememb možnih kazni za uporabnike in preprodajalce, ki je nastal v zadnjih nekaj letih, kot poroča Center ⁽¹⁹⁾. Leta 2003 je na primer Belgija določila novo kategorijo kaznivih dejanj, ki omogoča nekaznovanje neproblematičnih uživalcev konoplje, Grčija je najvišjo kazen za uživanje drog znižala s petih let na eno, Madžarska pa je iz svojega kazenskega zakonika umaknila kaznivo dejanje uživanja drog. Leta 2002 je Estonija odpravila kaznivo dejanje večkratnega uživanja ali posedovanja majhnih količin prepovedanih drog za osebno uporabo (ter z njim povezano najvišjo triletno zaporno kazen), čeprav je Litva v svoj kazenski zakonik dodala kaznivo dejanje posedovanja, z možno zaporno kaznijo do dveh let. Leta 2001 je Luksemburg dekriminaliziral uživanje konoplje in odpravil pripadajočo zaporno kazen za uživanje drog, ki ni povezano z oteževalnimi okoliščinami, Finska pa je uzakonila kaznivo dejanje uživanja drog z nižjo možno zaporno kaznijo in s skrajšanim kazenskim postopkom tožilca. Leta 2000 je Portugalska uzakonila upravne sankcije za uživanje drog, čeprav je istega leta Poljska umaknila oprostitev kaznovanja, ki je bila prej mogoča za kaznivo dejanje posedovanja. Ta vzorec pa ne odraža zmanjšanja nadzora nad učinki uživanja drog na družbo, kot je mogoče opaziti zgoraj v izbranem vprašanju o motenju javnega reda in omejitvah glede posedovanja blizu mladih.

Obstajajo prizadevanja, da bi za osumljene preprodaje drog zvišali predvidene kazni. Na Danskem so bile najvišje

kazni za kazniva dejanja prometa z drogami marca 2004 zvišane za več kot 50 %. V začetku leta 2004 je Estonija uzakonila strožje kazni v zvezi z večino kaznivih dejanj, povezanih z drogo, zlasti v oteževalnih okoliščinah. V Združenem kraljestvu se je najvišja kazen za promet z drogami razreda C zvišala s pet na 14 let zaporne kazni. Poleg tega je bil v zadnjih letih večji poudarek na kaznih za določena kazniva dejanja distribucije drog mladim (zgoraj) in za kazniva dejanja prometa z drogami, in sicer v Grčiji leta 2001, Litvi leta 2000 in na Irskem leta 1999. To soglasno povečevanje števila strožjih kazni za promet s prepovedanimi drogami se odraža v evropskem okvirnem sklepu iz oktobra 2004 o opredelitvi minimalnih določb glede elementov kaznivih dejanj in kazni na področju nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami.

Droge na delovnem mestu

Dve državi sta poročali o prizadevanju za sprejetje zakonov na področju drog na delovnem mestu. Na Finskem si Zakon o varstvu zasebnosti v delovnem življenju (759/2004) prizadeva urediti in okrepiti zasebnost zaposlenih v zvezi s preizkušanjem drog v delovnem življenju. Zakon določa, da morajo delodajalec in osebje izdelati program za boj proti drogam na delovnem mestu, vključno z načrti preprečevanja in možnostmi zdravljenja ter navedbo tistih delovnih mest, ki zahtevajo potrdilo o testiranju na droge. V postopku zaposlitve lahko delodajalec samo od uspešnega kandidata zahteva potrdilo o testiranju na droge. Delodajalec ima pravico uporabiti podatke na potrdilu, če delovno mesto zahteva natančnost, zanesljivost, neodvisno razmišljanje ali budnost in če bi opravljanje dela pod vplivom ali v odvisnosti od drog lahko ogrozilo življenje ali zdravje ter povzročilo znatno škodo. Med zaposlitvijo mora zaposleni predložiti potrdilo samo, če obstaja upravičen razlog za sum, da je odvisen od drog oziroma dela pod vplivom drog.

Na Irskem je bil junija 2004 objavljen osnutek zakona o varnosti, zdravju in dobrem počutju na delovnem mestu. Kot zahteva eno poglavje zakona, morajo zaposleni zagotoviti, da med delom niso toliko pod vplivom nobenih prepovedanih sredstev za omamljanje, da bi bila ogrožena njihova varnost, zdravje ali dobro počutje na delovnem mestu ali varnost, zdravje in dobro počutje katere koli druge osebe. Prav tako morajo zaposleni, če delodajalec to upravičeno zahteva, opraviti vsak ustrezen, razumen in sorazmeren preizkus, ki ga izvede pristojna oseba.

V novem akcijskem načrtu EU je izpostavljeno preprečevanje v posebnih okoljih, kot je delovno mesto. Večji poudarek na ciljnem preprečevanju je lahko protituež

⁽¹⁹⁾ Za dodatne informacije glej tematski dokument Centra *Illicit drug use in the EU: legislative approaches (Nedovoljeno uživanje drog v EU: zakonodajni pristopi)*. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

splošnemu trendu za zmanjšanje strogosti kazni za uživalce drog, morda kot posledica zaskrbljenosti zaradi razširjenosti in pogostosti uživanja drog v EU. Vendar ni jasnih podatkov o dejanskem obsegu tega ugotovljenega pojava, testiranje na droge za vse drugo razen za dejanski

vpliv pa lahko po nekaterih nacionalnih in mednarodnih zakonih sproži zapletena pravna vprašanja o zasebnosti. Medtem se z zasebnimi naložbami še naprej prizadeva izboljšati natančnost opreme za testiranje in jo narediti uporabniku prijaznejšo.

Z drogami povezano motenje javnega reda in miru: trendi v politiki in ukrepih, v *Letnem poročilu Centra 2005: izbrana vprašanja*

Motenje javnega reda in miru je naraščajoča skrb v razpravah o politiki drog na nacionalni in evropski ravni. Vedenja in dejavnosti, ki so po navadi zajeti z izrazom „motenje javnega reda in miru zaradi drog“, že dolgo obstajajo v večini držav članic, držav kandidat in na Norveškem. Tako se sedaj ne srečujemo z novim pojavom, ampak z novo težnjo na področju politike drog, ki se je pojavila vsaj v nekaterih državah članicah, da bi te pojave razvrstili in zbrali v okvir krovnega koncepta ter zmanjšanje njihovega pojavljanja postavili kot cilj v nacionalni strategiji boja proti drogam.

V kakšnem obsegu si evropske države delijo to težnjo? Ali obstaja sporazumna opredelitev za ta koncept? Kako se bosta obravnavala narava in obseg pojavov? Kaj želijo

politike doseči in kakšne vrste posredovanj se izvajajo, ne glede na to, ali so posebej in izrecno namenjene zmanjševanju motenja javnega reda in miru, povezanega z drogami? Ali so na voljo kakšni rezultati vrednotenja in ali so vzpostavljeni standardi kakovosti za posredovanje? Vse to so osrednja vprašanja, ki se jim želi posvetiti to izbrano vprašanje.

S tem, ko Center predstavlja pravočasni pregled razvoja motenja javnega reda in miru, povezanega z drogami, v političnih razpravah v Evropi, želi obvestiti oblikovalce politik in javnost na splošno o naravi pojava ter trendih in ukrepih na tem področju politike drog.

To izbrano poglavje je na voljo v tiskani obliki in na medmrežju samo v angleškem jeziku („Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. <http://issues05.emcdda.eu.int>).



Poglavje 2

Šole, mladi in droge

Primerljivi podatki o uživanju alkohola in drog pri mladih izhajajo večinoma iz raziskav o 15- in 16-letnih dijakih. Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (European school survey project on alcohol and other drugs – ESPAD) je potekala leta 1995, 1999 in nazadnje leta 2003. Raziskava leta 2003 (Hibell et al., 2004) daje primerljive podatke iz 22 držav članic EU ter Norveške in treh držav kandidat (Bolgarije, Romunije in Turčije). Druge raziskave med šolsko mladino (npr. na Nizozemskem, Švedskem in Norveškem) ter raziskava *Vedenje v zvezi z zdravjem pri šolskih otrocih* (Health

Behaviour in School-aged Children – HBSC) prav tako zagotavljajo podatke o uživanju drog med srednješolci, ugotovitve pa so na splošno zelo podobne.

Razširjenost in vzorci uživanja drog

Konoplja

Najnovejši podatki raziskave ESPAD iz leta 2003 kažejo, da je najvišji delež 15- in 16-letnih dijakov, ki so konopljo že kdaj poskusili, na Češkem (44 %) (prikaz 1). Najnižje

Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (European school survey project on alcohol and other drugs, ESPAD): naraščajoči vir za razumevanje trendov pri uživanju drog in alkohola pri mladih

Raziskava ESPAD je pomemben vir informacij o uživanju drog in alkohola med evropskimi dijaki ter je neprecenljiva za beleženje trendov v časovnem obdobju. Raziskave ESPAD so bile izvedene leta 1995, 1999 in 2003. Uporaba standardiziranih metod in instrumentov med nacionalno reprezentativnimi vzorci 15- in 16-letnih dijakov določa sklop visoko kakovostnih in primerljivih podatkov. Sodelovanje v raziskavi ESPAD se je z vsako raziskavo povečevalo, saj v njih sodelujejo države članice in nečlanice EU. Leta 1995 je skupaj sodelovalo 26 evropskih držav (vključno z 10 državami, ki so se EU pridružile maja 2004). Ta številka se je leta 1999 povečala na 30, medtem ko je raziskava leta 2003 vključevala zavidljivo število 35 držav, vključno s 23 državami članicami EU (skupaj z 10 novimi državami, ki so v EU vstopile leta 2004) in tremi državami kandidatki (Bolgarija, Romunija in Turčija) ter Norveško. Španija v raziskavi ni sodelovala, vendar poročilo o raziskavi ESPAD leta 2003 predstavlja nacionalne podatke iz španskih raziskav med šolsko mladino (PNSD).

Primerljivost raziskav ESPAD med šolsko mladino temelji na standardizaciji ciljne starostne skupine ter metodi in časovni uskladitvi zbiranja podatkov, uporabi naključnega vzorčenja, robustnosti oblike vprašalnika ter zagotavljanju anonimnosti.

Vprašanja raziskave so usmerjena na pitje alkohola (razširjenost kadar koli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in

v zadnjih 30 dneh, povprečno uživanje, popivanje) ter uživanje prepovedanih drog (razširjenost kadar koli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in zadnjih 30 dneh, vključno z beleženjem, kako pogosto je do uživanja drog prišlo v teh časovnih okvirih).

Nekatere od glavnih ugotovitev v raziskavi leta 2003 v državah članicah EU, državah kandidatkah in na Norveškem so:

- konoplja je daleč najbolj pogosto uporabljena prepovedana droga;
- ekstazi je druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga, vendar je število izkušenj sorazmerno nizko;
- število izkušenj z amfetami in LSD-jem ter drugimi halucinogeni je nizko;
- čeprav je razširjenost uživanja čudežnih gob sorazmerno nizka, so te najpogosteje uporabljeni halucinogeni v 12 državah članicah EU;
- druge snovi, ki jih uživajo dijaki, vključujejo pomirjevala in sedative brez zdravniškega recepta (pri čemer je najvišja prijavljena nacionalna raven 17 %) ter inhalante (nacionalna najvišja raven je 18 %);
- razširjenost popivanja v zadnjih 30 dneh (opredeljeno kot zaporedno pitje petih pijač ali več) se med državami zelo razlikuje.

Podatke o raziskavi ESPAD in razpoložljivosti novega poročila lahko najdete na spletni strani ESPAD (www.espad.org).

ocene o številu dijakov, ki so v življenju že kdaj uživali konopljo (manj kot 10 %), se pojavljajo v Grčiji, na Cipru, Švedskem, Norveškem, v Romuniji in Turčiji. Države, v katerih je delež višji od 25 %, so Nemčija, Italija, Nizozemska, Slovaška in Slovenija (27 % in 28 %), medtem ko o najvišjih deležih dijakov, ki so v življenju že uživali konopljo, in sicer od 32 % do 40 %, poročajo v Belgiji, Franciji, na Irskem in v Združenem kraljestvu. V večini držav od leta 1995 število dijakov, ki so poskusili konopljo, stalno narašča ⁽²⁰⁾. Vendar so opazne razlike med državami.

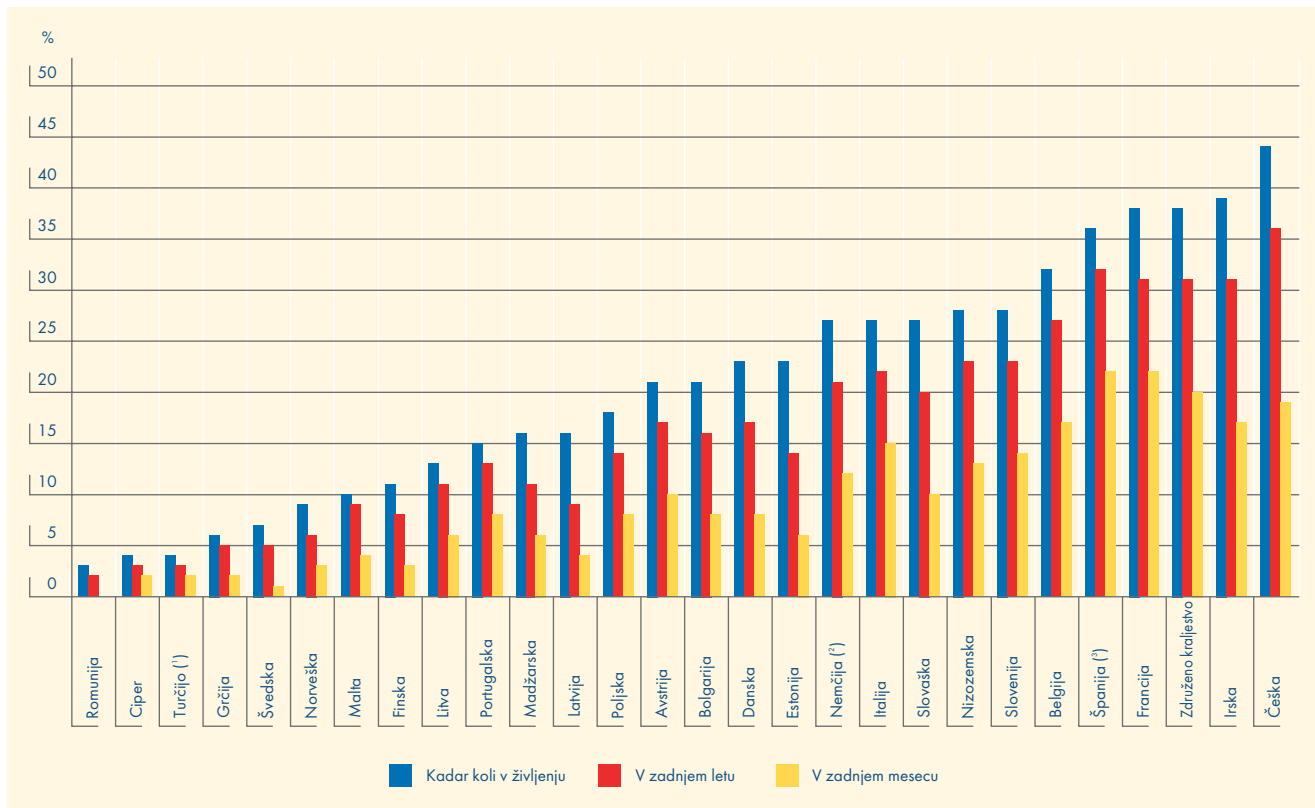
Novi podatki raziskave ESPAD o 15- in 16-letnih dijakih iz leta 2003 kažejo, da je tistih, ki so v življenju konopljo že kdaj užili, od 3 % do 44 %. Od 2 % do 36 % dijakov naj bi v zadnjih 12 mesecih užilo drogo, medtem ko je uživanje v zadnjem mesecu segalo od 0 % v nekaterih državah do 19 % v drugih ⁽²¹⁾ (prikaz 1). Obstajajo relativna odstopanja v različnih stopnjah razširjenosti. Na primer,

razširjenost tistih, ki so v življenju kdaj užili konopljo, je najvišja na Češkem, vendar je trenutna stopnja uživanja (zadnji mesec) najvišja v Španiji in Franciji (22 %).

V skoraj vseh državah je razširjenost uživanja konoplje višja med moškimi kot med ženskami. Razlike med spoloma so opaznejše med dijaki, ki so konopljo v svojem življenju zaužili 40-krat ali več ⁽²²⁾.

Starejši dijaki (17 in 18 let) so bili v nacionalne raziskave šolske mladine vključeni v 11 državah članicah in Bolgariji. Število oseb, ki so v tej starostni skupini v življenju že kdaj zaužile konopljo, se je gibalo od manj kot 2 % na Cipru do 56 % na Češkem, medtem ko je delež trenutnega (zadnji mesec) uživanja konoplje segal od manj kot 1 % na Cipru do skoraj 30 % v Franciji. V vseh državah, v katerih je bila izvedena raziskava, razen na Cipru, so bile ocene o razširjenosti višje med starejšimi dijaki kot pri 15- in 16-letnikih ⁽²³⁾.

Prikaz 1: Razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju, v zadnjem letu in v zadnjem mesecu med 15- in 16-letnimi dijaki v letu 2003



(1) Turški podatki temeljijo na enem velikem mestu v vsaki od šestih različnih regij (Adana, Ankara, Diyarbakir, Carigrad, Izmir in Samsun).
 (2) Nemški podatki temeljijo na samo šestih zveznih deželah (Bavarski, Brandenburg, Berlinu, Hessnu, Mecklenburgu - Zahodnem Pomorjanskem in Turingiji).
 (3) Španija ni sodelovala v raziskavi ESPAD. Tukaj vključeni podatki temeljijo na španski raziskavi, izvedeni novembra/decembra 2002. Vprašanja o razširjenosti drog so lahko primerljiva z vprašanji raziskave ESPAD, vendar drugi vidiki metode kažejo, da španski podatki niso čisto primerljivi.
 Vir: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Glej prikaza EYE-1 (del ii) in EYE-1 (del ix) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²¹⁾ Glej Poglavlje 3 za podrobnejšo obravnavo uživanja konoplje med dijaki.

⁽²²⁾ Glej prikaz EYE-1 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²³⁾ Glej tabeli EYE-1 in EYE-3 v Statističnem biltenu 2005.

V obdobju med letoma 1999 in 2003 se je število dijakov, ki naj bi poskusili konopljo pri 13 letih oziroma prej, na Češkem zvišalo za 5 %. Trinajst drugih držav EU je poročalo o rahlem zvišanju (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Samo na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu so poročali o znižanju deleža (za 1 %).

Po zadnji študiji Eurobarometra (2004) ⁽²⁵⁾ se je število mladih med 15. in 24. letom, ki so izjavili, da so jim ponudili konopljo, zvišalo s 46 % leta 2002 na 50 % leta 2004. V istem obdobju se je število mladih, ki so izjavili, da poznajo ljudi, ki uživajo konopljo, prav tako zvišalo s 65 % na 68 %.

Raziskave ESPAD kažejo, da je dojemanje konoplje med dijaki, tako tveganja, povezanega z uživanjem, kot tudi razpoložljivosti droge, tesno povezano z razširjenostjo uživanja konoplje kadar koli v življenju. Razmerje med tveganjem in razširjenostjo je obratno sorazmerno ⁽²⁶⁾, tj. visoko zavedanje tveganja je povezano z nizko razširjenostjo uživanja in nasprotno, vendar pa je zaznavanje razpoložljivosti neposredno povezano z razširjenostjo uživanja kadar koli v življenju ⁽²⁷⁾.

Mladi v državah z višjimi ocenami glede razširjenosti uživanja konoplje od povprečja bolj gledajo na uživanje konoplje kot na nekaj „normalnega“. Večina držav, ki poroča o relativno visokih ocenah uživanja konoplje v življenju, poroča tudi o relativno visokih ocenah „popivanja“ (opredeljeno kot zaporedno pitje petih pijač ali več zaporedoma) v zadnjih 30 dneh ⁽²⁸⁾, kar nakazuje, da sta lahko ti dve vrsti vedenja del istega načina življenja. Odstopanja od tega vzorca se kažejo v Franciji, Italiji in Bolgariji, kjer je delež uživanja konoplje relativno visok, vendar je delež popivanja relativno nizek.

Druge droge

Raziskava ESPAD 2003 je poročala, da je bila v 14 državah EU in državah kandidatkah razširjenost uživanja ekstazija višja kot razširjenost uživanja amfetaminov ⁽²⁹⁾. Najnižje stopnje tistih, ki so ekstazi v življenju že kdaj zaužili (2 % in manj), so bile na Danskem, v Grčiji, na Cipru, v Litvi, na Malti, Finskem, Švedskem, Norveškem, v Romuniji in Turčiji. Višje stopnje razširjenosti, ki se gibajo od 3 do 4 %, so bile v Belgiji, Nemčiji, Franciji, Italiji, Latviji, v Avstriji, na Poljskem,

Portugalskem, v Sloveniji, na Slovaškem in v Bolgariji. Države z najvišjimi stopnjami tistih, ki so ekstazi v življenju že kdaj zaužili, so bile Češka (8 %) ter Estonija, Španija, Irsko, Nizozemska in Združeno kraljestvo (vse 5 %).

Pri stopnjah razširjenosti v različnih obdobjih je bila leta 2003 najvišja stopnja tistih, ki so ekstazi v življenju kdaj zaužili, 8 % v primerjavi s 5 % v zadnjih 12 mesecih (uživanje v zadnjem času) in 2 % v zadnjem mesecu (redno uživanje).

Zaporedne raziskave kažejo, da se je na splošno stopnja 15- in 16-letnih dijakov, ki so ekstazi v življenju kdaj zaužili, v obdobju med letoma 1995 in 2003 povečala, pri čemer je bilo največje povečanje opaziti na Češkem in v večini novih držav članic ⁽³⁰⁾. Vendar številke iz raziskav ESPAD iz leta 1999 o razširjenosti uživanja kadar koli v življenju razkrivajo nihanja v nekaterih državah. Uživanje ekstazija se je v Združenem kraljestvu zmanjšalo pred letom 1999, kar lahko delno pripišemo obširnemu medijskemu poročanju o smrtnih primerih, povezanih z ekstazijem, v poznih 90. letih.

Psilocin in psilocibin – čudežne gobe

Psilocin in psilocibin, psihoaktivni sestavini tako imenovanih „čudežnih gob“, sta vključena na Seznam 1 Konvencije Združenih narodov iz leta 1971 in ju zato nadzirajo v vseh državah članicah. Vendar se pravni status čudežnih gob ter tudi obseg, v katerem se uveljavljajo katere koli pravne omejitve za njihovo rast in porabo, med državami članicami razlikujeta, to pomeni, da so gobe lahko nadzorovane, nenadzorovane ali nadzorovane pri „predelavi“, kar pa s pravnega vidika ni popolnoma jasen status.

Raziskava ESPAD je o uživanju „čudežnih gob“ prvič poročala leta 2003. Ocene o razširjenosti uživanja „čudežnih gob“ med 15- in 16-letnimi dijaki so v večini sodelujočih držav v raziskavi presegle ocene za LSD ali druge halucinogene droge ali so bile enake ⁽³¹⁾. Poleg tega je bila v primerjavi z izkušnjami uživanja ekstazija v življenju razširjenost uživanja čudežnih gob kadar koli v življenju višja v Belgiji, Nemčiji in Franciji ter enaka na Češkem, Danskem, v Italiji, na Nizozemskem in Poljskem. Število tistih, ki so čudežne gobe v življenju kdaj zaužili, je bilo nič na Cipru, Finskem in v Romuniji, 4 % v Nemčiji, na Irskem in v Združenem kraljestvu ter 5 % v Belgiji, Franciji in

⁽²⁴⁾ Glej prikaz EYE-1 (del vii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁵⁾ Druga raziskava Eurobarometra (Eurobarometer, 2004), Mladi in droge, je bila izvedena leta 2004. Ta neverjetnostna vzorčna raziskava je zajemala 7 659 mladih, starih od 15 do 24 let, v 15 državah članicah, vključenih v prejšnjo raziskavo leta 2002.

⁽²⁶⁾ Glej prikaz EYE-1 (del v) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁷⁾ Glej prikaz EYE-1 (del vi) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁸⁾ Glej prikaz EYE-1 (del viii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁹⁾ Glej prikaz EYE-2 (del iv) v Statističnem biltenu 2005.

⁽³⁰⁾ Glej prikaz EYE-2 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽³¹⁾ Glej prikaz EYE-2 (del v) v Statističnem biltenu 2005.

na Nizozemskem. Razširjenost je najvišja na Češkem (8 %). Podatki o trendu uživanja čudežnih gob niso na voljo.

Zadnje dogajanje na področju preprečevanja

Vrednote in vedenje posameznikov so pod vplivom tega, kar le-ti zaznavajo kot normalno v njihovem socialnem okolju, to pa zlasti velja za mlade. Če poskusno uživanje konoplje zaznavajo kot „normalno“ in socialno sprejemljivo (povezano z nizkimi stopnjami tveganja in lažjo dostopnostjo), je lahko to glavni vpliv na njihove vrednote in vedenje v zvezi z uživanjem konoplje (Botvin, 2000). Izziv za preprečevanje je mladim zagotoviti socialne in kognitivne strategije za nadzor nad temi vplivi. Zato ni realno, da se ocenjuje učinkovitost politik preprečevanja z uporabo podatkov o uživanju drog med mladimi, zlasti ne z uporabo ocen o poskusnem uživanju, saj odražajo družbene norme in ne dejanskega problematičnega vedenja.

Namesto tega bi bilo treba preprečevanje ovrednotiti glede na številna jasna merila: dobro opredeljene cilje, ciljne skupine in ukrepe, ki so določeni v nacionalnih strategijah in temeljijo na mednarodnih bazah znanja; ukrepe za nadzor kakovosti; razvoj ukrepov selektivnega preprečevanja in preprečevanja v družinah ter regulativne ukrepe za dovoljene droge, ki si prizadevajo vplivati na socialne norme, ki zajemajo dopuščanje določenih vedenj v zvezi z uživanjem ali strinjanje z njimi.

V zvezi z vrednotenjem preventivnih strategij nove nacionalne strategije v Franciji in Italiji kažejo pomembne prednosti pred njunimi prejšnjimi politikami v tem, da je sedaj vloga preprečevanja bolj opredeljena ter da so bolj opredeljeni pomembnost strukturnih programov in prednostna področja za ukrepanje. V skoraj vseh državah članicah je očitna težnja k bolj strateškemu pristopu, v celostnem načrtovanju pa so vse pogostejše predvidene ranljive skupine.

Normativni in strukturni ukrepi

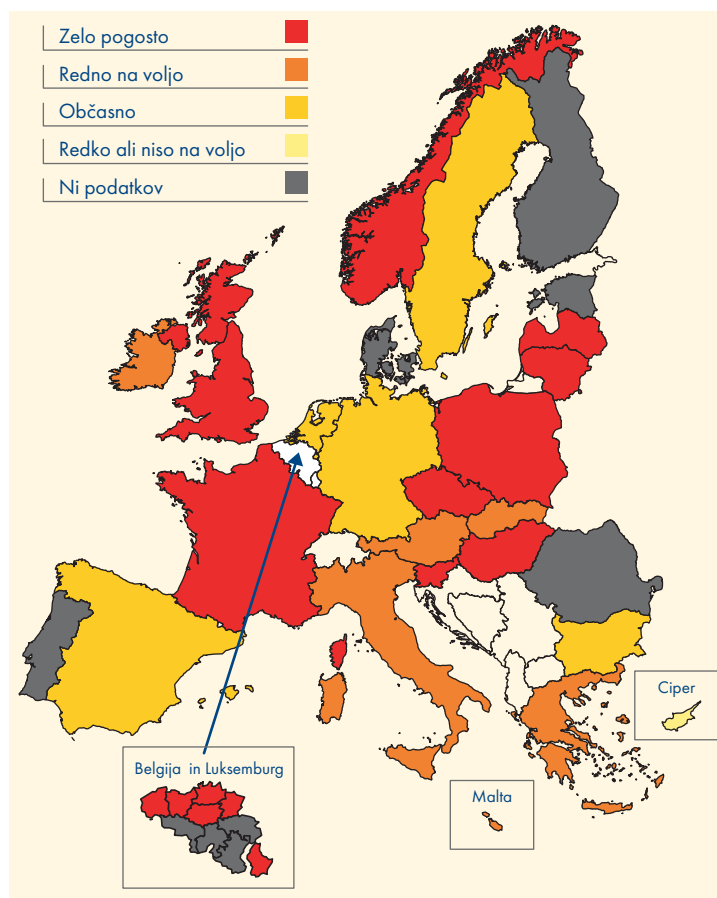
Kontrolni ukrepi za dovoljene droge pomagajo vzpostaviti normativne temelje, na katerih je mogoče zgraditi druge preventivne ukrepe. Družbene norme, ki podpirajo uživanje alkohola in tobaka ter dopuščajo njihov vpliv na vedenje, so dobro znani dejavniki tveganja za izražanje naklonjenosti do prepovedanih drog in njihovega uživanja (Becoña, 2002). V nasprotju s splošnim mnenjem javnosti so družbene norme bolj pod vplivom politik nadzora kot pa kampanj množičnih medijev ali izobraževalnih pristopov (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) je v državah članicah EU primerjal ukrepe za

nadzor tobaka in kazalce kajenja pri otrocih/mladoletnikih ter ugotovil povezavo med togostjo politik za nadzor tobaka (prepoved oglaševanja, starostna meja pri nakupu, omejitve itd.) in kadilskimi navadami. Stopnje kajenja med mladostniki so bile višje v državah s sorazmerno blažjimi politikami (npr. Danska, Nemčija in Združeno kraljestvo) kot pa v državah s strožjim nadzorom (npr. Francija, Švedska in Norveška). Znano je, da je vpliv preventivnih intervencij omejen, če jim družbene norme in politike nasprotujejo ali jih ne podpirajo. Pobude EU in Svetovne zdravstvene organizacije (Aspect Consortium, 2004) na tem področju so dosegle napredek in države članice vedno bolj povezujejo politike za nadzor tobaka s preprečevanjem zlorab drog.

Preprečevanje zlorabe drog v vzgojno-izobraževalnih ustanovah

V vseh državah članicah se šole pojmujejo kot najpomembnejše okolje za splošno preprečevanje in nacionalne strategije in strukturirano izvajanje tega

Prikaz 2: Razvoj šolskih politik



Opomba: Nemško govoreči del Belgije = občasno pojavljanje.
Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

pristopa dajejo občutno večji poudarek preprečevanju v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. To se odraža v vedno večjem številu politik drog v vzgojno-izobraževalnih ustanovah (prikaz 2) in razvoju posebnih modularnih programov preprečevanja zlorabe drog za šole ter boljšim izobraževanjem učiteljev.

Več držav kot prej je v svojih nacionalnih strategijah uvedlo (Danska ima svoj prvi program za razvijanje življenjskih spretnosti v šolah) ali razširilo (Nemčija) bolj strukturirane programe preprečevanja zlorabe drog oziroma jih načrtuje (Francija in Italija). Leta 2003 so se programi preprečevanja zlorab drog na primer izvajali v 60 % poljskih šol.

Grčija je izredno dober primer ločitve politik preprečevanja zlorab drog od tradicionalnih informacijskih in posameznih (svetovalnih) pristopov za izvajanje resnične javnozdravstvene strategije, ki lahko poveča pokritost s pristopi, temelječimi na programih. Število programov preprečevanja zlorab drog v vzgojno-izobraževalnih ustanovah v Grčiji se je v obdobju med letoma 2000 in 2003 več kot podvojilo, programi preprečevanja v družinskem okolju pa so se v istem obdobju potrojili. Tudi Malta in Združeno kraljestvo sta v svojih preventivnih politikah povečala vlogo pristopov preprečevanja, ki temelji na programih: program Blueprint želi določiti, kako se lahko mednarodne raziskave o učinkovitem preprečevanju zlorabe drog prilagodijo v angleškem šolskem sistemu, in temelji na dokazih, ki namigujejo, da je združevanje izobraževanja o drogah v vzgojno-izobraževalnih ustanovah z vključenostjo staršev, medijskih kampanj, lokalnih zdravstvenih pobud in partnerstev s skupnostjo učinkovitejše kot same intervencije v šolah. V petih letih je bilo za ta program namenjenih šest milijonov GBP (8,5 milijona EUR) ⁽³²⁾.

Spremljanje in obvladovanje kakovosti

Spremljanje in izboljševanje kakovosti preprečevanja sta močno odvisna od obstoja jasnega pregleda obstoječih dejavnosti in njihove vsebine. Tako države članice vedno večjo pozornost posvečajo spremljanju programov preprečevanja, kot ponazarjajo primeri programov v Nemčiji ⁽³³⁾ in na Norveškem ⁽³⁴⁾ ter madžarski raziskovalni projekt „Luči in sence“, s katerim so zbrali informacije o vsebini, ciljih, metodologiji, ciljnih skupinah in pokritosti programov preprečevanja zlorabe drog v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Spremljanje se izvaja

tudi na Češkem ter prek podatkovne baze Ginger v Flandriji. Na žalost je Španija opustila program IDEA Prevención, ki je bil več let najbolj razvit sistem spremljanja in kakovosti preprečevanja zlorabe drog v Evropi.

Informacijski sistemi o preprečevanju lahko prav tako pomagajo izslediti pojav neučinkovitih praks in delov programov. Enkratne informativne seje ali predavanja strokovnjakov ali policijskih uradnikov so na primer še vedno pogosti v več državah članicah, kljub soglasnim sklepom v raziskavah, da so te intervencije v najslabšem primeru neučinkovite, če že ne škodljive (Canning et al., 2004).

Vsebina programov preprečevanja se lahko pregleda samo s sistematičnim beleženjem preventivnih dejavnosti in tako temelji na obstoječem znanju o učinkovitosti, usmerjeni na specifične skupine prebivalcev. Smernice ali standardi za izvajanje programov preprečevanja so ključni, zlasti v državah, v katerih je preprečevanje močno decentralizirano.

Vsebina programov in dejavnosti

Povečanje pristopov preprečevanja, ki temelji na programu, in boljše standardizirano zbiranje informacij sta omogočila, da se lahko vsebina in trendi preventivnih politik pregledajo in primerjajo v vsej EU. Informacije ponavadi izvirajo od nacionalnih strokovnjakov ali strokovnih skupin, ki imajo zanesljiv pregled nad stanjem v svoji državi, kar jim omogoča, da izdelajo standardizirane ocene, ali iz kvantitativnih podatkov o spremljanih intervencijah, temelječih na programih, ki so na voljo v nekaterih državah članicah, npr. v Grčiji in na Madžarskem.

Na primer, večina držav članic je kot preventivni pristop uporabila izobraževanje o osebnih in družbenih spretnostih v šolah. Obravnavane so bile teme odločanja, spopadanja s težavami, postavljanja ciljev in oblikovanja samozavesti, komuniciranja in izkazovanja sočutja. Zdi se, da je ta tehnika, ki temelji na dokazih in izhaja iz družbenih teorij o učenju ⁽³⁵⁾, sedaj pomembna metodologija v večini držav članic, celo v državah, v katerih pristopi preprečevanja na podlagi programov ne obstajajo (Francija, Luksemburg in Švedska) (tabela 2). Estonija poroča o splošno razširjeni uporabi knjige, ki uči o družbenih spretnostih.

Zagotavljanje informacij ima v mnogih državah članicah še naprej osrednjo vlogo pri preprečevanju zlorabe drog

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de)

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no.

⁽³⁵⁾ Vedenje se pojmuje kot rezultat socialnega učenja na podlagi vzornikov, standardov, odnosov do „drugih pomembnejših“ (Bandura, 1977).

Negativni odnosi do uživanja drog in zaščitniška samoučinkovitost sta lahko priučena ali pogojena. Ta koncept je podlaga za vzorce sovrstnikov in vzorec posebnih življenjskih spretnosti.

(glej tabelo 2). Omejena vrednost zagotavljanja informacij pri preprečevanju uživanja drog se zgolj počasi priznava (glej na primer švedsko nacionalno poročilo). Pristopi, ki temeljijo le na zdravstveni vzgoji, so prav tako omejeni glede vplivanja na kognitivne procese in pogosto nimajo dejanskih elementov izobraževanja o vedenjskem in socialnem vključevanju. Vendar pa so kljub našemu sedanjemu razumevanju učinkovitega preprečevanja zlorab drog ti pristopi v nekaterih državah še vedno zelo razširjeni.

Za nadaljevanje takih pristopov k preprečevanju zlorabe drog obstajata dve razlagi. Ena je nagonsko in tradicionalno domnevanje, da bo zagotavljanje informacij o drogah in tveganjih, povezanih z uživanjem drog, delovalo odvratilno. Druga razlaga odraža zelo nedaven trend, ki so ga navdihnili gibanja za zmanjšanje škode in temelji na prepričanju, da so kognitivne spretnosti pomembnejše od vedenjskih pristopov pri učenju mladih, da v življenju odločitve sprejemajo na podlagi prejetih

Tabela 2: Preprečevanje med šolsko mladino v Evropi

	Standardi/smernice kakovosti ⁽¹⁾			Osebnostne družbene spretnosti	Cilji	
	Vzpostavljeni	Obvezni	Predpogoj za financiranje		Primarni	Sekundarni
Belgija (flamski del)	Da	Da	Da	Zelo pogosto	Družbene spretnosti	Informacije
Belgija (francoski del)	Da	Da	Da	n. p.	Zaščitniško okolje	Izobraževalni odnos
Češka	Načrtovane		Da	Zelo pogosto	Samospoštovanje	Zaščitniško okolje
Danska	Ne			Ne	Informacije	
Nemčija	Ne			Zelo pogosto	Družbene spretnosti	Informacije
Estonija	Ne			Občasno	n. p.	
Grčija	Da	Da	Da	Zelo pogosto	Družbene spretnosti	Izobraževalni odnos
Španija	Načrtovani	Da	Da	Zelo pogosto	Družbene spretnosti	Samospoštovanje
Francija	Da			Redko	Informacije	Družbene spretnosti
Irska	Da	Da		Zelo pogosto	Družbene spretnosti	Samospoštovanje
Italija	Da			Redno	Informacije	Družbene spretnosti
Ciper	Načrtovani	Da	Da	Občasno	Zaščitniško okolje	Družbene spretnosti
Latvija	Načrtovani			Občasno	Informacije	Družbene spretnosti
Litva	Ne			Redno	Informacije	
Luksemburg	Da		Da	Redno	Izobraževalni odnos	Družbene spretnosti
Madžarska	Načrtovani			Redno	Informacije	Družbene spretnosti
Malta	Ne			Zelo pogosto	Informacije	Družbene spretnosti
Nizozemska	Da			Ne	Informacije	
Avstrija	Da		Ne	Občasno	Družbene spretnosti	Zaščitniško okolje
Poljska	Ne			Redno	Družbene spretnosti	Informacije
Portugalska	Da	Da	Da	Občasno	Informacije	Družbene spretnosti
Slovenija	Načrtovani			Občasno	Informacije	Družbene spretnosti
Slovaška	Ne			Redko		
Finska	n. p.			n. p.	Nudjenje storitev socialnega skrbstva	Informacije
Švedska	Ne			Redno	Zaščitniško okolje	Socialna vključenost
Združeno kraljestvo	Da			Zelo pogosto	Informacije	Družbene spretnosti
Norveška	Ne			Redno	Informacije	Samospoštovanje
Bolgarija	n. p.			Občasno	Informacije	Zaščitniško okolje
Romunija	n. p.			Občasno		

NB: n. p. = Podatki niso na voljo.

