



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 1977-9984

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2017



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2017

Pravno obvestilo

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

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

Brezplačna telefonska številka (*):00 80000 800 6 7 8 9 10 11

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

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

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

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2017

Print	ISBN 978-92-9497-077-0	ISSN 1977-9984	doi:10.2810/932601	TD-AT-17-001-SL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-089-3	ISSN 2314-9205	doi:10.2810/253012	TD-AT-17-001-SL-N

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2017
Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

Predlog navedbe vira:

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2017), *Evropsko poročilo o drogah 2017: Trendi in razvoj*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.

Printed in Belgium

TISKANO NA PAPIRJU, BELJENEM BREZ ELEMENTARNEGA KLORA (ECF)



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

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

| Vsebina

- 5 Predgovor
- 9 Uvodna opomba in zahvala
- 11 | KOMENTAR
Stanje na področju drog v Evropi v letu 2017
- 19 | POGLAVJE 1
Ponudba drog in trg
- 41 | POGLAVJE 2
Razširjenost in trendi uporabe drog
- 61 | POGLAVJE 3
Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje
- 83 | PRILOGA
Preglednice z nacionalnimi podatki

| Predgovor

Z velikim veseljem vam predstavljamo *Evropsko poročilo o drogah 2017: Trendi in razvoj*, vodilno publikacijo centra EMCDDA, ki zagotavlja najnovejše podatke o stanju na področju drog in odzivih nanj v Evropi. Ponujamo vam bogat in raznovrsten sveženj informacij in analiz, ki temelji na najnovejših podatkih in statistiki naših nacionalnih partnerjev.

Poročilu za leto 2017 je priložen nov sklop nacionalnih pregledov v obliki 30 poročil o drogah za posamezne države, v katerih so predstavljeni povzetki nacionalnih trendov na področju drog ter sprememb v politiki in praksi v evropskih državah, dostopni na spletu.

Ta publikacija, ki zagotavlja letni posodobljeni pregled pojava drog v Evropi, je tudi nadgradnja trienalnega *Poročila o trgih z drogami v EU za leto 2016*, objavljenega leta 2016. V nadaljevanju leta bo dopolnjena s prvim posebnim poročilom EU o zdravstvenih in socialnih odzivih na droge.

Naloga centra EMCDDA je zbirati podatke in zagotavljati, da ustrezajo namenu. Pri tem si prizadevamo zagotavljati najboljše možne dokaze in prispevati k uresničevanju naše vizije bolj zdrave in varnejše Evrope. Naš cilj je, da bo to poročilo, ki je pregled in analiza z drogami povezanih trendov in razvoja na najvišji ravni, koristno orodje za evropske in nacionalne oblikovalce politik in načrtovalce, ki želijo utemeljiti svoje strategije in ukrepe na najnovejših razpoložljivih informacijah. Na podlagi tega najnovejšega poročila bo mogoče v skladu z našim ciljem, tj. zagotavljanjem visokokakovostnih storitev našim deležnikom, dostopati do podatkov, ki jih je mogoče uporabljati za različne namene: kot osnovne podatke in podatke o nadaljnjem spremljanju za ocene politik in storitev, zagotavljanje okvira in lažjo opredelitev prednostnih nalog za strateško načrtovanje, omogočanje primerjav med nacionalnimi razmerami in nabori podatkov ter opozarjanje na nastajajoče grožnje in vprašanja.

V letošnjem poročilu so poudarjene nekatere morebitne skrb vzbujajoče spremembe na trgu prepovedanih opioidov, tj. snovi, ki se še vedno povezujejo z visoko stopnjo obolevnosti in smrtnih primerov v Evropi. Opozarjamo na splošno povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, povezanih z opioidi, ter na vse večje poročanje o težavah, povezanih z zdravljenjem za nadomestno zdravljenje z opioidi in novimi sintetičnimi opioidi. Skladno z razvojem pojava drog se mora razvijati tudi evropski odziv na droge. Okvir za usklajeno ukrepanje, opredeljen v evropski strategiji za boj proti drogam za obdobje 2013–2020, to omogoča.



Evropska komisija je predlagala nov akcijski načrt za boj proti drogam za obdobje 2017–2020, o katerem zdaj razpravljata Evropski parlament in Svet. Akcijski načrt temelji na ugotovitvah vmesne ocene sedanje strategije EU za boj proti drogam in končne ocene akcijskega načrta za obdobje 2013–2017. V teh ključnih dokumentih politike je izraženo delo centra EMCDDA v podporo oblikovanju politik za boj proti drogam, podprtemu z dokazi.

Za konec bi se radi zahvalili našim kolegom iz nacionalnih kontaktnih točk mreže Reitox, ki v sodelovanju z nacionalnimi strokovnjaki zagotavljajo večino podatkov, na katerih temelji ta publikacija. Prav tako se zahvaljujemo za prispevek številnih evropskih raziskovalnih skupin, saj ta analiza brez njihovega dela ne bi zaobjela toliko dognanj. Poročilo je poleg tega rezultat sodelovanja z našimi evropskimi partnerji: Evropsko komisijo, Europolom, Evropsko agencijo za zdravila in Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni.

Laura d'Arrigo

Predsednica upravnega odbora centra EMCDDA

Alexis Goosdeel

Direktor centra EMCDDA

| Uvodna opomba in zahvala

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

Njegov namen je zagotoviti pregled in povzetek stanja na področju drog v Evropi ter odzive nanj. Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2015 (ali zadnje leto, za katero so na voljo). Analiza trendov temelji le na državah, ki so predložile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem obdobju. Statistična značilnost je bila preverjena pri stopnji 0,05, razen če ni navedeno drugače. Bralec mora poleg tega upoštevati, da je spremljanje vzorcev in trendov, značilnih za skrivno in stigmatizirano vedenje, kot je uporaba drog, praktično in metodološko zahtevno delo, zato je bilo v tem poročilu v analizo vključenih več virov podatkov. Čeprav je mogoče ugotoviti bistvene izboljšave na nacionalni ravni in v zvezi s tem, kaj je mogoče z analizo na evropski ravni doseči, je treba upoštevati metodološke težave na tem področju. Pri razlagi rezultatov je zato potrebna previdnost, zlasti pri primerjavi posamičnih ukrepov v državah. Opozorila in pridržki v zvezi s podatki so na voljo v spletni različici tega poročila in [Statističnem biltenu](#), kjer so na voljo podrobne informacije o metodologiji, pridržki v zvezi z analizo in pripombe o omejitvah v razpoložljivem naboru informacij. Na voljo so tudi informacije o metodah in podatkih, uporabljenih za ocene na evropski ravni, pri katerih se lahko uporablja interpolacija.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- | vodjem nacionalnih kontaktnih točk mreže Reitox in njihovemu osebju;
- | službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo;
- | članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra;
- | Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji;
- | Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu;
- | skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu Združenih narodov za droge in kriminal, Regionalnemu uradu SZO za Evropo, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, Evropski raziskavi o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), skupini SCORE za analizo odpadnih voda v Evropi (Sewage Analysis Core Group Europe) in Evropski mreži za nujne primere v zvezi z drogami (European Drug Emergencies Network – Euro-DEN);
- | Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za publikacije Evropske unije.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

Komentar

**Problematika drog,
s katero se srečuje Evropa**

Stanje na področju drog v Evropi v letu 2017

To poročilo zagotavlja kratek pregled stanja na področju drog v Evropi, ki temelji na najnovejših razpoložljivih informacijah, pridobljenih v okviru dejavnosti spremljanja, ki se izvajajo v EU. Glavno besedilo tega poročila sestavlja evropski pregled trga drog, uporabe drog ter težav, povezanih z drogami, in odzivov nanje. Poročilu je priloženih 30 dopolnilnih nacionalnih poročil ter obširni spletni podatki in metodološke informacije.

Ta uvodni razdelek vsebuje kratek analitični komentar o nekaterih ključnih temah, ki izhajajo iz letošnjih podatkov. Ker na problematiko drog, s katero se

srečuje Evropa, vse bolj vplivajo mednarodni dogodki in ker tudi problematika drog vpliva na mednarodne dogodke, je analiza še koristnejša, če je postavljena v širši svetovni okvir. Trenutne evropske razmere in njihov razvoj v zvezi z dvema pomembnima temama, in sicer uporabo konoplje med mladimi in spremembami na trgu opioidov, so se primerjale z razmerami v Severni Ameriki, pri čemer so bile ugotovljene precejšnje podobnosti in razlike.

Ali ima mednarodni razvoj politike v zvezi s konopljo posledice za Evropo?

Nedavne spremembe regulativnega okvira za konopljo, ki se dogajajo v nekaterih delih Severne in Južne Amerike, so vzbudile zanimanje oblikovalcev politike in javnosti v Evropi. Ta razvoj je bil zelo raznolik, zato je treba počakati na zanesljiva ovrednotenja ter šele nato oceniti relativne stroške in koristi različnih pristopov politike v zvezi s konopljo. Poleg tega ni jasen obseg, v katerem je mogoče spremembe, ki se zgodijo drugje, neposredno prenesti v evropski okvir.

Med 28 državami članicami Evropske unije so precejšnje razlike v odnosu do zakonske ureditve na področju konoplje in uporabe konoplje, pri čemer sedanji pristopi segajo od omejevalnih modelov do dopuščanja nekaterih oblik osebne uporabe. Kljub temu zdaj poteka živahna razprava o vprašanih, kot sta legalizacija pridelave konoplje za osebno uporabo in omogočanje uporabe konoplje za zdravljenje bolezni, pri čemer je v nekaterih državah za tovrstna vprašanja vse več zanimanja.

Obstoj komercialno urejenega trga konoplje v nekaterih državah zunaj Evrope, ne glede na njegov morebitni širši vpliv na politiko na področju drog, spodbuja inovativnost in razvoj proizvodov, na primer inhalatorjev, e-tekočin (polnil za elektronske cigarete) in užitnih proizvodov. Nekateri od teh dogodkov morda vplivajo na vzorce uporabe v Evropi, kar poudarja pomen vedenjskega spremljanja na tem področju in potrebo po ovrednotenju morebitnih zdravstvenih posledic vseh sprememb v prihodnjih vzorcih uporabe.

Evropski trg konoplje se je v zadnjih letih že močno spremenil, deloma zaradi premika k okrepljeni domači proizvodnji. Še vedno je mogoče opaziti zgodovinsko visoke splošne ravni moči hašiša in konoplje, ki sta na voljo v Evropi, dosežene v zadnjih letih. Konoplja se poleg tega še vedno povezuje z zdravstvenimi težavami, njena uporaba pa je razlog za največji delež prijavljenih uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi. Zato je za razpravo o najustreznejših odzivih politike na to drogo pomembno razumevanje trendov uporabe konoplje in z njo povezanih težav.

Primerjava uporabe drog med šolsko mladino v EU in ZDA

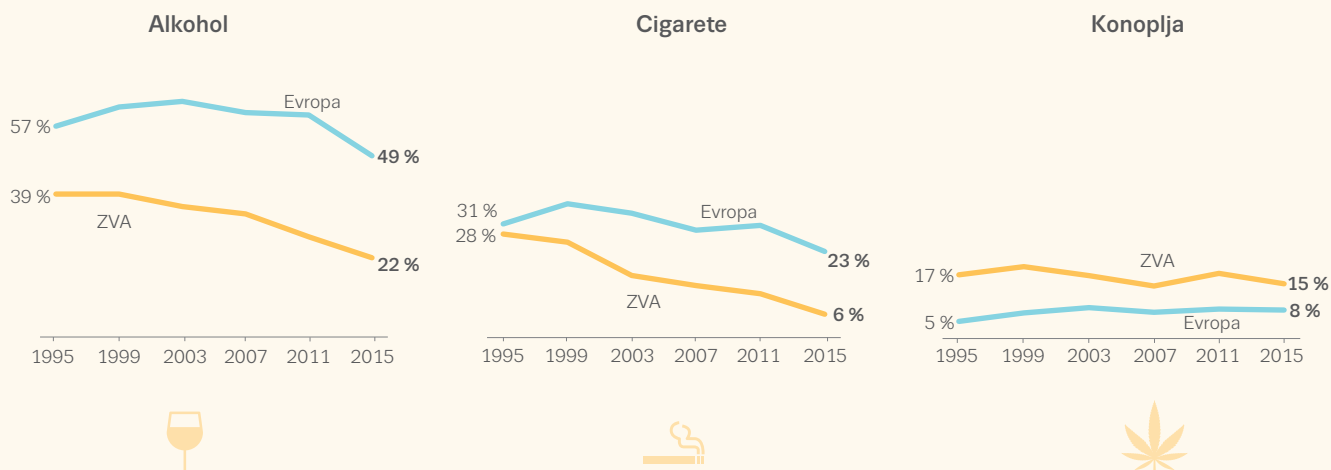
V zvezi s tem je uporabno, da so bili leta 2016 objavljeni izsledki dveh pomembnih raziskav med šolsko mladino (staro 15 in 16 let), saj omogočajo primerjavo vzorcev uporabe konoplje in drugih snovi med evropskimi in ameriškimi dijaki. Spodbudno je, da najnovejši podatki v obeh regijah kažejo zmanjšanje uporabe tobaka in, četudi v manjšem obsegu, alkohola, čeprav se zdi, da so trendi uporabe konoplje bolj ustaljeni. Vendar so med evropskimi in ameriškimi dijaki pomembne razlike v zvezi z ravnmi in vzorci uporabe teh snovi.

V Evropi so stopnje uporabe konoplje nižje kot v Združenih državah, poleg tega se o uporabi konoplje poroča manj pogosto kot o uporabi tobaka. Nasprotno pa je uporaba konoplje med ameriškimi dijaki večja od uporabe tobaka, ki je zelo majhna. Razlikujejo se tudi stopnje uživanja alkohola, pri čemer uživanje alkohola in intenzivnejše vzorce pitja alkohola navaja več evropskih dijakov kot njihovi ameriški vrstniki.

Za proučitev relativnega vpliva socialnih, spremljevalnih in regulativnih dejavnikov na izbiro mladih je potrebna dodatna analiza podobnosti in razlik pri uporabi drog med dijaki. Razumevanje, kaj je povzročilo zmanjšanje obsega kajenja cigaret, ki je bilo opaženo v Združenih državah in Evropi, bi lahko na primer zagotovilo vpogled za obravnavo uporabe drugih drog, kot je konoplja. Prav tako je treba upoštevati, da obstajajo razlike v načinu uporabe drog. V nasprotju z Združenimi državami se na primer v Evropi konoplja pogosto kadi skupaj s tobakom, kar ima verjetno posledice za politike na področju javnega zdravja.

**Razumeti je treba trende
uporabe konoplje in z njo
povezane težave**

TRENDI UPORABE SNOVI V ZADNJEM MESECU MED 15- IN 16-LETNIMI DIJAKI V EVROPI IN ZDRUŽENIH DRŽAVAH



Opomba: evropska povprečja (netehtana) temeljijo na podatkih iz 21 držav EU in Norveške (vir: ESPAD). Ameriška povprečja temeljijo na vzorcih dijakov desetega razreda (vir: [Monitoring the Future](#)).

Evropski trg stimulansov: ali se dosegljivost kokaina povečuje?

Najpogosteje uporabljeni prepovedani stimulanši v Evropi – kokain, MDMA in amfetamini – se še naprej povezujejo z raznolikimi in geografsko različnimi vzorci uporabe, pri čemer se v zvezi z vsemi od njih poroča o višji ravni čistosti kot pred desetimi leti. Ta sektor trga prepovedanih drog je postal kompleksnejši, na njem pa so zlahka dosegljivi novi stimulanši, vključno s katinoni in fenetilamini. V lanskem poročilu je bilo izpostavljeno povečanje dosegljivosti in uporabe tablet z velikim odmerkom MDMA, ta trend pa je razviden tudi iz najnovjših podatkov. Glede na visoko vsebnost MDMA, ki je zdaj ugotovljena v zaseženih tabletah, bi bilo mogoče sklepati, da proizvajalci brez težav pridobijo predhodne sestavine, potrebne za proizvodnjo te droge. Iz podatkov o zasegih je prav tako razvidno, da Evropa ostaja pomemben proizvajalec za svetovni trg MDMA.

Več kazalnikov, med drugim tudi spremljanje odpadnih voda, zasegi ter podatki o ceni in čistosti, kaže, da se dosegljivost kokaina v nekaterih delih Evrope morda znova povečuje. Kokain je že od nekdaj najpogosteje uporabljan prepovedan stimulanš v več državah, predvsem tistih na jugu in zahodu Evrope. To je razvidno tudi iz novih podatkov v tem poročilu, ki kažejo, da se vse več zasegov opravi na uveljavljenih prodajalskih poteh, po katerih ta droga doseže glavne evropske trge. Nasprotno pa imata na trgu drog v severni in srednji Evropi amfetamin in, v manjšem obsegu, metamfetamin pomembnejšo vlogo kot kokain. Kat zadeva amfetamine, še vedno vzbujajo zaskrbljenost več vidikov razvoja, o katerih se je že poročalo. Med njimi so spremembe v dosegljivosti

predhodnih sestavin in načinov njihovega sintetiziranja, razširitev trga metamfetamina ter nekateri dokazi o vse višjih ravneh vbrizgavanja in z njim povezanih težavah.

Vbrizgavanje drog se zmanjšuje, vendar ostaja izziv za politike na področju javnega zdravja

Informacije, pridobljene v okviru zdravljenja odvisnosti od drog in iz drugih virov, kažejo, da splošni dolgoročni trend vbrizgavanja drog kot načina uporabe še naprej upada. Število uporabnikov heroina, ki se prvič vključijo v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog in kot način uporabe navedejo vbrizgavanje, je zdaj na najnižji ravni v več kot desetletju, čeprav so med državami precejšnje razlike. Opazno je tudi hkratno znižanje vrednosti kazalnikov zdravstvenih težav, povezanih s tem načinom uporabe, zlasti se je znižala stopnja novoodkritih okužb z virusom HIV, ki se pripisujejo uporabi drog z vbrizgavanjem. Vendar to ne pomeni, da na tem področju ni več skrbi vzbujajočih pomislekov. Čeprav je bilo leta 2016 prijavljenih najmanj novih okužb z virusom HIV v več kot dveh desetletjih, in sicer 1 233, je to še vedno velika težava za javno zdravje. Poleg tega je nedavno prišlo do izbruhov teh okužb v nekaterih ranljivih skupinah in med uporabniki, ki si vbrizgavajo stimulanse in nove psihoaktivne snovi.

Na voljo so tudi dokazi, da se v primerjavi z drugimi skupinami med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, okužbe, ki se prenašajo s krvjo, pogosto odkrijejo razmeroma pozno, kar onemogoča uspešno ukrepanje. Pozna prepoznavna bolezn je pomembna težava tudi v zvezi z okužbami z virusom HCV, zelo pogostimi med osebami, ki si drogo vbrizgavajo. V zadnjih nekaj letih so se s pojavom nove

generacije zelo učinkovitih zdravil bistveno izboljšale možnosti zdravljenja virusnega hepatitisa. Izkoreninjenje te bolezni je zdaj mogoče šteti tako za priložnost, kot tudi izziv za splošne izvajalce zdravstvenih storitev in specialistične službe za zdravljenje odvisnosti od drog.

Spreminjajoča se problematika opioidov

Primerjava z razvojem v Severni Ameriki je pomembna tudi za analizo problematike opioidov v Evropi. Pregled podatkov iz tega poročila kaže, da dejansko obstajajo nekatere vzporednice, čeprav splošne razmere v Evropi ostajajo drugačne.

Iz najnovjših podatkov je razvidno, da je uporaba heroina še vedno razlog za večino, približno 80 %, novih primerov z opioidi povezanega povpraševanja po zdravljenju v Evropi. Poleg tega ni več očitno splošno zmanjšanje povpraševanja po zdravljenju, ki je bilo opaženo od leta 2007. Posebno skrb vzbujajoča je evropska ocena vse večjega števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka droge, ki se je povečalo že tretjo leto zapored, pri čemer je heroin povezan s številnimi od teh smrtnih primerov.

Tudi Severna Amerika se srečuje z velikim deležem obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z zlorabo opioidnih analgetikov na recept, vse večjo uporabo heroina in, v zadnjem času, pojavom sintetičnih opioidov z zelo močnim učinkom, zlasti derivati fentanila. Razlika med zadevnima regijama je, da je v Evropi pri zelo malo uporabnikih, ki se vključijo v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog, razlog odvisnost od protibolečinskih zdravil na osnovi opioidov. To verjetno izraža razlike v regulativnem okviru ter pristopih k trženju in predpisovanju zdravil, ki obstajajo med Evropo in Severno Ameriko. Vendar ni mogoče izključiti možnosti nezadostnega poročanja, saj se Evropejci, ki imajo težave, povezane z uporabo zdravil na recept, morda obrnejo na druge službe kot uporabniki prepovedanih drog. Zdravila, ki se uporabljajo v okviru nadomestnega zdravljenja z opioidi, imajo zdaj pomembnejšo vlogo pri povpraševanju po zdravljenju in obravnavi zdravstvenih težavah v več evropskih državah. Na splošno so opioidi, ki niso heroin, razlog za približno petino vseh primerov z opioidi povezanega povpraševanja po specialističnem zdravljenju odvisnosti od drog. Na ravni EU je težko količinsko opredeliti vlogo, ki jo imajo sintetični opioidi, kot je metadon, v smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka, vendar so v številnih državah te snovi postale pomembne, v nekaterih pa prevladujejo. Vse večji izziv za številne evropske izvajalce zdravstvenih storitev je zmanjšanje obsega zlorabe zdravil, vključno s tistimi, ki se uporabljajo

za nadomestno zdravljenje z opioidi. Iz številnih dokazov je razvidno, da ustrezna uporaba nadomestnih zdravil za zdravljenje z opioidi dokazano zmanjšuje obolevnost, število smrtnih primerov in kršitev med prejemniki teh zdravil. Da se ne bi ogrozile očitne zdravstvene koristi, ki izhajajo iz tega pristopa k zdravljenju, je zato pomembna dobra klinična praksa skupaj z razumevanjem, kako se opioidi na recept preusmerjajo od zakonite uporabe in kako je to mogoče omejiti.

Sintetični opioidi z zelo močnim učinkom: vse večja nevarnost za zdravje

Precejšnjo zaskrbljenost v Evropi in Severni Ameriki vzbuja nedavni pojav novih sintetičnih opioidov z zelo močnim učinkom, večinoma derivatov fentanila. Od leta 2012 se povečuje število prijav teh snovi in težav, ki jih povzročajo, v sistem EU za zgodnje opozarjanje. Te snovi se prodajajo na spletnih trgih in trgu prepovedanih drog. Včasih se prodajajo kot heroin, druge prepovedane droge in celo ponarejena zdravila oziroma so z njimi pomešane. Sintetični opioidi z zelo močnim učinkom pomenijo resna zdravstvena tveganja ne le za tiste, ki jih uporabljajo, temveč tudi za osebe, vključene v njihovo proizvodnjo, pa tudi za poštno delavce in uradnike organov kazenskega pregona. Ker so za proizvodnjo več tisoč odmerkov potrebne le majhne količine teh snovi, se zlahka skrijejo in prevlažajo. To je velik izziv za agencije za nadzor nad drogami. Hkrati so te snovi potencialno privlačno in dobičkonosno blago za organizirani kriminal.

Sintetični opioidi z zelo močnim učinkom pomenijo resna zdravstvena tveganja

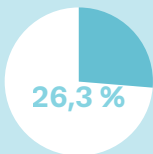
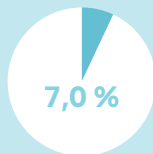
NA KRATKO – OCENE UPORABE DROG V EVROPSKI UNIJI

Konoplja



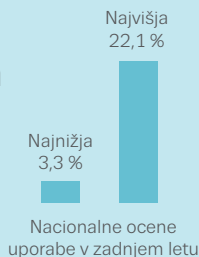
Odrasli
(15–64 let)

Uporaba:
V zadnjem letu **23,5 milijona**
Kadar koli v življenju **87,7 milijona**



Mladi odrasli
(15–34 let)

V zadnjem letu
17,1 milijona

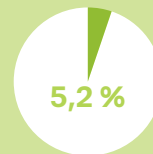
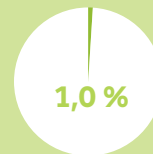


Kokain



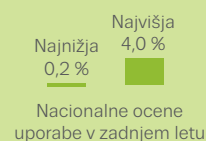
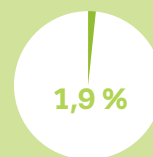
Odrasli
(15–64 let)

Uporaba:
V zadnjem letu **3,5 milijona**
Kadar koli v življenju **17,5 milijona**



Mladi odrasli
(15–34 let)

V zadnjem letu
2,3 milijona

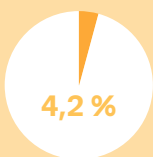
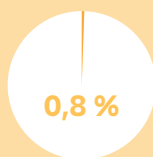


MDMA



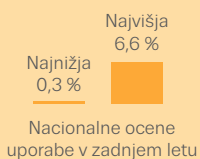
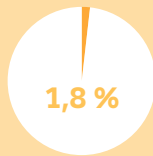
Odrasli
(15–64 let)

Uporaba:
V zadnjem letu **2,7 milijona**
Kadar koli v življenju **14,0 milijona**



Mladi odrasli
(15–34 let)

V zadnjem letu
2,3 milijona

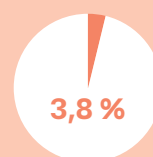
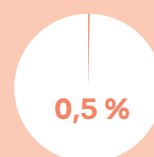


Amfetamini



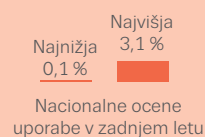
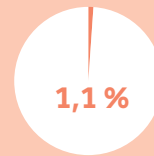
Odrasli
(15–64 let)

Uporaba:
V zadnjem letu **1,8 milijona**
Kadar koli v življenju **12,5 milijona**



Mladi odrasli
(15–34 let)

V zadnjem letu
1,3 milijona

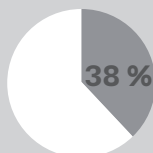


Opioidi



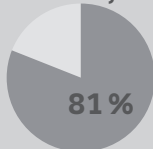
Zahteve za zdravljenje
odvisnosti od drog

Glavna droga v približno
38 % vseh zahtev za
zdravljenje odvisnosti
od drog v Evropski uniji



Rizični
uporabniki opioidov
1,3 milijona

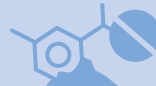
Preveliki odmerki,
ki se končajo
s smrtjo



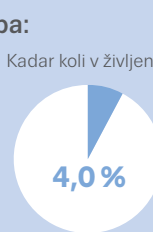
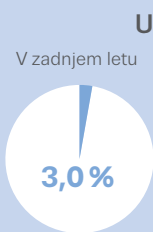
Opioidi so ugotovljeni pri
81 % prevelikih odmerkov,
ki se končajo s smrtjo

V letu 2015 je bilo v
nadomestno
zdravljenje vključenih
630 000
uporabnikov opioidov

Novo psihoaktivne snovi



15- in 16-letni
dijaki
v 24 evropskih
državah



Vir: Poročilo ESPAD za leto 2015, dodatne preglednice.

Zdi se, da se težave v zvezi s sintetičnimi opioidi z zelo močnim učinkom v Evropi povečujejo, kot je razvidno iz vse večjega števila prijav zastrupitev in smrtnih primerov v sistem za zgodnje opozarjanje. Center EMCDDA je na začetku leta 2017 opravil oceno tveganja za derivata fentanila akrilolfentanil in furanilfentanil. Na evropski ravni se proučuje možnost uvedbe nadzora nad zadevnima snovema, pri čemer se trenutno natančno pregleduje še več drugih drog iz te kategorije.

Spreminjajoča se podoba novih psihoaktivnih snovi

Iz letošnje analize je razvidno, da je pojav novih psihoaktivnih snovi še vedno velik izziv na področju javnega zdravja, hkrati pa na pojavljanje novih snovi morda vplivajo odzivi v Evropi in zunaj nje. Čeprav je bila v letu 2016 v sistem EU za zgodnje opozarjanje vsak teden priglašena ena droga, je bilo skupno število novoodkritih snovi manjše kot v prejšnjih letih. To je lahko pozitiven znak, zlasti če se bo to zmanjševanje nadaljevalo. Vendar so drugi podatki manj spodbudni, pri čemer ni jasnih znakov o zmanjšanju splošne dosegljivosti novih psihoaktivnih snovi. Tudi če se poleg tega hitrost uvajanja novih snovi morda upočasnjuje, se še naprej povečuje skupno število snovi, ki so na voljo na trgu. Obstajajo tudi znaki, da se nekateri razredi novih psihoaktivnih snovi, zlasti sintetični katinoni in sintetični kanabinoidi, vse bolj uveljavljajo na trgu drog.

Morebitno upočasnjevanje pojava novih snovi na trgu je mogoče pojasniti z več razlogi. Nekatere evropske države so uvedle popolne prepovedi, splošno zakonodajo ali zakonodajo na podlagi primerljive snovi ter druge ukrepe, usmerjene v proizvajalce novih psihoaktivnih snovi in trgovce s temi snovmi na drobno. To je ustvarilo strožje pravno okolje, v katerem so proizvajalci morda manj motivirani, da se z zakonodajalci „igrajo mačke in miši“, in morajo biti inovativni, da bi se izognili pravnemu nadzoru.

Poleg tega velik delež ponudbe novih psihoaktivnih snovi v Evropi izvira iz Kitajske, pri čemer na dosegljivost teh snovi v Evropski uniji morda nekoliko vpliva tudi nov nadzor, uveden na Kitajskem.

Zdi se, da so nadzorni ukrepi, usmerjeni v običajne trgovine, v delih Evrope vplivali na dostop do novih psihoaktivnih snovi. Prodaja teh snovi je postala bolj prikrita, pri čemer imata spletni dostop in trg prepovedanih drog zdaj pomembnejšo vlogo kot v preteklosti. V tem okviru pravni status novih snovi, zlasti kadar se prodajajo skupaj s prepovedanimi drogami, morda ni toliko bistven in je zato manj pomembno gonilo za inovativnost proizvodov.

Novi psihoaktivni snovi: poceni opojne snovi za marginalizirane in kronične uporabnike drog

Na povpraševanje po novih psihoaktivnih snoveh morda vplivajo tudi negativni odnosi uporabnikov. Zdi se, da so dejavnosti preprečevanja, zmanjševanja škode in poročanja o škodljivih posledicah vplivale na dožemanje med mladimi, da so nove snovi razmeroma varne zakonite alternative uveljavljenim prepovedanim drogam. Kljub temu pa so na voljo tudi dokazi, da se dosegljivost in uporaba teh snovi med bolj kroničnimi in marginaliziranimi skupinami uporabnikov morda povečuje.

Problematična uporaba novih psihoaktivnih snovi postaja vse bolj očitna v nekaterih okoljih in med nekaterimi ranljivimi skupinami. Tako se na primer uporaba katinona z vbizgavanjem med sedanjimi in nekdanjimi uporabniki opioidov povezuje z višjo stopnjo telesnih ali duševnih zdravstvenih težav.

Vse večjo zaskrbljenost vzbujajo tudi sintetični kanabinoidi. Te droge se kljub nekaterim farmakološkim podobnostim ne smejo zamenjevati s proizvodi iz konoplje. Sintetični kanabinoidi so pogosto snovi z zelo močnim učinkom, ki imajo lahko hude, potencialno smrtne posledice. Na voljo so dokazi, da v nekaterih delih Evrope marginalizirane skupine, kot so brezdomci, uporabljajo sintetične kanabinoide kot poceni opojne snovi z močnim učinkom. Težave z odkrivanjem pomenijo, da so sintetični kanabinoidi postali posebna težava v nekaterih evropskih zaporih z resnimi posledicami za zdravje in varnost zapornikov.

1

**Evropski trg drog
se še naprej razvija**

Ponudba drog in trg

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

Od sedemdesetih in osemdesetih let prejšnjega stoletja obstajajo v številnih evropskih državah precej veliki trgi konoplje, heroina in amfetaminov. Sčasoma so se uveljavile tudi druge snovi, vključno z MDMA in kokainom v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Evropski trg drog se še naprej razvija, v zadnjem desetletju pa so se pojavile najrazličnejše nove psihoaktivne snovi. Nedavne spremembe na trgu prepovedanih drog, ki so večinoma povezane z globalizacijo in novimi tehnologijami, vključujejo inovacije v proizvodnji drog in načinih preprodaje ter vzpostavitev novih preprodajalskih poti in spletnih trgov.

Spremljanje trgov drog, ponudbe drog in zakonodaje o drogah

Analiza, predstavljena v tem poglavju, temelji na sporočenih podatkih o zasegih drog, zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge, uničenih obratih za proizvodnjo drog, zakonodajah na področju drog, kršitvah zakonodaje o drogah, maloprodajnih cenah drog ter čistosti in moči drog. V nekaterih primerih je analiza trendov otežena, ker ključne države niso predložile podatkov o zasegih. Na trende lahko vplivajo različni dejavniki, med drugim tudi želje uporabnikov, spremembe v proizvodnji in preprodaji, stopnja dejavnosti in prednostne naloge organov kazenskega pregona ter učinkovitost ukrepov za preprečevanje vstopa. Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem [Statističnem biltenu](#).

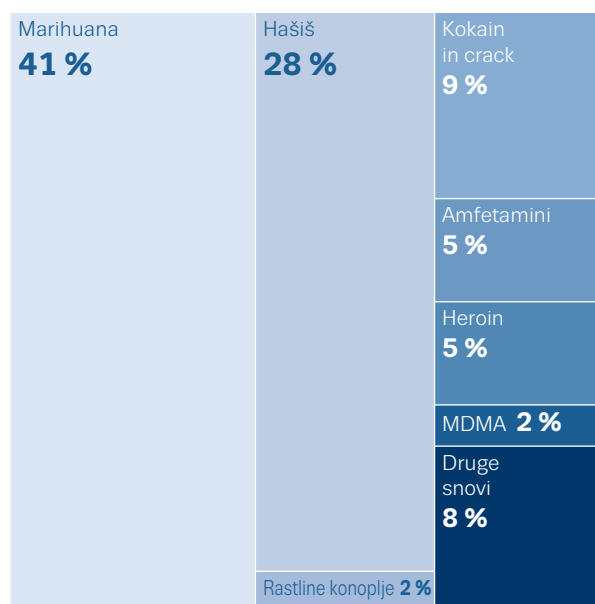
V tem poglavju so predstavljeni tudi podatki o prijavah in zasegih novih psihoaktivnih snovi, ki so jih v sistem EU za zgodnje opozarjanje sporočili nacionalni partnerji centra EMCDDA in Europola. Ker se te informacije pridobijo iz prijav posameznih primerov in ne iz rednih sistemov spremljanja, predstavljajo ocene o zasegih najmanjše vrednosti, o katerih lahko govorimo. Popoln opis sistema za zgodnje opozarjanje je na voljo na spletišču centra EMCDDA v razdelku [Action on new drugs](#) (Ukrepi glede novih drog).

| Trgi prepovedanih drog: pojav spletne ponudbe

Trgi prepovedanih drog prek verig posrednikov potrošnike povezujejo s proizvajalci. Ti kompleksni sistemi na vseh

SLIKA 1.1

Število prijavljenih zasegov drog v letu 2015, razčlenitev po vrsti droge



ravnih trga ustvarjajo velike vsote denarja. Na podlagi konzervativne ocene je bil maloprodajni trg prepovedanih drog v Evropski uniji leta 2013 vreden 24 milijard EUR (verjeten razpon med 21 in 31 milijard EUR).

V zadnjem desetletju so se pojavile nove internetne tehnologije, ki so omogočile razvoj spletnih trgov, ki obstajajo vzporedno s fizičnimi trgi drog. Nekateri spletni prodajalci uporabljajo površinski splet, kjer se običajno prodajajo nenadzorovane predhodne sestavine, nove psihoaktivne snovi ali zdravila, ki so lahko lažna ali ponarejena. Drugi prodajalci delujejo na globokem spletu prek trgov na temnem spletu, pri čemer uporabljajo tehnologije za prikrivanje identitete kupcev in prodajalcev. Ti trgi imajo nekatere značilnosti zakonitih spletnih trgov, kot sta eBay in Amazon, kupci pa lahko izbirajo in primerjajo proizvode in prodajalce. Za prikrivanje transakcij in fizične lokacije strežnikov se uporabljajo različne strategije. Med njimi so storitve za anonimizacijo, kot sta Tor in I2P, ki prikrivajo naslov internetnega protokola računalnika, kriptovalute, kot sta bitcoin in litecoin, za razmeroma težko izsledljiva plačila, ter šifrirana komunikacija med udeleženci na trgu. Za regulacijo prodajalcev na trgih so pomembni tudi sistemi merjenja ugleda.

Večina prodaje na trgih na temnem spletu je povezana z drogami. V nedavni študiji, v kateri se je proučevala prodaja na 16 glavnih trgih na temnem spletu med letoma 2011 in 2015, je bilo ocenjeno, da je prodaja drog pomenila več kot 90 % skupnih gospodarskih prihodkov svetovnih trgov na temnem spletu. Domnevno je bila skoraj polovica (46 %) vseh drog na temnem spletu kupljena pri prodajalcih iz Evrope, pri čemer se ocenjuje, da je njen obseg v obdobju študije znašal 80 milijonov EUR. Glavne evropske države izvora, po obsegu prodaje, so bile Nemčija, Nizozemska in Združeno kraljestvo, pri čemer so največ prihodkov od prodaje predstavljali stimulansi, zlasti MDMA in kokain.

Zasegi drog: več kot en milijon v Evropi

V Evropi se vsako leto poroča o več kot enem milijonu zasegov prepovedanih drog. Večinoma gre za majhne količine droge, zasežene uporabnikom drog, čeprav največji delež skupne količine zaseženih drog pomenijo več kilogramov težke pošiljke drog, zasežene preprodajalcem in proizvajalcem.

Konoplja je najpogosteje zasežena droga in predstavlja več kot 70 % zasegov v Evropi (slika 1.1). Skupno je na drugem mestu kokain (9 %). Manjši delež zasegov predstavljajo amfetamini (5 %), heroin (5 %) in MDMA (2 %).

Večina prodaje na trgih na temnem spletu je povezana z drogami

Leta 2015 so o več kot 60 % vseh zasegov drog v Evropski uniji poročale le tri države, in sicer Španija, Francija in Združeno kraljestvo, pri čemer so pomembno število zasegov sporočile tudi Belgija, Danska, Nemčija, Grčija, Italija in Švedska. Poleg tega je treba opozoriti, da najnovejši podatki o številu zasegov niso na voljo za Nizozemsko ter Poljsko in Finsko. Zaradi pomanjkanja teh podatkov je analiza nezanesljiva.

Veliko število zasegov drog, o katerem je poročala Turčija, izraža velik potrošniški trg v tej državi in njen položaj na poteh, povezanih s preprodajo drog, med Evropsko unijo, Bližnjim vzhodom in Azijo.

