



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 2314-9205

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2018



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2018

Pravno obvestilo

Ta publikacija Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) je zaščitena z avtorskimi pravicami. Center EMCDDA 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.

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

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-315-3	ISSN 1977-9984	doi:10.2810/85529	TD-AT-18-001-SL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-322-1	ISSN 2314-9205	doi:10.2810/9548	TD-AT-18-001-SL-N

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2018
Reprodukcija je dovoljena z navedbo vira.

Predlog navedbe vira: Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2018), *Evropsko poročilo o drogah 2018. Trendi in razvoj*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.



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

| Kazalo

5	Predgovor
9	Uvodna opomba in zahvala
11	KOMENTAR Razumevanje težav v zvezi z drogami v Evropi in razvoj učinkovitih odzivov
19	POGLAVJE 1 Ponudba drog in trg
39	POGLAVJE 2 Razširjenost in trendi uporabe drog
59	POGLAVJE 3 Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje
83	PRILOGA Preglednice z nacionalnimi podatki

Predgovor

Veseli nas, da vam lahko predstavimo najnovejšo analizo centra EMCDDA o pojavu drog v Evropi. *Evropsko poročilo o drogah 2018: Trendi in razvoj* predstavlja ažuren vpogled v problematiko drog v Evropi in odzive na težave. Naše osrednje poročilo je bilo pripravljeno po natančnem pregledu podatkov o nastajajočih vzorcih in porajajočih se vprašanjih na evropski in nacionalni ravni. Letos poročilo dopolnjuje še 30 spletnih poročil o drogah v posameznih državah ter viri, ki vsebujejo popolne podatkovne nize in grafike, s pomočjo katerih je bilo mogoče pripraviti pregled po posameznih državah.

Poročilo je oblikovano tako, da bodo naši deležniki pridobili celovito sliko o problematiki. Poleg tega bo omogočilo zgodnje opozarjanje o novih trendih v zvezi z drogami, pomagalo določiti prednostne naloge za nacionalno in strateško načrtovanje, omogočilo primerjave med državami in z zagotovitvijo podatkov o trendih podprlo ocene. Dopolnjuje ga naša nedavna triletna objava z naslovom *Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog: evropski priročnik* (2017).



Letos smo v zvezi s številnimi snovmi opazili skrb vzbujajoče znake povečane ravni proizvodnje drog, ki zdaj poteka v Evropi, bližje potrošniškim trgom. Tehnološki napredek ta razvoj olajšuje, evropske proizvajalce in uporabnike drog pa s svetovnimi trgi povezuje prek površinskega in temnega spleta. Prav tako ugotavljamo, da povečana proizvodnja kokaina v Južni Ameriki zdaj vpliva na evropski trg, kar za uporabnike pomeni večje tveganje za zdravstvene težave, za kazenski pregon pa kompleksnejše izzive, ker preprodajalci spreminjajo dobavne poti in se preusmerjajo na nove. Vse več dokazov o povečani



dostopnosti in uporabi crack kokaina v Evropi je prav tako razlog za zaskrbljenost, ki jo je treba spremljati.

Nove psihoaktivne snovi, ki so na voljo na evropskih trgih drog, še naprej povzročajo težave na področju javnega zdravja in predstavljajo izziv za oblikovalce politik. Z najnovejšo zakonodajo EU se je okrepila izmenjava informacij o novih snoveh, ki se pojavljajo na trgu, skrajšal pa se je tudi čas, potreben za oceno tveganja teh snovi in njihov nadzor po vsej Evropi. Sintetični opiodi in kanabinoidi z zelo močnim učinkom povzročajo težave v različnih okoljih, v primeru derivatov fentanila pa uporabnike drog in reševalce na terenu postavljajo v nevarnejši položaj. Pri spopadanju s tem izzivom je treba ponovno opozoriti na vlogo, ki jo ima antagonist opiodov nalokson pri oblikovanju strategij za odzivanje na prevelik odmerki ter na stopnjo dostopa uporabnikov drog do te snovi.

Prepričani smo, da grožnje, ki jih droge pomenijo za javno zdravje in varnost v Evropi, še naprej zahtevajo multidisciplinaren odziv na visoki ravni. Nov akcijski načrt EU, ki je bil sprejet leta 2017, vsebuje okvir glede potrebnega sodelovanja v Evropi.

Naše poročilo in analiza pričata o trdni podpori naših nacionalnih in institucionalnih partnerjev. Prispevki naših nacionalnih kontaktnih točk mreže Reitox in nacionalnih strokovnjakov nam omogočajo vzpostaviti edinstven pregled stanja na področju drog. Za prispevek se zahvaljujemo tudi našim partnerjem na evropski ravni, zlasti Evropski komisiji, Europolu, Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni ter Evropski agenciji za zdravila. Poleg tega se zahvaljujemo specializiranim omrežjem, ki so sodelovala z nami, tako da smo lahko v naše poročilo vključili najnovejše in inovativne podatke s področij analize odpadnih voda, raziskav med šolsko mladino in nujne pomoči v zvezi z drogami v bolnišnicah.

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 okviru letnega postopka poročanja 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 2016 (ali zadnje leto, za katero so na voljo). Analiza trendov temelji le na državah, ki so predložile zadostne podatke za opis sprememb v zadevnem obdobju. Bralec mora poleg tega upoštevati, da je spremljanje vzorcev in trendov, značilnih za skrivno in stigmatizirano vedenje, kot je uporaba drog, praktično in metodološko zahtevno delo, zato je bilo v tem poročilu v analizo vključenih več virov podatkov. Čeprav je mogoče ugotoviti bistvene izboljšave na nacionalni ravni in v zvezi s tem, kaj je mogoče doseči z analizo na evropski ravni, 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 EMCDDA;
- | 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 plus);
- | Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za publikacije Evropske unije.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

Reitox je evropska informacijska mreža na področju drog in odvisnosti od drog. 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

**Svetovni trendi na
področju drog vplivajo
na dogajanje v evropskih
državah in so hkrati
njegova posledica**

Razumevanje težav v zvezi z drogami v Evropi in razvoj učinkovitih odzivov

V tem komentarju raziskujemo nekatere ključne dejavnike, za katere se zdi, da vplivajo tako na vzorce uporabe drog, ki jih v letu 2018 opažamo v Evropi, kot na z njimi povezane zdravstvene, socialne in varnostne težave. Izhodiščna točka za to razpravo je vsesplošna ugotovitev, da z drogami povezane težave v Evropi glede na pretekle standarde danes očitno doživljajo posebno dinamično fazo, medtem pa razpoložljivi podatki o državah zunaj Evrope kažejo, da je dosegljivost drog velika in v nekaterih območjih celo narašča. To za obstoječe nacionalne in evropske odzive na uporabo drog ter z njimi povezane težave predstavlja vrsto pomembnih novih izzivov, nekaj vplivov teh izzivov pa obravnavamo v nadaljevanju.

| Znaki povečanja proizvodnje drog v Evropi

Svetovni trendi na področju drog vplivajo na dogajanje v evropskih državah in so hkrati njegova posledica. Evropa je glavni proizvajalec nekaterih sintetičnih stimulansov, kot

je MDMA, proizvode in strokovno znanje pa izvaža v druge dele sveta. Proizvodnja konoplje v Evropi je do neke mere izpodrinila uvoz in je očitno vplivala na poslovne modele zunanjih proizvajalcev. Ena od posledic, ki jo je mogoče opaziti, je večja moč hašiša, ki se zdaj pretihotapi v Evropo.

Središče proizvodnje kokaina in heroina, drugih dveh glavnih prepovedanih drog na rastlinski osnovi, ostajajo Latinska Amerika oziroma azijske države. Globalni podatki kažejo, da se proizvodnja obeh snovi povečuje. Vpliv tega na dogajanje v Evropi je treba skrbno spremljati. Kljub relativno visoki čistosti heroina na ulicah ostaja njegova celotna uporaba stabilna, pri čemer je stopnja uvajanja v uporabo nizka. Pri kokainu pa nasprotno zdaj več kazalnikov kaže gibanje navzgor. To je podrobneje obdelano v nadaljevanju. Za obe snovi podatki o zasegih kažejo nedavne spremembe v proizvodni verigi, kar bi lahko v prihodnosti imelo pomembne posledice. V Evropi je še vedno mogoče opaziti sekundarno predelavo in ekstrakcijo kokaina iz „prenosnih materialov“, prav tako pa tudi uvoz velikih količin drog, skritih v kontejnerjih. Novost v zvezi s heroinom sta odkritje in uničenje laboratorijev za predelavo morfija v heroin v več evropskih državah. To je verjetno posledica večje dosegljivosti in občutno nižjih cen anhidrida očetne kisline, ključne predhodne sestavine za proizvodnjo heroina, v Evropi v času, ko se povečuje pridelava vrtnega maka. Takšno dogajanje kaže na združevanje sodobnih mrež za proizvodnjo drog po svetu, pa tudi na potrebo po oblikovanju ukrepov za nadzor nad drogami, kot je nadzor nad predhodnimi sestavinami, ob upoštevanju svetovne perspektive.

Podobno se, medtem ko se kaže določen učinek prizadevanj na evropski in mednarodni ravni za omejitev proizvodnje in dosegljivosti novih psihoaktivnih snovi, poroča tudi o tabletiranju in izdelavi teh snovi v Evropi. Trenutno naj bi bilo takšno dogajanje na področju proizvodnje novih drog omejeno. Vendar lahko spremembe na tem področju hitro vplivajo na težave, povezane z drogami, zato je potrebno natančno spremljanje, da se zagotovi pripravljenost Evrope za boljše odzivanje na morebitne prihodnje grožnje na tem področju.

Internetna prodaja: Evropa na svetovnem trgu

Prodaja drog na internetu je še en dober primer tega, kako se lahko sprememba pojavi hitro ter postane izziv za obstoječe politične modele in modele odziva ter za spremljanje drog. V zadnjem skupnem poročilu centra EMCDDA in Europolja je bila analizirana vloga, ki jo evropski dobavitelji in potrošniki igrajo na tem svetovnem trgu. Ocenjuje se, da so bili dobavitelji iz EU med letoma 2011 in 2015 odgovorni za skoraj polovico prodaje drog na „temnem spletu“. Spletna prodaja je v primerjavi s celotnim trgom prepovedanih drog trenutno majhna, a se očitno povečuje. Medtem ko je pozornost pogosto usmerjena na temni splet, pa je očitno, da so lahko za nove psihoaktivne snovi in zlorabljena zdravila enako pomembni tudi družbeni mediji in površinski splet. V zvezi s tem je posebej zaskrbljujoč pojav novih snovi, povezanih z benzodiazepinom. Od leta 2015 je bilo v sistem EU za zgodnje opozarjanje prijavljenih 14 novih benzodiazepinov. Te snovi v Evropski uniji niso odobrena zdravila in njihova toksikologija je slabo poznana; tveganje se lahko poveča, kadar se uporabljajo skupaj s prepovedanimi drogami ali alkoholom. Zdi se, da dosegljivost tako uveljavljenih kot novih benzodiazepinov na trgu prepovedanih drog v nekaterih državah narašča, znano pa je, da te snovi igrajo pomembno, a pogosto spregledano vlogo v primerih smrti zaradi prevelikega odmerka opioidov. Še posebej zaskrbljujoči so nedavni znaki, da bi lahko uporaba teh drog med mladimi naraščala, zato to področje zahteva nadaljnje raziskave, upoštevanje politike in prizadevanja za preprečevanje. Tematika uporabe benzodiazepinov med zelo tveganimi uporabniki drog je obravnavana v spletnem dodatku k temu poročilu.

Posledice večje ponudbe kokaina

Zdi se, da je vse večjo proizvodnjo kokaina v Latinski Ameriki zdaj čutiti tudi na evropskem trgu. V nekaterih državah je bilo zgodnje opozorilo na povečano dosegljivost in uporabo drog dano že z analizo odpadnih voda, zdaj pa se odraža tudi v drugih virih podatkov. Medtem ko so cene

kokaina stabilne, pa je njegova čistost že zadnjih deset let na najvišji ravni v Evropi. V preteklosti je večina kokaina v Evropo prišla prek Iberskega polotoka. Nedavni večji zasegi drugod kažejo, da je pomembnost te poti morda nekoliko upadla, pri čemer se vse več kokaina v Evropo pretihotapi prek velikih kontejnerskih pristanišč. V zvezi s tem je treba omeniti, da je leta 2016 Belgija izpodrinila Španijo kot država z največjo količino zaseženega kokaina.

Na splošno je vplive uporabe kokaina na javno zdravje težko izmeriti, ker je njegovo vlogo pri akutnih in dolgoročnih zdravstvenih težavah težko spremljati in so te težave pogosto neopažene. Vendar se lahko zaradi povečanja razširjenosti uporabe in zlasti števila zelo tveganih vzorcev uporabe težave povečajo. Eden od znakov, da bi do tega lahko prišlo, je ugotovljeno povečano število prvih sprejemov na specialistično zdravljenje, povezanih s kokainom, čeprav to število ni doseglo visoke ravni izpred desetih let. Skrb zbujajo tudi poročila o nekoliko povečani, čeprav še vedno redki uporabi cracka, ki bi se lahko razširila na več držav. Na splošno ostaja potreba po boljšem razumevanju tega, kaj sestavlja učinkovito zdravljenje uporabnikov kokaina, vključno z najboljšim odzivanjem na težave, povezane z uporabo kokaina, ki se lahko pojavljajo skupaj z odvisnostjo od opioidov.



Nove psihoaktivne snovi še naprej ogrožajo javno zdravje

Uspešno delovanje sistema EU za zgodnje opozarjanje na nove psihoaktivne snovi poudarja pomembnost pripravljenosti na nove izzive. Za ta sistem je bilo mednarodno priznано, da Evropi omogoča prepoznavanje pojava drog in odzivanje nanj, česar je pri drugih sistemih primanjkovalo. Pred nedavnim sprejeta razširjena zakonodaja EU na tem področju povečuje hitrost poročanja, medtem ko se sistemu pridružuje vedno več posredovalcev informacij. Nove psihoaktivne snovi predstavljajo vedno večji izziv za politiko na področju drog. Sistem spremlja skupno okrog 670 snovi, od katerih jih je po poročilih vsako leto prisotnih okrog 400. Seznam snovi, ki se pojavljajo na trgu drog, se še vedno podaljšuje, pri čemer v Evropi vsak teden prijavijo približno eno dodatno novo psihoaktivno snov. Čeprav se število novih snovi, ki je bilo najvišje v letu 2015, zmanjšuje, pa ostajajo negativni vplivi uporabe teh drog na javno zdravje še vedno veliki.

Pojav sintetičnih opioidov in sintetičnih kanabinoidov v Evropi, povezanih s smrtnimi primeri in akutnimi zastrupitvami, je privedel do tega, da je center EMCDDA ocenil doslej največje število snovi glede tveganja, ki ga predstavljajo za javno zdravje. Ta postopek lahko sproži hiter zakonodajni odziv v vsej Evropski uniji. Podatki so bili leta 2017 posredovani tudi Svetovni zdravstveni organizaciji, ki zdaj razmišlja o uvedbi mednarodnega nadzora nad nekaterimi snovmi. V letu 2017 je bilo raziskanih pet derivatov fentanilov. Te snovi so bile na voljo v številnih novih oblikah, tudi v obliki pršil za nos. Včasih so bile pomešane z drugimi drogami, kot je heroin, kokain ali ponarejena zdravila, zaradi česar se uporabniki pogosto niso zavedali, da uporabljajo zadevno snov. Pojav teh drog z močnim učinkom, ki se pogosto kupujejo na internetu, predstavlja velik izziv za zdravstvene službe in organe kazenskega pregona. Snovi, ki se zlahka prevažajo in skrijejo, pogosto že v majhnih količinah predstavljajo na stotine ali tisoče potencialnih odmerkov na ulici. Z vidika zdravja le še povečujejo že tako veliko breme, ki se pripisuje smrtnim primerom zaradi drugih opioidov. V Združenih državah derivati fentanilov znatno prispevajo k zdajšnji krizi, ki jo povzročajo opioidi, v kratkem času pa so postali tudi snovi, ki so najbolj povezane z umrljivostjo zaradi prevelikega odmerka. V Evropi problem ni dosegel tako velikih razsežnosti, vendar poročila, ki jih center EMCDDA prejme v zvezi s primeri smrti in prevelikih odmerkov brez smrtnega izida, povezanih s fentanilom in nenadzorovanimi derivati fentanila, poudarjajo potrebo po pozornem spremljanju.

Sintetični kanabinoidi so vse pogostejše povezani z zdravstvenimi težavami

Poročila o zdravstvenih težavah, povezanih z novimi sintetičnimi kanabinoidi, so privedla do nadaljnjih štirih ocen tveganja, ki jih je leta 2017 opravil center EMCDDA. Sintetični kanabinoidi so povezani s smrtnimi primeri in akutnimi zastrupitvami. V zadnjem poročilu centra EMCDDA se opozarja na vedno večje težave, povezane z zdravjem in varnostjo, ki jih uporaba teh snovi povzroča v nekaterih evropskih zaporih. Prav tako je bilo opaziti, da se te težave včasih spregledajo, ker je snovi mogoče preprosto pretihotapiti v zapore, pa tudi zaradi izzivov pri odkrivanju njihove uporabe.