(¹) Treba je opozoriti, da ne obstaja nobena skupna evropska opredelitev „standardov in smernic kakovosti“ in da se raven natančnosti razlikuje, kar vpliva na primerljivost.

informacij. Po mnenju zagovornikov te tehnike so vedenjski pristopi k preprečevanju zlorabe drog, kot npr. izboljšanje življenjskih spretnosti, pokroviteljski in demonizirajo uživanje drog (Ashton, 2003; Quensel, 2004) in po njihovem je najboljša metoda, da se mladim z zagotavljanjem informacij dajo na razpolago kognitivna orodja, ki jih potrebujejo. Čeprav imata oba pristopa različne tradicije, oba gledata na zdravstveno vedenje in zlasti uživanje drog kot na stvar osebne zavestne odločitve, medtem ko je splošno mnenje v zdravstvenih znanostih, da socialni dejavniki (soseska, skupina sovrstnikov, družbene norme) in osebni dejavniki (temperament, akademske in čustvene spretnosti) bolj vplivajo na oblikovanje zdravja in vedenja uživanja drog, kot je priznано.

Napačno zaznavanje glede tega, da je uživanje drog normalno in družbeno sprejemljivo med vrstniki, je najpomembnejši kognitivni element, na katerega se da vplivati s preprečevanjem. 30-odstotna stopnja mladih, ki so konopljo v življenju kdaj zaužili, namreč pomeni, da več kot dve tretjini te populacije še nikoli ni zaužilo konoplje, in to je dejanska „normalnost“. Vendar se kljub dokazanim koristim tehnik, ki obravnavajo normativna prepričanja mladih (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), le-te v Evropi redko uporabljajo.

Selektivno preprečevanje

Nacionalne strategije boja proti drogami in akcijski načrti vedno bolj izrecno navajajo, da je treba ranljive skupine obravnavati s preventivnimi ukrepi. To obravnavanje je še močnejše v novih državah članicah: v Estoniji (otroci z ulice, posebne šole), na Madžarskem, Cipru, Malti, Poljskem (zapostavljeni otroci in mladi iz disfunkcionalnih družin) in v Sloveniji.

Ker imajo ranljive skupine, ki se obravnavajo s selektivnim preprečevanjem, pogosto veliko izkušenj z dovoljenimi in prepovedanimi drogami, je večina intervencij selektivnega preprečevanja omejenih na zagotavljanje posebnih informacij, individualnega svetovanja in kreativnih ali športnih alternativ. Vendar ne smemo pozabiti, da so pri selektivnem preprečevanju tehnike, uporabljene v obsežnih programih družbenega vpliva splošnega preprečevanja, enako, če ne še bolj, učinkovite. Izkazalo se je, da so normativno prestrukturiranje (npr. spoznanje, da večina vrstnikov ne soglaša z uživanjem), učenje samozavesti, motivacija in postavljanje ciljev ter popravljanje mitov med ranljivimi mladimi učinkovite metode (Sussman et al., 2004), a se pri selektivnem preprečevanju v EU uporabljajo redko. Intervencijske tehnike v rekreativnih

okoljih (glej „Preprečevanje v rekreativnih okoljih“, str. 48) pa imajo večinoma obliko zagotavljanja ciljnih informacij.

Selektivno preprečevanje v šolah

Selektivno preprečevanje v šolah se najbolj osredotoča na krizno posredovanje in zgodnje odkrivanje učencev s težavami. Cilj je najti rešitve na šolski ravni, s čimer bi se izognili temu, da bi ogroženi učenci opustili šolanje ali bili izključeni ter s tem poslabšali svoj položaj. Pristopi preprečevanja, ki temeljijo na programih, so na voljo v Nemčiji, na Irskem, v Luksemburgu in Avstriji (Leppin, 2004), medtem ko na Poljskem in Finskem učiteljem zagotavljajo izobraževalne tečaje ali smernice, kako naj prepoznajo učence s težavami, vključno z uživanjem drog, ter ustrezno ukrepajo. Tradicionalni individualni pristopi vključujejo izobraževalne psihološke službe (kot v Franciji in na Cipru), ki so odvisne od (samo)napotitve. Irska ima nove intenzivne izobraževalne službe in službe socialnega skrbstva, ki delajo s šolami in družinami na območjih s slabšimi izobraževalnimi storitvami, da bi zagotovile redno prihajanje otrok v šolo.

Pristopi selektivnega preprečevanja v skupnostih

Pristopi selektivnega preprečevanja v skupnostih so usmerjeni na ranljivo mladino na ulicah. V nordijskih državah pristop Nightwalkers („Mesečniki“) vključuje skupine staršev, ki nadzorujejo ulice. Avstrija si zelo prizadeva za boljše ravnotežje med preprečevanjem zlorabe drog, družbenim izobraževanjem in strukturami socialnega dela prek tečajev, smernic za kakovost in skupnih seminarjev, npr. za mlade socialne delavce v rekreativnih okoljih za preživljanje prostega časa. Cilj je tudi uporabiti strukture socialnega dela za strokovne intervencije preprečevanja zlorabe drog. Podobno Norveška spodbuja sodelovanje in krepi interdisciplinarno prizadevanje med šolami, službami za zaščito otrok in socialnimi službami. Metode RAR (hitra presoja in odziv) ⁽³⁶⁾ – hitro zbiranje informacij (statistični podatki) in razgovori (vprašalniki, ciljne skupine) in/ali pripombe na problematičnih področjih – se v teh projektih uporabljajo na Norveškem, vendar tudi v Nemčiji in na Nizozemskem.

Intervencije, ki so usmerjene na zelo ogrožene soseske, poznajo na Irskem, v Združenem kraljestvu in v manjšem obsegu na Nizozemskem in Portugalskem. Vendar sta sedaj na tem področju ukrepe predlagali tudi Nemčija (Stöver in Kolte, 2003, citirano v nemškem nacionalnem poročilu) in Francija. V teh državah je usmeritev preprečevanja zlorabe drog na določena geografska območja glede na socialna merila novost.

⁽³⁶⁾ Svetovna zdravstvena organizacija: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Priročnik za hitro presojo in odziv na uživanje psihoaktivnih snovi in zlasti ranljive mlade ljudi) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

Države članice se v svojih politikah selektivnega preprečevanja (npr. Irska, Luksemburg, Madžarska) prav tako vedno bolj usmerjajo na specifične etnične skupine. Poudarek na etničnosti je na primer pomemben vidik na Madžarskem, kjer romsko prebivalstvo zelo ogrožajo problemi z drogami zaradi njegovih socialnih in kulturnih značilnosti ter neugodnih življenjskih razmer. V tej državi izobraževanje sovrstnikov, skupine za samopomoč, nadzor, različne preventivne programe in nizkopragovne storitve za Rome vodijo nevladne organizacije.

Ranljive družine

Univerzalno preprečevanje v družinskem okolju, zlasti večerne prireditve, predavanja, seminarji in delavnice za starše, je kljub pomanjkljivim dokazov glede njegove učinkovitosti (Mendes et al., 2001) še vedno zelo priljubljeno v mnogih državah članicah (Nemčija, Francija, Ciper in Finska). Vendar pa je v Grčiji, Španiji, na Irskem in Norveškem prišlo do zanimivega napredka na področju selektivnega preprečevanja v družinah z uvedbo inovativnih zamisli, ki presegajo družine/starše s problemi z drogami, in priznavajo vlogo socialnih, gospodarskih in kulturnih dejavnikov pri uživanju drog. Na Nizozemskem je bilo v oceni projektov za preprečevanje zlorabe drog za starše priseljencev ugotovljeno, da bi bila standardizirana intervencija prek priseljeniških mrež, v katerih bi bili ločeno obravnavani ženske in moški, izvedljiva nova usmeritev (Tarweij in Van Wamel, 2004). Na Norveškem se je usposabljanje o ravnanju staršev (PMTO, Parent Management Training, vzorec Oregona), ki je bilo na začetku izobraževalna metoda za družine z otroki s hudimi vedenjskimi motnjami, izvajalo in ocenilo v treh občinah. V še dveh državah so izvajali program ISFP (Iowa Strengthening Families Program). Ta intenzivni intervencijski program v družinskem okolju za ogrožene družine združuje metode poučevanja za dijake (10–14 let)

z izobraževalnim programom za njihove starše, s katerim želijo zlorabe drog preprečiti z večjo usposobljenostjo družin in družinskimi vezmi (Kumpfer et al., 2003).

Potreba po indikativnem preprečevanju

Indikativno preprečevanje je usmerjeno na posameznike, pri katerih so bili ugotovljeni dejavniki tveganja za probleme z drogami, na primer motnja pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD). Vendar o ukrepih preprečevanja zlorab drog, namenjenih mladim z motnjami pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti, poročajo samo v Nemčiji in na Švedskem. V Nemčiji trenutne ocene o razširjenosti motenj pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti namigujejo, da je prizadetih od 2 do 6 % oseb v starosti med 6 in 18 let, kar je ena najpogostejših kroničnih kliničnih slik med otroki in mladimi. Na Švedskem strategija preprečevanja za te otroke vključuje kognitivno in socialno usposabljanje, metodologije pa širijo z usposabljanjem strokovnjakov za preventivo. Ker so skoraj vsi predšolski otroci vključeni v primarno zdravstveno varstvo in ker večina otrok obiskuje osnovno šolo, bi lahko večino ogroženih otrok odkrili s sistematičnim pregledom in naknadnim individualnim posredovanjem.

Italijanski akcijski načrt veliko pozornosti posveča psihopatološkim razmeram in hujšim vedenjskim težavam pri otrocih in mladoletnikih, za katere se lahko domneva, da bodo uživali drogo in jo zlorabljali, če bodo ostali prezrti na začetni stopnji. Ugotovljeni problemi vključujejo vedenjske težave; hiperaktivnost in motnjo pomanjkanja pozornosti; tesnobnost, ki jo spremljajo razpoloženske motnje; bulimijo in psihogenetsko debelost; motnje osebnosti; težave v navezovanju medosebnih stikov; motnje zaradi posttravmatskega stresa in napade panike. Kot odzivi so predvideni pristopi univerzalnega in selektivnega preprečevanja.



Poglavje 3

Konoplja

Razširjenost in vzorci

Konoplja je najbolj pogosto uporabljena prepovedana snov v Evropi. Nedavne raziskave prebivalstva kažejo, da je od 3 % do 31 % odraslih (v starosti med 15 in 64 let) snov poskusilo vsaj enkrat v življenju. Najnižje stopnje ljudi, ki so konopljo v življenju kdaj poskusili, najdemo na Malti (3,5 %), Portugalskem (7,6 %) in Poljskem (7,7 %) in najvišje v Franciji (26,2 %), Združenem kraljestvu (30,8 %) in na Danskem (31,3 %). V večini držav (15 od 23 držav s podatki) je delež ljudi, ki so snov v življenju kdaj zaužili, med 10 % in 25 %.

Od 1 % do 11 % odraslih poroča, da so konopljo zaužili v zadnjih 12 mesecih, pri čemer lahko najnižje stopnje razširjenosti najdemo na Malti, v Grčiji in na Švedskem ter najvišje na Češkem, v Franciji, Španiji in Združenem kraljestvu. Večina držav (14) je poročala o 3- do 7-odstotnih stopnjah ljudi, ki so konopljo zaužili v zadnjem času.

Iz razpoložljivih nacionalnih ocen lahko dobimo oceno o skupnem številu odraslih ljudi (15–64 let), ki uživajo konopljo v vsej EU. To namiguje, da je okoli 20 % vsega prebivalstva ali več kot 62 milijonov ljudi vsaj enkrat poskusilo konopljo. Ta številka pade na okoli 6 % odraslih ali več kot 20 milijonov ljudi, če upoštevamo število tistih, ki so konopljo zaužili v zadnjem času (razširjenost v zadnjem letu). Za primerjavo, leta 2003 je v nacionalni raziskavi Združenih držav o uživanju drog in zdravju (SAMHSA, 2003) 40,6 % odraslih (v starosti 12 let ali več) izjavilo, da so vsaj enkrat poskusili konopljo ali marihuano, 10,6 % pa jih je izjavilo, da so jo užili v zadnjih 12 mesecih. Med 18- in 25-letniki so bile te številke 53,9 % (uživanje kadar koli v življenju), 28,5 % (uživanje v zadnjih 12 mesecih) in 17 % (uživanje v zadnjem mesecu) ⁽³⁷⁾.

Kot pri drugih drogah mladi stalno poročajo o višjih številkah uživanja. Med mlajšimi Evropejci, starimi med 15 in 34 let, jih je konopljo že kdaj poskusilo od 11 % do 44 %, pri čemer lahko najnižje stopnje razširjenosti najdemo v Grčiji, na Portugalskem in Poljskem ter najvišje v Franciji (39,9 %), Združenem kraljestvu (43,4 %) in na Danskem (44,6 %). Od

Ocena uživanja drog med prebivalstvom

Uživanje drog med prebivalstvom se ocenjuje z raziskavami, ki dajejo ocene o deležu prebivalstva, ki je droge užival v določenem časovnem obdobju: uživanje kadar koli v življenju (eksperimentiranje), uživanje v zadnjih 12 mesecih (uživanje v zadnjem času) ali v zadnjih 30 dneh (redno uživanje) ⁽¹⁾.

Center je razvil sklop skupnih osrednjih elementov („evropski vzorčni vprašalnik“, EMQ), ki se uporabljajo v večini raziskav v državah članicah EU ali se z njimi primerjajo. Evropski vzorčni vprašalnik je vključen v poročilo, ki je na voljo na spletni strani Centra ⁽²⁾. „Uživanje kadar koli v življenju“ je lahko omejena vrednost za kazalec trenutnega stanja med odraslimi (čeprav bi lahko bil sprejemljiv kazalec med šolsko mladino), vendar lahko skupaj z drugimi ukrepi da vpogled v vidike uživanja drog (nadaljevanje ali prenehanje uživanja) ter generacijsko dinamiko širjenja uživanja drog. „Uživanje v zadnjih 12 mesecih“ daje vpogled v nedavno uživanje drog, čeprav bo to uživanje pogosto občasno, medtem ko „uživanje v zadnjih 30 dneh“ navaja bolj redno uživanje, ki bo vključevalo osebe, ki drogo uživajo pogosto.

⁽¹⁾ Več podrobnejših informacij o metodologiji raziskav prebivalstva in metodologiji, uporabljeni v posameznih nacionalnih raziskavah, lahko najdete v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁾ Priročnik za raziskave o uživanju drog med prebivalstvom (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

3 % do 22 % mlajših odraslih je poročalo, da so konopljo zaužili v zadnjem času, pri čemer lahko najnižje številke najdemo v Grčiji, na Poljskem in Portugalskem ter najvišje v Združenem kraljestvu (19,5 %), Franciji (19,7 %) in na Češkem (22,1 %), 11 držav pa je poročalo, da je od 7 do 15 % ljudi poskusilo konopljo v zadnjem času.

Med 15- do 24-letnimi Evropejci jih od 9 % do 45 % poroča, da so v življenju že poskusili konopljo, v večini držav pa se številka giblje med 20 % in 35 %. Od 4 % do 32 % ljudi je poročalo, da so konopljo zaužili v zadnjem času (zadnjih 12 mesecev), v večini držav pa je to znašalo od 9 % do 21 % ⁽³⁸⁾.

⁽³⁷⁾ Opozoriti je treba, da je starostna skupina v ameriški raziskavi (12 let in več) širša od skupine, o kateri je poročal Center za raziskave EU (15–64 let). Na drugi strani je starostna skupina mlajših odraslih (18–25 let) ožja od skupine, ki se uporablja v večini raziskav EU (15–24 let).

⁽³⁸⁾ Glej prikaz GPS-2 v Statističnem biltenu 2005.

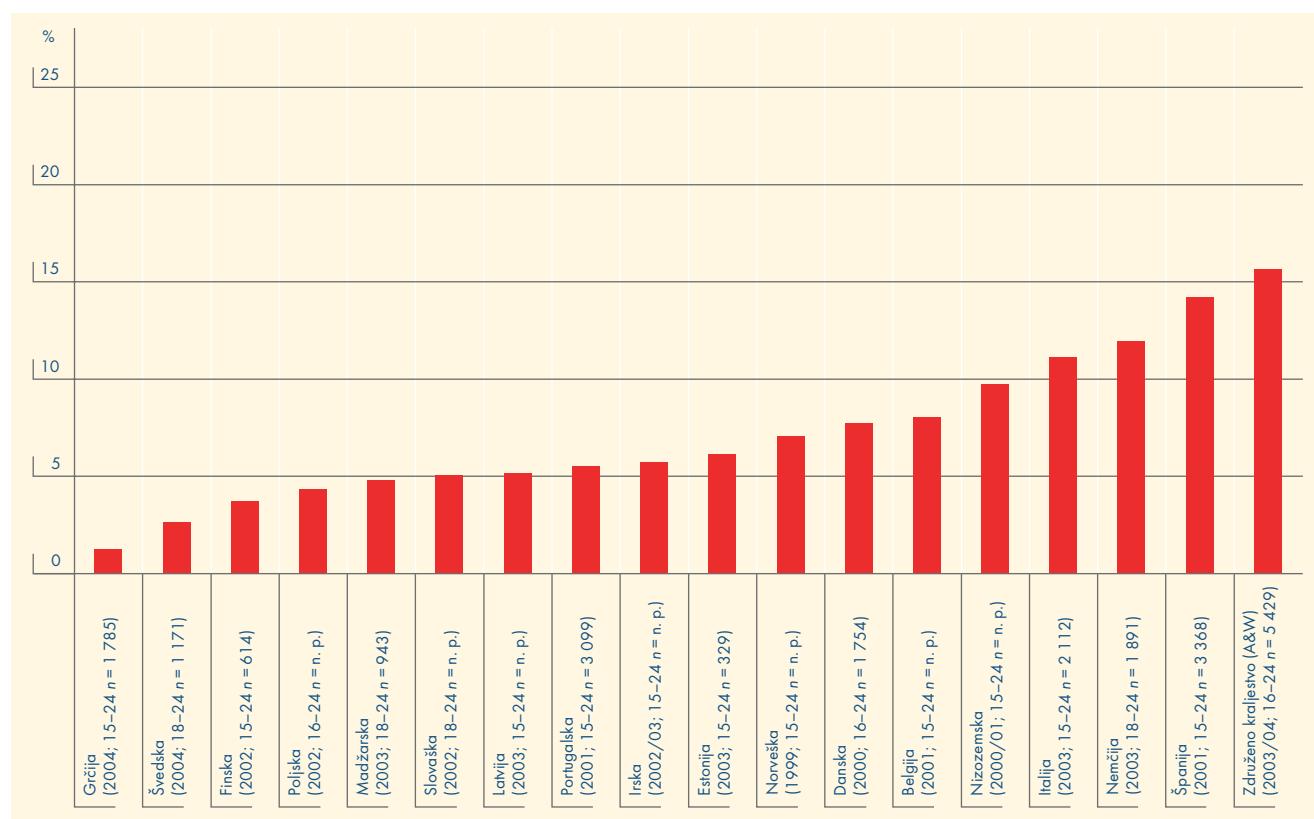
Kot pri vseh drugih prepovedanih drogah so deleži uživanja konoplje veliko višji med moškimi kot ženskami, čeprav obseg teh razlik po državah ni enak. Razmerje med moškimi in ženskami, ki so konopljo v življenju kdaj zaužili, znaša od 1,25 : 1 do 4 : 1 (od 1,25 do 4 moške na vsako žensko) ter med tistimi, ki drogo redno uživajo, od približno 2 : 1 do 6 : 1. Raziskave tudi kažejo, da je uživanje konoplje bolj običajno v mestnih območjih ali območjih z visoko gostoto prebivalstva. Tako bi lahko ugotovljene nacionalne razlike delno odražale razlike v stopnjah urbanizacije, čeprav je bilo navedeno, da se rekreativno uživanje drog širi iz mestnih območij na podeželje.

Dejstvo, da je število ljudi, ki konopljo redno uživajo ali so jo zaužili v zadnjih 12 mesecih, občutno nižje od števila ljudi, ki so jo v življenju že kdaj poskusili, kaže, da se konoplja ponavadi uživa občasno ali se njeno uživanje čez nekaj časa prekine. V večini držav EU je samo 20–40 % tistih odraslih, ki so že poskusili konopljo, izjavilo, da so jo užili v zadnjih 12 mesecih, in samo okoli 10–20 % jih priznava, da so jo užili v zadnjih 30 dneh („deleži nadaljevanja uživanja“).

V nedavnih raziskavah je o uživanju konoplje v zadnjem mesecu poročalo 0,5–9 % vseh odraslih (v mnogih državah v obsegu 2–4 %), 1,5–13 % mlajših odraslih (v mnogih državah v obsegu 3–8 %) in 1,2–16 % mladostnikov, starih od 15 do 24 let (v večini držav v obsegu 5–10 %) (prikaz 3). Zelo groba ocena je, da 1 na 10 do 20 mladih Evropejcev trenutno uživa konopljo. Države z najnižjimi deleži rednega uživanja konoplje so Malta, Grčija, Švedska, Poljska in Finska, medtem ko imata Združeno kraljestvo in Španija najvišje.

V Letnem poročilu 2004 (EMCDDA, 2004a) so podatki o pogostosti uživanja konoplje v zadnjih 30 dneh pokazali, da je približno ena četrtnina (19–33 %) tistih, ki so konopljo užili v zadnjem mesecu, to drogo uživalo vsak dan ali skoraj vsak dan⁽³⁹⁾, večina od njih pa je bila mlajših moških. Ocenjeno je bilo, da je 0,9–3,7 % Evropejcev, starih med 15 in 24 let, vsakodnevnih uživalcev konoplje in da okoli 3 milijone ljudi v Evropi snov uživa vsak dan ali skoraj vsak dan.

Prikaz 3: Redno uživanje konoplje (v zadnjem mesecu) med mlajšimi odraslimi (15–24 let), merjeno z nacionalnimi raziskavami



Opomba: Podatki so iz najnovjših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah.

Nekatere države uporabljajo za mlade odrasle nekoliko drugačen starostni razpon od tistega, ki ga uporablja Center. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

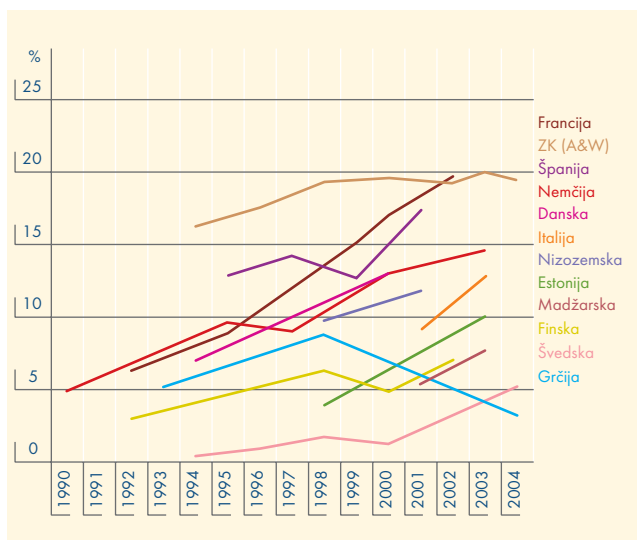
⁽³⁹⁾ Glej Letno poročilo 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informacije se nanašajo na „uživanje 20 dni ali več v zadnjih 30 dneh“, izraženo tudi kot „vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje“.

Trendi

Zaradi pomanjkanja dolgoročnih zaporednih ustaljenih raziskav v večini držav EU je zanesljivo prepoznavanje trendov na področju drog omejeno. Mnoge države izvajajo zaporedne raziskave, vendar ne gre za zaporedja v strogem pomenu besede – kljub napredku pri usklajevanju se metode in velikosti vzorcev razlikujejo med raziskavami, pogostost pa je lahko neenakomerna. Poleg tega različne države raziskave izvajajo v različnih letih, zaradi česar je še težje prepoznati evropske trende. V idealnem primeru bi se nacionalne raziskave prebivalstva izvajale v vseh državah članicah hkrati; tako bi bilo lažje primerjati rezultate na nacionalni ravni (časovno) in na evropski ravni (med državami), kar bi olajšalo oceno izpolnitve evropskega akcijskega načrta na področju drog.

Razpoložljive ugotovitve iz različnih vrst raziskav (nacionalnih ali lokalnih raziskav gospodinjestev, naborniške in šolske raziskave) kažejo, da se je uživanje konoplje v devetdesetih letih bistveno povečalo v skoraj vseh državah EU, zlasti med mladimi, in da se je uživanje konoplje v nekaterih državah v zadnjih letih še naprej

Prikaz 4: Trendi uživanja konoplje v zadnjem času (v zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z nacionalnimi raziskavami (1)



(1) Vzorčne velikosti (vprašani) za skupino 15–34 let za vsako državo in leto so predstavljene v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.

Opomba: Podatki izvirajo iz nacionalnih raziskav, ki so na voljo v vsaki državi. Številke in metodologijo za vsako raziskavo si lahko pogledate v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.

Za mlajše odrasle Center uporablja starostni razpon 15–34 let (Danska in Združeno kraljestvo od 16 let, Nemčija, Estonija (1998) in Madžarska od 18 let). V Franciji je bil starostni razpon leta 1992 25–34 let in leta 1995 18–39 let.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

povečevalo (prikaz 4). V Združenem kraljestvu, kjer so do leta 2000 beležili najvišje številke, je uživanje konoplje med mlajšimi odraslimi v obdobju med letoma 1998 in 2003/04 ostalo sorazmerno stabilno, dohitele pa so ga druge države (Francija in Španija (40)). V Grčiji so poročali o padcu med letoma 1998 in 2004.

V mnogih novih državah članicah razpoložljivi dokazi, zlasti iz raziskav med šolsko mladino, kažejo občutno povečanje v zadnjih letih. To se je zlasti pojavilo v sredini devetdesetih let in je bilo osredotočeno v mestnih območjih ter med moškimi in mlajšimi odraslimi. V Estoniji in na Madžarskem so zaporedne raziskave med odraslimi omogočile prepoznavanje nedavnih trendov (prikaz 4).

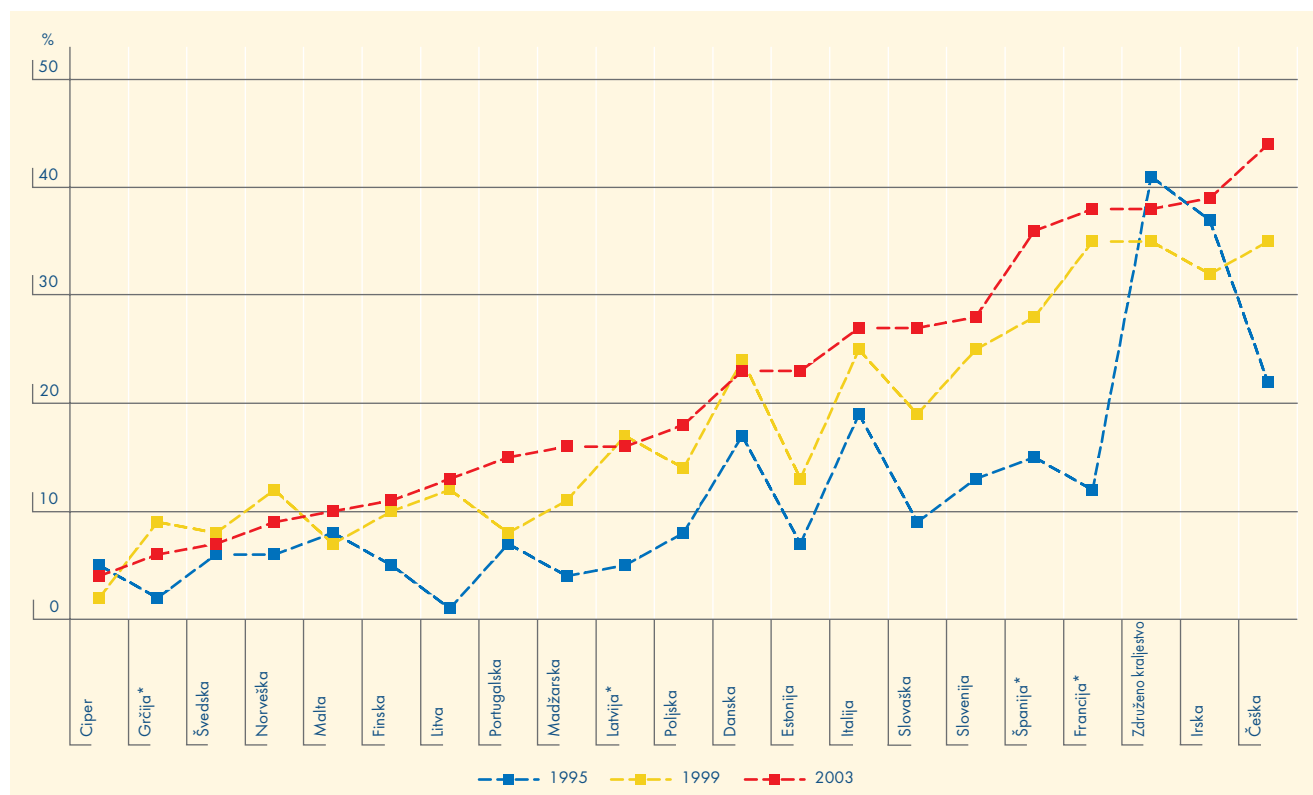
Primerjava rezultatov šolskih raziskav ESPAD za leta 1995, 1999 in 2003 (Hibell et al., 2004) kaže, da se je v skoraj vseh državah članicah in državah kandidatkah, ki so sodelovale v raziskavi, število 15- in 16-letnih dijakov, ki so konopljo v življenju kdaj že zaužili, povečalo za 2 % ali več (prikaz 5). V več kot polovici teh držav so se ocene o razširjenosti od leta 1995 podvojile ali potrojile. Najvišje relativno povečanje je bilo zlasti zaslediti v vzhodnoevropskih državah članicah, v katerih so leta 1995 poročali, da je v življenju že kdaj poskusilo konopljo manj kot 10 % ljudi. V nobeni od držav, vključenih v raziskavo ESPAD, ni bilo v vseh treh raziskavah opaziti nobenega stalnega in opaznega zmanjšanja števila ljudi, ki so konopljo v življenju kdaj zaužili.

Raziskave med šolsko mladino so pokazale, da lahko države članice EU razvrstimo v tri različne skupine glede na trende rekreativnega in občasnega uživanja konoplje. V prvi skupini (ki vključuje Irsko in Združeno kraljestvo) je število ljudi, ki so konopljo v življenju kdaj zaužili, visoko (okoli 38–39 %), vendar je v zadnjih osmih letih ostalo stabilno. Te države imajo dolgo zgodovino uživanja konoplje, velike stopnje razširjenosti uživanja konoplje pa so se pojavile v osemdesetih in devetdesetih letih. V drugi skupini držav je število dijakov, ki so konopljo v življenju kdaj zaužili, v tem času občutno naraslo (za 26 odstotnih točk). Ta skupina vključuje vse nove vzhodnoevropske države članice ter Dansko, Španijo, Francijo, Italijo in Portugalsko. V tretji skupini so ocene o številu dijakov, ki so drogo v življenju kdaj zaužili, ostale na sorazmerno nizkih ravneh (okoli 10 % ali manj). V to skupino so vključene države članice severne in južne Evrope (Finska, Švedska in Norveška ter Grčija, Ciper in Malta).

Med odraslimi je slika manj jasna, ker je na voljo manj informacij, obstoječe pa so bolj raznovrstne, vendar prevladuje podoben vzorec z visokim, a stabilnim številom ljudi v Združenem kraljestvu, ki so konopljo uživali

(40) Po podatkih, ki so prišli prepozno, da bi se vključili v poročilo, je razširjenost v zadnjem letu (RZL) med mlajšimi odraslimi v Španiji v raziskavi leta 2003 znašala 20,1 %.

Prikaz 5: Razširjenost uživanja konoplje kadar koli v življenju med 15- in 16-letnimi dijaki v serijah raziskave ESPAD v letih 1995, 1999 in 2003



Opomba: Leta 1995 raziskave v državah, označenih z zvezdico, niso bile čisto primerljive z raziskavami ESPAD. Španija ni sodelovala v raziskavi ESPAD. Tukaj vključeni podatki temeljijo na serijah španskih raziskav v letih 1996, 1998 in 2002. Vprašanja o razširjenosti drog so lahko primerljiva z vprašanji raziskave ESPAD, vendar drugi vidiki metode kažejo, da španski podatki niso čisto primerljivi.

Vir: Hibell et al., 2004.

v zadnjem času (uživanje v zadnjem letu), občutnim povečanjem v zadnjih letih v nekaterih državah (npr. Danska, Nemčija, Estonija, Španija in Francija), medtem ko kažejo druge države nižje ocene razširjenosti in manj jasne trende (npr. Grčija, Finska in Švedska). Nove raziskave med šolsko mladino in odraslimi v naslednjih 2 do 3 letih bodo pomagale še bolj osvetliti zapleteno vprašanje razvoja trendov na področju drog.

Preprečevanje uživanja konoplje

Zaskrbljenost v nekaterih državah glede vedno večjega uživanja konoplje med mladimi je pripeljala do razprav, ali bi bilo testiranje na droge koristen nadzorni ukrep. Nekateri države so sprejele ukrepe v tej zvezi, čeprav so ukrepi testiranja na droge še vedno redki. Na Češkem so v medijih poročali o uporabi testov urina in psov za odkrivanje drog v šolah. Čeprav nekateri podpirajo te ukrepe, je strokovni odbor sklenil, da take metode ne bi smele biti del nobene učinkovite primarne strategije preprečevanja. V Združenem kraljestvu so novo uvedene smernice za šole opozorile na številna pomembna

vprašanja, ki jih je treba obravnavati pred izvajanjem programa testiranja na droge. To vključuje pridobitev ustreznega soglasja staršev (in učencev, če se za njih pojmuje, da so pristojni), preučitev, ali je testiranje v skladu s šolsko vzgojiteljsko skrbnostjo, in upoštevanje razpoložljivosti ali drugih oblik ustreznih storitev pomoči. Vsaka odločitev, da morajo učenci opraviti testiranje na droge, mora biti vključena v šolsko politiko drog. Spletna stran Centra vsebuje kratko poročilo o testiranju na droge v šolah v EU ⁽⁴¹⁾.

Konoplja je skoraj vedno vključena v splošne (neciljno usmerjene) programe preprečevanja zlorabe drog. Pozornost, ki jo mediji posvečajo vedno večjemu uživanju konoplje med mladimi, z namigovanjem, da je uživanje konoplje vedno bolj „normalno“, poudarja potrebo po tem, da se posvetimo vprašanju normativnih prepričanj med mladimi. Zaskrbljenost zaradi vedno večjega odobravanja uživanja konoplje med mladimi je povzročila uvedbo preventivnih programov, katerih namen je vplivanje na njihovo prepričanje, kaj je normalno ali sprejemljivo vedenje. To vprašanje je podrobneje obravnavano

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

v Poglavlju 2. Mnoge intervencije so v glavnem sestavljene iz zagotavljanja informacij o konoplji prek medijskih kampanj, letakov ali spletnih strani. Vendar obstajajo nekateri zanimivi primeri selektivnega preprečevanja in te lahko najdemo v zbirki podatkov Centra o ocenjenih preventivnih projektih EDDRA⁽⁴²⁾. Ti programi so zlasti namenjeni mladim uživalcem konoplje, ki so storili kazniva dejanja, povezana z drogo, in ponujajo svetovanje, treninge za razvijanje osebne usposobljenosti in podporo več agencij. Primeri teh programov so FRED (Nemčija), MSF-Solidarité Jeunes (Luksemburg), Ausweg (Avstrija) in Youth offending teams (YOTs) v Združenem kraljestvu.

Velika razširjenost uživanja konoplje med mladimi pomeni, da je uživanje droge pogosto osrednja težava za tiste, ki delajo s šoloobveznimi otroki. Potencialno obetajoč pristop preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah je program po posameznih korakih, ki se je izvajal v Nemčiji in Avstriji. Ta program učiteljem pomaga, da prepoznajo uživanje drog in problematična vedenja med svojimi učenci ter se z njimi spopadejo⁽⁴³⁾.

Težko vprašanje za tiste, ki so vpleteni v odzive na konopljo, je, kako potegniti črto med vidikom preventive in vidikom zdravljenja. Na uživanje konoplje vplivajo socialni, vrstniški in osebni dejavniki, ti dejavniki pa imajo pomembno vlogo pri tveganju, da posameznik razvije dolgotrajno težavo zaradi drog; tako je preventivno delo pogosto osredotočeno na ta vprašanja in ne na vprašanja samih drog (Morrall et al., 2002). Pri oceni avstrijskega projekta Ausweg je bilo na primer ugotovljeno, da bodo mladi, ki so bili prijavljeni zaradi kaznivega dejanja, storjenega prvič v zvezi z drogo, veliko manj verjetno izkazovali motnje osebnosti, kar ponazarja pomen situacijskih, socialnih in vrstniških vplivov na uživanje droge in ne posameznih psiholoških problemov (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). Številni projekti pa so vseeno usmerjeni na konopljo in svetovanje mladim glede zmanjšanja njihovega uživanja droge. Nemški primer je spletna stran „Quit the Shit“ (www.drugcom.de), ki je inovativni spletni svetovalni program za uživalce konoplje.

Podatki o povpraševanju po zdravljenju

Izmed okoli 480 000 povpraševanj po zdravljenju, o katerih so skupaj poročali, so v okoli 12 % primerov kot o primarni drogi poročali o konoplji, kar je druga droga za heroinom. V osemletnem obdobju med letoma 1996 in 2003 se je v mnogih državah delež uživalcev konoplje med novimi osebami, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od vseh vrst drog, povečal za skoraj dvakrat⁽⁴⁴⁾, s podobnim povečanjem v številu zdravljenih oseb. Vendar je to analizo treba obravnavati pazljivo, ker temelji na omejenem številu držav, ki lahko zagotovijo potrebne podatke za primerjavo časovnih trendov.