Nedavno zmanjšanje količine zasežene marihuane

Marihuana in hašiš sta dva glavna proizvoda iz konoplje na evropskem trgu drog, hašiševo olje pa je razmeroma redko. Proizvodi iz konoplje, katerih ocenjena vrednost znaša 9,3 milijarde EUR (verjeten razpon med 8,4 in 12,9 milijarde EUR), predstavljajo največji delež (38 %) v vrednosti maloprodajnega trga prepovedanih drog v Evropi. Marihuana, ki se uporablja v Evropi, se goji lokalno ali uvaža iz drugih držav. Marihuana, proizvedena v Evropi, pa se večinoma goji v zaprtih prostorih. Večina hašiša se uvozi, predvsem iz Maroka. Iz nedavnih poročil so razvidne spremembe poti, povezane s preprodajo konoplje, in sicer povečan obseg preprodaje marihuane in hašiševega olja iz držav Zahodnega Balkana, zlasti Albanije, kar se povezuje s povečanjem obsega gojenja konoplje v teh državah. Poleg tega dokazi kažejo, da je Libija postala pomembno

KONOPLJA

Hašiš

Število zasegov

288 000 EU

303 000 EU + 2

Zasežene količine

536
ton (EU)

546
ton (EU + 2)

Cena
(EUR/g)
25 €

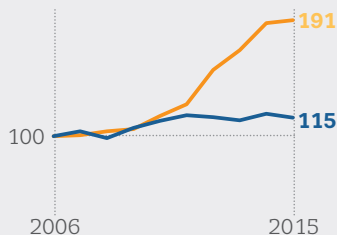
11 €
8 €
3 €

Moč
(% THC)
28 %

19 %
11 %
4 %

Indeksirani trendi:

cena in moč



Marihuana

Število zasegov

404 000 EU

438 000 EU + 2

Zasežene količine

89
ton (EU)

135
ton (EU + 2)

Cena
(EUR/g)
20 €

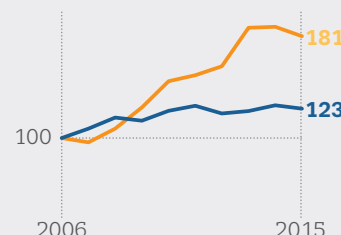
12 €
8 €
5 €

Moč
(% THC)
22 %

11 %
7 %
3 %

Indeksirani trendi:

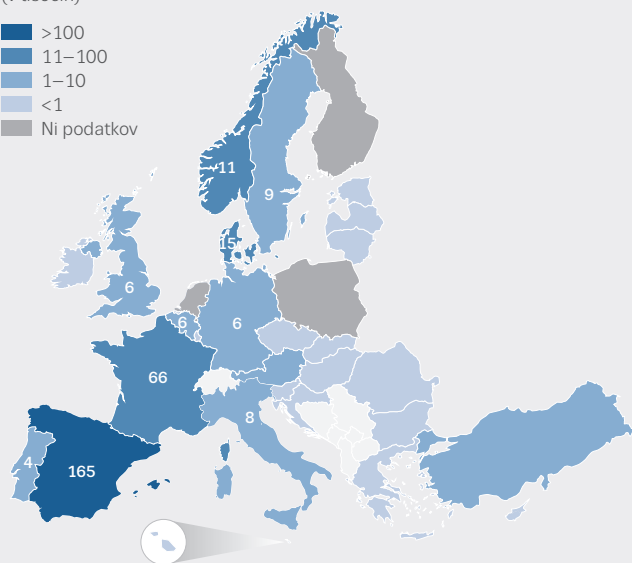
cena in moč



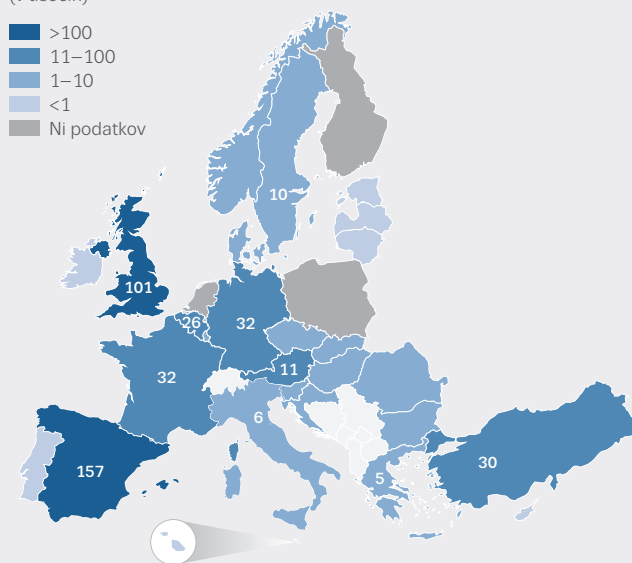
EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in moč proizvodov iz konoplje: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.2

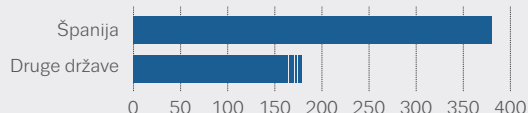
Zasegi hašiša in marihuane v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki

Število zasegov hašiša
(v tisočih)

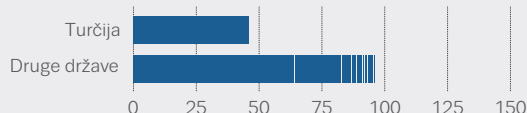
Opomba: število zasegov za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Število zasegov marihuane
(v tisočih)

Količina zaseženega hašiša (v tonah)



Količina zasežene marihuane (v tonah)



vozljišče za preprodajo hašiša v različne namembne kraje, vključno z Evropo.

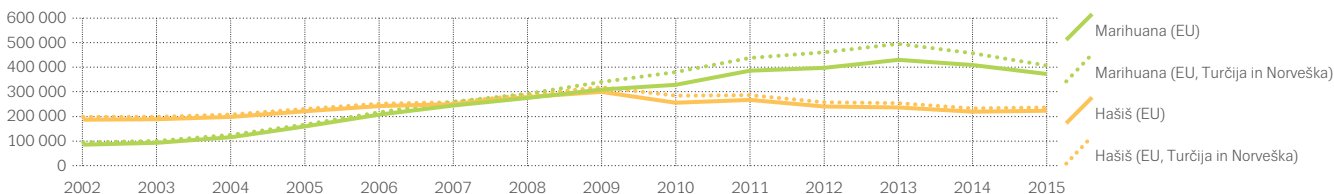
Leta 2015 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 732 000 zasegov konoplje, vključno s 404 000 zasegi marihuane, 288 000 zasegi hašiša in 19 000 zasegi rastlin konoplje. Vendar je zaseženega več kot šestkrat več hašiša kot marihuane (536 ton hašiša in 89 ton marihuane). Razlog za to je deloma ta, da se hašiš prevaža v večjih količinah, opravi dolgo pot in prečka nacionalne meje, zato je bolj izpostavljen ukrepom za preprečevanje vstopa. V analizi količine zasežene konoplje se zdi zlasti pomembna peščica držav, saj čeznje potekajo glavne poti, povezane z njeno preprodajo. Tako je na primer Španija kot pomembna vstopna točka za konopljo, proizvedeno v Maroku, poročala o več kot 70 % skupne količine zaseženega hašiša v Evropi v letu 2015 (slika 1.2).

V Evropi od leta 2009 število zasegov marihuane presega število zasegov hašiša, pri čemer so trendi števila zasegov hašiša in marihuane od leta 2011 razmeroma ustaljeni (slika 1.3). Ocenjuje se, da je bilo leta 2015 v Evropi zaseženih 135 ton marihuane, kar je 38-odstotno zmanjšanje glede na zaseženih 217 ton v letu 2014. Opazna zmanjšanja so bila zabeležena v Belgiji, Grčiji in Italiji. Od leta 2013 je mogoče opaziti tudi podobno zmanjšanje količine marihuane, zasežene v Turčiji. K temu splošnemu zmanjšanju v Evropi morda prispeva več dejavnikov. Med njimi so lahko pobude za boj proti obsežni proizvodnji v državah zunaj Evropske unije, kot je Albanija, povečana osredotočenost na lokalno gojenje in ne na preprodajo, spremembe v načinu evidentiranja zasegov in spreminjajoče se prednostne naloge organov kazenskega pregona v nekaterih državah. Glede na najnovjše podatke je količina zaseženega hašiša v Evropski uniji od leta 2009 razmeroma nespremenjena.

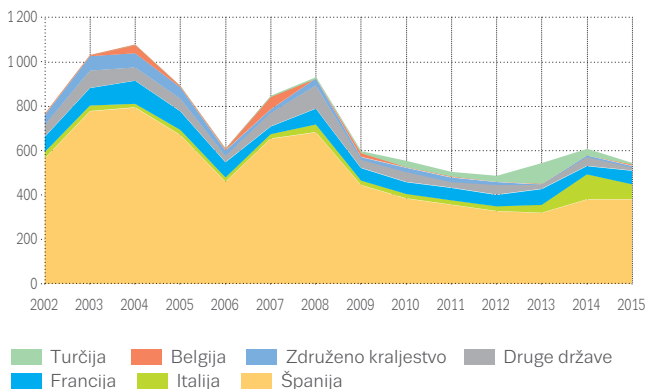
SLIKA 1.3

Trendi števila zasegov konoplje in zasežene količine: hašiš in marihuana

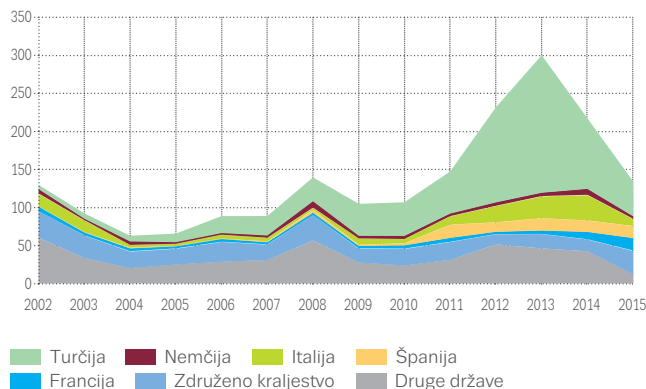
Število zasegov



Hašiš (v tonah)



Marihuana (v tonah)



Zasege rastlin konoplje je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje te droge v neki državi. Zaradi razlik v poročanju med državami je treba podatke o zasegih rastlin konoplje razlagati previdno. Kljub temu se število zaseženih rastlin dolgoročno povečuje, in sicer se je z 1,5 milijona v letu 2002 dvignilo na 3,3 milijona v letu 2014, leta 2015 pa je strmo naraslo na 11,4 milijona, pri čemer se je o velikem povečanju števila zaseženih rastlin poročalo z Nizozemske. Ta trend morda izraža spremembe v prednostnih nalogah organov kazenskega pregona, v okviru katerih se intenzivneje preganja gojenje konoplje.

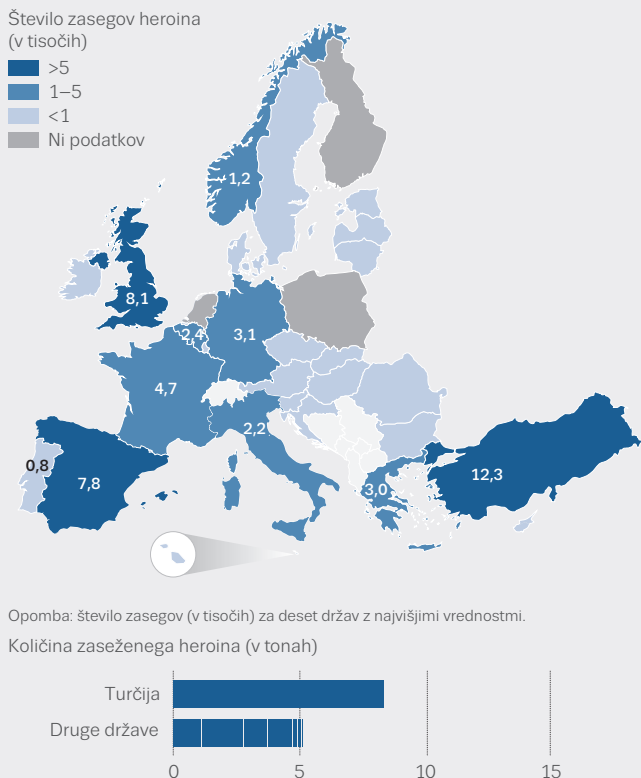
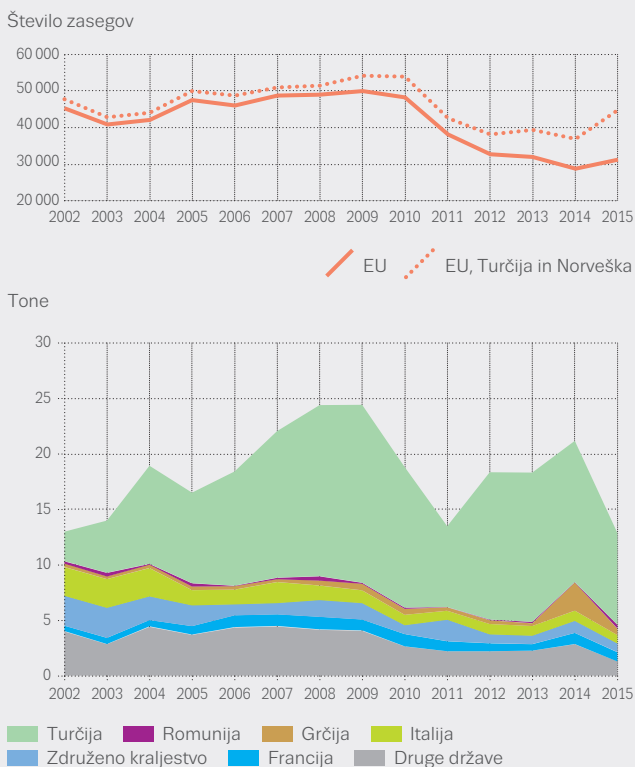
Leta 2015 je bilo prijavljenih 335 zasegov hašiševega olja, pri čemer sta največji količini zasegli Grčija in Turčija.

Iz analize indeksiranih trendov med državami, ki redno poročajo, je razvidno veliko povečanje vsebnosti tetrahidrokanabinola (THC) v marihuani in hašišu med letoma 2006 in 2014, ki se je leta 2015 ustalilo. K tej vse večji moči sta lahko privedli uvedba intenzivnih proizvodnih tehnik v Evropi ter nedavna uvedba rastlin z močnim učinkom in novih tehnik v Maroku. Najnovejši podatki kažejo, da so cene hašiša in marihuane podobne, medtem ko ima hašiš v povprečju večjo moč.

Število zasegov marihuane v Evropi od leta 2009 presega število zasegov hašiša

SLIKA 1.4

Število zasegov heroina in zasežena količina v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



Vse večja čistost heroina

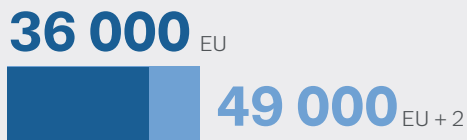
Heroin je najpogostejši opioid na evropskem trgu drog, katerega ocenjena maloprodajna vrednost znaša 6,8 milijarde EUR (verjeten razpon med 6,0 in 7,8 milijarde EUR). V Evropi sta od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina: pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki v glavnem izvira iz Afganistana. Veliko redkejši je beli heroin (v obliki soli), ki je v preteklosti izviral iz jugovzhodne Azije, danes pa se morda proizvaja tudi v Afganistanu ali sosednjih državah.

Drugi opioidi, ki so jih leta 2015 zasegli organi kazenskega pregona v evropskih državah, vključujejo opij ter zdravila morfij, metadon, buprenorfin, tramadol in fentanil (preglednica 1.1). Nekateri opioidni analgetiki se lahko preusmerijo iz zakonitih farmacevtskih zalog, drugi – na primer 27 kilogramov morfija v prahu, zaseženih leta 2015 – pa se proizvajajo nezakonito.

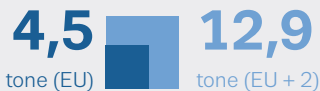
Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, najdenega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali pa v sosednjem

HEROIN

Število zasegov



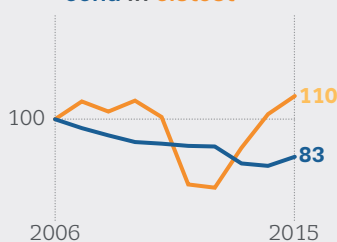
Zasežene količine



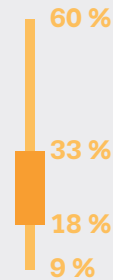
Cena (EUR/g)



Indeksirana trenda: cena in čistost



Čistost (%)



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

Iranu ali Pakistanu. V Evropi je proizvodnja opioidov od sedemdesetih let prejšnjega stoletja omejena na domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v nekaterih vzhodnih državah. Vendar odkritje dveh laboratorijev za pretvorbo morfija v heroin v Španiji in enega na Češkem v zadnjih letih kaže, da se majhna količina heroina zdaj proizvaja tudi v Evropi.

Heroin vstopa v Evropo po štirih glavnih preprodajalskih poteh, od katerih sta najpomembnejši „balkanska pot“ in „južna pot“. Prva poteka skozi Turčijo v balkanske države (Bolgarijo, Romunijo ali Grčijo) in naprej v srednjo, južno in zahodno Evropo. Pojavila se je tudi stranska veja balkanske poti, ki vključuje Sirijo in Irak. V zadnjih letih je postala pomembnejša južna pot, po kateri pošiljke iz Irana in Pakistana vstopajo v Evropo po zraku ali morju, bodisi neposredno bodisi prek afriških držav. Med druge poti spadata „severna pot“ ter pot skozi južni Kavkaz in prek Črnega morja.

Po desetletju relativne stabilnosti se je v obdobju 2010–2011 zmanjšala dosegljivost heroina na trgih v številnih evropskih državah. To je razvidno iz števila sporočenih zasegov heroina, ki se je v Evropski uniji od leta 2009 do leta 2014 zmanjševalo in se nato leta 2015 ustalilo. Med letoma 2002 in 2013 se je količina zaseženega heroina v Evropski uniji razpolovila, in sicer z 10 na 5 ton. Po zasegu 8,4 tone v letu 2014, tj. letu, ko je več držav poročalo o zasegih velikih količin heroina (100 kg in več), se je količina zaseženega heroina v Evropi v letu 2015 (4,5 tone) vrnila na ravni, zabeležene po letu 2010. Leta 2014 je bilo v Turčiji zaseženih približno 13 ton heroina, ta količina pa se je leta 2015 zmanjšala na 8,3 tone – kar je še vedno več

kot vse druge evropske države skupaj –, medtem ko se je število zasegov v istem obdobju povečalo (slika 1.4). Iz indeksiranih trendov držav, ki redno poročajo, je razvidno, da se je čistost heroina v Evropi povečevala tudi v letu 2015.

V evropskih državah se poleg heroina zasežejo tudi drugi proizvodi iz opioidov, vendar ti pomenijo le majhen delež skupnega števila zasegov. Drugi najpogosteje zaseženi opioidi so opioidni analgetiki buprenorfin, tramadol in metadon (glej pregledico 1.1).

PREGLEDNICA 1.1

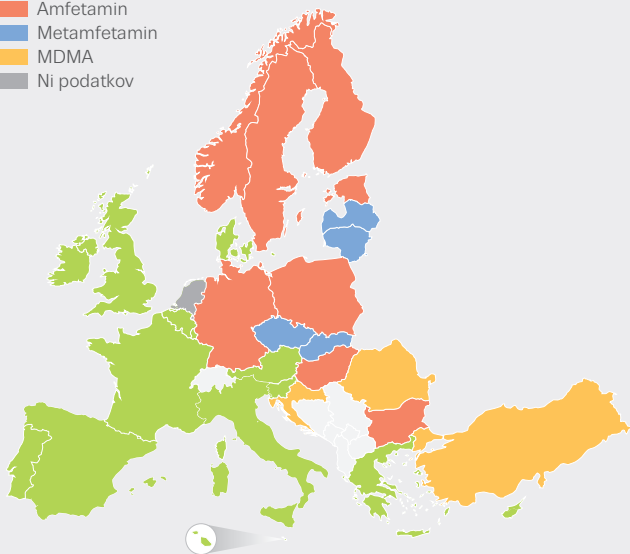
Zasegi opioidov, ki niso heroin, v letu 2015

Opioid	Število	Količina			Število držav
		kilogrami	litri	tablete	
Metadon	1 566	31	8	60 472	17
Buprenorfin	3 377	4		68 419	17
Tramadol	2 467			690 080	12
Fentanili (fentanil, okfentanil in karfentanil)	287	3		41	10
Morfij	775	27		8 837	15
Opij	293	734			14
Kodein	293	3		9 855	8
Oksikodon	16	0,0003		962	5

SLIKA 1.5

Najpogosteje zaseženi stimulans v Evropi, podatki za leto 2015 ali najnovější podatki

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ni podatkov



Zasegi stimulansov: regionalne razlike

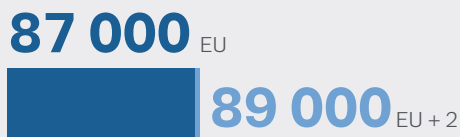
Glavni prepovedani stimulansi, ki so na voljo v Evropi, so kokain, amfetamin, metamfetamin in MDMA. Ocenjuje se, da je maloprodajni trg stimulansov v Evropski uniji vreden med 6,3 in 10,2 milijarde EUR. Med regijami so opazne razlike glede najpogosteje zaseženih stimulansov (slika 1.5), na katere vplivajo lokacija vstopnih točk in preprodajalskih poti ter večjih proizvodnih centrov in velikih potrošniških trgov. Kokain je najpogosteje zasežen stimulans v številnih zahodnih in južnih državah, kar je neposredna posledica lokacij, na katerih droga vstopa v Evropo. Zasegi amfetamina so najpogostejši v severni in srednji Evropi, metamfetamin pa je najpogosteje zaseženi stimulans na Češkem in Slovaškem ter v Latviji in Litvi. MDMA je najpogosteje zaseženi stimulans na Hrvaškem, v Romuniji in Turčiji.

Kokain: nedavna povišanja vrednosti tržnih kazalnikov

V Evropi sta dosegljivi dve obliki kokaina. Najpogostejša je kokain v prahu (v obliki soli), manj dosegljiv pa je crack (proste baze), oblika kokaina za kajenje. Kokain se proizvaja iz listov grma koke, in sicer skoraj izključno v Boliviji, Kolumbiji in Peruju. V Evropo se prevaža na različne načine, med drugim tudi s potniškimi leti, zračnim tovornim prometom, poštnimi storitvami, zasebnimi zrakoplovi, jahtami in v kontejnerjih. Ocenjuje se, da je maloprodajni trg kokaina v Evropski uniji vreden najmanj 5,7 milijarde EUR.

KOKAIN

Število zasegov



Zasežene količine

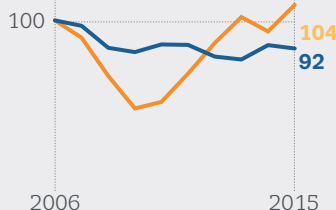


Cena (EUR/g)

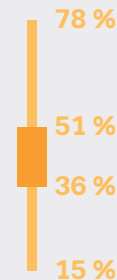


Indeksirana trenda:

cena in čistost



Čistost (%)

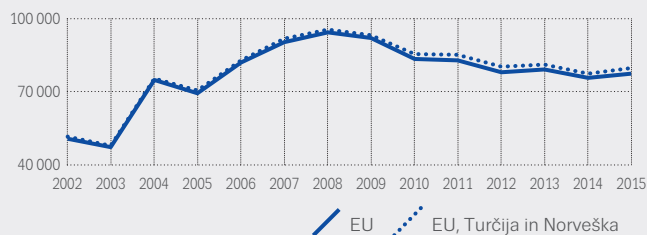


EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost kokaina: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

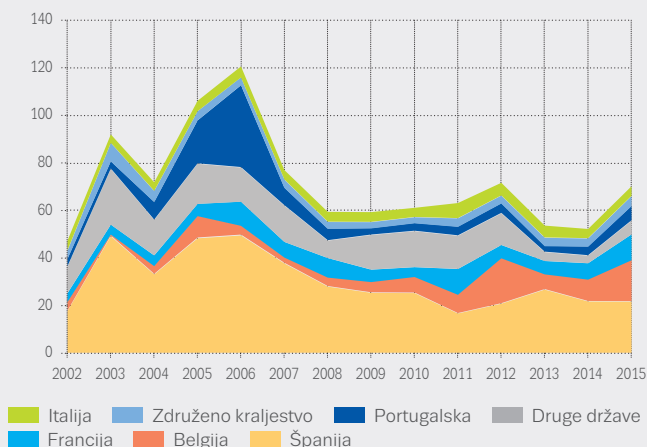
SLIKA 1.6

Število zasegov kokaina in zasežena količina v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

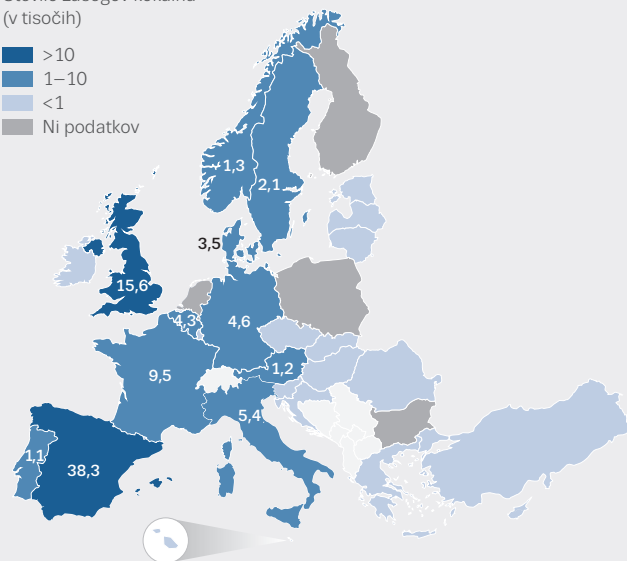
Število zasegov



Tone

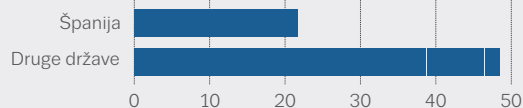


Število zasegov kokaina (v tisočih)



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

Količina zaseženega kokaina (v tonah)



Leta 2015 je bilo v Evropski uniji skupno prijavljenih približno 87 000 zasegov kokaina. Belgija, Španija, Francija, Italija in Portugalska skupaj predstavljajo 78 % ocenjene zasežene količine, ki znaša 69,4 tone (slika 1.6). Od leta 2007 je stanje razmeroma nespremenjeno, čeprav sta se število zasegov in zasežena količina med letoma 2014 in 2015 povečala (slika 1.6). Medtem ko Španija (22 ton) ostaja država, ki zaseže največ kokaina, sta leta 2015 zelo velike količine te droge zasegli Belgija (17 ton) in Francija (11 ton), pri čemer so o pomembnih povečanjih zasežene količine v primerjavi s prejšnjim letom poročale Belgija, Nemčija in Portugalska. Indeksirani trendi na splošno kažejo majhno povečanje čistosti kokaina v letu 2015.

V Evropi so bili leta 2015 zaseženi tudi drugi proizvodi iz koke, vključno s 76 kilogrami listov koke in 377 kilogrami kokainove baze. Zasegi kokainove baze kažejo obstoj nedovoljenih laboratorijev v Evropi, v katerih se proizvaja kokain hidroklorid. To je novost, saj je bila večina kokainskih laboratorijev, odkritih v Evropi, do zdaj „sekundarnih obratov za ekstrakcijo“, v katerih se kokain izloči iz materialov, v katere je bil dodan (kot so vino, oblačila, plastika).

**Glavni prepovedani stimulanši,
ki so na voljo v Evropi, so kokain,
amfetamin, metamfetamin
in MDMA**

Predhodne sestavine: na voljo so nove alternative za amfetamine

Predhodne sestavine so bistvene kemikalije za proizvodnjo prepovedanih drog. Ker imajo številne od njih zakonite uporabe, so nekatere kemikalije v skladu s predpisi EU uvrščene na seznam, trgovanje z njimi pa se spremlja in nadzoruje. Dosegljivost predhodnih sestavin močno vpliva na trg in metode proizvodnje, ki se uporabljajo v nedovoljenih laboratorijih. Proizvajalci so se tudi v letu 2015 poskusili izogniti mehanizmu nadzora, in sicer z uvedbo kemikalij, ki niso na seznamu, za proizvodnjo predhodnih sestavin za droge v bližini proizvodnih obratov. Vendar se s to prakso poveča tveganje odkritja, saj je za večji obseg predelave potrebnih več kemikalij, poleg tega pa se proizvede več odpadkov.

Podatki o zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge potrjujejo, da se pri proizvodnji prepovedanih drog v Evropski uniji uporabljajo tako snovi s seznama kot tudi snovi, ki niso na seznamu, zlasti pri proizvodnji amfetaminov in MDMA (preglednica 1.2). V letu 2015 so bile zasežene velike količine BMK (benzil metil ketona), predhodne sestavine za amfetamin, pri čemer so poljski organi zasegli 7 000 kilogramov te snovi v eni sami pošiljki, povezani s proizvodnjo na Nizozemskem. Zdi se, da je nadzor, uveden

konec leta 2013, nad predpredhodno sestavino APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril), ki se uporablja za sintezo predhodne sestavine BMK, učinkovit, saj je bilo leta 2013 zaseženih 48 000 kilogramov te snovi, leta 2015 pa le 780 kilogramov. Vendar se zdi, da je ta nadzorni ukrep spodbudil nekatere inovativne spremembe, saj so bile leta 2015 prvič prijavljene nadomestne kemikalije, kot so APAA (alfa-fenilacetoacetamid) in glicidni derivati BMK.

Zasegi predpredhodnih sestavin za MDMA, ki niso na seznamu, so ostali ustaljeni, v njih pa je bilo zaseženih približno 5 500 kilogramov zadevnih snovi. Čeprav so bili zasegi safrola zanemarljivi, so se povečali zasegi PMK, pri čemer je Nizozemska leta 2015 poročala o zaseženih 622 kilogramih, leta 2014 pa ni zasegla nobenega.

Amfetamin in metamfetamin: domača proizvodnja

Amfetamin in metamfetamin sta sintetična stimulanca, ki se pogosto označujeta z nadpomenko „amfetamini“, zato ju je v nekaterih naborih podatkov težko razlikovati. Število zasegov v zadnjem desetletju kaže, da se je dosegljivost metamfetamina povečala, vendar je še vedno precej manjša od dosegljivosti amfetamina.

PREGLEDNICA 1.2

Povzetek zasegov in ustavljenih pošiljk predhodnih sestavin, ki se v Evropski uniji uporabljajo za proizvodnjo izbranih sintetičnih drog, v letu 2015

Predhodna sestavina/ predpredhodna sestavina	Zasegi		Ustavljene pošiljke		SKUPNE VREDNOSTI	
	Število	Količina	Število	Količina	Število	Količina
MDMA ali povezane snovi						
PMK (litri)	6	622	0	0	6	622
Safrol (litri)	2	2	0	0	2	2
Piperonal (kg)	7	45	4	1 925	11	1 970
Glicidni derivati PMK (kg)	11	5 461	0	0	11	5 461
Amfetamin in metamfetamin						
APAAN (kg)	10	778	0	0	10	778
BMK (litri)	17	1 029	0	0	17	1 029
PAA, fenilacetna kislina (kg)	6	261	4	103	10	364
Efedrin, razsuto stanje (kg)	12	8	1	500	13	508
Pseudoefedrin, razsuto stanje (kg)	8	32	0	0	8	32
APAA (kg)	1	201	0	0	1	201
Glicidni derivati BMK (kg)	5	14	0	0	5	14

Obe drogi se proizvajata v Evropi za evropski trg. Kot kaže, se amfetamin proizvaja predvsem v Belgiji, na Nizozemskem in Poljskem, v manjšem obsegu pa tudi v baltskih državah, Nemčiji in na Madžarskem. Obstajajo tudi dokazi, da v Evropi poteka zadnja faza proizvodnje, in sicer pretvorba baze amfetamina v obliki olja v amfetamin sulfat.

Nekaj amfetamina se proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji in Daljni vzhod ter v Oceanijo. V zadnjem času se je povečalo tudi število zasegov tablet amfetamina z logotipom „Captagon“, in sicer zlasti v Turčiji, kjer je bilo leta 2015 zaseženih več kot 15 milijonov tablet.

Večina evropskega metamfetamina se že od nekdaj proizvaja na Češkem, zadnje čase pa tudi na obmejnih območjih sosednjih držav. Ta droga se proizvaja tudi v Bolgariji, Litvi in na Nizozemskem.

Na Češkem se metamfetamin proizvaja predvsem iz predhodnih sestavin efedrin in psevdofedrin, ki sta ekstrahirani iz zdravil, pretihotapljenih predvsem s Poljske. Za proizvodnjo te droge je mogoče uporabiti tudi BMK. Od 291 nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo metamfetamina, ki so bili leta 2015 prijavljeni v Evropski uniji, jih je bilo 263 na Češkem. Proizvodnja v tej državi, ki je bila prej majhnega obsega in v okviru katere so uporabniki proizvajali to drogo za osebno uporabo ali lokalno ponudbo, je zdaj postala obsežnejša in jo obvladujejo organizirane kriminalne združbe, ki zadevno drogo proizvajajo za uporabo v evropskih državah in izvoz.

AMFETAMINI

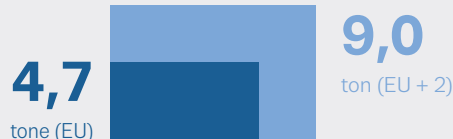
Amfetamin

Število zasegov

34 000 EU **39 000** EU + 2



Zasežene količine



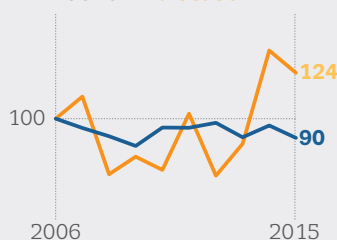
Cena (EUR/g)

43 €
26 €
10 €
7 €

Čistost (%)

50 %
35 %
13 %
7 %

Indeksirana trenda:
cena in čistost



Metamfetamin

Število zasegov

8 000 EU **12 000** EU + 2



Zasežene količine



Cena (EUR/g)

172 €
111 €
18 €
10 €

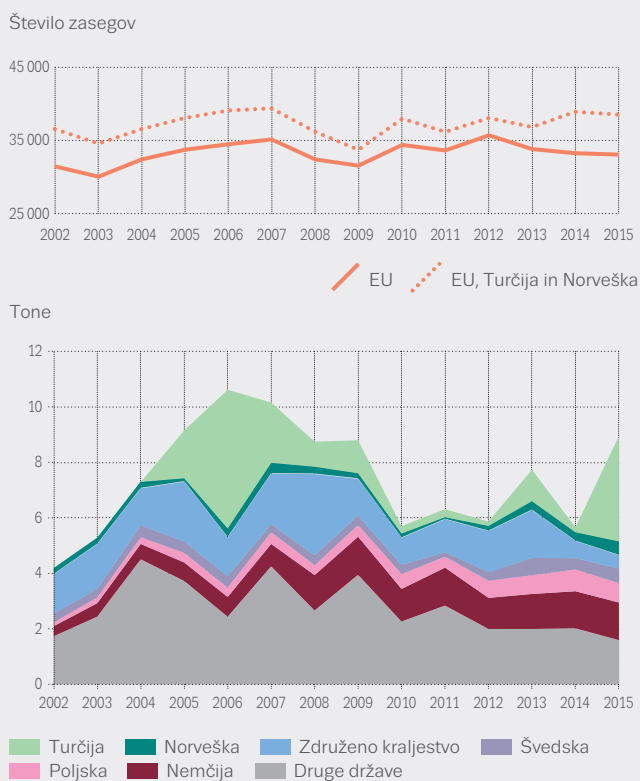
Čistost (%)

79 %
70 %
36 %
16 %

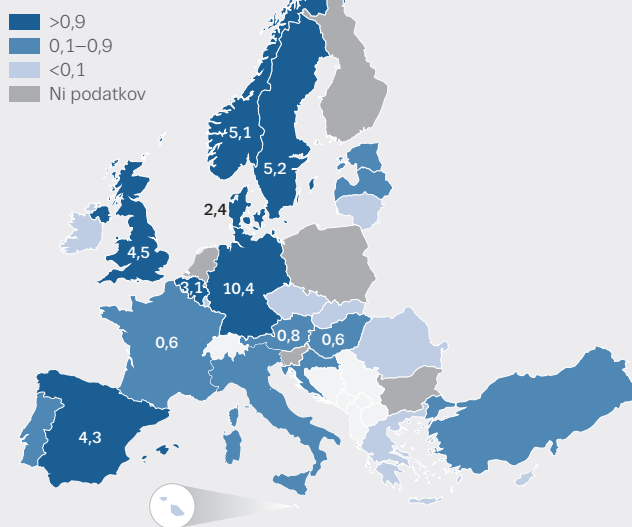
EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost amfetaminov: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih. Indeksirani trendi niso na voljo za metamfetamin.

SLIKA 1.7

Število zasegov amfetamina in zasežena količina v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

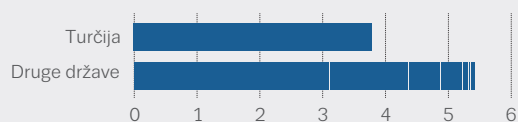


Število zasegov amfetamina (v tisočih)



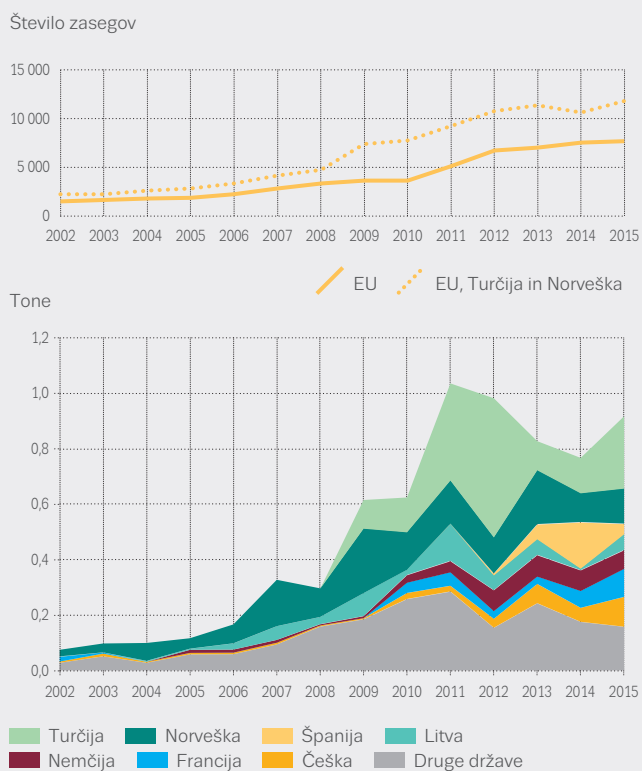
Opomba: število zasegov (v tisočih) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Količina zaseženega amfetamina (v tonah)

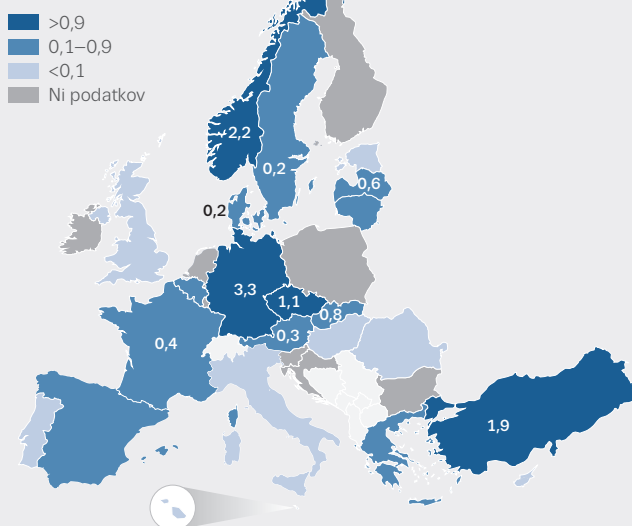


SLIKA 1.8

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

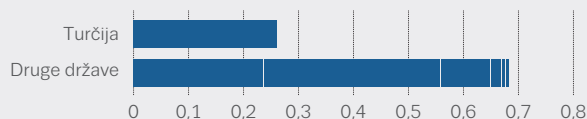


Število zasegov metamfetamina (v tisočih)



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

Količina zaseženega metamfetamina (v tonah)



V letu 2015 so države članice EU poročale o 34 000 zasegih amfetamina v skupni količini 4,7 tone. Skupno se je količina zaseženega amfetamina v Evropski uniji povečala, in sicer se je v obdobju 2002–2015 gibala med 4 in 6 ton na leto (slika 1.7). Zasegi metamfetamina so veliko manjši, saj je bilo leta 2015 v Evropski uniji prijavljenih 7 700 zasegov metamfetamina v skupni količini 0,5 tone, pri čemer je največjo količino te droge zasegla Češka (slika 1.8). Leta 2015 so bile velike količine amfetaminov zasežene tudi v Turčiji (3,8 tone amfetamina in 0,3 tone metamfetamina) in na Norveškem (0,1 tone metamfetamina). Število zasegov in zasežena količina metamfetamina se od leta 2002 povečujeta.