Sintetični kanabinoidi so se najprej prodajali kot zakonita alternativa naravnim proizvodom iz konoplje, vendar se od slednjih v marsičem razlikujejo. Prvotno so bili bolj povezani z rekreativno uporabo, zdaj pa je vse bolj problematična njihova uporaba v marginaliziranih družbenih skupinah, kot so brezdomci, čeprav je splošno razumevanje vzorcev uporabe teh drog še vedno omejeno. Razpoložljive informacije kažejo, da je razširjenost uporabe sintetičnih kanabinoidov na splošno nizka, je pa znatna njihova zmožnost povzročanja škode. To je razvidno iz zadnjih podatkov, ki prihajajo iz Turčije, kjer se zdi, da je skupno povečanje števila neposrednih smrti zaradi droge delno povezano z uporabo sintetičnih kanabinoidov.

**Sintetični opioidi
in sintetični kanabinoidi
so povezani s smrtnimi
primeri in akutnimi
zastrupitvami**

Spremembe na trgu konoplje prinašajo nove politične izzive

Konoplja ostaja najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Evropi. Pomen droge je razviden iz števila zasegov, kršitev zakonodaje o drogah, ocen razširjenosti in novih potreb po zdravljenju. Dogajanje na ameriški celini, ki v skladu z nekaterimi zakonodajami vključuje legalizacijo te droge, je povzročilo hiter razvoj komercialnega trga konoplje. Kot rezultat se pojavljajo nove oblike droge in sistemov doziranja za njeno uporabo. To vključuje sorte konoplje z močnim učinkom, etekočine in užitne proizvode. Zakoniti trg drog, ki se uporabljajo v rekreativne namene, v skladu z nekaterimi zakonodajami urejajo predpisi, ki dovoljujejo dostop do konoplje v medicinske ali terapevtske namene. Center EMCDDA ta dogajanja spremlja in zagotavlja pojasnjevalne povzetke politike, da opozori na nekatere zadeve, o katerih potekajo razprave v Evropi. Med njimi je tudi možnost, da se katera od novih oblik te droge pojavi na evropskem trgu drog.

Dogodki v Severni Ameriki so znova vzbudili zanimanje glede vloge, ki jo konoplja igra pri nezanesljivi vožnji zaradi vpliva drog. Center EMCDDA je leta 2017 gostil tretji mednarodni simpozij o nezanesljivi vožnji zaradi vpliva drog. Poročilo mednarodnih strokovnjakov, ki so se udeležili srečanja, je osvetlilo težave pri oblikovanju učinkovitih političnih odzivov na tem področju, kar je tema, ki je za države pomembna ne glede na pravni položaj droge.

Druga pomembna politična vprašanja na tem področju so, kaj predstavlja ustrezno zdravljenje težav, povezanih s konopljo, kako zagotoviti politične sinergije s strategijami za zmanjševanje rabe tobaka in kateri so učinkoviti pristopi za zmanjševanje škode na tem področju. Razširjenost uporabe konoplje v Evropi glede na pretekle standarde ostaja visoka, v zadnjem času pa je bilo v nekaterih državah članicah EU mogoče opaziti porast. Moč droge tako v obliki marihuane kot hašiša je v zadnjem desetletju znatno narasla. Poleg vprašanj, povezanih z javnim zdravjem, obstajajo pomisleki glede tega, kako ta velik nezakoniti trg vpliva na varnost v skupnosti in kako prispeva k financiranju organiziranega kriminala. Ob upoštevanju vseh glavnih vprašanj je opredelitev, kakšen je najprimernejši odziv na uporabo konoplje, naloga, ki je vse bolj zapletena in hkrati pomembna. Center EMCDDA je zavezan izboljšanju razumevanja teh vprašanj ter zagotovitvi točnih, znanstvenih in nepristranskih informacij, ki so potrebne za razpravo o tej zahtevni politični temi.

Odzivanje na prevelik odmerek opioidov: vloga naloksona

Število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog je v Evropi še vedno visoko, večina primerov pa je povezana z uporabo opioidov. Pojav derivatov fentanila na evropskem trgu drog še povečuje težo že tako pomembnih utemeljitev v prid povečanega dostopa do opioidnega antagonistu naloksona. Dokazov, da lahko večja dosegljivost te snovi skupaj z usposabljanjem o prepoznavanju prevelikega odmerka in odzivu nanj pomaga pri preprečevanju smrtnih primerov med uporabniki opioidov, je vedno več. Nalokson se zato v številnih državah vse bolj priznava kot pomemben element njihove strategije za zmanjšanje števila prevelikih odmerkov. Dostopnost derivatov fentanila še povečuje tveganje na tem področju zaradi njihove moči, in ker jih lahko uporabljajo posamezniki, ki predhodno niso uporabljali opioidov, ali ker pomenijo tveganja za ljudi, ki so jim nenamerno izpostavljeni na delovnem mestu, kot so uslužbenci organov kazenskega pregona. Ti dogodki kažejo, da je treba zdajšnjo politiko na področju naloksona nujno pregledati ter povečati usposabljanje in ozaveščanje uporabnikov drog in strokovnjakov, ki lahko naletijo na drogo. Pri izvajanju teh pregledov je treba tudi upoštevati, da lahko nove formulacije, ki niso namenjene za vbrizgavanje, kot so razpršila za nos, v različnih okoljih olajšajo uporabo naloksona.

Zapori: pomembno okolje za izvajanje ukrepov

Odzivanje na uporabo drog v ustanovah za izvajanje kazenskega pregona je ena od tem, obravnavanih v publikaciji centra EMCDDA *Zdravstveni in socialni odzivi na težave, povezane z drogami: Evropski priročnik (Health and social responses to drug problems: a European guide)*. Izpustitev iz zapora je obdobje, povezano z večjim tveganjem za osebe, ki so v preteklosti uporabljale opioide. Za reševanje teh težav je več držav razvilo inovativne programe, ki zagotavljajo nalokson in usposabljanje za osebe, ki so bile izpuščene iz zapora. Poleg oskrbe z naloksonom se kot glavni odzivi na tem področju priznavajo napotitev na ustrezno skupnostno zdravljenje in službe za socialno podporo. To osvetljuje vlogo pravosodnega sistema na splošno in zlasti zaporniškega okolja kot kritične lokacije za reševanje težav v zvezi z zelo tveganimi uporabniki drog. Za družbo je lahko zelo koristno,

Konoplja ostaja najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Evropi

NA KRATKO – OCENE UPORABE DROG V EVROPSKI UNIJI

Konoplja



Odrasli (15–64 let)

Uporaba v zadnjem letu **24,0 milijona**
7,2 %



Uporaba kadar koli v življenju **87,6 milijona**
26,3 %



Mladi odrasli (15–34 let)

Uporaba v zadnjem letu **17,2 milijona**
14,1 %



Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Najnižja 3,5 % Najvišja 21,5 %

Kokain



Odrasli (15–64 let)

Uporaba v zadnjem letu **3,5 milijona**
1,1 %



Uporaba kadar koli v življenju **17,0 milijona**
5,1 %



Mladi odrasli (15–34 let)

Uporaba v zadnjem letu **2,3 milijona**
1,9 %



Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Najnižja 0,2 % Najvišja 4,0 %

MDMA



Odrasli (15–64 let)

Uporaba v zadnjem letu **2,6 milijona**
0,8 %



Uporaba kadar koli v življenju **13,5 milijona**
4,1 %



Mladi odrasli (15–34 let)

Uporaba v zadnjem letu **2,2 milijona**
1,8 %



Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

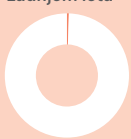
Najnižja 0,2 % Najvišja 7,4 %

Amfetamini



Odrasli (15–64 let)

Uporaba v zadnjem letu **1,7 milijona**
0,5 %



Uporaba kadar koli v življenju **11,9 milijona**
3,6 %



Mladi odrasli (15–34 let)

Uporaba v zadnjem letu **1,2 milijona**
1,0 %



Nacionalne ocene uporabe v zadnjem letu

Najnižja 0 % Najvišja 3,6 %

Opioidi



Rizični uporabniki opioidov **1,3 milijona**

Zahteve za zdravljenje odvisnosti od drog

Glavna droga v približno **36 %** vseh zahtev za zdravljenje odvisnosti od drog v Evropski uniji



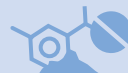
Preveliki odmerki, ki se končajo s smrtjo

Opioidi so ugotovljeni pri **84 %** prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo



628 000 V letu 2016 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih uporabnikov opioidov

Novi psihoaktivni snovi



15- in 16-letni dijaki v 24 evropskih državah

Uporaba v zadnjem letu **3,0 %**



Uporaba kadar koli v življenju **4,0 %**



Vir: Poročilo ESPAD za leto 2015, dodatne preglednice.

če se pri uporabnikih drog pred izpustitvijo iz zapora opravi ocena ter se obravnavajo njihove zdravstvene in socialne potrebe.

Primer tega je potencialna vrednost, ki lahko izhaja iz povečanega obsega testiranja za nalezljive bolezni med zaporniki in zdravljenja teh bolezni. Pomen tega je še večji zaradi zaveze Evropske unije, da izkorenini virus hepatitisa C. Vbrizgavanje drog je glavna oblika prenosa te okužbe. Danes so na voljo nove učinkovite terapije, vendar je okuženim posameznikom še vedno težko zagotoviti dostop do njih. Zapori in službe za zdravljenje odvisnosti od drog so pomembni za odkrivanje oseb, okuženih z virusom hepatitisa C. Center EMCDDA se bo v letu 2018 s to glavno težavo, povezano z drogami, spopadel tako, da bo podprl novo pobudo za povečanje ozaveščenosti in spodbujanje dostopa do testiranja krvi za prisotnost okužbe z virusom hepatitisa C in zdravljenja.

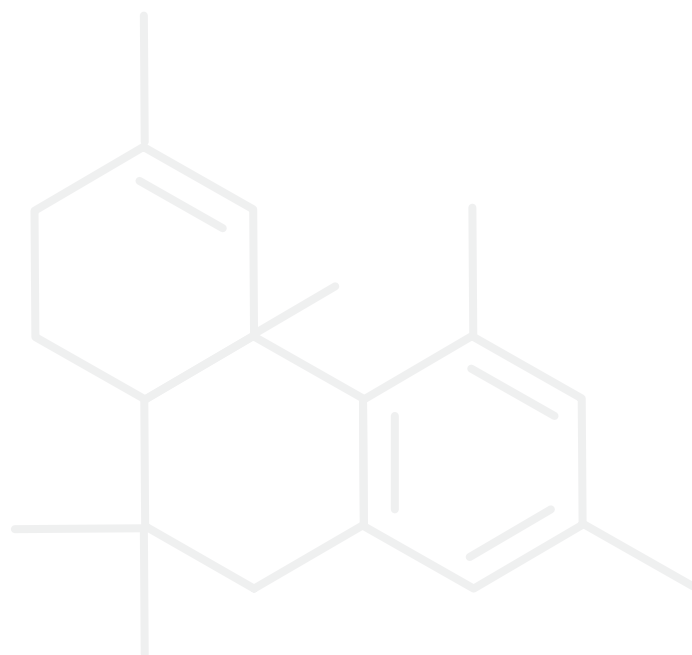
Zagotavljanje spremljanja ostaja občutljivo na spremembe težav, povezanih z drogami

Čeprav se podatki o dosegljivosti novih psihoaktivnih snovi izboljšujejo, pa je povpraševanje po teh snoveh v Evropi še vedno težko oceniti. Te težave se stopnjujejo, kadar upoštevamo zlorabo preusmerjenih, ponarejenih ali neodobrenih zdravil.

V zvezi s tem je pomembna ugotovitev, da so lahko naša obstoječa orodja za spremljanje neobčutljiva na nekatere pomembne spremembe, ki se pojavljajo v vzorcih uporabe drog. Za upoštevanje teh sprememb je treba še naprej vlagati v vzpostavljene in nove pristope spremljanja, kot so analiziranje odpadnih voda, spletne raziskave in študije za ugotavljanje trendov. Center EMCDDA je pred nedavnim objavil ugotovitve iz letne ocene ostankov drog v odpadnih vodah, zbranih v mestih v 19 evropskih državah, s čimer je prikazal uporabnost teh dopolnilnih virov informacij pri

zagotavljanju bolj posodobljenih podatkov o trendih na področju drog, v primerjavi s podatki, pridobljenimi iz bolj tradicionalnih virov.

Evropska unija ne podpira le zbiranja podatkov v Evropi, pač pa tudi pomaga tretjim državam pri razvoju njihovih zmogljivosti spremljanja. Pobude, ki se sprejmejo v ta namen, vključujejo projekte tehnične pomoči, ki jih financira Evropska komisija in so namenjeni za države kandidatke, potencialne kandidatke in sosednje države. Te dejavnosti so pomembne zato, ker težave v zvezi z drogami še povečujejo zdravstvene in varnostne težave, s katerimi se soočajo države na meji z EU, pa tudi zato, ker se dogodki v teh državah prepletajo s težavami, povezanimi z drogami, s katerimi se srečujemo v naših državah članicah, ter vplivajo nanje. Na podlagi analize, vključene v letošnje Evropsko poročilo o drogah, se zato izrecno priznava, da je treba zato, da bi lahko razumeli zdajšnje in prihodnje izzive, ki jih uporaba drog predstavlja za evropski politični program za zdravje in varnost, razumeti tudi svetovno razsežnost tega vprašanja.



1

**V svetovnem okviru
je Evropa pomemben
trg za droge**

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 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, pri čemer se je v zadnjem desetletju pojavil širok nabor novih psihoaktivnih 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.

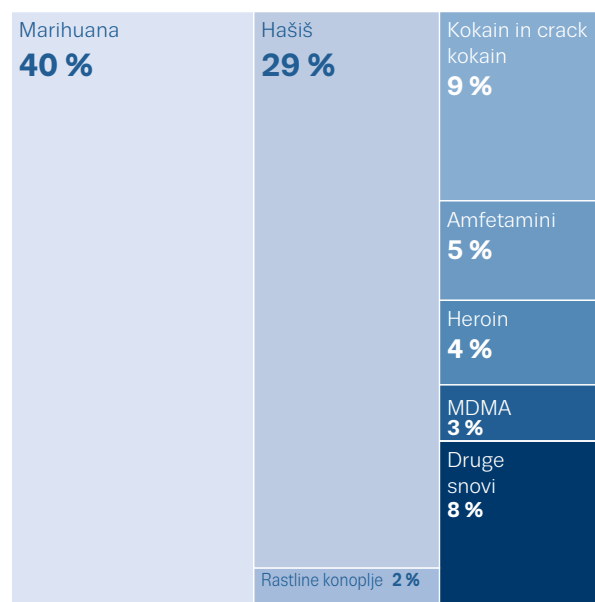
Spremljanje trgov drog, ponudbe drog in zakonodaje o drogah

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 prijavili nacionalni partnerji centra EMCDDA in Europol. 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).

SLIKA 1.1

Število prijavljenih zasegov drog v letu 2016, razčlenitev po vrsti droge



Podatki o številu zasegov niso na voljo za Nizozemsko in Poljsko, medtem ko so najnovejši podatki, ki so na voljo za Nemčijo, Irsko in Slovenijo, iz leta 2015, kar povečuje negotovost analize.

Konoplja: prevladujejo zasegi hašiša, količina droge narašča

Marihuana in hašiš sta dva glavna proizvoda iz konoplje na evropskem trgu drog, hašišovo olje pa je razmeroma redko. Proizvodi iz konoplje, katerih ocenjena najmanjša 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 Evropski uniji. Marihuana, ki se uporablja v Evropi, se goji v Evropi in uvaža iz drugih držav. Marihuana, proizvedena v Evropi, se večinoma goji v zaprtih prostorih. Večina hašiša se uvozi predvsem iz Maroka, narašča pa tudi njegova proizvodnja v Evropi. Iz poročil je razvidno, da je Libija postala pomembno vozlišče za preprodajo hašiša. Poleg tega prihajata marihuana in hašišovo olje iz držav Zahodnega Balkana.

Trgi prepovedanih drog v Evropi: kompleksni in na več ravneh

Trgi prepovedanih drog so kompleksni sistemi proizvodnje in distribucije, ki na različnih ravneh ustvarjajo velike vsote denarja. Trg je zaradi njegove narave težko nadzirati. Na podlagi konzervativne ocene je bil maloprodajni trg prepovedanih drog v Evropski uniji leta 2013 vreden 24 milijard EUR, od tega je večji delež odpadel na konopljo (38 %), sledila sta heroin (28 %) in kokain (24 %).

Čeprav nespletne trgi še vedno prevladujejo, pa so v zadnjih letih vse pomembnejši spletni trgi, ki delujejo kot platforme za trženje in distribucijo prepovedanih drog. To je zagotovilo nove priložnosti za spremljanje sektorja tržne dejavnosti. Z nedavno analizo centra EMCDDA in Europol je bilo ugotovljenih več kot 100 svetovnih trgov na temnem spletu, kjer prodajalci in kupci za prikrivanje svoje identitete uporabljajo različne tehnologije. Po ocenah je dve tretjini vseh nakupov na teh trgih povezanih z drogami. Dobavitelji iz EU so med letoma 2011 in 2015 na teh trgih ustvarili okrog 46 % prihodkov od drog, večino prodajalci iz Nemčije, Nizozemske in Združenega kraljestva. Stimulansi obsegajo večino celotne evropske prodaje drog na temnem omrežju. Trgi na temnem omrežju predvsem olajšujejo prodajo majhnih količin drog ali neposredno prodajo potrošnikom, čeprav je analiza enega od trgov, AlphaBaya, pokazala, da je bila v primerjavi z drugimi drogami večina nakupov MDMA opravljenih zaradi prodaje.