Konoplja je za heroinom postala druga najpogosteje citirana droga v poročilih o številu oseb, ki se prvič vključijo v zdravljenje⁽⁴⁵⁾. Med državami obstajajo občutne razlike, pri čemer o konoplji v Bolgariji in na Poljskem poročajo pri 2–3 % vseh zdravljenih oseb ter pri več kot 20 % vseh zdravljenih oseb na Danskem, v Nemčiji, na Madžarskem in Finskem⁽⁴⁶⁾. V vseh državah, iz katerih so na voljo podatki, je delež oseb, ki iščejo zdravljenje zaradi uživanja konoplje, višji med novimi zdravljenimi osebami kot med vsemi zdravljenimi osebami, razen z nekaj izjemami, pri katerih so deleži približno enaki⁽⁴⁷⁾. Kljub temu se je v osemletnem obdobju med letoma 1996 in 2003 delež uživalcev konoplje med osebami, ki so iskale zdravljenje odvisnosti od vseh vrst drog, povečal z 9,4 % na 21,9 %⁽⁴⁸⁾. Vendar je to analizo treba obravnavati pazljivo, ker temelji na omejenem številu držav, ki lahko zagotovijo potrebne podatke za primerjavo časovnih trendov.

Med uživalci drog, ki se zdravijo, število moških precej presega število žensk. Najvišja razmerja med moškimi in ženskami lahko najdemo med novimi osebami, ki po zdravljenju povprašujejo zaradi uživanja konoplje (4,8 proti 1). Najvišja razmerja med moškimi in ženskami najdemo v Nemčiji, na Cipru, Madžarskem in Slovaškem, najnižja pa na Češkem, v Sloveniji, na Finskem in Švedskem. Te razlike med državami lahko odražajo kulturne dejavnike ali možne razlike v organiziranosti zdravstvenih služb⁽⁴⁹⁾.

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Za dodatne informacije glej spletno stran EDDRA: Step by Step (Korak za korakom)

(http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) in Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction (Zgodnje odkrivanje in posredovanje v zvezi s problematičnim uživanjem drog in zasvojenostjo)

(http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Glej tabeli TDI-2 (del i) in TDI-3 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁴⁵⁾ Glej tudi izbrano vprašanje o povpraševanju po zdravljenju odvisnosti od konoplje v Letnem poročilu Centra 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Analiza podatkov temelji na številu oseb, ki so po zdravljenju povpraševale v vseh centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, glede splošne razdelitve in trendov ter na zunajbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog glede profila bolnikov in vzorcev uživanja.

⁽⁴⁶⁾ Glej tabeli TDI-2 (del ii) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁴⁷⁾ Glej tabeli TDI-4 (del ii) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁴⁸⁾ Glej tabelo TDI-3 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁴⁹⁾ Glej tabelo TDI-22 v Statističnem biltenu 2005.

Kazalec potreb po zdravljenju

Podatki o številu ljudi, ki se odločijo za zdravljenje zaradi težav z drogami, zagotavljajo koristen vpogled v splošne trende na področju problematičnega uživanja drog in ponujajo možnosti za organiziranje in povečanje zmogljivosti za zdravljenje v Evropi. Kazalec potreb po zdravljenju (Treatment Demand Indicator — TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ Centra zagotavlja enotno shemo za poročanje o številu in značilnostih oseb, napotenih v centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Čeprav se na podatke TDI lahko gleda kot na podatke, ki zagotavljajo dokaj trdno in koristno predstavitev značilnosti oseb, napotenih na specializirano zdravljenje odvisnosti od drog, je treba biti iz številnih strokovnih razlogov previden pri prenašanju ugotovitev na uporabnike storitev na splošno. Število držav, ki podatke poročajo vsako leto, se namreč spreminja, zato je treba ugotovljene trende na evropski ravni razlagati previdno. Poleg tega je treba opozoriti, da se lahko pokritost podatkov spremeni po državah (podatki o zajetih enotah so navedeni v statističnem biltenu) in podatki o povpraševanju po zdravljenju lahko delno odražajo razpoložljivost zdravljenja odvisnosti od drog v državah.

Da bi omogočili razlago in primerjavo podatkov o povpraševanju po zdravljenju, je treba upoštevati naslednje točke:

- Osebe, ki prvič začnejo zdravljenje zaradi odvisnosti od uživanja drog, se imenujejo „na novo zdravljene osebe“. Z analitičnega stališča je ta skupina bolj pomembna kot kazalec trendov pri uživanju drog.

O analizah poročajo za vse zdravljene osebe. Ta skupina vključuje na novo zdravljene osebe ter tudi tiste, ki so zdravljenje po prekinitvi ali končanju v preteklem letu v poročevalnem letu ponovno začeli. Podatki o osebah, ki so v poročevalnem obdobju zdravljenje, ki se je začelo v preteklih letih, nadaljevali brez prekinitve, niso zabeleženi.

- Zbrani sta dve vrsti podatkov: povzetek podatkov o vseh vrstah centrov za zdravljenje odvisnosti ter podrobne informacije po vrstah centrov (zunajbolnišnični centri za zdravljenje odvisnosti, bolnišnični centri za zdravljenje odvisnosti, nizgopragovne agencije, splošni zdravniki, enote za zdravljenje v zaporih, druge vrste centrov). Vendar so za večino držav podatki o vrstah centrov redki, razen za zunajbolnišnične in bolnišnične centre za zdravljenje odvisnosti. Zaradi tega je analiza pogosto omejena na zunajbolnišnične centre za zdravljenje odvisnosti, za katere so podatki najbolj pokriti.
- Kot pomoč pri razlagi podatkov o kazalcu potreb po zdravljenju so vključene tudi kvalitativne informacije in informacije o okoliščinah, pridobljene iz nacionalnih poročil Reitox za leto 2004.

⁽¹⁾ Za dodatne informacije glej spletno stran Centra o povpraševanju po zdravljenju (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) in povezavo do skupnega protokola Skupine Pempidou - Centra o Kazalcu potreb po zdravljenju, različica 2.0.

⁽²⁾ Za podrobnejše informacije o virih podatkov po državah glej tabelo TDI-1 v Statističnem biltenu 2005.

Tisti, ki se zdravijo zaradi problemov s konopljo, so ponavadi sorazmerno mladi; skoraj vsi uživalci konoplje, ki so na novo vključeni v zdravljenje, so mlajši od 30 let. Pri mladoletnikih v specializiranem zdravljenju odvisnosti od drog je večja verjetnost, da bo zabeležen primarni problem konoplje, kot pri zdravljenih osebah v drugih starostnih skupinah, pri čemer je delež konoplje pri povpraševanju po zdravljenju med osebami, mlajšimi od 15 let, 65 % in 59 % med osebami, starimi od 15 do 19 let ⁽⁵⁰⁾.

Med državami obstajajo opazne razlike glede pogostosti uživanja konoplje med novimi zdravljenimi osebami. O največjem deležu vsakodnevnih uživalcev konoplje poročajo na Danskem in med novimi osebami, napotenimi na zdravljenje zaradi odvisnosti od konoplje, na Nizozemskem, medtem ko o največjem deležu občasnih uživalcev ali oseb, ki konoplje niso uporabljali v zadnjem mesecu pred zdravljenjem, poročajo v Nemčiji in Grčiji ⁽⁵¹⁾, kar verjetno odraža razlike pri napotitvi na zdravljenje.

V Nemčiji okoli ena tretjina novih oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od konoplje, drogo uživa občasno ali je ni zaužila v mesecu pred zdravljenjem, vendar drugod ta skupina predstavlja 11 % zdravljenih oseb, okoli 60 % pa jih drogo uživa vsak dan.

Zasegi in informacije o trgu

Proizvodnja in trgovanje

Leta 2003 je bila konoplja še vedno najbolj proizvajana in prodajana prepovedana droga na svetu. Ker je proizvodnja konoplje razširjena po vsem svetu in ker jo je težko spremljati, je količino proizvedene konoplje še vedno težko oceniti (UNODC, 2003a).

Obsežna proizvodnja hašiša (konopljine smole) je osredotočena v nekaj državah, zlasti v Maroku, medtem ko je trgovanje razširjeno po številnih državah (CND, 2004, 2005). Na podlagi raziskave o proizvodnji konoplje v Maroku, ki sta jo izvedla Urad za droge in kriminal pri

⁽⁵⁰⁾ Glej tabelo TDI-10 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁵¹⁾ Glej tabelo TDI-18 (del iv) v Statističnem biltenu 2005.

Razlaga podatkov o zasegih in trgu

Število zasegov v državi se ponavadi uporablja kot posredni kazalec ponudbe in razpoložljivosti drog, odraža pa tudi vire organov pregona, prednostne naloge in strategije, kot tudi ranljivost preprodajalcev zaradi nacionalnih in mednarodnih strategij za zmanjšanje ponudbe. Zasežene količine se lahko močno razlikujejo od enega leta do drugega, v enem letu je na primer nekaj zasegov zelo velikih. Zato je po mnenju več držav boljši kazalec trendov število zasegov. V vseh državah je v število zasegov všteti velik del majhnih zasegov na ravni preprodajanja na drobno. Poreklo in namembni kraj drog lahko nakažeta trgovske poti in področja proizvodnje, vendar ti podatki niso vedno znani. Večina držav članic je poročala o cenah in čistosti drog na ravni prodaje na drobno. Vendar pa podatki prihajajo iz različnih virov, ki niso vedno primerljivi ali zanesljivi, zaradi česar je težko napraviti natančno primerjavo med državami.

Združenih narodih (UNODC) in maroška vlada, se ocenjuje, da je bilo na pogorju Rif proizvedenih okoli 40 % svetovne proizvodnje hašiša v letu 2003 (INCB, 2005). Večina v EU zaužitega hašiša prihaja iz Maroka in v Evropo največkrat vstopi prek Iberskega polotoka, čeprav je tudi Nizozemska pomemben center za nadaljnje razpečevanje v države EU (Bovenkerk in Hogewind, 2002). Druge države, navedene leta 2003 kot izvirne države hašiša, zaseženega v EU, so Albanija, Afganistan, Iran, Pakistan, Nepal in Indija (nacionalna poročila Reitox, 2004; INCB, 2005).

Svetovna proizvodnja marihuane je še naprej zelo razširjena po svetu in ocenjeno je bilo, da znaša potencialna proizvodnja najmanj 40 000 ton (CND, 2005). Marihuana, ki je bila zasežena v EU leta 2003, naj bi izvirala iz več različnih držav, predvsem iz Nizozemske in Albanije, vendar tudi iz Afrike (Malavi, Južna Afrika, Nigerija) in ZDA (nacionalna poročila Reitox, 2004). Poleg tega se nekaj proizvodov iz konoplje lokalno vzgoji in pridelava (v zaprtih prostorih ali na prostem) v večini držav članic EU (nacionalna poročila Reitox, 2004).

Zasegi

V svetovnem merilu je bilo leta 2003 zaseženo skupaj 1 347 ton hašiša in 5 821 ton marihuane. Večina hašiša je bila zasežena v osrednji Evropi (70 %) in jugozahodni Aziji ter Bližnjem in Daljnem Vzhodu (21 %), medtem ko je bilo največ zasegov marihuane opravljenih v obeh Amerikah (68 %) in Afriki (26 %) (CND, 2005). Z vidika števila zasegov je konoplja najpogosteje zasežena droga v vseh državah EU, z izjemo Estonije in Latvije, kjer je bilo število zasegov amfetamina leta 2003 večje. Z vidika količin je konoplja prav tako običajno najpogosteje zasežena droga v EU, čeprav so leta 2003 poročali, da so količine drugih zaseženih drog v nekaterih državah višje – amfetaminov v Estoniji in Luksemburgu, heroina na Madžarskem in kokaina na Poljskem. V preteklosti so največ zasegov konoplje v EU opravili v Združenem kraljestvu, ki sta mu sledili Španija in Francija, in to verjetno velja še danes ⁽⁵²⁾. Vendar pa je bila v zadnjih petih letih z vidika količin v Španiji zasežena več kot polovica vseh količin v EU. Na ravni EU število zasegov konoplje ⁽⁵³⁾ niha v okviru naraščajočega trenda od leta 1998, čeprav zaradi nepopolnega poročanja podatkov iz nekaterih držav to ni zagotovo, medtem ko se zdi, da zasežene količine ⁽⁵⁴⁾ od leta 2000 naraščajo.

Cena in moč

Leta 2003 se je povprečna maloprodajna cena hašiša v Evropski uniji gibala med 1,4 eura za gram v Španiji in 21,5 eura za gram na Norveškem, medtem ko se je cena marihuane gibala med nekaj pod 1,1 eura za gram v Španiji do 12 eurov za gram v Latviji ⁽⁵⁵⁾.

Moč proizvodov iz konoplje je določena glede na njihovo vsebnost tetrahidrokanabinola (THC), ki je glavna aktivna snov. Leta 2003 je bila povprečna vsebnost THC v hašišu na ravni prodaje na drobno v državah, za katere so na voljo podatki, od manj kot 1 % (Poljska) do 25 % (Slovaška), medtem ko je bila moč marihuane od 1 % (Madžarska, Finska) do 20 % (doma pridelana na Nizozemskem) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003. Podatkov o številu zasegov konoplje v letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Romunijo; podatkov o številu zasegov konoplje in zaseženi količini konoplje v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo.

⁽⁵³⁾ Glej tabelo SZR-1 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽⁵⁴⁾ Glej tabelo SZR-2 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽⁵⁵⁾ Glej tabelo PPP-1 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽⁵⁶⁾ Glej tabelo PPP-5 (del i) v Statističnem biltnu 2005.



Poglavje 4

Stimulansi amfetaminskega tipa, LSD in druge sintetične droge

Z vidika razširjenosti uživanja je v skoraj vseh državah določena oblika sintetične droge druga najpogosteje prijavljena uporabljena snov. Splošna razširjenost uživanja teh snovi med prebivalstvom je običajno nizka, vendar pa so stopnje razširjenosti med mlajšimi starostnimi skupinami precej višje, uživanje teh drog pa je še posebej razširjeno v nekaterih socialnih okoljih in/ali med nekaterimi subkulturnimi skupinami.

V Evropi se med sintetičnimi drogami uporabljajo tako stimulansi kot halucinogene snovi. Od slednjih je najbolj znan dietilamid lisergične kisline (LSD), vendar so splošne ravni uživanja že kar nekaj časa nizke in nekoliko stabilne. Pojavljajo se nekateri dokazi, da obstaja vedno večje zanimanje za naravne halucinogene, kar je obravnavano v nadaljevanju tega poročila.

Izraz stimulansi amfetaminskega tipa (SAT) se nanaša na amfetamine in skupino ekstazija. Amfetamini so splošen izraz, s katerim opišemo številne kemično sorodne droge, ki stimulirajo osrednji živčni sistem, z vidika evropskega trga prepovedanih drog pa sta najpomembnejša med njimi amfetamin in metamfetamin. Od teh dveh je daleč najpogostejši amfetamin, čeprav se na splošno stopnje uživanja metamfetamina povečujejo. Trenutno se zdi, da je precejšnje uživanje metamfetaminov omejeno na Češko, čeprav posamična poročila poudarjajo pomen spremljanja, saj za to drogo velja, da je povezana s številnimi hudimi zdravstvenimi težavami.

Najbolj znan član skupine ekstazija je 3,4-metilendioksi metamfetamin (MDMA), vendar pa je včasih v tabletah ekstazija mogoče najti tudi druge sorodne podobne snovi. Te droge se včasih imenujejo entaktogene droge, kar pomeni „dotakniti se znotraj“, in vsebujejo sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se po učinku nekoliko razlikujejo, saj združujejo nekatere učinke, ki jih pogosteje najdemo v halucinogenih snoveh.

Razširjenost in vzorci uživanja

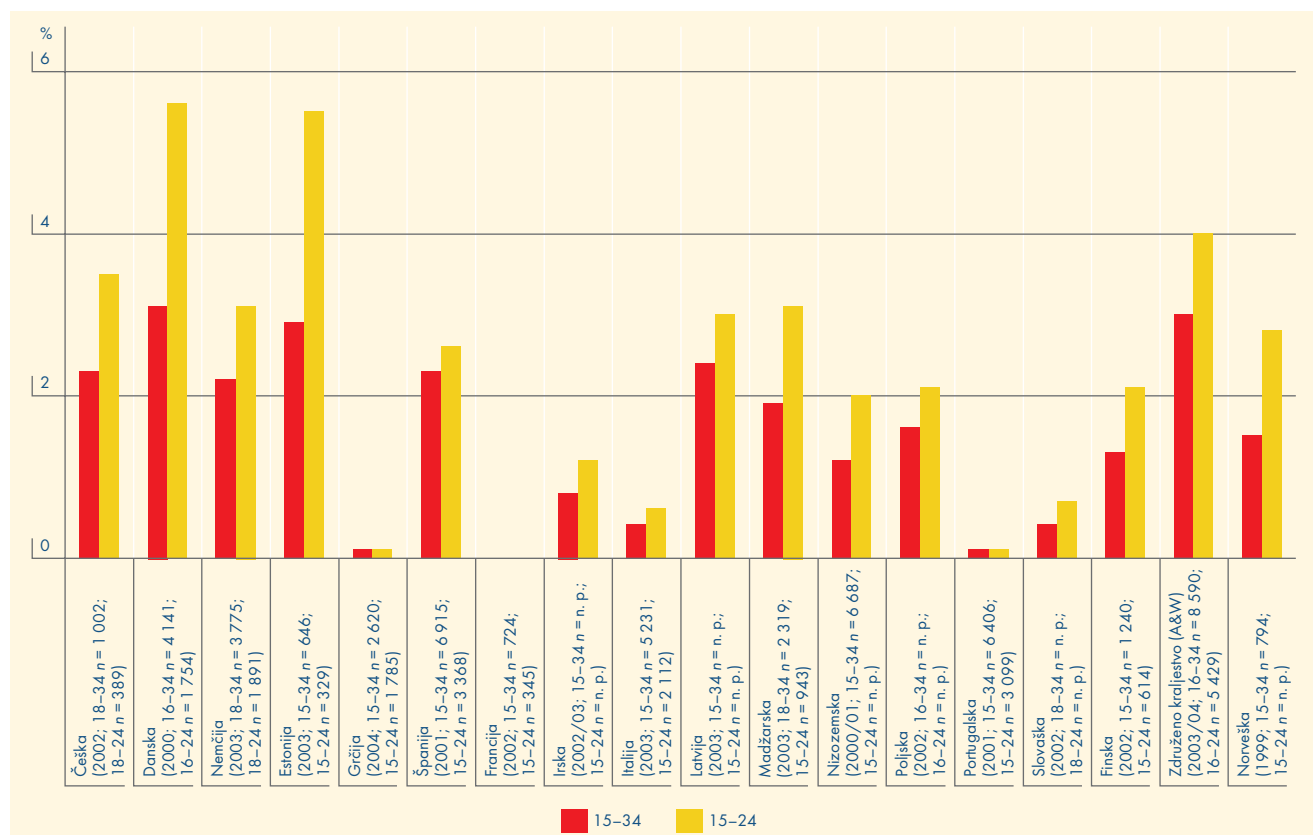
Raziskave med prebivalstvom največkrat kažejo, da so amfetamini za konopljo največkrat uporabljena

nedovoljena snov, čeprav so mnogo manj splošno razširjeni kot konoplja. Vendar se zdi, da se ta vzorec v mnogih državah spreminja, saj je v nedavnih raziskavah med prebivalstvom in šolsko mladino ekstazi prehitel amfetamine in je na drugem mestu za konopljo. Na primer v raziskavah ESPAD med šolsko mladino leta 2003 (Hibell et al., 2004) je bilo ugotovljeno, da so ocene v 14 državah EU, na Norveškem in državah kandidatkah glede števila oseb, ki so ekstazi v življenju kdaj zaužile, višje od ocen števila oseb, ki so zaužile amfetamin⁽⁵⁷⁾. Vendar se je treba spomniti, da je ekstazi postal priljubljen šele v devetdesetih, medtem ko ima uživanje amfetaminov daljšo zgodovino. To se odraža v najnovejših raziskavah med odraslimi, ki kažejo na večje število ljudi, ki so v življenju že kdaj poskusili amfetamine, v 11 državah in ekstazi v 10 državah, vendar večje število ljudi, ki so v zadnjem času (zadnjih 12 mesecih) zaužili ekstazi v 15 državah in amfetamine v samo petih državah (v dveh državah so bile poročane številke enake).

Po podatkih najnovejših raziskav se odstotek odraslih prebivalcev (15–64 let), ki so v življenju že kdaj poskusili amfetamine, v državah članicah EU giblje med 0,5 % in 6 %, z izjemo Združenega kraljestva, kjer dosega celih 12 %. Število odraslih, ki so v zadnjem času užili amfetamine, je občutno nižje, saj se giblje med 0 % in 1,5 %, pri čemer so na vrhu lestvice Danska, Estonija in Združeno kraljestvo.

Podobna slika se pojavi v raziskavah med prebivalstvom v skupini mlajših odraslih (15–34 let), pri katerih se število oseb, ki so v življenju kdaj zaužili amfetamine, giblje med 0,1 % in 10 %, Združeno kraljestvo pa poroča o izredno visoki stopnji, 18,4 %. Uživanje amfetaminov v zadnjem času se giblje med 0 % in 3 %, na zgornjem vrhu lestvice pa so ponovno Danska, Estonija in Združeno kraljestvo (prikaz 6). Čeprav je število ljudi, ki so v življenju amfetamine kdaj zaužili, v Združenem kraljestvu občutno višje od števila ljudi v drugih državah, je razširjenost uživanja amfetaminov v zadnjem času (uživanje v zadnjih 12 mesecih) zelo podobna stopnjam, o katerih poročajo v drugih državah, in na splošno še naprej upada.

⁽⁵⁷⁾ Glej prikaz EYE-2 (del iv) v Statističnem biltenu 2005.

Prikaz 6: Uživanje amfetaminov v zadnjem času (zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi v izbranih starostih, 15–34 let in 15–24 let, merjeno z raziskavami prebivalstva

Opomba: Podatki so iz najnovjših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah (glej tabelo GPS-4 za starostno skupino 15–34 let). Nekatere države uporabljajo za mlade odrasle nekoliko drugačen starostni razpon od tistega, ki ga uporablja Center. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

V raziskavah ESPAD⁽⁵⁸⁾ za leto 2003 poročajo o novih podatkih o uživanju amfetaminov med 15- in 16-letnimi dijaki. Število ljudi, ki so v življenju kdaj zaužili amfetamine, se giblje med manj kot 1 % in 7 %; najvišje nacionalne ocene za uživanje droge v zadnjem času in redno uživanje (v zadnjih 30 dneh) znašajo 4 % oziroma 3 %.

Ekstazi je poizkusilo okoli 0,2–6,5 % odraslih ljudi, pri čemer se številke v večini držav gibljejo med 1 % in 4 %. Od 0 % do 2,5 % odraslih poroča, da amfetamine trenutno uživajo, Češka, Španija in Združeno kraljestvo pa imajo najvišje stopnje razširjenosti.

Med mlajšimi odraslimi (15–34 let) jih 0,6–13,6 % poroča, da so že zaužili ekstazi. Od 0,4 % do 6 % mlajših odraslih poroča, da so ekstazi zaužili v zadnjem času, pri čemer imajo Češka, Estonija, Španija in Združeno kraljestvo najvišje stopnje razširjenosti (prikaz 7).

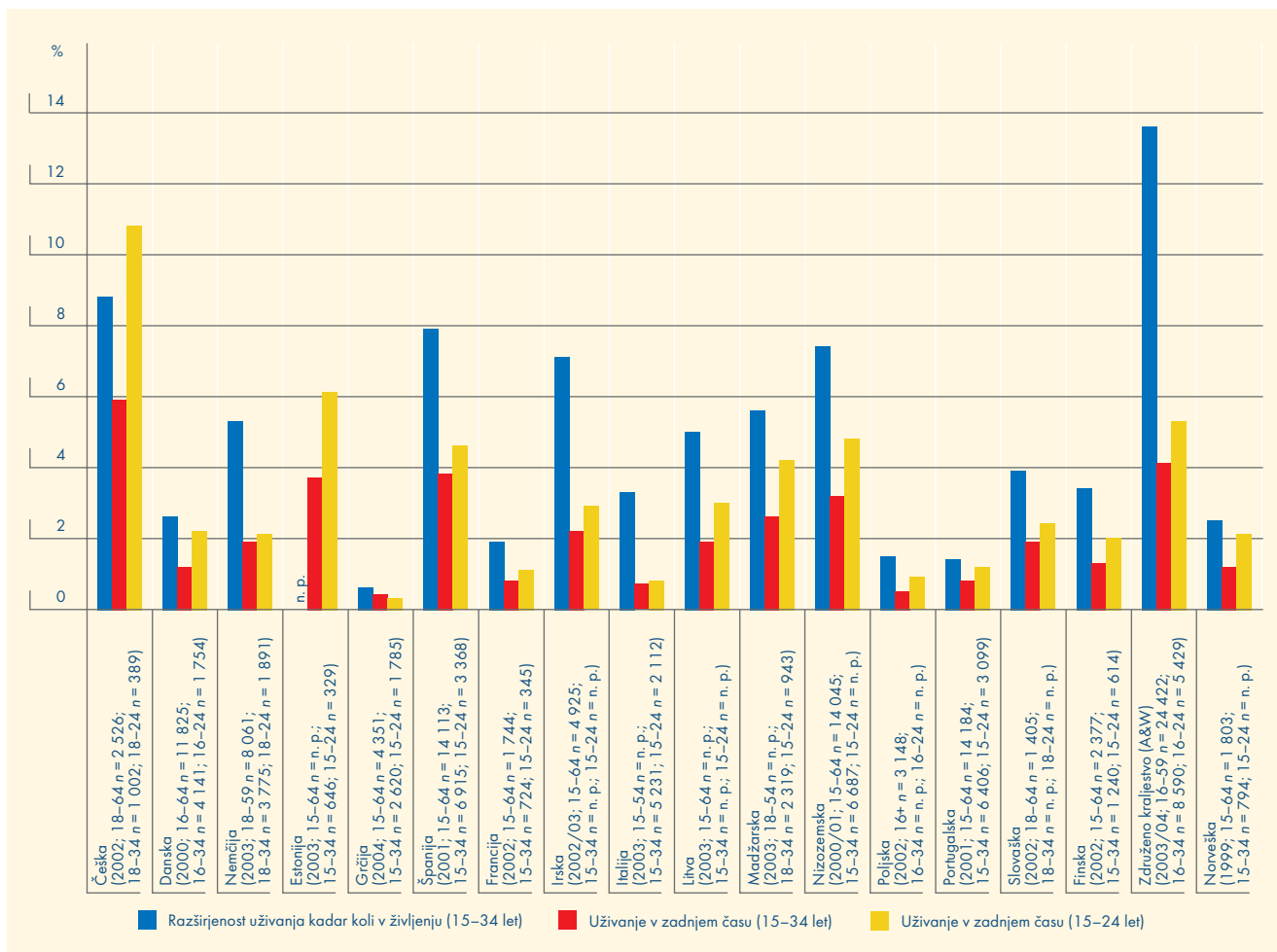
Ker je uživanje ekstazija pretežno pojav mladih, je koristno analizirati stopnje razširjenosti med mladostniki, starimi od 15 do 24 let, ter 15- in 16-letnimi dijaki. V starostni skupini

od 15 do 24 let se število ljudi, ki so v življenju drogo kdaj zaužili, giblje med 0,4 % in 13 %, uživanje v zadnjem času pa med 0,3 % in 11 %. Ker so poleg tega stopnje uživanja drog v tej starostni skupini višje pri moških kot pri ženskah, večina držav poroča, da je od 4 % do 16 % moških v starosti med 15 in 24 let že kdaj zaužilo drogo, od 2 % do 8 % moških pa je drogo uživalo v zadnjem času. Ne nazadnje je sedem držav poročalo, da od 2 % do 5 % ljudi trenutno uživa ekstazi (uživanje v zadnjih 30 dneh), kar vključuje redno uživanje in namiguje, da eden od 20–50 moških v starosti 15 do 24 let ekstazi redno uživa. Te številke bodo verjetno višje v mestih in zlasti pri ljudeh, ki obiskujejo diskoteke, klube ali plesne prireditve (Butler in Montgomery, 2004).

Ocene o razširjenosti uživanja ekstazija so precej nižje za 15- in 16-letne dijake kot za mladostnike v starosti od 15 do 24 let. Število dijakov, ki so v življenju kdaj zaužili ekstazi in so bili vključeni v raziskavo, se giblje med 0 % do 8 %, s še nižjim številom ljudi, ki so drogo uživali v zadnjem času (0–4 %) ali jo redno uživajo (0–3 %). V večini držav se

⁽⁵⁸⁾ Glej Poglavje 2 za dodatno analizo rezultatov raziskave ESPAD med šolsko mladino leta 2003.

Prikaz 7: Razširjenost uživanja ekstazija kadar koli v življenju in v zadnjem času (zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi v izbranih starostih, 15–34 let in 15–24 let, merjeno z raziskavami prebivalstva



Opomba: Podatki so iz najnovjših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah (glej tabeli GPS-2 za razširjenost uživanja kadar koli v življenju in GPS-4 za uživanje v zadnjem času v starostni skupini 15–34 let v Statističnem biltenu 2005). Nekateri države uporabljajo za mlade odrasle nekoliko drugačen starostni razpon od tistega, ki ga uporablja Center. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

ocene glede trenutnega uživanja gibljejo med 1 % in 2 %, z zelo majhno razliko med spoloma (Hibell et al., 2004).

Za primerjavo: leta 2003 je v nacionalni raziskavi Združenih držav o uživanju drog in zdravju (SAMHSA, 2003) 4,6 % odraslih (v starosti 12 let ali več) izjavilo, da so vsaj enkrat poskusili ekstazi, 0,9 % pa jih je izjavilo, da so ga užili v zadnjih 12 mesecih. Med mladostniki v starosti od 18 do 25 let jih je v isti raziskavi 14,8 % navedlo, da so ekstazi v življenju že kdaj zaužili, 3,7 %, da so ga zaužili v zadnjih 12 mesecih, ter 0,7 %, da ga redno uživa (v zadnjem mesecu) ⁽⁵⁹⁾.

Trendi

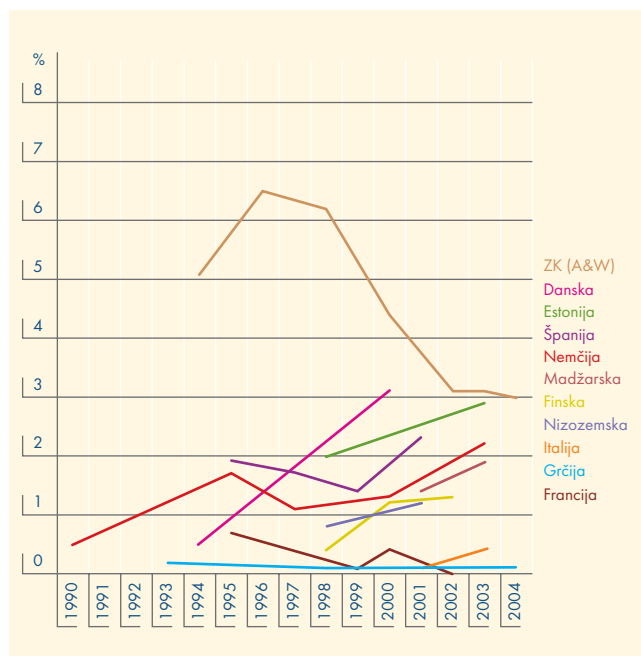
Raziskave med prebivalstvom kažejo povečanje uživanja amfetamina (prikaz 8) in ekstazija (prikaz 9) v zadnjem

času med mlajšimi odraslimi v večini držav z informacijami za zaporedne raziskave. Za ekstazi so izjeme Nemčija in Grčija, v katerih se ravni niso povečale, ter Združeno kraljestvo, kjer se je uživanje teh drog v zadnjem času ustalilo (2002/2003), čeprav so še vedno na visokih ravneh (prikaz 9).

Kot je navedeno zgoraj, uživanje ekstazija sedaj v mnogih državah presega uživanje amfetamina; vendar to še zdaleč ne pomeni, da število uživalcev amfetamina upada. V večini držav, ki so lahko zagotovile informacije iz zaporednih raziskav, je uživanje amfetamina (uživanje v zadnjih 12 mesecih med mlajšimi odraslimi) pravzaprav naraslo. Opazna izjema je Združeno kraljestvo, kjer od leta 1998 opažajo občuten padec uživanja amfetamina. To lahko pojasnjuje, zakaj je v Združenem kraljestvu število

⁽⁵⁹⁾ Opozoriti je treba, da je starostna skupina v ameriški raziskavi (12 let in več) širša od skupine, o kateri je poročal Center za raziskave EU (15–64 let). Na drugi strani je starostna skupina mlajših odraslih (18–25 let) ožja od skupine, ki se uporablja v večini raziskav EU (15–24 let).

Prikaz 8: Trendi uživanja amfetaminov v zadnjem času (v zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z raziskavami prebivalstva ⁽¹⁾



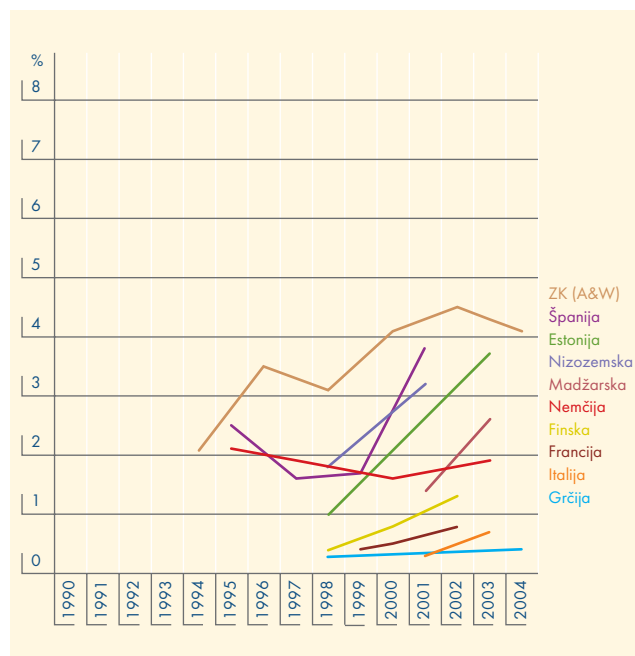
⁽¹⁾ Vzorčne velikosti (vprašani) za skupino 15–34 let za vsako državo in leto so predstavljene v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.
 Opomba: Podatki so iz nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah. Številke in metodologijo za vsako raziskavo si lahko pogledate v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.
 Za mlajše odrasle Center uporablja razpon 15–34 let (Danska in Združeno kraljestvo od 16 let, Nemčija, Estonija (1998) in Madžarska od 18 let). V Franciji je bil starostni razpon leta 1995 18–39 let.
 Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

ljudi, ki so drogo v življenju kdaj zaužili, veliko v primerjavi z zmernejšim zabeleženim številom ljudi, ki so amfetamine uživali v zadnjem obdobju. Lahko domnevamo, da je upad uživanja amfetamina v določeni meri nadomestilo povečanje uživanja kokaina in ekstazija (glej prikaza 8 in 9).

Podatki o povpraševanju po zdravljenju

Uživanje stimulansov amfetaminskega tipa je redko primarni vzrok za vključitev v zdravljenje zaradi odvisnosti od drog. So pa tudi izjeme: na Češkem, Finskem in Švedskem SAT, zlasti amfetamini in manj ekstazi, predstavljajo od 18 % do 50 % vseh primarnih povpraševanj po zdravljenju. Na Češkem se več kot 50 % prijavljenih povpraševanj po zdravljenju nanaša na primarni problem odvisnosti od metamfetamina. To se odraža tudi v novih povpraševanjih po zdravljenju, ki se jim je pridružila Slovaška ⁽⁶⁰⁾. Poleg tega 11 % Evropejcev, ki

Prikaz 9: Trendi uživanja ekstazija v zadnjem času (v zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z raziskavami prebivalstva ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Podatki so iz nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah. Številke in metodologijo za vsako raziskavo si lahko pogledate v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.
 Opomba: Za mlajše odrasle Center uporablja starostni razpon 15–34 let (Danska in Združeno kraljestvo od 16 let, Nemčija, Estonija (1998) in Madžarska od 18 let).
 Vzorčne velikosti (vprašani) za skupino 15–34 let za vsako državo in leto so predstavljene v v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.
 Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

na novo povprašujejo po zdravljenju in poročajo podatke, navaja SAT kot sekundarno drogo ⁽⁶¹⁾.

Primerjava podatkov iz let 2002 in 2003 kaže, da se je naraščajoči trend števila uživalcev SAT nadaljeval (+ 3,5 %); v obdobju med letoma 1996 in 2003 se je število oseb, ki so iskale zdravljenje zaradi odvisnosti od SAT, povečalo z 2 204 na 5 070 v 12 državah EU.

Med osebami, ki so iskale zdravljenje v zunajbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti zaradi uživanja SAT, jih 78,5 % uživa amfetamine in 21,4 % MDMA (ekstazi) ⁽⁶²⁾. Najvišji delež uživalcev ekstazija lahko najdemo na Madžarskem, Nizozemskem in v Združenem kraljestvu.

Skoraj tretjina oseb, ki iščejo zdravljenje zaradi odvisnosti od SAT, je starih med 15 in 19 let, druga tretjina pa med 20 in 24 let ⁽⁶³⁾. Velika večina uživalcev SAT drogo prvič poskusi v starosti med 15 in 19 let ⁽⁶⁴⁾.

⁽⁶⁰⁾ Glej tabeli TDI-4 (del ii) in TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶¹⁾ Glej tabelo TDI-24 v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶²⁾ Glej tabelo TDI-23 v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶³⁾ Glej tabeli TDI-11 (del ii) in TDI-11 (del v) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶⁴⁾ Glej tabeli TDI-10 (del ii) in TDI-10 (del v) v Statističnem biltenu 2005.

Med osebami, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od SAT, je enako število priložnostnih in vsakodnevnih uživalcev. V državah, v katerih je delež uporabnikov amfetamina višji, večina oseb drogo uživa od 2- do 6-krat na teden ⁽⁶⁵⁾.

Glavni način uživanja amfetaminov in ekstazija je oralno (58,2 %); vendar si okoli 15 % oseb drogo vbrizgava; v nekaterih državah si več kot 60 % uživalcev SAT amfetamine trenutno vbrizgava (Češka in Finska) ⁽⁶⁶⁾.

Smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija

Smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija so precej redki v primerjavi s smrtnimi primeri zaradi uživanja opiatov, vendar pa jih v nekaterih državah ne smemo zanemariti, izboljšali pa bi lahko tudi njihovo spremljanje. Izraz „z ekstazijem povezana smrt“ lahko pomeni, da je bil ekstazi naveden na mrliškem listu ali je bil ugotovljen pri toksikološki analizi (pogosto skupaj z drugimi drogami) ⁽⁶⁷⁾.