Običajno je povprečna prijavljena čistost vzorcev pri metamfetaminu večja kot pri amfetaminu. Iz indeksiranih trendov je razvidno, da se je v zadnjih letih čistost amfetamina povečala.

količine MDMA v nekaterih pošiljkah pa se povezuje z zdravstvenimi težavami in smrtnimi primeri.

Zdi se, da je evropska proizvodnja MDMA osredotočena na Belgijo in Nizozemsko, pri čemer so bili leta 2015 v Evropski uniji uničeni štirje laboratoriji za proizvodnjo MDMA (trije na Nizozemskem in en v Belgiji). MDMA, proizveden v Evropi, se izvažata tudi v druge dele sveta.

Ocenjevanje nedavnih trendov zasegov MDMA je oteženo zaradi pomanjkanja podatkov iz nekaterih držav, ki bi verjetno pomembno prispevali k temu skupnemu številu. Podatkov za leto 2015 ni predložila Nizozemska, ki je leta 2012 poročala o zasegu 2,4 milijona tablet MDMA, medtem ko Poljska in Finska nista predložili podatkov o številu zasegov. Brez teh pomembnih prispevkov se ocenjuje, da je bilo leta 2015 v Evropski uniji zaseženih 3,8 milijone tablet MDMA in 0,2 tona MDMA v prahu.

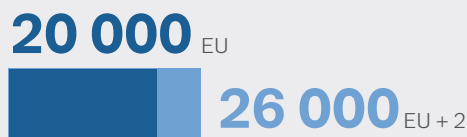
MDMA: na voljo so proizvodi z močnim učinkom

MDMA (3,4-metilendioksimetamfetamin) je sintetična droga, ki je kemično sorodna amfetaminom, vendar so njeni učinki drugačni. Uporablja se v obliki tablet (pogosto se imenujejo ekstazi), na voljo pa je tudi v prahu in kristalih. Na trgu se stalno pojavljajo nove tablete MDMA različnih barv, oblik in logotipov. Po obdobju majhne dosegljivosti, ki se povezuje s pomanjkanjem predhodnih sestavin, potrebnih za proizvodnjo te droge, je trg MDMA v zadnjih letih spet oživel. Ocenjuje se, da je maloprodajni trg MDMA vreden približno 0,7 milijarde EUR. V zadnjih letih se je povprečna vsebnost MDMA v tabletah povečala, velike

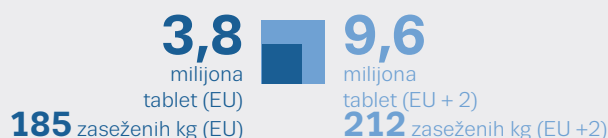
V zadnjih letih se je povišala povprečna vsebnost MDMA v tabletah

MDMA

Število zasegov

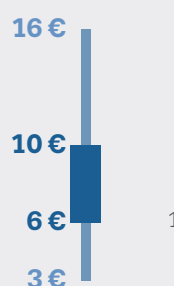


Zasežene količine



Cena

(EUR/tableto)



Čistost

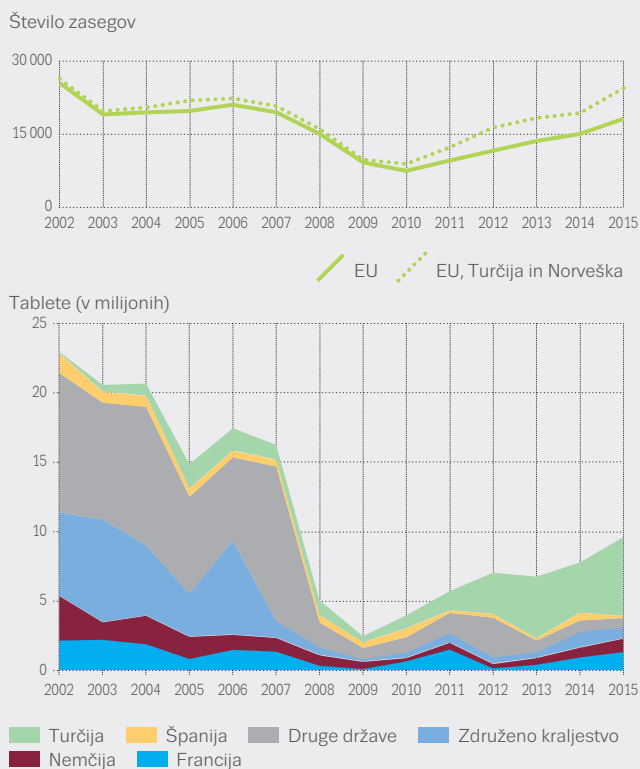
(mg MDMA/tableto)



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

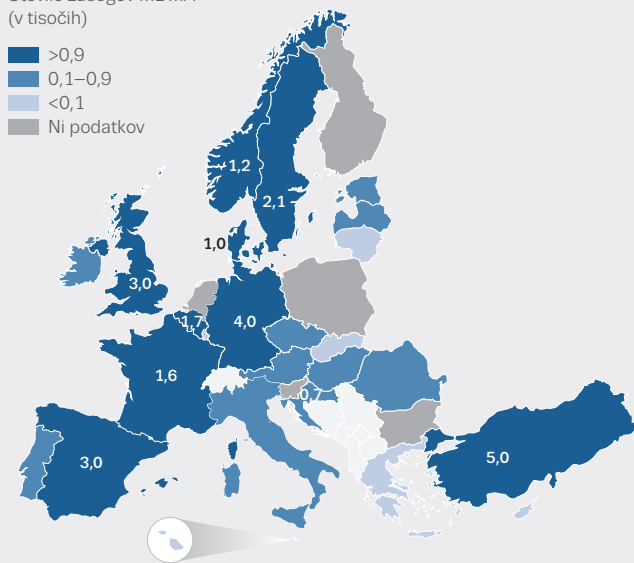
SLIKA 1.9

Število zasegov MDMA in zasežena količina v letu 2015 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



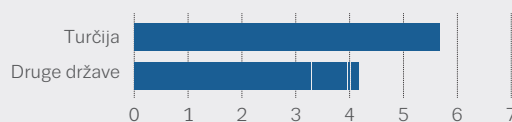
Število zasegov MDMA (v tisočih)

>0,9
 0,1–0,9
 <0,1
 Ni podatkov



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

Zasežene tablete MDMA (v milijonih)



Od leta 2010 se skupno število prijavljenih zasegov MDMA še naprej povečuje, medtem ko je zasežena količina v istem obdobju skoraj nespremenjena. Leta 2015 so bile velike količine MDMA zasežene tudi v Turčiji, in sicer skupaj 5,7 milijona tablet, kar je več od količine, ki so jo prijavile vse druge države skupaj (slika 1.9).

Zasegi LSD, GHB in ketamina

V Evropski uniji se poroča tudi o zasegih drugih prepovedanih drog, med katerimi je bilo leta 2015 1 400 zasegov LSD (dietilamid lisergične kisline), kar ustreza 100 000 odmerkom. Poleg tega je bil v Belgiji zasežen en kilogram te droge. Od leta 2010 se skupno število zasegov LSD podvojilo, čeprav zasežena količina niha. Leta 2015 je o zasegih GHB (gama-hidroksibutirata) ali GBL (gama-butirolaktona) poročalo 14 držav. Ocenjenih 1 300 zasegov je predstavljalo 320 kg in več kot 1 500 litrov te droge, pri čemer sta več kot dve tretjini teh zasegov opravili Belgija (33 %) in Norveška (35 %) skupaj. Dvanajst držav je poročalo o približno 1 200 zasegih ketamina, kar po ocenah predstavlja 130 kilogramov te droge, od tega jih je bila večina zasežena na Danskem, v Italiji in Združenem kraljestvu.

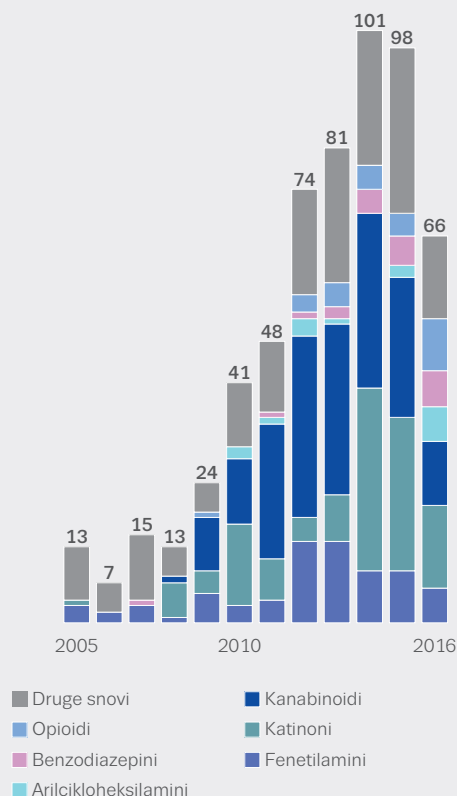
Novi psihoaktivni snovi: številne in raznolike

Center EMCDDA je konec leta 2016 spremljal več kot 620 novih psihoaktivnih snovi, ki so se pojavile na evropskem trgu drog. Med temi snovmi, ki jih mednarodni nadzor nad drogami ne zajema, so najrazličnejše droge, kot so sintetični kanabinoidi, stimulansi, opioidi in benzodiazepini (slika 1.10). V večini primerov se te snovi tržijo kot „dovoljeni“ nadomestki za prepovedane droge, druge pa so namenjene majhnim skupinam uporabnikov, ki jih želijo poskusiti zaradi morebitnih novih učinkov.

V številnih primerih jih v velikih količinah proizvajajo kemijska in farmacevtska podjetja na Kitajskem. Nato se odprejo v Evropo, kjer se predelajo v proizvode, zapakirajo in prodajo. Poleg tega se lahko nekatere nove snovi pridobijo iz zdravil, ki so bodisi preusmerjena iz zakonite dobavne verige bodisi pridobljena nezakonito. Te snovi se lahko proizvajajo tudi v skrivnih laboratorijih v Evropi ali drugje. Različni kazalniki, med drugim odkritja nedovoljenih laboratorijev, analiza odloženih odpadkov, ki nastanejo pri proizvodnji sintetičnih drog, in zasegi predhodnih sestavin, kažejo, da se je v zadnjih dveh letih v Evropi povečal obseg te oblike proizvodnje.

SLIKA 1.10

Število in kategorije novih psihoaktivnih snovi, prvič priglašeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje v obdobju 2005–2016



Število novih snovi, ki se odkrijejo vsako leto, je le eno od različnih meril, ki jih uporablja center EMCDDA za razumevanje splošnega trga. Na primer, od 620 novih snovi, ki se trenutno spremljajo, jih je bilo na trgu drog v letu 2015 odkritih že 423 (skoraj 70 %) v primerjavi s 365 leta 2014 in 299 leta 2013, kar ponazarja, kako kompleksen je postal trg.

Nekatere nove snovi se prosto prodajajo na spletu in v specializiranih fizičnih trgovinah, pogosto pod oznako „dovoljene droge“. Poleg tega se prodajajo na trgih na temnem spletu in trgu prepovedanih drog, včasih pod svojim imenom, včasih pa lažno kot prepovedane droge, kot so heroin, kokain, ekstazi in benzodiazepini.

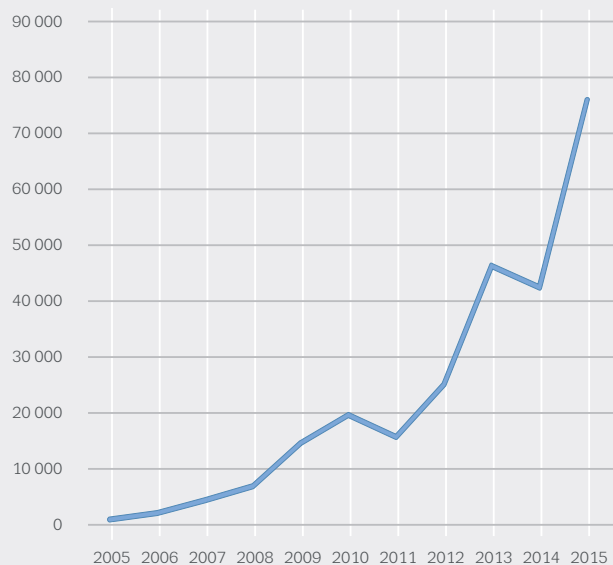
Več kot 70 % novih snovi, ki so bile odkrite prek sistema Evropske unije za zgodnje opozarjanje, je bilo ustvarjenih v zadnjih petih letih. Leta 2016 je bilo v Evropi prvič odkritih 66 novih snovi. To je manj kot v prejšnjih dveh letih, vendar blizu številu teh snovi, odkritih v letih 2012 in 2013. Vzroki tega zmanjšanja niso jasni, vendar so morda deloma posledica ukrepov, ki so jih sprejele nacionalne vlade v Evropi za prepoved novih snovi, zlasti njihove proste prodaje kot „dovoljenih drog“. Poleg tega so morda dejavnik tudi nadzorni ukrepi in operacije kazenskega pregona na Kitajskem, usmerjeni v laboratorije, v katerih se proizvajajo nove snovi. Pomembne so lahko tudi vse okrepljene povezave s širšim trgom prepovedanih drog.

Center EMCDDA je do konca leta 2016 spremljal več kot 620 novih psihoaktivnih snovi

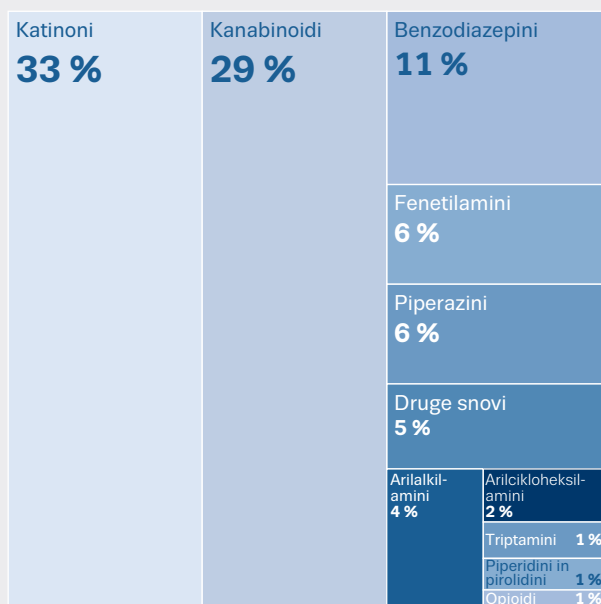
SLIKA 1.11

Število zasegov novih psihoaktivnih snovi, priglašeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje: razčlenitev po kategoriji v letu 2015 in trendi

Število zasegov



Opomba: podatki za države članice EU, Turčijo in Norveško.



Povečanje števila zasegov novih psihoaktivnih snovi

Leta 2015 je bilo v sistem EU za zgodnje opozarjanje prijavljenih skoraj 80 000 zasegov novih psihoaktivnih snovi (slika 1.11). Sintetični katinoni in sintetični kanabinoidi so skupaj predstavljali več kot 60 % vseh zasegov novih snovi v letu 2015 (več kot 47 000). V primerjavi s prejšnjim letom so se povečale tudi količine sintetičnih katinonov, sintetičnih kanabinoidov in novih opioidov, zaseženih v letu 2015.

Skupne številke o evropskih zasegih novih snovi je treba razumeti kot najnižje vrednosti, saj so podatki pridobljeni iz prijav primerov in ne iz sistemov spremljanja. Na število prijavljenih zasegov vplivajo najrazličnejši dejavniki, kot so vse večja ozaveščenost o novih snoveh, njihov spreminjajoči se pravni status, zmogljivosti organov kazenskega pregona in njihove prednostne naloge, pa tudi njihove poročevalske prakse.

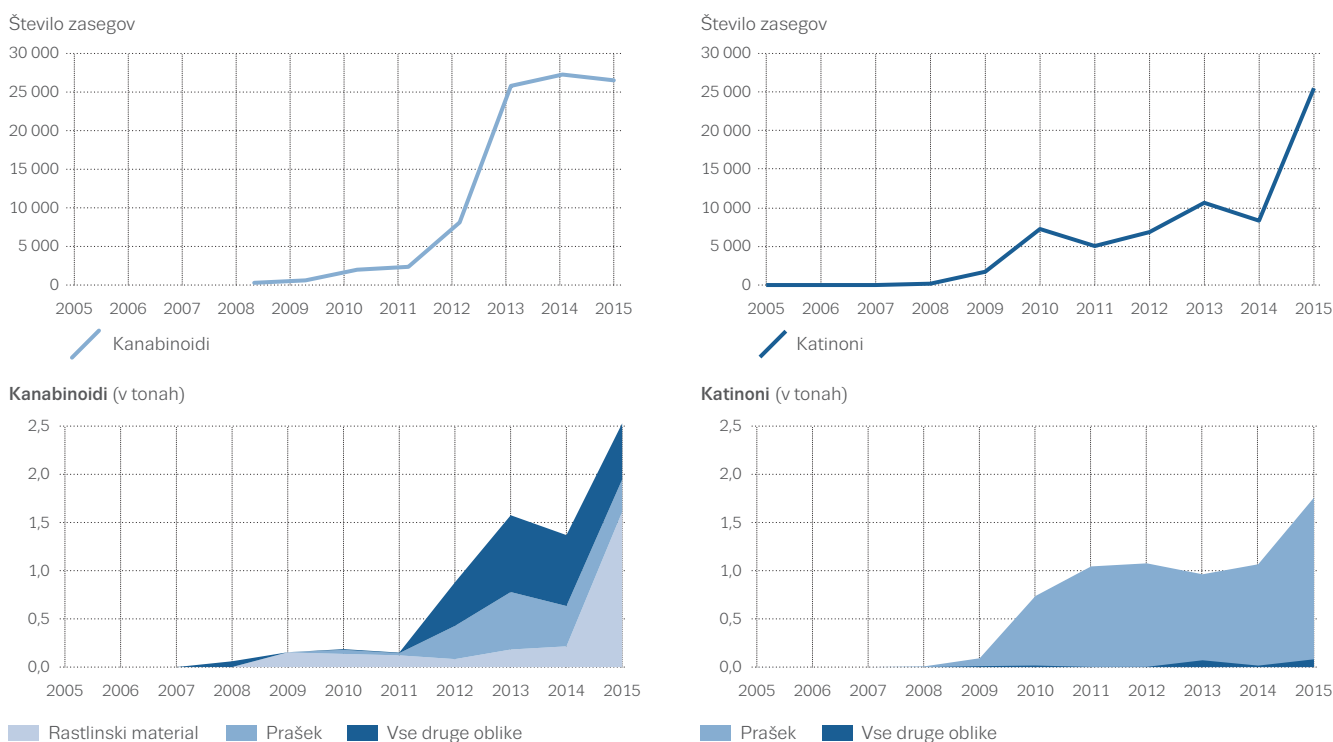
Novi sintetični opioidi

Od leta 2009 je bilo na evropskem trgu drog odkritih skupno 25 novih opioidov, od tega jih je bilo devet prvič prijavljenih leta 2016. Med njimi je 18 fentanilov, osem jih je bilo prvič prijavljenih leta 2016. Čeprav imajo novi fentanili na evropskem trgu drog majhno vlogo, so to snovi z zelo močnim učinkom, ki resno ogrožajo zdravje posameznikov in javno zdravje.

Novi opioidi so bili zaseženi v različnih oblikah, predvsem v obliki praškov, tablet in kapsul, od leta 2014 pa tudi v obliki tekočin. Od 600 zasegov novih sintetičnih opioidov, prijavljenih v letu 2015, je bilo več kot 60 % zasegov fentanilov. Leta 2015 sta bila zasežena skoraj dva litra sintetičnih opioidov, kar pomeni povečanje glede na prejšnje leto, ko jih je bilo zaseženih 240 ml. Fentanili so bili ugotovljeni pri 85 % zaseženih tekočin. Eden od pomislekov v zvezi s tem je, da so se na trgu pojavila razpršila za nos, ki vsebujejo fentanile, kot sta akrilolfentanil in furanilfentanil. Ti opioidi v skladu s svojim majhnim tržnim deležem in močnim učinkom predstavljajo 0,75 % skupnega števila zasegov novih snovi, vendar le 0,04 % skupne zasežene količine.

SLIKA 1.12

Zasegi sintetičnih kanabinoidov in katinonov, priglasiženih v sistem EU za zgodnje opozarjanje: trendi števila zasegov in zasežene količine



Opomba: podatki za EU, Turčijo in Norveško.

Sintetični kanabinoidi

Sintetični kanabinoidi so snovi, ki posnemajo učinke delta-9-tetrahidrokanabinola (THC), glavnega povzročitelja močnih psihoaktivnih učinkov konoplje. Proizvajalci v Evropi vsaj že od leta 2008 izkoriščajo ta učinek, tako da uvažajo velike količine kanabinoidov v prahu in jih zmešajo s suhim rastlinskim materialom ter tako ustvarijo na stotine različnih „dovoljenih drog“. Te se nato tržijo kot „dovoljeni“ nadomestki za konopljo in prodajajo kot že pripravljene „rastlinske mešanice za kajenje“. Sintetični kanabinoidi so še vedno največja skupina novih snovi, ki jih spremlja center EMCDDA, in so vse bolj kemično raznoliki, pri čemer jih je bilo od leta 2008 odkritih 169, vključno z 11, prijavljenimi v letu 2016, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi z letom 2015, ko jih je bilo prijavljenih 24.

Leta 2015 se je poročalo o nekaj več kot 22 000 zasegih sintetičnih kanabinoidov (slika 1.12). Med pet najpogostejše zaseženih sintetičnih kanabinoidov v letu 2015 so spadali ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 in ADB-CHMINACA.

Ti zasegi so predstavljali več kot 2,5 tone snovi. Skoraj 64 % zasegov sintetičnih kanabinoidov je bilo zasegov rastlinskih mešanic, 13 % praškov.

Odkritje sintetičnih kanabinoidov v prahu in obratov za predelavo v Evropi kaže, da se proizvodi pakirajo v Evropi. Iz tega prahu, predelanega v „rastlinske mešanice za kajenje“, bi se lahko pripravilo na milijone odmerkov. Najpogostejše zaseženi kanabinoidi v prahu leta 2015 so bili 5F-AMB (61 kg), 5F-AKB48 (61 kg) in ADB-FUBINACA (57 kg).

Sintetični katinoni

Sintetični katinoni so kemično sorodni katinonu, naravnemu stimulanu, ki ga najdemo v rastlini kat (*Catha edulis*). Te snovi imajo podobne učinke kot običajni prepovedani stimulanzi, na primer amfetamin, kokain in MDMA. Sintetični kanabinoidi so druga največja skupina novih drog, ki jih spremlja center EMCDDA. Skupno je bilo odkritih 118 teh snovi, od tega 14 prvič leta 2016, kar je zmanjšanje v primerjavi z letom 2015, ko je bilo prijavljenih 26 snovi.

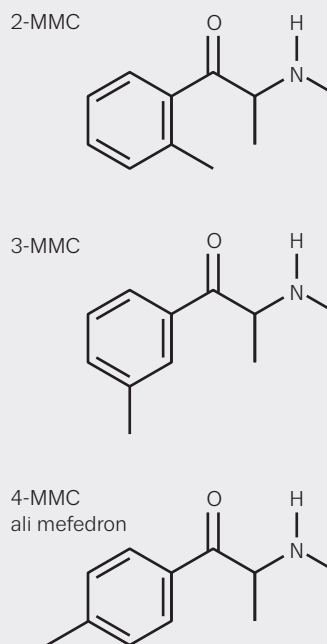
Sintetični katinoni so bili z več kot 25 000 zasegi najpogosteje zasežene nove psihoaktivne snovi v letu 2015 in so predstavljali skoraj tretjino skupnega števila zasegov. To pomeni povečanje za več kot 17 000 zasegov glede na prejšnje leto. Ti zasegi so predstavljali nekaj več kot 1,8 tone, kar je povečanje za približno 0,75 tone v primerjavi z letom 2014 (slika 1.12). Sintetični katinoni so običajno v obliki praška. Med pet najpogosteje zaseženih katinonov leta 2015 spadajo alfa-PVP, 3-MMC, etilon, 4-CMC in pentedron. Več kot 60 % (1,2 tone) sintetičnih katinonov, zaseženih leta 2015, kadar so bili zasegi prijavljeni, je bilo odpremljenih iz Kitajske. Velik delež (42 %) zaseženih sintetičnih katinonov sta predstavljala 2-MMC (156 kg) in 3-MMC (616 kg), ki sta kemično sorodna mefedronu (4-MMC), vendar nista zajeta v mednarodni nadzor nad drogami. Mefedron se je uveljavil na trgu prepovedanih drog v nekaterih državah, pri čemer se nekaj 2-MMC in 3-MMC verjetno prodaja kot mefedron (glej sliko 1.13).

Novi benzodiazepini

Skrb vzbujajoče je tudi nedavno povečanje trga novih benzodiazepinov. Center EMCDDA spremlja približno 20 od teh snovi, od tega jih je bilo šest prvič odkritih v Evropi leta 2016. V letu 2015 je bilo zaseženih več kot 300 000 tablet, ki so vsebovale nove benzodiazepine, kot so klonazolam, diklazepam, etizolam in flubromazolam, kar je skoraj dvakratno število zasegov, prijavljenih leta 2014. Nekateri novi benzodiazepini so se prodajali v obliki tablet, kapsul ali praškov pod svojim imenom. V drugih primerih so ponarejevalci te snovi uporabili za proizvodnjo ponarejenih različic pogosto predpisanih zdravil proti tesnobi, kot sta diazepam in alprazolam, in jih neposredno prodajali na trgu prepovedanih drog.

SLIKA 1.13

Kemijske formule 2-MMC, 3-MMC in 4-MMC (mefedrona)



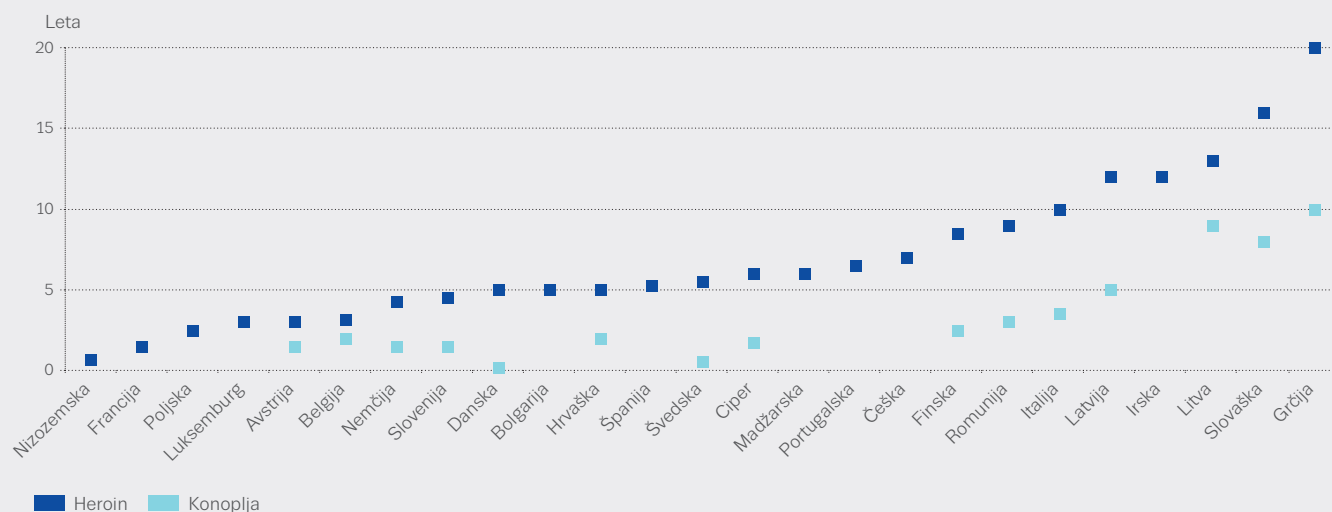
Zakoni za preprečevanje ponudbe novih psihoaktivnih snovi

Evropske države sprejemajo ukrepe za preprečevanje ponudbe drog v skladu s tremi konvencijami Združenih narodov, ki zagotavljajo okvir za nadzor nad proizvodnjo, trgovino in posedovanjem več kot 240 psihoaktivnih snovi. Hitro pojavljanje novih psihoaktivnih snovi in raznovrstnost dosegljivih proizvodov pomenita velik izziv za konvencije ter evropske oblikovalce politik in zakonodajalce.

Na nacionalni ravni se za nadzor nad novimi snovmi uporabljajo različni ukrepi, pri čemer je mogoče opredeliti tri splošne vrste pravnih odzivov. Številne evropske države so se najprej odzvale z uporabo zakonodaje o varnosti potrošnikov, nato pa so razširile ali prilagodile obstoječo zakonodajo na področju drog in vanjo vključile nove psihoaktivne snovi. Države vse bolj oblikujejo posebno novo zakonodajo za obravnavo tega pojava. Opredelitve kršitev zakonodaje in kazni se zelo razlikujejo, tako kot zakonodaje na področju drog po Evropi. Splošni trend nacionalnih zakonodaj za nadzor nad drogami, in sicer zniževanje kazni za posedovanje za osebno uporabo, je očitno tudi v nedavnih zakonih o novih drogah. V večini novih zakonov, ki se nanašajo na konkretne nove psihoaktivne snovi, so določene samo kazni za nedovoljeno ponudbo, ne pa tudi za posedovanje za osebno uporabo.

SLIKA 1.14

Pričakovana zaporna kazen za ponudbo 1 kilograma heroina ali konoplje v državah članicah EU



Opomba: povprečne pričakovane kazni na podlagi mnenj vzorcev delavcev v pravni stroki v posameznih državah; za primere oseb, ki prvič storijo kaznivo dejanje, pri katerem niso sodelovale organizirane kriminalne združbe. Če se je šlo, da je mogoča pogojna kazen, povprečna kazen ni navedena.

Na ravni EU je veljavni pravni okvir za nadzor nad novimi psihoaktivnimi snovmi, sprejet leta 2005, v postopku revizije, katerega cilj je vzpostavitev hitrejšega in učinkovitejšega sistema za uvedbo kazensko-pravnih ukrepov za ravnanje, povezano s škodljivimi novimi psihoaktivnimi snovmi.

Kazni za ponudbo drog: razlikujejo se po drogah in državah

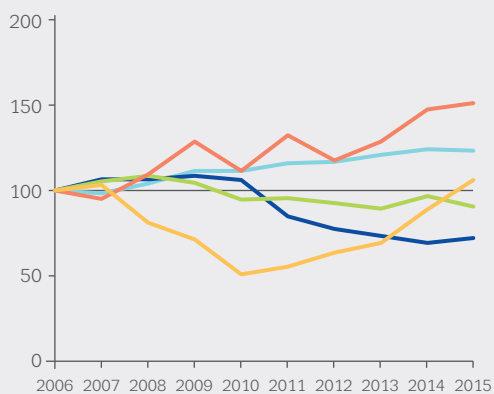
Nepooblaščen ponudba drog je kaznivo dejanje v vseh evropskih državah, vendar se zakonsko predpisane kazni zelo razlikujejo. V nedavni raziskavi mnenj delavcev v pravni stroki v državah članicah EU, ki jo je opravil center EMCDDA, je bilo ugotovljeno, da se kazni, ki jih ti strokovnjaki pričakujejo za podobna kazniva dejanja preprodaje drog, med državami zelo razlikujejo (glej sliko 1.14). Te razlike so morda posledica nacionalnih zgodovinskih in kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na kazensko-pravni sistem posameznih držav, ter različnih nacionalnih stališč o učinkovitosti izrekanja kazni kot sredstev odvračanja. Študija je tudi razkrila, da so strokovnjaki v večini držav menili, da se kazni razlikujejo glede na snov, čeprav zakonodaja morda določa podobne kazni za različne snovi. To pomeni, da sodniki upoštevajo vidike, kot je zaznana škoda, ki jo različne droge povzročijo družbi.

SLIKA 1.15

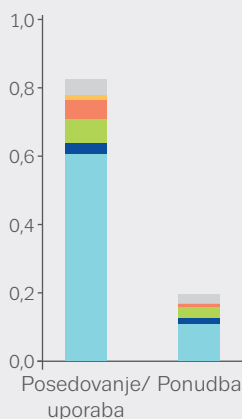
Kršitve zakonodaje o drogah v Evropi, povezane z uporabo drog ali posedovanjem za uporabo ali ponudbo drog: indeksirana trenda in prijavljene kršitve v letu 2015

Kršitve, povezane s posedovanjem/uporabo

Indeksirana trenda

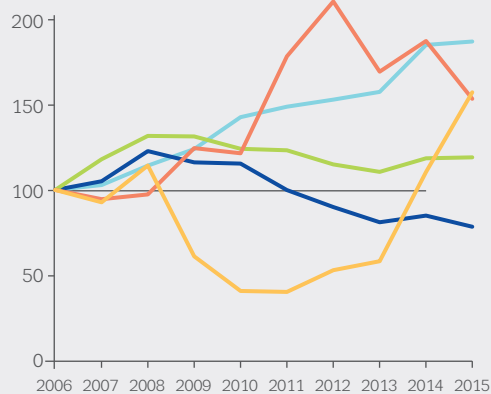


Število kršitev (v milijonih)



Kršitve, povezane s ponudbo

Indeksirana trenda



Heroin Kokain MDMA Konoplja Amfetamini Druge snovi

Opomba: podatki o kršitvah, v zvezi s katerimi je bila navedena zadevna droga.

Kršitve zakonodaje o drogah: večina se jih nanaša na konopljo

Izvajanje zakonodaje se spremlja na podlagi podatkov o prijavljenih kršitvah zakonodaje o drogah. V Evropski uniji je bilo leta 2015 po ocenah prijavljenih 1,5 milijona kršitev zakonodaje o drogah, pri čemer se jih je večina (57 %) nanašala na uporabo ali posedovanje konoplje, v njih pa je bilo udeleženi približno 1 milijon storilcev kaznivih dejanj. Število prijavljenih kršitev se je med letoma 2006 in 2015 povečalo skoraj za tretjino (31 %).

Število prijav kršitev, povezanih s ponudbo drog, se je od leta 2006 skupaj povečalo za 18 %, pri čemer se ocenjuje, da je to število leta 2015 preseglo 214 000 primerov. Večina kršitev, povezanih s ponudbo (57 %), se je nanašala na konopljo. Od leta 2013 se je občutno povečalo število prijav kršitev, povezanih s ponudbo MDMA (slika 1.15).

V Evropi je na splošno ocenjeno, da je bilo več kot milijon kršitev, povezanih z uporabo ali posedovanjem za osebno uporabo, prijavljenih leta 2015, kar v primerjavi z letom 2006 pomeni 27-odstotno povečanje. Približno tri četrtine prijavljenih in s posedovanjem povezanih kršitev zakonodaje o drogah se nanaša na konopljo (74 %). Naraščajoči trend v primeru kršitev, povezanih s posedovanjem amfetaminov in MDMA, se je nadaljeval leta 2015 (slika 1.15).

Leta 2015 je bilo po ocenah prijavljenih 1,5 milijona kršitev zakonodaje o drogah

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA**2017**

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Country Drug Reports 2017.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

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

The internet and drug markets, Technical reports.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

2013

Drug supply reduction and internal security, EMCDDA Papers.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Insights.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Europola**2017**

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: acryloylfentanyl, Joint Reports.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA, Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl, Joint Reports.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: α -PVP, Joint Reports.

2013

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Eurojusta**2016**

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Vse publikacije so na voljo na

www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Med uporabniki drog je
pogosta hkratna uporaba več drog**

Razširjenost in trendi uporabe drog

Uporaba drog v Evropi danes obsega širši nabor snovi kot v preteklosti. Med uporabniki drog je pogosta hkratna uporaba več drog, posamezni vzorci uporabe pa segajo od eksperimentalne do stalne in odvisne uporabe. Uporaba vseh drog je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je pogosto poudarjena pri intenzivnejših ali rednejših vzorcih uporabe. Uporaba konoplje je približno petkrat bolj razširjena kot uporaba drugih snovi. Medtem ko se heroin in drugi opiodi še naprej razmeroma redko uporabljajo, so to droge, ki so najpogosteje povezane z bolj tveganimi oblikami uporabe, vključno z vbrizgavanjem.

Spremljanje uporabe drog

Center EMCDDA zbira in vzdržuje nabore podatkov, ki pokrivajo uporabo drog in vzorce uporabe drog v Evropi.

Raziskave, opravljene med šolsko mladino in splošnim prebivalstvom, omogočajo pregled razširjenosti eksperimentalne in rekreativne uporabe drog. Rezultate teh raziskav je mogoče dopolniti z analizami ostankov drog v komunalni odpadni vodi, ki se na ravni skupnosti izvajajo v mestih po vsej Evropi.

Študije, v katerih so navedene ocene o zelo tvegani uporabi, lahko prispevajo k ugotavljanju obsega bolj ukoreninjenih težav, povezanih z uporabo drog, medtem ko lahko podatki o tistih, ki se vključijo v sisteme specialističnega zdravljenja odvisnosti od drog, kadar se upoštevajo skupaj z drugimi kazalniki, prispevajo k boljšemu razumevanju značilnosti in trendov zelo tvegane uporabe drog.

Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem [Statističnem biltenu](#).