Več kot milijon zasegov prepovedanih drog

Zasegi prepovedanih drog, ki jih izvajajo organi kazenskega pregona, so pomemben pokazatelj trgov drog. V Evropi so leta 2016 poročali o več kot enem milijonu zasegov prepovedanih drog. Pri večini teh zasegov gre za majhne količine droge, zasežene uporabnikom drog. Največji delež skupne količine zaseženih drog pomenijo večkilogramske pošiljke drog, zasežene preprodajalcem in proizvajalcem. Konoplja je najpogosteje zasežena droga in predstavlja več kot 70 % vseh zasegov v Evropi (slika 1.1). O največjem številu zasegov, ki so skupaj predstavljali več kot 60 % vseh zasegov drog v Evropski uniji, so poročale tri države, in sicer Španija, Združeno kraljestvo in Francija.

Leta 2016 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 763 000 zasegov proizvodov iz konoplje, vključno s 420 000 zasegi marihuane, 317 000 zasegi hašiša in 22 000 zasegi rastlin konoplje. Od leta 2009 je število zasegov marihuane preseгло število zasegov hašiša, pri čemer so trendi števila zasegov hašiša in marihuane od leta 2011 razmeroma ustaljeni (slika 1.2). Vendar je zaseženega več kot trikrat več hašiša kot marihuane (424 ton hašiša in 124 ton marihuane). Razlog za to je deloma ta, da se hašiš prevažna 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 hašiš, proizveden v Maroku, poročala o približno treh četrtinah skupne količine zaseženega hašiša v Evropski uniji v letu 2016 (slika 1.3).

Povečano število zasegov konoplje v letu 2016 je deloma povezano s povečanjem, o katerih so poročale Španija, Grčija in Italija. Tudi Turčija je poročala o zasegu večjih količin konoplje v letu 2016 (111 ton) v primerjavi z letom 2015.

Zasege rastlin konoplje je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje te droge v neki državi. Vendar je treba zaradi razlik med državami glede poročevalskih praks ter prednostnih nalog in virov organov kazenskega pregona zasege rastlin konoplje razlagati previdno. Število zaseženih rastlin v Evropi je bilo največje v letu 2015, ko je bilo zaseženih 11,5 milijona rastlin, in sicer zaradi intenzivnega preprečevanja vstopa na Nizozemsko tistega leta, nato pa je padlo na 3,3 milijona rastlin v letu 2016, kar je podobno številkam iz prejšnjih let. Leta 2016 je bilo prijavljenih 1 200 zasegov konopljinoga olja, kar je skoraj štirikrat več kot leta 2015, ko so bile v Turčiji (53 litrov) in na Danskem (14 litrov) zasežene največje količine.

KONOPLJA



HAŠIŠ

Zasegi

Število

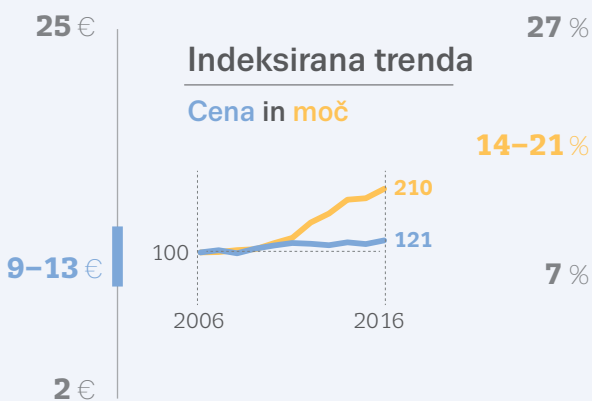
317 000 EU **332 000** EU + 2

Količina

424 EU **463** EU + 2

Cena

(EUR/g)



Moč

(% THC)

MARIHUANA

Zasegi

Število

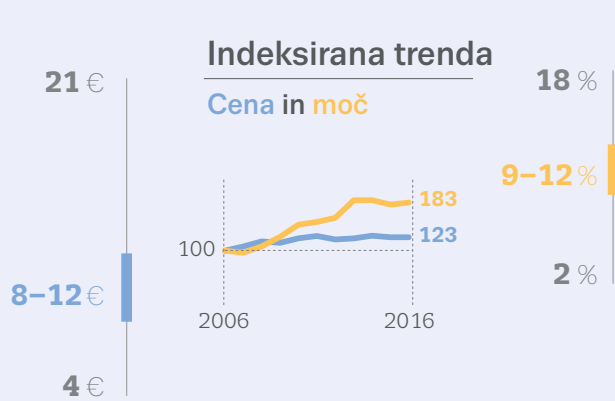
420 000 EU **454 000** EU + 2

Količina

124 EU **235** EU + 2

Cena

(EUR/g)



Moč

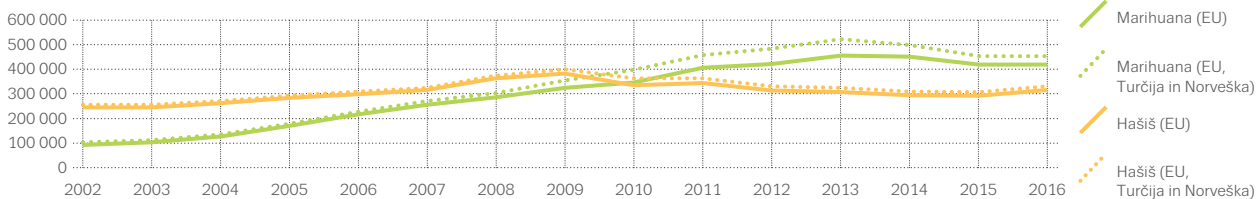
(% THC)

Opomba: 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.

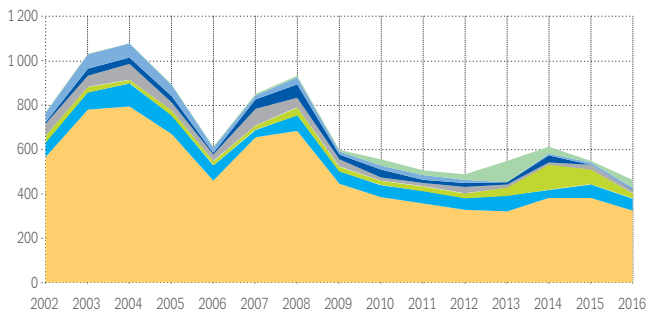
SLIKA 1.2

Trendi števila zasegov konoplje in zasežene količine konoplje: hašiš in marihuana

Število zasegov

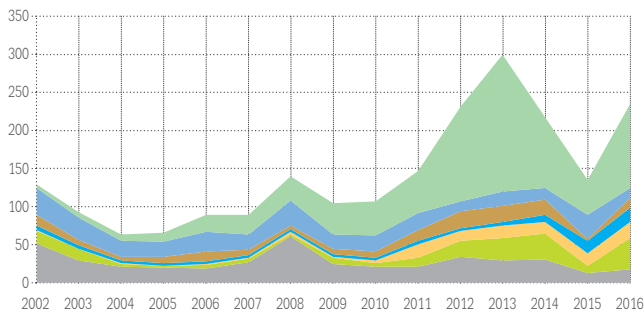


Hašiš
(v tonah)



Turčija Združeno kraljestvo Portugalska Druge države
Italija Francija Španija

Marihuana
(v tonah)



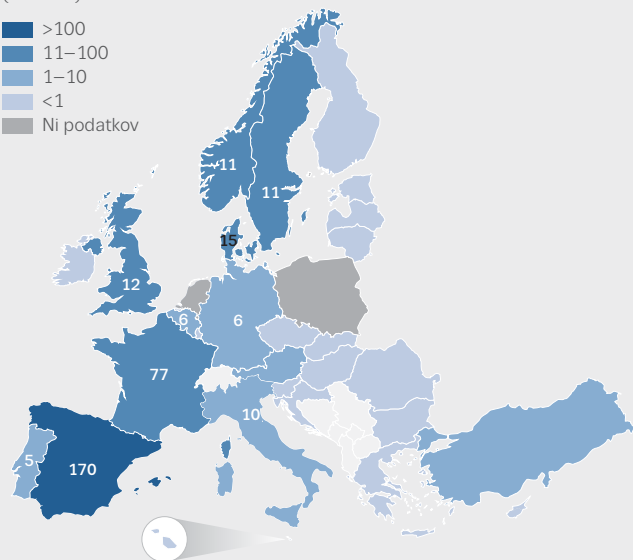
Turčija Združeno kraljestvo Grčija Francija
Španija Italija Druge države

SLIKA 1.3

Zasegi hašiša in marihuane v letu 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki

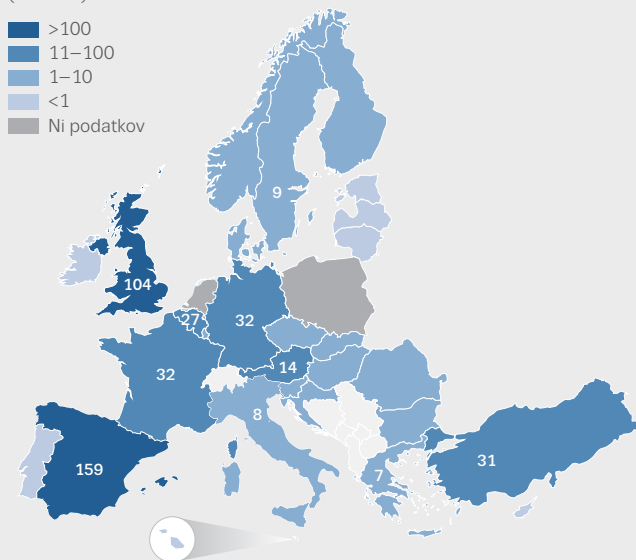
Število zasegov hašiša
(v tisočih)

>100
11–100
1–10
<1
Ni podatkov



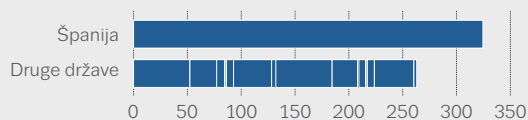
Število zasegov marihuane
(v tisočih)

>100
11–100
1–10
<1
Ni podatkov

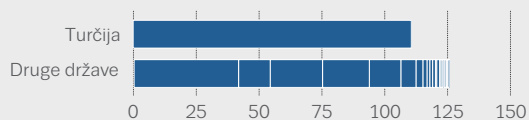


Opomba: število zasegov (v tisočih) za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Količina zaseženega hašiša (v tonah)



Količina zasežene marihuane (v tonah)



Iz analize indeksiranih trendov med državami, ki redno poročajo, je razvidno veliko povečanje moči (raven tetrahidrokanabinola, THC) marihuane in hašiša od leta 2006. Moč obeh oblik je naraščala do leta 2013, ko se je moč konoplje ustalila, moč hašiša pa je še naprej naraščala. K tej vse večji moči hašiša sta morda privedli uvedba intenzivnih proizvodnih tehnik v Evropi, uvedba rastlin z močnim učinkom in novih tehnik v Maroku ter novi proizvodi hašiša, izdelani iz več sort ali hibridnih rastlin. Čeprav ima hašiš v povprečju večjo moč kot marihuana, podatki kažejo, da so njune cene podobne.

Zasegi heroína: količina upada

Heroin je najpogostejši opioid na trgu drog v EU, katerega ocenjena maloprodajna vrednost je leta 2013 znašala 6,8 milijarde EUR (verjeten razpon med 6,0 in 7,8 milijarde EUR). V Evropi sta od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroína: 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 na voljo na trgu prepovedanih drog, vključujejo opij ter zdravila morfij, metadon, buprenorfin, tramadol in različne derivate fentanila. Nekateri opioidi se lahko preusmerijo iz zakonitih farmacevtskih zalog, drugi pa se proizvajajo nezakonito.

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

Pakistanu. V Evropi je bila proizvodnja prepovedanih opioidov že od nekdaj omejena na domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v nekaterih vzhodnih državah. Vendar odkritje več laboratorijev za pretvorbo morfija v heroin na Nizozemskem, v Španiji in na Češkem v zadnjih letih kaže, da se določena količina heroína zdaj proizvaja tudi v Evropi. Ta sprememba lahko kaže, da želijo dobavitelji znižati stroške tako, da zadnji stadij proizvodnje heroína opravijo v Evropi, kjer je predhodne sestavine, kot je anhidrid očetne kisline, mogoče dobiti po nižji ceni kot v državah, v katerih se proizvaja opij. Proizvodnja droge v bližini potrošniškega trga lahko prav tako zniža tveganje za prepoved vstopa.

HEROIN

Zasegi

Število

38 000 EU  **47 000** EU + 2

Količina

4,3 EU  **9,9** EU + 2

Cena

(EUR/g)

140 €
35–65 €
22 €

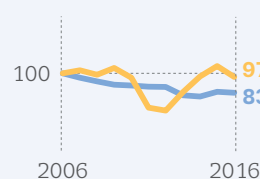
Čistost

(%)

41 %
15–29 %
11 %

Indeksirana trenda

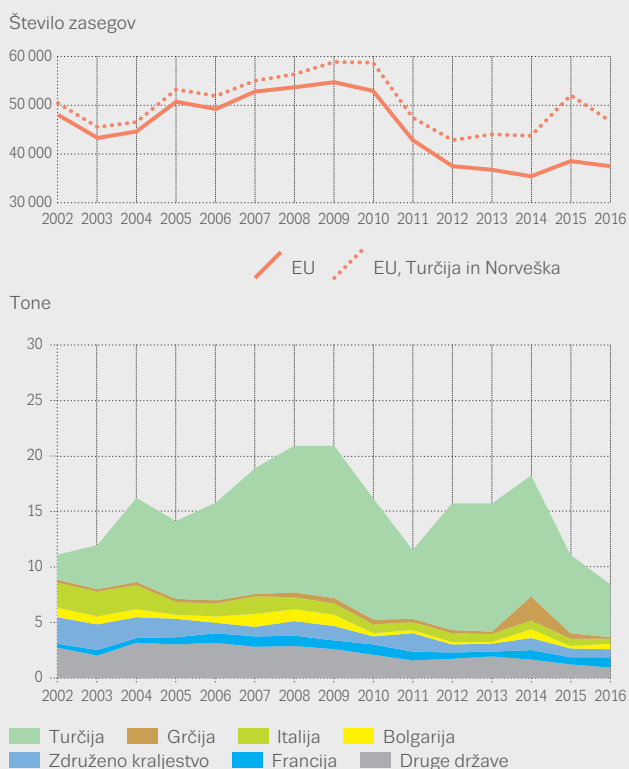
Cena in čistost



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

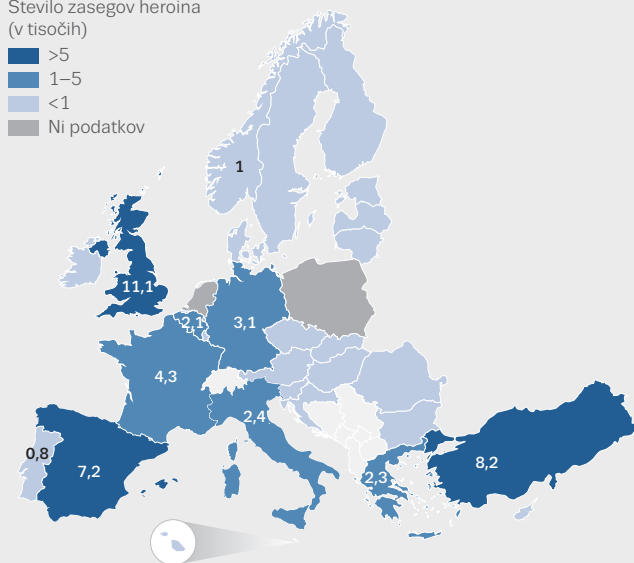
SLIKA 1.4

Število zasegov heroina in zasežena količina v letu 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



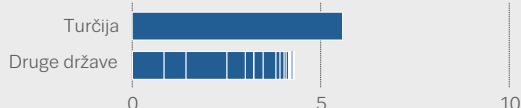
Število zasegov heroina (v tisočih)

■ >5
■ 1–5
■ <1
■ Ni podatkov



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

Količina zaseženega heroina (v tonah)



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.

Dosegljivost heroina na trgih drog v številnih evropskih državah se je v obdobju 2010–2011 zmanjšala, kar je razvidno iz splošnega upadanja števila zasegov od leta 2009 do leta 2014, ki se je nato v letih 2015 in 2016 ustalilo. Med letoma 2002 in 2014 se je količina zaseženega heroina v Evropski uniji razpolovila, in sicer z 10 na 5 ton, v zadnjih letih pa se je ta količina ustalila; leta 2016 je bilo tako zabeležene 4,3 tone. V Turčiji je število zasegov heroina še vedno večje kot v vseh drugih evropskih državah skupaj (slika 1.4), čeprav se je količina zaseženega heroina v Turčiji z 8,3 tone leta 2015

PREGLEDNICA 1.1

Zasegi opioidov, ki niso heroin, v letu 2016

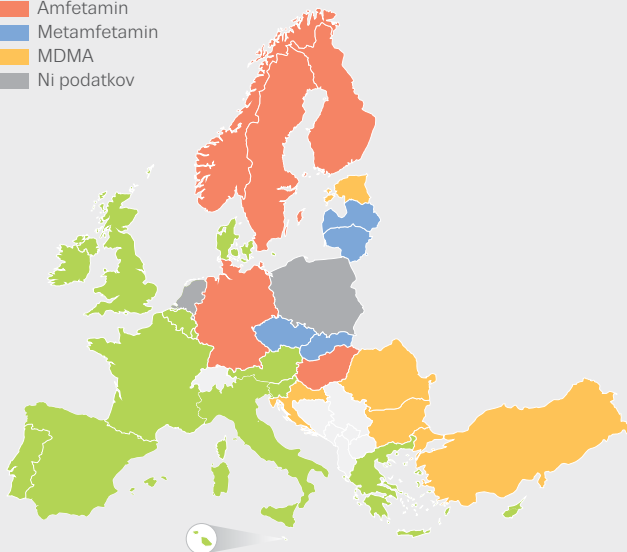
Opioid	Število	Količina			Število držav
		Kilogrami	Litri	Tablete	
Metadon	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfin	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadol	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivati fentanila	738	1,55	1,2	11 792 (†)	12
Morfij	225	11,08		4 201	13
Opij	335	327,5			10
Kodein	339	20,65		9 506	9
Oksikodon	12	0,005		107	6

(†) Obliži in pivniki.