Čeprav poročanje ni usklajeno, podatki iz nacionalnih poročil Reitox za leto 2004 kažejo, da so v večini držav članic smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija redki, zlasti smrtni primeri, ki vključujejo izključno ekstazi. Leta 2003 je več držav poročalo o smrtnih primerih, povezanih z uživanjem ekstazija: Avstrija (samo en smrti primer izključno zaradi ekstazija), Češka (en smrti primer, verjetno zaradi prevelikega odmerka MDMA), Francija (osem primerov zaradi uživanja ekstazija), Nemčija (dva primera zaradi uživanja izključno ekstazija in osem primerov, ki so vključevali ekstazi v kombinaciji z drugimi drogami – s pripadajočima številkama 8 oziroma 11 za leto 2002), Portugalska (zabeležen v 2 % smrtnih primerov zaradi uživanja drog) in Združenem kraljestvu (ekstazi je leta 2000 „omenjen“ na 49 mrliških listih, leta 2001 na 76 in leta 2002 na 75). Nizozemska je poročala o sedmih smrtnih žrtvah zaradi akutne zastrupitve s psihostimulansi, čeprav o vpleteni snovi niso poročali.

Nekatere države pošiljajo podatke o nujnih primerih, ko je bilo treba ljudi v bolnišnico pripeljati zaradi uživanja ekstazija. V Amsterdamu je število nujnih primerov brez smrtnega izida (nizozemsko nacionalno poročilo), ki jih lahko pripišemo uživanju ekstazija, v obdobju med letoma 1995 in 2003 ostalo nespremenjeno (kot število primerov, povezanih z amfetamini), medtem ko se je število nujnih primerov, ki so jih povzročile halucinogene gobe in gamahidroksibutirat (GHB), povečalo. Na Danskem (nacionalno poročilo) se je število bolnišničnih primerov, ki jih lahko pripišemo zastrupitvi s stimulansi, povečalo s 112 leta 1999 na 292 leta 2003; od teh bolnišničnih primerov se je število, povezano z uživanjem

ekstazija, občutno povečalo od leta 1999 do 2000, vendar brez jasnega trenda pozneje, medtem ko se je v tem obdobju število primerov z uživanjem amfetamina postopoma povečevalo.

Preprečevanje

Mobilni preventivni projekti se prilagajajo razdrobitvi „raverske“ kulture, tako da se ciljna skupina mladih rekreativnih uživalcev še vedno lahko doseže, na primer prek kontaktnih točk za vsako „sceno“. Med državami, v katerih je obstajalo testiranje na tablete, se je praksa prekinila v Nemčiji in na Portugalskem. Na Nizozemskem se testiranje na tablete izvaja samo v laboratorijih, v Franciji pa so predlagali opustitev testiranja na tablete na kraju samem. Med razlogi za te spremembe so manjša pogostnost ponarejenih tablet v zahodni Evropi in stalna zaskrbljenost zaradi zakonitosti prakse. Vendar pa so se na Češkem projekti testiranja na tablete nadaljevali in so bili predmet medijskih razprav.

Preprečevanje v rekreativnih okoljih

O projektih selektivnega preprečevanja v rekreativnih okoljih vedno bolj poročajo iz novih držav članic, zlasti Češke, Cipra (mobilna informacijska enota na prizoriščih nočnega življenja), Madžarske (tri organizacije), Poljske in Slovenije.

Po navadi vsebina posredovanj ostaja nespremenjena in je v večini držav članic podobna, saj se pojavlja v obliki diskotek brez drog, umetniških prireditev, gledališča, medijske podpore (filmi, risanke itd.), seminarjev, potujočih razstav in popotniških izkušenj (luksemburško nacionalno poročilo).

Še vedno je pomemben strukturiran pristop. V Italiji, na Nizozemskem in v Skandinaviji se povezovanje v mrežo pojmuje kot osnovni pogoj za preprečevanje zlorabe drog, katerega cilj je vplivati na kulturo nočnega življenja. Zato se strokovnjaki za preventivo združujejo z lastniki lokalov, ki se običajno uporabljajo za rekreativno uživanje drog (vključno s kavarnami na Nizozemskem), ter drugimi ljudmi, ki so vključeni v nočno življenje, kot so vratarji in barski delavci. Na Švedskem taka posredovanja bolj kot v Stockholmu potekajo v drugih večjih mestih. V študiji podobnih programov na Nizozemskem je bilo ugotovljeno, da se „obiskovalci in organizatorji zabav vedejo veliko bolj odgovorno glede prepovedanih drog, kot je pričakovati“ (Pijlman et al., 2003). Takšni celostni pristopi imajo prav tako prednost, da pozornost javnosti odvrta

⁽⁶⁵⁾ Glej tabelo TDI-18 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶⁶⁾ Glej tabelo TDI-17 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁶⁷⁾ Glej Letno poročilo Centra 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/sl/page038-sl.html>) za dodatno razpravo o smrtnih primerih zaradi uživanja ekstazija.

od incidentov in zdravniških nujnih primerov, ki vključujejo prepovedane droge na večjih zabavah, ter opozarjajo na splošna tveganja v klubskih okoljih. V to kategorijo sodijo smernice za varnejše nočno življenje, vendar v Evropi še niso razširjene (Calafat et al., 2003).

Individualno spletno svetovanje na spletnih straneh je sorazmerno nov pristop, ki se uporablja v Avstriji in Nemčiji (www.drugcom.de). Podobno je v Avstriji na voljo svetovanje prek elektronske pošte v novem dunajskem klicnem centru za pomoč v zvezi z drogami, razvili pa so tudi standarde kakovosti (FSW, 2004). Vendar večina spletnih strani, namenjenih preprečevanju zlorabe drog, daje samo strokovne nasvete in ne vključuje forumov za razprave, saj dokončni dokazi o učinkovitosti takih skupnosti, ki jih vodijo potrošniki, za pomoč vrstnikom, ne obstajajo (Eysenbach et al., 2004).

Zasegi in informacije o trgu ⁽⁶⁸⁾

Po podatkih Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC, 2003a) je proizvodnja SAT – „sintetičnih drog, ki vključujejo kemično povezane amfetamine, metamfetamine in ekstazi“ – težko količinsko opredeliti, ker se „vse skupaj začne z lahko razpoložljivimi kemikalijami ter v laboratorijih, ki jih je lahko prikriti“. Vendar se ocenjuje, da se na svetu letno proizvede približno 520 ton SAT (UNODC, 2003b). Največ SAT je bilo po svetu zaseženih leta 2000 (46 ton) in po manjšem padcu se je količina leta 2003 ponovno povečala na 34 ton (CND, 2004, 2005).

Amfetamin

Na podlagi podatkov o številu odkritih laboratorijev je mogoče sklepati, da ostaja jedro svetovne proizvodnje amfetamina še naprej v Evropi. Leta 2003 so odkrili laboratorije za proizvodnjo amfetamina v osmih državah EU (Belgija, Nemčija, Estonija, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Združeno kraljestvo). Večina amfetamina, zaseženega v EU leta 2003, je izvirala iz Nizozemske, ki sta ji sledili Poljska in Belgija. Poleg tega v Estoniji in Litvi poročajo o proizvodnji amfetamina, ki je nato namenjen nordijskim državam. Promet z amfetaminom še vedno predvsem poteka znotraj regij (nacionalna poročila Reitox, 2004; CND, 2005).

Podobno je tudi do največjih zasegov amfetamina prišlo v zahodni Evropi. V zahodni in osrednji Evropi je bilo zaseženih 82 % celotne količine amfetamina po svetu leta 2003, v vzhodni in jugovzhodni Evropi 13 %, v državah Bližnjega in Daljnega Vzhoda pa 3 % (CND, 2005). V zadnjih petih letih se je v EU največ amfetamina zaseglo v Združenem kraljestvu ⁽⁶⁹⁾. Na ravni celotne EU je število zasegov amfetamina ⁽⁷⁰⁾, ki se je v preteklosti povečevalo, doseglo vrh leta 1998, trend količin zaseženih amfetaminov ⁽⁷¹⁾ pa leta 1997. Število zasegov amfetamina je ponovno naraslo leta 2001 in 2002, vendar se je na podlagi trendov v državah, za katere so na voljo podatki, leta 2003 ustalilo ali zmanjšalo. Zasežene količine so tudi nihale, vendar se zdi, da od leta 2002 naraščajo ⁽⁷²⁾.

Leta 2003 so se povprečne cene amfetamina na ravni uporabnika gibale od manj kot 10 eurov za gram v Belgiji, Estoniji, Grčiji, Latviji, na Madžarskem, Nizozemskem in Slovaškem do 37,5 eurov za gram na Norveškem ⁽⁷³⁾. Povprečna maloprodajna čistost amfetamina je leta 2003 segala od 7,5 % (Nemčija) do 50 % (Norveška) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamin

V svetovnem merilu je metamfetamin najpomembnejši SAT z vidika proizvedene in prodane količine. Leta 2003 so se največje količine še naprej proizvedle in zasegle v vzhodni in jugovzhodni Aziji (Kitajska, Mjanmar, Filipini, Tajska), sledila pa ji je Severna Amerika (Združene države) (CND, 2005). Obseg proizvodnje metamfetamina v Evropi je precej manjši. Leta 2003 so skrivne laboratorije za proizvodnjo metamfetamina odkrili in o njih poročali na Češkem, v Nemčiji, Litvi in na Slovaškem (nacionalna poročila Reitox, 2004, CND, 2005). Na Češkem se je o proizvodnji metamfetamina poročalo že od začetka osemdesetih let (UNODC, 2003a); večina je namenjena lokalni porabi, nekaj proizvodnje pa se pretihotapi v Nemčijo in Avstrijo (češko nacionalno poročilo). Leta 2003 so češki organi poročali o povečanju proizvodnje „pervitina“ (lokalnega metamfetamina) iz farmacevtskih proizvodov z zaščitenim znakom zaradi pomanjkanja efedrina (predhodna sestavina metamfetamina) na lokalnem črnem trgu. Čeprav Center podatkov o zasegih metamfetamina ne zbira sistematično, so Češka, Nemčija, Litva in Norveška poročale o takih zasegih v letu 2003.

⁽⁶⁸⁾ Glej „Razlaga podatkov o zasegih in trgu“, str. 42.

⁽⁶⁹⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003 za Združeno kraljestvo. Podatkov o številu zasegov amfetaminov v letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Romunijo; podatkov o številu zasegov amfetaminov in zaseženi količini amfetaminov v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo.

⁽⁷⁰⁾ Glej tabelo SZR-7 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷¹⁾ Glej tabelo SZR-8 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷²⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003 – zlasti za Združeno kraljestvo.

⁽⁷³⁾ Glej tabelo PPP-4 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷⁴⁾ Glej tabelo PPP-8 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

Poleg tega je Danska poročala, da je metamfetamin vedno pogostejši na trgu prepovedanih drog, Latvija pa je poročala o večjih količinah (0,8 tone) zaseženega efedrina leta 2003 (v primerjavi z letom 2002) (nacionalna poročila Reitox, 2004).

Leta 2003 se je povprečna maloprodajna cena „pervitina“ na Češkem gibala od 16 do 63 eurov za gram ⁽⁷⁵⁾, povprečna čistost pa med 50 % in 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ekstazi

V svetovnem merilu ostaja Evropa glavno središče proizvodnje ekstazija, čeprav se zdi, da njena relativna pomembnost upada, saj se proizvodnja ekstazija širi na druge konce sveta, predvsem v Severno Ameriko ter vzhodno in jugovzhodno Azijo (CND, 2005; INCB, 2005). Leta 2003 se je število po svetu odkritih laboratorijev za proizvodnjo ekstazija zmanjšalo (CND, 2005); v EU so o takih odkritih laboratorijih poročali v Belgiji, Estoniji, Litvi in na Nizozemskem (nacionalna poročila Reitox, 2004; CND, 2005). Za ekstazi, zasežen v EU, poročajo, da izvira predvsem iz Nizozemske, ki ji sledi Belgija, čeprav sta v več poročilih kot izvorni državi omenjeni tudi Estonija in Združeno kraljestvo (nacionalna poročila Reitox, 2003).

Trgovanje z ekstazijem je še vedno močno osredotočeno na zahodno Evropo, čeprav se je, podobno kot proizvodnja, v zadnjih letih razširilo po vsem svetu (UNODC, 2003a). K zaseženi količini sta leta 2003 zahodna in osrednja Evropa prispevali 58 %, Oceanija pa 23 % (CND, 2005). Leta 2002 je Nizozemska prvič prehitela Združeno kraljestvo kot država, v kateri je bilo zaseženega največ ekstazija ⁽⁷⁷⁾.

Število zasegov ekstazija ⁽⁷⁸⁾ na ravni EU se je izredno hitro povečalo v obdobju med letoma 1998 in 2001. Vendar se zasežene količine od leta 2001 zmanjšujejo in na podlagi trendov v državah, za katere so na voljo podatki, se zdi, da se je upad nadaljeval leta 2003. Zasežene količine ekstazija ⁽⁷⁹⁾ so strmo narasle od leta 1998 do 2000, nato

se je ritem upočasnil. Vendar so se leta 2003 zasežene količine zmanjšale v večini držav, ki so sporočile podatke. Vendar pa je očitno upad zasegov ekstazija v EU (število in količine) leta 2003 treba potrditi, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002 – zlasti iz Združenega kraljestva.

Za leto 2003 se je povprečna cena tablet ekstazija na ulici gibala od manj kot 5 eurov (Madžarska, Nizozemska) do 20–30 eurov (Grčija, Italija) ⁽⁸⁰⁾.

Leta 2003 so bile ekstazi (MDMA, aktivna snov) in ekstaziju podobne snovi (MDEA, MDA) edine psihoaktivne snovi, ugotovljene v večini analiziranih tablet, prodanih kot prepovedana droga. Tako je bilo na Danskem, v Španiji, na Madžarskem, Nizozemskem, Slovaškem in Norveškem, kjer je te snovi vsebovalo več kot 95 % vseh analiziranih tablet. Vendar sta dve državi, Estonija in Litva, poročali, da je velik delež (94 % in 76 %) analiziranih tablet vseboval amfetamin in/ali metamfetamin kot edini psihoaktivni snovi. Vsebnost MDMA v tabletah ekstazija se po državah med serijami precej razlikuje (celo med tistimi z enakim logotipom). Leta 2003 je povprečna vsebnost aktivne snovi (MDMA) v tabletah ekstazija znašala od 54 do 78 mg ⁽⁸¹⁾. Druge ugotovljene psihoaktivne snovi v tabletah, prodanih kot ekstazi leta 2003, so bile MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA in 1-PEA (nacionalna poročila Reitox, 2004).

LSD

LSD se proizvaja in prodaja v manjšem obsegu kot SAT. Do leta 2000 je bilo v okviru EU največ zasegov LSD v Združenem kraljestvu, vendar pa je od takrat Nemčija ⁽⁸²⁾ zabeležila najvišje število zasegov ⁽⁸³⁾. V obdobju med letoma 1998 in 2002 so na ravni EU neprestano upadali tako število zasegov LSD ⁽⁸⁴⁾ kot zasežene količine ⁽⁸⁵⁾ – z izjemo leta 2000, ko je raven ostala enaka. Vendar pa so se leta 2003 prvič v devetih letih število zasegov LSD in zasežene količine povečali. Izredno velike količine so bile zasežene v Španiji, Franciji in na Poljskem. To bi lahko opozorilo na ponovni razcvet trgovanja z LSD (in verjetno

⁽⁷⁵⁾ Glej tabelo PPP-4 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷⁶⁾ Glej tabelo PPP-8 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷⁷⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003. Podatkov o številu zasegov ekstazija v letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Romunijo; podatkov o številu zasegov ekstazija in zaseženi količini ekstazija v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo.

⁽⁷⁸⁾ Glej tabelo SZR-9 (del iv) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁷⁹⁾ Glej tabelo SZR-10 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁸⁰⁾ Glej tabelo PPP-4 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁸¹⁾ Ta obseg temelji na podatkih iz samo nekaterih držav, in sicer Danske, Nemčije, Francije, Luksemburga in Nizozemske.

⁽⁸²⁾ Treba je opozoriti na majhno število zasegov LSD-ja, da se izognemo pretirani razlagi razlik od enega leta do drugega.

⁽⁸³⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003. Podatkov o številu zasegov LSD-ja v letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Poljsko; podatkov o številu zasegov LSD-ja in zaseženi količini LSD-ja v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko, Malto, Slovenijo, Združeno kraljestvo, Bolgarijo in Romunijo.

⁽⁸⁴⁾ Glej tabelo SZR-11 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁸⁵⁾ Glej tabelo SZR-12 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

uživanje) v EU. Leta 2002 se je povprečna cena enote LSD za uporabnika gibala od 4 eurov v Združenem kraljestvu do 25 eurov v Italiji ⁽⁸⁶⁾.

Informacije o sistemu zgodnjega opozarjanja (Early Warning System)

Glavni cilj evropskega sistema zgodnjega opozarjanja (Early Warning System – EWS) v okviru Skupnega ukrepa EU o novih sintetičnih drogah iz leta 1997 ⁽⁸⁷⁾ je hitro zbiranje, analiza in izmenjava informacij o novih sintetičnih drogah, takoj ko se pojavijo na evropski „sceni“ drog. Sistem zgodnjega opozarjanja prek mreže Reitox sodi pod okrilje Centra in tesno sodeluje z Europolom, ki prek svoje mreže nacionalnih enot zagotavlja ustrezne informacije o kazenskem pregonu.

Leta 2004 so države članice Center obvestile o šestih novih sintetičnih drogah, kar je število nadzorovanih snovi povišalo na več kot 25. Te vključujejo substituirane („ring-substituted“) fenetilamine (zlasti iz skupine 2C ter TMA-2, 4-MTA, PMMA itd.), triptamine (kot so DMT, AMT, DIPT in različni derivati) in piperazine (vključno z BZP in mCPP). Zbrale in izmenjale so tudi informacije o različnih drugih snoveh, vključno z nekaterimi katinoni (kot so substituirani pirolidini). Vendar Evropska komisija in Evropski svet nista bila zaprosena, da odobrita oceno tveganja katere koli nove snovi, ker so obstajali nezadostni dokazi o zdravju posameznika/javnosti ali socialnih tveganjih.

Ketamin in GHB, za katera je bila ocena tveganja opravljena leta 2000, se še naprej spremljata s sistemom zgodnjega opozarjanja. Čeprav obstajajo navedbe, da bi se lahko uporaba teh dveh snovi v rekreativnih okoljih močno razširila, razpoložljivi dokazi ne zadostujejo, da bi ugotovili razširjenost ali prepoznali trende na ravni EU.

O odkritjih ketamina so poročali iz Belgije, Danske, Grčije, Francije, Madžarske, Nizozemske, Švedske, Združenega kraljestva in Norveške. Večinoma je bil zasežen v obliki belega prahu, čeprav Francija in Združeno kraljestvo poročata tudi o zasegih/pridobitvi ketamina v tekoči obliki. O najvišjem številu odkritij v telesnih tekočinah in vzorcih sta poročali Švedska in Norveška (51 oziroma 30), vendar nobena država ni razlikovala med medicinsko in nedovoljeno uporabo.

O odkritju GHB, vključno z zasegi njegovih predhodnih sestavin GBL in 1,4-BD (kemikalije, ki so komercialno širše dostopne), so poročali iz Belgije, Češke, Danske, Estonije,

Francije, Nizozemske, Švedske, Finske, Združenega kraljestva in Norveške. GHB so zasegli v prahu in tekoči obliki.

V zadnjih mesecih leta 2004 so iz Belgije, Francije, Italije in Nizozemske poročali o več primerih zastrupitve zaradi uživanja kokaina s primešanim sorazmerno visokim odmerkom atropina ⁽⁸⁸⁾. Takoj ko je tveganje za zastrupitev s kombiniranim kokainom/atropinom postalo očitno, je Center opozoril vse partnerje EWS ter jim svetoval, naj svoje mreže in zlasti ustrezne zdravstvene organe obvestijo o znakih zastrupitve s kokainom/atropinom, da se je lahko odkrila v zgodnji fazi. Tako se je več držav članic odločilo tudi, da izdajo zgodnja obvestila svojim mrežam ali javnim zdravstvenim organom.

Maja 2005 je bil sistem zgodnjega obveščanja dodatno okrepljen s Sklepom Sveta (2005/387/JHA), ki je nadomestil Skupni ukrep iz leta 1997. Sklep Sveta razširja področje ukrepanja na vse nove psihoaktivne snovi (narkotične in sintetične droge). Poleg tega mehanizem omogoča, da se v izmenjavo informacij o novih psihoaktivnih snoveh vključijo medicinski proizvodi.

Mednarodni ukrepi proti proizvodnji in prometu s sintetičnimi drogami

V EU in na ravni mednarodnega sodelovanja je vedno bolj priznan pomen spremljanja in nadziranja kemikalij, ki se uporabljajo kot predhodne sestavine, potrebne za proizvodnjo nadziranih snovi. Z večjim nadzorovanjem kemikalij, potrebnih za proizvodnjo drog, kot so heroin, kokain in ekstazi, se lahko izvajajo ukrepi za prekinitev ali ustavitev dobave. Trenutno na tem področju potekajo trije večji mednarodni programi: operacija Škrlatno (Operation Purple) v zvezi s kalijevim permanganatom, ki se uporablja za proizvodnjo kokaina; operacija Topaz (Operation Topaz), ki spremlja mednarodno trgovino z anhidridom očetne kisline, predhodne sestavine, ki se uporablja za izdelavo heroina, ter projekt Prizma (Project Prism), ki je usmerjen na izsledovalne preiskave zasegov predhodnih sestavin stimulansov amfetaminskega tipa v pristaniščih vstopa ali območjih laboratorijev za prepovedane droge. Mednarodna uprava za kontrolo narkotikov (INCB) je bila obveščena o skupno 20 227 transakcijah in te operacije preučila v zadnjih dveh mesecih, obstajajo pa nekateri dokazi, da ti ukrepi vplivajo na proizvodnjo drog.

⁽⁸⁶⁾ Glej tabelo PPP-4 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽⁸⁷⁾ Skupni ukrep iz leta 1997 o izmenjavi podatkov, oceni tveganja in nadzoru nad novimi sintetičnimi drogami (UL L 167, 25.6.1997) opredeljuje nove sintetične droge kot „sintetične droge, ki jih trenutno ni na seznamih iz Konvencije Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971 ter predstavljajo podobno nevarnost za javno zdravje kot snovi, naštet v seznamih I ali II te konvencije, hkrati pa imajo omejeno terapevtsko vrednost“. Nanaša se na končne proizvode v nasprotju s predhodnimi sestavinami.

⁽⁸⁸⁾ Atropin, antiholinergičen agens, je naravni alkaloid volčje češnje (*Atropa belladonna*). Hujša zastrupitev je lahko smrtno nevarna.

Projekt Prizma je zlasti pomemben z vidika proizvodnje sintetičnih drog v EU. To je področje dela, ki je polno izzivov, saj je med velikim številom kemikalij, ki se lahko uporabijo za proizvodnjo SAT, mnogo snovi, ki so potrebne za zakonite trgovinske dejavnosti ali so njihovi stranski proizvodi. Za projekt Prizma so zlasti zanimivi spremljanje mednarodne trgovine s safrolom, ki se uporablja za proizvodnjo ekstazija; preprečevanje zlorabe farmacevtskih pripravkov, ki vsebujejo psevdoefedrin, ter odkrivanje laboratorijev, vključenih v nedovoljeno proizvodnjo 1-fenil-2-propanona. Kljub težavam pri delu na tem področju se zdi, da je projekt Prizma omogočil boljše mednarodno sodelovanje ter pripeljal do učinkovite prepovedi dejavnosti. Tak primer, ki ga je INCB (2005) zabeležil v svojem nedavnem poročilu, je bilo sodelovanje med Kitajsko in Poljsko, s katerim se je odkril večji primer tihotapljenja 1-fenil-2-propanona na Poljsko.

Ukrepi proti proizvodnji sintetičnih drog in prometu z njimi v Evropi

V skladu z izvedbenim načrtom za ukrepe, ki jih je treba sprejeti v zvezi s ponudbo sintetičnih drog, je Komisija v sodelovanju z Europolom decembra 2003 pripravila poročilo, v katerem je opisala trenutni status večjih večstranskih projektov o izdelavi načrta distribucijskih mrež in izkušenj, pridobljenih na tem področju na ravni EU, v državah članicah in državah kandidatkah. V poročilu so bili poudarjeni ključni elementi v takih projektih, za katere se zdi, da so nujni za doseg operativnih koristi. V njem je bilo prav tako ugotovljeno, da obstaja „možna korist združevanja informacij in znanja z različnih področij, povezanih s sintetičnimi drogami, v okviru vključene in celostne strategije“.

Decembra 2004 je Europol združil projekta CASE in GENESIS ter oblikoval projekt Synergy, ki vsebuje analitično delovno datoteko (AWF), ki jo je podprlo 20 držav članic in nekaj tretjih držav, Europolov sistem za primerjavo nedovoljenih laboratorijev (Europol Illicit Laboratory Comparison System – EILCS) in Europolov

sistem logotipov ekstazija (Europol Ecstasy Logo System – EELS). Projekt še naprej podpira Splošne ukrepe proti sintetičnim drogami v Evropi (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe – CASE), ki je švedska pobuda za analiziranje amfetaminov, ter Evropsko skupno enoto za predhodne sestavine (European Joint Unit on Precursors – EJUP), ki jo sestavljajo strokovnjaki iz šestih držav članic.

Element analitičnih delovnih datotek predvideva zbiranje in analizo kriminalističnih obveščevalnih podatkov na visoki ravni, povezanih s sintetičnimi drogami in predhodnimi sestavinami. Prednost je posvečena preiskovanju kriminalnih skupin in/ali pomembnejših načinov ravnanja.

Europolov sistem za primerjavo nedovoljenih laboratorijev (Europol Illicit Laboratory Comparison System – EILCS) primerja slikovne in tehnične informacije s krajev proizvodnje sintetičnih drog ter s tem povezanih odlagališč kemičnih odpadkov ter tako omogoča preiskavo povezav med zaseženo opremo, materiali in kemikalijami, začenja izmenjavo informacij, izsledovalne preiskave, forenzične preglede za pridobivanje dokazov ter opredelitev in usmeritev na osebe, ki omogočajo preskrbo z opremo, ter s tem povezanih kriminalnih skupin. Europol je prek EILCS evropska kontaktna točka za projekt Prizma – Oprema, svetovni program izsledovanja strojev za tabletiranje Mednarodne uprave za kontrolo narkotikov (INCB) pri Združenih narodih ter drugo opremo za proizvodnjo sintetičnih drog.

Europolov sistem logotipov ekstazija (Europol Ecstasy Logo System – EELS) zbira in primerja podatke o metodah ter slikovne in osnovne forenzične informacije pri večjih zasegih, s čimer je mogoče ugotoviti podobnosti med posameznimi zasegi, in o zaseženih pečatih, ter sproža izmenjavo informacij o pregonu, dodatne preiskave in forenzične analize za pridobivanje dokazov ter usmerjeno delovanje proti kriminalnim združbam.

Europolov katalog opreme za proizvodnjo sintetičnih drog in njegov sistem logotipov ekstazija se redno posodabljata in objavljata.



Poglavje 5

Kokain in crack kokain

Razširjenost in vzorci uživanja kokaina

Po navedbah nedavnih nacionalnih raziskav med prebivalstvom je od 0,5 % do 6 % odraslega prebivalstva priznalo, da je vsaj enkrat v življenju poskusilo kokain, Italija (4,6 %), Španija (4,9 %) in Združeno kraljestvo (6,8 %) pa so na zgornjem robu te lestvice. O nedavnem zaužitju kokaina (v zadnjih 12 mesecih) je na splošno poročalo manj kot 1 % odraslih; v večini držav se številka giblje med 0,3 % in 1 %. V Španiji in Združenem kraljestvu so stopnje nedavnega zaužitja višje od 2 %.

Te številke o razširjenosti kokaina so očitno nižje od primerljivih podatkov za konopljo, čeprav so ravni uživanja med mlajšimi odraslimi lahko precej višje od povprečja za prebivalstvo. Med mlajšimi odraslimi (15–34 let) jih je v življenju kokain že kdaj poskusilo od 1 % do 11,6 %, najvišje stopnje pa najdemo v Španiji (7,7 %) in Združenem kraljestvu (11,6 %). Število ljudi, ki se drogo zaužili v zadnjem času, se giba med 0,2 % in 4,6 %, Danska, Irska, Italija in Nizozemska pa imajo vse okoli 2-odstotne stopnje; Španija in Združeno kraljestvo poročata o številkah, ki presegajo 4 %.

Uživanje kokaina je višje med moškimi. V raziskavah na Danskem, v Nemčiji, Španiji, Italiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu je bilo na primer ugotovljeno, da je 5–13 % mladih moških v starosti od 15 do 24 let v življenju že kdaj poskusilo kokain. V šestih državah je bilo število ljudi, ki so v zadnjem času zaužili kokain, višje od 3 %, Španija in Združeno kraljestvo pa sta poročala o 6- do 7-odstotnih stopnjah (prikaz 10).

Pri prebivalstvu na splošno je bilo uživanje kokaina prekinjeno po določenem obdobju eksperimentiranja na začetku odrasle dobe ali pa je občasno, predvsem ob koncih tedna in v rekreativnih okoljih (bari in diskoteke). Vendar v nekaterih državah ne smemo zanemariti nekaterih oblik rednega uživanja. V Španiji, Italiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu 1,5–4 % mlajših moških (15–34 let) poroča, da kokain redno uživa (v zadnjih

30 dneh). Verjetno drži, da so v mestnih območjih ravni uživanja precej višje.

V nedavni raziskavi, v katero je bilo vključenih več mest, je velika večina (95 %) ljudi, ki so opredeljeni kot uživalci, vključeni v družbo (zbrani v diskotekah, klubih ali zasebnih prostorih), kokain njuhala; samo majhen delež ga je kadil ali si ga vbrizgaval (Prinzleve et al., 2004).

Z zelo grobo oceno nedavnega uživanja kokaina (razširjenost v zadnjem letu), v kateri domnevamo, da je uživanje v povprečju razširjeno pri 1 % vseh odraslih, pridemo do številke od 3 do 3,5 milijona ljudi v Evropi. Število ljudi, ki trenutno uživajo kokain, privede do grobe ocene okoli 1,5 milijona uživalcev⁽⁸⁹⁾.

Za primerjavo zunaj Evrope je mogoče navesti nacionalno raziskavo v Združenih državah leta 2003 o uživanju drog in zdravju (SAMHSA, 2003), po kateri je 14,7 % odraslih (v starosti 12 let ali več) navedlo, da so v življenju že kdaj užili kokain, 2,5 % pa jih je izjavilo, da so ga užili v zadnjih 12 mesecih⁽⁹⁰⁾. Med 18- do 25-letniki so bile te številke 15 % (uživanje kadar koli v življenju), 6,6 % (uživanje v zadnjih 12 mesecih) in 2,2 % (uživanje v zadnjem mesecu). Za moške v starosti od 18 do 15 let so bili ti deleži 17,4 %, 8,2 % oziroma 2,9 %. Na splošno je število ljudi, ki so kokain v življenju kdaj že zaužili, med splošnim prebivalstvom v ZDA višje kot v evropskih državah z najvišjimi deleži. Vendar ta razlika ni tako očitna za podatke o uživanju v zadnjem času, saj nekatere evropske države sedaj poročajo o ocenah, ki presegajo ameriške številke.

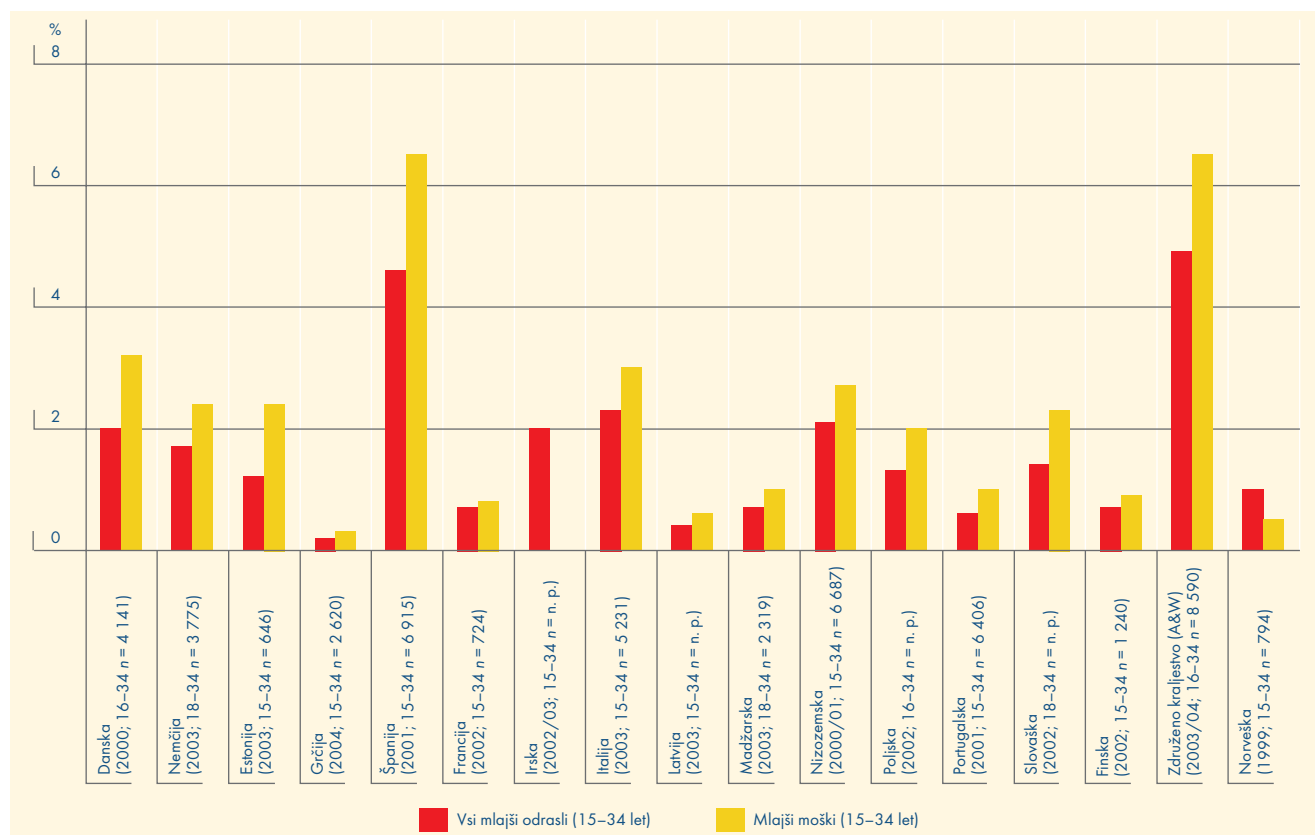
Trendi pri uživanju kokaina

Izrazite trende pri uživanju kokaina je na podlagi študij med prebivalstvom še vedno težko izslediti (glej razdelek o trendih pri uživanju konoplje). Vendar opozorila o povečanju uživanja kokaina v Evropi prihajajo iz več virov, vključno iz lokalnih poročil, ciljno usmerjenih študij, izvedenih v plesnih okoljih, poročil o povečanju kazalcev

⁽⁸⁹⁾ Te zelo grobe ocene zgolj temeljijo na upoštevanju srednjih vrednosti razširjenosti v okviru nacionalnih stopenj razširjenosti (glej tabelo GPS-1 v Statističnem biltenu 2005). Opozoriti je treba, da ima več držav z večjim številom prebivalcev (Nemčija, Španija, Italija, Nizozemska in Združeno kraljestvo) primerljive stopnje razširjenosti, v nekaterih primerih celo višje od okvira, ki se je uporabil za izračun.

⁽⁹⁰⁾ Opozoriti je treba, da je starostna skupina v ameriški raziskavi (12 let in več) širša od skupine, o kateri je poročal Center za raziskave EU (15–64 let). Na drugi strani je starostna skupina od 18 do 25 let ožja od skupine, ki se uporablja v večini raziskav EU (15–24 let).

Prikaz 10: Uživanje kokaina v zadnjem času (zadnjem letu) med vsemi mlajšimi odraslimi in mlajšimi moškimi, merjeno z nacionalnimi raziskavami



Opomba: Podatki so iz najnovjših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah (glej tabelo GPS-4 v Statističnem biltenu 2005). Nekatere države uporabljajo za mlade odrasle nekoliko drugačen starostni razpon od tistega, ki ga uporablja Center. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

zasegov ter nekaterih povečanj kazalcev, povezanih s težavami (smrtni primeri, nujni primeri).

Število mladih, ki so v zadnjem času zaužili kokain, se je v Združenem kraljestvu v obdobju med letoma 1996 in 2000 močno povečalo, vendar je od takrat naprej stabilno, kljub opaženemu rahlemu povečanju v zadnjih letih, v Španiji ⁽⁹¹⁾ pa med letoma 1999 in 2001. Manj očitna povečanja so opazili na Danskem, v Italiji, na Madžarskem, Nizozemskem in v Avstriji (v lokalnih raziskavah), z nihanji v devetdesetih v Nemčiji (prikaz 11).

Smrtni primeri zaradi uživanja kokaina

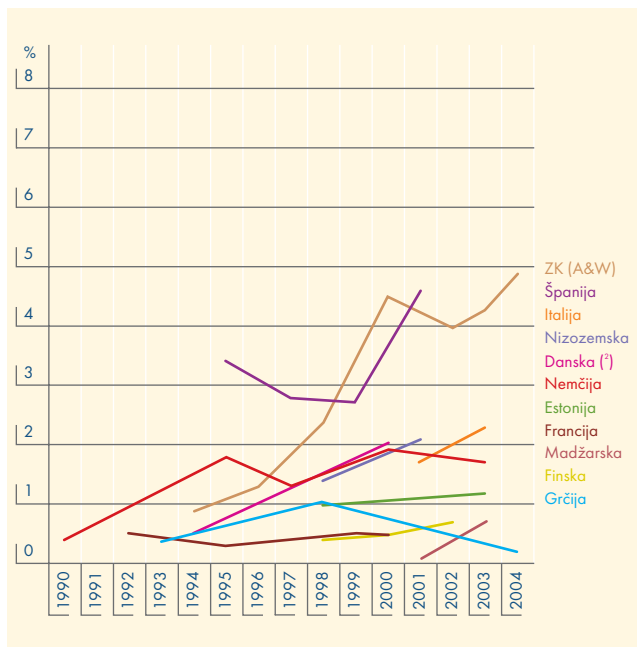
Vse bolj zaskrbljujoče je tveganje za zdravje ljudi zaradi uživanja kokaina, zlasti zato, ker je v nekaterih državah opazen trend povečevanja rekreativnega uživanja, zlasti v okoljih, ki jih obiskujejo skupine mladih (diskoteke, klubi). Kljub težavam pri ocenitvi števila smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina je lahko ta ukrep dragocen kazalec povečanega tveganja ali pomoč za prepoznavanje

tveganih vzorcev uživanja. Čeprav se zdi, da akutni smrtni primeri, v katerih je kokain prisoten brez opiatov, v Evropi niso pogosti, obstaja verjetnost, da trenutni statistični podatki niso primerni za beleženje smrtnih primerov zaradi uživanja kokaina. Informacije o smrtnih primerih zaradi kokaina, ki so na voljo na evropski ravni, so omejene in o njih se poroča na različne načine. Uživanje kokaina je pogosto med uživalci opiatov in ni nenavadno, da se kokain najde v toksikoloških analizah smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov opiatov, poleg drugih snovi, kot so alkohol in benzodiazepini.