Različni nacionalni trendi uporabe snovi med šolsko mladino

Spremljanje uporabe snovi med šolsko mladino zagotavlja pomemben vpogled v trenutna tvegana vedenja mladih in potencialne prihodnje trende. Leta 2015 je bil opravljen šesti krog zbiranja podatkov v okviru evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), ki se je začela izvajati leta 1995. V najnovejši raziskavi so se zbirali primerljivi podatki o uporabi snovi med 15- in 16-letnimi dijaki iz 35 evropskih držav, vključno s 23 državami članicami EU in Norveško. Od dijakov v teh 24 državah jih je povprečno 18 % navedlo, da so konopljo uporabili vsaj enkrat (uporaba te droge kadar koli v življenju), pri čemer sta o najvišjih ravneh poročali Češka (37 %) in Francija (31 %). Uporaba te droge v zadnjih 30 dneh se je gibala od 2 % na Švedskem, Finskem in Norveškem do 17 % v Franciji, pri čemer je bila v zadevnih 24 državah v povprečju 8-odstotna. Razlike med spoloma so se po Evropi razlikovale, pri čemer je bilo med uporabniki, ki so konopljo uporabili kadar koli v življenju, razmerje med fanti in dekleti 1 : 1 na Češkem in Malti ter 2,5 : 1 na Norveškem.

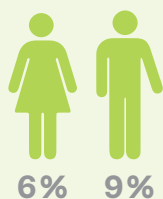
Uporaba drugih prepovedanih drog razen konoplje je bila precej manjša, skupna uporaba drog kadar koli v življenju pa je bila 5-odstotna. Najpogosteje uporabljene prepovedane droge za konopljo so bile MDMA/ekstazi, amfetamin, kokain, metamfetamin in LSD ali druge halucinogene snovi, in sicer je vsako od njih navedlo po 2 % dijakov. Poleg tega je 4 % dijakov poročalo o uporabi novih psihoaktivnih snovi kadar koli v življenju, pri čemer je bila ta stopnja najvišja v Estoniji in na Poljskem (v obeh državah 10-odstotna).

V 22 državah z zadostnimi podatki za analizo (21 držav članic EU in Norveška) so splošni trendi razširjenosti uporabe konoplje v zadnjem mesecu dosegli najvišje vrednosti leta 2003, v naslednjih raziskavah pa so se nekoliko zmanjšali (slika 2.1). V obdobju med najnovejšima raziskavama iz let 2011 in 2015 je bila v večini od teh držav razširjenost uporabe konoplje kadar koli v življenju in v zadnjem mesecu ustaljena. Od leta 1995 je razširjenost uporabe drugih prepovedanih drog razen konoplje kadar koli v življenju večinoma nespremenjena, pri čemer se je nekoliko zmanjšala med letoma 2011 in 2015.

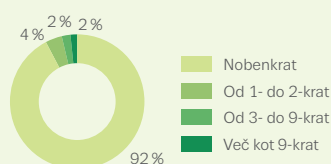
O uporabi novih psihoaktivnih snovi kadar koli v življenju je poročalo 4 % dijakov

UPORABA SNOVI MED 15- IN 16-LETNIMI DIJAKI V EVROPI (ESPAD 2015)

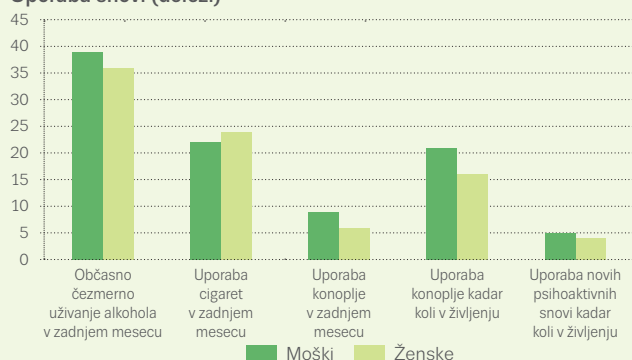
Uporaba konoplje v zadnjem mesecu po spolu



Pogostost uporabe konoplje v zadnjem mesecu



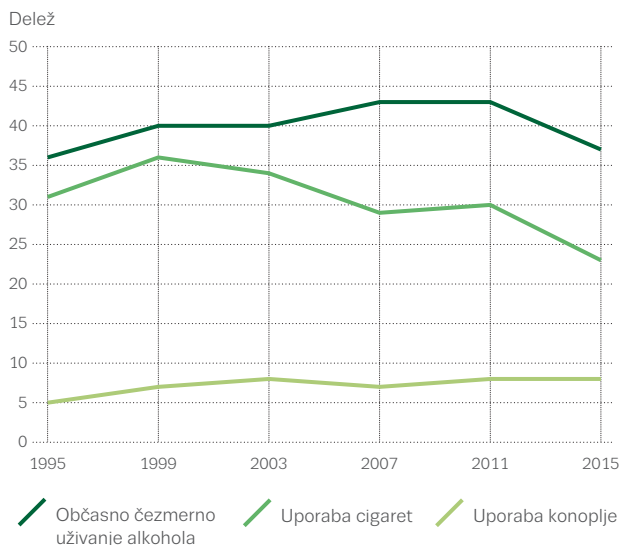
Uporaba snovi (deleži)



Opomba: na podlagi podatkov za 23 držav članic EU in Norveško, ki so sodelovale v krogu raziskave ESPAD v letu 2015.

SLIKA 2.1

Trendi razširjenosti občasnega čezmernega uživanja alkohola, uporabe cigaret in uporabe konoplje med 15- in 16-letnimi dijaki v Evropi v zadnjem mesecu



Opomba: na podlagi podatkov za 21 držav članic EU in Norveško, ki so sodelovale v vsaj štirih krogih raziskave ESPAD.

Nedavna zmanjšanja uporabe tobaka in občasnega popivanja

V okviru raziskave ESPAD se poroča tudi o uporabi alkohola in tobaka. Več kot štiri petine (83 %) dijakov so vsaj enkrat v življenju zaužile alkohol. Polovica dijakov je navedla, da je vsaj enkrat v zadnjem mesecu pila alkohol, pri čemer je 39 % fantov in 36 % deklet ob eni priložnosti v zadnjem mesecu spilo pet ali več pijač (občasno popivanje).

Nekaj manj kot polovica (47 %) dijakov je kadila cigarete. 23 % dijakov je navedlo, da je v mesecu pred raziskavo pokadilo eno ali več cigaret na dan, 3 % pa jih je na dan pokadilo več kot 10.

Med 22 državami, ki jih spremlja center EMCDDA in imajo zadostne podatke za analizo trendov, je mogoče med letoma 1995 in 2015 opaziti splošno zmanjšanje deleža uporabe alkohola in cigaret kadar koli v življenju in v zadnjem mesecu. Spremembe pri občasnem popivanju so bile manj izrazite, čeprav je bilo v zadevnem obdobju pri dekletih opaženo povečanje. V obdobju med raziskavama iz let 2011 in 2015 sta se zmanjšala občasno popivanje in uporaba cigaret v zadnjem mesecu.

Prepovedane droge je poskusilo več kot 93 milijonov odraslih

Ocenjuje se, da je prepovedane droge poskusilo več kot 93 milijonov oseb ali le nekaj več kot četrtina prebivalstva v Evropski uniji, starega od 15 do 64 let. Izkušnje z uporabo drog pogosteje navajajo moški (56,8 milijona) kot ženske (36,8 milijona). Najpogosteje uporabljena droga je konoplja (53,8 milijona moških in 34,1 milijona žensk), precej nižje pa so navedene ocene glede uporabe droge kadar koli v življenju za kokain (12,2 milijona moških in 5,3 milijona žensk), MDMA (9,3 milijona moških in 4,7 milijona žensk) in amfetamine (8,4 milijona moških in 4,2 milijona žensk). Med državami obstajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile konopljo; ta delež se giblje od približno osem dvajsetin odraslih v Franciji do manj kot ene dvajsetine na Malti in v Romuniji.

Na podlagi podatkov o uporabi drog v preteklem letu je mogoče oceniti uporabo drog v zadnjih letih, v glavnem pa jo uporabljajo mladi odrasli. Ocenjuje se, da je v zadnjem letu drogo uporabilo 18,7 milijona mladih odraslih (15–34 let), pri čemer jo je uporabilo dvakrat več moških kot žensk.

Uporaba konoplje: različni nacionalni trendi

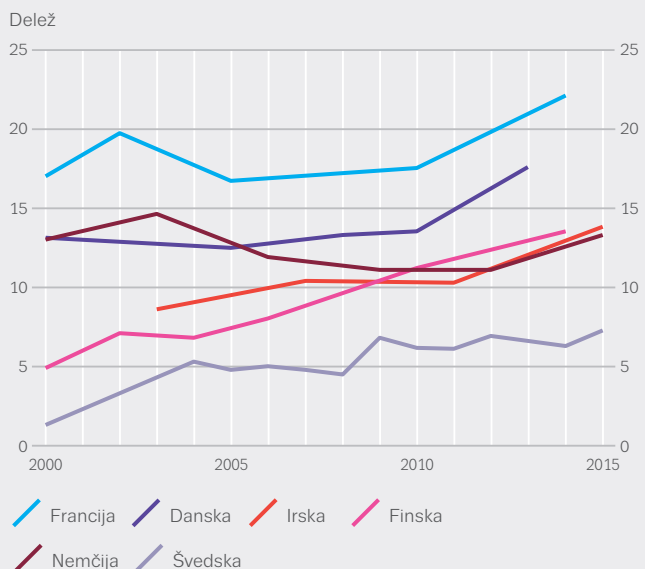
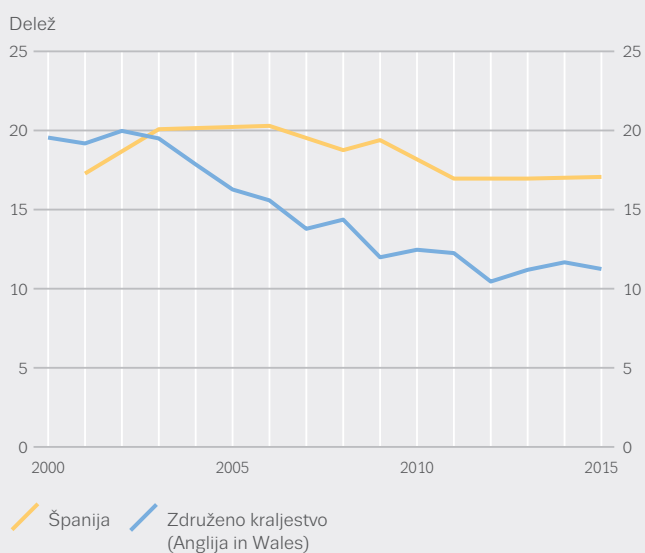
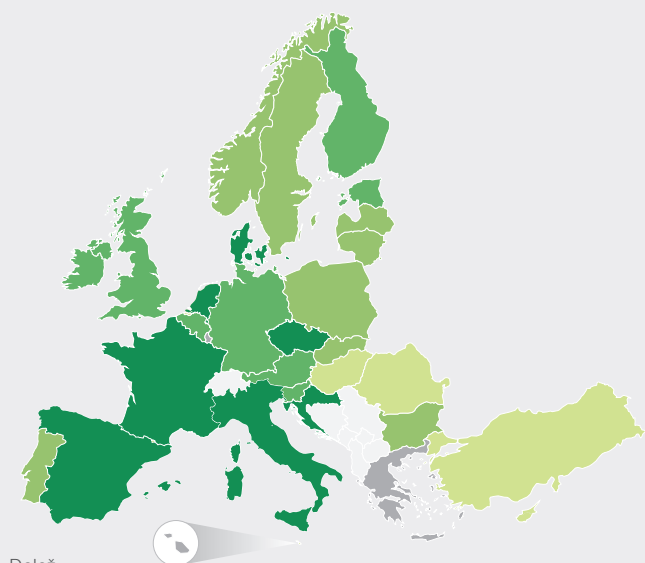
Konoplja je prepovedana droga, ki jo bodo najverjetneje uporabile vse starostne skupine. Običajno se kadi, v Evropi pa se pogosto meša s tobakom. Vzorci uporabe konoplje so lahko različni in segajo od občasne do redne uporabe in odvisnosti.

Ocenjuje se, da je 87,7 milijona odraslih v Evropi (15–64 let) ali 26,3 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo konopljo. Od tega jih je po ocenah 17,1 milijona mladih Evropejcev (15–34 let) ali 13,9 % te starostne skupine uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je bilo 10 milijona starih od 15 do 24 let (17,7 % te starostne skupine). Stopnje razširjenosti uporabe konoplje med mladimi, starih od 15 do 34 let, v zadnjem letu se gibljejo od 3,3 % v Romuniji do 22 % v Franciji. Med mladimi, ki so konopljo uporabili v zadnjem letu, je razmerje med moškimi in ženskami dva proti ena.

**Najpogosteje
uporabljena droga
je konoplja**

SLIKA 2.2

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



Najnovejši rezultati raziskav kažejo, da so bili v zadnjem letu v državah trendi glede uporabe konoplje še naprej različni. Od držav, ki so raziskave opravile od leta 2014 in sporočile intervale zaupanja, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo sedem poročalo o večji, šest o nespremenjeni in dve o manjši uporabi.

Malo držav ima na voljo dovolj podatkov iz raziskav za pripravo statistične analize trendov uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu. Iz novejših podatkov za te države je razvidno, da so se dolgoročni trendi zmanjševanja, ki so bili v zadnjem desetletju ugotovljeni v Španiji in Združenem kraljestvu, zdaj ustalili (slika 2.2).

V zadnjem desetletju je mogoče naraščajoči trend opaziti na Irskem in Finskem, pa tudi na Švedskem, čeprav je razširjenost uporabe v zadnjenavedeni državi nespremenjena od leta 2009. V Nemčiji, Franciji in na Danskem v tem obdobju ni očiten statistični trend naraščanja, čeprav so iz najnovejših raziskav razvidna nedavna povečanja uporabe konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Francija je leta 2014 poročala o povečanju na najvišjo raven, in sicer 22 %, medtem ko 13-odstotna raven, o kateri je leta 2015 poročala Nemčija, pomeni najvišjo raven razširjenosti uporabe konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu v zadevni državi v zadnjem desetletju. Med državami, ki nimajo na voljo dovolj podatkov za statistično analizo trendov, je bila leta 2015 v drugi primerljivi letni raziskavi na Nizozemskem potrjena približno 16-odstotna razširjenost uporabe, medtem ko je bila v prvi nacionalni raziskavi, ki jo je Avstrija opravila od leta 2008, ugotovljena 14-odstotna razširjenost uporabe.

Rizični uporabniki konoplje: vse več se jih vključi v zdravljenje

Na podlagi raziskav med splošnim prebivalstvom se ocenjuje, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevnih ali skoraj dnevni uporabniki konoplje, kar pomeni, da so konopljo v zadnjem mesecu dnevno uporabljali 20 dni ali več. Približno 30 % jih je starejših uporabnikov drog, starih med 35 in 64 let, več kot tri četrtine jih je moškega spola.

Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, lahko ob upoštevanju drugih kazalnikov zagotavljajo informacije o značilnostih in obsegu zelo tvegane uporabe konoplje v Evropi. Skupno se je število uporabnikov, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, s 43 000 leta 2006 povečalo na 76 000 leta 2015. K temu povečanju je morda pripomoglo več dejavnikov, vključno z večjo razširjenostjo uporabe konoplje med splošnim prebivalstvom, povečanjem števila intenzivnih uporabnikov, dosegljivost proizvodov z močnejšim učinkom, povečanjem števila napotitev na zdravljenje in višjo ravno njegovega zagotavljanja.

Razširjenost kokaina: ustaljeni nacionalni trendi

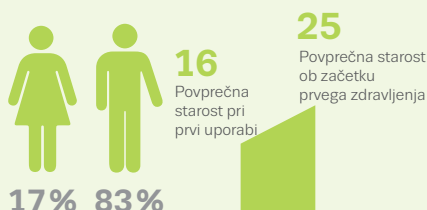
Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulan v Evropi, pri čemer je njegova uporaba bolj razširjena v južnih in zahodnih državah. Med rednimi uporabniki je mogoče na splošno razlikovati med bolj socialno integriranimi uporabniki, ki pogosto vdihavajo kokain v prahu (kokain hidroklorid), in marginaliziranimi uporabniki drog, ki si vbrizgavajo kokain ali kadijo crack (baza kokaina) in včasih zraven uporabljajo opioide.

Ocenjuje se, da je 17,5 milijona odraslih v Evropi (15–64 let) ali 5,2 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo kokain. Med njimi je približno 2,3 milijona mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (1,9 % te starostne skupine), ki so to drogo uporabili v zadnjem letu.

Le Irska, Španija, Nizozemska in Združeno kraljestvo poročajo o najmanj 2,5-odstotni razširjenosti uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Iz najnovejših raziskav po vsej Evropi ni razvidno zmanjševanje uporabe kokaina, o katerem se je poročalo v preteklih letih. Od držav, ki so raziskave opravile od leta 2014 in sporočile intervale zaupanja, sta v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo dve poročali o večji, enajst o nespremenjeni in ena o manjši uporabi.

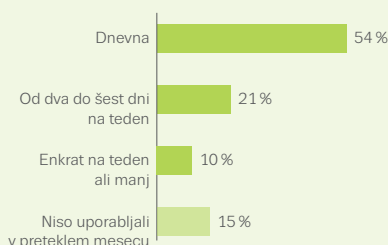
UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

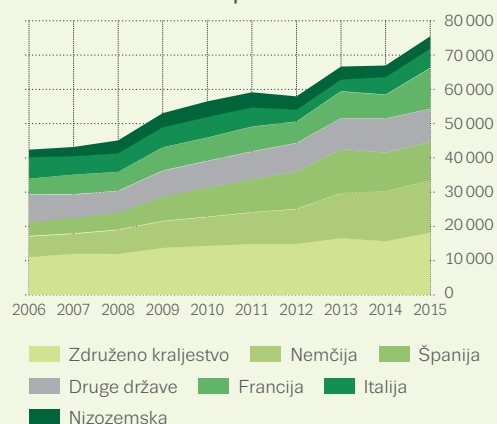


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

Povprečna uporaba 5,4 dneva na teden



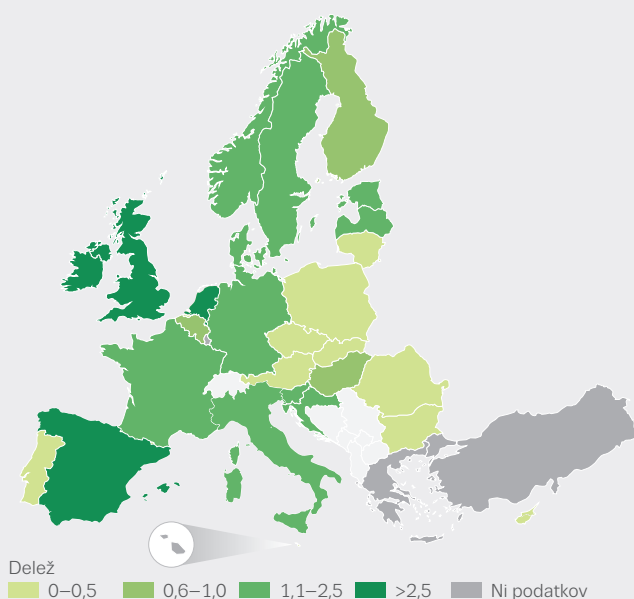
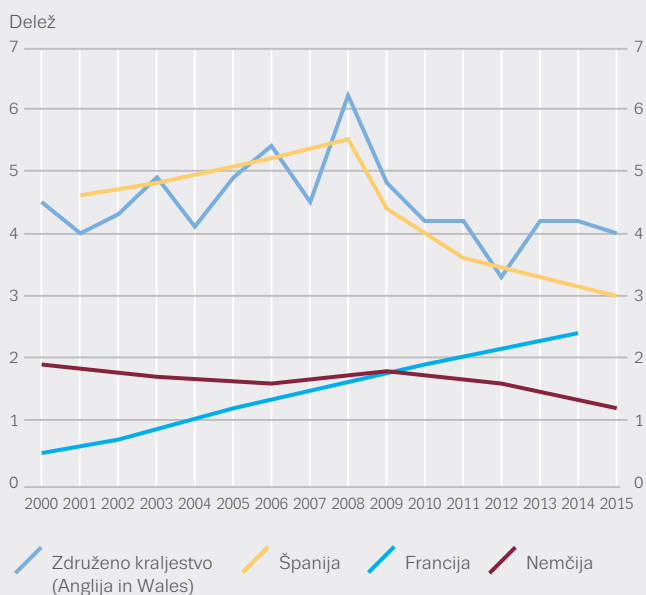
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo konopljo kot primarno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 23 držav. Podatkov za Italijo od leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.3

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



Statistična analiza dolgoročnih trendov uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu je mogoča le v majhnem številu držav, pri čemer novi podatki potrjujejo obstoječe trende. Španija in Združeno kraljestvo sta poročala o trendih povečevanja razširjenosti uporabe do leta 2008, ki jim je sledilo obdobje stabilnosti ali zmanjševanja (slika 2.3). Čeprav je raven razširjenosti uporabe kokaina v Franciji nizka, je mogoče v tej državi opaziti trend naraščanja, pri čemer je razširjenost uporabe leta 2014 prvič preseгла 2 %. Raziskava, opravljena leta 2015 v Nemčiji, je pokazala statistično zmanjšanje razširjenosti uporabe kokaina, ki je v obdobju 2000–2009 ostala ustaljena.

Analiza ostankov kokaina v komunalni odpadni vodi, opravljena v okviru študije, ki je zajemala več mest, dopolnjuje rezultate iz raziskav med prebivalstvom. V analizi odpadnih voda se proučuje skupna uporaba čistih snovi v neki skupnosti, pri čemer rezultati analize niso neposredno primerljivi z ocenami o razširjenosti uporabe iz nacionalnih raziskav med prebivalstvom. Rezultati analize odpadnih voda so predstavljeni v standardiziranih količinah (masna obremenitev) ostanka drog na 1 000 prebivalcev na dan.

V analizi iz leta 2016 je bila najvišja raven masne obremenitve z benzoilekgoninom, ki je glavni metabolit kokaina, ugotovljena v mestih v Belgiji, Španiji in Združenem kraljestvu, v večini vzhodnoevropskih mest pa so bile ugotovljene zelo nizke ravni (glej sliko 2.4). Od 33 mest, ki imajo podatke za leti 2015 in 2016, jih je 22 poročalo o povišanju, štiri o znižanju in sedem o nespremenjeni masni obremenitvi. Pri večini od 13 mest s podatki za leti 2011 in 2016 so dolgoročnejši trendi ustaljeni ali naraščajoči.

Zelo tvegana uporaba kokaina: ustaljeno povpraševanje po zdravljenju

Razširjenost zelo tvegane uporabe kokaina v Evropi je težko oceniti, saj imajo samo štiri države novejša ocenila, za katere pa se uporabljajo različne opredelitve in metodologije. Nemčija je leta 2015 na podlagi vprašanj iz lestvice resnosti odvisnosti ocenila, da je zelo tvegana uporaba kokaina med odraslim prebivalstvom 0,20-odstotna, medtem ko je Španija na podlagi pogostosti uporabe zelo tvegano uporabo kokaina ocenila pri 0,24 % prebivalstva. Leta 2015 je Italija ocenila, da zdravljenje zaradi uporabe kokaina potrebuje 0,65 % prebivalstva. Na Portugalskem so leta 2012 na podlagi poročil o uporabi v zadnjem letu zelo tvegano uporabo kokaina ocenili pri 0,62 % prebivalstva.

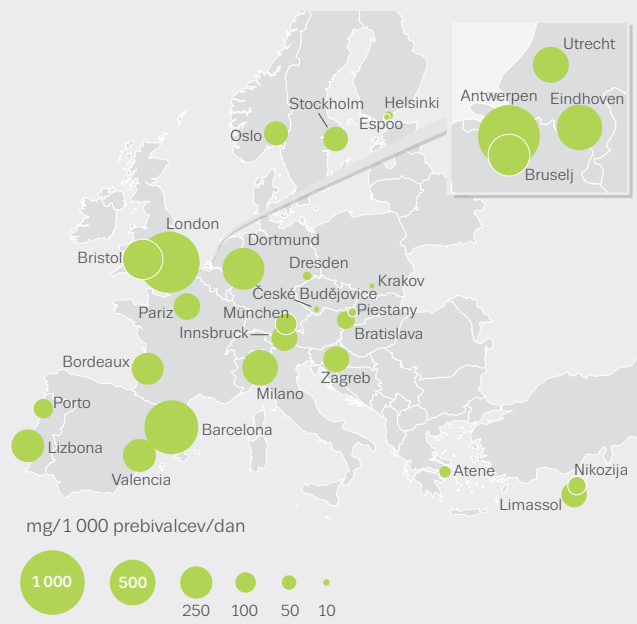
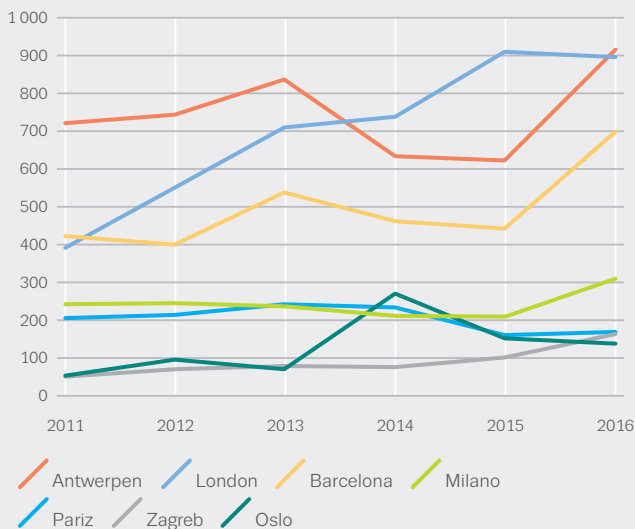
Španija, Italija in Združeno kraljestvo predstavljajo tri četrtine (74 %) vseh sporočenih začetih zdravljenj v Evropi, povezanih s kokainom. Skupaj je leta 2015 kokain kot primarno drogo navedlo približno 63 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog, in približno 28 000 uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje. Po obdobju zmanjševanja je od leta 2012 skupno število uporabnikov, ki so se prvič zdravili zaradi odvisnosti od kokaina, ostalo razmeroma nespremenjeno.

Leta 2015 je 7 400 uporabnikov drog v Evropi, ki so se začeli zdraviti, navedlo primarno uporabo cracka, pri čemer jih je bilo skoraj dve tretjini (4 800) iz Združenega kraljestva, preostali (1 900) pa so bili večinoma iz Španije, Francije in Nizozemske.

SLIKA 2.4

Ostanki kokaina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki

mg/1 000 prebivalcev/dan

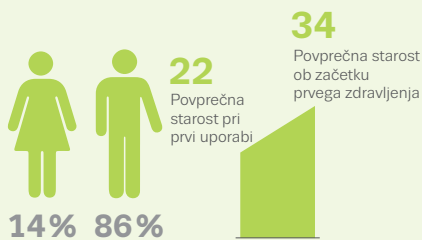


Opomba: povprečne dnevne količine benzoilekgonina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Leta 2016 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotedsensko vzorčenje. Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Poleg tega je Združeno kraljestvo (Anglija) za obdobje 2011–2012 ocenilo, da je bila uporaba cracka med odraslim prebivalstvom 0,48-odstotna. Večina teh uporabnikov cracka pa je uporabljala tudi opioide.

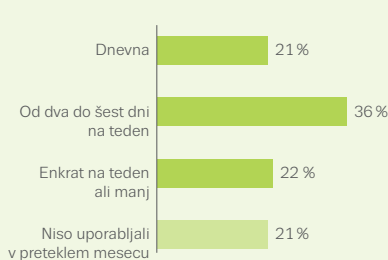
UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

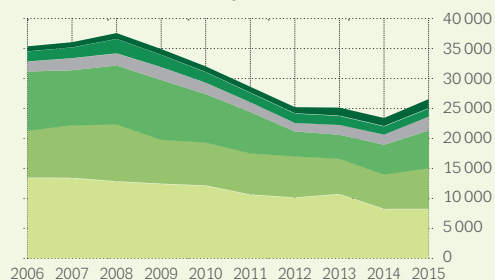


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

Povprečna uporaba 3,7 dneva na teden



Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

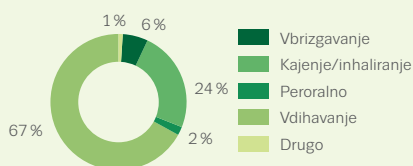
47%



Osebe, ki so se že zdravile

53%

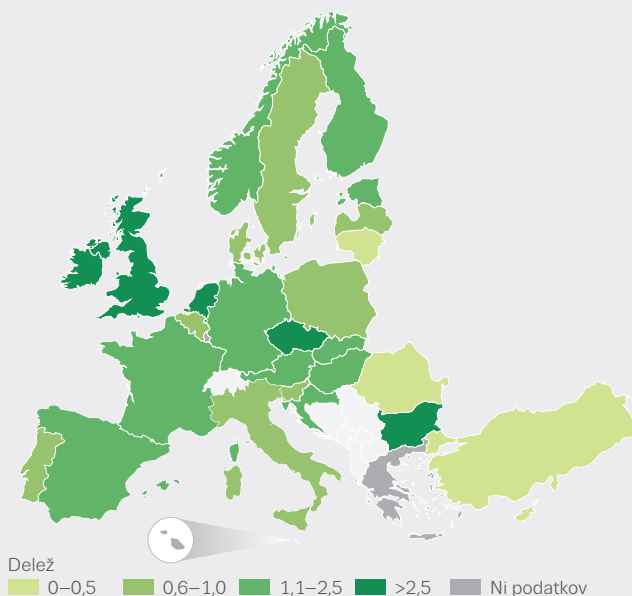
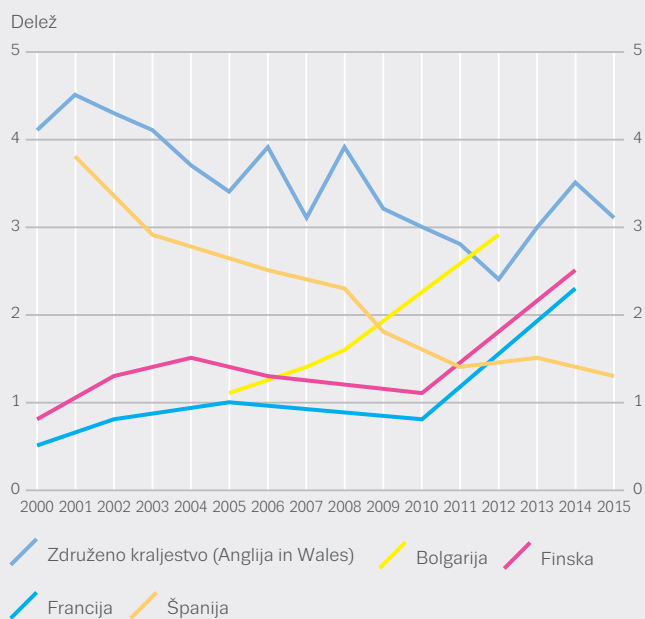
Način uporabe



Opomba: pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo kokain kot primarno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 23 držav. Podatkov za Italijo od leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.5

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



MDMA: uporaba se še naprej povečuje

MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) se uporablja v obliki tablet (pogosto se imenujejo ekstazi), pa tudi v obliki kristalov in praška; tablete se običajno pogoltnejo, kristali in prašek pa se uporabljajo peroralno, poleg tega se lahko tudi kadijo prek posebnih pip ali snifajo. V večini evropskih držav se že zelo dolgo zbirajo podatki o uporabi ekstazija in ne o uporabi MDMA, čeprav se to zdaj spreminja.

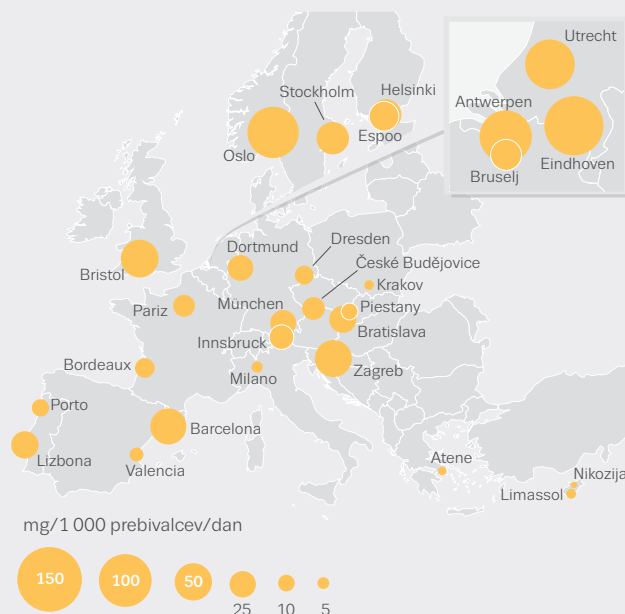
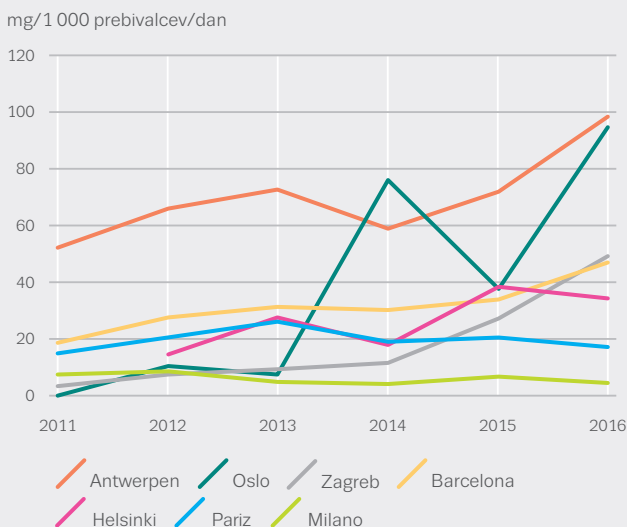
Ocenjuje se, da je 14 milijonov odraslih v Evropi (15–64 let) ali 4,2 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo MDMA/ekstazi. Številke za nedavno uporabo v starostni skupini, v kateri je uporaba drog največja, kažejo, da je 2,3 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo MDMA/ekstazi v zadnjem letu (1,8 % te starostne skupine), pri čemer se nacionalne ocene gibljejo od 0,3 % na Cipru, v Litvi in Romuniji do 6,6 % na Nizozemskem.

V številnih državah je razširjenost uporabe MDMA do nedavnega upadala z najvišjih ravni iz obdobja med začetkom in sredino prvega desetletja tega tisočletja. V zadnjih letih pa viri za spremljanje trga drog poročajo o povečani uporabi MDMA. V državah, ki so od leta 2014 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, rezultati kažejo, da se v Evropi nadaljuje trend naraščanja, pri čemer jih v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo pet poroča o večji in devet o nespremenjeni uporabi.

Kjer obstajajo podatki za statistično analizo trendov o uporabi MDMA med mladimi odraslimi v zadnjem letu, so iz novejših podatkov razvidne spremembe. Francija in Finska, kjer je bila uporaba te droge od leta 2000 nespremenjena ali je postopoma naraščala, sta leta 2014 poročali o velikem povečanju (slika 2.5). Podatki za leto 2015 kažejo, da se je v Združenem kraljestvu, kjer je bilo od leta 2012 razvidno povečevanje uporabe, uporaba zadevne snovi zmanjšala, medtem ko se v Španiji nadaljuje dolgoročni trend upadanja, čeprav nedavne vrednosti kažejo ustaljeno uporabo.

SLIKA 2.6

Ostanki MDMA v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki



Opomba: povprečne dnevne količine MDMA v miligramih na 1 000 prebivalcev. Leta 2016 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotredensko vzorčenje. Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

V analizi iz leta 2016, ki je zajemala več mest, je bilo ugotovljeno, da je najvišja raven masne obremenitve z MDMA v odpadnih vodah mest v Belgiji, na Nizozemskem in Norveškem (slika 2.6). Od 32 mest, ki imajo podatke za leti 2015 in 2016, jih je 17 poročalo o povišanju, 11 o znižanju in štiri o nespremenjeni masni obremenitvi. Kar zadeva dolgoročneje trende, je bila v večini mest s podatki za obe leti masna obremenitev z MDMA v odpadnih vodah leta 2016 višja kot leta 2011, pri čemer je bilo v nekaterih mestih opaženo znatno povečanje.

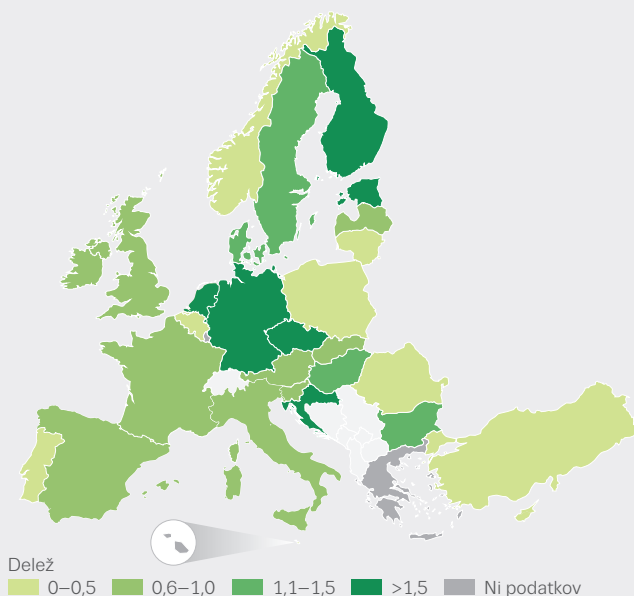
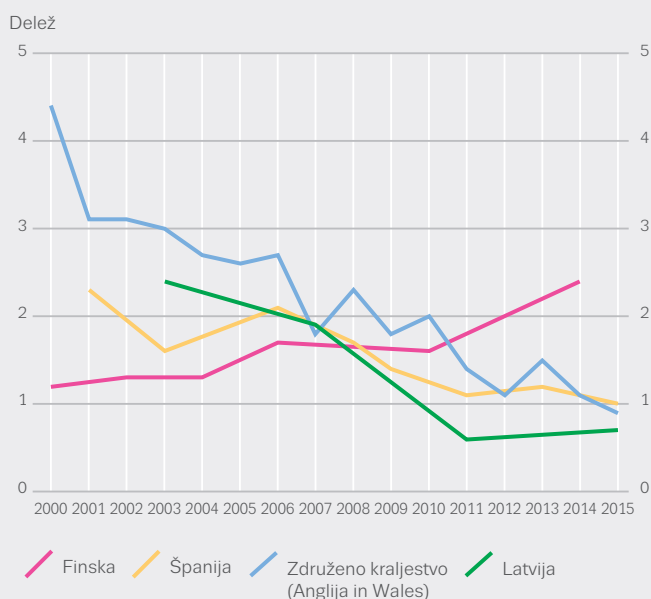
Droga MDMA se pogosto uporablja hkrati z drugimi snovmi, vključno z alkoholom, in je od nekdaj tesno povezana z nočnim življenjem in zlasti elektronsko plesno glasbo. Trenutni kazalniki kažejo, da MDMA v državah z večjo razširjenostjo uporabe ni več droga, povezana z določenim krogom ljudi ali določeno subkulturo ter omejena na plesne klube in zabave, temveč jo uporablja širši krog mladih, ki obiskujejo tradicionalne nočne lokacije, vključno z lokali in zabavami na domu.

Uporaba MDMA se le redko navaja kot razlog za vključitev v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog. V Evropi je leta 2015 MDMA kot razlog navedlo manj kot 1 % (približno 900 primerov) uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje.