SLIKA 1.5

Najpogosteje zaseženi stimulans v Evropi, podatki za leto 2016 ali najnovejši podatki

- Kokain
- Amfetamin
- Metamfetamin
- MDMA
- Ni podatkov



zmanjšala na 5,6 tone leta 2016. Iz indeksiranih trendov držav, ki redno poročajo, je razvidno, da se je po obdobju hitrega naraščanja z najnižje točke v letu 2012 čistost heroina v Evropi v letu 2016 v primerjavi z letom 2015 zmanjšala, medtem ko so se cene v zadnjem desetletju znižale.

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 tramadol, buprenorfin in metadon (glej preglednico 1.1). Leta 2016 je število zaseženih tablet tramadola močno naraslo, tako kot količine zaseženih derivatov fentanila.

Evropski trg stimulansov: regionalne razlike

Glavni prepovedani stimulansi, ki so na voljo v Evropi, so kokain, amfetamin, metamfetamin in MDMA. Ocenjuje se, da je bil maloprodajni trg stimulansov v Evropski uniji leta 2013 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, medtem ko so zasegi amfetamina in MDMA najpogostejši v severni in vzhodni Evropi.

Trg kokaina: stalno vnovično pojavljanje

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, ki se goji pretežno 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 bil maloprodajni trg kokaina v Evropski uniji leta 2013 vreden najmanj 5,7 milijarde EUR.

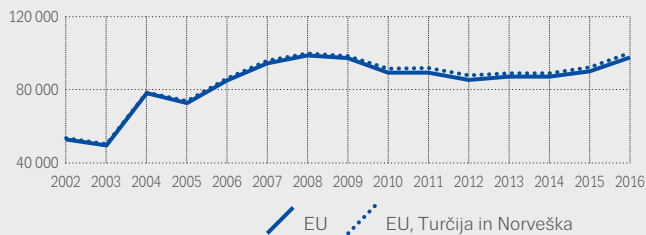
Heroin je najpogostejši

opioid na evropskem trgu drog

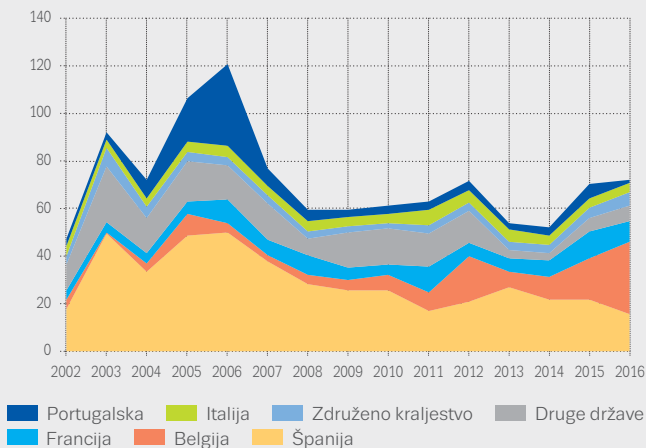
SLIKA 1.6

Število zasegov kokaina in zasežena količina v letu 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

Število zasegov

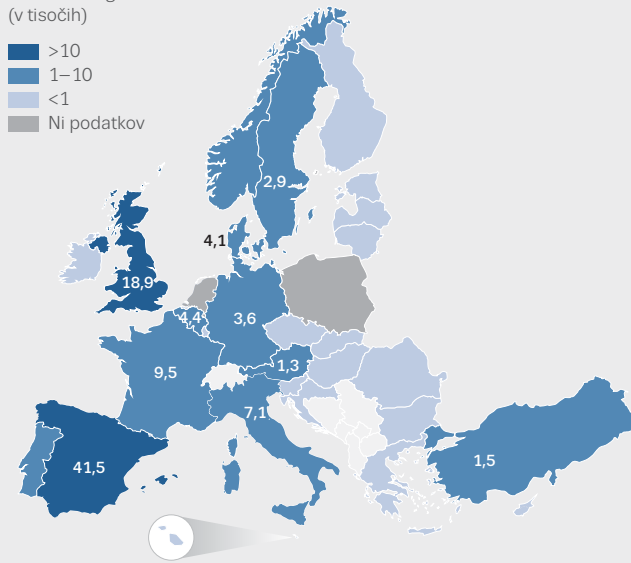


Tone



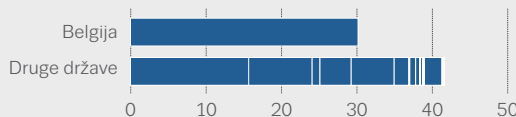
Število zasegov kokaina (v tisočih)

- >10
- 1–10
- <1
- Ni podatkov



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

Količina zaseženega kokaina (v tonah)



Leta 2016 je bilo v Evropski uniji skupno prijavljenih približno 98 000 zasegov kokaina, kar znaša 70,9 tone. V primerjavi z letom pred tem je bilo v letu 2016 opaziti majhno povečanje količine zaseženega kokaina, medtem ko je bilo povečanje števila zasegov izrazitejše (glej sliko 1.6). Belgija je z zaseženimi približno 30 tonami kokaina ali

43 % ocenjenih skupnih količin v EU leta 2016 izpodrinila Španijo (15,6 tone) kot država, ki poroča o največjih zaseženih količinah droge na leto. Tudi Francija je poročala o zasegih droge v skupni količini več kot pet ton (8,5 tone), medtem ko je ta količina v Združenem kraljestvu znašala 5,7 tone. Indeksirani trendi na splošno kažejo, da se je

KOKAIN

Zasegi

Število

98 000 EU **100 000** EU + 2

Količina

70,9 EU **71,8** EU + 2

Cena

(EUR/g)

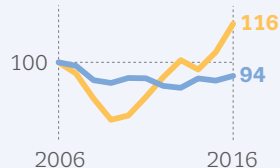
105 €
57–76 €
44 €

Čistost

(%)

Indeksirana trenda

Cena in čistost



84 %
51–73 %
40 %

Opomba: 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.

čistost kokaina, ki je naraščala od leta 2010, povečevala tudi v letu 2016, ko je dosegla najvišjo vrednost v zadnjem desetletju.

V Evropi so bili leta 2016 zaseženi tudi drugi proizvodi iz koke, vključno s 569 kilogrami tekočine, ki je vsebovala kokain, in 3 kilogrami listov koke. Poleg tega zaseg 79 kilogramov kokainove baze v Španiji in nadaljnjih 7 kilogramov v Italiji kaže na obstoj nedovoljenih laboratorijev v Evropi, v katerih se proizvaja kokain hidroklorid. To dogajanje kaže, da so nekatere kriminalne organizacije spremenile proizvodno taktiko, saj je bila prej večina kokainskih laboratorijev, odkritih v Evropi, „sekundarnih obratov za ekstrakcijo“, v katerih se je kokain izločil iz materialov, v katere je bil dodan (kot so vino, oblačila, plastika).

Proizvodnja drog: razvoj predhodnih sestavin

Predhodne sestavine so bistvene kemikalije za proizvodnjo prepovedanih drog. Ker imajo številne od njih zakonite uporabe, niso prepovedane, vendar se trgovanje z njimi spremlja in nadzoruje s pomočjo predpisov EU, na podlagi katerih se nekatere kemikalije uvrščajo na seznam (to pomeni, da se dodajo na seznam nadzorovanih snovi).

Dosegljivost predhodnih sestavin močno vpliva na trg sintetičnih drog in proizvodne metode, ki se uporabljajo v nedovoljenih laboratorijih. Proizvodne tehnike se neprestano spreminjajo zaradi izogibanja nadzoru, značilne spremembe pa vključujejo uporabo kemikalij, ki niso na seznamu, za proizvodnjo sintetičnih drog ali njihovih predhodnih sestavin, kot je pred nedavnim odkrita N-t-BOC-MDMA (N-terc-butil oksikarbonil-MDMA). Dodatna obdelava zahteva več kemikalij in ustvari več odpadkov, ki lahko povzročijo okoljsko škodo.

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). Uvrstitev BMK (benzil metil ketona), predhodne sestavine za APAAN (alfa-fenilacetoacetoneitril), konec leta 2013 je še vedno učinkovita, saj je bilo leta 2013 zaseženih 48 000 kilogramov te snovi, leta 2016 pa le okrog 600 kilogramov. Zasegi nadomestnih kemikalij APAA (alfa-fenilacetoacetamid) in glicidnih derivatov BMK, ki jih je mogoče tudi preprosto pretvoriti v BMK in o katerih so prvič poročali leta 2015, so se leta 2016 močno povečali.

PREGLEDNICA 1.2

Povzetek zasegov in ustavljenih pošiljk predhodnih sestavin, ki so v EU na seznamu, in kemikalij, ki niso na seznamu, ki se v Evropski uniji uporabljajo za proizvodnjo izbranih sintetičnih drog, v letu 2016

Na seznamu/niso na seznamu	Zasegi		Ustavljene pošiljke		SKUPNE VREDNOSTI	
	Število	Količina	Število	Količina	Število	Količina
MDMA ali povezane snovi						
PMK (litri)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrol (litri)	5	63	0	0	5	63
Piperonal (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Glicidni derivati PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
Nt-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamin in metamfetamin						
Efedrin, razsuto stanje (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litri)	24	2 506	0	0	24	2 506
Psevdoefedrin, razsuto stanje (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, fenilocetna kislina (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Glicidni derivati BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Zasegi PMK (piperonil metil ketona) in kemikalij za proizvodnjo MDMA, ki niso na seznamu, so se v letu 2016 povečali. Zasegi PMK v Franciji, derivatov glicidnih kislin PMK v Bolgariji in ustavljene pošiljke predhodnih sestavin v Španiji kažejo na raznolikost preprodajalskih poti.

Amfetamin in metamfetamin: število zasegov ostaja nespremenjeno

Amfetamin in metamfetamin sta sintetična stimulansa, 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.

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 in Nemčiji. Nekatere od teh držav so poročale o uničenju laboratorijev, v katerih se izvaja zadnja faza proizvodnje, in sicer pretvorba baze amfetamina v obliki olja v amfetamin sulfat. To kaže na spremembo lokacije te faze proizvodnega postopka, ki naj bi bila povezana s prednostjo, ki jo določene skupine dajejo preprodaji tekočin pred dokončanim izdelkom, da se izognejo prepovedi vstopa.

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 2016 zaseženih več kot 13 milijonov tablet.

AMFETAMINI



AMFETAMIN

Zasegi

Število

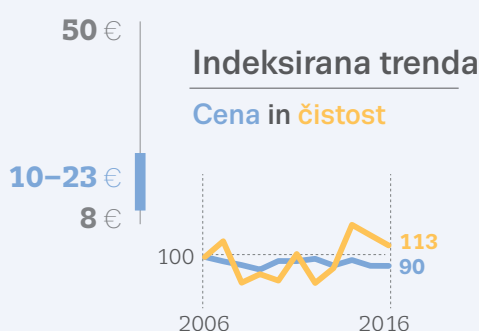
34 000 EU  **39 000** EU + 2

Količina

5,7 EU  **9,5** EU + 2

Cena

(EUR/g)



Čistost

(%)

METAMFETAMIN

Zasegi

Število

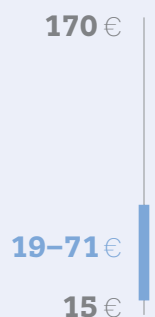
9 000 EU  **14 000** EU + 2

Količina

0,5 EU  **0,8** EU + 2

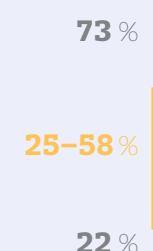
Cena

(EUR/g)



Čistost

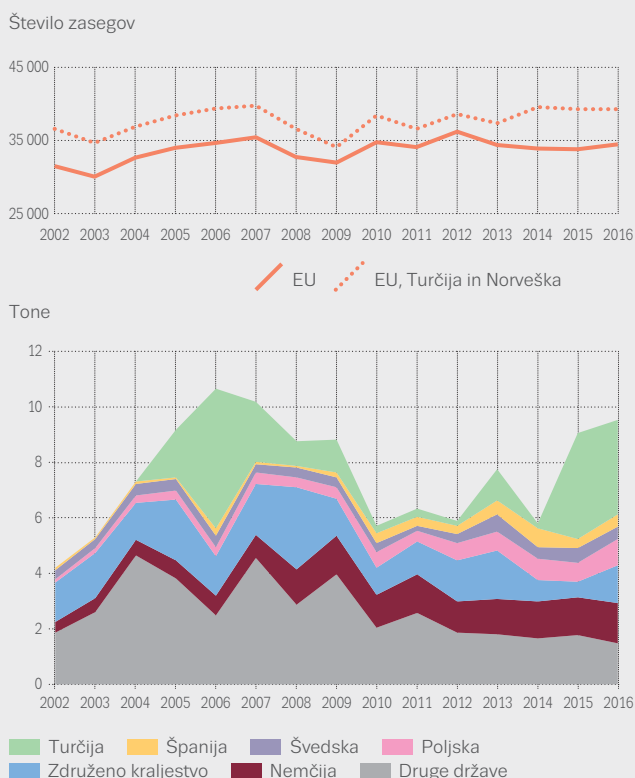
(%)



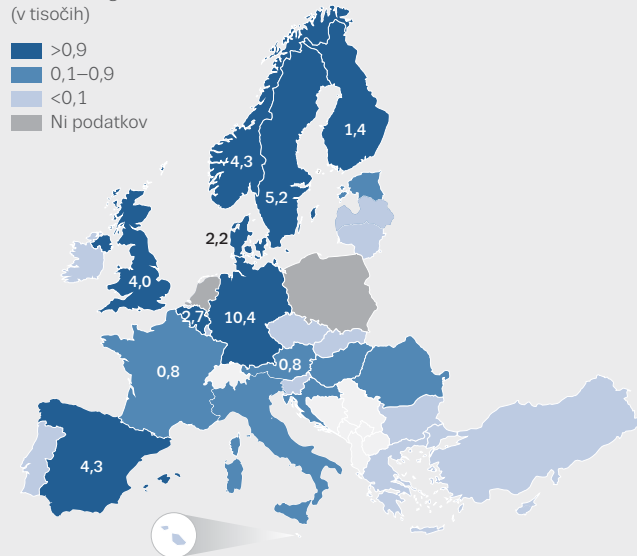
Opomba: EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost amfetaminov: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih. Indeksirana trenda nista na voljo za metamfetamin.

SLIKA 1.7

Število zasegov amfetamina in zasežena količina v letu 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

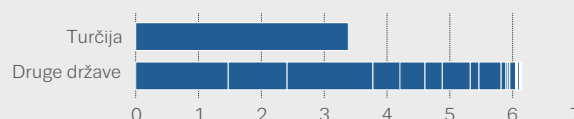


Število zasegov amfetamina (v tisočih)



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

Količina zaseženega amfetamina (v tonah)



Večina evropskega metamfetamina se že od nekdaj proizvaja na Češkem, zadnje čase pa tudi na obmejnih območjih sosednjih držav. Na Češkem se metamfetamin proizvaja predvsem iz predhodne sestavine psevdofedrin, ki je ekstrahirana iz zdravil, uvoženih predvsem s Poljske oziroma vse bolj iz drugih držav preko Poljske. Za proizvodnjo te droge je mogoče uporabiti tudi BMK. Od 291 nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo metamfetamina, ki so bili leta 2016 prijavljeni v Evropski uniji, jih je bilo 261 na Češkem. Prevladujejo laboratoriji za proizvodnjo majhnih količin droge, ki oskrbujejo domači trg, vendar so poročali tudi o večjih proizvodnih obratih, povezanih s skupinami organiziranega kriminala, ki metamfetamin proizvajajo za druge evropske države.