Leta 2003 je podatke o smrtnih primerih zaradi uživanja kokaina sporočilo več držav (nacionalna poročila Reitox): Nemčija (25 primerov, ki vključujejo izključno kokain, in 93 primerov, ki vključujejo kokain v kombinaciji z drugimi drogami; ustreznih številki za leto 2002 sta bili 47 oziroma 84), Francija (10 smrtnih primerov izključno zaradi kokaina in en primer, povezan z zdravilom), Grčija (dva primera zaradi kokaina), Madžarska (štirje smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka kokaina), Nizozemska

⁽⁹¹⁾ Podatki, ki so prispeli prepozno, da bi se vključili v poročilo, kažejo na stabilizacijo v raziskavah iz leta 2003 (razširjenost v zadnjem letu med mlajšimi odraslimi je bila 4,8 % v primerjavi s 4,6 % leta 2001).

Prikaz 11: Trendi uživanja kokaina v zadnjem času (v zadnjem letu) med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z raziskavami prebivalstva ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Vzorčne velikosti (vprašani) za skupino 15–34 let za vsako državo in leto so predstavljene v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.

⁽²⁾ Na Danskem vrednost za leto 1994 ustreza „trdim drogam“.
Opomba: Podatki so iz nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah. Številke in metodologijo za vsako raziskavo si lahko pogledate v tabeli GPS-4 v Statističnem biltenu 2005.

Za mlajše odrasle Center uporablja starostni razpon 15–34 let (Danska in Združeno kraljestvo od 16 let, Nemčija, Estonija (1998) in Madžarska od 18 let). V Franciji je bil starostni razpon leta 1992 25–34 let in leta 1995 18–39 let.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz raziskav prebivalstva, poročil ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabelo GPS-0 v Statističnem biltenu 2005.

(17 smrtnih primerov zaradi kokaina leta 2003 in naraščajoč trend med letom 1994, ko sta bila dva primera, in letom 2002, ko je bilo 37 primerov), Avstrija (kokain so odkrili v 30 % smrtnih primerov zaradi uživanja drog, izključno kokain pa samo v treh primerih in v enem primeru, povezanem s plinom), Portugalska (kokain je bil najden v 37 % smrtnih primerov zaradi uživanja drog) in Združeno kraljestvo (število „omemb“ kokaina v mrljskih listih se je s 85 leta 2000 povečalo na 115 leta 2001 ter 171 leta 2002, s kar osemkratnim povečanjem v obdobju med letoma 1993 in 2001). Španija je leta 2003 v svojem nacionalnem poročilu Reitox poročala, da je bil leta 2001 kokain prisoten v 54 % vseh smrtnih primerov zaradi uživanja drog; v 39 % primerih (8 % vseh smrtnih primerov zaradi uživanja drog) je smrt nastopila brez prisotnosti opiatov, od tega jo je v 21 primerih povzročil izključno kokain ter v 5 kokain in alkohol.

Kljub omejitvam glede razpoložljivih podatkov se zdi, da je imel kokain odločujočo vlogo v med 1 % in 15 % smrtnih primerov zaradi uživanja drog v državah, v katerih so lahko razločevali med vrstami drog, ki so povzročile smrt, pri čemer je več držav (Nemčija, Španija, Francija in Madžarska) poročalo o okoli 8–12 % z drogo povezanih smrtnih primerov. Čeprav je zelo težko ekstrapolirati te rezultate za celotno Evropo, bi to lahko pomenilo več sto s kokainom povezanih smrtnih primerov na leto na ravni EU. Čeprav so številke veliko nižje od smrtnih primerov, ki jih povzročijo opiat, je smrt zaradi uživanja kokaina resen in verjetno naraščajoč problem; trendi v nekaterih državah, kjer jih lahko ocenimo, kažejo na povečanje.

Poleg tega lahko kokain pomembno prispeva k smrtim zaradi srčno-žilnih težav (aritmije, miokardni infarkt, cerebralne hemoragije; glej Ghuran in Nolan, 2000), zlasti pri uživalcih, ki so za to bolj dovzetni, mnogi izmed teh primerov pa lahko grede mimo neopaženi.

Podatki o povpraševanju po zdravljenju ⁽⁹²⁾

Kokain je za opiat in konopljo najpogostejša droga, o kateri poročajo kot o glavni drogi, ki jo uživajo tisti, ki se začenejo zdraviti, prisoten pa je v okoli 10 % vseh povpraševanj po zdravljenju v EU. Vendar ta skupna številka odraža velike razlike med državami: v večini držav je število povpraševanj po zdravljenju zaradi kokaina precej nizko, v Španiji in na Nizozemskem pa je delež vseh oseb, ki zaprosijo za zdravljenje zaradi uživanja kokaina, 26 % oziroma 38 % ⁽⁹³⁾. V večini držav je odstotek oseb, ki se na novo zdravijo zaradi primarnega uživanja kokaina, višji od odstotka za vse osebe skupaj ⁽⁹⁴⁾. O kokainu kot o sekundarni drogi poroča 13 % oseb, ki na novo iščejo zdravljenje v zunajbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti ⁽⁹⁵⁾.

Mnogo držav poroča o povečanju uživanja kokaina med osebami, ki se zdravijo; v obdobju med letoma 1996 in 2003 je delež oseb, ki so na novo povpraševale po zdravljenju zaradi uživanja kokaina, narasel s 4,8 % na 9,3 %, medtem ko se je število oseb, ki na novo povprašujejo po zdravljenju zaradi primarnega uživanja kokaina, povečalo z 2 535 na 6 123. Na Nizozemskem je leta 2003 število oseb, ki na novo iščejo zdravljenje zaradi uživanja kokaina, prvič presegllo število tistih, ki so povpraševali po zdravljenju zaradi uživanja opiatov. Iz analize podatkov o zdravljenju, ki je nastala v Londonu

⁽⁹²⁾ Analiza podatkov temelji na številu oseb, ki so po zdravljenju povpraševale v vseh centrih za zdravljenje odvisnosti od drog, glede splošne razdelitve in trendov ter na zunajbolnišničnih centrih za zdravljenje odvisnosti od drog glede profila bolnikov in vzorcev uživanja.

⁽⁹³⁾ Glej tabelo TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2005. Podatki za Španijo se nanašajo na leto 2002.

⁽⁹⁴⁾ Glej tabelo TDI-4 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽⁹⁵⁾ Glej tabelo TDI-24 v Statističnem biltenu 2005.

v obdobjih 1995–1996 in 2000–2001, se je število uživalcev kokaina več kot podvojilo (GLADA, 2004), čeprav je bilo izhodišče nizko (s 735 na 1 917).

Na te podatke verjetno vpliva majhen, vendar vedno bolj pereč problem uživanja crack kokaina (kokainske baze, ki se lahko kadi), saj so o tem pojavu poročali iz Nizozemske in Združenega kraljestva, kjer se je število uporabnikov crack kokaina v zadnjih letih povečalo. Čeprav so številke o problematičnih uživalcih nizke, so običajno osredotočene na glavna mestna območja ter so najbolj vidne v poročilih o spremljanju v mestih.

Uživalci crack kokaina običajno prihajajo iz drugačnega družbenega okolja kot uživalci kokainovega prahu. Ti uživalci ponavadi prihajajo iz družbeno slabših okolij, nekaj dokazov pa namiguje na to, da so k problemom, povezanim s crack kokainom, zlasti nagnjeni prebivalci etničnih manjšin: dve tretjini črncev, ki so v Londonu povpraševali po zdravljenju, je primarnih uživalcev kokaina (GLADA, 2004) in 30 % oseb, ki se na Nizozemskem zdravijo zaradi crack kokaina, ni nizozemske narodnosti. Kljub zaskrbljenosti zaradi crack kokaina je treba poudariti, da je ta problem v Evropi še vedno precej omejen, čeprav je droga povezana z določeno škodo, ki jo povzroči posameznikom, ki jo uživajo, in skupnostim, v kateri živijo. Opozoriti je treba, da o osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja crack kokaina, predvsem poročajo iz dveh držav (Nizozemske in Združenega kraljestva).

Na splošno večina povpraševanj po zdravljenju zaradi uživanja kokaina v Evropi ni povezanih s crack kokainom. Okoli 70 % oseb, ki se na novo zdravijo zaradi uživanja kokaina, uporablja kokainov hidroklorid (kokainov prah) (večina jih drogo njuha), preostalih 30 % pa crack kokain. Okoli 5 % novih uživalcev kokaina poroča, da si ga vbrizgava.

Osebe, ki na novo iščejo zdravljenje zaradi primarnega uživanja kokaina, so predvsem moški (razmerje moških glede na ženske je 3,7 : 1). Razlike med državami najdemo pri razporeditvi spolov⁽⁹⁶⁾. Kvalitativna raziskovalna študija, izvedena v Italiji na osebah, ki so zdravljenje zahtevale zaradi uživanja stimulansov, predvsem kokaina, poroča, da je med uživalci skoraj enako število žensk kot moških, vendar pa se razmerje med moškimi in ženskami pri osebah, ki povprašujejo po zdravljenju zaradi uživanja kokaina in drugih stimulansov, bolj nagiba k moškimi.

Osebe, ki se na novo zdravijo zaradi uživanja kokaina kot primarne droge, so v povprečju starejše od drugih

uživalcev drog (povprečna starost je 30 let, večina jih je v starostni skupini 20–34 let); o manjšem, vendar še vedno pomembnem deležu oseb poročajo, da so stare med 35 in 39 let⁽⁹⁷⁾.

Kokain se pogosto uporablja v kombinaciji z drugo pomožno drogo, pogosto konopljo (40 %) ali alkoholom (37 %). Lokalne študije o injicirajočih uživalcih drog kažejo, da na nekaterih območjih kombinacija heroina in kokaina v injekciji postaja vedno bolj priljubljena (včasih jo injicirajoči uživalci drog imenujejo „speedball“). To v skupnih podatkih o povpraševanjih po zdravljenju iz večine držav ni jasno, saj v teh državah samo majhen delež oseb poroča o kombiniranem uživanju heroina in kokaina. Vendar to ne velja za vse države; na Nizozemskem analiza podatkov o povpraševanju po zdravljenju zaradi uživanja kokaina na primer kaže, da veliko uživalcev kokaina uživa več drog hkrati ter da največjo skupino sestavljajo tisti, ki uživajo kokain in heroin (Mol et al., 2002).

Zdravljenje problematičnega uživanja kokaina

Za problematične uživalce kokaina ni na voljo nobenega uveljavljenega farmakološkega zdravljenja, kot ga tudi ni za tiste, ki imajo probleme zaradi uživanja opiatov. Uživalcem kokaina se lahko včasih predpišejo zdravila za sistematično olajšanje, vendar imajo običajno kratkotrajne učinke in so namenjena zmanjšanju problemov, povezanih z uživanjem kokaina, na primer tesnobnosti ali motenj spanja. Dolgotrajne možnosti zdravljenja za uživalce kokaina se po navadi izvajajo v okviru splošnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog. Vendar se zdi, da so skupne možnosti za zdravljenje tistih, ki imajo probleme s kokainom, slabo razvite (Haasen, 2003). To pa se bo mogoče spremenilo, saj nekatere države pričenjajo razvijati nove načine zdravljenja, namenjene osebam, ki imajo težave zaradi kokaina, v Angliji na primer razvijajo posebne službe za zdravljenje problemov zaradi uživanja crack kokaina (NTA, 2003).

Večina znanstvene literature o zdravljenju problemov zaradi kokaina prihaja iz ameriških študij in zato ne odražajo evropskega ozadja. Na žalost so ocene zdravljenja problematičnega uživanja kokaina v EU še vedno redke, saj delno samo odražajo dejstvo, da so v preteklosti zdravstvene službe na probleme zaradi kokaina naletele sorazmerno redko. V enem evropskem sistematičnem pregledu literature o zdravljenju kokaina (Rigter et al., 2004) je bilo ugotovljeno, da problematični

⁽⁹⁶⁾ Glej tabelo TDI-22 v Statističnem biltenu 2005 in *Razlike v vzorcih uživanja drog med ženskami in moškimi* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Glej tabelo TDI-10 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

uživalci kokaina na splošno slabo izpolnjujejo zdravstvene zahteve in da so stopnje ponovitve težav visoke. Obstajajo določeni dokazi, da bi lahko psihoterapija pomagala znižati uživanje, vendar pa ni nobenih trdnih dokazov za učinkovitost akupunkture pri zdravljenju problemov zaradi kokaina. Vendar bi lahko na splošno te ugotovitve pregledali tudi brez trdne evropske podlage dokazov, da bi usmerili terapevtske intervencije na tem področju. Na primer, jasno ni niti, ali so specifične intervencije, namenjene zdravljenju odvisnosti od kokaina, učinkovitejše od vključitve oseb s problemi zaradi uživanja kokaina v več splošnih programov zdravljenja, ki niso posebej namenjeni drogam. Poleg tega ostaja nerešeno vprašanje, ali je mogoče razviti farmakološko zdravljenje za problematične uživalce kokaina, ki lahko postane „standardna možnost zdravljenja“, tako kot sta metadon in buprenorfin postala standardna pristopa k zdravljenju problematičnega uživanja opiatov. Treba je opozoriti, da obstajajo velike razlike v mehanizmih, po katerih droge v obliki opiatov in stimulansi, kot je kokain, delujejo na telo, kar pomeni, da se bodo terapevtske možnosti za zdravljenje težav z drogami verjetno razlikovale. Trenutno v ZDA delajo na zanimivem področju za razvoj intervencij, ki bi začasno zaustavile učinek uživanja kokaina na uživalca, in zanimivo bi bilo videti, ali bo ta trud v prihodnosti obrodil sadove in omogočil nove možnosti zdravljenja.

Zmanjševanje škode za zdravje

V zadnjih nekaj letih se je število ukrepov za preprečevanje in zmanjšanje škode za zdravje, povezane z uživanjem kokaina in crack kokaina, naglo povečalo, na voljo pa so postale tudi nove informacije o kokainu in crack kokainu, zlasti na medmrežju. Telefonske linije za pomoč v Belgiji, Franciji in na Portugalskem so prejele veliko več povpraševanj po informacijah o uživanju kokaina in crack kokaina kot kadar koli prej, čeprav ostaja delež teh klicev v primerjavi s klici glede dovoljenih drog in konoplje veliko nižji. Za zaposlene v službah za pomoč uživalcem drog je na voljo več usposabljanja, kako se ustrezno odzvati na težave, ki izhajajo iz uživanja kokaina in crack kokaina v številnih okoljih, v katerih je to pogost pojav (prireditve ob koncu tedna v Dublinu ali prireditve tehno glasbe na Dunaju).

Specializirano svetovanje in ponudbe za zdravljenje odvisnosti od uživanja kokaina in crack kokaina so na voljo v večjih mestnih središčih, na primer v Frankfurtu (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-

ijj.de), Barceloni (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), na Dunaju (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) in v Londonu (www.cracklondon.org.uk).

Zasegi in informacije o trgu ⁽⁹⁸⁾

Proizvodnja in trgovanje

Kolumbija je daleč največji vir prepovedane koke na svetu, sledita pa ji Peru in Bolivija. Po ocenah je bilo leta 2003 na svetu proizvedenih 655 ton kokaina, k čemur je Kolumbija prispevala 67 %, Peru 24 %, Bolivija pa 9 % (CND, 2005). Večina kokaina, zaseženega v Evropi, prihaja neposredno iz Južne Amerike (Kolumbije) ali pa prek Srednje Amerike in Karibov. Leta 2003 so poročali, da so poleg Argentine in Curaçaa tranzitne države za kokain, uvožen v EU, zlasti Brazilija, Venezuela in Kostarika (nacionalna poročila Reitox, 2004; CND, 2005). Druga tranzitna območja so bila južna in zahodna Afrika (INCB, 2005). Glavne točke vstopa v EU so ostale Španija, Nizozemska in Portugalska (nacionalna poročila Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Zasegi

Podatki o zasegih kažejo, da je kokain med drogami, s katerimi se na svetu najpogosteje trguje, na tretjem mestu za marihuano in konoplino smolo (hašišem). V zvezi z zaseženimi količinami – 490,5 tone po svetu leta 2003 – je treba povedati, da se je leta 2003 s kokainom še naprej največ trgovalo v obeh Amerikah (82 %) in Evropi. V tej je bilo zaseženih 17 % vseh po svetu zaseženih količin kokaina, kar je povečanje v primerjavi s prejšnjim letom (CND, 2005). Znotraj Evrope so večino kokaina zasegli v zahodnih državah. V zadnjih petih letih je bila Španija država EU z najvišjo stopnjo zasegov kokaina. Leta 2003 je bilo v njej več kot polovica zasegov v EU tako po številu zasegov kot po zaseženih količinah ⁽⁹⁹⁾.

V obdobju 1998–2002 se je število zasegov kokaina ⁽¹⁰⁰⁾ povečalo v vseh državah, razen v Nemčiji in na Portugalskem. V istem obdobju so količine zaseženega kokaina v EU ⁽¹⁰¹⁾ naraščale in upadale, njihov trend pa je bil usmerjen navzgor. Vendar se na podlagi trendov v državah, za katere so na voljo podatki, zdi, da so se števila zasegov kokaina na ravni EU leta 2003 zmanjšala

⁽⁹⁸⁾ Glej „Razlaga podatkov o zasegih in trgu“, str. 42.

⁽⁹⁹⁾ To bi bilo treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003. Podatkov o številu zasegov kokaina v letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Romunijo; podatkov o številu zasegov kokaina in zaseženi količini kokaina v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo.

⁽¹⁰⁰⁾ Glej tabelo SZR-5 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Glej tabelo SZR-6 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

(zlasti v Španiji), medtem ko so se količine zaseženega kokaina močno povečale (zlasti v Španiji in na Nizozemskem). Tako se zdi, da so bile leta 2003 v EU zasežene izredno velike količine kokaina.

Čeprav so nekatere države EU poročale o zasegih crack kokaina, teh včasih ni mogoče razločiti od zasegov kokaina. Zato zgoraj poročani trendi glede zasegov kokaina lahko vključujejo tudi crack kokain.

Cena in čistost

Povprečna maloprodajna cena ⁽¹⁰²⁾ kokaina se je leta 2003 po EU močno razlikovala, od 34 eurov za gram v Španiji do 175 eurov za gram na Norveškem.

V primerjavi s heroinom je bila povprečna čistost kokaina na ravni uživalca visoka in se je leta 2003 gibala od 32 % na Češkem in v Nemčiji do 83 % na Poljskem ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰²⁾ Glej tabelo PPP-3 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁰³⁾ Glej tabelo PPP-7 (del i) v Statističnem biltenu 2005. Opozoriti je treba, da povprečne ocene čistosti kokaina na Češkem in Poljskem leta 2003 temeljijo na majhnem številu vzorcev ($n = 5$ oziroma 6).



Poglavje 6

Heroin in uživanje drog z vbrizgavanjem

Redno in neprekinjeno uživanje heroina, vbrizgavanje drog, v nekaterih državah pa tudi intenzivna uporaba stimulantov, so v Evropi velik del z drogami povezanih zdravstvenih in socialnih problemov. Število posameznikov s takšnim ravnanjem je glede na celotno prebivalstvo razmeroma majhno, vendar pa je vpliv problematičnega uživanja drog precejšen. Zaradi boljšega razumevanja obsega problema in trajnega spremljanja trendov Center sodeluje z državami članicami pri opredelitvi pojma „problematično uživanje drog“ ter pri razvoju strategij za merjenje stopnje in vpliva tega pojava.

Problematično uživanje drog

Problematično uživanje drog je opredeljeno kot „uživanje drog z vbrizgavanjem oziroma dolgotrajno/redno uživanje opiatov, kokaina in/ali amfetaminov“⁽¹⁰⁴⁾. Razlike v opredelitvah in metodološke negotovosti kažejo, da je podajanje zanesljivih ocen na tem področju težavno ter da je treba razlike med državami ali v daljšem časovnem obdobju razlagati previdno.

Problematično uživanje drog lahko razdelimo na pomembne skupine. Predvsem je treba ločiti med uživanjem heroina, ki je bilo v preteklosti največji del problematične uporabe drog v večini držav EU, ter problematično uporabo stimulantov, ki prevladuje na Finskem in Švedskem, kjer večina uživalcev drog uživa amfetamine. Podobno na Češkem uživalci amfetaminov že tradicionalno predstavljajo največji delež problematičnega uživanja drog.

Problematično uživanje drog postaja vse bolj raznoliko. V večini držav se na primer povečuje problem uživanja več različnih drog, medtem ko v nekaterih državah, kjer so bili v preteklosti največji problem opiat, stopajo v ospredje druge droge. V Španiji, kjer po ocenah število problematičnih uživalcev opiatov upada in je opazen porast problemov, povezanih s kokainom, vseeno ni na voljo zanesljivih časovnih ocen trendov problematičnega uživanja drog, ki bi vključevale problematično uživanje kokaina. Nemčija in Nizozemska poročata o povečanem deležu uživalcev crack kokaina, čeprav ostaja povprečna

ocena problematičnih uživalcev drog na Nizozemskem nespremenjena.

Razširjenost

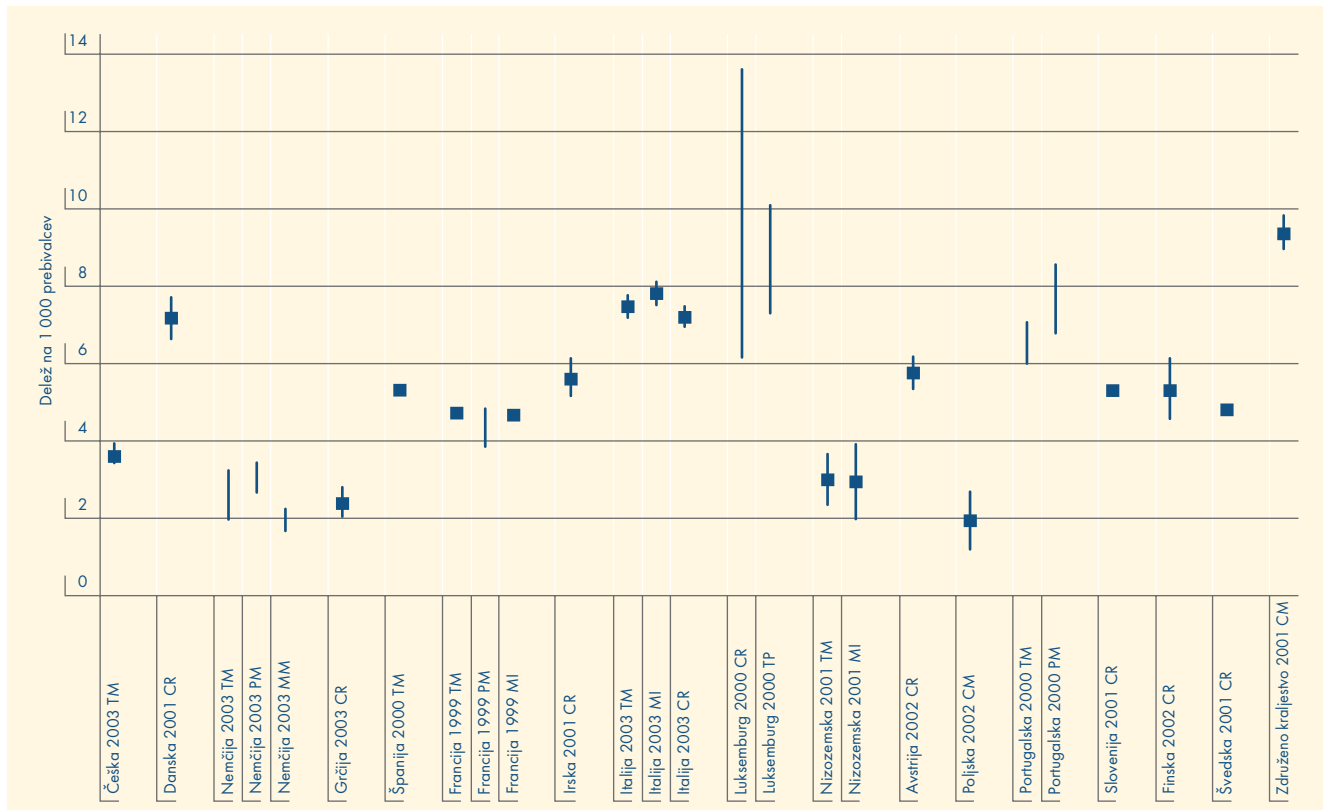
Po ocenah se razširjenost problematičnega uživanja drog na nacionalni ravni v obdobju med letoma 1999 in 2003 giblje med 2 in 10 primerov na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let (na podlagi srednje vrednosti ocen) oziroma do 1 % odraslega prebivalstva⁽¹⁰⁵⁾. Zdi se, da se razširjenost zelo razlikuje med državami, vendar pa so rezultati precej skladni, kadar so v eni državi uporabljali različne metode. Danska, Irska, Italija, Luksemburg, Avstrija, Portugalska, Španija in Združeno kraljestvo poročajo o višjih ocenah (6–10 primerov na 1 000 prebivalcev v starosti 15–64 let), medtem ko so ocene Nemčije, Grčije, Nizozemske in Poljske nižje (manj kot 4 primeri na 1 000 prebivalcev v starosti 15–64 let) (prikaz 12). Izmed novih držav EU in držav kandidatk so na voljo le dobro dokumentirane ocene iz Češke, Poljske in Slovenije, ki zavzemajo nizke do srednje vrednosti s 3,6, 1,9 oziroma 5,3 na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let. Tehtano povprečje problematičnega uživanja drog v EU je verjetno med štirimi in sedmimi primeri na 1 000 prebivalcev v starosti 15–64 let, s čimer dobimo 1,2–2,1 milijona problematičnih uživalcev drog v EU, od katerih je okoli 850 000 do 1,3 milijona aktivnih uživalcev. Vendar pa te ocene še zdaleč niso dokončne in jih bo treba osvežiti, ko bo na voljo več podatkov iz novih držav članic.

Lokalne in regionalne ocene kažejo, da se lahko razširjenost problematičnega uživanja drog zelo razlikuje med mesti in regijami. O najvišjih lokalnih ocenah razširjenosti v obdobju med letoma 1999 in 2003 poročajo na Irskem, Portugalskem in v Združenem kraljestvu, kjer stopnje na 1 000 prebivalcev dosega do 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) in 25 (deli Londona) vse do 29 (Dundee) in 34 primerov (Glasgow) (prikaz 13). Vendar lahko na lokalni ravni opazimo geografsko spremenljivost, saj je ocenjeno, da razširjenost v drugem delu Londona znaša 6 primerov na 1 000 prebivalcev. To namiguje na potrebo po povečanju razpoložljivosti zanesljivih lokalnih ocen o razširjenosti v mnogih drugih

⁽¹⁰⁴⁾ Za več informacij glej metodološke opombe o problematičnem uživanju drog v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Glej tabelo PDU-1 v Statističnem biltenu 2005.

Prikaz 12: Ocene problematičnega uživanja drog v obdobju od 1999 do 2003 (delež na 1 000 prebivalcev, starih od 15–64 let)



Opomba: CR, zajetje – ponovno zajetje; TM, pomnoževalnik zdravljenja; PM, pomnoževalnik policije; MI, večvrstni kazalnik; TP, skrajšan Poisson; CM, kombinirane metode. Za podrobnejše podatke glej tabele PDU-1, PDU-2 in PDU-3 v Statističnem biltenu 2005. Simbol pomeni ocenjeno vrednost in črtica pomeni interval negotovosti, ki je lahko 95 % interval zaupnosti ali interval na podlagi analize občutljivosti (glej tabelo PDU-3). Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Španska ocena ne vključuje problematičnega uživanja kokaina; višja ocena je na voljo v tabelah PDU-2 in PDU-3, ki upošteva tudi to skupino, vendar je mogoče zato manj zanesljiva.

Viri: Nacionalne kontaktne točke. Glej tudi EMCDDA (2003).

državah, v katerih obstajajo izredno visoke (ali nizke) lokalne ali regionalne ocene o razširjenosti, vendar niso izmerjene.

Kljub precejšnjemu izboljšanju tehnik ocenjevanja pa je vrednotenje trendov problematičnega uživanja drog oteženo zaradi pomanjkanja zanesljivih in enotnih podatkov iz preteklosti. Po poročilih nekaterih držav o spremembah ocen, podprtih z drugimi podatki iz kazalcev, se je problematično uživanje drog od sredine devetdesetih let povečalo (EMCDDA, 2004a); vendar se zdi, da se je to v nekaterih državah v zadnjih letih stabiliziralo. Zaporedne ocene so za obdobje med letoma 1999 in 2003 na voljo iz 16 držav (vključno z Dansko in Švedsko, ki imata podatke za obdobje 1998–2001, in Združenim kraljestvom, v katerem so podatki na voljo za obdobje 1996–2001). Od teh 16 držav jih šest poroča o porastu problematičnega uživanja drog (Danska, Finska, Norveška, Avstrija, Švedska in Združeno kraljestvo), pet o stabilni razširjenosti ali upadu (Čška, Irska, Nemčija, Grčija in Slovenija) ter pet (Španija, Italija, Luksemburg,

Nizozemska in Portugalska) o različnih trendih glede na uporabljeno metodo ocenjevanja, ki se lahko delno nanašajo na različne ciljne skupine med problematičnimi uživalci drog ⁽¹⁰⁶⁾.

Vbrizgavanje droge

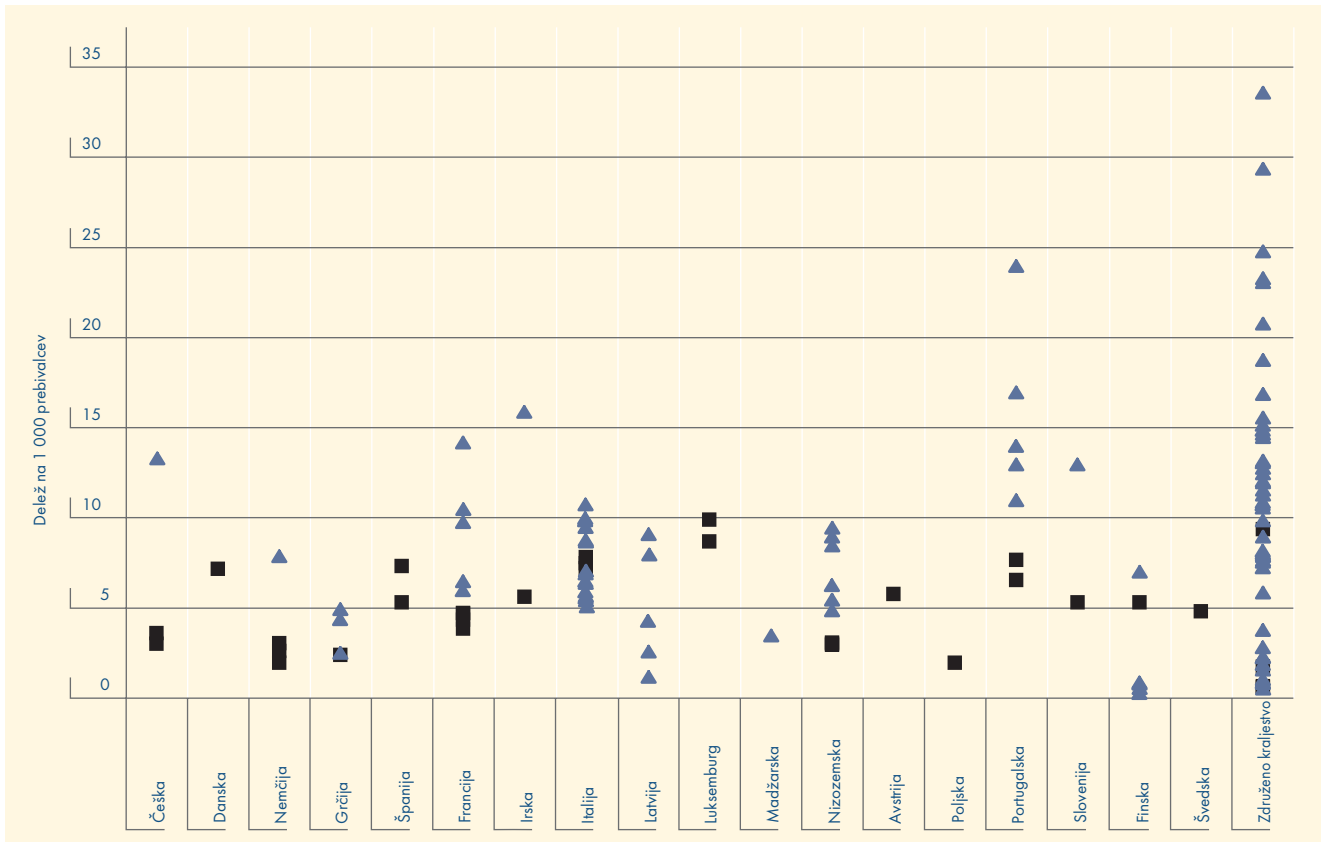
Injicirajoči uživalci drog so izpostavljeni velikemu tveganju za škodljive posledice. Zato je treba vbrizgavanje drog obravnavati posebej, kot glavno kategorijo problematičnega uživanja drog.

Čprav je vbrizgavanje pomembno za javno zdravje, zelo malo držav zagotavlja nacionalne ali lokalne ocene o uživanju drog z vbrizgavanjem. Razpoložljive ocene uživanja drog z vbrizgavanjem na nacionalni ravni se gibljejo med enim in šestimi primeri na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let ⁽¹⁰⁷⁾. Luksemburg poroča o najvišjih nacionalnih ocenah injicirajočih uživalcev drog s stopnjami okoli šest primerov na 1 000 prebivalcev v starosti med 15 in 64 let, medtem ko Grčija poroča o najnižji oceni injicirajočih uživalcev drog z malo več kot enim primerom

⁽¹⁰⁶⁾ Glej prikaz PDU-4 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁰⁷⁾ Glej prikaz PDU-2 v Statističnem biltenu 2005.

Prikaz 13: Nacionalne in lokalne ocene razširjenosti problematičnega uživanja drog, 1999–2003
(delež na 1 000 prebivalcev, starih od 15–64 let)



Opomba: Črni kvadratik = vzorci na nacionalni ravni; modri trikotnik = vzorci na lokalni/regionalni ravni.

Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Za podrobnejše podatke glej tabele PDU-1, PDU-2 in PDU-3 v Statističnem biltnu 2005. Ta vzorec lokalnih ocen razširjenosti je močno odvisen od razpoložljivosti in lokacije študij; vendar lahko lokalne ocene, kadar so na voljo, kažejo, da je razširjenost različna od nacionalnega povprečja v določenih mestih ali regijah.

Viri: Nacionalne kontaktne točke. Glej tudi Center (2003).

na 1 000 prebivalcev. Čeprav so ocene razširjenosti za uživanje drog z vbrizgavanjem redke, obstajajo dokazi, da se je razširjenost po letu 1999 povečala na Norveškem, medtem ko na Portugalskem različne metode ocenjevanja kažejo na drugačne trende ⁽¹⁰⁸⁾.

Analize stopenj vbrizgavanja uživalcev heroina na zdravljenju kažejo na znatne razlike med državami in na spremembe trendov v daljšem časovnem obdobju ⁽¹⁰⁹⁾. Kaže, da si v nekaterih državah (Španija, Nizozemska in Portugalska) relativno majhen delež uživalcev heroina drogo vbrizgava, medtem ko je v drugih državah vbrizgavanje heroina še vedno pravilo. Zdi se, da je v več državah, ki so že dlje članice EU in iz katerih so na voljo podatki (Danska, Španija, Francija, Grčija, Italija in Združeno kraljestvo), uživanje drog z vbrizgavanjem v devetdesetih letih upadlo. Vendar pa si v večini novih držav članic, vsaj v tistih, za katere so na voljo podatki, skoraj vsi uživalci heroina drogo vbrizgavajo.

Podatki o povpraševanju po zdravljenju

Od vseh povpraševanj po zdravljenju se jih 60 % nanaša na zdravljenje odvisnosti od opiatov, čeprav velikokrat primarna droga ni zabeležena, in več kot polovica (54 %) teh oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od opiatov, si drogo vbrizgava, od tega jih ima 10 % neznan status vbrizgavanja. O opiatih kot o sekundarni drogi poroča 10 % oseb, ki išče zdravljenje na novo ⁽¹¹⁰⁾.

V mnogih državah opiat (zlasti heroin) ostajajo glavna droga, zaradi katere osebe iščejo zdravljenje, vendar lahko med državami najdemo ustrezne razlike. Groba razdelitev držav članic EU ter držav kandidatki za vstop v Unijo v tri skupine glede na obseg problemov s heroinom, ki ga imajo zdravljene osebe, kaže:

- pod 40 % – Češka, Nizozemska, Poljska, Finska, Švedska;

⁽¹⁰⁸⁾ Glej prikaz PDU-5 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Glej prikaz PDU-3 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹¹⁰⁾ Glej tabelo TDI-24 v Statističnem biltnu 2005.

- 50–70 % – Danska, Nemčija, Španija, Irska, Ciper, Latvija, Romunija, Slovaška;
- nad 70 % – Bolgarija, Francija, Grčija, Italija, Litva, Luksemburg, Malta, Slovenija, Združeno kraljestvo ⁽¹¹¹⁾.

Razširjenost uživalcev opiatov, ki se zdravijo več let, naj bi naraščala, medtem ko se pojav novih povpraševanj po zdravljenju odvisnosti od opiatov znižuje (nacionalna poročila Reitox, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Za nekatere države lahko trende uživanja heroina med novimi osebami, vključenimi v zdravljenje, odkrijemo od leta 1996 do 2003, ti pa kažejo na splošen upad absolutnega števila ljudi, ki iščejo zdravljenje.

Relativni prispevek zdravljenja odvisnosti od opiatov k številu ljudi, ki so na novo vključeni v zdravljenje, se je opazneje zmanjšal, predvsem zaradi zmanjšanja števila ljudi, ki so poročali, da imajo predvsem probleme z drugimi drogami. To se je lahko zgodilo, ker so nekatere osebe, vključene v zdravljenje zaradi opiatov, prešle z uživanja heroina na kokain (Ouweland et al., 2004), zaradi različnega sistema zdravljenja, ki je postalo dostopnejše za druge problematične uživalce drog, ali zaradi manjšega vključevanja novih problematičnih uživalcev v zdravljenje (nizozemsko nacionalno poročilo).