**Viri za spremljanje trga
drog poročajo o povečani
uporabi MDMA**

SLIKA 2.7

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



Uporaba amfetaminov: različne nacionalne razmere

V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot tudi metamfetamin, dva tesno povezana stimulanisa, čeprav se veliko bolj uporablja amfetamin. Uporaba metamfetamina je od nekdaj značilna za Češko, v zadnjem času pa tudi za Slovaško, čeprav je v zadnjih letih uporaba naraščala tudi v drugih državah. V nekaterih naborih podatkov ni mogoče razlikovati med tema snovema, zato se v teh primerih uporablja splošni izraz amfetamini.

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

Ocenjuje se, da je 12,5 milijona odraslih v Evropi (15–64 let) ali 3,8 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo amfetamine. Številke za nedavno uporabo v starostni skupini, v kateri je uporaba drog največja, kažejo, da je 1,3 milijona (1,1 %) mladih odraslih (15–34 let) uporabilo amfetamine v zadnjem letu, pri čemer se najnovejše nacionalne ocene o razširjenosti uporabe gibljejo od 0,1 % na Cipru, Portugalskem in v Romuniji do 3,1 % na Nizozemskem. Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je v večini evropskih držav stanje v zvezi s trendi uporabe od približno leta 2000 razmeroma stabilno. Od držav, ki so od leta 2014 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, sta v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo dve poročali o večji, deset o nespremenjeni in dve o manjši uporabi.

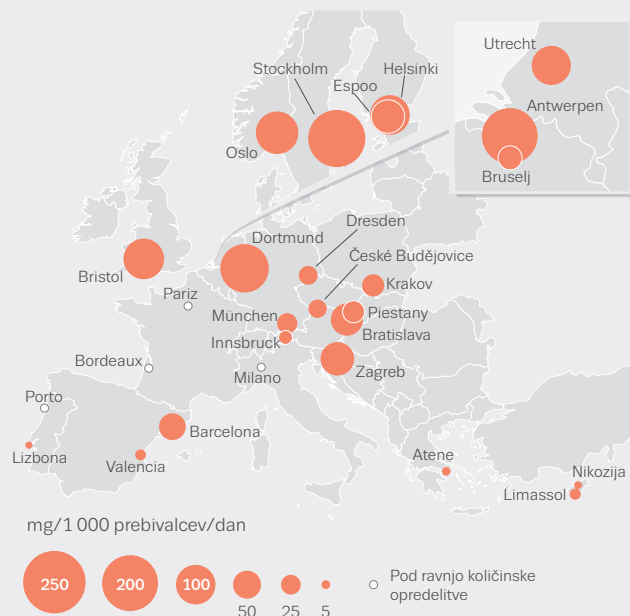
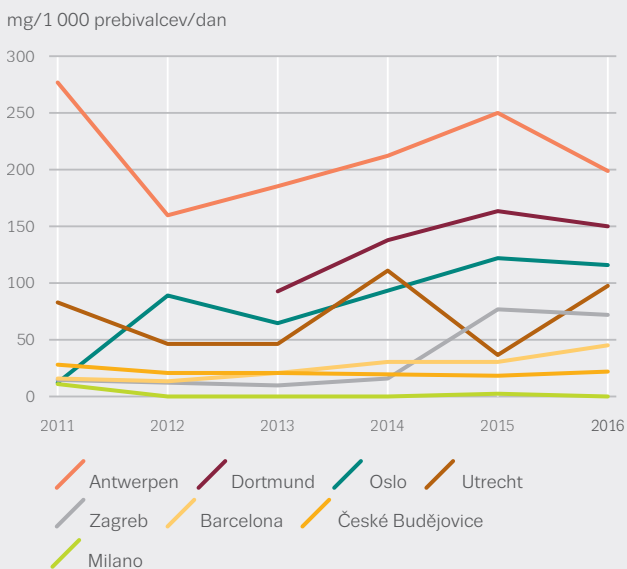
Statistična analiza trendov razširjenosti uporabe amfetaminov med mladimi odraslimi v zadnjem letu je mogoča le v majhnem številu držav. V Španiji, Latviji in Združenem kraljestvu je mogoče opaziti dolgoročni trend upadanja (slika 2.7). Nasprotno se na Finskem od leta 2000 razširjenost uporabe povečuje.

V analizi komunalne odpadne vode, opravljeni leta 2016, je bilo ugotovljeno, da se masna obremenitev z amfetamini v Evropi precej razlikuje, pri čemer so o najvišjih ravneh poročali v mestih na severu Evrope (glej sliko 2.8). Ravni amfetaminov so bile precej nižje v mestih na jugu Evrope. Od 32 mest, ki imajo podatke za leta 2015 in 2016, jih je 13 poročalo o višji, devet o nespremenjeni in deset o nižji ravni. Skupno so iz podatkov iz obdobja med letoma 2011 in 2016 za amfetamin razvidni razmeroma nespremenljivi trendi.

Zdi se, da je uporaba metamfetamina, ki je na splošno majhna in od nekdaj skoncentrirana na Češkem in Slovaškem, zdaj prisotna tudi na vzhodu Nemčije in v severni Evropi, zlasti v mestih na Finskem (glej sliko 2.9). Od 30 mest, ki imajo podatke o metamafetaminu v odpadnih vodah, jih je leta 2015 in 2016 13 poročalo o višji, deset o nespremenjeni in sedem o nižji ravni masne obremenitve z metamfetaminom.

SLIKA 2.8

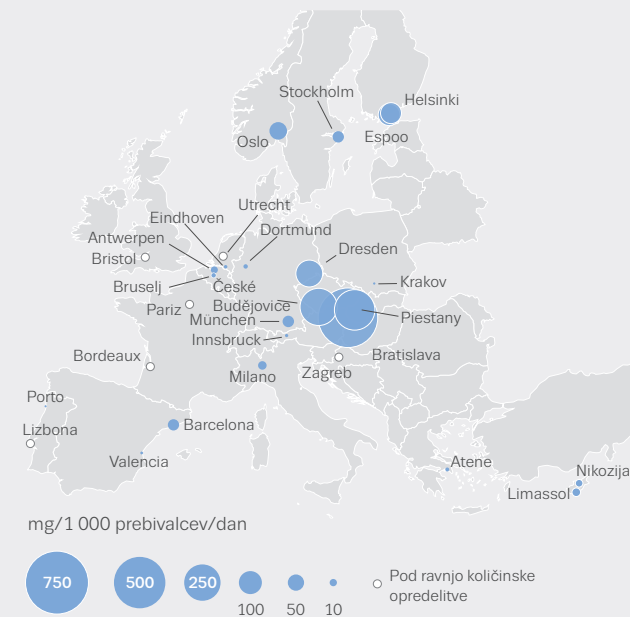
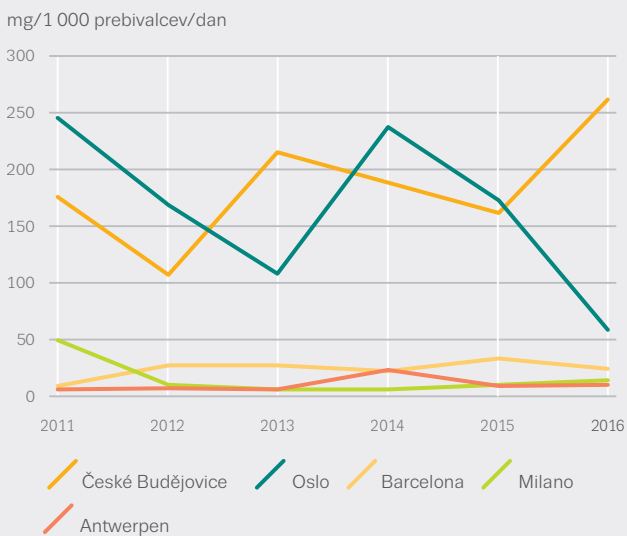
Ostanki amfetamina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in največji podatki



Opomba: povprečne dnevne količine amfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Leta 2016 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotredensko vzorčenje. Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

SLIKA 2.9

Ostanki metamfetamina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in največji podatki



Opomba: povprečne dnevne količine metamfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Leta 2016 je bilo v izbranih evropskih mestih opravljeno enotredensko vzorčenje. Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

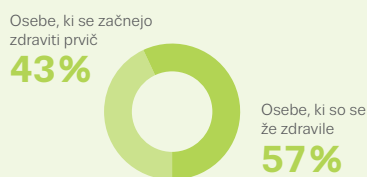
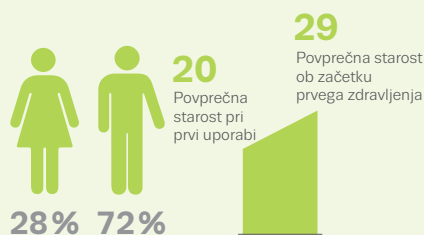
Zelo tvegana uporaba amfetaminov: vse večje povpraševanje po zdravljenju

Težave, povezane z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbrizgavanjem se od nekdaj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno pa so dolgoročne težave zaradi metamfetamina najočitnejše na Češkem in Slovaškem. Novejše ocene zelo tvegane uporabe amfetaminov so na voljo za Norveško, kjer je zadevni delež po ocenah znašal 0,33 % ali 11 200 odraslih, in za Nemčijo, kjer je ta delež leta 2015 po ocenah predstavljal 0,19 % ali 102 000 uporabnikov. Uporabniki amfetaminov verjetno predstavljajo večino ocenjenih 2 180 (0,17 %) rizičnih uporabnikov stimulantov, o katerih je leta 2014 poročala Latvija, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 6 540 (0,46 %) leta 2010. Novejše ocene zelo tvegane uporabe metamfetamina so na voljo za Češko in Ciper. Na Češkem je po ocenah leta 2015 delež zelo tvegane uporabe metamfetamina med odraslimi (15–64 let) predstavljal približno 0,49 %. Zelo tvegana uporaba te droge, predvsem vbrizgavanje, se je z 20 900 uporabnikov v letu 2007 povečala in najvišjo raven dosegla v letu 2014, ko jih je bilo 36 400, leta 2015 pa se je zmanjšala na 34 200 uporabnikov. Po ocenah je delež na Cipru leta 2015 predstavljal 0,14 % ali 678 uporabnikov.

Približno 34 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi v letu 2015, od katerih se jih je 14 000 v zdravljenje vključilo prvič, je kot primarno drogo navedlo amfetamine. Primarni uporabniki amfetamina predstavljajo več kot 15 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, zgolj v Bolgariji, Nemčiji, Latviji, na Poljskem in Finskem. Skoraj vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in navajajo uporabo metamfetamina kot primarne droge, so iz Češke in Slovaške, ki imata skupaj 90-odstotni delež od 9 000 uporabnikov metamfetamina, vključenih v specialistično zdravljenje v Evropi. Na splošno se je leta 2015 v večini držav nadaljeval trend naraščanja števila uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot primarno drogo navedli amfetamin ali metamfetamin, o katerem se je poročalo v obdobju 2006–2014.

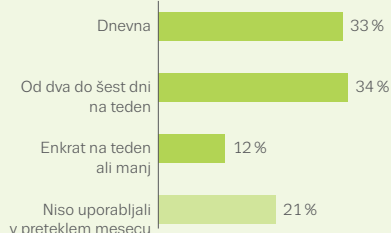
UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

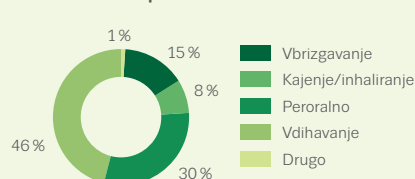


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

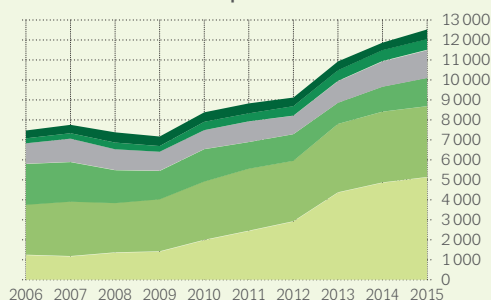
Povprečna uporaba **4,4** dneva na teden



Način uporabe



Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo amfetamine kot primarno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 23 držav.

Ketamin, GHB in halucinogene snovi: uporaba ostaja na nizki ravni

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

V zadnjih dveh desetletjih se med podskupinami uporabnikov drog v Evropi poroča o rekreativni uporabi ketamina in GHB (vključno z njegovo predhodno sestavino GBL, gama-butirolaktonom). Kjer obstajajo nacionalne ocene o razširjenosti uporabe GHB in ketamina, kažejo, da ta pri odraslih in šolski mladini ostaja na nizki ravni. Norveška je v raziskavi iz leta 2015 poročala o 0,1-odstotni razširjenosti uporabe GHB v zadnjem letu med odraslimi (16–64 let). Leta 2015 je bila na Češkem in v Združenem kraljestvu razširjenost uporabe ketamina, poppersa in GHB med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu po ocenah 0,6-odstotna.

Splošna razširjenost uporabe LSD in halucinogenih gob v Evropi je na splošno že več let na nizki ravni in ustaljena. Nacionalne raziskave kažejo, da je bila razširjenost med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu manj kot 1-odstotna za obe snovi. Izjeme so Nizozemska (1,1 %) in Češka (2,2 %), kar zadeva razširjenost uporabe halucinogenih gob v letu 2015, in Finska, kjer je bila leta 2014 razširjenost uporabe LSD 1,3-odstotna.

Uporaba novih psihoaktivnih snovi: na nizki ravni med splošnim prebivalstvom

Več držav je v svoje raziskave med splošnim prebivalstvom vključilo nove psihoaktivne snovi, čeprav različne metode in vprašanja iz raziskave omejujejo primerljivost rezultatov med državami. Od leta 2011 enajst evropskih držav poroča o nacionalnih ocenah uporabe novih psihoaktivnih snovi (ki ne vključujejo ketamina in GHB). Razširjenost uporabe teh snovi v zadnjem letu med mladimi odraslimi (15–34 let) sega od 0,3 % v Avstriji do 1,6 % na Češkem in Irskem.

Na voljo so podatki iz raziskave o uporabi mefedrona za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2015–2016) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba te droge med mladimi, starimi od 16 do 34 let, v zadnjem letu 0,5-odstotna, kar pomeni zmanjšanje z 1,1 % iz obdobja 2014–2015.

Majhno število raziskav vključuje vprašanja o uporabi sintetičnih kanabinoidov. Ocenjuje se, da je bila leta 2015 uporaba sintetičnih kanabinoidov med mladimi, starimi od 15 do 34 let, v zadnjem letu 1,5-odstotna v Latviji in 0,4-odstotna na Slovaškem, leta 2014 pa 0,1-odstotna na Finskem. Leta 2014 je v Franciji po ocenah 4 % mladih odraslih, starih od 18 do 34 let, poročalo, da so že kadili sintetične kanabinoide.

Novi psihoaktivni snovi: zelo tvegana uporaba v marginaliziranih skupinah

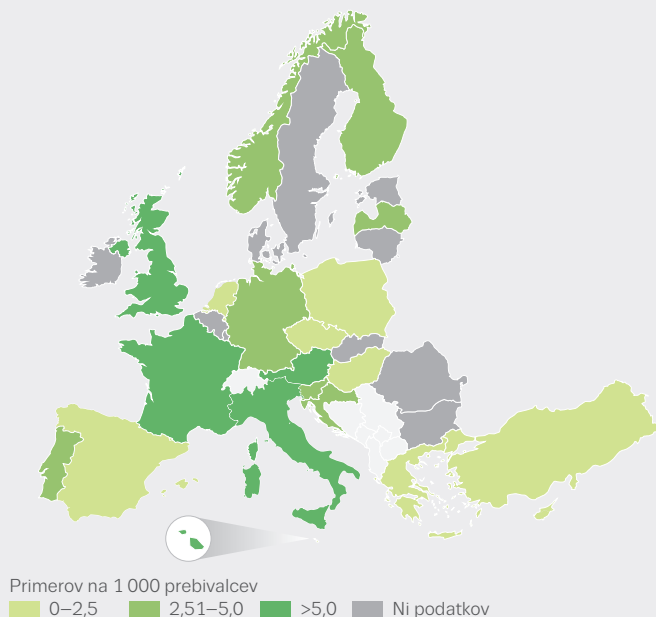
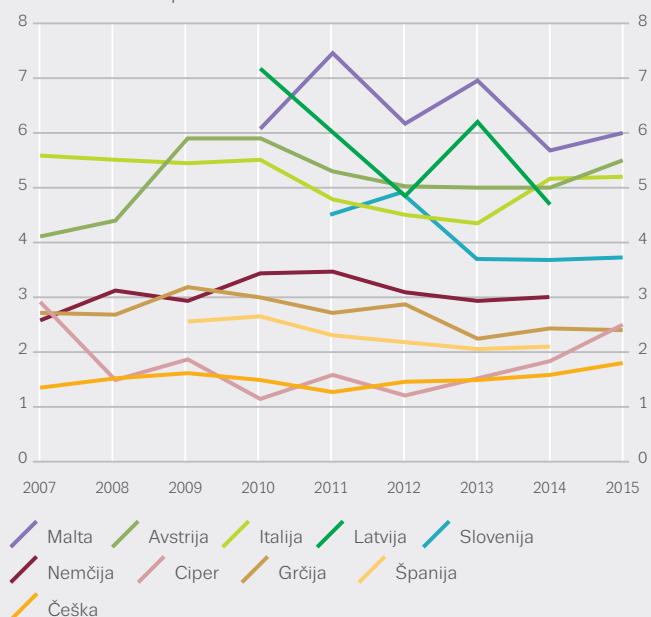
Center EMCDDA je leta 2016 opravil raziskavo o uporabi novih psihoaktivnih snovi med rizičnimi uporabniki drog. V njej je bilo ugotovljeno, da so bili kljub na splošno nizkim stopnjam uporabe v Evropi vzorci uporabe povezani z več težavami. Večina evropskih držav (22) je poročala o določeni ravni uporabe novih psihoaktivnih snovi med skupinami rizičnih uporabnikov, čeprav se je o obširnejši uporabi med injicirajočimi uporabniki opioidov in stimulansov poročalo samo iz Madžarske in nekaterih delov Združenega kraljestva. O vbrizgavanju sintetičnih katinonov je poročala polovica (15) držav, pri čemer se uporabljena snov po državah pogosto razlikuje, na primer v Združenem kraljestvu se uporablja mefedron, na Finskem alfa-PVP, na Madžarskem pentedron in v Sloveniji 3-MMC. Kajenje sintetičnih kanabinoidov v marginaliziranih skupinah, vključno med brezdomci in zaporniki, je nastajajoča težava, ugotovljena v približno dveh tretjinah evropskih držav.

V Evropi se trenutno zaradi težav, povezanih z uporabo novih psihoaktivnih snovi, začne zdraviti le malo oseb, čeprav se na tem področju verjetno ne poroča dovolj. Leta 2015 je približno 3 200 uporabnikov ali manj kot 1 % tistih, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi, navedlo težave, povezane s temi snovmi. V Združenem kraljestvu je približno 1 500 oseb, ki so se vključile v zdravljenje (ali približno 1 % vseh uporabnikov drog), navedlo sintetične katinone kot primarno drogo. Tudi Madžarska in Romunija poročata o razmeroma velikem številu uporabnikov novih psihoaktivnih snovi, ki se vključijo v zdravljenje odvisnosti od drog.

SLIKA 2.10

Nacionalne ocene stopnje letne razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov: izbrani trendi in najnovejši podatki

Primerov na 1 000 prebivalcev



Rizični uporabniki opioidov: še vedno prevladuje heroin

Najpogosteje uporabljan prepovedan opioid v Evropi je heroin, ki ga je mogoče kaditi, snifati ali vbrižgavati. Zlorablja se tudi vrsta drugih sintetičnih opioidov, kot so metadon, buprenorfin in fentanil.

Evropa se je srečevala z različnimi valovi odvisnosti od heroina. Prvi val je sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja prizadel številne zahodne države, drugi pa je od sredine do konca devetdesetih let prejšnjega stoletja prizadel druge države, zlasti tiste v srednji in vzhodni Evropi. V zadnjih letih je bil ugotovljen obstoj starajoče se kohorte rizičnih uporabnikov opioidov, ki so bili najverjetneje v stiku s službami za nadomestno zdravljenje.

Povprečna razširjenost zelo tvegane uporabe opioidov med odraslimi (15–64 let) je ocenjena na približno 0,4 % prebivalstva EU, kar je 1,3 milijona rizičnih uporabnikov opioidov v Evropi v letu 2015. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do več kot osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let (slika 2.10). Pet držav pomeni tri četrtine (76 %) ocenjenih rizičnih uporabnikov opioidov v Evropski uniji (Nemčija, Španija, Francija, Italija in Združeno kraljestvo). Od desetih držav z več ocenami zelo tvegane uporabe opioidov med letoma 2007 in 2015 Španija kaže statistično pomembno zmanjšanje (slika 2.10).

Leta 2015 je 191 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje v Evropi, kot primarno drogo navedlo opioide, od tega se jih je 37 000 začelo zdraviti prvič. Primarni uporabniki heroina so pomenili 79 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in primarno uporabljajo opioide.

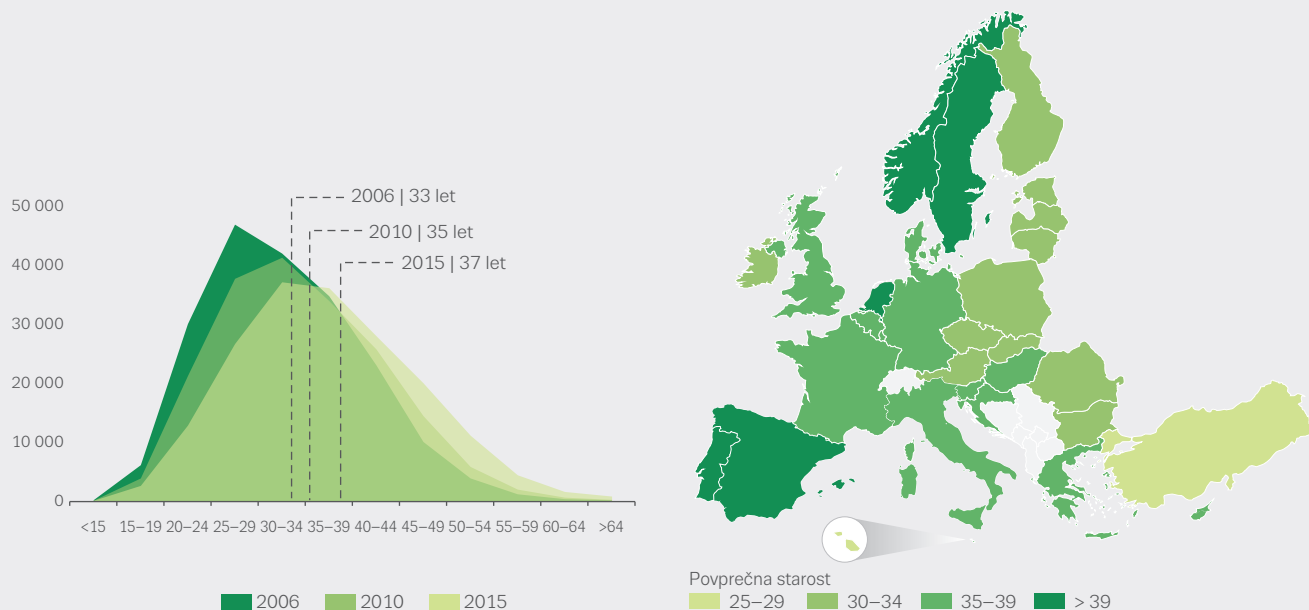
Starajoča se populacija uporabnikov opioidov

Število oseb, ki so se prvič v življenju vključile v zdravljenje odvisnosti od heroina, se je več kot razpolovilo. Leta 2007 jih je bilo največ, tj. 56 000, nato pa se je njihovo število več kot razpolovilo, in sicer na 23 000 v letu 2013, leta 2015 pa je naraslo na 29 000. Nedavno povečanje je mogoče opaziti v več državah, vendar je pri njegovi razlagi potrebna previdnost, saj lahko spremembe v nacionalnem poročanju vplivajo na skupni podatek za EU.

Številni dolgotrajni uporabniki opioidov v Evropi, ki navadno uporabljajo več drog hkrati, so zdaj v svojih štiridesetih in petdesetih letih. Med letoma 2006 in 2015 se je povprečna starost uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi težav z opiodi, zvišala za štiri leta (glej sliko 2.11). V istem obdobju se je povprečna starost pri smrtih zaradi drog (ki so povezani predvsem z opiodi) zvišala za 5,5 let. Zaradi uporabe drog z vbrižgavanjem in slabega zdravja v preteklosti, neustreznih življenjskih razmer ter kajenja in uporabe alkohola so ti uporabniki dovzetni za različne kronične zdravstvene težave, vključno s kardiovaskularnimi težavami in težavami s pljuči. Dolgotrajni uporabniki

SLIKA 2.11

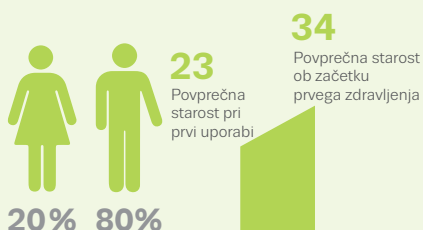
Spremembe v starostni strukturi uporabnikov, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo opioide kot primarno drogo, skozi čas (levo) in povprečna starost po državi (desno)



opioidov poročajo tudi o kroničnih bolečinah, zaradi kronične okužbe z virusom hepatitisa C pa so lahko izpostavljeni večjemu tveganju za nastanek ciroze in drugih težav z jetri. Pri teh uporabnikih skupni učinki hkratne uporabe več drog, prevelikih odmerkov in okužb skozi dolga leta pospešijo telesno staranje, kar ima precejšnje posledice za službe za zdravljenje odvisnosti in zagotavljanje socialne podpore.

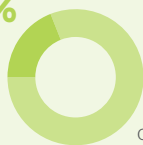
UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti



Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

19%

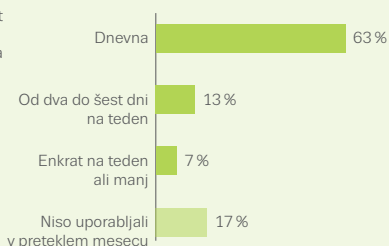


Osebe, ki so se že zdravile

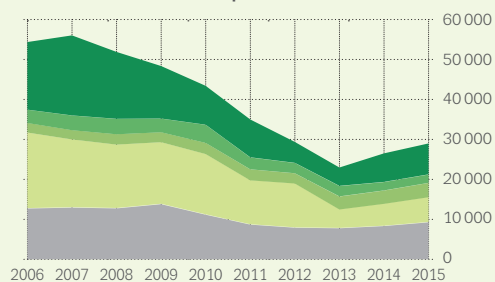
81%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

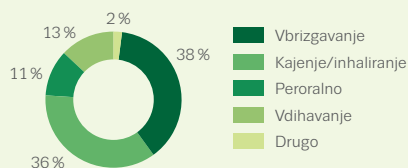
Povprečna uporaba 6 dni na teden



Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



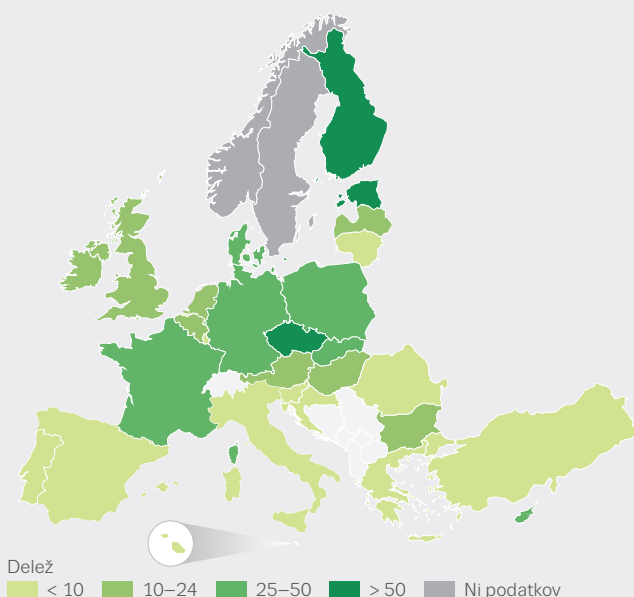
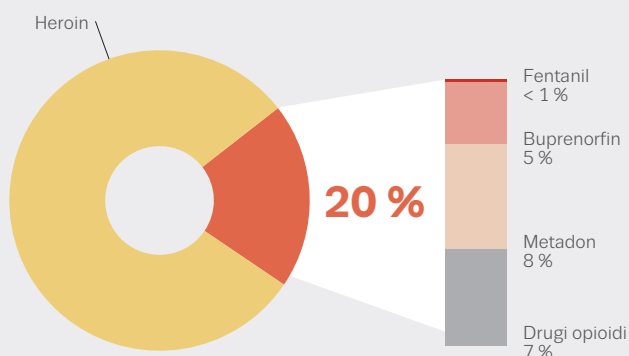
Način uporabe



Opomba: pri značilnostih so upoštevani vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo heroin kot primarno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 23 držav. Podatkov za Italijo od leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.12

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



Sintetični opioidi: vse bolj del zelo tvegane uporabe opioidov

Medtem ko heroin ostaja najpogosteje uporabljan prepovedan opioid, je iz več virov razvidno, da se vse bolj zlorablajo dovoljeni sintetični opioidi (kot so metadon, buprenorfin in fentanyl). Leta 2015 je 17 evropskih držav poročalo, da se več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, zdravi zaradi težav, povezanih predvsem z opioidi, ki niso heroin (slika 2.12). Med opioide, ki jih navajajo uporabniki, vključeni v zdravljenje, spadajo metadon, buprenorfin, fentanyl, kodein, morfij, tramadol in oksikodon. V nekaterih državah je med uporabniki, ki se zdravijo, uporaba opioidov, ki niso heroin, najpogostejša oblika uporabe opioidov. V Estoniji je večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti in so kot primarno drogo navedli opioid, uporabljala fentanyl, na Finskem pa je najpogosteje zlorabljan opioid buprenorfin. Čeprav je heroin na Češkem najpogostejši primarni opioid, je nekaj več kot polovica uporabnikov, ki so se začeli zdraviti zaradi težav, povezanih z opioidi, kot primerno drogo uporabljala druge opioide.

Uporaba drog z vbrizgavanjem: doslej najnižje stopnje med uporabniki, prvič vključenimi v zdravljenje

Uporaba drog z vbrizgavanjem se najpogosteje povezuje z opioidi, v nekaj državah pa je težava vbrizgavanje stimulansov, kot so amfetamini ali kokain.

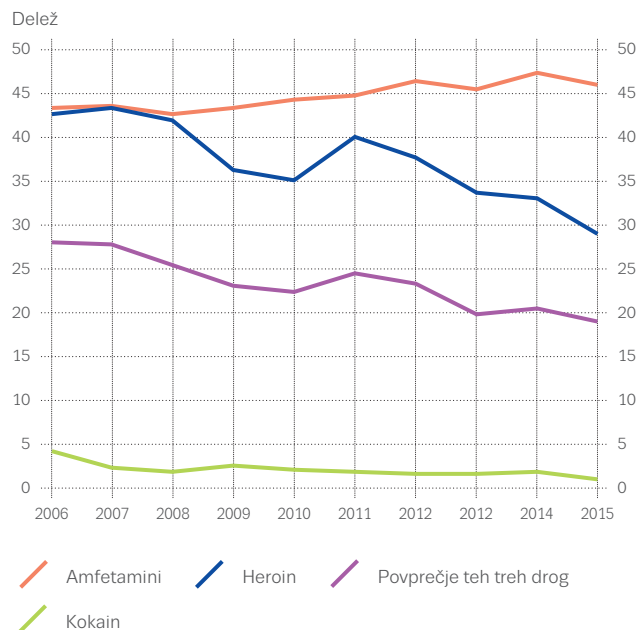
Ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem od leta 2012, ki so na voljo le za 12 držav, se gibljejo od manj kot enega primera do devet primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let.

Med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje leta 2015 in so kot primarno drogo navedli heroin, jih je 29 % poročalo o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 43-odstotnim deležem leta 2006 (slika 2.13). V tej skupini se delež injicirajočih uporabnikov med državami razlikuje in sega od 8 % v Španiji do več kot 90 % v Latviji, Litvi in Romuniji. O vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe poroča 46 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot primarno drogo navedli amfetamine, kar pomeni majhno povečanje od leta 2006, in 1 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot primarno drogo navedli kokain. Če tri glavne droge, ki se vbrizgavajo, obravnavamo skupaj, se je med uporabniki v Evropi, ki so se začeli zdraviti prvič, vbrizgavanje kot glavni način uporabe droge z 28 % v letu 2006 zmanjšalo na 19 % v letu 2015.

SLIKA 2.13

O vbrizgavanju sintetičnih katinonov, ki sicer ni razširjen pojav, se še naprej poroča v nekaterih posebnih skupinah populacije, vključno z injicirajočimi uporabniki opioidov in uporabniki, vključenimi v zdravljenje odvisnosti od drog v nekaterih državah. V nedavni študiji centra EMCDDA je deset držav poročalo o vbrizgavanju sintetičnih katinonov (pogosto z drugimi stimulansi in GHB) v okviru seksualnih zabav med majhnimi skupinami moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

Trendi pri uporabnikih, ki se začnejo zdraviti prvič in kot glavni način uporabe primarne droge navajajo vbrizgavanje



**Vse bolj se zlorablajo
dovoljeni sintetični opioidi**

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

Country Drug Reports 2017.

2016

Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communication.

2015

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

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

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Skupne publikacije centra EMCDDA in projekta ESPAD

2016

ESPAD Report 2015 — Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

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

3

**Z uporabo prepovedanih drog
so povezane kronične
in akutne zdravstvene težave**

Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje

Znano je, da uporaba prepovedanih drog prispeva h globalnemu bremenu bolezni. Z uporabo prepovedanih drog so povezane kronične in akutne zdravstvene težave, te pa se še stopnjujejo zaradi različnih dejavnikov, vključno z lastnostmi snovi, načinom uporabe, ranljivostjo posameznika in družbenim okoljem, v katerem se droge uporabljajo. Med kronične težave spadajo odvisnost in nalezljive bolezni, povezane z drogo, na drugi strani pa obstaja vrsta akutnih težav, med katerimi so najboljše dokumentirane težave zaradi uporabe prevelikega odmerka. Čeprav je uporaba opioidov razmeroma redka, je še vedno vzrok za velik delež obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog. Z uporabo drog z vbizgavanjem se tveganja povečajo. Čeprav je na drugi strani očitno, da je obseg zdravstvenih težav, povezanih z uporabo konoplje, očitno manjši, lahko velika razširjenost njene uporabe vpliva na javno zdravje. Razlike v vsebnosti in čistosti snovi, ki so zdaj dosegljive uporabnikom, povečujejo morebitne težave in otežujejo odzivanje, povezano z uporabo drog.

Priprava učinkovitih, z dokazi podprtih odzivov in samo odzivanje na težave v zvezi z drogami sta v ospredju evropskih politik na področju drog in vključujeta najrazličnejše ukrepe. Pristopa preprečevanja in zgodnjega ukrepanja sta namenjena preprečevanju uporabe drog in s tem povezanih težav, medtem ko je zdravljenje, vključno s psihosocialnim in farmakološkim pristopom, primarni odziv na odvisnost. Nekateri osrednji ukrepi, kot so nadomestno zdravljenje z opiodi ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg, so bili deloma razviti kot odgovor na uporabo opioidov z vbizgavanjem in s tem povezane težave, zlasti širjenje nalezljivih bolezni in smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka.

Spremljanje težav, povezanih z drogami, in odzivov nanje

Informacije o zdravstvenih in socialnih odzivih na uporabo drog, vključno s strategijami za boj proti drogam in javnimi izdatki v zvezi z obravnavo problematike drog, centru EMCDDA zagotavljajo nacionalne kontaktne točke in delovne skupine strokovnjakov mreže Reitox. Kjer bolj določno oblikovan nabor podatkov ni na voljo, zagotavljajo dodatne informacije o razpoložljivosti ukrepov ocene strokovnjakov. V tem poglavju so upoštevani tudi pregledi znanstvenih dokazov o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov. Dodatne informacije je mogoče najti na spletišču EMCDDA v razdelkih Profili zdravstvenih in socialnih odzivov in Portal o najboljših praksah.

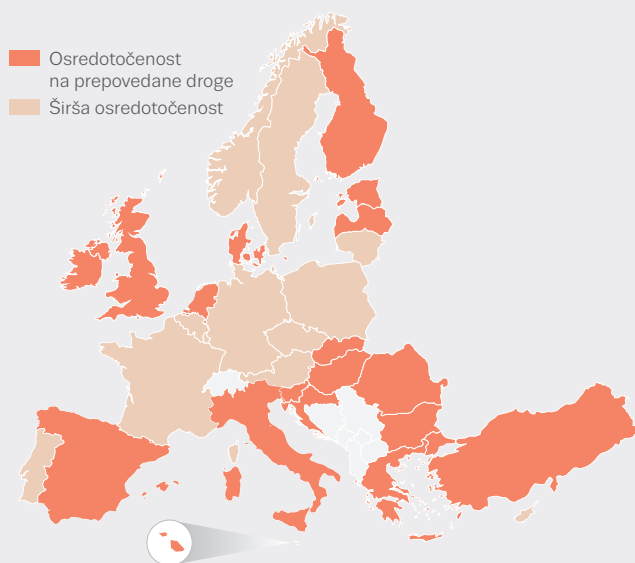
Nalezljive bolezni, povezane z drogo, ter umrljivost in obolevnost, povezani z uporabo drog, so glavne zdravstvene težave, ki jih sistematično spremlja center EMCDDA. Te dopolnjujejo bolj omejeni podatki o medicinski pomoči v bolnišnicah zaradi akutnih težav, povezanih z drogo, in podatki iz sistema EU za zgodnje opozarjanje, s katerim se spremljajo težave, povezane z novimi psihoaktivnimi snovmi. Več informacij je na voljo na spletišču v razdelkih Ključni epidemiološki kazalniki, Statistični bilten in [Ukrepi glede novih drog](#).

Strategije za boj proti drogam: usklajevanje odzivov

Nacionalne strategije za boj proti drogam so orodja za načrtovanje in usklajevanje, ki jih evropske države pogosto uporabljajo za opredelitev odzivov na različne zdravstvene, družbene in varnostne izzive, povezane s problematiko drog. Običajno vključujejo nekatera splošna načela, cilje in prednostne naloge, poleg tega so v njih opredeljeni ukrepi in tisti, ki so odgovorni za njihovo izvajanje. Medtem ko ima Danska nacionalno politiko na področju drog, ki se kaže v številnih strateških dokumentih, zakonih in konkretnih ukrepih, imajo vse druge države nacionalne strategije za boj proti drogam. V 18 državah je strategija za boj proti drogam osredotočena predvsem na prepovedane droge. V drugih 12 državah je politika osredotočena širše, v njej pa se bolj upoštevajo druge snovi, ki povzročajo zasvojenost, in vedenjska zasvojenost. Decentralizirani državni upravi Walesa in Severne Irske v Združenem kraljestvu imata splošna strateška dokumenta. Če se upoštevata ta dva dokumenta, se skupno število splošnih strategij za boj proti prepovedanim drogam poveča z 12 na 14 (glej sliko 3.1). V teh splošnih dokumentih so obravnavane predvsem prepovedane droge, pri čemer so med njimi razlike glede načina obravnave drugih snovi in oblik zasvojenosti. V vseh 14 dokumentih je obravnavan alkohol, v devetih je upoštevan tobak, v osmih so zajeta zdravila, v treh je vključen doping v športu (npr. prepovedana poživila), v sedmih pa se proučuje vedenjska zasvojenost (npr. hazardiranje). Nacionalne strategije za boj proti drogam podpirajo uravnotežen pristop k politiki na področju drog, predstavljeni v strategiji EU na področju drog (2013–2020) in akcijskih načrtih (za obdobji 2013–2016 in 2017–2020), v katerih je enak poudarek na zmanjšanju povpraševanja po drogah in omejevanju ponudbe drog.