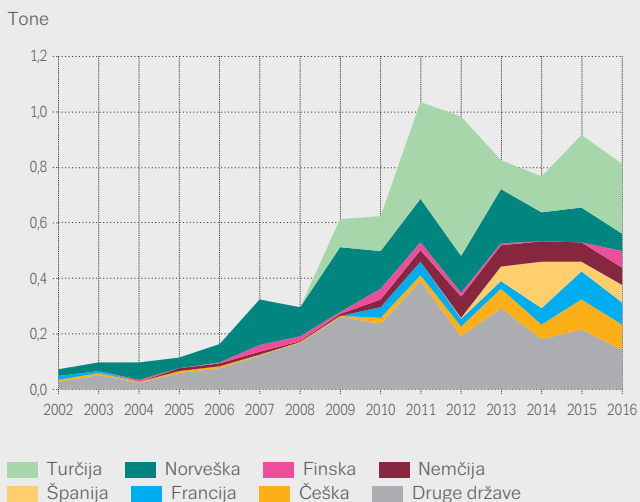
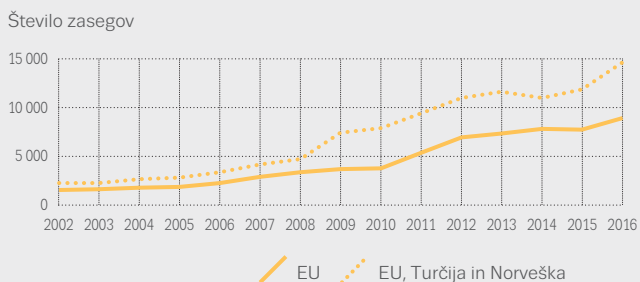
V letu 2016 so države članice EU poročale o 34 000 zasegih amfetamina v skupni količini 5,7 tone. Skupno je količina zaseženega amfetamina v Evropski uniji nespremenjena, in sicer se je v obdobju od leta 2010 gibala med 5 in 6 tonami na leto (slika 1.7). Zasegi metamfetamina so veliko manjši, saj je bilo leta 2016 v Evropski uniji prijavljenih 9 000 zasegov metamfetamina v skupni količini 0,5 tone, pri čemer je največjo količino te droge zasegla Češka (slika 1.8). Število zasegov metamfetamina se od leta 2002 povečuje, medtem ko je zasežena količina od leta 2009 ostala razmeroma

nespremenjena. Leta 2016 so bile velike količine amfetaminov zasežene tudi v Turčiji, predvsem kot „Captagon“ (1,3 milijona tablet ali po ocenah 3,4 tone amfetamina), in 0,25 tone metamfetamina.

Običajno je povprečna prijavljena čistost vzorcev pri metamfetaminu večja kot pri amfetaminu.

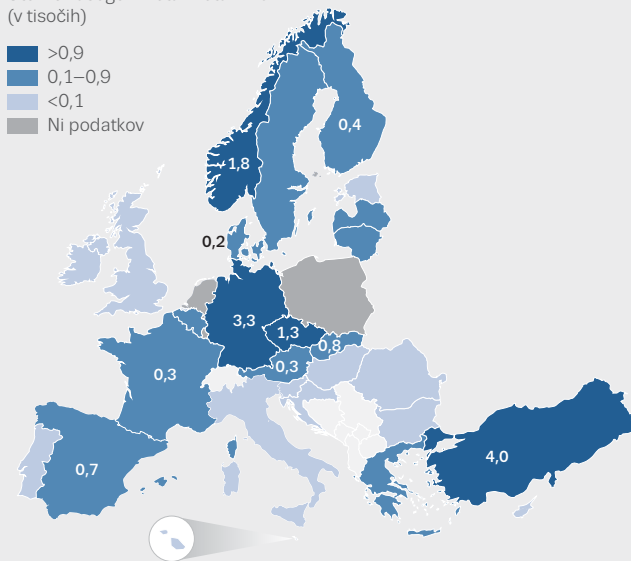
SLIKA 1.8

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina v letu 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



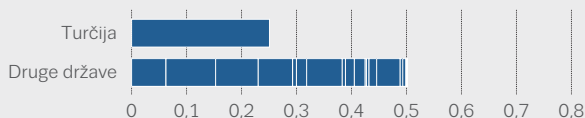
Število zasegov metamfetamina (v tisočih)

- >0,9
- 0,1–0,9
- <0,1
- Ni podatkov



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

Količina zaseženega metamfetamina (v tonah)



MDMA: povečana proizvodnja in zasegi

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. Ocenjuje se, da je bil leta 2013 maloprodajni trg MDMA v Evropski uniji vreden okrog 0,7 milijarde EUR. Po obdobju majhne dosegljivosti, ki se

MDMA

Zasegi

Število

24 000 EU **31 000** EU + 2

Količina

5,3 EU **9,1** EU + 2

295 EU **306** EU + 2

Cena

(EUR/tableto)

16 €

6–11 €

4 €

Čistost

(mg MDMA/ tableto)

168

86–152

41

Indeksirana trenda

Cena in čistost

238

83

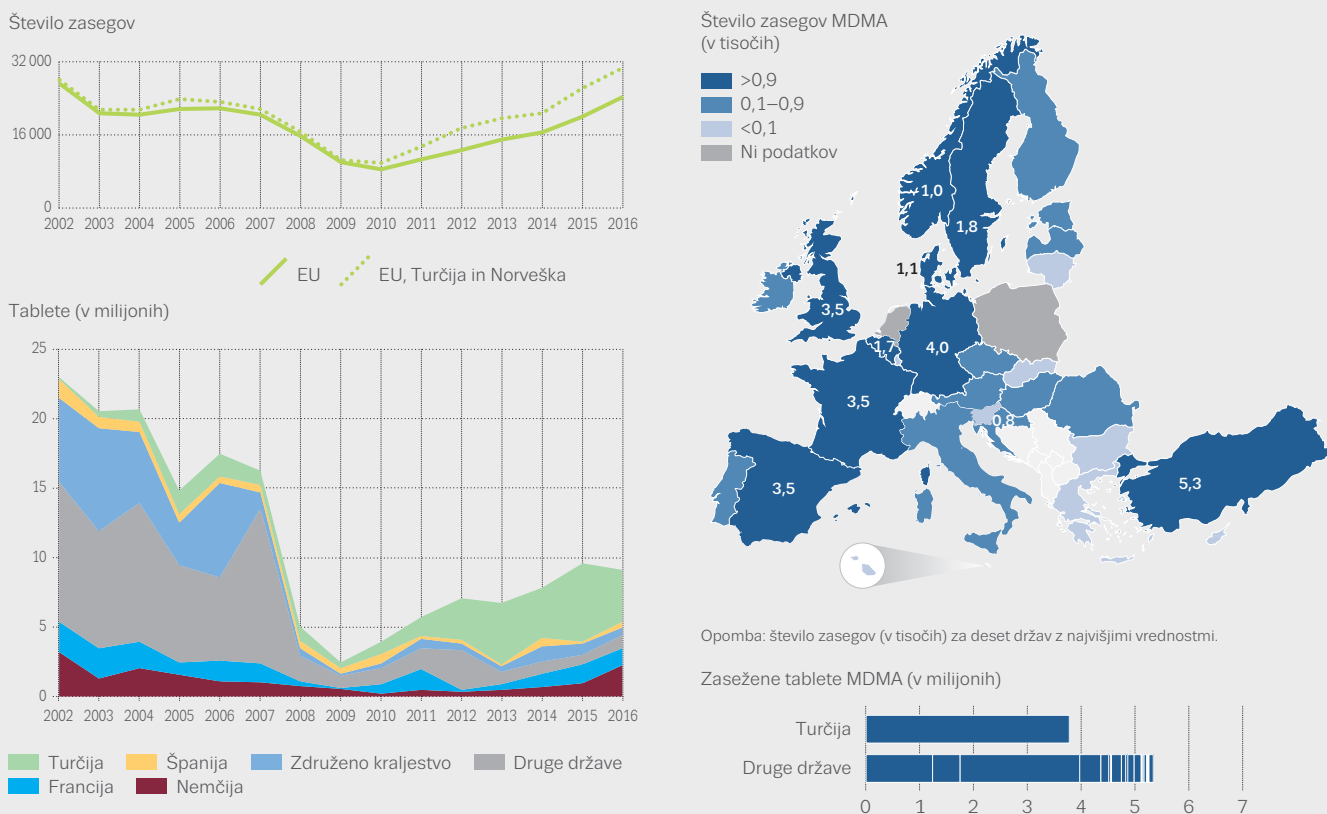
2006

2016

Opomba: 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 2016 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



povezuje s pomanjkanjem predhodnih sestavin, potrebnih za proizvodnjo te droge, je trg MDMA v zadnjih letih spet oživel. Od leta 2009 se je povprečna vsebnost MDMA v tabletah povečala, velike količine MDMA v nekaterih pošiljkah pa povezujejo z zdravstvenimi težavami in smrtnimi primeri.

Evropska proizvodnja MDMA je osredotočena na Nizozemsko in Belgijo, pri čemer je bilo leta 2016 v Evropski uniji uničenih 11 laboratorijev za proizvodnjo MDMA (deset na Nizozemskem in eden v Belgiji), kar je dvakrat več kot v letu 2015. MDMA, proizveden v Evropi, se izvaža tudi v druge dele sveta; avstralska policija je na primer sporočila, da je edina večja količina MDMA, ki je bila zasežena v Avstraliji leta 2016 (1,2 tone), izvirala iz Evrope.

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 2016 ni predložila Nizozemska, Nemčija in Poljska pa nista predložili podatkov o številu zasegov. Brez teh pomembnih prispevkov se ocenjuje, da je leta 2016 količina zaseženega MDMA v Evropski uniji narasla ter je ocenjena na 5,3 milijona tablet in 295 kilogramov MDMA v prahu.

Skupno število prijavljenih zasegov MDMA v Evropski uniji se od leta 2010 še naprej povečuje, medtem ko je zasežena količina v tem obdobju prav tako nekoliko narasla kljub nihanjem med posameznimi leti. Velike količine MDMA so bile leta 2016 zasežene tudi v Turčiji, skupaj 3,8 milijona tablet (slika 1.9). Indeksirani trendi kažejo, da je količina zaseženih tablet MDMA v zadnjih letih močno narasla.

Zasegi LSD, GHB in ketamina

V Evropski uniji se poroča tudi o zasegih drugih prepovedanih drog, med katerimi je bilo leta 2016 1 700 zasegov LSD (dietilamid lisergične kisline), kar ustreza 97 000 odmerkom. Od leta 2010 se je skupno število zasegov LSD skoraj podvojilo, čeprav je zasežena količina nihala. Štirinajst držav EU je poročalo o približno 1 800 zasegih ketamina, kar po ocenah predstavlja 83 kilogramov te droge, od tega je bila večina zasežena na Danskem, v Italiji in Združenem kraljestvu. Norveška je prav tako poročala o majhnem številu zasegov ketamina – 50 zasegov, kar ustreza 0,2 kilograma. Leta 2016 so o zasegih GHB (gama-hidroksibutirata) ali GBL (gama-butirolaktona) poročali iz 13 držav EU, Norveške in Turčije. Skupna ocenjena količina vseh 1 700 zasegov je znašala

skoraj 360 kilogramov in 1 400 litrov droge, pri čemer je bila več kot četrtina skupnega števila zasegov opravljenih na Norveškem.

Nove psihoaktivne snovi: kompleksen trg

Center EMCDDA je konec leta 2017 spremljal več kot 670 novih psihoaktivnih snovi, ki so bile odkrite v Evropi. 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 odpremi 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 nekaj letih v Evropi povečal obseg te oblike proizvodnje.

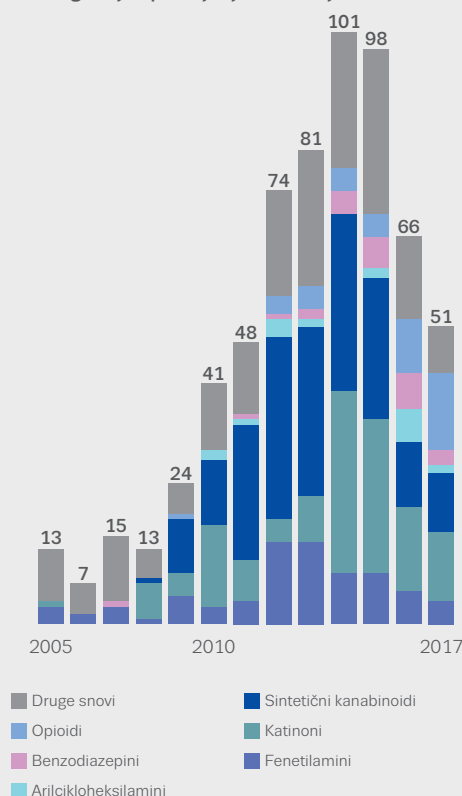
Nekatere nove snovi se prosto prodajajo v specializiranih fizičnih trgovinah in na površinskem spletu, pogosto pod oznako „dovoljene droge“. Poleg tega se prodajajo na trgih na temnem spletu in trgu prepovedanih drog, včasih pod svojim imenom, včasih pa lažno kot prepovedane droge, kot so heroin, kokain,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

Skoraj 70 % novih snovi, ki so bile odkrite prek sistema Evropske unije za zgodnje opozarjanje, je bilo odkritih v zadnjih petih letih. Leta 2017 je bilo v Evropi prvič odkritih 51 novih snovi. To je manj kot v prejšnjih petih letih in predstavlja upad z najvišjih ravni v letih 2014 in 2015, ko je bilo odkritih skoraj 100 novih drog na leto. Vzroki tega zmanjšanja niso jasni, a so morda deloma posledica ukrepov, ki so jih sprejele nacionalne vlade v Evropi za prepoved novih snovi, zlasti njihove proste prodaje. Poleg tega so morda pomemben dejavnik tudi nadzorni ukrepi in operacije kazenskega pregona na Kitajskem, usmerjeni na laboratorije, v katerih se proizvajajo nove snovi.

Število novih snovi, ki se prvič odkrijejo vsako leto, je le eno od različnih meril, ki jih center EMCDDA uporablja za razumevanje splošnega trga. Na primer, na kompleksnost trga kaže podatek, da je bilo v letu 2016 na evropskem trgu

SLIKA 1.10

Število in kategorije novih psihoaktivnih snovi, prvič prijavljenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje v obdobju 2005–2017



drog odkritih več kot 50 % (369) novih snovi, ki se trenutno spremljajo.

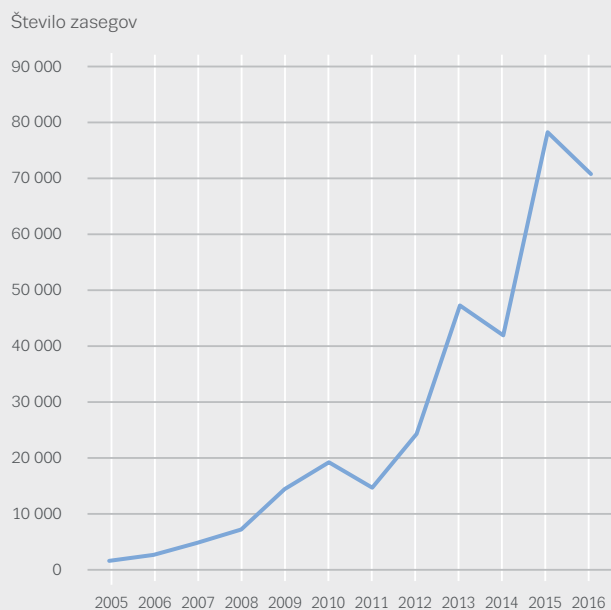
Zasegi novih psihoaktivnih snovi: še vedno prevladujejo sintetični katinoni in kanabinoidi

Leta 2016 je bilo prek sistema EU za zgodnje opozarjanje prijavljenih več kot 71 000 zasegov novih psihoaktivnih snovi (slika 1.11). Sintetični katinoni in sintetični kanabinoidi skupaj predstavljajo skoraj 80 % vseh zasegov in 80 % vseh zaseženih količin novih snovi v letu 2016.

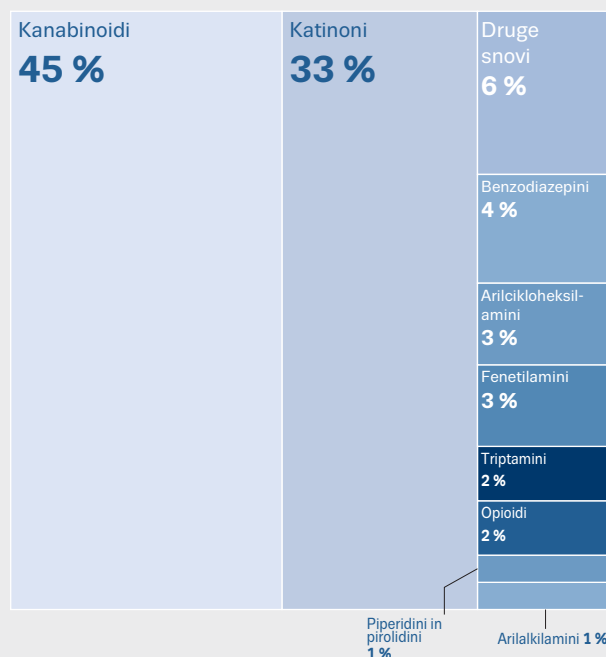
V letu 2016 je bilo v primerjavi z letom 2015 opaziti splošno zmanjšanje zaseženih količin. Vendar so se povečale zasežene količine sintetičnih katinonov, benzodiazepinov in sintetičnih opioidov. Skupne številke o evropskih zasegih novih snovi je treba razumeti kot najnižje vrednosti, saj so podatki pridobljeni iz prijavi 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.

SLIKA 1.11

Število zasegov novih psihoaktivnih snovi, prijavljenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje: razčlenitev po kategoriji v letu 2016 in trendi



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



Novi sintetični opioidi

Od leta 2009 je bilo na evropskem trgu drog odkritih skupno 38 novih opioidov, od tega jih je bilo 13 prvič prijavljenih leta 2017. Med njimi je 28 derivatov fentanila, od katerih jih je bilo deset prvič prijavljenih leta 2017. Čeprav imajo novi derivati fentanila na evropskem trgu drog trenutno majhno vlogo, so to snovi z zelo močnim učinkom, ki resno ogrožajo zdravje posameznikov in javno zdravje.