Med državami lahko najdemo razlike v tem trendu v zadnjem desetletju, pri čemer je opaziti močan upad oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od heroina, na Danskem, v Nemčiji, na Nizozemskem, Slovaškem in Finskem ter porast v Bolgariji in Združenem kraljestvu ⁽¹¹²⁾.

Analiza podatkov o osebah, na novo vključenih v zunajbolnišnične centre za zdravljenje odvisnosti, omogoča podrobnejši opis profila uživalcev opiatov. 2,8 moškega na eno žensko na novo povprašuje po zdravljenju zaradi primarnega uživanja opiatov; vendar se razmerja med spoloma zelo razlikujejo po državah, od 5 : 1 do 2 : 1, izjemi sta le Ciper, kjer je razmerje med moškimi in ženskami izredno veliko (11 : 1), ter Švedska, kjer je izredno nizko (0,9 : 1) in število žensk med uživalci opiatov presega število moških ⁽¹¹³⁾.

Večina uživalcev opiatov je stara med 20 in 34 let, v starostni skupini 30–39 let pa jih polovica oseb išče zdravljenje zaradi uživanja opiatov. Trend je, da se

uporabniki opiatov starajo; na primer na Nizozemskem je okoli 40 % oseb, na novo vključenih v zdravljenje zaradi opiatov, starejših od 40 let. Izjemi sta Romunija in Slovenija, v katerih lahko najdemo zelo mlade ljudi (15–19 let), ki uživajo opiate ⁽¹¹⁴⁾.

Večina oseb, ki se zdravi zaradi opiatov, poroča, da so opiate prvič poskusile, ko so bile stare med 15 in 24 let, okoli 50 % ljudi pa je drogo prvič užilo pred 20. letom ⁽¹¹⁵⁾. S primerjavo starosti ob prvem uživanju s starostjo ob prvem zdravljenju je časovna razlika med prvim uživanjem in prvim povpraševanjem po zdravljenju po navadi med 5 in 10 let. Zgodnja starost za začetek uživanja opiatov je pogosto povezana s številnimi vedenjskimi težavami in socialnim prikrajšanjem (nacionalno poročilo Združenega kraljestva).

V večini držav od 60 % do 90 % oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od opiatov, drogo uživa vsak dan, medtem ko nekatere osebe opiatov niso zaužile v zadnjem mesecu ali jih uživajo samo priložnostno; to lahko verjetno pojasnimo z osebami, ki so drogo prenehale uživati, preden so začele zdravljenje ⁽¹¹⁶⁾.

Štirideset odstotkov oseb, ki se zdravijo, si drogo vbrizgava, preostalih 40 % pa jo kadi ali vdihava. Stare in nove države članice poročajo o razlikah v načinu uživanja ⁽¹¹⁷⁾ (prikaz 14), saj je v novih državah članicah delež ljudi, ki si vbrizgavajo opiate, višji od 60 % in v starih državah članicah nižji od 60 % (razen Finske, v kateri je delež oseb, ki si opiate vbrizgavajo, med zdravljenimi osebami 78,4 %). Delež injicirajočih uživalcev opiatov, ki se zdravijo, je najnižji na Nizozemskem (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Veliko na novo zdravljenih oseb uživa opiate ter drugo drogo, pogosto konopljo (47 %) ali alkohol (24 %). Vendar lahko med državami opazimo občutne razlike: na Češkem in Slovaškem skoraj polovica oseb uživa opiate skupaj z drugimi stimulansi, z izjemo kokaina; v Grčiji in na Malti 18 % oziroma 29 % oseb opiate uživa s kokainom kot sekundarno drogo; na Finskem 37 % uživalcev opiatov (zlasti uživalcev buprenorfina) poroča o uporabi hipnotikov in sedativov (zlasti benzodiazepinov) kot sekundarnih drog ⁽¹¹⁹⁾.

⁽¹¹¹⁾ Glej tabelo TDI-5 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹¹²⁾ Glej tabelo TDI-3 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹¹³⁾ Glej tabelo TDI-22 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Glej tabelo TDI-10 (del iii) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Glej tabelo TDI-11 (del ii) v Statističnem biltenu 2005.

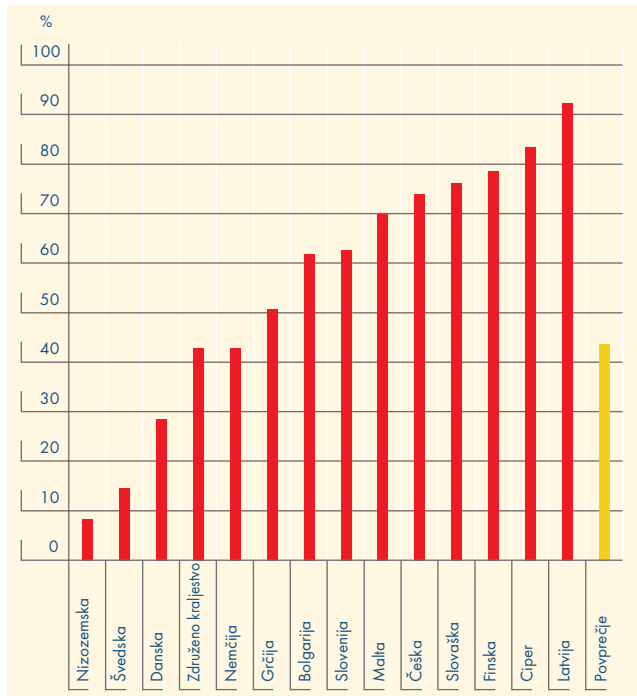
⁽¹¹⁶⁾ Glej tabelo TDI-18 (del i) v Statističnem biltenu 2005. Samo Nemčija poroča, da 70 % na novo zdravljenih oseb opiate uživa občasno ali jih ni užilo v zadnjem mesecu.

⁽¹¹⁷⁾ Samo države, za katere so na voljo podatki.

⁽¹¹⁸⁾ Glej tabelo TDI-17 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Glej tabelo TDI-25 (del ii) v Statističnem biltenu 2005. Glej tudi izbrano vprašanje o buprenorfinu. Vsaka zdravljena oseba lahko poroča o uživanju do štirih sekundarnih drog.

Prikaz 14: Osebe, ki se na novo, izvenklinično zdravijo zaradi odvisnosti od vbizgavanja opiatov, kot delež skupnega števila novih zdravljenih oseb zaradi uživanja opiatov po državah, 2003



Opomba: Prijavljene so samo države, v katerih se osebe zdravijo zaradi uživanja opiatov kot primarne droge, in/ali države, ki so poslale podatke.
Vir: Nacionalna poročila Reitox (2004).

Z drogo povezane nalezljive bolezni

HIV in AIDS

Nedavni trendi v prijavljenih primerih HIV

HIV se po množičnih epidemijah v vzhodni Evropi hitro širi med injicirajočimi uživalci drog v novih državah članicah baltske regije (EuroHIV, 2004) (glej polje „HIV in AIDS v vzhodni Evropi“). Stopnje novo ugotovljenih primerov so v Estoniji in Latviji dosegle vrh leta 2001, v Litvi pa leta 2002, vendar so v zadnjem času izredno padle. Ta vzorec je tipičen za epidemije HIV med injicirajočimi uživalci drog. Razlog za to je, da se je osrednja, najbolj ogrožena skupina injicirajočih uživalcev drog v zelo kratkem času okužila, potem pa je pojav okuženosti upadel zaradi pomanjkanja občutljivih injicirajočih uživalcev drog ter se je nato stabiliziral na stopnji, ki je odvisna od stopnje zelo ogroženih injicirajočih uživalcev drog, na novo vključenih v zdravljenje. Vendar ne moremo izključiti dodatnega vpliva vedenjskih sprememb in, če je to res, bi to lahko bilo delno posledica specifičnih intervencij (glej „Preprečevanje z drogo povezanih nalezljivih bolezni“, str. 68).

V državah EU-15 so stopnje novo ugotovljenih primerov okužbe z virusom HIV v zadnjih letih ostale nizke, razen na Portugalskem. Vendar so primerjave na ravni EU nepopolne, saj podatki o poročanju primerov HIV še vedno niso na voljo (Španija in Italija) ali pa se šele pripravljajo (Francija) za nekatere države, kjer je največ okuženih z aidsom. Portugalska je leta 2003 zabeležila zelo visoko stopnjo 88 primerov na milijon prebivalcev, vendar tudi močan upad od leta 2000 naprej (ko je bila stopnja 245 primerov na milijon). Ta porast je treba razlagati previdno, saj so na Portugalskem evropske podatke začeli poročati šele leta 2000.

Seroprevalenca HIV

Podatki o seroprevalenci med injicirajočimi uživalci drog (delež okuženih v vzorcih injicirajočih uživalcev drog) so pomembno dopolnilo k podatkom o prijavljenih primerih okužbe z virusom HIV. Zaporedne študije o seroprevalenci in redno spremljanje podatkov diagnostičnih testov lahko potrdijo trende glede poročanja primerov ter zagotovijo podrobnejše informacije o določenih regijah in okoljih. Vendar podatki o razširjenosti prihajajo iz različnih virov, ki jih je v nekaterih primerih težko primerjati, zato jih je treba razlagati previdno.

Nedavne zabeležene poraste prijavljenih primerov HIV večinoma potrjujejo razpoložljivi podatki o seroprevalenci; na primer v Latviji se je razširjenost v nacionalnih vzorcih zdravljenja testiranih injicirajočih uživalcev drog dvignila z 1,5 % (5/336) leta 1997 na 14 % (302/2 230) leta 2001 ter nato leta 2003 padla na 7 % (65/987). V Avstriji, v kateri podatki o prijavljenih primerih okužbe s HIV za injicirajoče uživalce drog niso na voljo, razširjenost HIV med nacionalnimi vzorci (neposrednih) smrtnih primerov zaradi uživanja droge kaže na porast na 7 % (11/163) leta 2003 z 1 % (1/117) leta 1998, vendar so številke nizke, zato trend ni statistično pomemben.

V letih 2002 in 2003 je razširjenost okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog, zlasti tistimi, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, kazala velike razlike med državami in znotraj njih, saj se je gibala od 0 % v Bolgariji, na Madžarskem, v Sloveniji in na Slovaškem do največ 37,5 % (54/144) v nekem italijanskem mestu (2003, Bolzano – uživalci, ki se zdravijo in so v zaporu)⁽¹²⁰⁾. Najvišje stopnje razširjenosti v nacionalnih vzorcih (nad 10 % v letih 2002–03) so bile ugotovljene v Italiji, Latviji in na Portugalskem⁽¹²¹⁾; v Španiji podatki za leto 2001 kažejo zelo visoko stopnjo razširjenosti, vendar pa so najnovejši podatki pomanjkljivi⁽¹²²⁾. O najvišjih stopnjah razširjenosti v regionalnih in lokalnih vzorcih (nad 20 % v letih 2002–03) poročajo iz Španije, Italije, Latvije in

⁽¹²⁰⁾ Glej prikaz INF-3 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹²¹⁾ Podatki za Portugalsko in Italijo niso omejeni na injicirajoče uživalce drog in lahko tako prenizko ocenijo razširjenost med injicirajočimi uživalci drog.

⁽¹²²⁾ Glej tabeli INF-1 in INF-8 v Statističnem biltenu 2005.

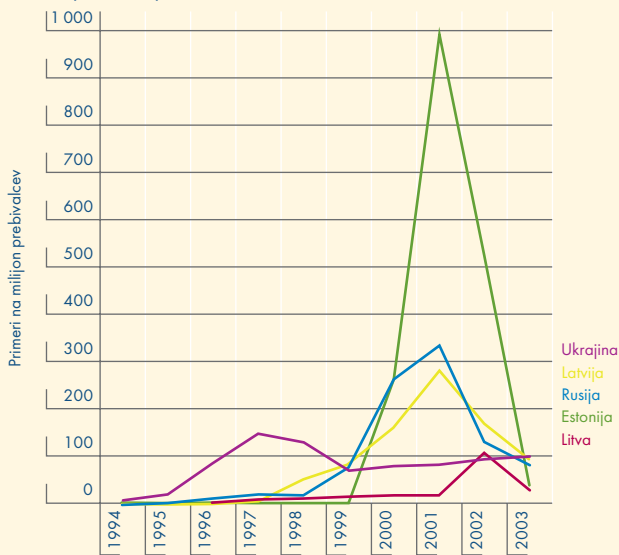
Poljske ⁽¹²³⁾, čeprav najnovejši podatki za nekatere države in območja z visokimi stopnjami razširjenosti v zadnjih letih niso na voljo. V Latviji in na Poljskem lokalne študije kažejo na nedavno prenašanje virusa HIV na podlagi zelo visoke razširjenosti med mladimi injicirajočimi uživalci drog ⁽¹²⁴⁾.

HIV in AIDS v vzhodni Evropi

Virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) se med injicirajočimi uživalci drog v Rusiji in Ukrajini hitro širi z množičnimi epidemijami, kot se je na primer zgodilo v državah članicah EU baltske regije. Leta 2001 je stopnja na novo odkritih okužb, povezanih z intravenoznim uživanjem drog, dosegla vrh v Estoniji in Ruski federaciji z 991 oziroma 333 primeri na milijon prebivalcev. Vendar je bil vrh v Ukrajini dosežen prej, leta 1997, saj je znašal 146 primerov na milijon prebivalcev, zaradi zelo razširjenega prenašanja v zvezi z injicirajočimi uživalci drog, po katerem je delež novo odkritih diagnoz okužbe s HIV upadel, vendar pa je nedavno ponovno narasel.

Pojav aidsa med injicirajočimi uživalci drog hitro narašča v Latviji in Ukrajini, kar namiguje, da dostop do protivirusnega zdravljenja in pokritost z njim verjetno nista zadostna (glej „Izredno aktivna protiretrovirusna terapija v evropski sekciji Svetovne zdravstvene organizacije“, str. 67).

Na novo ugotovljene okužbe s HIV pri injicirajočih uživalcih drog v izbranih državah EU, Rusiji in Ukrajini po letih poročanja



Vir: Evropski center za epidemiološko spremljanje aidsa (EuroHIV) (2004).

V poljski študiji je to nedavno prenašanje potrjeno s 23-odstotno razširjenostjo v vzorcu 127 novih uživalcev, ki si drogo vbrizgavajo ⁽¹²⁵⁾.

Časovni trendi glede razširjenosti se prav tako razlikujejo med državami. Čeprav so se v zadnjem času pojavili izbruhi v baltski regiji, podatki o seroprevalenci HIV iz vzorcev injicirajočih uživalcev drog kažejo na zmanjšanje od sredine devetdesetih v nekaterih najbolj prizadetih državah (Španija, Francija in Italija), ki mu sledi stabilizacija v zadnjih letih ⁽¹²⁶⁾. A če je seroprevalenca visoka in stabilna, se bo prenašanje verjetno nadaljevalo. Podatki za nove injicirajoče uživalce drog kažejo na stalno ali celo povečano prenašanje v Španiji med letoma 1999 in 2000. V nekaterih drugih državah (Francija 2001–03, Portugalska 1999–2000) so lokalni in regionalni podatki o novih in mladih injicirajočih uživalcih drog kazali na določeno (povečano) prenašanje, vendar so vzorci premajhni, da bi bili trendi lahko statistično pomembni ⁽¹²⁷⁾. Na drugi strani je treba poudariti, da je razširjenost HIV med injicirajočimi uživalci drog v več državah med letoma 2002 in 2003 ostala zelo nizka. Razširjenost HIV je bila nižja od 1 % na Češkem, v Grčiji (nacionalni podatki), na Madžarskem, v Sloveniji, na Slovaškem, Finskem, v Romuniji (podatki samo za leto 2001), Bolgariji in na Norveškem (podatki za Oslo). V nekaterih od teh držav (npr. na Madžarskem) sta razširjenost okužbe z virusom HIV in virusom hepatitisa med najnižjimi v EU, kar kaže na nizke ravni tveganja za vbrizgavanje (glej razdelek „Hepatitis B in C“ spodaj).

Pojav aidsa

V Latviji se je pojav aidsa, povezanega z injicirajočimi uživalci drog, povečal z 0 primerov leta 1997 na ocenjenih 19 primerov na milijon prebivalcev v letih 2002 in 2003 ⁽¹²⁸⁾. Vendar država z najvišjo pogostnostjo pojava ostaja Portugalska s 33 primeri na milijon prebivalcev, čeprav se je ta številka od leta 1999 zmanjšala. Pojav aidsa zaradi injicirajočega uživanja droge je v EU dosegel vrh v začetku devetdesetih in je nato upadel. Najbolj okužena država je bila Španija, ki je vrh dosegla s 124 primeri na milijon prebivalcev leta 1994, vendar je do leta 2003 ta številka upadla na ocenjenih 16 primerov na milijon.

Zmanjšanje pojava aidsa v poznih devetdesetih je rezultat uvedbe izredno aktivne protiretrovirusne terapije (highly active antiretroviral therapy – HAART) leta 1996, ki preprečuje razvoj aidsa pri ljudeh, okuženih s HIV (glej polje o HAART). Pri injicirajočih uživalcih drog imajo

⁽¹²³⁾ Glej tabelo INF-8 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹²⁴⁾ Injicirajoči uživalci drog, mlajši od 25 let: 33 % okuženih med 55 mladimi injicirajočimi uživalci drog na Poljskem in 20 % med 107 mladimi injicirajočimi uživalci drog v Latviji.

⁽¹²⁵⁾ Glej tabelo INF-10 in prikaza INF-4 in INF-5 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹²⁶⁾ Glej prikaz INF-16 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹²⁷⁾ Glej prikaz INF-26 in INF-27 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹²⁸⁾ Glej prikaz INF-1 v Statističnem biltenu 2005.

Izredno aktivna protiretrovirusna terapija v evropski sekciji Svetovne zdravstvene organizacije

Ocene Svetovne zdravstvene organizacije o pokritosti izredno aktivne protiretrovirusne terapije (Highly active antiretroviral therapy, HAART) kažejo, da ima v EU in večini osrednje Evrope več kot 75 % oseb, ki potrebujejo zdravljenje, dostop do terapije HAART.

Vendar se ocenjuje, da je pokritost med baltskimi državami „slaba“ v Estoniji in Litvi (25–50 %) in „zelo slaba“ v Latviji (pod 25 %). Ocenjeno je, da je pokritost „zelo slaba“ v večini držav vzhodne Evrope.

Ocene o pokritosti v zvezi s injicirajočimi uživalci drog niso na voljo, vendar so študije pokazale, da so ti uživalci pogosto veliko bolj ogroženi zaradi nezadostnega dostopa do terapije HAART kot ljudje, okuženi na druge načine.

Vir: Regionalna pisarna za Evropo pri Svetovni zdravstveni organizaciji, Zbirka podatkov Zdravje za vse (www.euro.who.int/hfad) (dostop na dan 8. marca 2005).

pomembno vlogo tudi ukrepi za preprečevanje HIV in v nekaterih državah je dejavnik tudi zmanjšanje števila ljudi, ki si drogo vbrizgavajo (glej „Vbrizgavanje droge“, str. 62).

Podatki o letni pogostnosti pojava kažejo, da lahko do leta 2002 najvišje število novih primerov aidsa v EU pripišemo intravenoznemu uživanju drog; kasneje je ta način prenašanja prehitel heteroseksualni spolni odnos, kar odraža spremembe v epidemiologiji HIV v prejšnjih letih (prikaz 15). Vendar je treba poudariti, da se vzorci vbrizgavanja med posameznimi državami lahko močno razlikujejo (¹²⁹).

Hepatitis B in C

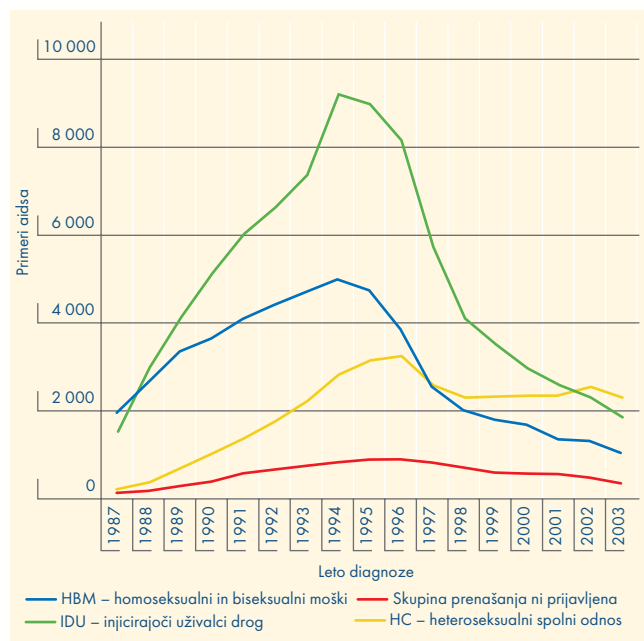
Razširjenost protiteles virusa hepatitisa C (HCV) med injicirajočimi uživalci drog je na splošno zelo velika, čeprav obstajajo velike razlike med državami in znotraj njih (¹³⁰). Med vzorci injicirajočih uživalcev drog o stopnjah razširjenosti nad 60 % v letih 2002–03 poročajo iz Belgije, Estonije, Grčije, Italije, Poljske, Portugalske in Nizozemske, medtem ko o vzorcih z razširjenostjo nad 40 % poročajo iz Belgije, Češke, Grčije, Madžarske, Avstrije, Slovenije, Slovaške, Finske in Združenega kraljestva (prikaz 16) (¹³¹).

Podatki o razširjenosti med mladimi injicirajočimi uživalci drog (mlajšimi od 25 let) so na voljo samo iz nekaterih

držav in v nekaterih primerih so vzorci majhni. Kadar so podatki le na voljo, lahko najvišjo razširjenost med mladimi injicirajočimi uživalci drog v letih 2002–03 (nad 40 %) najdemo v vzorcih iz Grčije, Avstrije in Poljske, najnižjo razširjenost (pod 20 %) pa v vzorcih iz Madžarske, Slovenije, Finske in Združenega kraljestva (¹³²). Podatki o razširjenosti HCV med novimi uživalci, ki si drogo vbrizgavajo (vbrizgavanje manj kot dve leti), so še bolj omejeni, vendar razpoložljive informacije za leto 2002–03 kažejo, da je najvišja razširjenost v vzorcih iz Belgije in Poljske ter najnižja (pod 20 %) v vzorcih iz Češke, Grčije in Slovenije (¹³³). Podatki o prijavi hepatitisa C za obdobje med letoma 1992 in 2003 kažejo, da v državah, ki so zagotovile podatke, injicirajoči uživalci drog predstavljajo veliko večino prijavljenih primerov hepatitisa C (prijave so večinoma omejene na ugotovljene primere akutne okužbe) (prikaz 17).

Označevalci razširjenosti virusa hepatitisa (HBV) se prav tako zelo razlikujejo med državami in znotraj njih (¹³⁴). Najpopolnejši podatki so za anti HBc, ki navaja zgodovino

Prikaz 15: Primeri okužb z aidsom po skupini prenosa in letu diagnoze (1987–2003), prilagojeno za zamude pri poročanju, EU



Opomba: Prikazani podatki za tri glavne skupine prenašanja in primere brez prijavljene skupine prenašanja.

Države, ki niso vključene, so Francija, Nizozemska (podatki niso na voljo za celotno obdobje) in Ciper (na voljo ni nobenih podatkov).

Vir: EuroHIV; podatki, poslani do 31. decembra 2003.

(¹²⁹) Glej prikaz INF-2 v Statističnem biltenu 2005.

(¹³⁰) Glej tabeli INF-2 in INF-11 v Statističnem biltenu 2005.

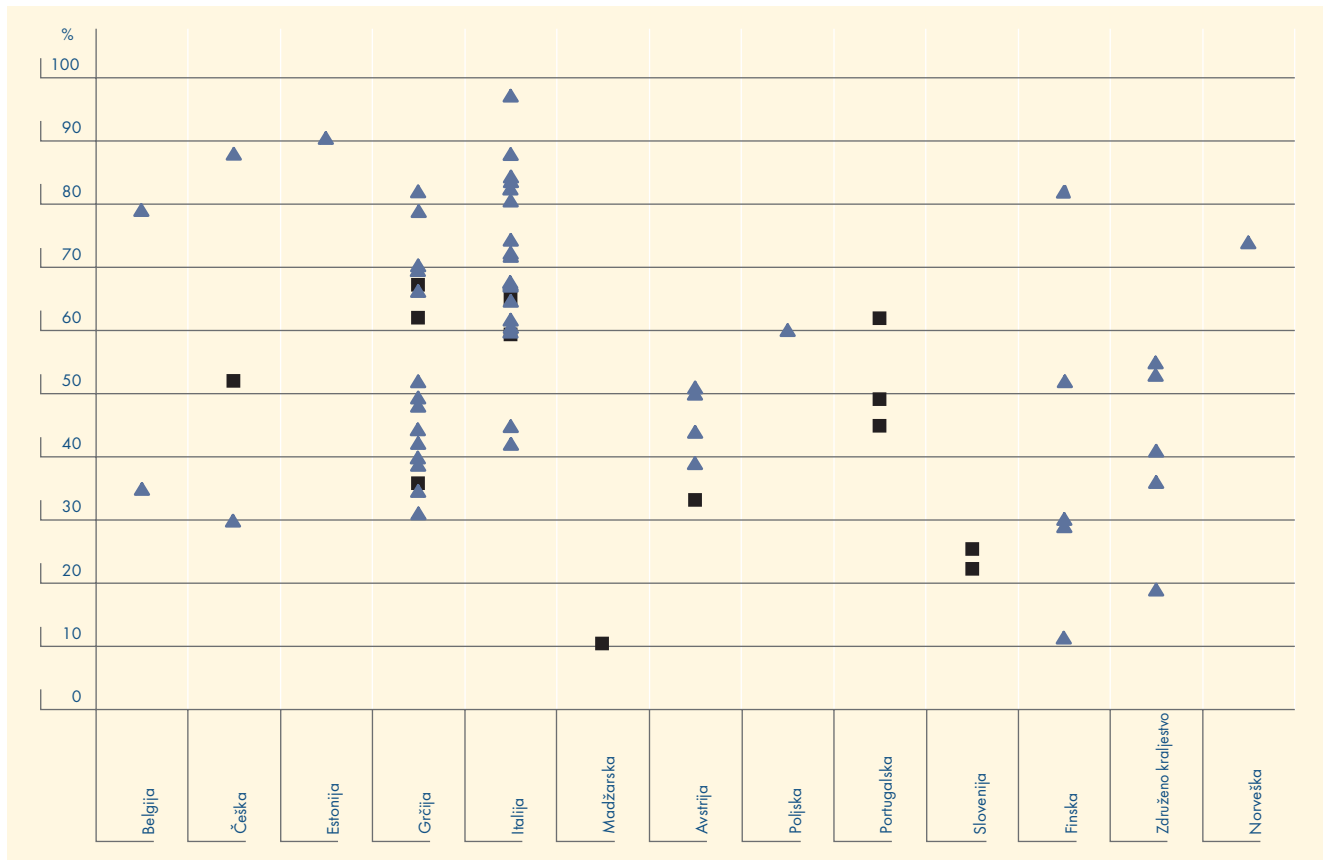
(¹³¹) Glej prikaza INF-21 v Statističnem biltenu 2005 ter Mathed' et al., 2005.

(¹³²) Glej tabelo INF-12 v Statističnem biltenu 2005.

(¹³³) Glej tabelo INF-13 in prikaza INF-7 in INF-8 v Statističnem biltenu 2005.

(¹³⁴) Glej tabeli INF-3 in INF-14 v Statističnem biltenu 2005.

Prikaz 16: Nacionalne in lokalne ocene o razširjenosti okužbe z virusom hepatitisa C med injicirajočimi uživalci drog, 2002–2003



Opomba: Črni kvadrati = vzorci na nacionalni ravni; modri trikotnik = vzorci na lokalni/regionalni ravni. Razlike med državami je treba razlagati previdno zaradi različnih okolij in/ali metod; nacionalne strategije o vzorčenju so različne. Podatki za Španijo in Portugalsko ter nekateri podatki za Češko vključujejo tudi neinjicirajoče uživalce drog, zato je možno, da podcenjujejo razširjenost med injicirajočimi uživalci drog (delež neinjicirajočih uživalcev drog v vzorcu ni znan). Podatki za Portugalsko, Slovenijo in Slovaško so omejeni na razširjenost med injicirajočimi uživalci drog, ki se zdravijo, ter niso reprezentativni za razširjenost med injicirajočimi uživalci drog, ki se ne zdravijo.

Viri: Nacionalne kontaktne točke Reitox (2004). Za primarne vire, podrobne informacije in podatke pred letom 2002, glej tabelo INF-11 v Statističnem biltenu 2005.

okužbe, in med tistimi, katerih testi so bili negativni, možnost za cepljenje. V letih 2002–03 so o vzorcih injicirajočih uživalcev drog z razširjenostjo nad 60 % poročali iz Belgije, Estonije in Italije, o vzorcih z razširjenostjo pod 30 % pa iz Belgije, Španije, Italije, Avstrije, Portugalske, Slovenije, Slovaške in Združenega kraljestva ⁽¹³⁵⁾. Podatki o prijavljenem hepatitisu B za obdobje med letoma 1992 in 2003 za tiste države, za katere so na voljo podatki, kažejo, da se je delež injicirajočih uživalcev drog povečal ⁽¹³⁶⁾. V nordijski regiji se velika večina prijavljenih akutnih primerov hepatitisa B pojavlja med injicirajočimi uživalci drog, medtem ko se izbruhi hepatitisa B v več državah prekrivajo s povečanjem vbrizgavanja droge (Blystad et al., 2005).

Za kratek pregled drugih z drogo povezanih nalezljivih bolezni glej Letno poročilo 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/sl/page074-sl.html>).

Preprečevanje z drogo povezanih nalezljivih bolezni

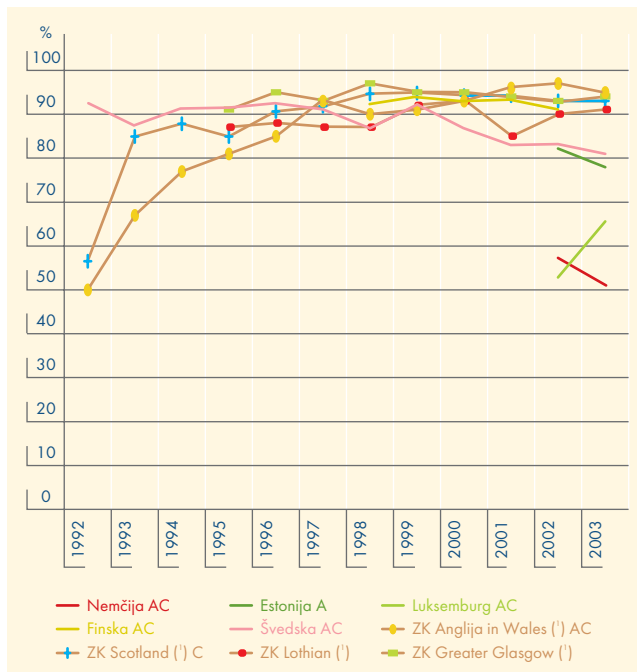
Čeprav se nacionalne politike držav članic razlikujejo, saj odražajo njihovo individualno stanje glede drog in politični okvir, hkrati obstaja vedno več dokazov o soglasju na evropski ravni, o ključnih elementih, ki so potrebni za učinkovit odziv na boj proti HIV in drugim nalezljivim boleznim med injicirajočimi uživalci drog ⁽¹³⁷⁾. Ustrezni odzivi zajemajo večji dostop do zdravljenja odvisnosti od drog (WHO, 2005), razvoj nizkopražnih programov za pomoč uživalcem drog in zagotavljanje sterilne opreme ter

⁽¹³⁵⁾ Glej prikaze INF-9, INF-10, INF-22 in INF-23 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹³⁶⁾ Glej prikaz INF-14 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹³⁷⁾ Na dveh nedavnih konferencah so predstavniki evropskih vlad potrdili svoje sodelovanje v boju proti HIV/AIDSu ter opredelili ukrepe za okrepitev njihovih odzivov na tem področju (Deklaracija iz Dublina, februar 2004, in Deklaracija iz Vilne, september 2004). Vse ključne dokumente EU o HIV/AIDSu lahko najdete na spletni strani Evropske komisije o javnem zdravju (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Prikaz 17: Prijavljeni primeri hepatitisa C, odstotek prijavljenih primerov med injicirajočimi uživalci drog, 1992–2003



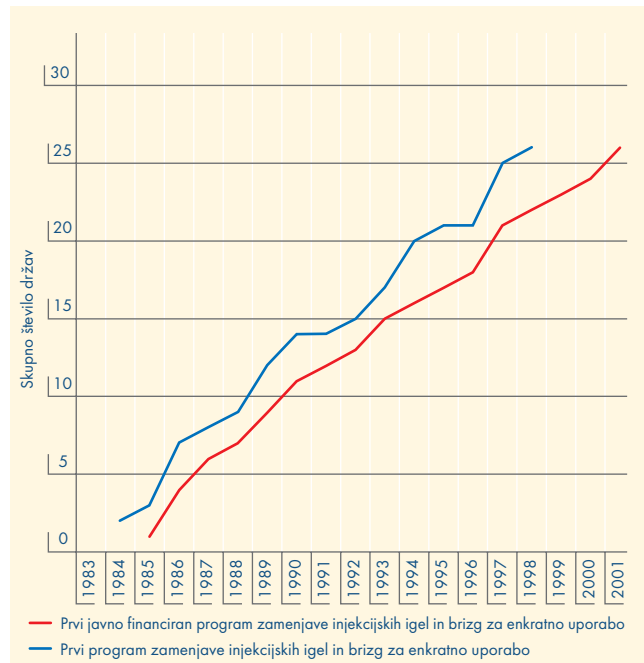
(°) Podatkov ni za nacionalno raven.
Opomba: A, akutni primeri; AC, akutni in kronični primeri; C, kronični primeri.
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox.

izobraževalnih programov, čeprav je treba poudariti, da med državami obstajajo razlike glede na to, kakšen pomen dajejo tem različnim delom teh programov za pomoč. Zlasti je pomembno, da je na voljo zadosti oralnega nadomestnega zdravljenja za uživalce, ki si vbizigavajo opiate, saj s tem pomembno znižamo zelo tvegano z drogami povezano vedenje za prenašanje HIV (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Razpoložljivost injekcijskih igel in brizg

Programi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo so se v Evropski uniji začeli v sredini osemdesetih kot takojšen odziv na nevarnost epidemije HIV med injicirajočimi uživalci drog ter so se v devetdesetih hitro razširili (prikaz 18). Leta so javno financirani programi že obstajali v več kot polovici trenutnih 25 držav članic in na Norveškem. Danes so programi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo na voljo v Bolgariji, Romuniji in na Norveškem ter v vseh državah EU, razen na Cipru, kjer se lahko sterilna oprema brezplačno dobi v lekarnah, razmišljajo pa tudi o uradni uvedbi takega programa (138). Ko se taki programi v državi uvedejo, geografska pokritost mest, kjer delijo injekcijske igle in brizge za enkratno uporabo, po navadi stalno narašča. Mnoge države so sedaj dosegle polno geografsko pokritost in lekarne so

Prikaz 18: Uvedba programov zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo v 23 državah EU, na Norveškem in v Bolgariji



Vir: Nacionalna poročila Reitox, 2004.

ključni partner v več državah članicah. Vendar na Švedskem oba programa, ki sta se začela leta 1986 na jugu države, ostajata edina; v Grčiji je število programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo omejeno, na voljo pa so samo v Atenah (139).

Programi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo so po navadi tesno vključeni v delo nizkopražnih svetovalnih agencij za droge (glej polje „Večja dostopnost storitev“), delo na terenu in skrb za brezdomce v državah EU in na Norveškem. Ker so lahko agencije, ki imajo nizek prag dostopa, uspešne pri doseganju nedostopnih aktivnih uživalcev drog, so lahko pomembno izhodišče za kontaktiranje, preprečevanje, izobraževanje in svetovanje kakor tudi za napotitev na zdravljenje. Vedno bolj je tudi priznано, da so lahko nizkopražni programi za pomoč uživalcem drog pomembna podlaga za zagotavljanje osnovne zdravstvene oskrbe, pregledovanja nalezljivih bolezni ter cepljenja in protivirusnega zdravljenja članov skupnosti, ki so jim formalnejše zdravstvene storitve zaradi različnih razlogov težko dostopne.

Programi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo so opisani kot prevladujoč pristop za preprečevanje nalezljivih bolezni med uživalci drog v 16 državah članicah EU in na Norveškem ter so pogost pristop v dodatnih šestih državah;

(138) Glej tabelo NSP-2 v Statističnem biltenu 2005.

(139) Glej „Razpoložljivost injekcijskih igel in brizg“ v Statističnem biltenu 2005.

Večja dostopnost storitev

Izraz „nizkopražni“ opisuje izvedbeno podlago, katere namen je olajšati uživalcem drog dostop do socialnih in zdravstvenih služb. Da bi znižali njihov prag dostopa, so agencije nameščene na posebnih krajih in imajo uradne ure prilagojene potrebam svojih strank, delajo tudi pozno zvečer ali ponoči. Nizkopražne agencije svoje storitve pogosto zagotavljajo z delavci na terenu. Uporaba storitev agencij zahteva malo birokracije in je pogosto brezplačna ter ni povezana z obveznostjo strank, da so droge prenehale ali jih bodo prenehale uživati. Take agencije so usmerjene na trenutne uživalce, ki še niso bili v stiku z drugimi drogami ali zdravstvenimi službami, ali tiste, ki so izgubili stik z njimi. Njihove storitve so usmerjene na „težko dostopne“ skupine ter posebne zelo ogrožene skupine uživalcev in tudi eksperimentalne uživalce (na primer z zagotavljanjem svojih storitev v klubih in diskotekah ali drugih zabavnih prizoriščih). Nizkopražno okolje se lahko nanaša na poulične agencije, dnevne centre za naključne obiskovalce in postaje zdravstvenega varstva na terenu ter okenca za nujno pomoč. Sistem oskrbe teh agencij je zaradi lažje dostopnosti obsežen in tako imajo pomembno vlogo pri doseganju bolj „skritih“ ali „težko dosegljivih“ populacij uživalcev drog. Poleg spodbujanja uživalcev, da si poiščejo zdravljenje, in napotitev na zdravljenje pogosto zagotavljajo storitve „preživetja“, vključno s hrano, obleko, zavetiščem, sterilno opremo za vbrižgavanje in zdravniško oskrbo. So osrednje okolje za širjenje sporočil o promociji zdravja ter okrepitev znanja in veščin v zvezi z varnim uživanjem med tistimi, ki droge uživajo eksperimentalno ali odvisniško ali problematično. Vedno bolj zagotavljajo tudi storitve zdravljenja.

so prednostni odziv politike na nalezljive bolezni med uživalci drog v dveh tretjinah držav EU ⁽¹⁴⁰⁾.