SLIKA 3.1

Osredotočenost dokumentov o nacionalni strategiji za boj proti drogam



Opomba: strategije s širšo osredotočenostjo lahko na primer vključujejo prepovedane droge in druge oblike zasvojenosti. Medtem ko ima Združeno kraljestvo strategijo za boj proti prepovedanim drogam, imata Wales in Severna Irska obsežna strateška dokumenta, ki vključujeta alkohol.

Vrednotenje nacionalne strategije za boj proti drogam je zdaj standardna praksa v državah članicah EU. Splošni cilj vrednotenja je oceniti doseženo raven izvajanja strategije in spremembe splošnega stanja na področju drog skozi čas. V letu 2016 se je poročalo o nedavno opravljenih desetih vrednotenjih na podlagi več meril, desetih pregledih napredka pri izvajanju in štirih vrednotenjih o posebnem vprašanju, medtem ko je šest držav uporabilo druge pristope, kot je kombinacija ocene na podlagi kazalnikov in raziskovalnih projektov. Ker nekatere države širijo obseg svojih strategij za boj proti drogam, da bi vanje vključile druge snovi in oblike vedenjske zasvojenosti, bo morda težje oblikovati metode in kazalnike za spremljanje in vrednotenje teh dokumentov politike.

| Odzivi, povezani z drogami: stroški ukrepov

Razumevanje stroškov ukrepov, povezanih z drogami, je pomemben vidik ocene politike. Vendar so razpoložljive informacije o javnih izdatkih, povezanih z drogami, na lokalni in nacionalni ravni v Evropi še naprej skope in različne. V 23 državah, ki so v zadnjih desetih letih pripravile ocene, se ocenjuje, da javni izdatki v zvezi z obravnavo problematike drog pomenijo od 0,01 % do 0,5 % bruto domačega proizvoda (BDP).

Izdatki za zmanjševanje povpraševanja po drogah kot delež skupnega proračuna za boj proti drogam so se med državami zelo razlikovali in so pomenili od 23 % do 83 % javnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog. Medtem ko so razlike deloma posledica različnih možnosti politike in organizacije javnih služb, pa k njim pomembno prispeva tudi popolnost ocen. V sedanjih ocenah stroški zdravljenja odvisnosti od drog in drugi stroški zdravstvenega varstva predstavljajo velik delež izdatkov za zmanjševanje povpraševanja po drogah. Čeprav spremljanje izdatkov za zdravljenje odvisnosti od drog ostaja najnaprednejše do zdaj, so še vedno potrebne metodološke izboljšave.

Javni izdatki za odzivanje na problematiko drog so le del stroškov, ki jih nosi družba v zvezi s prepovedanimi drogami. Dodati jim je mogoče tudi stroške, ki jih krije posameznik, kot so zasebni prispevki za zdravstveno varstvo, in zunanje stroške za družbo, kot so izguba produktivnosti in finančni stroški, ki nastanejo zaradi primerov prezgodnje smrti in bolezni, povezanih z uporabo droge. Ocena teh širših stroškov za družbo bi lahko pripomogla k učinkovitejšemu usmerjanju virov. Ocenjuje se, da se socialni stroški prepovedanih drog v evropskih državah, za katere so na voljo podatki, gibljejo od 0,1 % do 2 % BDP.

| Zmanjšanje povpraševanja: evropski standardi

Standardi kakovosti za zmanjševanje povpraševanja po drogah se na evropski in nacionalni ravni vse bolj priznavajo kot orodje, s katerim se izvajajo z dokazi podprti ukrepi. Na zasedanju Sveta ministrov EU leta 2015 je bilo sprejetih 16 minimalnih standardov kakovosti pri zmanjševanju povpraševanja po drogah v Evropski uniji, države članice pa so bile pozvane, naj jih vključijo v nacionalne politike na področju drog. Evropski standardi kakovosti so sklop ambicioznih izjav za preprečevanje, zdravljenje, zmanjševanje škode in socialno reintegracijo. Ti standardi povezujejo kakovost ukrepanja s konkretnimi ukrepi, vključno z ustreznim usposabljanjem osebja in zagotavljanjem z dokazi podprtih ukrepov, ter načeli, kot sta spoštovanje potreb posameznikov in etično ravnanje. Poleg tega poudarjajo potrebo po sodelovanju vseh deležnikov, vključno s civilno družbo, pri izvajanju in vrednotenju ukrepov.

Iz podatkov, ki jih je zbral center EMCDDA, je razvidno, da standardi kakovosti trenutno obstajajo v večini evropskih držav, preostale države pa jih razvijajo. Standardi kakovosti se uporabljajo različno. V nekaterih državah so povezani z zagotavljanjem storitev in se uporabljajo za njegovo vrednotenje. Uporabljajo se tudi kot zahteva za sodelovanje na razpisih za pogodbe o storitvah in kot instrumenti za samoocenjevanje na ravni storitev.

| Izvajanje preprečevanja: sistemski pristop

Preprečevanje uporabe drog in z njimi povezanih težav med mladimi obsega najrazličnejše pristope. Okoljski in splošni pristopi so namenjeni celotnemu prebivalstvu, selektivno preprečevanje je osredotočeno na ranljive skupine, pri katerih morda obstaja večje tveganje, da bodo imele težave zaradi uporabe drog, indikativno preprečevanje pa je osredotočeno na ogrožene posameznike.

**Standardi kakovosti
trenutno obstajajo v večini
evropskih držav**

Med evropskimi državami so številne razlike v načinu obravnave preprečevanja, pri čemer nekatere pogosto sprejemajo širše pristope na ravni skupnosti in okoljske pristope (npr. zakonska ureditev alkohola in nočnega življenja), druge pa uporabljajo predvsem programe na podlagi priročnikov. Uporaba programov preprečevanja, ki temeljijo na priročnikih ter za katere sta značilna strogo določena vsebina in izvajanje, je lahko učinkovit način za doseganje velikih skupin uporabnikov z ukrepi, podprtimi z dokazi. O takih programih kot osrednjih elementih nacionalnih pristopov preprečevanja poroča šest držav članic.

Druge države dajejo prednost širšim sistemskim pristopom k ukrepom preprečevanja, pri čemer niso osredotočene le na posamezne programe, temveč tudi na dejavnike, kot so mehanizmi zagotavljanja, medsebojno vplivanje ukrepov ter družbeni in politični okvir. Eden od njih je pristop „Communities That Care“ (Skupnosti, ki jim ni vseeno), ki se izvaja v petih državah članicah EU. Ta pristop, razvit v Združenih državah, temelji na predpostavki, da je mogoče razširjenost zdravstvenih in vedenjskih težav med mladimi zmanjšati z opredelitvijo dejavnikov tveganja in zaščitnih dejavnikov ter z izbiro učinkovitih programov zgodnjega ukrepanja, ki te dejavnike obravnavajo. V nedavnem sistematičnem pregledu je bilo ugotovljenih nekaj pozitivnih dokazov o učinkovitosti pristopa „Communities That Care“ kot pobude za preprečevanje uporabe drog v ameriških študijah, čeprav zadevni pristop še ni bil ovrednoten v evropskem okviru.

| Obravnava ranljivosti in tveganja

Odzivi v okviru selektivnega preprečevanja za ranljive skupine v evropskih državah potekajo na podlagi ukrepov, s katerimi se obravnavajo vedenja posameznikov in družbene razmere. Na lokalni ravni lahko taki pristopi vključujejo več storitev in deležnikov (npr. socialne službe, družinske storitve, mladinske delavce in policijo), pogosti pa so v nordijskih državah in na Irskem ter v nekaterih delih Španije in Italije. Najpogosteje so namenjeni mladim prestopnikom, učencem z učnimi in socialnimi težavami ter mladini v ustanovah za oskrbo. Malo je znanega o dejanski vsebini teh strategij preprečevanja, poleg tega je njihovo vrednotenje omejeno. Vendar je iz podatkov o mnenjih strokovnjakov razvidno, da najpogosteje uporabljane tehnike selektivnega preprečevanja temeljijo na zagotavljanju informacij.

V nekaterih državah se izvajajo pristopi za preprečevanje, usmerjeni v rizične soseske, v okviru katerih se uporabljajo nove metode, kot so preoblikovanje urbanih prostorov, in karte ogroženosti za lažje prednostno razvrščanje ukrepov. Poroča se, da je raven zagotavljanja tovrstnih ukrepov najvišja v severni in zahodni Evropi (glej sliko 3.2), pristopi, za katere so na voljo zanesljivi dokazi o učinkovitosti (normativni in okoljski), pa se izvajajo v le nekaj več kot četrtini držav.

Indikativno preprečevanje je namenjeno ogroženim posameznikom. V Evropi je zagotavljanje tovrstnih ukrepov omejeno in le štiri države poročajo o razpoložljivosti programov indikativnega preprečevanja za večino tistih, ki potrebujejo pomoč.

| Kratkotrajni ukrepi

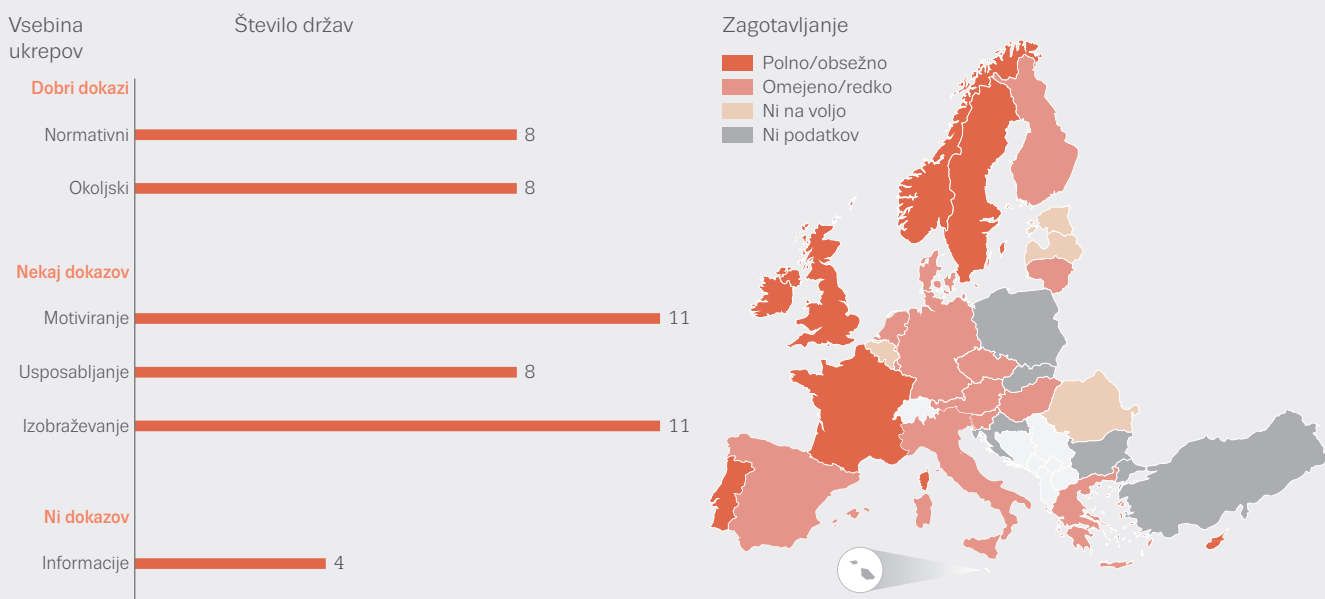
Cilj kratkotrajnih ukrepov je preprečiti ali odložiti uporabo snovi, zmanjšati njeno intenzivnost ali preprečiti njeno stopnjevanje v problematično uporabo. Ti časovno omejeni ukrepi, ki se izvajajo na sivem področju med preprečevanjem in zdravljenjem, so namenjeni mladim ali osebam, izpostavljenim tveganju nastanka težav zaradi uporabe snovi. Izvajajo jih lahko najrazličnejši zdravstveni in socialni strokovnjaki, vključno s splošnimi zdravniki, svetovalci, mladinskimi delavci in policisti, pogosto pa vključujejo elemente motivacijskih razgovorov.

Iz trenutnih podatkov je razvidno, da se kratkotrajni ukrepi v Evropi ne izvajajo pogosto, pri čemer tri države poročajo o popolnem in obsežnem izvajanju takih ukrepov v šolah, dve pa o taki ravni izvajanja v okviru služb za izvajanje programov za zmanjševanje škode.

Kratkotrajni ukrepi so bili opisani, kot ukrepi z razmeroma nizkimi stroški, ki jih lahko po kratkem usposabljanju izvajajo najrazličnejši strokovnjaki v številnih okoljih. Primera kratkotrajnih ukrepov, ki se izvajajo v več državah, sta eSBIRT, ki zagotavlja kratkotrajne ukrepe v oddelkih za nujno medicinsko pomoč (Belgija), in Fred, ki je namenjen mladim v začetni fazi kazenskega pregona (Nemčija, Ciper, Poljska, Romunija, Slovenija). Vendar je bilo v nedavnem pregledu, ki ga je opravil center EMCDDA, ugotovljeno, da raziskave, v katerih je bila potrjena učinkovitost kratkotrajnih ukrepov, sicer obstajajo, vendar so še vedno nepopolne, potrebnega pa je tudi več znanja o obsegu izvajanja.

SLIKA 3.2

Ukrepi preprečevanja, ki so usmerjeni v rizične soseske in se izvajajo v evropskih državah: dokazi in raven zagotavljanja



Opomba: na podlagi ocen strokovnjakov.

Napotitev na obravnavo in njegovo trajanje

Obravnava odvisnosti od drog je glavni ukrep za posameznike, ki imajo zaradi uporabe drog težave, vključno z odvisnostjo, zagotavljanje ustreznega dostopa do primernih služb za obravnavo odvisnosti pa je ključni cilj politike. Spremljanje izidov obravnave je pomembno za izboljšanje poti obravnave, ki jo izberejo uporabniki, in prilagajanje storitev, da bi bolje ustrezale ugotovljenim potrebam.

Samonapotitev je še vedno najpogostejši način za vključitev v zdravljenje. Ta oblika napotitve, ki vključuje tudi napotitev na pobudo družinskih članov ali prijateljev, je pomenila približno polovico vseh uporabnikov, ki so se leta 2015 vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi. Dodatnih 25 % uporabnikov so na obravnavo napotile zdravstvene in socialne službe, 15 % pa jih je bilo napotenih v okviru kazenskopravnega sistema. V številnih državah so vzpostavljeni sistemi za preusmeritev storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogo, stran od kazenskopravnega sistema v programe obravnave odvisnosti od drog. To lahko vključuje sodno odločbo, ki narekuje obiskovanje zdravljenja, ali pogojno kazen, ki je odvisna od obiskovanja obravnave. V nekaterih državah je preusmeritev mogoča tudi v zgodnejših fazah kazenskega postopka. Leta 2015 so uporabniki konoplje predstavljali največji delež tistih, ki so bili napoteni na obravnavo v okviru kazenskopravnega sistema. Na Madžarskem približno 80 % uporabnikov, ki so bili na obravnavo napoteni zaradi uporabe konoplje, predstavljajo uporabniki, ki so bili tja napoteni v okviru kazenskopravnega sistema.

Za poti, po katerih gredo uporabniki v okviru obravnave odvisnosti od drog, so pogosto značilni vključenost različnih služb, večkratna vključitev v obravnavo in različen čas trajanja zdravljenja. Rezultati analize podatkov o specializiranem zdravljenju iz sedmih evropskih držav v letu 2015 zagotavljajo vpogled v poti obravnave. Od 400 000 prijavljenih uporabnikov, ki so se v navedenem letu obravnavali v teh državah, se jih je nekaj manj kot 20 % v obravnavo vključilo prvič v življenju, približno 30 % jih je ponovno vstopilo v obravnavo, pri čemer so bili v prejšnjih

letih že v obravnavi, približno polovica pa jih je bila več kot eno leto v kontinuirani obravnavi. Večina uporabnikov v kontinuirani obravnavi je bila moških v poznih tridesetih, ki so bili vključeni v obravnavo več kot tri leta zaradi težav, povezanih z uporabo opioidov, zlasti heroina.

Obravnavanje odvisnosti od konoplje: najrazličnejši pristopi

Redna in dolgotrajna uporaba konoplje se povezuje z večjim tveganjem za razvoj več težav s fizičnim in duševnim zdravjem, vključno z odvisnostjo. Medtem ko se v številnih državah obravnava težav s konopljo izvaja v okviru splošnih programov obravnave odvisnosti od drog, jih je približno polovica razvila nekatere posebne programe obravnave za uporabnike konoplje. Storitve za uporabnike konoplje so lahko raznovrstne in segajo od kratkotrajnih ukrepov, ki se izvajajo po spletu, do dolgoročneje terapijske obravnave v specialističnih centrih. Čeprav večji del obravnave za pripadnike te skupine poteka v skupnostih ali izvenbolnišničnih ustanovah, približno vsak peti uporabnik drog, ki se vključi v specialistično bolnišnično zdravljenje odvisnosti od drog, navaja uporabo konoplje kot primarne droge.

Obravnavanje težav s konopljo temelji predvsem na psihosocialnih pristopih, in sicer se družinski ukrepi pogosto uporabljajo za mladostnike, kognitivno-vedenjski ukrepi pa za odrasle. Razpoložljivi dokazi podpirajo uporabo kombinacije kognitivno-vedenjske terapije, motivacijskih razgovorov in pristopov za obvladovanje nepredvidenih okoliščin. Poleg tega so na voljo nekateri dokazi, ki podpirajo uporabo večdimenzionalne družinske terapije za mlade uporabnike konoplje. Za doseganje uporabnikov konoplje se vse bolj uporabljajo spletni in digitalni ukrepi, pri čemer študije za merjenje učinkov tovrstnih ukrepov kažejo obetavne predhodne rezultate glede zniževanja stopenj uporabe in spodbujanja začetka osebne obravnave (po potrebi).

V več študijah se proučuje uporaba farmakoloških ukrepov za težave, povezane s konopljo. Med drugim se obravnavajo možnosti uporabe THC in sintetičnega THC skupaj z drugimi psihoaktivnimi zdravili, vključno z antidepresivi, anksiolitiki in stabilizatorji razpoloženja. Do zdaj so bili rezultati nedosledni, pri čemer ni bil opredeljen učinkovit farmakološki pristop k zdravljenju odvisnosti od konoplje.

Obravnavanje odvisnosti od drog: zagotavlja se predvsem na ravni skupnosti

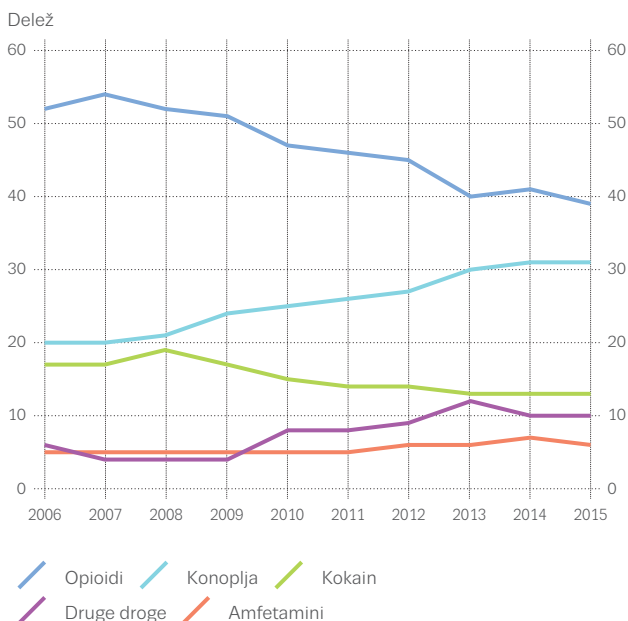
Ocenjuje se, da se je v Evropski uniji v letu 2015 zaradi uporabe prepovedanih drog obravnavalo 1,4 milijona ljudi (1,6 milijona, če se upoštevata še Norveška in Turčija). Uporabniki opioidov so največja skupina uporabnikov, vključena v specialistično zdravljenje, zanje pa se predvsem v obliki nadomestnega zdravljenja porabi največji delež razpoložljivih sredstev za zdravljenje. Uporabniki konoplje in kokaina so druga in tretja največja skupina uporabnikov, vključenih v to obravnavo (slika 3.3), pri čemer se pri obravnavi teh uporabnikov največ uporablja psihosocialna oskrba. Vendar so lahko razlike med državami zelo velike, saj uporabniki opioidov v Estoniji predstavljajo več kot 90 % uporabnikov, vključenih v obravnavo, na Madžarskem pa manj kot 5 %.

Obravnavanje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, pri čemer so specialistični izvenbolnišnični centri najpogosteje izvajalci obravnave glede na število uporabnikov drog, ki so jih obravnavali (slika 3.4). Sledijo jim splošni zdravstveni centri. Ta kategorija vključuje splošne zdravniške ambulante, ki so pomembni predpisovalci nadomestnega zdravljenja z opiodi v nekaterih velikih državah, kot sta Nemčija in Francija. Drugje, na primer v Sloveniji, lahko imajo centri za duševno zdravje ključno vlogo pri zagotavljanju izvenbolnišničnega zdravljenja.

Storitve za uporabnike konoplje so lahko različne

SLIKA 3.3

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



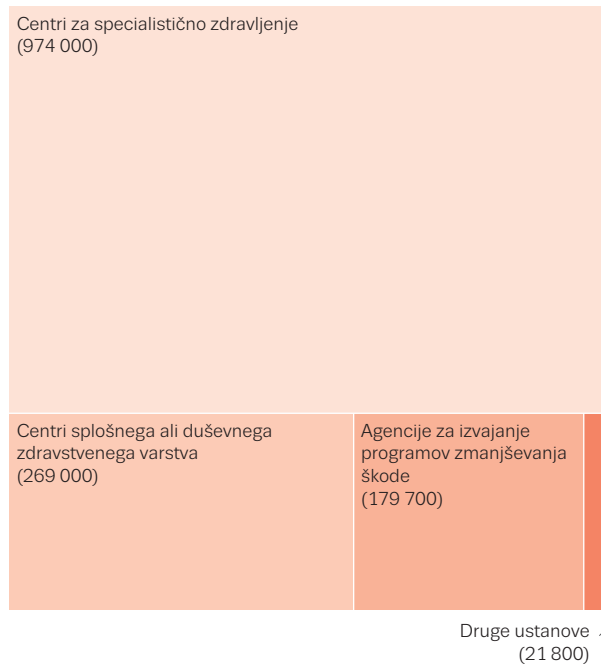
V Evropi manjši delež zdravljenja odvisnosti od drog poteka v bolnišničnih ustanovah, vključno z bolnišničnimi nastanitvenimi centri (npr. psihiatrične bolnišnice), terapevtskimi skupnostmi in specialističnimi nastanitvenimi centri za zdravljenje. Relativni pomen izvenbolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja v nacionalnih sistemih zdravljenja se med državami zelo razlikuje.

Vse večje število ukrepov za obravnavo odvisnosti od drog je zdaj na voljo prek spleta. S spletnimi ukrepi je mogoče povečati doseg in geografsko pokritost programov obravnave, da se dostop omogoči osebam s težavami zaradi uporabe drog, ki v nasprotnem primeru morda ne bi imele dostopa do specialističnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog.

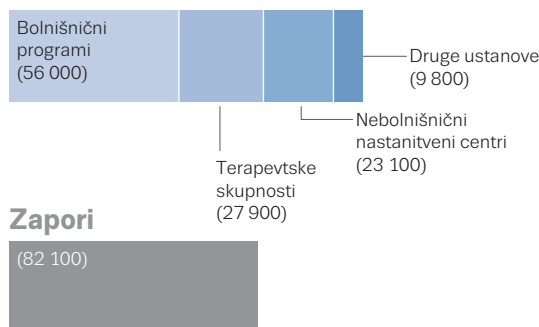
SLIKA 3.4

Število uporabnikov v Evropi, ki so se leta 2015 zdravili zaradi odvisnosti od drog, po ustanovi

Izvenbolnišnične ustanove

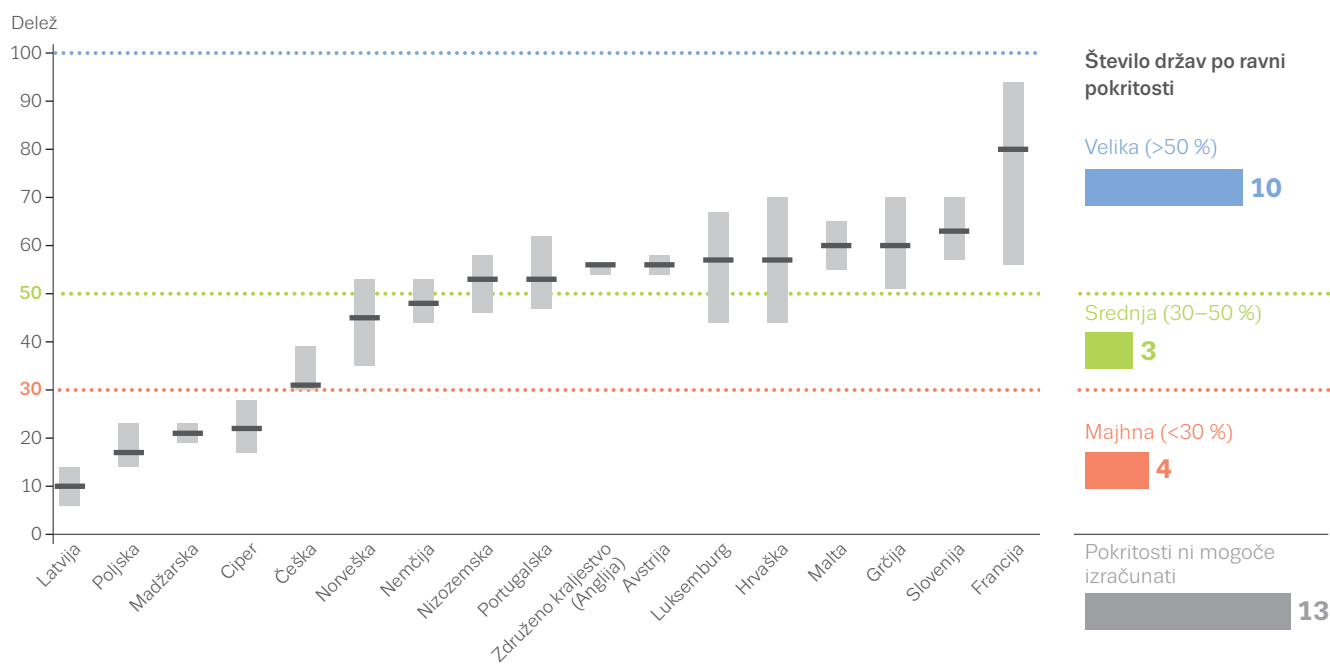


Bolnišnične ustanove



SLIKA 3.5

Razširjenost nadomestnega zdravljenja z opiodi (delež ocenjenega števila rizičnih uporabnikov opiodoidov, zajetih z ukrepom)



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

Nadomestno zdravljenje zaradi težav, povezanih z uporabo opiodoidov

Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opiodoidov je nadomestno zdravljenje, običajno v kombinaciji s psihosocialno oskrbo. Učinkovitost tega pristopa potrjujejo razpoložljivi dokazi, pozitivni izidi pa so bili ugotovljeni v zvezi z vztrajanjem pri zdravljenju, uporabo prepovedanih opiodoidov, sporočanjem tveganega vedenja ter težavami in smrtnostjo, povezanimi z uporabo drog.

Ocenjuje se, da je bilo leta 2015 v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji vključenih 630 000 uporabnikov opiodoidov (650 000, če se upoštevata še Norveška in Turčija). Zadevni trend kaže, da se je število uporabnikov povečevalo do leta 2010, ko je doseglo najvišjo vrednost, sledilo je 6-odstotno zmanjšanje do leta 2015. V obdobju 2010–2015 je bilo zmanjšanje ugotovljeno v 12 državah, o največjem (več kot 25-odstotnem) pa so poročale Španija, Madžarska, Nizozemska in Portugalska. To zmanjšanje je mogoče pojasniti z dejavniki, povezanimi s povpraševanjem ali ponudbo, vključno z vse manjšo skupino starajočih se kroničnih uporabnikov opiodoidov in spremembami glede ciljev zdravljenja v nekaterih državah. Druge države še naprej širijo oskrbo, da bi izboljšale razširjenost zdravljenja, pri čemer 12 držav poroča o povečanju med letoma 2010 in 2015, vključno z Latvijo (157 %), Finsko (67 %) in Grčijo (61 %).

Ta dva trenda sta razvidna iz večine novejših podatkov (za obdobje 2014–2015), saj 12 držav poroča o povečanju skupnega števila uporabnikov, vključenih v nadomestno zdravljenje, devet pa o zmanjšanju.

Na podlagi primerjave s sedanjimi ocenami števila rizičnih uporabnikov v Evropi je mogoče sklepati, da jih je polovica vključena v nadomestno zdravljenje, vendar so med državami razlike (slika 3.5). Vendar je treba te ugotovitve zaradi metodoloških razlogov razlagati previdno.

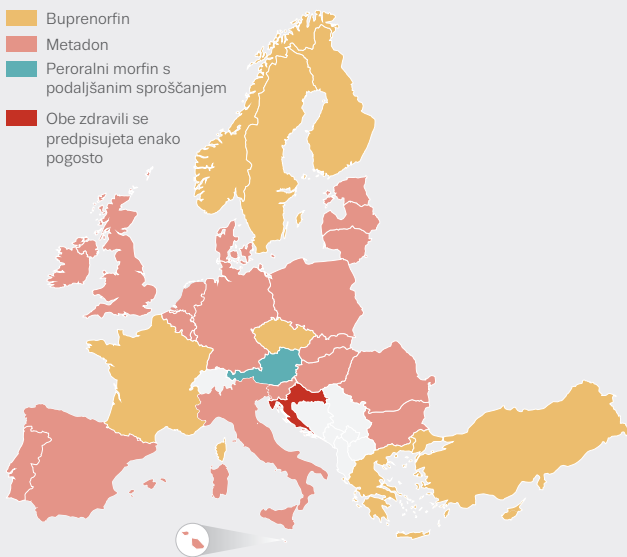
Metadon je najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi, ki ga prejema približno dve tretjini (63 %) uporabnikov na nadomestnem zdravljenju. Nadaljnjih 35 % uporabnikov se zdravi z zdravili na osnovi buprenorfina, ki je glavno nadomestno zdravilo v osmih državah (slika 3.6). Druge snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetylmorfin (heroin), se predpisujejo redkeje in jih po ocenah prejema 2 % uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v Evropi.

Metadon je najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi

SLIKA 3.6

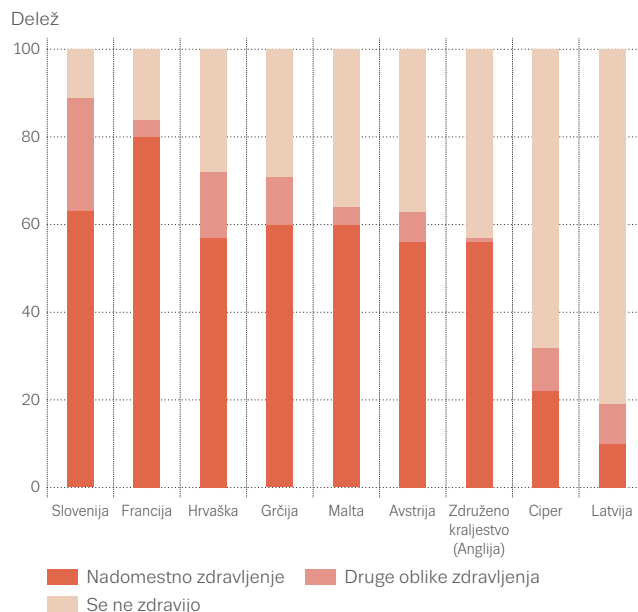
Najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi

- Buprenorfin
- Metadon
- Peroralni morfin s podaljšanim sproščanjem
- Obe zdravili se predpisujeta enako pogosto



SLIKA 3.7

Delež rizičnih uporabnikov opiodov na nadomestnem zdravljenju odvisnosti od drog (ocena)



V vseh evropskih državah so na voljo tudi druge oblike zdravljenja za uporabnike opiodov, ki pa so manj pogoste od nadomestnega zdravljenja. V devetih državah, za katere obstajajo podatki, je med 1 % in 26 % vseh uporabnikov opiodov, ki so vključeni v zdravljenje in imajo oskrbo, ki ne vključuje nadomestnega zdravljenja z opiodi (slika 3.7).

Zapori: majhna razpoložljivost obravnave za osebe, okužene z virusom hepatitisa C

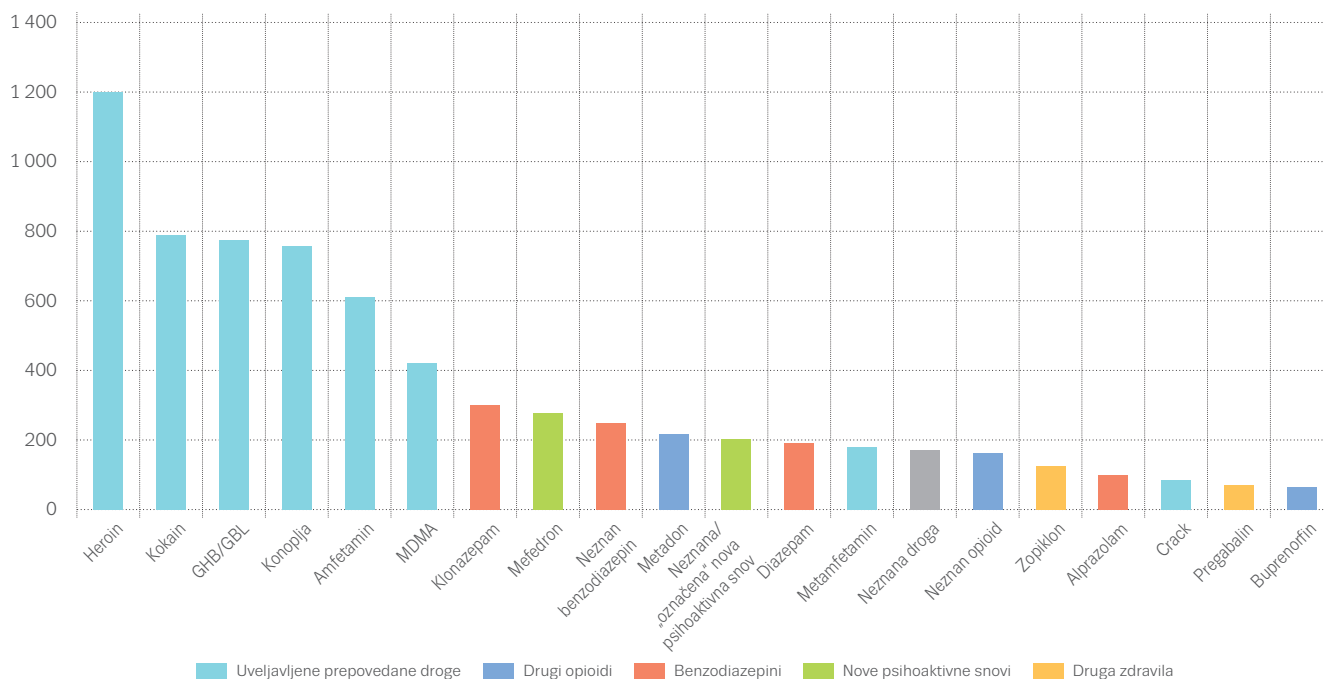
Zaporniki poročajo o višji stopnji uporabe drog kadar koli v življenju in škodljivejših vzorcih uporabe (vključno z vbrizgavanjem) kot splošno prebivalstvo, zato so zapori pomembno okolje za ukrepe, povezane z drogami. Številni zaporniki imajo kompleksne potrebe po zdravstveni oskrbi, pri čemer je ocena uporabe drog in z njimi povezanih težav v številnih državah pomemben del zdravstvenega pregleda ob prihodu v zapor.

Pomembni načeli za izvajanje zdravstvenih ukrepov v zaporih sta enakovrednost izvajanju na ravni skupnosti in stalnost oskrbe po izpustu iz zapora. O razpoložljivosti nadomestnega zdravljenja z opiodi v zaporih poroča 28 od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA. V večini držav so na voljo razstrupljanje, individualna in skupinska terapija ter terapevtske skupnosti ali posebni bolnišnični oddelki. Številne evropske države imajo vzpostavljena medagencijska partnerstva med zaporniški službami in ponudniki v skupnosti, ki spodbujajo izvajanje zdravstvene vzgoje in obravnave v zaporih ter zagotavljajo stalno oskrbo ob prihodu v zapor in po izpustitvi.

SLIKA 3.8

Dvajset najpogostejše evidentiranih drog v okviru nujne medicinske pomoči v izbranih kontrolnih bolnišnicah leta 2015

Ugotovljene droge



Opomba: rezultati iz 5 054 primerov nujne medicinske pomoči v 15 izbranih bolnišnicah v devetih evropskih državah.
Vir: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

V večini držav je v zaporih na voljo testiranje na nalezljive bolezni (HIV, HBV, HCV), čeprav je zdravljenje redko na voljo osebam, okuženim z virusom hepatitisa C. Poroča se, da se programi cepljenja proti hepatitisu B izvajajo v 16 državah. Zagotavljanje čiste opreme za vbrizgavanje je manj pogosto, saj o razpoložljivosti programov zamenjave injekcijskih igel in brizg v zaporih poročajo le štiri države.

V večini držav se izvajajo priprave na izpust iz zapora, vključno s socialno reintegracijo. O programih za preprečevanje tveganja prevelikega odmerka, ki je zlasti veliko med injicirajočimi uporabniki opioidov v obdobju po izpustu iz zapora, se poroča v petih državah, pri čemer ti programi vključujejo usposabljanje in informiranje ter zagotavljanje naloksona ob izpustu iz zapora.

Nujni bolnišnični primeri: povezani z uporabo več snovi

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih omogočajo vpogled v akutne težave, povezane z uporabo drog. Informacije zagotavlja Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN), ki spremlja nujne primere, povezane z drogami, v 15 kontrolnih bolnišnicah v devetih evropskih državah. V 5 054 primerih, evidentiranih leta 2015 v okviru projekta, je bila povprečna starost uporabnikov 31 let, večina katerih je bila moških (77 %).

V povprečju je bila navedena uporaba 1,5 droge na primer (skupaj 7 768 drog) (glej sliko 3.8). Skoraj dve tretjini primerov (65 %) je bilo povezanih z uporabo uveljavljenih drog, od katerih so bile najpogostejše heroin, kokain, konoplja, GHB/GBL, amfetamin in MDMA, ena četrtna (24 %) jih je bila povezana z zlorabo zdravil na recept ali brez recepta (najpogosteje opioidi in benzodiazepini), 9 % pa jih je bilo povezanih z novimi psihoaktivnimi snovmi (več kot leta 2014, ko je bilo takih primerov 6 %). Polovica primerov zaradi novih psihoaktivnih snovi je bila povezana s sintetičnim katinonom, 14 % pa s sintetičnim kanabinoidom. Droge, povezane z nujnimi primeri, so se razlikovale glede na bolnišnico, kar kaže lokalne vzorce uporabe. S heroinom povezani nujni primeri so bili na primer najpogostejši v Dublinu (Irska) in Oslu (Norveška), medtem ko so primeri, povezani z GHB/GBL, kokainom in MDMA, prevladovali v Londonu (Združeno kraljestvo).