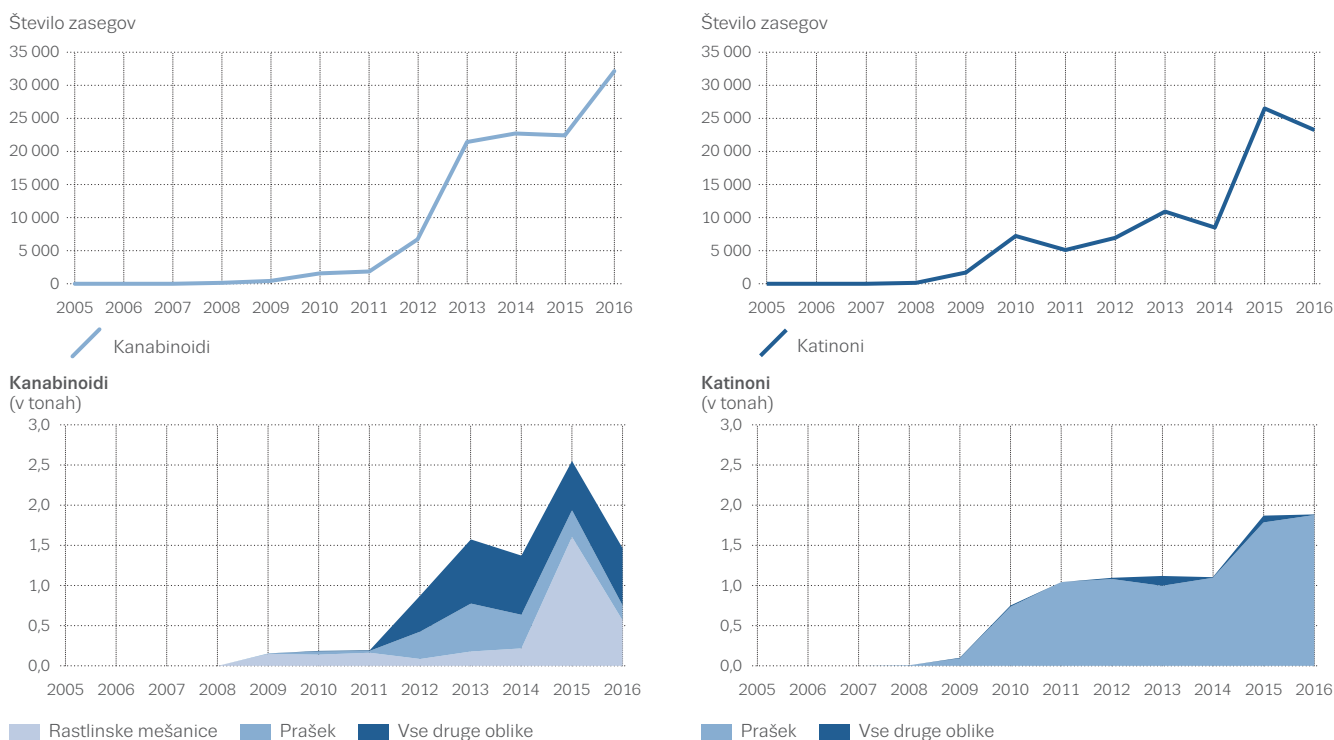
Novi opioidi so bili zaseženi v različnih oblikah, predvsem v obliki praškov, tablet in tekočin. Leta 2016 je bilo zaseženih skoraj 4,6 litra sintetičnih opioidov, kar pomeni povečanje glede na leto pred tem, ko jih je bilo zaseženih 1,8 litra. Od 1 600 zasegov novih sintetičnih opioidov, prijavljenih v letu 2016, je bilo več kot 70 % zasegov derivatov fentanila. Derivati fentanila so bili prisotni v 96 % zaseženih tekočin. Eden od pomislekov v zvezi s tem je, da so se na trgu pojavila razpršila za nos, ki vsebujejo derivate fentanila, kot so akrililfentanil, furanilfentanil, 4-fluoroizobutirilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil in karfentanil. Novi opioidi so predstavljali 2,3 % skupnega števila zasegov novih snovi, zaseženih v letu 2016, v primerjavi z 0,8 % leta 2015.

Sintetični kanabinoidi

Sintetični kanabinoidi so snovi, ki posnemajo učinke delta-9-tetrahidrokanabinola (THC), glavnega povzročitelja močnih psihoaktivnih učinkov konoplje. Evropski proizvajalci uvažajo velike količine kanabinoidov v prahu in jih mešajo s suhim rastlinskim materialom. 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 179, vključno z 10, prijavljenimi v letu 2017.

SLIKA 1.12

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



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

Sintetični kanabinoidi so bili leta 2016 ponovno najpogosteje zasežene nove psihoaktivne snovi s preko 32 000 prijavljenimi zasegi (slika 1.12). To je skoraj 10 000 zasegov več kot leto pred tem in predstavlja skoraj polovico vseh zasegov novih psihoaktivnih snovi, sporočenih v letu 2016. Med pet najpogosteje zaseženih sintetičnih kanabinoidov v letu 2016 so spadali MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 in AMB-FUBINACA.

Zasegi sintetičnih kanabinoidov so predstavljali skoraj 1,5 tone snovi. To pomeni veliko zmanjšanje v primerjavi z letom 2015, ko jih je bilo zaseženih 2,5 tone. 40 % zaseženih količin v letu 2016 je bilo zasegov rastlinskih mešanic, skoraj 13 % pa prahu.

Zaseg sintetičnih kanabinoidov v prahu in odkritje obratov za predelavo v Evropi kažeta, da se proizvodi pakirajo v Evropi. Iz zaseženega prahu, predelanega v „rastlinske mešanice za kajenje“, bi se lahko pripravilo na milijone odmerkov. Kanabinoidi z največjimi skupnimi zaseženimi količinami v prahu leta 2016 so bili AM-6527 derivat 5-fluoropentil (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) in AB-FUBINACA (7 kg).

Sintetični katinoni

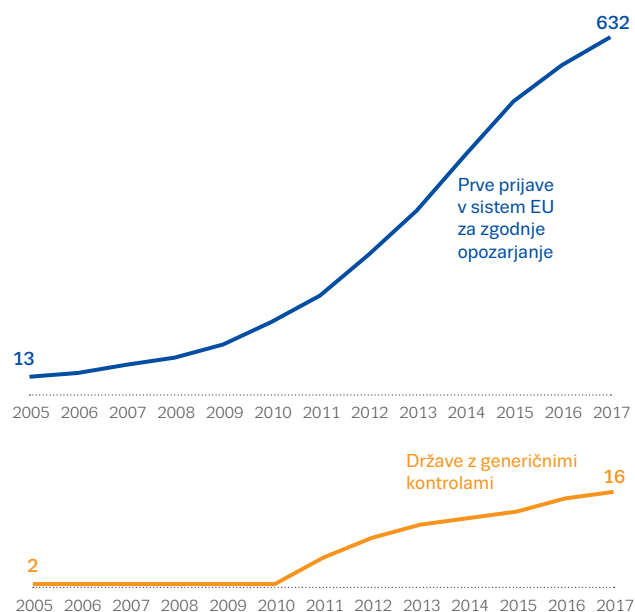
Sintetični katinoni so kemično sorodni katinonu, naravnemu stimulanu, ki ga najdemo v rastlini kat (*Catha edulis*). Te snovi imajo podobne učinke kot običajni prepovedani stimulanzi, na primer amfetamin, kokain in MDMA. Sintetični katinoni so druga največja skupina novih snovi, ki jih spremlja center EMCDDA. Skupno je bilo odkritih 130 teh snovi, od tega 12 prvič leta 2017.

Sintetični katinoni so bili z več kot 23 000 zasegi druga najpogosteje zasežena skupina novih psihoaktivnih snovi v letu 2016 in so predstavljali skoraj tretjino skupnega števila zasegov. To je rahlo zmanjšanje glede na številko za leto pred tem. Med pet najpogosteje zaseženih katinonov leta 2016 spadajo alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N, N-dimetilkatinon in 3-MMC.

Zasegi teh snovi so predstavljali skoraj 1,9 tone, kar je pomenilo, da so sintetični katinoni po količini najbolj zasežena nova psihoaktivna snov v letu 2016 (slika 1.12). Sintetični katinoni so običajno v obliki prahu. Katinoni z največjimi skupnimi zaseženimi količinami v prahu so bili 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) in meksedron (50 kg).

SLIKA 1.13

Pojav novih psihoaktivnih snovi in uvedba kontrol generičnih skupin v Evropi, od leta 2005



Novi benzodiazepini

Center EMCDDA spremlja 23 novih benzodiazepinov, od tega so bili trije v Evropi prvič odkriti leta 2017. Nekateri novi benzodiazepini se prodajajo v obliki tablet, kapsul ali praškov pod svojim imenom. V drugih primerih ponarejevalci te snovi uporabljajo za proizvodnjo ponarejenih različic pogosto predpisanih zdravil proti tesnobi, kot sta diazepam in alprazolam, in jih neposredno prodajajo na trgu prepovedanih drog. Medtem ko se je število zasegov benzodiazepinov v letu 2016 v primerjavi z letom 2015 zmanjšalo, pa se je zasežena količina močno povečala. V letu 2016 je bilo zaseženih več kot pol milijona tablet, ki so vsebovale nove benzodiazepine, kot so diklazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam in fonazepam, kar je skoraj dve tretjini več od števila zasegov, prijavljenih leta 2015.

Nove psihoaktivne snovi: novi pravni odzivi

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 za varstvo 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.

Večina evropskih držav je dolga leta vsaka zase le uvrščala nadzorovane snovi na seznam. Z naraščanjem števila novih snovi, odkritih v Evropi, je vedno več držav želelo imeti nadzor nad skupinami snovi (slika 1.13). Večina držav je skupine opredelila glede na kemijsko sestavo (generične skupine), nekaj pa glede na njihove učinke. Večina držav, ki so zavzele generični pristop, je v obstoječo zakonodajo na področju drog dodala opredelitve skupin, nekatere pa so takšne skupine samo vključile v posebno zakonodajo o novih psihoaktivnih snoveh.

Na ravni EU je bil leta 2005 sprejeti pravni okvir za odzivanje na nevarnosti za javno zdravje in socialno ogroženost, ki jih povzročajo nove psihoaktivne snovi, spremenjen, cilj njegove spremembe pa je vzpostavitev hitrejšega in učinkovitejšega sistema. Nova zakonodaja je za odzivanje na nove psihoaktivne snovi obdržala pristop v treh korakih – zgodnje opozarjanje, ocena tveganja in nadzorni ukrepi – ter hkrati okrepila obstoječe postopke tako, da je poenostavila in pospešila postopke zbiranja podatkov in ocenjevanja ter uvedla krajše roke. Tako lahko Komisija po opravljeni oceni tveganja predlaga, da se za snov uvedejo nadzorni ukrepi. Evropski parlament in Svet lahko v dveh mesecih in pod določenimi pogoji ugovarjata predlogu Komisije. Ko sklep začne veljati, morajo nacionalni organi v šestih mesecih (in ne več v 12) na svojem ozemlju uvesti nadzorne ukrepe za snov.

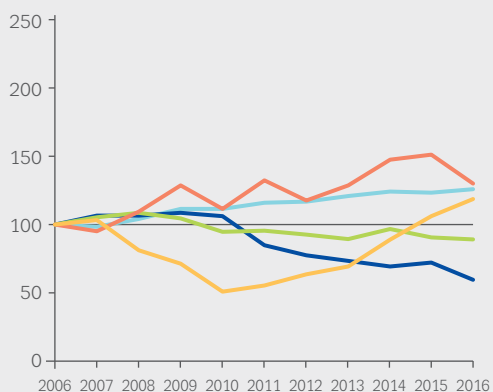
**Center EMCDDA spremlja
23 novih benzodiazepinov**

SLIKA 1.14

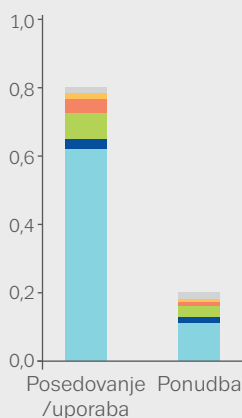
Kršitve zakonodaje o drogah v Evropi, povezane z uporabo drog ali posedovanjem za uporabo ali ponudbo drog: indeksirana trenda in prijavljene kršitve v letu 2016

Kršitve, povezane s posedovanjem/uporabo

Indeksirana trenda

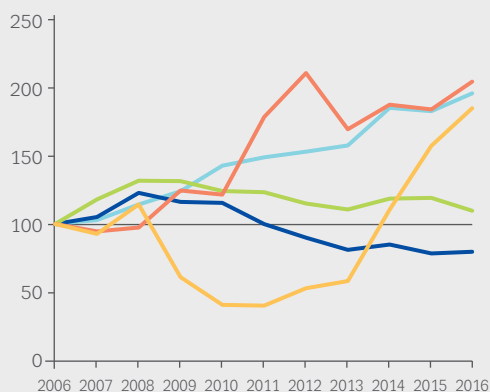


Število kršitev (v milijonih)



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: konoplja prevladuje

Izvajanje zakonodaje se spremlja na podlagi podatkov o prijavljenih kršitvah zakonodaje o drogah. V Evropski uniji je bilo leta 2016 po ocenah prijavljenih 1,5 milijona kršitev zakonodaje o drogah, kar predstavlja povečanje za tretjino (33 %) od leta 2006. Večina teh kršitev (74 %) se je nanašala na uporabo ali posedovanje, njihovo skupno število pa je znašalo okrog en milijon kršitev, prijavljenih leta 2016, kar v primerjavi z letom 2006 pomeni 28-odstotno povečanje. Več kot tri četrtine kršitev, povezanih z uporabo ali posedovanjem drog, se nanaša na konopljo (77 %). Naraščajoči trend v primeru kršitev, povezanih z uporabo ali posedovanjem MDMA, se je nadaljeval leta 2016, čeprav te kršitve predstavljajo le 2 % kršitev, povezanih z uporabo (slika 1.14).

Število kršitev, povezanih s ponudbo drog, se je od leta 2006 skupaj povečalo za 14 %, pri čemer se ocenjuje, da je to število leta 2016 preseglo 200 000 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 1.14).

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

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

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

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

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

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

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

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

2015

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

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

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

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

Skupne publikacije centra EMCDDA in Europla

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

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.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

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

**Uporaba drog v Evropi
danes zajema širši nabor
snovi kot v preteklosti**

Razširjenost in trendi uporabe drog

Uporaba drog v Evropi danes zajema 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 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. Uporaba vseh drog je na splošno pogostejša pri moških, ta razlika pa je pogosto poudarjena pri intenzivnejših ali rednejših vzorcih uporabe.

Spremljanje uporabe drog

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

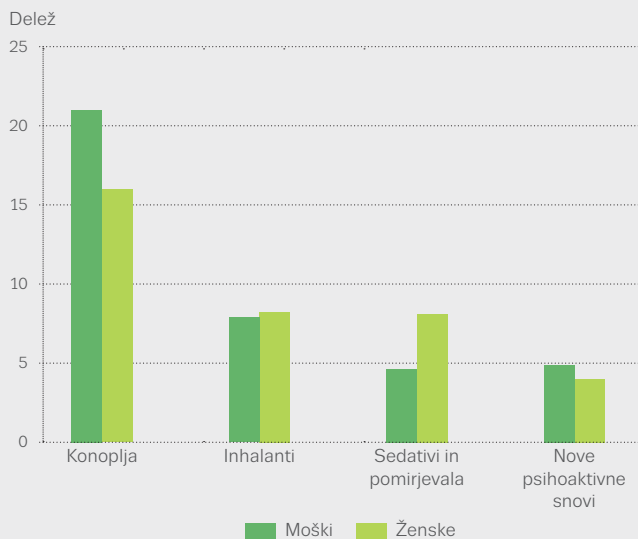
Raziskave, opravljene med šolsko mladino in splošnim prebivalstvom, omogočajo pregled nad razširjenostjo eksperimentalne in rekreativne uporabe drog. Rezultate teh raziskav je mogoče dopolniti z analizami ostankov drog v komunalnih odpadnih vodah, ki se na ravni skupnosti izvajajo v mestih po vsej Evropi.

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](#).

SLIKA 2.1

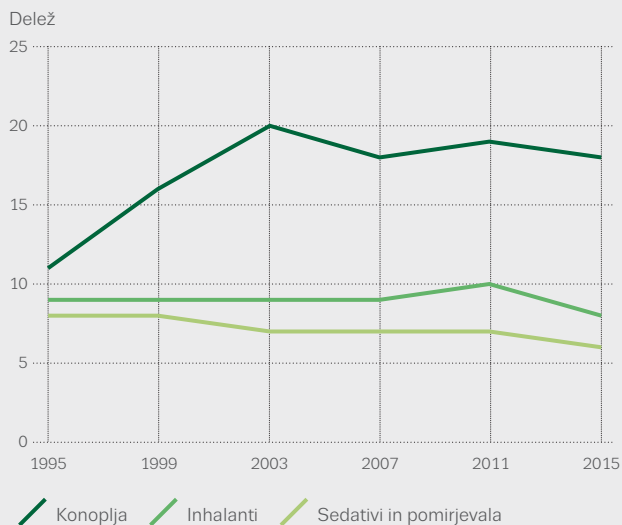
Uporaba snovi kadar koli v življenju med evropskimi dijaki, starimi od 15 do 16 let, po spolu



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

SLIKA 2.2

Trendi v razširjenosti uporabe konoplje, inhalantov in zdravil (sedativi in pomirjevala brez recepta) kadar koli v življenju, uporaba med evropskimi dijaki, starimi od 15 do 16 let



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

Uporaba snovi med šolsko mladino: ustaljena ali s trendi zmanjševanja

Spremljanje uporabe snovi med šolsko mladino zagotavlja pomemben vpogled v trenutna tvegana vedenja mladih in morebitne 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 %), 8 % pa jih je navedlo, da so drogo uporabili v zadnjih tridesetih dneh. Uporaba drugih prepovedanih drog razen konoplje (MDMA/ekstazi, amfetamin, kokain, metamfetamin in halucinogene snovi) je bila precej manjša, skupna uporaba drog kadar koli v življenju pa je bila 5-odstotna.