Dokazi o učinkovitosti programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo

Znanstvene raziskave o učinkovitosti programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo pri zmanjševanju HIV/aidsa med injicirajočimi uživalci drog segajo v osemdeseta leta ⁽¹⁴¹⁾. Kot je ugotovljeno v pregledu literature, ki jo je objavila Svetovna zdravstvena organizacija leta 2004, obstajajo utemeljeni dokazi, da se s povečevanjem razpoložljivosti in uporabe sterilne opreme za vbrižgavanje za injicirajoče uživalce droge občutno zniža okužba z virusom HIV in da ni nobenih

dokazov o kakšnih večjih nepričakovanih negativnih posledicah (WHO, 2004). Vendar je bilo v poročilu ugotovljeno, da sami programi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo ne zadostujejo za nadzor nad okužbo z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog ter da je treba te programe dopolniti s številnimi dopolnilnimi ukrepi za nadzor nad okužbo z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog ter od njih. S pregledom stroškovne učinkovitosti programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo de Wit in Bos (2004) ugotavljata, da se zdijo ti programi stroškovno učinkoviti pri preprečevanju širjenja virusa HIV ter imajo poleg zmanjševanja okužbe s HIV dodatne in pomembne koristi, kot je možnost, da uživalci drog, ki jih je drugače težko doseči, stopijo v stik z zdravstvenimi in socialnimi službami.

Preprečevanje hepatitisa

Osebe, ki si vbrižgavajo droge, so zelo izpostavljene tveganju za okužbo z virusom hepatitisa B in C, saj se 50–80 % uživalcev drog okuži v petih letih od začetka vbrižgavanja, kar lahko vodi do kroničnih okužb, ki lahko škodijo jetrom in povzročijo njihovo odpoved (EMCDDA, 2004b). Medtem ko trenutno ni nobenega cepiva proti hepatitisu C, lahko hepatitis B učinkovito preprečimo s cepljenjem ⁽¹⁴²⁾.

Več držav EU je v zadnjem desetletju hepatitis (ponovno) uvedlo v nacionalne programe imunizacije in cepljenje je sedaj del rednih načrtov cepljenja otrok v večini držav EU. Do sedaj priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije niso sledile samo Danska, Nizozemska, Švedska, Združeno kraljestvo in Norveška ⁽¹⁴³⁾.

Čeprav bo minilo nekaj desetletij, preden večje število prebivalcev ne bo več izpostavljeno tveganjem, se ciljno naravnani programi cepljenja za uživalce drog trenutno izvajajo v večini držav EU in na Norveškem. Da bi dosegli njihovo ciljno prebivalstvo, je cepljenje uživalcem drog na voljo v lahko dostopnih kontaktnih točkah ter vedno bolj v zaporih ⁽¹⁴⁴⁾.

Kampanje za imunizacijo proti hepatitisu B se pogosto kombinirajo s cepljenji proti virusu hepatitisa A in svetovanjem glede okužbe z virusom hepatitisa C, testiranjem in napotitvijo na zdravljenje. Čeprav je zdravljenje hepatitisa C na voljo v vseh državah, uživalci drog v praksi do njega težko pridejo. Smernice zdravljenja so pomembno orodje za zagotavljanje zdravljenja hepatitisa C, zato je Center leta 2003/2004 opravil analizo smernic za zdravljenje ⁽¹⁴⁵⁾. Večina smernic

⁽¹⁴⁰⁾ Glej spletno stran Centra za pregled nacionalnih odzivov na nalezljive bolezni (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Glej spletno stran Centra za seznam ključnih pregledov (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Za dodatne informacije o hepatitisu glej spletno stran Centra (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Poročilo o 14. svetovni svetovni skupini: razširjen program o imunizaciji, 14.–18. oktober 1991, Antalija, Turčija, ki ga je potrdila Generalna skupščina Svetovne zdravstvene organizacije leta 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Glej Seznam cepljenja proti hepatitisu B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Posvetovalna študija o smernicah za zdravljenje hepatitisa C za injicirajoče uživalce drog (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

priporoča, da se uživalci drog zdravijo, ko prenehajo uživati droge ali so določeno obdobje, ki lahko traja od treh mesecev do dveh let, na oralnem nadomestnem zdravljenju. Novejši ko so usmerjevalni dokumenti, večja verjetnost je, da bodo upoštevali raziskave, ki kažejo koristi interdisciplinarnega pristopa k zdravljenju s skupinami hepatologov in strokovnjakov za pomoč uživalcem drog. Nedavno večje število nacionalnih smernic bo verjetno izboljšalo možnosti za zdravljenje in izboljšalo možnosti za uživalce drog.

Z drogo povezani smrtni primeri

Smrtni primeri zaradi uživanja heroina

V tem razdelku se izraz „z drogo povezani smrtni primeri“ uporablja za smrtne primere, ki neposredno nastanejo zaradi zaužitja ene ali več drog ter se na splošno pojavijo kmalu po zaužitju ene ali več snovi. Te vrste smrtnih primerov so znane kot „preveliki odmerki“, „zastрупitve“ ali „smrti zaradi uživanja drog“⁽¹⁴⁶⁾.

V večini „z drogo povezanih smrtnih primerov“ zaradi prepovedanih drog, ki se prijavijo v EU, so navzoči opiat, čeprav toksikološke preiskave razkrijejo tudi navzočnost drugih snovi, zlasti alkohola, benzodiazepinov in v nekaterih državah kokaina⁽¹⁴⁷⁾.

V letih med 1990 in 2002 so države EU vsako leto poročale o 7 000–9 000 smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka drog⁽¹⁴⁸⁾, kar seštevno pomeni več kot 100 000 smrtnih primerov v tem obdobju. Te številke veljajo za najnižje ocene, kajti v večini držav obstaja določen delež neprijavljenih primerov.

Prevelik odmerek opiatov je v številnih državah EU eden glavnih vzrokov smrti med mladimi, zlasti med moškimi v mestnih območjih (EMCDDA, 2004c). Trenutno je prevelik odmerek tudi glavni vzrok smrti med uživalci opiatov v celotni EU; na primer, leta 2001 je 15 držav članic EU poročalo o 8 347 z drogo povezanih smrtnih primerih v primerjavi s 1 633 smrtnimi primeri zaradi aidsa med injicirajočimi uživalci drog (EuroHIV, 2004)⁽¹⁴⁹⁾, čeprav ne smemo prezreti stroškov in možnih dolgotrajnih težav zaradi okužbe s HIV.

Večina žrtev zaradi prevelikega odmerka drog so moški, ki predstavljajo 60–100 % primerov, v večini držav pa se delež giblje med 75 in 90 %. Večina žrtev zaradi prevelikega odmerka je stara od dvajset do štirideset let, s povprečno starostjo v srednjih tridesetih letih (v razponu od 22 do 45 let). Povprečna starost je najnižja v več novih državah članicah (Estoniji, Latviji, Litvi in Romuniji), v katerih je delež žrtev zaradi prevelikega odmerka, mlajših od 25 let, sorazmerno visok, kar lahko odraža mlajšo prebivalstvo, ki uživa heroin, v teh državah⁽¹⁵⁰⁾.

Smrtni primeri zaradi uživanja metadona

Več držav je v svojih nacionalnih poročilih Reitox leta 2004 poročalo o prisotnosti metadona v znatnem deležu z drogo povezanih smrtnih primerov. Informacije so navedene v skladu z nacionalno terminologijo in nekajkrat je težko natančno oceniti, kakšno vlogo je metadon imel pri smrtnem primeru; ponekod gre dejansko za prave zastрупitve z metadonom, medtem ko je drugod prisotnost snovi zgolj opažena. Danska je poročala, da je bil metadon prisoten v 49 % smrtnih primerov zaradi zastрупitve (97 od 198 primerov, od tega je 64 primerov vključevalo izključno metadon). Nemčija je poročala, da se je 23 % primerov pripisalo „nadomestnim snovem“, od tega je v 3 % primerih šlo izključno za tako snov (55 primerov) in v 20 % primerov za kombinacijo z alkoholom in narkotičnimi drogami (354 primerov), medtem ko so leta 2002 te številke skupaj znašale 30 % (7 % izključno zaradi metadona in 23 % v kombinaciji z njim). Združeno kraljestvo je poročalo o 418 primerih z „omembo“ metadona, čeprav to ne pomeni vzročnega razmerja. Druge države so manj pogosto poročale o prisotnosti metadona pri smrtnih primerih, povezanih z drogo: Francija (osem primerov izključno zaradi metadona ali v povezavi z njim), Avstrija (v 10 % smrtnih žrtev), Portugalska (odkrit v 3 % primerov) in Slovenija (štiri smrtne žrtve zaradi metadona). V nacionalnih poročilih Reitox za leto 2003 sta Irsko in Norveško prav tako poročali o večjem številu primerov, povezanih s prisotnostjo metadona.

Kot vsak drug opiat je tudi metadon potencialno toksična snov, vendar pa so raziskave jasno ugotovile, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tveganje za umrljivost zaradi prevelikih odmerkov drog med udeleženci programa. Številne študije so pokazale, da so smrtni primeri, v katerih je udeležen metadon, najverjetnejše

⁽¹⁴⁶⁾ To je opredelitev pojma, o kateri se je strinjala skupina nacionalnih strokovnjakov Centra: glej metodološke opombe „Opredelitev z drogo povezanega smrtnega primera, ki jo je sprejel Center“ v Statističnem biltenu 2005 in Standardni protokol DRD, različica 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Večina držav ima nacionalne opredelitive primerov, ki so trenutno enake kot opredelitev Centra ali zelo podobne, čeprav nekatere države vključujejo primere zaradi psihoaktivnih zdravil ali smrtne primere, ki niso posledica prevelikega odmerka, običajno v omejenem obsegu (glej „Nacionalne opredelitive z drogo povezanih smrtnih primerov“ v Statističnem biltenu 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Glej tabelo DRD-1 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Glej tabeli DRD-2 in DRD-3 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Prikaz za smrtne primere zaradi aidsa se nanaša na zahodni del območja pod okriljem evropske sekcije Svetovne zdravstvene organizacije ter vključuje smrtne primere v več državah nečlanicah EU, npr. v Švici, na Islandiji in v Izraelu.

⁽¹⁵⁰⁾ Glej prikaz DRD-2 v Statističnem biltenu 2005.

posledica nedovoljene, ne pa predpisane uporabe, druge pa so ugotovile, da je tveganje večje v začetnih fazah metadonskega vzdrževalnega zdravljenja. Na podlagi teh ugotovitev je treba zagotoviti dobre standarde kakovosti za programe nadomestnega zdravljenja.

Smrtni primeri zaradi uživanja fentanila in buprenorfina

V zadnjih letih so baltske države poročale o nekaterih smrtnih primerih, v katerih je bil s toksikološko preiskavo najden fentanyl, pogosto v povezavi s heroinom. Švedska je v svojem nacionalnem poročilu leta 2003 poročala o 13 smrtnih žrtvah, povezanih s fentanilom, med injicirajočimi uživalci drog, v primerjavi z redkimi primeri v prejšnjih letih. Več informacij o vlogi buprenorfina v smrtnih primerih, povezanih z drogo, najdete v izbranem poglavju o buprenorfinu.

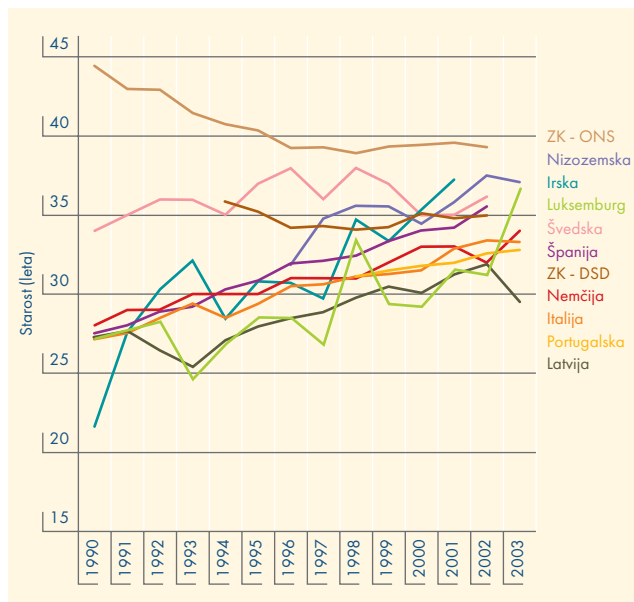
Trendi pri akutnih, z drogo povezanih smrtnih primerih

Trendi z drogo povezanih smrtnih primerov se razlikujejo od države do države ⁽¹⁵¹⁾ in celo od regije do regije zaradi razlik v poteku epidemije heroina, razširjenosti njegovega uživanja, tveganih vedenj (npr. delež oseb, ki si drogo vbrizgavajo, uživanje več drog hkrati), zagotavljanja služb za zdravljenje in podporo uživalcem drog ter mogoče razpoložljivosti in značilnosti heroina. Pomembno vlogo lahko imajo tudi razlike v organiziranosti in politikah zdravstvenih služb za nujno pomoč.

Z upoštevanjem teh omejitev lahko prepoznamo nekatere splošne trende za EU, zlasti za države članice EU-15, v katerih so na voljo daljši in bolj sistematični nizi podatkov. Število z drogo povezanih smrtnih primerov se je na splošno povečalo v osemdesetih in zgodnjih devetdesetih letih. V obdobju 1990–2000 se je, kljub upadanju v nekaterih državah, splošen trend naraščanja nadaljeval, čeprav v manjšem obsegu. Leta 2000 je bilo prijavljenih 8 930 smrtnih primerov v primerjavi s 6 426 primeri v letu 1990 (40-odstotno povečanje) ⁽¹⁵²⁾. V večini starejših držav EU je pri žrtvah prevelikega odmerka opazen trend staranja, kar spodbuja domnevo o „učinku starajoče se kohorte“ („ageing cohort effect“), ki bi lahko bila povezana z manjšim številom vključitev mladih odvisnikov v zdravljenje (prikaz 19).

Vendar od leta 2000 mnoge države EU poročajo o upadu števila z drogo povezanih smrtnih primerov. Med državami članicami EU-15 in Norveško je skupno število leta 2000 padlo z 8 930 na 8 394 leta 2001 (6-odstotni upad) in 7 122 primerov leta 2002 ⁽¹⁵³⁾ (dodatni 15-odstotni upad).

Prikaz 19: Trendi v povprečni starosti žrtev akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami, v nekaterih državah članicah EU-15, 1990–2001/2003



Opomba: Številka predstavlja države, ki so poročale o povprečni starosti žrtev večino let v obdobju poročanja.

Informacije temeljijo na „nacionalnih opredelitvah“, kot so predstavljene v tabeli DRD-6 v Statističnem biltenu 2005. V Angliji in Walesu je uporabljena „opredelitev strategije boja proti drogami“.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz nacionalnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih).

Za leto 2003 je informacije sporočilo samo deset držav, zato je treba kakršne koli sklepne ugotovitve glede trendov v EU sprejeti previdno. Vendar je bilo na podlagi teh desetih držav leta 2003 opazen 5-odstotni upad ali samo ena tretjina upada iz leta 2002. Od desetih držav, ki so poslale podatke za leto 2003, so tri poročale o porastu, ena o odsotnosti sprememb ter šest o upadu, pri čemer je izrazitejši tisti v Grčiji (22 %) in Italiji (17 %) ⁽¹⁵⁴⁾. Ta razvoj bi lahko vzbudil resno zaskrbljenost, saj je mogoče, da so bili dejavniki, ki so bili odgovorni za padec z drogo povezanih smrtnih primerov med letoma 2000 in 2002 (skoraj 20-odstotno zmanjšanje), leta 2003 razveljavljeni; to je zlasti pomembno, saj so z drogo povezani smrtni primeri še vedno na zgodovinsko visokih ravneh – približno enako kot v začetku devetdesetih let (prikaz 20).

Na splošno so se z drogo povezani smrtni primeri med osebami, mlajšimi od 25 let, od leta 1996 sorazmerno enakomerno zmanjševali, kar nakazuje na možen upad števila mladih ljudi, ki si drogo vbrizgavajo (prikaza 19 in 20), kar je rezultat padajočega ali stabilnega trenda v večini držav članic EU-15, razen v Franciji, na Švedskem in Norveškem. Vendar je bil v več novih državah članicah

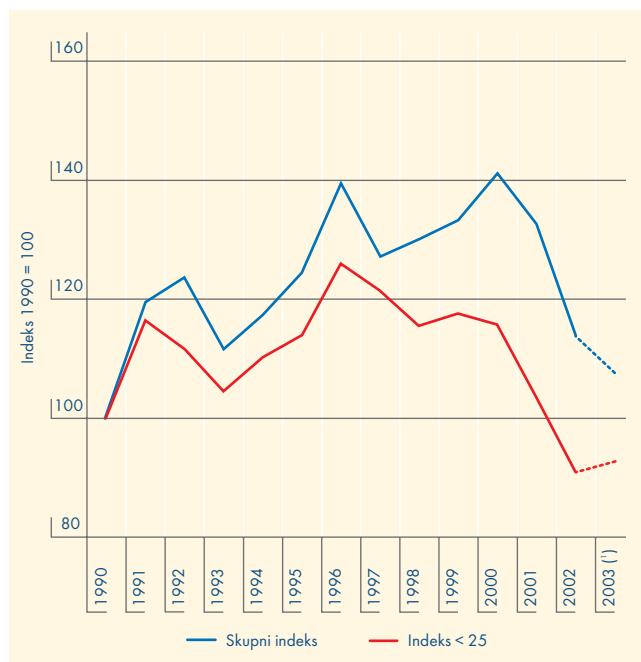
⁽¹⁵¹⁾ Glej prikaz DRD-7 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁵²⁾ Glej prikaz DRD-8 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁵³⁾ Številke za Belgijo in Irsko leta 2002 niso vključene (leta 2001 je bilo na Irskem 88 primerov).

⁽¹⁵⁴⁾ Na podlagi preprostega statističnega vzorca „Poisson“. Policijski podatki iz Norveške prav tako kažejo na jasen upad leta 2003.

Prikaz 20: Splošni trend akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami, v državah članicah EU-15 in trend deleža žrtev zaradi uživanja drog, mlajših od 25 let, 1990–2003



(1) Številke za leto 2003 so začasne, saj je za to leto podatke poslalo samo deset držav. Številke za leto 2003 temeljijo na državah, ki so podatke poslale za leti 2002 in 2003.

Opomba: Indeks: 1990 = 100. Število primerov za vsako državo in vsako leto je predstavljeno v tabeli DRD-2 (dela i in v) v tabeli GPS-4 v Statističnem biltnu 2005.

Belgija ni poslala podatkov za obdobje 1998–2001 in Irsko za leto 2002. Uporabil se je način izračuna, kot je opredeljen v EMCDDA (2001), da so se vnesli popravki za ta položaj.

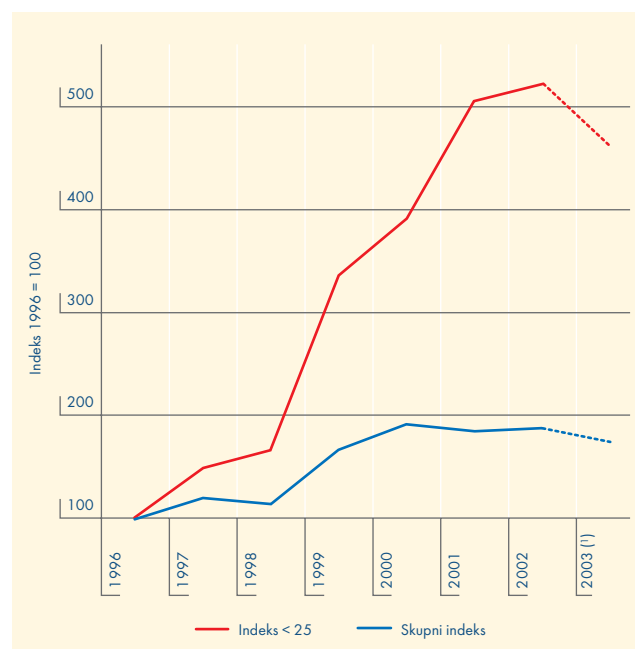
Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz nacionalnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih), na podlagi nacionalnih opredelitev, kot so predstavljene v tabeli DRD-6 v Statističnem biltnu 2005.

v obdobju od sredine devetdesetih do let 2000–02 opazen porast deleža žrtev, mlajših od 25 let, kar kaže na večjo vključitev mlajših uživalcev v zdravljenje⁽¹⁵⁵⁾. Poleg tega je do opaznega zmanjšanja na ravni EU-15 od leta 2000 prišlo zlasti med moškimi (padec v višini 21,9 %). Pri ženskah je bil padec veliko manjši (14,5 %), leta 2003 pa se zdi, da je padajoči trend med ženskami v primerjavi z moškimi obrnjen⁽¹⁵⁶⁾.

Prepoznavanje trendov v novih državah članicah je težko zaradi omejenih razpoložljivih informacij. Čeprav med državami obstajajo razlike, razpoložljive informacije kažejo, da se je število z drogo povezanih smrtnih primerov začelo bolj opazno povečevati v začetku devetdesetih. To ugotovitev podpira tudi povečanje deleža žrtev, mlajših od 25 let, od sredine devetdesetih do let 1999–2000 v večini držav, ki so poslale podatke⁽¹⁵⁷⁾. V novih državah

članicah, iz katerih so na voljo podatki, se je število žrtev, mlajših od 25 let, povečalo veliko bolj kot skupno število žrtev od leta 1996 do pred kratkim (prikaz 21), kar podpira mnenje o nedavni epidemiji. Od leta 2000 se je število smrtnih primerov zaradi prepovedanih drog stabiliziralo ali zmanjšalo v Bolgariji, na Češkem⁽¹⁵⁸⁾, v Latviji (leta 2003) in na Madžarskem. Na splošno se zdi, da se je položaj v zadnjih letih nekoliko stabiliziral, vendar je treba to ugotovitev obravnavati previdno, saj sta kakovost in pokritost poročanja v mnogih državah še vedno omejeni. Verjetno povečanje uživanja heroina v devetdesetih v številnih novih državah članicah bi lahko nadomestili s povečanjem zagotavljanja zdravljenja v zadnjih letih ali drugimi dejavniki, vendar je težko predvideti prihodnji trend (prikaz 21).

Prikaz 21: Splošni trend akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami, v novih državah članicah in državah kandidatkah ter trend deleža žrtev, mlajših od 25 let, 1990–2003



(1) Številke za leto 2003 so začasne.

Opomba: Te države so Bolgarija, Češka, Estonija, Latvija, Litva, Madžarska, Malta in Slovenija.

Indeks: 1996 = 100. Število primerov za vsako državo in vsako leto je predstavljeno v tabeli DRD-2 (del ii) v Statističnem biltnu 2005. Treba je opozoriti, da se je indeks izračunal z uporabo podatkov iz omejenega števila držav. Opozoriti je treba tudi, da Češka in Estonija predstavljata velik delež žrtev, mlajših od 25 let.

Estonija ni poslala podatkov za leti 1996 in 2003, Madžarska za leto 2002 in Češka za obdobje med letoma 1996 in 2000. Način izračuna je podrobneje opisan v EMCDDA (2001).

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2004), pridobljena iz nacionalnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih), na podlagi nacionalnih opredelitev, kot so predstavljene v tabeli DRD-6 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁵⁵⁾ Glej prikaz DRD-9 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Glej prikaz DRD-6 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁵⁷⁾ Glej prikaz DRD-9 v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Upošteva se samo primeri v okviru „Izbora D“ Centra, ki vključuje prepovedane droge. Nacionalna opredelitev vključuje veliko primerov, ki izhajajo iz psihoaktivnih zdravil (75 %).

Lahko sklenemo, da kljub pozitivnemu napredku od leta 2000 do 2002, ki je verjetno povezan z dejavniki, kot so prenehanje vbrizgavanja med uživalci opiatov v številnih državah in povečano zagotavljanje zdravljenja ter možna stabilizacija ali upad števila uživalcev opiatov, pa gledano bolj dolgoročno trenutne številke ostajajo visoke in poleg tega ostajajo znaki, da bi se napredek lahko nadaljeval.

Splošna smrtnost med uživalci opiatov

Splošna smrtnost med uživalci opiatov je 20-krat večja kot v celotni populaciji enake starosti. Ta večja smrtnost je zlasti visoka med uživalci, ki si drogo vbrizgavajo. Kljub nizki razširjenosti zasvojenosti z opiatom ta položaj močno vpliva na smrtnost mlajših odraslih v Evropi (Bargagli et al., 2004).

Vzroki za smrtnost med uživalci opiatov niso samo preveliki odmerki, ampak tudi aids in druge nalezljive bolezni ter zunanji vzroki smrti (nezgode, nasilje, samomor itd.). Glavni vzrok smrtnih primerov med kohortami z nizko razširjenostjo okužbe z virusom HIV je prevelik odmerek. Smrtnih primerov zaradi aidsa je v zadnjih letih veliko manj, celo med kohortami z visoko razširjenostjo okužbe z virusom HIV, zaradi večje razpoložljivosti zdravljenja HAART po letu 1995 (glej zgoraj za skupne številke v Evropi) ⁽¹⁵⁹⁾.

S staranjem uživalcev opiatov smrtnost postopoma narašča, saj poleg smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka in zunanjih vzrokov, kot sta samomor in nasilje (nizozemsko nacionalno poročilo), smrt povzročajo tudi kronične bolezni (kot so ciroza, rak, bolezni dihal, endokarditis, aids).

Poleg tega lahko življenjske razmere in drugi dejavniki, kot je samo uživanje drog (brezdomstvo, duševna bolezen, nasilje, slaba prehrana itd.), močno prispevajo k višji smrtnosti med uživalci drog. Študije so pokazale, da je smrtnost med psihiatričnimi bolniki štirikrat večja od smrtnosti celotnega prebivalstva (Korkeila, 2000) in da je smrtnost med brezdomci prav tako od tri- do štirikrat višja kot pri celotnem prebivalstvu (Hwang, 2001).

Zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov

Politike odziva

Cilj politike EU za obdobje 2000–2004, da se občutno zmanjša število z drogo povezanih smrtnih primerov, je bil med državami članicami izredno dobro sprejet. Osem držav članic EU-15 (Nemčija, Grčija, Španija, Irska, Luksemburg, Portugalska, Finska in Združeno kraljestvo) ter štiri nove države članice (Ciper, Latvija, Litva in Poljska) so

zmanjšanje z drogo povezanih smrtnih primerov vključile v svojo dokumentacijo o nacionalni strategiji ⁽¹⁶⁰⁾. Dejstvo, da več novih držav članic še vedno nima zanesljivih podatkov o številu z drogo povezanih smrtnih primerov, pa je velika ovira za vzpostavitev ustrezne politike odziva.

Nova strategija EU na področju drog (2005–2012) daje velik poudarek izboljšanju dostopa do številnih storitev, ki lahko znižajo obolenost in smrtnost, povezano z odvisnostjo do drog, število z drogo povezanih smrtnih primerov pa je bilo izbrano kot eden od kazalcev napredka za doseg tega cilja v prvem štiriletnem akcijskem načrtu (2005–2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Intervencije

Glavna intervencija z vidika njenega vpliva na smrtne primere, povezane z drogo, je zagotavljanje zdravljenja, zlasti nadomestnega zdravljenja (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). V osemdesetih in celo v večjem obsegu v devetdesetih se je nadomestno zdravljenje v Evropi močno razširilo, zlasti v državah članicah EU, v katerih je vbrizgavanje heroina zelo razširjeno. Trenutno je v programe nadomestnega zdravljenja vključenih več kot pol milijona uživalcev heroina v EU, kar je med eno četrtno in eno polovico ocenjene ciljne skupine uživalcev heroina.

V državah, v katerih je več kot polovica problematičnih uživalcev drog vključenih v nadomestno zdravljenje, so verjetna zmanjšanja ravni vbrizgavanja drog in s tem povezanih tveganih vedenj, kar bi povzročilo zmanjšanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka.

Leta 2003 je Evropski svet državam članicam EU priporočil številne ukrepe za zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov ⁽¹⁶²⁾. Ti ukrepi poleg zagotavljanja zdravljenja odvisnosti od drog vključujejo boljše izobraževanje in širjenje informacij o tveganju za prevelik odmerek in usmerjanje uživalcev drog in njihovih sovrstnikov ter družin, kakor tudi proaktivne strategije, da se z delom na terenu in lažje dostopnimi privlačnimi programi za pomoč odvisnikom od drog dosežejo ljudje, ki nimajo stika s službami in so drugače nedosegljivi. Komisija podrobno proučuje raven izvajanja priporočila in njegove učinke, o čemer naj bi leta 2006 pripravila poročilo.

Demografski profil žrtev prevelikih odmerkov kaže, da nezdravljene uživalce heroina bolj ogroža smrt zaradi prevelikega odmerka. Poseben ukrep, ki je učinkovit pri doseganju te prednostne skupine, je ustanovitev nadzorovanih prostorov za uživanje drog ⁽¹⁶³⁾. Take storitve trenutno delujejo v 15 nemških in 15 nizozemskih mestih ter v Madridu, Barceloni in Bilbau (Španija) ter v Oslu (Norveška).

⁽¹⁵⁹⁾ Smrtnost uživalcev drog v EU: usklajevanje izvajanja novih študij o kohortah, spremljanje in analiza obstoječih kohort ter razvoj novih metod in rezultatov. Poročilo Centra CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Glej tabelo pregleda: Strategije in izbrani ukrepi za zmanjšanje z drogo povezanih smrtnih primerov (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Glej Strategijo EU na področju drog za obdobje 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltxtdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Evropsko poročilo o sobah za uživanje drog (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Zdravljenje zaradi uživanja opiatov

Na splošno lahko možnosti, ki so na voljo za zdravljenje problematičnega uživanja opiatov, razdelimo v tri splošne kategorije: z zdravili podprto zdravljenje, zdravljenje brez drog in zdravljenje z odvajanjem (zadnja možnost ne bo obravnavana tukaj). Vendar je obravnavanje vprašanj odvisnosti in odvajanja samo en vidik uspešnega zdravljenja težav v zvezi z opiatii. Pomoč posamezniku, da se ponovno vključi v družbo s t. i. socialno reintegracijo, kar pomeni, da si najde delo in zagotovi prebivališče, ter razvoj potrebnih družbenih spretnosti, s katerimi se lahko spopade in prepreči ponovitev težav, bosta verjetno enako pomembna pri zagotavljanju pozitivnega rezultata na dolgi rok. V številnih študijah je bilo ugotovljeno, da so ljudje s težavami zaradi uživanja opiatov stopili v stik z več službami za zdravljenje in ni nujno, da se terapevtski cilji, zlasti abstinenca, dosežejo pri prvem stiku posameznika z zdravstveno službo, ampak se dosežejo s ponavljajočimi terapevtskimi intervencijami.

Z zdravili podprto zdravljenje

Z zdravili podprto zdravljenje vključuje nadomestno zdravljenje z agonisti (metadonom, buprenorfinom, dihidrokodeinom, heroinom, morfijem, ki se počasi sprošča) in, čeprav se manj pogosto uporabljajo, antagonistii (na primer naltreksonom).

Metadon je na voljo v skoraj vseh državah članicah (glej tabelo 3) in še naprej ostaja najpogosteje predpisana nadomestna snov v Evropi. Vendar pa so se v zadnjih letih možnosti zdravljenja razširile. Buprenorfin je sedaj na voljo v 18 od 26 držav, za katere so na voljo podatki. Zdravljenje z drugimi agonisti kakor tudi zdravljenje z antagonistii (naltreksonom, naloksonom ali klonidinom) se v EU manj pogosto uporablja. Študija o uvedbi nadzorovanih receptov heroina trenutno poteka v Belgiji, Avstrija pa je prejela strokovno mnenje o zdravljenju kroničnih odvisnikov od opiatov s heroinom na podlagi rezultatov obstoječih mednarodnih programov.

Najnovejši podatki kažejo, da je bilo leta 2003 več kot 450 000 oseb vključenih v nadomestno zdravljenje v specializiranih enotah v EU (tabela 4), od tega jih je več kot 90 % prejelo metadon. Poleg tega so bile to osebe, ki so prejemale druge vrste nadomestnega zdravljenja (kot so dihidrokodein, morfij, ki se počasi sprošča, ali heroin), ali tiste, ki so nadomestno zdravljenje prejemale v okoljih, kot je njihov splošni zdravnik. Na žalost v mnogih državah trenutno ni na voljo zanesljivih podatkov o teh vidikih nadomestnega zdravljenja, zato ni mogoče določiti skupnih števil za EU kot celoto.

Nekatere države pa vendarle imajo zanesljive podatke ali ocene o številu oseb, ki prejema nadomestno zdravljenje

pri splošnih zdravnikih, in z njimi pomembno prispevajo k skupni oceni oseb, ki prejema nadomestno zdravljenje v EU. Leta 2003 je metadonsko zdravljenje pri splošnih zdravnikih prejelo 8 500 oseb v Franciji, 2 682 na Irskem, 851 v Luksemburgu in 930 na Nizozemskem. Poleg tega je zdravljenje z buprenorfinom pri splošnih zdravnikih prejelo 1 200 oseb na Češkem in 70 000 v Franciji. Ocenjeno je, da je v teh petih državah nadomestno zdravljenje pri svojih splošnih zdravnikih prejelo skupaj 81 743 oseb. Ob upoštevanju, da je v nadomestno zdravljenje v specializiranih enotah vključenih več kot 450 000 oseb, je skupno število ljudi, ki prejema nadomestno zdravljenje, sedaj že preseglo številko pol milijona, saj znaša okoli 530 000. Ker pa so podatki nepopolni, je številka 530 000 minimalna ocena števila uživalcev drog, vključenih v nadomestno zdravljenje.

Stopnja razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja se močno razlikuje med državami EU-15, novimi državami članicami in državami kandidatkami. Čeprav znaša več kot 20 % skupnega števila prebivalcev, imajo nove države članice in države kandidatke samo 1,3 % oseb, vključenih v nadomestno zdravljenje (brez Turčije, za katero podatki o nadomestnem zdravljenju niso na voljo). Od novih držav članic sta samo dve, Češka in Slovenija, zagotovili ocene o razširjenosti problematičnega uživanja drog in v obeh državah je nadomestno zdravljenje na voljo za manjši delež problematičnih uživalcev drog (16 % in 26 %) od povprečja za EU-15 (35 %). Kljub pomanjkanju ocen o razširjenosti problematičnega uživanja drog v drugih novih državah članicah in državah kandidatkah raven nadomestnega zdravljenja daleč zaostaja za ravni v državah članicah EU-15. Glede na veliko tveganje za širjenje nalezljivih bolezni v nekaterih državah članicah in preventivno vlogo, ki jo lahko ima z zdravili podprto zdravljenje pri omejevanju tega (glej na primer UNODC, 2002), je položaj zaskrbljujoč.

V zadnjih letih sta se pojavila dva ločena trenda pri zdravljenju, podprtem z zdravili. Prvi je nadaljevanje trenda povečevanja razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja, čeprav povečanje ni več tako izrazito. Poleg tega so tudi snovi, ki so na voljo, postale raznolike; na primer, število držav, ki poročajo o uporabi buprenorfina, je leta 2003 naraslo na 14 v primerjavi s 6 primeri leta 1999/2000.

Tretji, čeprav manj izrazit trend je povečevanje vključenosti splošnih zdravnikov v zagotavljanje z zdravili podprtega zdravljenja. O vključenosti splošnih zdravnikov so leta 2000/2001 poročali v samo treh od 15 držav članic (Belgiji, Franciji, Združenem kraljestvu) (Solberg et al., 2002), vendar jih lahko sedaj najdemo v 10 od 15 držav članic EU (Belgija, Nemčija, Francija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Avstrija, Švedska in Združeno kraljestvo) ter treh novih državah članicah (Češka, Malta in Slovenija).

Tabela 3: Uporabljene snovi v z zdravili podprtem zdravljenju v Evropi (vključno s poskusi)

Država	Metadon	Buprenorfin	Dihidrokodein	Morfij, ki se sprošča počasi	Heroin	Naltrekson/ nalokson	Klonidin
Belgija	X	X	X			X	X
Češka	X	X					
Danska	X	X					
Nemčija	X	X	X		X	X	
Estonija	X	X					
Grčija	X	X				X	
Španija	X	X			X		
Francija	X	X		X			
Irska	X						
Italija	X	X				X	X
Ciper							
Latvija	X						
Litva	X	X				X	
Luksemburg	X	X		X			
Madžarska	X						
Malta	X		X			X	X
Nizozemska	X	X			X	X	X
Avstrija	X	X	X	X			
Poljska	X						
Portugalska	X	X				X	X
Slovenija	X						
Finska	X	X					
Švedska	X	X					
Združeno kraljestvo	X	X	X		X	X	X
Bolgarija	X			X			
Romunija	X						
Norveška	X	X					

NB: Za Slovaško ali Turčijo ni na voljo nobenih podatkov.
Vir: Standardna tabela o razpoložljivosti zdravljenja odvisnosti od drog.

Zdravljenje brez drog

Zdravljenje brez drog vključuje uporabo psihosocialnih in izobraževalnih tehnik, da bi se dosegla dolgoročna abstinenca od drog. Tradicionalno takšno zdravljenje poteka v stanovanjskih skupnostih in traja dolgo, npr. terapevtske skupnosti. Dandanes takšno zdravljenje pogosto temelji tudi na sodelovanju skupnosti.

V nasprotju z zdravljenjem, podprtem z zdravili, za katero v mnogih državah članicah obstajajo centralizirani nacionalni registri, so registri zdravljenja brez drog redki,

in zanesljivi, jasni, kvantitativni podatki za to vrsto metode zdravljenja so pičli. Čeprav ni mogoče narediti natančne primerjave z zdravljenjem, podprtim z zdravili, poročila iz držav članic kažejo, da je z zdravili podprto zdravljenje glavna oblika zdravljenja za problematične uživalce drog v večini držav članic EU in na skupni ravni EU. Vendar nekatere države poročajo o splošni večji priljubljenosti zdravljenja brez drog v primerjavi z zdravljenjem, podprtim z zdravili (Estonija, Ciper, Litva, Poljska in Finska). V številnih državah, zlasti Grčiji, Španiji in na Norveškem, so ravni z zdravili podprtega zdravljenja in zdravljenja brez drog podobne.