Številni zaporniki imajo kompleksne potrebe po zdravstveni oskrbi

Večina (80 %) tistih, ki so poiskali medicinsko pomoč zaradi akutne zastrupitve z drogo, je bila iz bolnišnice odpuščena v 12 urah; v zelo malo primerih (6 %) je prišlo do hude zastrupitve, zaradi katere je bil potreben sprejem na oddelek za nego pacientov v kritičnem stanju, 4 % uporabnikov pa je bilo sprejetih na oddelek za psihiatrijo. Približno polovica (9) od 17 evidentiranih primerov je bila povezana z opiodi.

Le malo držav ima vzpostavljene nacionalne sisteme spremljanja, ki omogočajo nacionalno analizo trendov na področju akutnih zastrupitev z drogo. V teh državah se število s heroinom povezanih nujnih primerov povečuje v Združenem kraljestvu, še naprej pa se zmanjšuje na Češkem in Danskem, kjer narašča število nujnih primerov, povezanih z metadonom. V Litvi se je število nujnih primerov, povezanih z opiodi, med letoma 2013 in 2015 skoraj podvojilo. V Španiji je približno polovica prijavljenih nujnih primerov, povezanih z drogami, povezana s kokainom, pri čemer se ta trend po zmanjšanju zdaj umirja, medtem ko se število nujnih primerov, povezanih s konopljo, še naprej povečuje. Tudi Slovenija poroča o trendu povečevanja števila nujnih primerov, povezanih s konopljo. Na Nizozemskem je bila polovica primerov, obravnavanih na postajah prve pomoči na festivalih (51 %), povezanih z MDMA, pri čemer se ta delež zmanjšuje. Število z metamfetaminom povezanih nujnih primerov, ki so jih evidentirali kontrolni centri na Češkem, se je med letoma 2014 in 2015 povečalo za več kot 50 %.

| Nove droge: močan učinek in težave

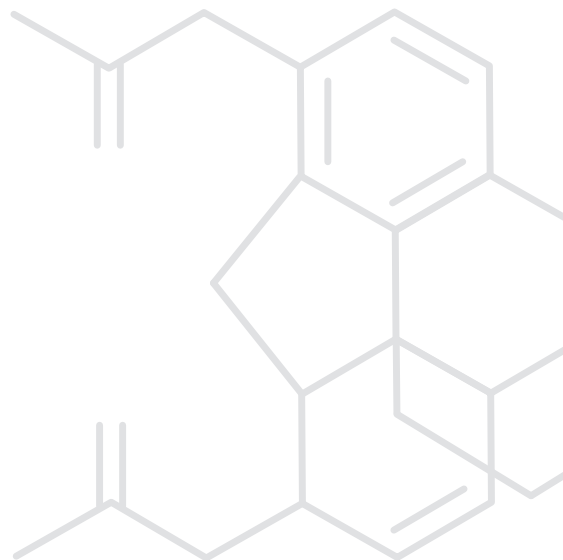
Nove psihoaktivne snovi, vključno z novimi sintetičnimi opiodi, sintetičnimi kanabinoidi in sintetičnimi katinoni, povzročajo številne resne težave v Evropi.

Fentanili so opiodi z izjemno močnim učinkom, ki resno ogrožajo zdravje posameznikov in javno zdravje, čeprav je njihova vloga na evropskem trgu drog majhna. To deloma izhaja iz večjega tveganja hudih zastrupitev in zastrupitev s smrtnim izidom pri uporabnikih, ki se pogosto manifestirajo kot izbruhi, saj fentanili povzročajo hitro in močno depresijo dihanja. Razlog je tudi povečano tveganje nenamerne izpostavljenosti, ki se konča z zastrupitvijo pri drugih osebah; ogroženi so lahko družinski člani in prijatelji uporabnikov ter pripadniki organov pregona, zdravstveno osebje in laboratorijski delavci. V nekaterih okoljih bi morda bila nujna uporaba zaščitne opreme za zmanjšanje tveganja škode zaradi nenamerne izpostavljenosti, na primer v carinskih objektih na evropskih mejah, kjer so možni zasegi velikih količin fentanila v prahu. Poleg tega nekateri dokazi kažejo, da se fentanili nepazljivim uporabnikom prodajajo kot uveljavljene prepovedane droge

in ponarejena protibolečinska zdravila, kar pri nekaterih skupinah uporabnikov potencialno povečuje tveganje hude zastrupitve in zastrupitve s smrtnim izidom. V takih okoliščinah je morda potrebna ocena razpoložljivosti zdravila nalokson. Pri fentanilih je poleg velikega tveganja prevelikega odmerka tudi velika nevarnost zlorabe in možnost zasvojenosti, kar bi lahko še poslabšalo položaj na področju javnega zdravja in socialne težave, ki se običajno povezujejo z zelo tvegano uporabo opioidov.

Center EMCDDA in Europol sta leta 2016, potem ko so bili prek sistema EU za zgodnje opozarjanje odkriti znaki težav, uvedla posebni preiskavi akrililfentanila in furanilfentanila. Prijavljenih je bilo več kot 50 smrtnih primerov, od tega so bili številni neposredno pripisani tem snovem. Poleg tega je center EMCDDA v zvezi s temi in drugimi novimi fentanili objavil tudi pet opozoril za člane svoje mreže po Evropi.

**Nove psihoaktivne snovi
povzročajo številne resne
težave v Evropi**



Sintetični kanabinoidi so še ena skupina novih snovi, ki so povzročale težave tudi v letu 2016. Center EMCDDA je objavil opozorila glede treh snovi – MDMB-FUBINACA, MDMB-CHMICA in 5F-MDMB-PINACA –, in sicer na podlagi 45 resnih neželenih dogodkov, vključno z 18 smrtnimi primeri in 27 zastrupitvami. Poleg tega je začel postopek, ki je sprožil oceno tveganja za MDMB-CHMICA, ki je na koncu prinesla uvedbo vseevropskih nadzornih ukrepov za to snov (glej okvir).

Nove droge: razvoj spretnosti odzivanja

Težave, povezane z novimi drogami, prinašajo vrsto novih izzivov za osebe, ki se prve odzivajo na težave uporabnikov. V nedavni analizi centra EMCDDA je bilo ugotovljeno, da se zdravstveni delavci v različnih okoljih (zdravljenje, preprečevanje in zmanjševanje škode) opirajo predvsem na poklicne izkušnje, pridobljene pri odzivanju na uveljavljene prepovedane droge, in na ukrepe, ki se uporabljajo v zvezi s tem. Med temi ukrepi so razširjanje izobraževalnega gradiva, zagotavljanje sterilne opreme za vbrižgavanje in simptomatična obravnava hujših nujnih primerov. Pogosto se z dokazi podprti ukrepi morda prilagodijo za obravnavo posebnih toksičnosti, da bi se upoštevale družbeno-kulturne značilnosti ogroženih skupin (npr. obiskovalci zabav, moški, ki imajo spolne odnose z moškimi) ali v odziv na posebna tvegana vedenja (npr. izboljššan dostop do brizg v odziv na veliko pogostost vbrižgavanja), ki se povezujejo z novimi psihoaktivnimi snovmi. V analizi je bila poudarjena tudi potreba po dejavnostih strokovnega usposabljanja, usmerjanja in krepitve usposobljenosti glede odzivanja na nove droge.

Poseben izziv je izvajanje ukrepov, usmerjenih v težko dosegljive skupine uporabnikov drog, ki imajo velike težave, povezane z novimi psihoaktivnimi snovmi, kot so moški, ki imajo spolne odnose z moškimi, ter brezdomci in zaporniki. Povečanje uporabe sintetičnih kanabinoidov med zaporniki v nekaterih državah vzbuja zaskrbljenost zaradi njihovega vpliva na duševno zdravje, močnih odtegnitvenih učinkov in vse višje ravni z njimi povezanega nasilja. Zdi se, da so večdisciplinarni odzivi in oblike sodelovanja, ki vključujejo različne izvajalce zdravstvenih storitev iz vseh okolij ukrepanja (npr. ambulant za spolno zdravje ali zaporov in centrov za zdravljenje odvisnosti od drog), pomemben vidik ustreznih zdravstvenih odzivov na težave, povezane z uporabo novih psihoaktivnih snovi v Evropi.

Ocena tveganja za MDMB-CHMICA

Julija 2016 je MDMB-CHMICA postal prvi sintetični kanabinoid, v zvezi s katerim je center EMCDDA izvedel oceno tveganja. V sistem EU za zgodnje opozarjanje ga je leta 2014 kot prva priglasila Madžarska, pozneje pa je bil odkrit v 23 državah članicah EU, Turčiji in na Norveškem. Ta snov je bila povezana z več kot 20 hudimi zastrupitvami in 28 smrtnimi primeri.

Na Kitajskem se proizvajajo velike količine MDMB-CHMICA v prahu, ki se nato uvozijo v Evropo, kjer se predelajo in zapakirajo v „rastlinske mešanice za kajenje“. Številni od neželenih dogodkov, ki jih povzročijo MDMB-CHMICA in drugi sintetični kanabinoidi, naj bi bili povezani z močnim učinkom teh snovi in neustreznimi proizvodnimi praksami. Iz dokazov je razvidno, da proizvajalci ugibajo količine snovi, ki jih uporabijo pri proizvodnji „mešanic za kajenje“. Poleg tega zaradi preprostih proizvodnih tehnik, ki se uporabljajo, snovi v proizvodu morda niso enakomerno porazdeljene. Zato lahko imajo nekateri vzorci višjo vsebnost snovi, kar pomeni večje odmerke ter večje tveganje hude zastrupitve in smrti.

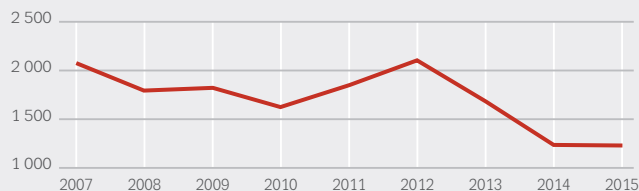
Kronične težave, povezane z drogami: manj okužb z virusom HIV, vendar lokalni izbruhi

Uporabniki drog, zlasti tisti, ki si drogo vbrižgavajo, so izpostavljeni tveganju okužbe z nalezljivimi boleznimi zaradi skupne uporabe pripomočkov za uporabo drog in nezaščitene spolne odnose. Vbrižgavanje drog ima še naprej osrednjo vlogo pri širjenju okužb, ki se prenašajo s krvjo, kot sta okužba z virusom hepatitisa C (HCV) in v nekaterih državah okužba z virusom humane imunske pomanjkljivosti (HIV). Leta 2015 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 1 233 novoodkritih okužb z virusom HIV pri osebah, ki so se okužile prek uporabe drog z vbrižgavanjem (slika 3.9), kar pomeni 5 % odkritih okužb, pri katerih je način prenosa okužbe znan. Ta delež je v zadnjem desetletju ostal majhen in ustaljen. Število novih okužb z virusom HIV med osebami, ki si drogo vbrižgavajo, se je v večini evropskih držav zmanjšalo, pri čemer je šlo za 41-odstotno vsesplošno zmanjšanje v obdobju 2007–2015. Vendar je uporaba drog z vbrižgavanjem v nekaterih državah še vedno pomemben način prenosa okužbe: leta 2015 je bila uporabi drog z vbrižgavanjem pripisana četrtina ali več novoodkritih primerov okužbe z virusom HIV v Litvi (34 %), Latviji (32 %), Luksemburgu (27 %) in Estoniji (25 %).

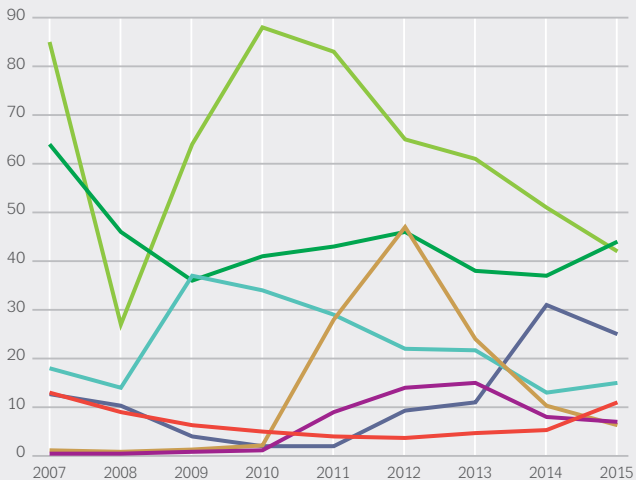
SLIKA 3.9

Novoodkriti primeri okužbe z virusom HIV, povezani z vbrizgavanjem drog: splošni in izbrani trendi ter najnovejši podatki

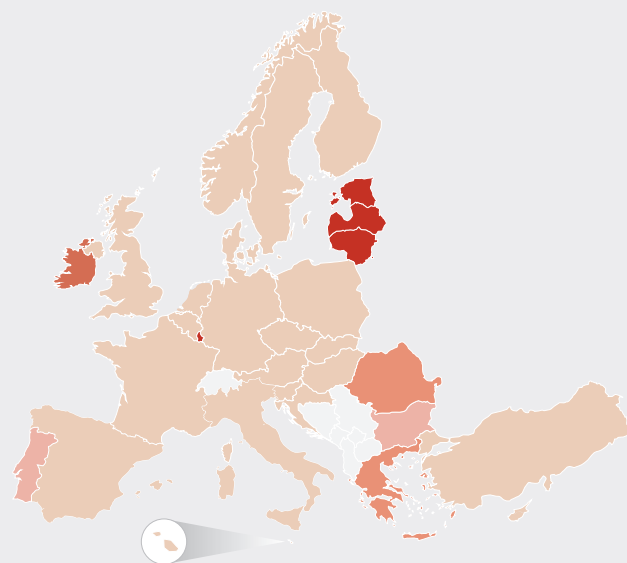
Primeri v Evropski uniji



Primeri na milijon prebivalcev



— Latvija — Estonija — Luksemburg — Litva
— Irska — Romunija — Grčija



Primeri na milijon prebivalcev

■ <3 ■ 3,1–6 ■ 6,1–9 ■ 9,1–12 ■ >12

Opomba: podatki za leto 2015 (vir: ECDC).

Medtem ko je v obdobju 2014–2015 večina držav poročala o zmanjšanju števila primerov okužbe z virusom HIV, povezanih z vbrizgavanjem, so Nemčija, Irska in Združeno kraljestvo poročali o povečanju zadevnega števila na ravni, kot še niso bile zabeležene v zadnjih sedmih ali osmih letih. Na Irskem in v Združenem kraljestvu je bilo to deloma povezano z izbruhi novih okužb z virusom HIV na lokalni ravni med osebami, ki si drogo vbrizgavajo. Leta 2014 je o izbruhu poročal tudi Luksemburg. Tem izbruhom okužb je bilo poleg visoke ravni marginalizacije skupno tudi povečanje vbrizgavanja stimulanov. Poleg tega se povečano tveganje prenosa okužbe povezuje z vbrizgavanjem stimulanov na spolnih zabavah (praksa, ki vključuje vbrizgavanje različnih snovi (angl. *slamming*) kot del spolnih zabav) v majhnih skupinah moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

Leta 2015 je bilo 14 % novih primerov aidsa, pri katerih je bil način prenosa okužbe znan, pripisanih uporabi drog z vbrizgavanjem. 479 prijav, povezanih z vbrizgavanjem, predstavlja nekaj več kot četrtino števila primerov, prijavljenih pred desetimi leti. O številnih primerih se je poročalo v Grčiji, Latviji in Romuniji, kjer je potrebna nadaljnja krepitev področij testiranja za virus HIV in zdravljenja okužb s tem virusom.

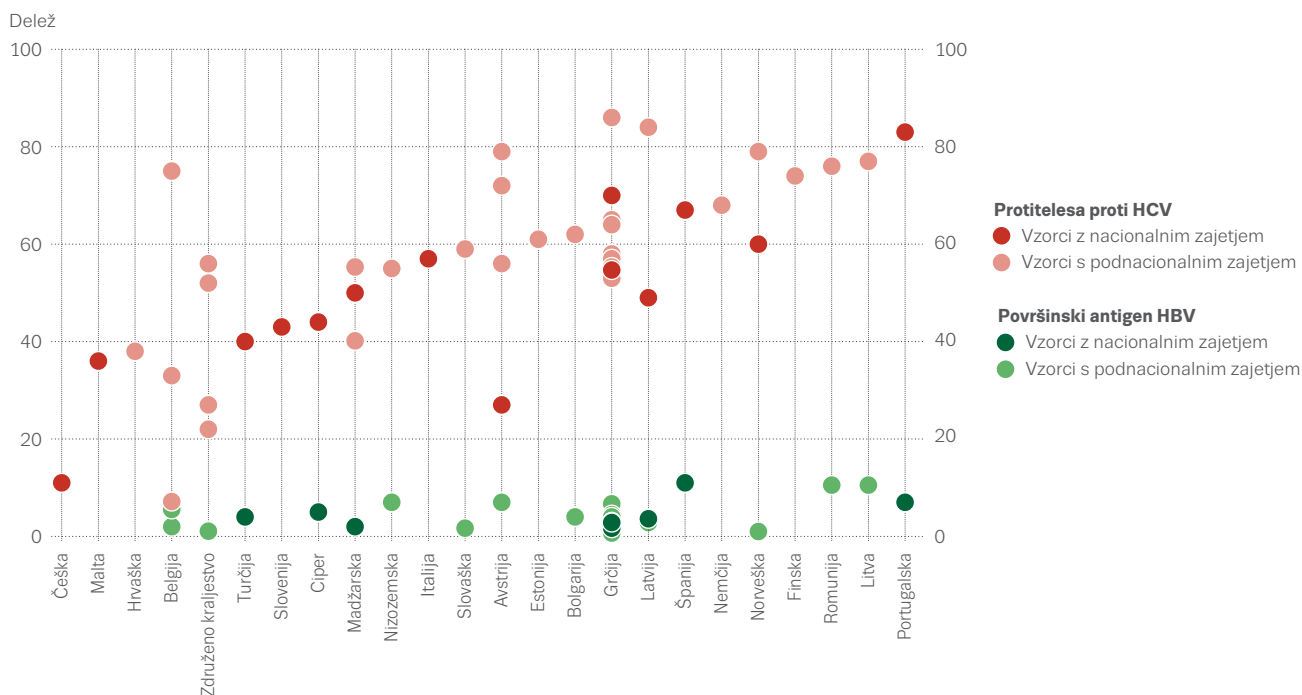
Razširjenost virusa HCV: razlike med državami

Virusni hepatitis in zlasti okužbe, ki jih povzroča virus hepatitisa C (HCV), so zelo razširjeni med injicirajočimi uporabniki drog v vsej Evropi. Od 100 oseb, okuženih z virusom HCV (pozitivnih na protitelesa), se bo v 75 do 80 primerih razvila kronična okužba. To ima pomembne dolgoročne posledice, saj je kronična okužba z virusom HCV, ki jo pogosto poslabša čezmerno uživanje alkohola, razlog za naraščajoče število smrtnih primerov in hudih bolezni jeter, vključno s cirozo in rakom jeter, med starajočo se populacijo rizičnih uporabnikov drog.

Število novih okužb z virusom HIV med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, se je zmanjšalo

SLIKA 3.10

Razširjenost protiteles proti HCV in površinskega antigena HBV med injicirajočimi uporabniki drog v obdobju 2014–2015



Raven razširjenosti protiteles proti virusu HCV, ki kaže na okužbo ali preteklo okužbo, v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog se je v letih 2014 in 2015 gibala med 16 % in 84 %, pri čemer je pet od trinajstih držav z nacionalnimi podatki poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (slika 3.10). Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2010–2015 so štiri države opazile upadajoč trend ravni razširjenosti protiteles proti HCV med injicirajočimi uporabniki drog, tri države pa so opazile povečanje razširjenosti.

Med uporabniki drog je okužba z virusom hepatitisa B (HBV) manj pogosta kot okužba z virusom HCV. Vendar v zvezi s tem virusom prisotnost površinskega antigena HBV kaže sedanjo okužbo, ki je lahko akutna ali kronična. V sedmih državah z nacionalnimi podatki se ocenjuje, da je z virusom HBV trenutno okuženih med 1,7 % in 11 % injicirajočih uporabnikov.

Vbrzgovanje drog je dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, pri čemer se je leta 2016 na Češkem, v Nemčiji in Luksemburgu poročalo o skupinskih primerih okužbe s hepatitisom A, povezanih z uporabo drog. Tudi v Nemčiji, na Norveškem in v Združenem kraljestvu so bili zabeleženi skupinski in občasni primeri botulizma ran med injicirajočimi uporabniki drog.

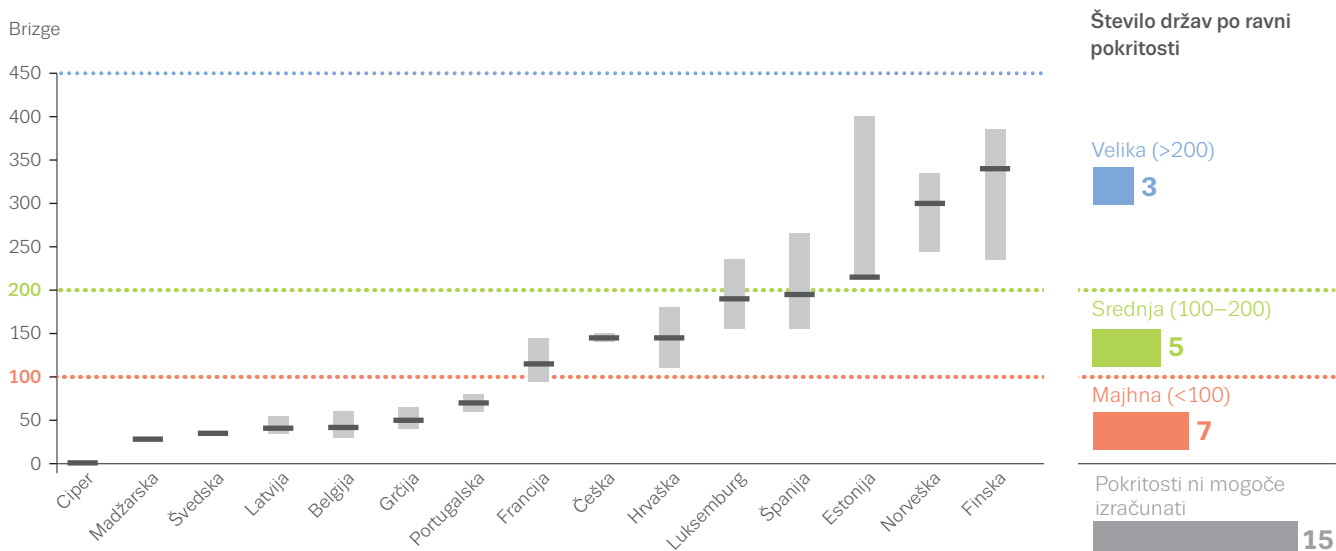
Nalezljive bolezni: preventivni ukrepi

Glavni pristopi, sprejeti za zmanjšanje nalezljivih bolezni, povezanih z drogo, med osebami, ki si drogo vbrzgovajo, vključujejo zagotavljanje nadomestnega zdravljenja z opiodi, sterilne opreme za vbrzgovanje, svetovanja o tveganem vedenju, povezanem z vbrzgovanjem, cepljenja proti hepatitisu B, testiranja na nalezljive bolezni, zdravljenja za osebe, okužene s hepatitisom, in zdravljenja za osebe, okužene z virusom HIV.

V primeru injicirajočih uporabnikov opioidov nadomestno zdravljenje znatno zmanjšuje tveganje za okužbo, pri čemer nekatere analize kažejo povečanje zaščitnega učinka, kadar gre za kombinacijo visoke stopnje razširjenosti zdravljenja in obsežnega razdeljevanja injekcijskih brizg. Dokazi kažejo, da programi zamenjave injekcijskih igel in brizg učinkovito zmanjšujejo prenašanje okužb z virusom HIV med osebami, ki si drogo vbrzgovajo. Čista oprema za vbrzgovanje je na specializiranih mestih brezplačno na voljo v vseh 30 državah, ki jih spremlja center EMCDDA, razen v Turčiji. Vendar so med državami velike razlike glede geografske razporeditve mest za razdeljevanje brizg in zajičenja ciljne populacije z zadevnim ukrepom (slika 3.11). Informacije o razdeljevanju brizg v okviru specializiranih programov je predložilo 25 držav, ki

SLIKA 3.11

Razširjenost specializiranih programov zamenjave brizg: število brizg, zagotovljenih na injicirajočega uporabnika droguživalca drog



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

skupaj poročajo, da je bilo v obdobju 2014–2015 razdeljenih več kot 52 milijonov brizg. Ta številka je bistveno manjša od dejanske, saj več večjih držav, kot so Nemčija, Italija in Združeno kraljestvo, ne sporoči popolnih nacionalnih podatkov o razdeljevanju brizg.

Vzpostavljanje povezav med službami za zdravljenje odvisnosti od drog in službami za spolno zdravje je lahko zlasti pomembno za učinkovito odzivanje na težave, povezane z vbrizgavanjem stimulansov pri moških, ki imajo spolne odnose z moškimi. Pomembni preventivni ukrepi za to skupino vključujejo testiranje na okužbe in njihovo zdravljenje, zdravstveno vzgojo in razdeljevanje preventivne opreme, vključno s kondomi in sterilno opremo za vbrizgavanje. Pri preprečevanju spolno prenosljivih okužb z virusom HIV med najbolj ogroženimi populaciji je lahko dodaten preventivni ukrep predekspozicijska profilaksa.

Izboljšanje zgodnjega odkritja okužbe z virusom HIV: razširjene možnosti testiranja

Pozno odkritje okužbe z virusom HIV – ko je okužba že začela škodovati imunskemu sistemu – je posebna težava v zvezi z osebami, ki si drogo vbrizgavajo. Leta 2015 je bilo pozno odkritih 58 % novoprijavljenih primerov prenosa, povezanih z vbrizgavanjem. To je v skladu s povprečjem EU glede pozno odkritih okužb za vse načine prenosa, ki znaša 47 %. Pozno odkritje okužbe z virusom HIV se povezuje z večjim deležem obolevnosti in smrtnih primerov ter zamudami pri začetku protiretrovirusnega zdravljenja. Vodilo „testiraj in zdravi“ za okužbe z virusom HIV, na podlagi katere se protiretrovirusno zdravljenje začne takoj po odkritju okužbe z virusom HIV, pomeni zmanjšanje prenosa in je zlasti pomembno med skupinami z bolj rizičnim vedenjem, kot so osebe, ki si drogo vbrizgavajo. Zgodnje odkritje okužbe in začetek protiretrovirusnega zdravljenja okuženim osebom omogočata običajno pričakovano življenjsko dobo.

Službe za zdravljenje odvisnosti od drog na ravni skupnosti in službe za izvajanje programov za zmanjševanje škode v številnih državah zagotavljajo in razširjajo možnosti za testiranje na okužbo z virusom HIV, da bi se povečali vključitev v testiranje in zgodnejše odkritje okužb. Minimalni standardi kakovosti EU spodbujajo prostovoljno testiranje na nalezljive bolezni, ki se prenašajo s krvjo, pri agencijah na ravni skupnosti skupaj s svetovanjem o tveganem vedenju in zagotavljanjem pomoči za obvladovanje bolezni. Vendar stigmatizacija in marginalizacija uporabnikov drog ostajata pomembni oviri za vključitev v testiranje in zdravljenje.

Zdravljenje okužbe z virusom HCV: učinkovitejša zdravila

Glede na to, da so okužbe z virusom HCV v Evropi zelo razširjene med osebami, ki si drogo vbrizgavajo, so ključna ciljna skupina za testiranje in zdravljenje, da se preprečijo napredovanje bolezni jeter in smrtni primeri. Poleg tega je zmanjšanje števila oseb, ki so lahko prenašalci okužbe, z zagotavljanjem zdravljenja okužbe z virusom HCV ključni del celovitega preventivnega odziva. V skladu z evropskimi kliničnimi smernicami je treba vse paciente s kronično boleznijo jeter, ki je posledica okužbe z virusom HCV, vključiti v zdravljenje. Poleg tega naj bi se v skladu z njimi takoj začeli zdraviti posamezniki, pri katerih obstaja tveganje prenosa okužbe z virusom (vključno z aktivnimi injicirajočimi uporabniki drog), uporabnikom drog pa naj bi se zagotavljalo zdravljenje okužbe z virusom HCV posamično in v večdisciplinarnem okolju.

Od leta 2013 postajajo temelj zdravljenja okužb z virusom HCV učinkoviti in povsem peroralni režimi zdravljenja brez interferona s protivirusnimi zdravili z neposrednim delovanjem, ki jih bolniki bolje prenašajo. Poleg tega se lahko zdravljenje s temi zdravili zagotavlja v okviru specialističnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog na ravni skupnosti, kar lahko poveča število vključitev v zdravljenje in njegovo razpoložljivost. Številne evropske države sprejemajo nove strategije za preprečevanje okužb z virusnim hepatitisom, posodabljaajo smernice za zdravljenje ter izboljšujejo testiranje na okužbo z virusom HCV in povezavo z oskrbo. Vendar izzivi ostajajo, na primer nizke stopnje testiranja, nejasni načini napotitve in zdravljenja v številnih državah ter visok strošek novih zdravil.

Uporaba drog je znan vzrok umrljivosti med odraslimi v Evropi, ki se ji je mogoče izogniti

Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: nedavno povečanje števila teh primerov

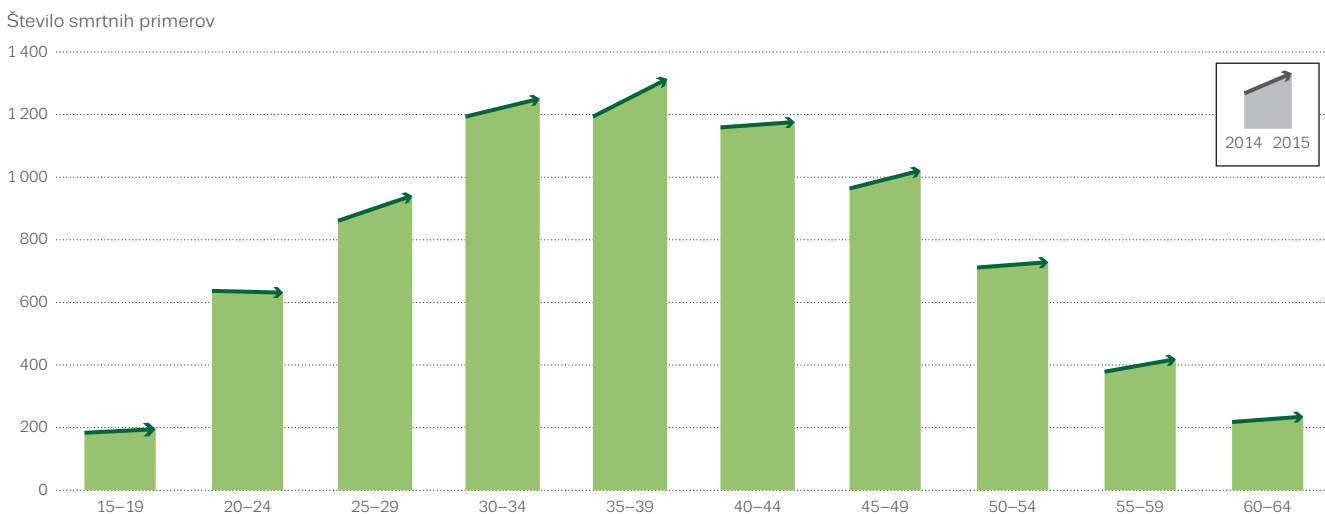
Uporaba drog je znan vzrok umrljivosti med odraslimi v Evropi, ki se ji je mogoče izogniti. Študije o kohortah rizičnih uporabnikov drog na splošno kažejo skupne ravni umrljivosti med 1 % in 2 % letno. Na splošno je pri uporabnikih opioidov v Evropi od pet- do desetkrat večja verjetnost smrti kot pri njihovih vrstnikih iste starosti in istega spola. Povečana raven umrljivosti med uporabniki opioidov je predvsem posledica prevelikih odmerkov, vendar so pomemben dejavnik tudi drugi, z uporabo droge posredno povezani vzroki smrti, kot so okužbe, nesreče, nasilje in samomori. Pogoste so bolezni, za katera so značilna nakopičena in medsebojno povezana bolezenska stanja. Pogoste so kronične pljučne bolezni in bolezni jeter ter srčno-žilne težave, ki predstavljajo povečan delež smrtnih primerov med starejšimi in kroničnimi uporabniki drog.

V Evropi je prevelik odmerek drog še vedno glavni vzrok smrti med rizičnimi uporabniki drog, tri četrtine žrtev prevelikega odmerka pa je moških (78 %). Podatke o prevelikih odmerkih, zlasti skupne vrednosti za Evropo, je treba razlagati previdno, med drugim zaradi sistematičnega neprijavljanja v nekaterih državah in prijavnih postopkov, ki povzročajo zamude pri prijavljanju. Letne ocene zato predstavljajo začasno najnižjo vrednost.

Ocenjuje se, da je bilo v Evropski uniji leta 2015 vsaj 7 585 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, povezanih z vsaj eno prepovedano drogo. Če se upoštevata Norveška in Turčija, se ta številka po ocenah poveča na 8 441 smrtnih primerov, kar pomeni 6-odstotno povečanje s popravljenimi številke za leto 2014, ki znaša 7 950 primerov, pri čemer se o povečanju poroča v skoraj vseh starostnih skupinah (slika 3.12). Združeno kraljestvo (31 %) in Nemčija (15 %) podobno kot v prejšnjih letih skupaj predstavljata približno polovico celotnega števila za Evropo. To se deloma nanaša na velikost ogroženih skupin v teh državah, vendar tudi na nezadostno poročanje v nekaterih drugih državah. Če se osredotočimo na države z razmeroma zanesljivimi sistemi poročanja, je iz revidiranih podatkov za leto 2014 razvidno povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Španiji, medtem ko se je povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, o katerem sta leta 2014 poročala Litva in Združeno kraljestvo, nadaljevalo tudi v letu 2015, pri čemer o povečanju zdaj poročata tudi Nemčija in Nizozemska. Nadaljnje povečanje je mogoče opaziti tudi na Švedskem, čeprav je to morda delno posledica združenih učinkov sprememb v preiskovanju, šifriranju in poročevalskih praksah. Turčija še naprej poroča o povečanju, vendar se zdi, da je to predvsem posledica izboljšane zbiranja in sporočanja podatkov.

SLIKA 3.12

Število smrtnih primerov zaradi drog, prijavljenih v Evropi v letih 2014 in 2015, po starostni skupini



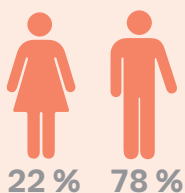
V skladu s staranjem populacije uporabnikov opioidov v Evropi, pri kateri je tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka drog največje, se je število sporočenih smrtnih primerov v obdobju 2007–2015 zaradi prevelikega odmerka v starejših starostnih skupinah povečalo, medtem ko se je v mlajših starostnih skupinah zmanjšalo. Vendar so bili uporabniki v 10 % primerov, ko se je poročalo o prevelikem odmerku, mlajši od 25 let, poleg tega pa se je nedavno v več državah nekoliko povečalo število sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka med osebami, mlajšimi od 25 let, med drugim na Švedskem in v Turčiji.

Smrtni primeri, povezani z opiodi, prispevajo k splošnemu povečanju

Heroin ali njegovi presnovki, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi, so prisotni pri večini prijavljenih prevelikih odmerkov v Evropi, ki se končajo s smrtjo. Iz najnovejših podatkov je razvidno povečanje števila s heroinom povezanih smrtnih primerov v Evropi, zlasti v Združenem kraljestvu. V Angliji in Walesu je bil heroin ali morfij naveden v 1 200 smrtnih primerih, evidentiranih v letu 2015, kar pomeni 26-odstotno povečanje glede na prejšnje leto in 57-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2013. Število smrtnih primerov, povezanih s

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

Značilnosti



Povprečna starost ob smrti

38

Smrtni primeri, pri katerih so bili prisotni opiodi



Starost ob smrti

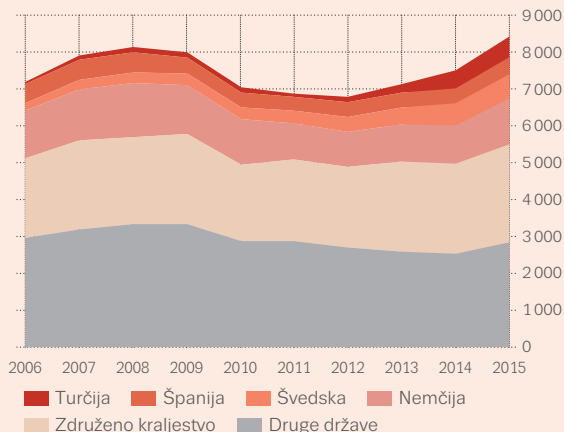


Število smrtnih primerov

7 585 EU

8 441 EU + 2

Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško.

heroinom, se je povečalo tudi na Škotskem (Združeno kraljestvo), Irskem in v Turčiji. V toksikoloških poročilih je mogoče pogosto zaslediti tudi druge opioide. Te snovi, predvsem metadon in buprenorfin, pa tudi fentanili in tramadol, se v nekaterih državah povezujejo s precejšnjim deležem smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. Glede na najnovejše podatke je število evidentiranih smrtnih primerov, povezanih z metadonom, preseгло število s heroinom povezanih smrtnih primerov na Hrvaškem, Danskem, v Franciji in na Irskem.

Stimulansi, kot so kokain, amfetamini, MDMA in katinoni, so povezani z manjšim številom smrtnih primerov v Evropi, čeprav se njihov pomen med državami razlikuje. V Združenem kraljestvu (Anglija in Wales) se je število smrtnih primerov, povezanih s kokainom, s 169 leta 2013 povečalo na 320 leta 2015, čeprav naj bi bili številni od njih domnevno preveliki odmerki heroina med osebami, ki so uporabljale tudi crack. V Španiji, kjer se število s kokainom povezanih smrtnih primerov že nekaj let ni spreminjalo, je bila leta 2014 to še vedno druga najpogostejše navedena prepovedana droga pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka (269 primerov). Leta 2015 so s stimulansi povezani smrtni primeri v Turčiji vključevali 56 primerov, povezanih s kokainom, 206 primerov, povezanih z amfetamini, in 166 primerov, povezanih z MDMA (od tega jih je bilo 62 pripisanih izključni uporabi MDMA). Sintetični kanabinoidi so bili navedeni v 137 primerih v Turčiji, od tega jih je bilo 63 pripisanih izključno uporabi teh drog.