Raziskava je vključevala tudi vprašanja o uporabi drugih snovi, kot so inhalanti, zdravila in nove psihoaktivne snovi. Med udeleženci iz EU in Norveške je povprečna uporaba inhalantov kadar koli v življenju znašala 8 % (ta delež se giblje od 3 % v Belgiji (Flandrija) do 25 % na Hrvaškem). O uporabi sedativov ali pomirjeval brez zdravnikovega recepta kadar koli v življenju je poročalo v povprečju 6 % dijakov (delež se giblje od 2 % v Romuniji do 17 % na Poljskem), o uporabi novih psihoaktivnih snovi kadar koli

v življenju pa so poročali v povprečju 4 % dijakov (delež se giblje od 1 % v Belgiji (Flandrija) do 10 % v Estoniji in na Poljskem) (slika 2.1). Med uporabniki novih psihoaktivnih snovi so bile v zadnjih 12 mesecih (3,2 % udeležencev) najpogosteje v uporabi rastlinske mešanice za kajenje (o tem je poročalo 2,6 % vseh udeležencev), medtem ko uporaba praškov, kristalov ali tablet, tekočin ali drugih oblik novih psihoaktivnih snovi ni bila tako pogosta.

V 22 državah z zadostnimi podatki za analizo je bilo prijavljeno skupno število oseb, ki so konopljo uporabili kadar koli v življenju, najvišje leta 2003, raziskava iz leta 2007 pa je pokazala rahlo zmanjšanje tega števila (slika 2.2). Razširjenost konoplje je od takrat razmeroma ustaljena. Med letoma 2011 in 2015 se je prijavljeno število oseb, ki so inhalante uporabile kadar koli v življenju, zmanjšalo z 10 % na 8 %, dolgoročni trend med letoma 1995 in 2015 pa je bil razmeroma ustaljen (slika 2.2). Pri sedativih in pomirjevalih se je število oseb, ki so te snovi uporabile kadar koli v življenju, med letoma 1995 in 2015 nekoliko zmanjšalo, pri čemer je bila v tem obdobju razširjenost uporabe med dekleti vedno večja kot med dečki. Podatki o trendih za nove psihoaktivne snovi v okviru raziskave ESPAD niso na voljo, ker so bila vprašanja o uporabi teh drog prvič vključena leta 2015.

Prepovedane droge je poskusilo več kot 92 milijonov odraslih

Ocenjuje se, da je prepovedane droge v svojem življenju poskusilo več kot 92 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 (56,0 milijona) kot ženske (36,3 milijona). Najpogosteje uporabljena droga je konoplja (53,5 milijona moških in 34,3 milijona žensk), precej nižje pa so navedene ocene glede uporabe droge kadar koli v življenju za kokain (11,8 milijona moških in 5,2 milijona žensk), MDMA (9,0 milijona moških in 4,5 milijona žensk) in amfetamine (8,0 milijona moških in 4,0 milijona žensk). Med državami obstajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile konopljo; ta delež se giblje od približno 41 % odraslih v Franciji do manj kot 5 % na Malti.

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 18,9 milijona mladih odraslih (15–34 let), pri čemer je o uporabi poročalo dvakrat več moških kot žensk.

Uporaba konoplje: na splošno ustaljena, vendar obstajajo velike razlike med državami

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 87,6 milijona odraslih v Evropski uniji (15–64 let) ali 26,3 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo konopljo. Od tega je po ocenah 17,2 milijona mladih odraslih (15–34 let) ali 14,1 % te starostne skupine uporabilo konopljo v zadnjem letu, pri čemer jih je bilo 9,8 milijona starih od 15 do 24 let (17,4 % te starostne skupine). Stopnje razširjenosti uporabe konoplje med mladimi, starimi od 15 do 34 let, v zadnjem letu se gibljejo od 3,5 % na Madžarskem do 21,5 % v Franciji. Med mladimi, ki so konopljo uporabili v zadnjem letu, je razmerje med moškimi in ženskami dve proti ena.

Najnovejši rezultati raziskav kažejo, da je večina držav poročala o ustaljeni ali povečani uporabi konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Od držav, ki so raziskave opravile od leta 2015 in sporočile intervale zaupanja, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo osem poročalo o večji, devet o nespremenjeni in dve o manjši uporabi.

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Značilnosti

16% 84%



16 Povprečna starost pri prvi uporabi

25 Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

83 000

Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič



59%

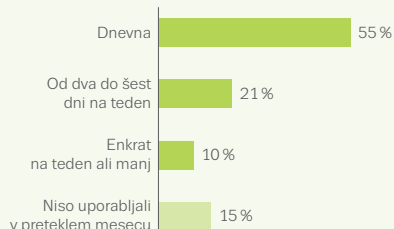
57 000

Osebe, ki so se že zdravile

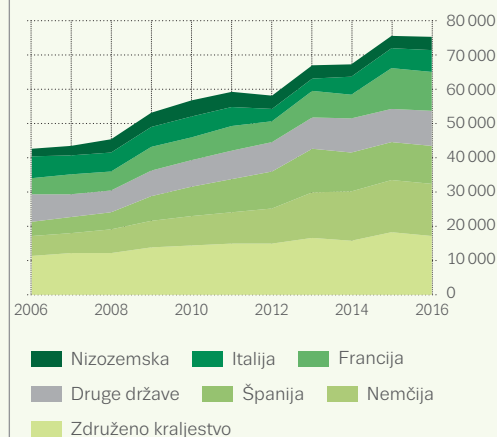
41%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

popravna uporaba 5,5 dneva na teden



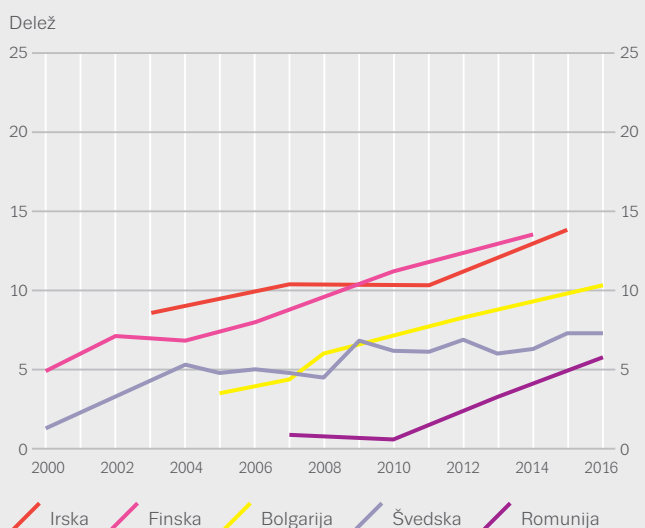
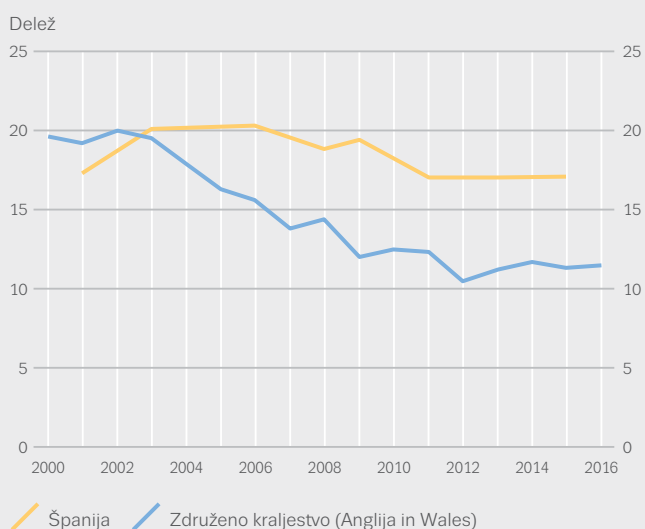
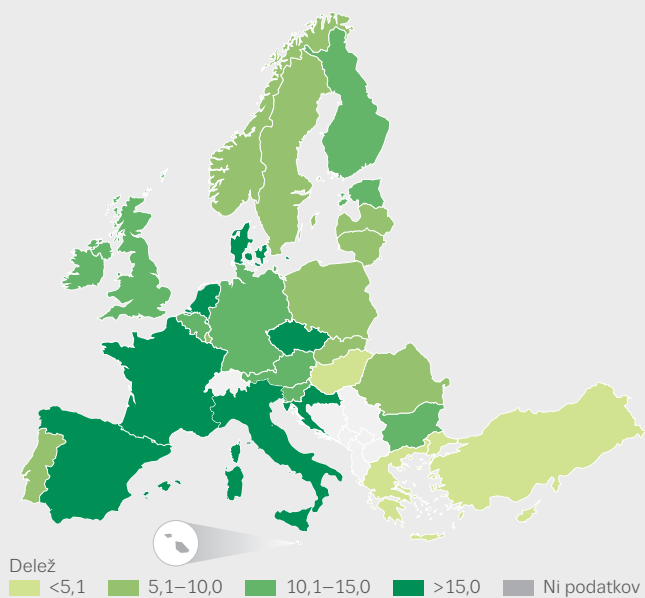
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo konopljo kot glavno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 25 držav. V graf trendov so vključene samo države s podatki za vsaj devet od enajstih let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. 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 konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu: najnovejši podatki (zemljevid) in izbrani trendi



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 2.3).

V zadnjem desetletju je bilo mogoče v številnih državah opaziti naraščajoči trend razširjenosti uporabe konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu. To velja za Irsko in Finsko, kjer se vrednosti glede na najnovejše podatke približujejo povprečju v EU (to znaša 14,1 %), na nižji ravni pa tudi Bolgarijo, Romunijo in Švedsko. Med državami, ki sporočajo podatke iz zadnjih raziskav, je bila leta 2016 v tretji primerljivi letni raziskavi na Nizozemskem potrjena razširjenost uporabe, ki je znašala malo manj kot 16 %. Na Danskem je bilo na podlagi raziskave iz leta 2017 zabeleženo eno od redkih zmanjšanj količine drog: 15,4 % v primerjavi s 17,6 % v letu 2013.

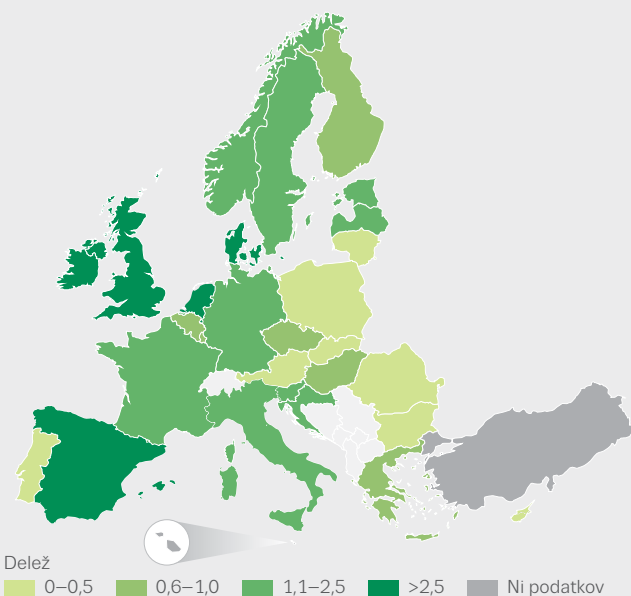
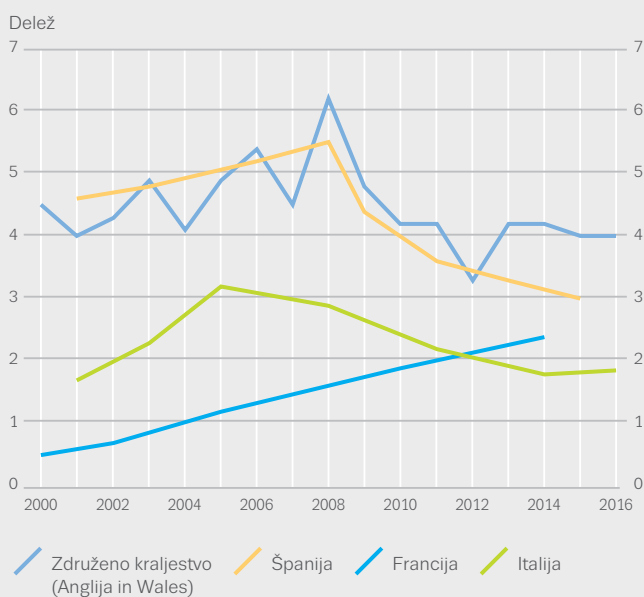
Zelo tvegana uporaba konoplje: naraščajoči trend

Na podlagi raziskav med splošnim prebivalstvom se ocenjuje, da je skoraj 1 % odraslih Evropejcev dnevni ali skoraj dnevni uporabnik konoplje, kar pomeni, da so konopljo v zadnjem mesecu dnevno uporabljali 20 dni ali več. Približno 37 % jih je starejših uporabnikov drog, starih med 35 in 64 let, in približno 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. Leta 2016 se je več kot 150 000 ljudi v Evropi začelo zdraviti zaradi težav, povezanih z uporabo konoplje; od teh se jih je okrog 83 000 začelo zdraviti prvič v življenju. V 25 državah, ki imajo podatke na voljo, se je skupno število uporabnikov, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, med letoma 2006 in 2016 povečalo za 76 %, pri čemer je o povečanju v tem obdobju poročala večina držav (18). K temu povečanju je morda pripomoglo več dejavnikov, vključno z večjo razširjenostjo uporabe konoplje med prebivalstvom, povečanjem števila intenzivnih uporabnikov, dosegljivostjo močnejših proizvodov, spremembo dojemanja tveganja, višjo ravno zagotavljanja zdravljenja in števila napotitev na zdravljenje, zlasti v okviru kazenskopravnega sistema. Skupno je 50 % primarnih uporabnikov konoplje, ki so se leta 2016 začeli prvič zdraviti, poročalo o dnevni uporabi droge v zadnjem mesecu. Delež dnevni uporabnikov se med državami močno razlikuje in se giblje od 10 % ali manj v Latviji, na Madžarskem in v Romuniji do 60 % ali več v Španiji, Franciji, na Nizozemskem in v Turčiji.

SLIKA 2.4

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



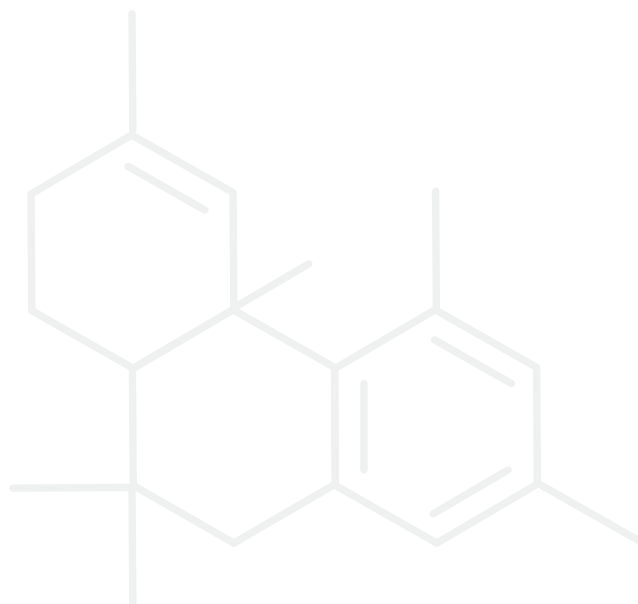
Uporaba kokaina: na splošno ustaljena, a z znaki naraščanja

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedani stimulan s 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 (a osnovi kokaina) in včasih zraven uporabljajo opioide. V številnih naborih podatkov ni mogoče razlikovati med obema oblikama kokaina, izraz „uporaba kokaina“ pa zajema obe obliki.

Ocenjuje se, da je 17,0 milijona odraslih Evropejcev (15–64 let) ali 5,1 % te starostne skupine 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.