Tabela 4: Ocene oseb, ki prejemajo nadomestno zdravljenje v Evropi leta 2003

Država	Osebe, ki prejemajo metadonsko zdravljenje v specializiranih enotah	Osebe, ki prejemajo zdravljenje z buprenorfinom v specializiranih enotah	Skupno število oseb, ki prejemajo nadomestno zdravljenje v specializiranih enotah
Belgija	1 922	48	1 970
Češka	368	204	572
Danska	4 971	484	5 455
Nemčija	65 000	9 000	74 000
Estonija	60	13	73
Grčija	2 018	275	2 293
Španija:	88 678	36	88 714
Francija	15 000	13 000	28 000
Irski (¹)	5 561	0	5 561
Italija	79 065	7 113	86 178
Ciper	0	0	0
Latvija	67	0	67
Litva	332	n. p.	332
Luksemburg	133	10	143
Madžarska	750	0	750
Malta	698	0	698
Nizozemska	12 000	n. p.	12 000
Avstrija (²)	1 796	1 667	6 413 (³)
Poljska	865	0	865
Portugalska	9 765	2 743	12 508
Slovenija	1 909	0	1 909
Finska	170	430	600
Švedska	800	1 300	2 100
Združeno kraljestvo	128 000	n. p.	128 000
Bolgarija	380	0	380
Romunija	400	0	400
Norveška	1 947	484	2 431
Skupaj (⁴)	422 655	36 807	462 412 (⁵)

(¹) To je število primerov in ne posameznikov, zdravljenih v tem letu.

(²) V Avstriji okoli 46 % oseb ni prejelo metadona in buprenorfin, temveč drugo nadomestno zdravljenje, kar je bilo dodano k pravilnemu skupnemu številu. Sorazmerna razčlenitev temelji na prvih zdravljenih.

(³) Najvišje celotno skupno število je rezultat približno 2 950 oseb, ki v Avstriji prejemajo nadomestno zdravljenje z drugimi drogami, kot sta metadon in buprenorfin (predvsem morfij, ki se sprošča počasi).

(⁴) n. p. = ni podatkov. Pri izračunavanju skupnega števila se je postavki „ni podatkov“ dodelila vrednost 0, zato so predstavljene številke minimalne vrednosti.

NB: Za Slovaško ali Turčijo ni na voljo nobenih podatkov.

Vir: Standardna tabela o razpoložljivosti zdravljenja odvisnosti od drog.

Novi razvojni dosežki na področju zagotavljanja kakovosti

Več držav (Nemčija, Avstrija in Portugalska) je izdalo priročnike za zdravniško osebje, ki je vključeno v zdravljenje, povezano z drogami. Prizadevanja v okviru strategije boja proti drogami vlade Združenega kraljestva so pokazala, da se lahko z vlaganjem v proračun,

organizacijo, spremljanje in osebje čakalne liste skrajšajo in se lahko omogoči več problematičnim uživalcem drog dostop do zdravljenja, v katerem lahko tudi ostanejo.

V Angliji je bilo v letih 2003–2004 41 % več problematičnih uživalcev drog v stiku s službami za zdravljenje odvisnosti od drog kot v letih 1998–1999, od leta 2001 pa so se čakalne liste skrajšale za dve tretjini. V letih 2003–2004 je 72 % oseb bodisi uspešno končalo

strukturirano zdravljenje ali jih je bilo zadržanih na zdravljenju v primerjavi s 57 % v letih 2000–2003 (NTA, 2004).

Okolje, v katerem je na voljo zdravljenje brez drog, se zelo razlikuje. V eni skupini držav (Nemčija, Grčija, Španija, Francija, Ciper, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Slovenija, Združeno kraljestvo) zdravljenje brez drog problematičnih uživalcev opiatov po navadi poteka v izvenbolnišničnih prostorih, medtem ko manjša skupina držav poroča o prevladujoči uporabi bolnišničnih okolij (Irska, Italija, Avstrija), druge pa ne kažejo nobene prevlade (Švedska, Norveška).

Socialna reintegracija

Socialna reintegracija je opredeljena kot „vsako socialno posredovanje z namenom vključiti nekdanjega ali trenutnega problematičnega uživalca drog v skupnost“. Trije stebri socialne reintegracije so: (1) nastanitve, (2) izobraževanje ter (3) zaposlitev (vključno s poklicnim usposabljanjem). Uporabijo se lahko tudi drugi ukrepi, kot so svetovanje in dejavnosti v prostem času.

Socialna reintegracija je v primerjavi z zdravljenjem manj uveljavljen odziv na problematično uživanje drog in zato sta spremljanje in poročanje na tem področju še neenotna. Nekatere države članice poročajo o kvalitativnih presojah svojih prizadevanj na področju socialne reintegracije, vendar nobena ne poroča o dobri pokritosti. Države, ki so poročale (Estonija, Irska, Malta, Nizozemska, Romunija, Švedska in Norveška), so vse odkrile pomanjkljivosti v svojih službah in/ali programih za socialno reintegracijo. Izjema je le Grčija, kjer obstajajo relativno široka paleta programov za socialno reintegracijo ter zanesljivi podatki o številu oseb, ki jih dosežejo.

Zasegi in informacije o trgu ⁽¹⁶⁴⁾

Proizvodnja, promet in zasegi opiatov

Afganistan je postal absolutno vodilna država na svetu pri dobavi prepovedanega opija, zlasti zato, ker se je skupna obdelovalna površina leta 2004 ponovno povečala. Ocenjeno je bilo, da je leta 2004 svetovna proizvodnja prepovedanega opija znašala 4 850 ton (4 766 ton leta 2003), h kateri je Afganistan prispeval 87 % in Mjanmar 8 %. Svetovna proizvodnja opija v zadnjih petih letih je ostala stabilna, razen v letu 2001, ko je zaradi prepovedi gojenja vrtnega maka, ki jo je uvedel talibanski režim

v Afganistanu, proizvodnja za kratko močno upadla. Za leto 2004 je bilo ocenjeno, da verjetna svetovna proizvodnja heroina znaša 485 ton (477 ton leta 2003) (CND, 2005).

Največ heroina, ki se ga porabi v EU, se pridelava v Afganistanu (vedno več) ali ob trgovskih poteh za opij, predvsem v Turčiji (UNODC, 2003a; INCB, 2005), v Evropo pa vstopi po dveh glavnih trgovskih poteh. Glavno vlogo pri tihotapljenju heroina ima še vedno zgodovinsko pomembna balkanska pot. Ta gre prek Pakistana, Irana in Turčije in se potem razdeli na južno vejo, ki poteka prek Grčije, Nekdanje jugoslovanske republike Makedonije, Albanije, dela Italije, Srbije, Črne gore ter Bosne in Hercegovine, in na severno vejo, ki poteka prek Bolgarije, Romunije, Madžarske in Avstrije. Mednarodna uprava za kontrolo narkotikov (INCB) (2005) poroča, da je leta 2003 severna veja balkanske poti postala prevladujoča pri tihotapljenju heroina. Od sredine devetdesetih let je bilo vse več heroina pretihotapljenega v Evropo po „svileni poti“ prek Srednje Azije, Kaspijskega morja in Ruske federacije; Belorusije ali Ukrajine (nacionalna poročila Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Čeprav so to najpomembnejše poti, pa so heroin, namenjen v Evropo, leta 2003 zasegali tudi v več državah vzhodne in zahodne Afrike ter v obeh Amerikah (CND, 2005; INCB, 2005).

Poleg uvoženega heroina se znotraj EU pridelujejo tudi nekatere droge v obliki opiatov. Pridelavo teh predstavljajo omejene količine domačih izdelkov iz vrtnega maka (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v številnih vzhodnih državah EU, kot so Estonija, Latvija in Litva (nacionalna poročila Reitox, 2004). Zdi se, da so ti izdelki leta 2003 ponovno postali priljubljeni zlasti v Estoniji.

Količinsko gledano je leta 2003 še vedno veljalo, da se največ heroina na svetu zaseže v Aziji (56 %) in Evropi (34 %). Delež Evrope se povečuje, zlasti zaradi večjih zasegov heroina v vzhodnih in jugovzhodnih evropskih državah (CND, 2005). Od leta 1998 je bilo po številu in količini zasegov heroina na prvem mestu Združeno kraljestvo, temu pa je sledila Španija z vidika števila zasegov in Italija z vidika zaseženih količin ⁽¹⁶⁵⁾. Leta 2002 je bilo za okoli 30 % števila zasegov heroina in celotne količine zaseženega heroina v EU odgovorno Združeno kraljestvo.

V zadnjih petih letih so količine zaseženega heroina ⁽¹⁶⁶⁾ v EU naraščale in dosegle vrh v obdobju med letoma 2000 in 2002, medtem ko je skupno število zasegov v istem obdobju padalo. Glede na trende v državah, za katere so

⁽¹⁶⁴⁾ Glej „Razlaga podatkov o zasegih in trgu“, str. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2003. Podatkov o številu zasegov heroina in letu 2003 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Nizozemsko in Romunijo; podatkov o številu zasegov heroina in zaseženi količini heroina v letu 2003 ni bilo na voljo za Irsko in Združeno kraljestvo.

⁽¹⁶⁶⁾ Glej tabelo SZR-4 (del i) v Statističnem biltenu 2005.

na voljo podatki, se zdi, da so število zasegov in količine heroina, zasežene v EU, leta 2003 upadli ⁽¹⁶⁷⁾.

O zasegih fentanila in metilfentanila, sintetičnih opiatov, ki sta do 100-krat močnejša od heroina, so leta 2003 ponovno poročali v Estoniji, medtem ko je Latvija leta 2003 poročala o svojem prvem zasegu 3-metilfentanila, Avstrija pa o prvem zasegu fentanila januarja 2004. V Estoniji je od leta 2002 slabo kakovost heroina, razpoložljivega na lokalnem trgu, nadomestila uvedba teh dveh sintetičnih drog pod imeni „Beli Kitajec“, „Beli Perzijec“ ali „sintetični heroin“ (oziroma trimetil fentamil) (nacionalna poročila Reitox, 2004).

Čeprav Center podatkov o zasegih benzodiazepinov, ki jih uživanci heroina običajno uporabljajo kot nadomestke, ne zbira sistematično, so Španija, Litva, Švedska in Norveška poročale o takih zasegih (zlasti pomirjevala Rohypnol) v letu 2003.

Cena in čistost heroina

V Evropi se heroin pojavlja v dveh oblikah: običajno je na voljo rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), manj pogosto pa dražji beli heroin (oblika soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije. Po poročilih naj bi se leta 2003 povprečna cena rjavega heroina na cesti v EU gibala med 27 euri za gram v Belgiji in 144 euri za gram na Švedskem, medtem ko se je cena belega heroina gibala med 25 (Slovaška) in 216 (Švedska) euri za gram ⁽¹⁶⁸⁾. Te razlike v ceni najverjetneje odražajo čistost prodajane droge.

Leta 2003 se je v EU povprečna čistost rjavega heroina na cesti gibala med 6 % v Avstriji in 40 % na Malti. Podatke o čistosti belega heroina je sporočilo samo nekaj držav ⁽¹⁶⁹⁾; gibala se je od povprečno 6 % na Finskem do 70 % na Norveškem ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfin: zdravljenje, zloraba in prakse predpisovanja, v *Letnem poročilu Centra 2005: izbrana vprašanja*

V zadnjih 10 letih je buprenorfin v Evropi vedno bolj dostopen kot druga možnost za metadonom za zdravljenje odvisnosti od opiatov. Buprenorfin, ki je bil najprej razvit kot analgetik, je bil predlagan za uporabo pri zdravljenju odvisnosti od opiatov v poznih sedemdesetih. Opisana je uvedba buprenorfina za zdravljenje odvisnosti od opiatov v državah članicah EU-15 in njegova širitev v teh državah ter novih državah članicah.

Narejene so primerjave med buprenorfinom in metadonom z vidika učinkovitosti in stroškov. Opisano je zagotavljanje zdravljenja z buprenorfinom v Evropi in narejena primerjava med državami članicami, v katerih je buprenorfin glavna snov, ki se uporablja za zdravljenje odvisnosti od opiatov, ter v katerih se z zdravili podprto zdravljenje v glavnem izvaja z metadonom. Ena od ugotovitev je, da okoli 20 % oseb, ki se zdravijo z zdravili v EU danes, prejema buprenorfin, čeprav je večina teh oseb v eni državi (Francija). Na splošno se je buprenorfin razširil v mnoge države, vendar je dejansko število oseb v večini držav članic še vedno omejeno.

Buprenorfin je obravnavan z vidika možne zlorabe. Prve ugotovitve so, da je zloraba buprenorfina razširjena v samo nekaj državah in je drugod redka. Obstajajo določeni dokazi, ki zlorabo buprenorfina povezujejo z določenimi populacijami ali starostnimi skupinami ali želijo opredeliti različne skupine oseb, ki zlorablajo buprenorfin. Čeprav so smrti zaradi zlorabe buprenorfina zelo redke, znanstvena literatura in nekatere evropske države poročajo o določenih smrtnih primerih. Poročila o smrtnih primerih, povezanih z zlorabo buprenorfina, se primerjajo s poročili, povezanimi z zlorabo metadona.

Izbrano vprašanje oblikuje sklepne ugotovitve o relativnih koristih buprenorfina in metadona pri zdravljenju odvisnosti od opiatov. Kot je bilo ugotovljeno za buprenorfin, ta daje možnost, da z zdravili podprto zdravljenje postane splošno razpoložljivo in lažje dostopno.

To izbrano poglavje je na voljo v tiskani obliki in na medmrežju samo v angleškem besedilu („Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. <http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁷⁾ Glej tabelo SZR-3 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁶⁸⁾ Glej tabelo PPP-2 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Glej tabelo PPP-6 (del i) v Statističnem biltnu 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Majhno vzorčno število za Norveško (n = 8).



Poglavje 7

Vprašanja v zvezi s kriminalom in zapori

Z drogo povezan kriminal

Z drogo povezan kriminal se nanaša na kazniva dejanja, storjena pod vplivom drog; kazniva dejanja, storjena zaradi pridobitve denarja za uživanje drog; kazniva dejanja, storjena v okviru delovanja trgov s prepovedanimi drogami, ter kazniva dejanja, storjena v nasprotju z zakonodajami o drogah. Rutinski podatki so v EU na voljo samo za zadnjo vrsto kaznivih dejanj – kršitve zakonov o drogah.

„Poročila“⁽¹⁷¹⁾ o kršitvah zakonov o drogah odražajo razlike v nacionalnih zakonodajah, prav tako pa tudi različne načine uporabe in uveljavljanja zakonov ter razlike v prioritetah in sredstvih, ki jih organi kazenskega pravosodja namenijo določenim kaznivim dejanjem. Poleg tega se informacijski sistemi o kršitvah zakonov o drogah od države do države močno razlikujejo, predvsem kar zadeva postopke prijavljanja in beleženja, tj. kaj se zabeleži, kdaj in kako. Zaradi teh razlik je primerjava med državami EU precej otežena.

V obdobju med letoma 1998 in 2003 je število „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah naraslo v večini držav EU. Povečanja so bila še posebej opazna (dvakratno ali več) v Estoniji in na Poljskem. Vendar pa je število „poročil“ v letu 2003 upadlo v Belgiji, Španiji, Italiji (od leta 2001), na Madžarskem, Malti, v Avstriji in Sloveniji (od leta 2002)⁽¹⁷²⁾.

V večini držav članic EU je večina prijavljenih kršitev zakonov o drogah povezanih z uživanjem drog ali posedovanjem za uživanje⁽¹⁷³⁾, v razponu od 39 % vseh kršitev zakonov o drogah na Poljskem do 87 % v Avstriji in Združenem kraljestvu. Na Češkem in v Luksemburgu se 90 % oziroma 46 % prijavljenih kršitev zakonov o drogah nanaša na preprodajo ali trgovanje, medtem ko se v Italiji in Španiji – kjer uživanje in posedovanje drog za osebno uporabo nista kaznivi dejanji – vse z drogo povezane kršitve nanašajo na preprodajo ali trgovanje. Na

Uživanje drog in kriminal: nekaj podatkov

V raziskavi, ki je bila izvedena leta 2004 na Češkem, so policijski uradniki, ki delajo na regionalnih postajah, ocenili, da je bilo okoli 40 % običajnih tatvin in okoli 30 % vlomov storjenih z namenom nakupa drog. V isti državi so rutinski podatki o prijavljenem kriminalu pokazali, da je bilo leta 2003 0,7 % vseh kaznivih dejanj storjenih, ko so bili storilci pod vplivom narkotičnih ali psihotropnih snovi (alkohol izključen) (češko nacionalno poročilo).

Na Finskem je bil v obdobju 2000–2003 delež samomorov in napadov, ki so jih naredili storilci pod vplivom prepovedanih drog, veliko nižji od deleža, ki so ga zagrešili storilci pod vplivom alkohola (6 % v primerjavi s 64 % samomorov in 2 % v primerjavi z 71 % napadov) (Lehti in Kivivuori; citirano v finskem nacionalnem poročilu). Čeprav se zdi, da se je prisotnost drog pri kaznivih dejanjih tatvin v zadnjem desetletju povečala, je prisotnost alkohola pri kaznivih dejanjih tatvin še vedno pogostejša (43 % tatvin vključuje alkohol v primerjavi z 9 % tistih, ki vključujejo droge).

V Nemčiji je leta 2003 število „neposrednih kompulzivnih gospodarskih kaznivih dejanj“ – kaznivih dejanj, storjenih zaradi pridobitve drog ali nadomestkov ali alternativnih drog – naraslo na 2 568 primerov, od tega jih je bilo 70 % povezanih s ponarejanjem receptov ali krajo obrazcev za recept (BKA, 2004).

V Latviji so rutinski podatki ministrstva za notranje zadeve pokazali, da je bilo leta 2003 2,8 % (3,1 % leta 2002) vseh kaznivih dejanj storjenih, ko so bili storilci pod vplivom narkotičnih ali psihotropnih snovi (latvijsko nacionalno poročilo).

⁽¹⁷¹⁾ Izraz „poročila“ o kršitvah zakonov o drogah je v narekovajih, ker opisuje različne pojme v različnih državah (policijska poročila o osumljenih storilcih kršitev zakonov o drogah, stroški za kršitve zakonov o drogah itd.). Glede natančne opredelitve za vsako državo posebej se obrnite na metodološke opombe o opredelitvah „poročil“ o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltenu 2005. (Opomba: Izraz „arrests“ („aretacije“) se je uporabljal v letnih poročilih do leta 2001.)

⁽¹⁷²⁾ Glej tabelo DLO-1 (del i) v Statističnem biltenu 2005. Podatki o „poročilih“ o kršitvah zakonov o drogah v letu 2003 niso bili na voljo za Dansko, Nemčijo, Irsko, Latvijo, Slovaško in Združeno kraljestvo.

⁽¹⁷³⁾ Glej tabelo DLO-2 v Statističnem biltenu 2005.

Portugalskem⁽¹⁷⁴⁾ in Norveškem⁽¹⁷⁵⁾ pa je bilo 59 % kršitev povezanih z uživanjem drog in trgovanjem skupaj.

V vseh državah, za katere so bili na voljo podatki, z izjemo Portugalske, se je v petletnem obdobju 1998–2003⁽¹⁷⁶⁾ delež vseh kršitev zakonov o drogah, ki so zajemale kršitve, povezane z uživanjem/posedovanjem drog za uživanje, povečal. Povečevanje je v glavnem potekalo počasi, navzgor usmerjeni trendi pa so bili bolj izraženi v Belgiji, Luksemburgu in Sloveniji ter na Irskem do leta 2001. Na Portugalskem se je leta 2000 delež kršitev, povezanih z uživanjem, začel zmanjševati, kar je bilo leto dni prej, preden so posedovanje za uživanje julija 2001 dekriminalizirali⁽¹⁷⁷⁾. Leta 2003 so o zmanjšanju poročali na Češkem, v Luksemburgu, Avstriji in Sloveniji.

V večini držav članic je konoplja še vedno tista prepovedana droga, ki je najpogosteje predmet prijavljenih kršitev zakonov o drogah⁽¹⁷⁸⁾. V državah, v katerih ta trditev drži, so leta 2003 s konopljo povezane kršitve zajemale od 39 % (Italija) do 87 % (Francija) vseh kršitev zakonov o drogah. Na Nizozemskem prevladujejo kazniva dejanja, ki vključujejo „trde droge“⁽¹⁷⁹⁾ (58 %), medtem se je na Češkem večina kršitev zakonov o drogah nanašala na amfetamine (48 %). Na relativni delež kršitev zakonov o drogah, povezanih z določeno drogo, vplivajo številni dejavniki, med njimi operativne prednostne naloge uradnikov organov pregona ter eksplicitne ali implicitne strateške odločitve o različni obravnavi različnih kršitev zakonov o drogah.

Od leta 1998 je delež z drogo povezanih kaznivih dejanj, ki vključujejo konopljo⁽¹⁸⁰⁾, narasel v Nemčiji, Španiji, Franciji, na Irskem, v Litvi, Luksemburgu, na Malti in Portugalskem, medtem ko je v Belgiji, na Češkem, Nizozemskem, v Sloveniji, na Švedskem in v Združenem kraljestvu ostal nespremenjen oziroma je upadel v Italiji in Avstriji⁽¹⁸¹⁾.

V istem obdobju je v vseh državah EU, iz katerih so bili na voljo podatki, delež s heroinom povezanih kaznivih dejanj

upadel, z izjemo Avstrije in Združenega kraljestva, v katerih je narasel⁽¹⁸²⁾. Nasprotno pa so v primerjavi z vsemi z drogo povezanimi kaznivimi dejanji od leta 1997 s kokainom povezana kazniva dejanja narasla v vseh državah, ki so poslale podatke, z izjemo Nemčije, od koder poročajo o trendih upadanja⁽¹⁸³⁾.

Uživalci drog in zapor

Uživalci drog v zaporu

Nacionalne rutinske informacije o vrsti in vzorcu uživanja drog med zaporniki so redke in neenotne. Veliko podatkov, ki so na voljo v EU, izvira iz priložnostnih študij, ki temeljijo na vzorcih različnih velikosti, katerih rezultate (in trende) je izredno težko ekstrapolirati.

V primerjavi s populacijo na splošno je zastopanost uživalcev drog med populacijo v zaporih veliko večja. V večini študij v EU je delež zapornikov, ki so kdaj v življenju že zaužili drogo, nad 50 %; vendar pa med populacijami zapornikov, pripori in državami obstajajo velike razlike, od 22 % do 86 %⁽¹⁸⁴⁾. V EU se razširjenost rednega uživanja drog ali odvisnost pred prestajanjem kazni v zaporu giblje med 8 % in 73 %⁽¹⁸⁵⁾.

Večina uživalcev drog ob sprejemu v zapor zmanjša uživanje drog ali z njim preneha. Vendar pa mnogo zapornikov nadaljuje svoj vzorec uživanja drog po zaprtju, nekateri pa začnejo droge uživati (in/ali si jih vbrizgavati) v zaporu. Razpoložljive študije kažejo, da naj bi med 8 % in 60 % zapornikov med bivanjem v zaporu užilo droge, 10–42 % pa jih poroča, da so droge redno uživali⁽¹⁸⁶⁾.

Po poročilih se delež zapornikov, ki so kdaj v življenju že zaužili drogo z vbrizgavanjem, giblje med 15 % do 50 %, nekatere študije pa poročajo celo o nižjih (1 %) ali višjih vrednostih (69 %). Kjer so na voljo primerljivi podatki (Avstrija za leto 1999, Anglija in Wales za leti 1997–98), ti kažejo, da so mlajši prestopniki manj nagnjeni k vbrizgavanju kot starejši in da so med zaporniki ženske

⁽¹⁷⁴⁾ Na Portugalskem se ostale kršitve zakonov o drogah nanašajo na „preprodajo/promet z drogami“, saj so kršitve uživanja droge /posedovanja za uživanje dekriminalizirali julija 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ Na Norveškem ni nobene razlike med „preprodajo/prometom z drogami“ samim in „uživanjem drog/preprodajo in prometom“. Zato se preostale kršitve zakonov o drogah nanašajo samo na „uživanje drog“.

⁽¹⁷⁶⁾ Glej tabelo DLO-4 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ Zakon o dekriminalizaciji uživanja drog in posedovanja drog za uživanje je bil sprejet novembra 2000 in je začel veljati julija 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Glej tabelo DLO-3 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ Na Nizozemskem so „trde droge“ opredeljene kot droge, ki nedovoljeno ogrožajo javno zdravje, na primer heroin, kokain, ekstazi in LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Naslednje države so podale časovne analize kršitev zakonov o drogah, razvrščene po drogah: Belgija, Češka, Nemčija, Španija, Francija, Irsko, Italija, Litva, Luksemburg, Malta, Nizozemska (le za „mehke droge“/konopljo in „trde droge“), Avstrija, Portugalska, Slovenija, Švedska in Združeno kraljestvo.

⁽¹⁸¹⁾ Glej tabelo DLO-5 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸²⁾ Glej tabelo DLO-6 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸³⁾ Glej tabelo DLO-7 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Glej tabelo DUP-1 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Glej tabelo DUP-5 (prilogo) v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Glej tabelo DUP-3 v Statističnem biltenu 2005.

bolj nagnjene k vbrizgavanju kot moški⁽¹⁸⁷⁾. Na podlagi številnih študij v EU sta Bird in Rotily (2002) dokazala, da približno tretjina odraslih zapornikov moškega spola uživa drogo z vbrizgavanjem. Po razpoložljivih podatkih kontaktnih točk Reitox je med 0,2 % in 34 % zapornikov⁽¹⁸⁸⁾ v zaporu užilo droge z vbrizgavanjem. To sproža vprašanje glede dostopa do sterilne opreme za vbrizgavanje in higienskih navad izmenjavanja te opreme med populacijo zapornikov ter možnosti širjenja nalezljivih bolezni.

Pomoč in zdravljenje za uživalce drog v zaporu

V vseh državah članicah in državah kandidatkah so vzpostavljeni takšni ali drugačni sistemi, ki zagotavljajo, da imajo uživalci drog v zaporu na voljo pomoč, čeprav se vrste storitev in njihova razpoložljivost močno razlikujejo. Opazen trend je večje priznavanje dejstva, da imajo zaporniki enake pravice kot preostalo prebivalstvo glede dostopa do zdravstvenega varstva, vključno s pomočjo in zdravljenjem za uživalce drog (Svetovna zdravstvena organizacija, Regionalna pisarna za Evropo, 2002; irsko, litovsko in finsko nacionalno poročilo). Med storitvami, ki bi jih morali zaporniki imeti na voljo, so strategije za preprečevanje, vključno s programi zdravljenja brez drog, zdravljenjem z detoksikacijo, zdravljenjem z metadonom in drugimi snovmi, svetovanjem in izobraževanjem.

Vendar države poročajo o različnih težavah pri zagotavljanju ustrezne pomoči. Na primer, razpoložljivost storitev je v Estoniji dvomljiva; za uživalce drog v Latviji ni na voljo nobenih posebnih storitev; Poljska ima dolge čakalne sezneme za zdravljenje; Švedska poroča o prenatrpanih zaporih in pomanjkanju osebja v njih; medtem ko imajo v Romuniji na tem področju pomanjkljivo zakonodajo. Čeprav na Cipru ni nobenega integriranega programa podpore za uživalce drog v zaporih, so bili sprejeti nekateri preventivni ukrepi.

Splošne preventivne strategije vključujejo dejavnosti izobraževanja in usposabljanja. V večini držav članic EU in držav kandidat take dejavnosti potekajo za uživalce drog v zaporih in uslužbenca zaporov. Države, ki so poročale o takih dejavnostih, so Estonija, Španija, Ciper, Madžarska, Romunija in Slovenija (nacionalna poročila Reitox).

Drug preventivni element je ustanovitev enot brez drog v samih zaporih. Sodelovanje je prostovoljno, običajno potem, ko zaprti uživalci drog podpišejo pisne izjave, da sprejemajo določene pogoje, na primer periodično

testiranje urina. Take enote obstajajo v vseh državah članicah EU-15. Enote brez drog so bile ustanovljene v večini „novih“ držav. Ocena območja brez drog v enem od avstrijskih zaporov je pokazala, da so bili zaporniki, izpuščeni iz območja brez drog, ponovno kaznovani veliko manjkrat kot zaporniki, izpuščeni iz običajnih enot v zaporih (35 % v primerjavi z 62 %).

Najpogostejša oblika zdravljenja v zaporih je zdravljenje brez drog, ki obstaja v vseh državah članicah (razen na Cipru in v Latviji), čeprav razpoložljivost ni enaka. V mnogih državah centri za zdravljenje odvisnosti od drog v skupnosti zagotavljajo podporo in zdravljenje ter oskrbo po zdravljenju, npr. v Belgiji, na Češkem, v Grčiji, Luksemburgu in Združenem kraljestvu.

V večini držav razpoložljivost nadomestnega vzdrževalnega zdravljenja v zaporu ni enaka kot njegova razpoložljivost zunaj zapora. Vzdrževalno zdravljenje je razširjeno samo v Španiji, saj to zdravljenje prejema 18 % vseh zapornikov ali 82 % problematičnih uživalcev drog v zaporih. Tudi Luksemburg je dobro pokrit. Državi, ki poročata o večjem povečanju razpoložljivosti z zdravili podprtega zdravljenja, sta Francija, zlasti z buprenorfinom, in Irska (nacionalna poročila Reitox). Na Nizozemskem je z zdravili podprto zdravljenje na voljo samo za pripornike, zaprte za kratek čas, ki so pred zaporom uživali metadon, medtem ko je bil na Poljskem prvi program metadonskega zdravljenja 14 oseb uveden v preiskovalnem zaporu.

Novi razvojni dosežki v boju proti širjenju nalezljivih bolezni v zaporu

V Estoniji se je položaj v zvezi s preprečevanjem širjenja virusa HIV leta 2003 izboljšal. Število primarnih testov na HIV se je povečalo za 2,6-krat v primerjavi z letom 2002, čeprav se je število pozitivnih testov samo rahlo povečalo. Tudi svetovne storitve pred testiranjem in po njem so se izboljšale z vidika količine in kakovosti. V Romuniji so se programi za preprečevanje širjenja HIV/aidsa v poboljševalnicah in med zaporniki razvili v sodelovanju z nekaterimi mednarodnimi nevladnimi organizacijami.

Španija je edina država, ki v zaporih sistematično izvaja programe zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo. Leta 2003 so v okviru teh programov razdelili skupaj 18 260 brizg. V drugih državah članicah in državah kandidatkah izvajanje podobnih programov ni predvideno.

⁽¹⁸⁷⁾ Glej tabelo DUP-2 v Statističnem biltenu 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Glej tabelo DUP-4 v Statističnem biltenu 2005.

Alternative zapora, namenjene problematičnim storilcem kaznivih dejanj, ki uživajo droge v EU, v Letnem poročilu Centra 2005: izbrana vprašanja

Zapor je izredno škodljivo okolje za problematične uživalce drog in obstaja širše politično soglasje o načelu zdravljenja kot alternativni zapora. Alternative zapora, ki so lahko na voljo storilcem kaznivih dejanj, ki uživajo droge, zajemajo številne kazni, ki lahko odložijo zaporno kazen, se ji izognejo, jo nadomestijo ali dopolnijo, za tiste uživalce drog, ki so storili kaznivo dejanje, ki bi bilo v skladu z nacionalno zakonodajo po navadi kaznovano s zaporom. Izbrano vprašanje obravnava ukrepe, ki se nanašajo na zdravljenje odvisnosti od drog.

Od leta 1960 naprej so sporazumi, strategije in akcijski načrti Združenih narodov in EU večkrat potrdili in okrepili načelo zagotavljanja zdravljenja, izobraževanja in rehabilitacije kot alternativo za obsodbo in kaznovanje kaznivih dejanj, povezanih z drogo. To je bilo preneseno v nacionalne strategije držav članic EU, kazenski pravosodni sistem ter sistemi zdravstvenih in socialnih služb pa so se temu primerno prilagodili. Mlajše uživalce drog zlasti ogroža možnost, da se bodo zapletli v začarani krog drog in kriminala, zato obstaja posebna odločenost, da se pri mlajših storilcih izognemo zaporu.

Vendar se pri izvajanju alternativnih ukrepov zaporu vseeno srečujemo z določenimi težavami zaradi različnih upravnih sistemov in njihovih različnih osnovnih načel. Prizadeva se premostiti vrzel med pravosodnimi sistemi ter sistemi zdravstvenih in socialnih služb s sodelovanjem in

pobudami, npr. med policijo, sodišči, zapori in službami za zdravljenje odvisnosti od drog. Pogosto so neuradni mehanizmi sodelovanja na lokalni ravni predhodniki stalnejšim institucionaliziranim oblikam.

Uporaba alternativ zaporu se je v zadnjih desetletjih v državah članicah EU-15 povečala in je pred kratkim v nekaterih od njih celo prenehala napredovati, medtem ko sta se zakonodaja in izvajanje alternativ v „novih“ državah članicah začeli pozneje. Pogosto se uporabi osrednji sistem zdravljenja, da se zagotovi zdravljenje storilcev s problematičnim uživanjem drog. V večini držav zdravljenje običajno poteka na oddelkih za zdravljenje odvisnosti, vendar obstaja tudi možnost vključitve v programe zunajbolnišničnega zdravljenja.

Evropske ocenjevalne študije zdravljenja kot alternative zaporu so redke in neverodostojne. Vendar se v skladu z drugimi raziskavami zdravljenja zadržanje v zdravljenju izkaže kot ključni kazalec uspeha, število ljudi, ki prekine zdravljenje, pa je ena od največjih težav za alternative zaporu. Dokazi kažejo, da je za uspeh zdravljenja pomembna kakovost zdravljenja in ne način vključitve osebe vanj. Zdi se, da zdravljenje kot alternativa zaporu najboljše deluje, če so odvisniki motivirani zanj in če oskrbovalne ustanove upoštevajo dobre klinične standarde ter imajo na voljo zadosti usposobljenega osebja.

To izbrano poglavje je na voljo v tiskani obliki in na medmrežju samo v angleškem besedilu („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. <http://issues05.emcdda.eu.int>).





Literatura in viri

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, London.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, London.
- Ashton, M. (2003), „The American STAR comes to England“, *Drug and Alcohol Findings* 8, str. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. et al. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6th Europad Conference, Pariz.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. in Rottly, M. (2002), „Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons“, *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. in Aavitsland, P. (2005), „Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities“, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), „Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors“, *Addictive Behaviours* 25, str. 887–97.
- Bovenkerk, F. in Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction*, v tisku.
- Butler, G. K. L. in Montgomery, A. M. J. (2004), „Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use“, *Drug and Alcohol Dependence* 76, str. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), „The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, str. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. in Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komisija za droge, Ekonomsko-socialni svet pri Združenih narodih, Dunaj.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komisija za droge, Ekonomsko-socialni svet pri Združenih narodih, Dunaj.
- Cuijpers, P., et al. (2002), „The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project“, *Addiction* 97, str. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), „Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study“, *Journal of Studies on Alcohol* 62, str. 228–33.
- De Wit, A. in Bos, J. (2004) „Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature“, v *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona, str. 329–43.
- Drug Misuse Research Division (2004), „Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002“, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), „Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths“, projekt CT.99.RTX.04, koordinator Trimbos Institute, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2003), „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000“, CT.00.RTX.23, koordinator Institut für Therapieforchung, München, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Letno poročilo 2004: O stanju na področju droge v Evropski uniji in na Norveškem*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- EMCDDA (2004b), „Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options“, *EMCDDA Monographs* 7, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

- EMCDDA (2004c), *Problem drug 13. Preveliki odmerki – glavni vzrok smrti med mladimi, ki se ji je mogoče izogniti*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Lizbona.
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generalni direktorat za tisk in komunikacije, Evropska komisija, Bruselj.
- EuroHIV (Evropski center za epidemiološko spremljanje aidsa) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, Luxembourg, str. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), „Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions“, *BMJ* 328, str. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Dunaj.
- Ghuran, A. in Nolan, J. (2000), „Recreational drug misuse: issues for the cardiologist“, *Heart* 83, str. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. in Ali, R. (2005), „Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection“ (pregled), *The Cochrane Library*, 2005, Številka 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), Govor na „Konferenci Centra o spremljanju zdravljenja v EU in akcijskem načrtu EU za boj proti drogam 2000–2004“, november 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Svetovna zdravstvena organizacija, Ženeva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Švedski svet za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN) in Skupina Pompidou Sveta Evrope.
- Hwang, S. (2001), „Mental illness and mortality among homeless people“, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, str. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Mednarodna uprava za kontrolo narkotikov pri Združenih narodih: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. in Whiteside, H. O. (2003), „Family-based interventions for substance use and misuse prevention“, *Substance Use and Misuse* 38, str. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. in Tajji, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), „Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences“, *Epidemiology and Infection* 133, str. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. in De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. in Paddock, S. M. (2002), „Reassessing the marijuana gateway effect“, *Addiction* 97, str. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), „New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers“, izjava za tisk z dne 13. junija 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), „54 per cent more drug misusers get treatment in England“, izjava za tisk z dne 30. septembra 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. in Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. in Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbo-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., et al. (2004), „Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. in Baer, J. (2000), „Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education“, *Journal of Drug Education* 30, str. 399–421.
- Nacionalna poročila Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), „Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, str. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. in Van Laar, M. (2004), „Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004“, Trimbo Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. in Nilson, M. (2002), „An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway“, *International Journal of Drug Policy* 13, str. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. in Fiellin, D. A. (2005), „Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users“, *Addiction* 100, str. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), „The motivation, skills and decision-making model of 'drug abuse' prevention“, *Substance Use and Misuse* 39, str. 1971–2016.

Taylor, B. J. (2000), „Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial“, *Prevention Science* 1, str. 183–97.

Terweij, M. in Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

UNODC in Vlada Maroka (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih, Dunaj.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Svetovna zdravstvena organizacija, Program o zlorabi snovi, Oddelek za duševno zdravje in preprečevanje zlorabe snovi, Ženeva.

WHO (2004), „Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users“, *Evidence for action technical papers*, WHO, Ženeva.

WHO (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users“, *Evidence for action technical papers*, končni osnutek, Marec 2005, WHO, Ženeva.

WHO, Regionalna pisarna za Evropo (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Svetovna zdravstvena organizacija, Regionalna pisarna za Evropo, Ženeva.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Letno poročilo 2005: stanje v zvezi s problemom drog v Evropi

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti
2005 — 89 str. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-244-6

PRODAJA IN NAROČANJE

Plačljive izdaje publikacij Urada za publikacije so na voljo na prodajnih mestih povsod po svetu.

Kako se lahko naročim na publikacijo?

Svoje naročilo lahko pošljete prodajnemu mestu, ki ste si ga izbrali s seznama prodajnih mest.

Kje lahko dobim seznam prodajnih mest?

- Obiščite spletno stran Urada za publikacije: <http://publications.eu.int/>
- ali naročite izvod seznama prek faksa št. (+352) 2929-42758.

O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA – Center) je ena izmed decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in zasvojenosti z drogami v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in zasvojenosti z drogami. Tako svojemu občinstvu zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije Centra so primarni vir informacij za širok krog občinstev, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo.

Letno poročilo predstavlja letni pregled pojava drog v Evropi s strani Centra in je najpomembnejša referenca za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.