Stopnje umrljivosti so najvišje v severni Evropi

Za leto 2015 se stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 20,3 smrtnega primera na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Stopnja med moškimi (32,3 primera na milijon moških) je skoraj štirikrat višja od stopnje med ženskami (8,4 primera na milijon žensk). Stopnje umrljivosti zaradi prevelikega odmerka so med moškimi najvišje v starostni skupini 35–39 let, med ženskami pa v starostni skupini 30–34 let. Povprečna

starost ob smrti je nižja med moškimi, in sicer 38 let v primerjavi z 41 let med ženskami. Nacionalne ravni umrljivosti in trendi se zelo razlikujejo (slika 3.13), nanje pa vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uporabe drog ter nacionalne prakse poročanja, evidentiranja informacij in šifriranja primerov prevelikega odmerka v nacionalnih podatkovnih zbirkah o umrljivosti. Glede na najnovejše razpoložljive podatke je o stopnji, ki presega 40 smrtnih primerov na milijon prebivalcev, poročalo osem severnoevropskih držav, pri čemer je ta stopnja najvišja v Estoniji (103 na milijon prebivalcev), na Švedskem (100 na milijon prebivalcev), Norveškem (76 na milijon prebivalcev) in Irskem (71 na milijon prebivalcev) (slika 3.13).

Preprečevanje prevelikih odmerkov in z drogami povezanih smrtnih primerov

Zmanjševanje smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog in drugih z drogami povezanih smrtnih primerov je velik izziv na področju javnega zdravja v Evropi. Ciljno usmerjeni odzivi na tem področju se osredotočajo na preprečevanje pojava prevelikih odmerkov ali izboljšanje verjetnosti preživetja v primeru prevelikega odmerka.

Iz metaanalize opazovalnih študij je razvidno, da nadomestno zdravljenje z metadonom učinkovito zmanjšuje število smrtnih primerov (zaradi prevelikega odmerka in vseh vzrokov) med odvisniki od opioidov. Stopnja umrljivosti uporabnikov, vključenih v zdravljenje z metadonom, je pomenila manj kot tretjino pričakovane stopnje umrljivosti uporabnikov opioidov, ki so zaključili zdravljenje. Analiza tveganja smrti v različnih fazah zdravljenja kaže potrebo po osredotočenosti ukrepov na začetku zdravljenja (v prvih štirih tednih, zlasti pri zdravljenju z metadonom) in po njegovem zaključku. Po zaključenem zdravljenju se prvi štirje tedni povezujejo z večjim tveganjem prevelikega odmerka. To pomeni, da so pacienti, ki se pogosto vključijo v zdravljenje in ga prekinejo, še posebno izpostavljeni tveganju prevelikega odmerka.

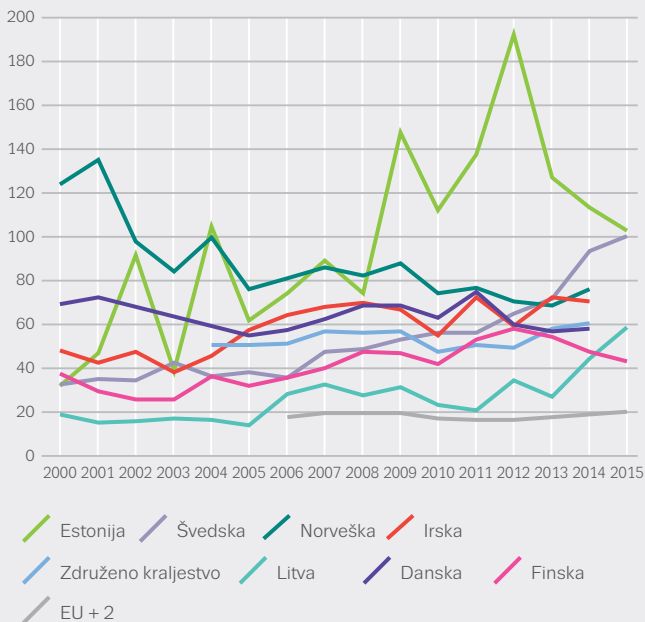
Nadzorovani prostori za uporabo drog so namenjeni preprečevanju prevelikih odmerkov in zagotavljanju strokovne pomoči, kadar se pojavijo. Taki prostori, skupaj jih je 78, so trenutno na voljo v šestih državah članicah EU in na Norveškem. Leta 2016 sta bili v Franciji odprti dve varni sobi za uporabo drog za poskusno šestletno obdobje, novi prostori pa so bili na voljo tudi na Danskem in Norveškem.

Pacienti, ki se pogosto vključijo v zdravljenje in ga prekinejo, so še posebno izpostavljeni tveganju prevelikega odmerka

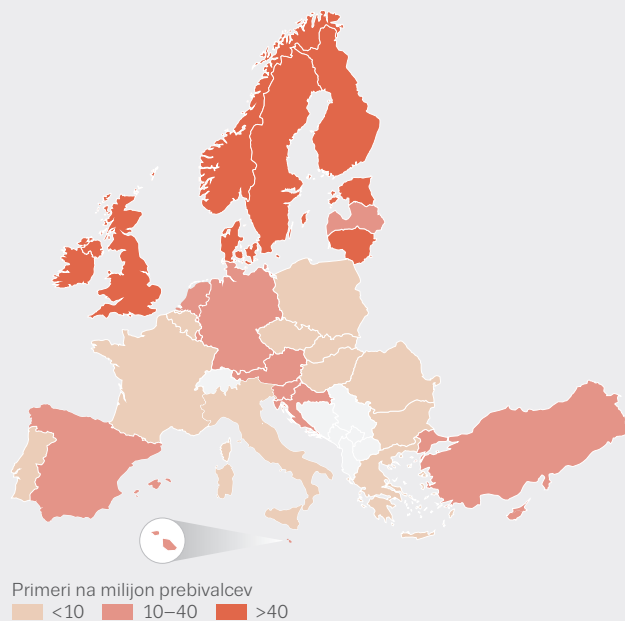
SLIKA 3.13

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

Primeri na milijon prebivalcev



Opomba: trendi v osmih državah, ki so v letih 2015 in 2014 poročale o najvišjih vrednostih, in splošni evropski trend. EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško.



Primeri na milijon prebivalcev
 <10 10–40 >40

Nalokson: razvijajo se novi proizvodi

Zdravilo nalokson je antagonist opioidov, ki lahko prepreči prevelik odmerek, uporabljajo pa ga oddelki za nujno medicinsko pomoč in reševalno osebje. V zadnjih letih se je poleg usposabljanja o prepoznavanju pojava prevelikega odmerka in odzivanju nanj povečal obseg zagotavljanja naloksona za domačo uporabo uporabnikom opioidov, njihovim partnerjem, prijateljem in družinam. Nalokson je zdaj za uporabo na voljo tudi osebju služb, ki so redno v stiku z uporabniki drog. Programi na podlagi naloksona za domačo uporabo so trenutno na voljo v desetih evropskih državah. Kompleti naloksona, ki jih zagotavljajo službe za zdravljenje odvisnosti in zdravstvene službe, navadno vključujejo brizge, predhodno napolnjene z zdravilom, čeprav je na Danskem in Norveškem ob uporabi posebnega pripomočka mogoča tudi nazalna uporaba. V

Franciji je bilo za novo formulacijo tega zdravila za nazalno uporabo izdano začasno dovoljenje za uporabo. V Estoniji se je zagotavljanje naloksona za domačo uporabo od leta 2013 na ravni skupnosti krepilo, pri čemer se je leta 2015 razširilo na zapore. Pri nedavnem sistematičnem pregledu učinkovitosti naloksona za domačo uporabo je bilo dokazano, da njegovo zagotavljanje skupaj z ukrepi na področju izobraževanja in usposabljanja prispeva k zmanjšanju umrljivosti, povezane s prevelikimi odmerki. To lahko koristi zlasti nekaterim populacijam z večjim tveganjem prevelikega odmerka, kot so osebe, ki so bile nedavno izpuščene iz zapora, pri čemer je bilo v oceni nacionalnega programa na podlagi naloksona v Združenem kraljestvu (Škotska) ugotovljeno, da je povezan z bistvenim zmanjšanjem deleža z opiodi povezanih smrtnih primerov v prvem mesecu po izpustu iz zapora.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2017

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Country Drug Reports 2017.

Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations.

2016

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe — update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Health responses to new psychoactive substances.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

2015

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2014

Treatment for cocaine dependence — reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

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

2011

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

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

Priloga

Nacionalni podatki o ocenah razširjenosti uporabe drog, vključno s problematično uporabo opioidov, nadomestnim zdravljenjem, skupnim številom uporabnikov, vključenih v zdravljenje, podatki o začetku zdravljenja, uporabo drog z vbrizgavanjem, smrtnimi primeri zaradi drog, nalezljivimi boleznimi, povezanimi z drogo, razdeljevanjem brizg in zasegi. Podatki so povzeti iz obširnejših podatkov iz **Statističnega biltena 2017 centra EMCDDA, v katerem je mogoče najti opombe in metapodatke. Navedena so leta, na katera se podatki nanašajo.**

PREGLEDNICA A1

OPIOIDI

Država	Oцена zelo tvegane uporabe opioidov		Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom						Uporabniki na nadomestnem zdravljenju
			Uporabniki storitev zdravljenja zaradi opioidov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi opioidov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)			
			Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	
Leto ocene	Primerov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	število	
Belgija	–	–	27,7 (3 234)	10,3 (411)	37,4 (2 773)	14 (409)	8,3 (31)	14,9 (374)	16 681
Bolgarija	–	–	84,8 (1 530)	64,5 (207)	96 (932)	73 (772)	69,9 (116)	75,5 (580)	3 423
Češka	2015	1,8–1,9	17 (1 720)	7 (333)	25,9 (1 387)	82,6 (1 412)	79,8 (264)	83,2 (1 148)	4 000
Danska	–	–	13 (613)	5,5 (124)	20,6 (472)	26,6 (121)	10,5 (11)	31,4 (108)	6 268
Nemčija	2014	2,7–3,3	32,9 (28 669)	13,3 (3 552)	41,4 (25 117)	32,6 (11 392)	29,4 (1 549)	33,2 (9 843)	77 200
Estonija	–	–	93,3 (263)	87,3 (55)	95 (153)	70,7 (183)	67,3 (37)	82,2 (125)	1 166
Irska	–	–	47,6 (4 515)	25,9 (971)	62,4 (3 403)	38,2 (1 672)	30,9 (293)	39,9 (1 318)	9 917
Grčija	2015	2,1–2,8	69,8 (2 836)	52,9 (834)	80,8 (1 984)	32,4 (914)	26,6 (221)	34,9 (690)	10 082
Španija	2014	1,6–2,6	24,6 (12 032)	10,5 (2 486)	42,9 (8 056)	13,7 (1 568)	7,4 (178)	15,2 (1 173)	61 859
Francija	2013–14	4,4–7,4	28 (13 744)	15 (2 378)	48,9 (8 310)	18,5 (2 150)	12,3 (263)	21,1 (1 505)	168 840
Hrvaška	2015	2,5–4,0	81,3 (6 124)	20,8 (176)	89,1 (5 917)	72,1 (4 377)	36,5 (62)	73,2 (4 299)	5 061
Italija	2015	4,6–5,9	53,3 (25 144)	38,8 (8 040)	64,6 (17 104)	50,8 (10 620)	39,5 (2 521)	55,8 (8 099)	60 047
Ciper	2015	1,9–3,2	25,7 (205)	11,5 (50)	44,2 (142)	48 (97)	46 (23)	48,9 (68)	252
Latvija	2014	3,4–7,5	53,5 (402)	32,7 (128)	76,1 (274)	92,3 (370)	82,8 (106)	96,7 (264)	609
Litva	2007	2,3–2,4	89 (2 268)	66,1 (261)	94 (1 991)	87,2 (1 970)	89,3 (233)	87 (1 724)	596
Luksemburg	2007	5–7,6	56,2 (163)	25 (6)	57,9 (125)	43 (68)	16,7 (1)	42,7 (53)	1 078
Madžarska	2010–11	0,4–0,5	3,6 (156)	1,6 (46)	8,4 (93)	53,5 (77)	48,9 (22)	56 (51)	669
Malta	2015	5,6–6,5	73,2 (1 296)	28,7 (66)	79,8 (1 230)	61,9 (760)	43,9 (25)	62,8 (735)	1 026
Nizozemska	2012	1,1–1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Avstrija	2015	5,3–5,6	55,4 (2 016)	26,9 (351)	71,4 (1 665)	32,3 (516)	23 (73)	34,5 (443)	17 599
Poljska	2014	0,4–0,7	16,3 (1 465)	4,8 (208)	27,6 (1 224)	62,1 (902)	40,8 (84)	65,6 (800)	2 564
Portugalska	2012	4,2–5,5	49,2 (1 357)	28,9 (458)	76,8 (899)	16,6 (209)	9,9 (40)	19,8 (169)	17 011
Romunija	–	–	32,6 (1 057)	17,3 (360)	66,3 (686)	88,2 (834)	85,6 (286)	90 (543)	547
Slovenija	2015	3,4–4,1	74,7 (236)	42 (37)	87,7 (199)	44,5 (105)	24,3 (9)	48,2 (96)	3 261
Slovaška	2008	1,0–2,5	24,1 (602)	14,8 (179)	33,6 (414)	68,5 (402)	51,4 (91)	75,7 (305)	600
Finska	2012	3,8–4,5	51,7 (339)	38,3 (106)	61,5 (233)	73,3 (247)	65,7 (69)	76,7 (178)	3 000
Švedska (*)	–	–	25,2 (8 907)	16,8 (2 101)	29,5 (6 562)	–	–	–	3 679
Združeno kraljestvo	2010–11	7,9–8,4	49,7 (59 763)	21,7 (8 595)	63,5 (50 984)	31,8 (13 125)	17,5 (929)	34 (12 139)	142 085
Turčija	2011	0,2–0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	12 500
Norveška (†)	2013	2,0–4,2	17 (1 005)	–	–	–	–	–	7 498
Evropska unija	–	–	37,6 (181 918)	18,3 (32 921)	51,4 (143 189)	36,6 (55 311)	28,2 (7 550)	39 (46 856)	626 541
EU, Turčija in Norveška	–	–	38,2 (190 996)	19,8 (36 548)	52 (147 635)	36 (57 305)	26,7 (8 111)	38,8 (48 289)	646 539

Podatki o uporabnikih, vključenih v nadomestno zdravljenje, so za leto 2015 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Danska, Finska, Nizozemska in Španija, 2014; Turčija, 2011.

(*) Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti prvič, in osebah, ki so se že zdravile, so na voljo le za dva od treh virov podatkov, ki so na voljo na Švedskem, zato niso primerljivi s podatki o vseh osebah, ki se začnejo zdraviti.

(†) Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi težav, povezanih z opiodi, je najnižja vrednost, ki ne zajema uporabnikov storitev zdravljenja zaradi opioidov, evidentiranih kot uporabnikov več drog hkrati.

PREGLEDNICA A2

KOKAIN

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi kokaina kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
		%	%	%						
Belgija ⁽¹⁾	2013	–	0,9	3	18,9 (2 207)	18,9 (756)	18,9 (1 401)	6,5 (125)	1,1 (7)	9,4 (116)
Bolgarija	2012	0,9	0,3	5	1,6 (29)	6,5 (21)	0,8 (8)	7,1 (2)	0 (0)	25 (2)
Češka	2015	1,8	0,3	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska	2013	5,2	2,4	2	5,5 (260)	5,9 (134)	5,4 (124)	3,9 (8)	–	8,6 (8)
Nemčija ⁽³⁾	2015	3,8	1,2	3	6 (5 209)	5,6 (1 494)	6,1 (3 715)	17,1 (2 843)	8,8 (353)	19,7 (2 490)
Estonija	2008	–	1,3	1	0,7 (2)	–	1,2 (2)	50 (1)	–	50 (1)
Irska	2015	7,8	2,9	3	10,5 (996)	13,7 (513)	8,4 (457)	0,8 (8)	0,2 (1)	1,6 (7)
Grčija	–	–	–	1	6,6 (269)	8,9 (141)	5,2 (128)	11,6 (31)	4,3 (6)	19,5 (25)
Španija	2015	9,1	3,0	2	36,5 (17 864)	34,8 (8 234)	37 (6 954)	1,3 (224)	0,7 (56)	2,1 (141)
Francija	2014	5,4	2,4	4	6,1 (3 013)	6,1 (963)	8,1 (1 369)	10,2 (269)	3,6 (32)	16,5 (198)
Hrvaška	2015	2,7	1,6	2	1,4 (104)	2,8 (24)	1,2 (80)	2 (2)	–	2,5 (2)
Italija	2014	7,6	1,8	3	25,3 (11 935)	30,4 (6 296)	21,3 (5 639)	4,2 (479)	2,6 (159)	5,9 (320)
Ciper	2016	1,4	0,4	3	10 (80)	8,3 (36)	11,8 (38)	5,1 (4)	0 (0)	7,9 (3)
Latvija	2015	1,5	1,2	2	1,2 (9)	1,8 (7)	0,6 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2012	0,9	0,3	2	0,6 (15)	1,8 (7)	0,3 (7)	13,3 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)
Luksemburg	–	–	–	–	19 (55)	16,7 (4)	20,4 (44)	44,4 (24)	–	50 (22)
Madžarska ⁽³⁾	2015	1,2	0,9	2	2,3 (99)	2,5 (75)	1,7 (19)	5,2 (5)	1,4 (1)	15,8 (3)
Malta	2013	0,5	–	3	15,9 (281)	39,6 (91)	12,3 (190)	17,6 (45)	8,1 (7)	22,4 (38)
Nizozemska	2015	5,1	3,6	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Avstrija	2015	3	0,4	2	7,1 (258)	9,6 (125)	5,7 (133)	6,3 (15)	0,8 (1)	11,6 (14)
Poljska	2014	1,3	0,4	4	2,1 (189)	1,9 (83)	2,3 (101)	2,2 (4)	1,3 (1)	3 (3)
Portugalska	2012	1,2	0,4	2	12 (331)	15,1 (239)	7,9 (92)	4,4 (13)	2,3 (5)	9,6 (8)
Romunija	2013	0,8	0,2	3	0,6 (19)	0,9 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovenija	2012	2,1	1,2	2	4,1 (13)	9,1 (8)	2,2 (5)	23,1 (3)	0 (0)	60 (3)
Slovaška	2015	0,7	0,3	2	0,8 (19)	0,7 (9)	0,7 (9)	5,9 (1)	–	12,5 (1)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Švedska ^(4,5)	2013	–	1,2	2	0,9 (318)	1,7 (211)	0,5 (103)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Združeno kraljestvo ^(2,4)	2015	9,7	4,0	2	13,9 (16 673)	17,2 (6 830)	12,2 (9 806)	1,5 (168)	0,4 (18)	2,3 (146)
Turčija	2011	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	–	–	–
Norveška ⁽⁴⁾	2015	4,2	2,2	1	1,4 (83)	–	–	–	–	–
Evropska unija	–	5,2	1,9	–	13 (62 949)	15,4 (27 688)	11,4 (31 759)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	12,6 (63 230)	15 (27 767)	11,2 (31 878)	6,5 (4 281)	2,4 (649)	10 (3 556)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD. Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

⁽¹⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Flandrijo.

⁽²⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

⁽³⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

⁽⁴⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

⁽⁵⁾ Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti prvič, in osebah, ki so se že zdravile, so na voljo le za dva od treh virov podatkov, ki so na voljo na Švedskem, zato niso primerljivi s podatki o vseh osebah, ki se začnejo zdraviti.

PREGLEDNICA A3

AMFETAMINI

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi amfetaminov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi amfetaminov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	
Belgija (1)	2013	–	0,5	2	9,9 (1 160)	8,6 (345)	10,7 (794)	13,5 (130)	3,9 (11)	17,8 (118)
Bolgarija	2012	1,2	1,3	6	4,7 (84)	15,9 (51)	1,6 (16)	2 (1)	0 (0)	0 (0)
Češka	2015	4,4	2,2	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danska	2013	6,6	1,4	1	6,6 (311)	6,2 (140)	7,1 (163)	4 (11)	1,7 (2)	6,2 (9)
Nemčija (3,4)	2015	3,6	1,9	4	16,8 (14 646)	19,3 (5 134)	15,7 (9 512)	2,2 (719)	1,5 (168)	2,5 (551)
Estonija	2008	–	2,5	2	2,1 (6)	3,2 (2)	2,5 (4)	66,7 (4)	100 (2)	50 (2)
Irska	2015	4,1	0,6	3	0,6 (59)	0,9 (33)	0,4 (24)	3,4 (2)	3 (1)	4,2 (1)
Grčija	–	–	–	2	0,4 (18)	0,4 (7)	0,4 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Španija	2015	3,6	1,0	1	1,3 (655)	1,6 (385)	1,1 (209)	0,9 (6)	1,1 (4)	0,5 (1)
Francija	2014	2,2	0,7	2	0,5 (264)	0,5 (84)	0,6 (108)	11,6 (26)	14,9 (11)	15,6 (15)
Hrvaška	2015	3,5	2,3	3	1,4 (102)	2,7 (23)	1,1 (74)	–	–	–
Italija	2014	2,8	0,6	2	0,2 (91)	0,3 (59)	0,1 (32)	5,2 (4)	6,4 (3)	3,3 (1)
Ciper	2016	0,5	0,1	3	4,9 (39)	3,9 (17)	5,6 (18)	2,6 (1)	5,9 (1)	0 (0)
Latvija	2015	1,9	0,7	3	16,2 (122)	21,5 (84)	10,6 (38)	67,5 (81)	62,2 (51)	78,9 (30)
Litva	2012	1,2	0,5	1	2,5 (63)	7,1 (28)	1,5 (31)	26,7 (16)	3,7 (1)	45,2 (14)
Luksemburg	–	–	–	–	0,3 (1)	–	0,5 (1)	–	–	–
Madžarska (4)	2015	1,7	1,4	3	11,4 (489)	12 (354)	8,9 (98)	9,6 (46)	5,7 (20)	23,7 (23)
Malta	2013	0,3	–	2	0,3 (5)	0,4 (1)	0,3 (4)	20 (1)	–	25 (1)
Nizozemska	2015	4,7	3,1	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Avstrija	2015	2,2	0,9	3	4,8 (174)	5,7 (75)	4,2 (99)	3,8 (6)	2,9 (2)	4,3 (4)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	24,3 (2 194)	25,4 (1 091)	23,8 (1 056)	3,7 (80)	1,7 (18)	5,8 (60)
Portugalska	2012	0,5	0,1	1	0,1 (4)	0,3 (4)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romunija	2013	0,3	0,1	1	0,4 (12)	0,3 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	0,9	0,8	1	1,3 (4)	4,5 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–
Slovaška	2015	1,4	0,8	1	45,2 (1 132)	44,7 (539)	45,4 (559)	28,7 (315)	24,3 (129)	34 (183)
Finska	2014	3,4	2,4	1	15,2 (100)	16,2 (45)	14,5 (55)	77,6 (76)	62,8 (27)	89,1 (49)
Švedska (3,5,6)	2013	–	1,3	1	7 (2 645)	8,3 (1 129)	5,8 (1 376)	–	–	–
Združeno kraljestvo (2,5)	2015	10,3	0,9	1	2,8 (3 332)	3,6 (1 414)	2,4 (1 913)	18,9 (382)	11 (89)	24,3 (293)
Turčija	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norveška (3,5)	2015	3,1	0,3	1	13,9 (823)	–	–	–	–	–
Evropska unija	–	3,8	1,1	–	7,4 (35 562)	8,4 (15 092)	7,2 (20 011)	15,1 (7 357)	16,8 (3 128)	14,1 (4 217)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	7,3 (36 581)	8,2 (15 225)	7,1 (20 074)	15 (7 358)	16,6 (3 129)	14,1 (4 217)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD. Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

(1) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Flandrijo.

(2) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

(3) Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na uporabnike, ki navajajo uporabo stimulansov, ki niso kokain, in ne samo amfetamine.

(4) Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

(5) Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

(6) Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti prvič, in osebah, ki so se že zdravile, so na voljo le za dva od treh virov podatkov, ki so na voljo na Švedskem, zato niso primerljivi s podatki o vseh osebah, ki se začnejo zdraviti.

PREGLEDNICA A4

MDMA

Država	Leto raziskave	Ocene razširjenosti			Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
		Splošno prebivalstvo		Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi MDMA kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
		Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	
Belgija ⁽¹⁾	2013	–	0,8	3	0,3 (36)	0,6 (25)	0,1 (11)
Bolgarija	2012	2,0	2,9	5	0,2 (3)	0,6 (2)	0,1 (1)
Češka	2015	6,3	3,5	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danska	2013	2,3	0,7	1	0,3 (15)	0,5 (11)	0,2 (4)
Nemčija ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	–	–	–
Irska	2015	9,2	4,4	4	0,5 (47)	0,8 (31)	0,3 (15)
Grčija	–	–	–	1	0,2 (7)	0,2 (3)	0,2 (4)
Španija	2015	3,6	1,3	1	0,3 (133)	0,5 (111)	0,1 (13)
Francija	2014	4,2	2,3	2	0,4 (188)	0,5 (76)	0,3 (49)
Hrvaška	2015	3,0	1,4	2	0,4 (32)	0,8 (7)	0,3 (23)
Italija	2014	3,1	1,0	3	0,2 (80)	0,2 (40)	0,2 (40)
Ciper	2016	1,1	0,3	3	–	–	–
Latvija	2015	2,4	0,8	3	0,3 (2)	0,3 (1)	0,3 (1)
Litva	2012	1,3	0,3	2	0,1 (3)	0,3 (1)	0,1 (2)
Luksemburg	–	–	–	–	–	–	–
Madžarska ⁽³⁾	2015	4,0	2,1	2	2 (85)	1,8 (54)	1,9 (21)
Malta	2013	0,7	–	2	0,9 (16)	1,7 (4)	0,8 (12)
Nizozemska	2015	8,4	6,6	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Avstrija	2015	2,9	1,1	2	0,5 (20)	1,1 (14)	0,3 (6)
Poljska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (14)	0,2 (9)
Portugalska	2012	1,3	0,6	2	0,3 (8)	0,4 (7)	0,1 (1)
Romunija	2013	0,9	0,3	2	0,5 (16)	0,8 (16)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	0,3 (1)	1,1 (1)	0 (0)
Slovaška	2015	3,1	1,2	3	0,1 (3)	0,1 (1)	0,2 (2)
Finska	2014	3,0	2,5	1	0,5 (3)	1,1 (3)	0 (0)
Švedska ⁽⁴⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Združeno kraljestvo ^(2,4)	2015	9,4	3,1	3	0,4 (490)	0,8 (312)	0,2 (174)
Turčija	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norveška ⁽⁴⁾	2015	2,3	1,2	1	–	–	–
Evropska unija	–	4,2	1,8	–	0,3 (1 295)	0,4 (804)	0,1 (402)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	0,3 (1 401)	0,5 (881)	0,2 (431)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD. Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

⁽¹⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Flandrijo.

⁽²⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

⁽³⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

⁽⁴⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

PREGLEDNICA A5

KONOPLJA

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi konoplje kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	
Belgija ⁽¹⁾	2013	15	10,1	17	31,9 (3 737)	51,6 (2 065)	21,3 (1 582)
Bolgarija	2012	7,5	8,3	27	3,2 (58)	8,4 (27)	0,7 (7)
Češka	2015	29,5	18,8	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danska	2013	35,6	17,6	12	70,9 (3 338)	79 (1 783)	62,5 (1 430)
Nemčija ⁽³⁾	2015	27,2	13,3	19	39,1 (34 108)	56,9 (15 168)	31,2 (18 940)
Estonija	2008	–	13,6	25	3,5 (10)	7,9 (5)	1,2 (2)
Irska	2015	27,9	13,8	19	28,3 (2 681)	45,2 (1 693)	16,8 (918)
Grčija	–	–	–	9	19,4 (789)	34,2 (539)	9,8 (240)
Španija	2015	31,5	17,1	27	33,7 (16 478)	48,1 (11 386)	16,4 (3 084)
Francija	2014	40,9	22,1	31	60,4 (29 621)	74,9 (11 855)	37,6 (6 391)
Hrvaška	2015	19,4	16,0	21	12,8 (967)	62 (526)	6,5 (432)
Italija	2014	31,9	19,0	27	19,5 (9 225)	28 (5 810)	12,9 (3 415)
Ciper	2016	12,1	4,3	7	58,8 (469)	75,9 (330)	38 (122)
Latvija	2015	9,8	10,0	17	23,3 (175)	35,5 (139)	10 (36)
Litva	2012	10,5	5,1	18	3,5 (89)	11,9 (47)	1,6 (33)
Luksemburg	–	–	–	–	23,1 (67)	58,3 (14)	19,9 (43)
Madžarska ⁽³⁾	2015	7,4	3,5	13	56,2 (2 420)	62,7 (1 854)	41,4 (458)
Malta	2013	4,3	–	13	8,9 (158)	29,1 (67)	5,9 (91)
Nizozemska	2015	25,6	16,1	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Avstrija	2015	23,6	14,1	20	29,2 (1 063)	54,4 (711)	15,1 (352)
Poljska	2014	16,2	9,8	24	28 (2 525)	36,3 (1 558)	20,3 (901)
Portugalska	2012	9,4	5,1	15	33,9 (934)	50,8 (806)	10,9 (128)
Romunija	2013	4,6	3,3	8	39,3 (1 272)	54,8 (1 137)	9,5 (98)
Slovenija	2012	15,8	10,3	25	14,2 (45)	38,6 (34)	4,8 (11)
Slovaška	2015	15,8	9,3	26	24,6 (616)	35,7 (430)	13,7 (169)
Finska	2014	21,7	13,5	8	20,7 (136)	35,7 (99)	9,8 (37)
Švedska ^(4,5)	2015	14,7	7,3	7	11,1 (3 924)	16,9 (2 113)	7,9 (1 752)
Združeno kraljestvo ^(2,4)	2015	29,4	11,3	19	25,9 (31 129)	46,3 (18 345)	15,8 (12 686)
Turčija	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norveška ⁽⁴⁾	2015	20,9	8,6	7	27,2 (1 609)	–	–
Evropska unija	–	26,3	13,9	–	31,5 (152 431)	46,2 (82 942)	19,9 (55 354)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	30,9 (154 693)	45,1 (83 358)	19,6 (55 591)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz nacionalnih raziskav med šolsko mladino ali projekta ESPAD. Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

⁽¹⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Flandrijo.

⁽²⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

⁽³⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

⁽⁴⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

⁽⁵⁾ Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti prvič, in osebah, ki so se že zdravile, so na voljo le za dva od treh virov podatkov, ki so na voljo na Švedskem, zato niso primerljivi s podatki o vseh osebah, ki se začnejo zdraviti.

PREGLEDNICA A6

DRUGI KAZALNIKI

Država	Smrtni primeri zaradi drog (pri starosti 15–64 let)	Odkrite okužbe z virusom HIV, pripisane uporabi drog z vbrizgavanjem (ECDC)	Ocena razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem		Brizge, ki so bile razdeljene v okviru specializiranih programov
	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Leto ocene	Primerov na 1 000 prebivalcev	Število
Belgija	9 (67)	1,3 (15)	2015	2,3–4,6	1 034 242
Bolgarija	4 (17)	3,6 (26)	–	–	364 111
Češka	6 (39)	0,4 (4)	2015	6,1–6,4	6 421 095
Danska	58 (210)	1,4 (8)	–	–	–
Nemčija	22 (1 185)	1,7 (134)	–	–	–
Estonija	103 (88)	41,9 (55)	2009	4,3–10,8	2 136 691
Irska (¹)	71 (213)	10,8 (50)	–	–	393 275
Grčija	0 (0)	6,4 (70)	2015	0,6–1,0	268 157
Španija (¹)	15 (455)	2,1 (96)	2014	0,2–0,3	1 483 399
Francija (¹)	7 (294)	0,9 (58)	2014	2,1–3,2	12 314 781
Hrvaška	19 (54)	0,5 (2)	2012	0,4–0,6	923 650
Italija	8 (304)	1,8 (112)	–	–	–
Ciper	15 (9)	1,2 (1)	2015	0,3–0,7	164
Latvija	14 (18)	44,3 (88)	2012	7,3–11,7	524 949
Litva	59 (115)	15,1 (44)	–	–	200 630
Luksemburg	31 (12)	24,9 (14)	2009	4,5–6,9	361 392
Madžarska	4 (25)	0,2 (2)	2015	1	188 696
Malta	28 (8)	0 (0)	–	–	340 644
Nizozemska	16 (182)	0,1 (1)	2008	0,2–0,2	–
Avstrija	26 (152)	2,6 (22)	–	–	5 953 919
Poljska	9 (249)	1 (37)	–	–	10 142
Portugalska	6 (39)	4,2 (44)	2012	1,9–2,5	1 004 706
Romunija	2 (21)	7,1 (142)	–	–	1 425 592
Slovenija	22 (30)	0,5 (1)	–	–	500 757
Slovaška	7 (27)	0,6 (3)	–	–	347 162
Finska	43 (150)	1,3 (7)	2012	4,1–6,7	5 301 000
Švedska	100 (618)	1,5 (15)	2008–11	1,3	281 397
Združeno kraljestvo (²)	60 (2 528)	2,8 (182)	2004–11	2,9–3,2	–
Turčija	10 (533)	0,2 (13)	–	–	–
Norveška	76 (257)	1,5 (8)	2014	2,2–3,0	2 500 192
Evropska unija	21,3 (7 109)	2,4 (1 233)	–	–	–
EU, Turčija in Norveška	20,3 (7 899)	2,1 (1 254)	–	–	–

Pri primerjavi podatkov o smrtnih primerih zaradi drog je potrebna previdnost, saj so med državami razlike v šifriranju in zajetosti, nekatere pa sporočajo premalo podatkov.

(¹) Podatki o brizgah, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se nanašajo na leto 2014.

(²) Podatki o brizgah za Združeno kraljestvo: Anglija, ni podatkov; Škotska, 4 376 456, in Wales, 3 398 314 (oba podatka za leto 2015); Severna Irska, 292 390 (2014).

PREGLEDNICA A7

ZASEGI

Država	Heroin		Kokain		Amfetamini		MDMA	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
	kg	število	kg	število	kg	število	tablet (kg)	število
Belgija	121	2 375	17 487	4 330	73	3 260	59 696 (9)	1 739
Bolgarija	265	–	9	–	73	–	17 284 (<0,01)	–
Češka	2	76	120	113	127	1 125	3 110 (0,4)	133
Danska	29	571	548	3 470	193	2 626	70 244 (10)	1 005
Nemčija	210	3 061	3 114	3 592	1 423	13 680	967 410 (0)	4 015
Estonija	<0,01	2	4	60	119	391	41 549 (13)	239
Irska	–	758	–	364	–	63	– (0)	204
Grčija	567	2 957	102	575	3	118	300 (0)	56
Španija	256	7 755	21 621	38 273	360	4 500	135 110 (0)	2 958
Francija	818	4 692	10 869	9 483	486	1 027	1 325 305 (0)	1 592
Hrvaška	145	154	12	359	15	597	– (7)	747
Italija	768	2 230	4 035	5 403	26	278	17 573 (11)	406
Ciper	<0,01	8	107	95	1,68	55	173 (1)	50
Latvija	3	142	4	62	36	763	238 (3)	154
Litva	2	368	533	16	62	205	(1)	11
Luksemburg	8	208	11	190	0,27	13	543 (0)	14
Madžarska	12	48	31	153	34	706	56 420 (7)	287
Malta	4	35	21	156	<0,01	2	1 404 (0,01)	46
Nizozemska	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Avstrija	70	605	120	1 190	70	1 088	10 148 (3)	512
Poljska	4	–	219	–	747	–	120 886 (78)	–
Portugalska	97	763	6 029	1 079	2	111	35 484 (2)	180
Romunija	334	335	71	119	0,4	55	13 852 (0,1)	280
Slovenija	6	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovaška	3	63	2	42	5	819	1 460 (0)	40
Finska	0,4	–	9	–	300	–	23 660 (0)	–
Švedska	8	483	114	2 086	546	5 398	95 421 (35)	2 095
Združeno kraljestvo	806	8 083	4 228	15 588	491	4 517	812 127 (2)	3 030
Turčija	8 294	12 271	511	941	4 057	2 336	5 673 901 (0)	5 012
Norveška	62	1 178	85	1 332	628	7 304	116 353 (27)	1 241
Evropska unija	4 537	36 045	69 421	86 976	5 196	41 397	3 812 305 (212)	19 793
EU, Turčija in Norveška	12 893	49 494	70 017	89 249	9 880	51 037	9 602 559 (185)	26 046

Amfetamini se nanašajo na amfetamin in metamfetamin.

Vsi podatki so za leto 2015. Podatki za Škotsko (Združeno kraljestvo) niso na voljo.

PREGLEDNICA A7

ZASEGI (nadaljevanje)

Država	Hašiš		Marihuana		Rastline konoplje	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
	kg	število	kg	število	rastlin (kg)	število
Belgija	7 045	5 569	764	26 401	– (–)	–
Bolgarija	13	–	1 176	–	9 811 (37 775)	–
Češka	8	105	655	3 672	30 770 (0)	361
Danska	3 619	14 680	616	1 214	14 560 (464)	545
Nemčija	1 599	6 059	3 852	32 353	154 621 (0)	2 167
Estonija	812	21	60	597	0 (12)	44
Irska	–	192	–	1 049	– (–)	182
Grčija	330	542	2 474	5 499	59 242 (0)	735
Španija	380 361	164 760	15 915	156 984	379 846 (0)	2 029
Francija	60 790	65 503	16 835	32 446	153 895 (0)	–
Hrvaška	12	764	409	4 546	5 687 (0)	270
Italija	67 825	7 684	9 286	5 838	138 013 (0)	1 566
Ciper	3	21	226	777	2 814 (0)	58
Latvija	1 272	63	71	712	– (20)	17
Litva	591	32	143	456	– (–)	–
Luksemburg	1	130	20	1 040	81 (0)	10
Madžarska	18	141	590	1 945	4 659 (0)	127
Malta	70	132	4	106	28 (0)	8
Nizozemska	–	–	–	–	9 940 000 (0)	–
Avstrija	287	2 038	851	11 426	– (687)	379
Poljska	843	–	1 830	–	103 339 (0)	–
Portugalska	2 412	4 180	224	582	6 102 (0)	298
Romunija	5	178	180	1 987	– (293)	90
Slovenija	3	109	458	3 103	14 006 (0)	167
Slovaška	27	33	70	1 204	2 085 (0)	35
Finska	63	–	208	–	23 000 (125)	–
Švedska	1 065	8 897	1 054	9 619	– (–)	–
Združeno kraljestvo	7 219	5 959	30 680	100 811	399 230 (0)	9 735
Turčija	7 855	3 750	45 816	29 652	0 (0)	2 471
Norveška	2 015	11 394	255	4 411	0 (69)	339
Evropska unija	536 293	287 792	88 649	404 362	11 441 789 (39 376)	18 823
EU, Turčija in Norveška	546 163	302 936	134 719	438 425	11 441 789 (39 445)	21 633

Vsi podatki so za leto 2015. Podatki za Škotsko (Združeno kraljestvo) niso na voljo.

KAKO DO PUBLIKACIJ EVROPSKE UNIJE

Brezplačne publikacije:

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

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

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

Publikacije, ki so naprodaj:

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



O poročilu

Poročilo *Trendi in razvoj* vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava ponudbo drog, njihovo uporabo in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnim mestom [Statistični bilten](#) in [30 poročili o drogah za posamezne države](#) sestavlja [Evropsko poročilo o drogah 2017](#).

O centru EMCDDA

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

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