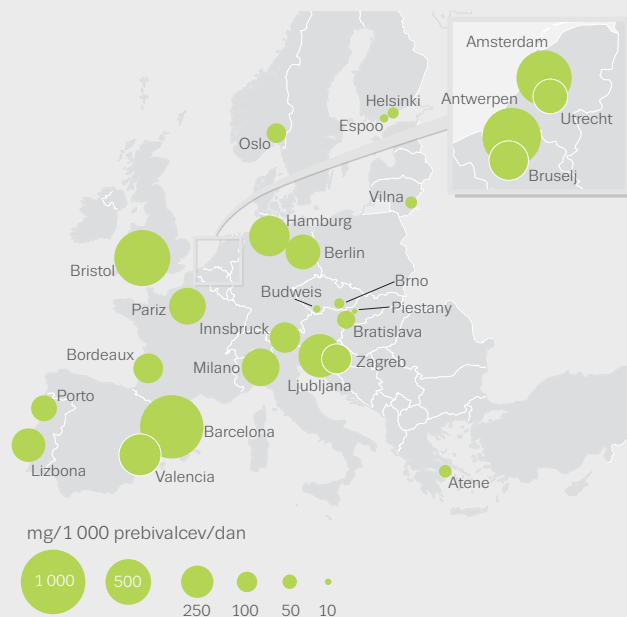
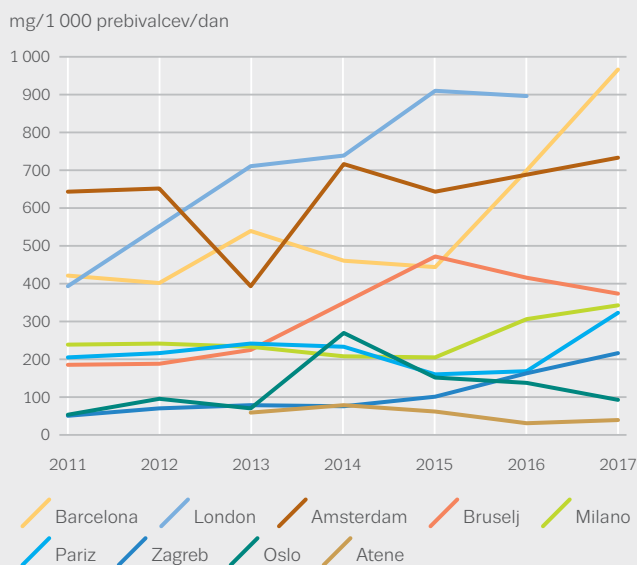
Le Danska, Irska, Španija, Nizozemska in Združeno kraljestvo poročajo o najmanj 2,5-odstotni razširjenosti uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Iz najnovjših raziskav po vsej Evropi ni razvidno zmanjševanje uporabe kokaina, o katerem se je poročalo v preteklih letih. Od držav, ki so raziskave opravile od leta 2015 in sporočile intervale zaupanja, so v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo tri poročale o večji, štirinajst o nespremenjeni in ena o manjši uporabi.

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 2.4). Medtem ko je uporaba kokaina v Italiji upadla z najvišjih ravni iz leta 2005, pa rezultati novjših raziskav kažejo, da bi se lahko raven uporabe zdaj ustalila. V Franciji je bilo leta 2014 mogoče opaziti trend naraščanja, pri čemer je razširjenost uporabe prvič presegla 2 %.



SLIKA 2.5

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



Opomba: povprečne dnevne količine benzoilekgonina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto od 2011 do 2017.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Analiza ostankov kokaina v komunalnih odpadnih vodah, 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 2017 je bila najvišja raven masne obremenitve z benzoilekgoninom, ki je glavni metabolit kokaina, ugotovljena v mestih v Belgiji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu, v večini vzhodnoevropskih mest pa so bile ugotovljene zelo nizke ravni (glej sliko 2.5). Od 31 mest, ki imajo podatke za leti 2016 in 2017, jih je 19 poročalo o povišanju, šest o znižanju in šest o nespremenjeni masni obremenitvi. Pri mnogih od 13 mest s podatki za leti 2011 in 2017 so dolgoročnejsi trendi naraščajoči.

Zelo tvegana uporaba kokaina: več ljudi išče zdravljenje

Razširjenost zelo tvegane uporabe kokaina med odraslimi prebivalci Evrope je težko oceniti, saj imajo samo štiri države novejša ocena, za katere pa se uporabljajo različne

opredelitve in metodologije. V Španiji so v letih 2016–2017 z novo raziskavo na podlagi velike pogostosti uporabe zelo tvegano uporabo kokaina ocenili pri 0,43 % prebivalstva, starega od 14 do 18 let. Nemčija je leta 2015 na podlagi vprašanj z lestvico resnosti odvisnosti ocenila, da je zelo tvegana uporaba kokaina med odraslim prebivalstvom 0,20-odstotna. Leta 2015 je Italija ocenila, da 0,65 % odraslega prebivalstva potrebuje zdravljenje zaradi uporabe kokaina. Na Portugalskem so leta 2015 na podlagi raziskave z uporabo posrednih statističnih metod zelo tvegano uporabo kokaina ocenili pri 0,98 % odraslega prebivalstva.

Španija, Italija in Združeno kraljestvo predstavljajo skoraj tri četrtine (73 %) vseh sporočenih začetih specialističnih zdravljenj v Evropi, povezanih s kokainom. Skupaj je leta 2016 kokain kot glavno drogo navedlo približno 67 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog, in približno 30 000 uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje.

Po obdobju zmanjševanja se je med letoma 2014 in 2016 skupno število uporabnikov, ki so se prvič zdravili zaradi odvisnosti od kokaina, povečalo za več kot petino. Medtem ko sta za večino tega povečanja zaslužni Italija in Združeno kraljestvo, pa so skoraj vse države poročale o povečanju v istem obdobju.

Večina oseb, ki so se vključile v specialistično zdravljenje zaradi težav, povezanih z uporabo kokaina, je uporabnikov kokaina v prahu kot glavne droge (51 000 ali 10 % vseh uporabnikov drog v letu 2016). Večina primarnih uporabnikov kokaina si poišče zdravljenje zaradi uporabe same droge (31 % vseh uporabnikov kokaina v prahu) ali v kombinaciji s konopljo (26 %), alkoholom (31 %) ali drugimi snovmi (12 %). V poročilih je navedeno, da je ta skupina na splošno dobro socialno vključena, ima stabilne pogoje za življenje in redno zaposlitev. Druga skupina, ki jo sestavljajo bolj marginalizirani uporabniki, se vključijo v zdravljenje zaradi uporabe cracka kot glavne droge (8 300 uporabnikov ali 2 % vseh uporabnikov drog v letu 2016), od katerih številni uporabljajo heroin kot drugo drogo. O povečanju števila uporabnikov cracka v zadnjem času poročajo iz Italije in Združenega kraljestva.

O uporabi kokaina v kombinaciji s heroinom ali drugimi opiodi poroča 53 000 uporabnikov, ki so se v letu 2016 v Evropi vključili v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog. Ta številka predstavlja 15 % vseh oseb, ki so se vključile v zdravljenje in za katere so na voljo informacije o glavni in drugi drogi.



UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

14%  86% 

23 Povprečna starost pri prvi uporabi

34 Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

30 300 Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

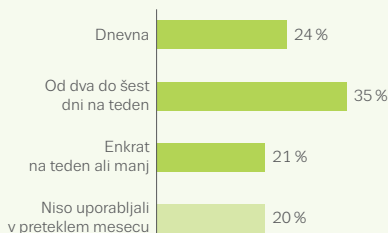
34 400 Osebe, ki so se že zdravile

47%

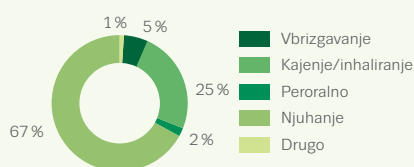
53%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

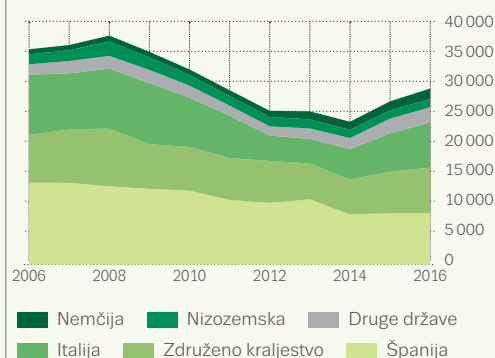
Povprečna uporaba 4,1 dneva na teden



Način uporabe



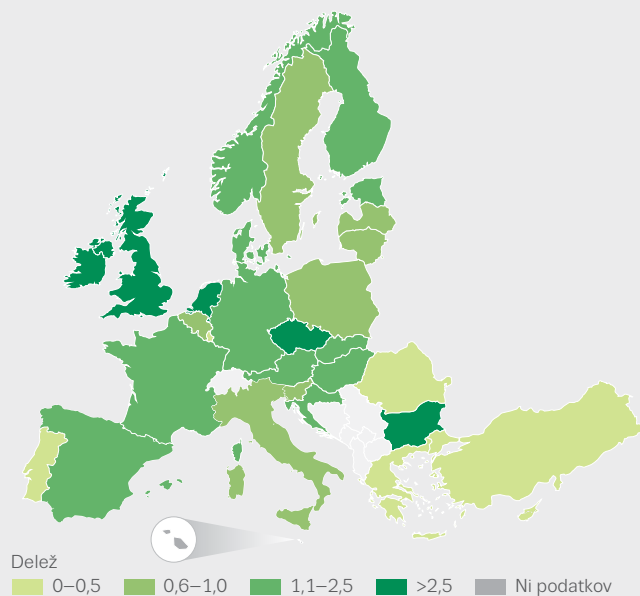
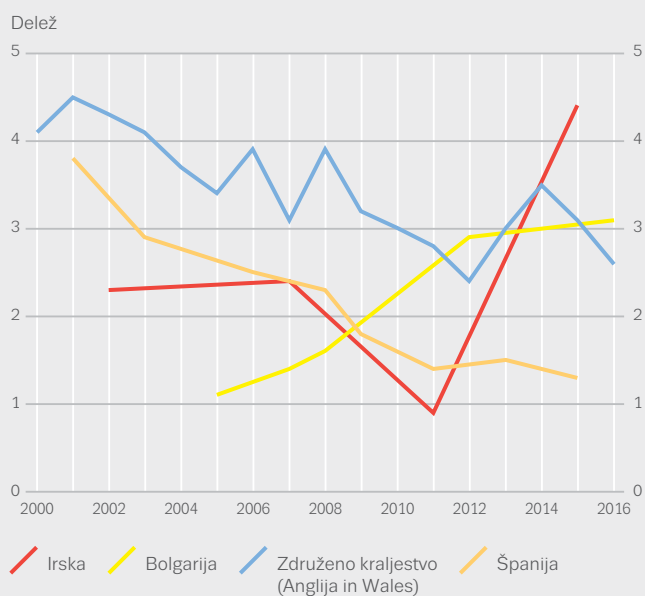
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo kokain kot glavno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 25 držav. V graf trendov so vključene samo države s podatki za vsaj devet od enajstih let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. Podatkov za Italijo od leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.6

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



MDMA: zdi se, da je uporaba ustaljena

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 ali pa se njuhajo.

Ocenjuje se, da je 13,5 milijona odraslih v Evropi (15–64 let) ali 4,1 % te starostne skupine v življenju že poskusilo MDMA/ekstazi. Številke za nedavno uporabo v starostni skupini, v kateri je uporaba drog največja, kažejo, da je 2,2 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo MDMA v zadnjem letu (1,8 % te starostne skupine), pri čemer se nacionalne ocene gibljejo od 0,2 % na Portugalskem in v Romuniji do 7,4 % 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 kažejo na ustalitev ali povečano uporabo MDMA v nekaterih državah. V državah, ki so od leta 2015 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo pet poročalo o večji, dvanajst o nespremenjeni in ena o manjši uporabi.

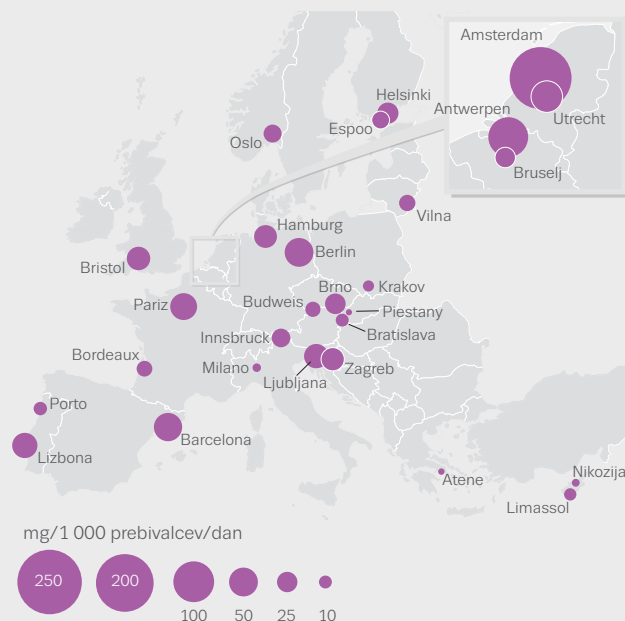
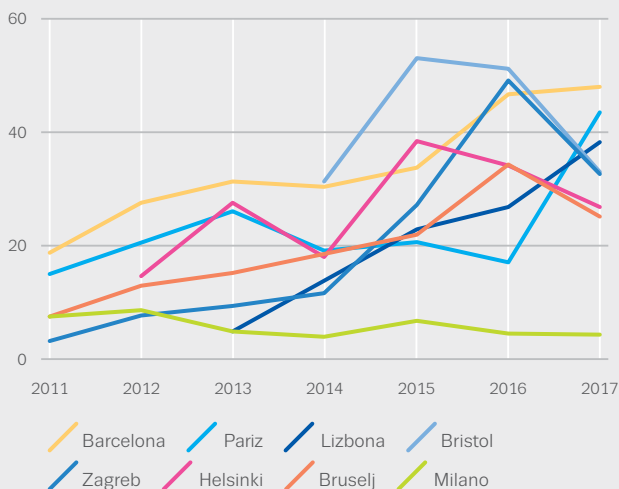
Kjer obstajajo podatki za statistično analizo trendov o uporabi MDMA med mladimi odraslimi v zadnjem letu, so iz novejših podatkov razvidne spremembe (slika 2.6). V Združenem kraljestvu se je po trendu zmanjševanja povečanje, ki je bilo opazno med letoma 2012 in 2014, po



SLIKA 2.7

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

mg/1 000 prebivalcev/dan



Opomba: povprečne dnevne količine MDMA v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto od 2011 do 2017.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

zadnjih podatkih obrnilo. V Španiji se nadaljuje dolgoročni trend upadanja, čeprav nedavne vrednosti kažejo ustaljeno uporabo. Najnovejši podatki kažejo občutno povečanje razširjenosti uporabe na Irskem od leta 2011, medtem ko se v Bolgariji razširjenost še naprej povečuje. Podatki iz raziskave, ki je bila opravljena leta 2016 na Nizozemskem, potrjujejo visoke ravni, sporočene v okviru prejšnjih dveh letnih raziskav.

V analizi iz leta 2017, 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 v Nemčiji (glej sliko 2.7). Od 33 mest, ki imajo podatke za leti 2016 in 2017, jih je 11 poročalo o višji, sedem o nespremenjeni in 15 o nižji ravni. Dolgoročnejši trendi kažejo, da so bile pri večini mest s podatki za leti 2011 in 2017 (12 mest) obremenitve z MDMA v odpadnih vodah v letu 2017 višje kot v letu 2011. Vendar se zdi, da se je

znatno povečanje, ki je bilo opaženo v obdobju 2011–2016, v letu 2017 v večini mest umirilo.

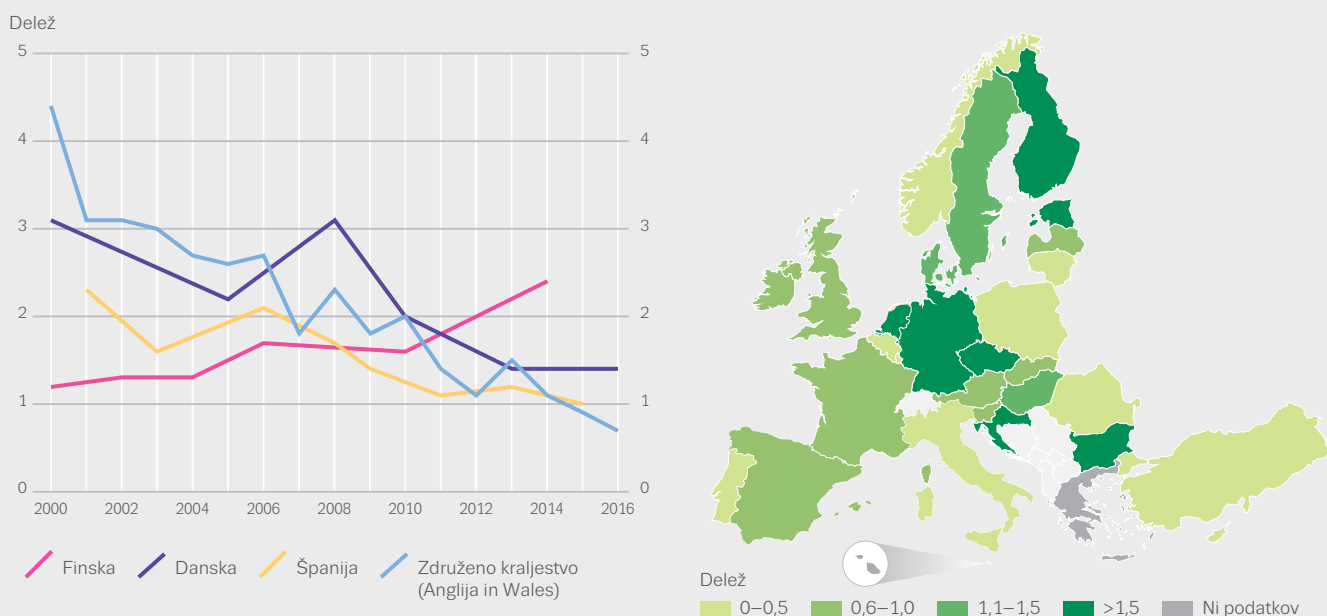
MDMA se pogosto uporablja hkrati z drugimi snovmi, vključno z alkoholom. Trenutni kazalniki kažejo, da MDMA v državah z večjo razširjenostjo uporabe ni več droga, povezana z določenim krogom ljudi ali določeno subkulturo ter omejena na plesne klube in zabave, temveč jo uporablja širši krog mladih, ki obiskujejo tradicionalna prizorišča nočnega življenja, 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, zlasti v Španiji, Franciji, Združenem kraljestvu in Turčiji, je leta 2016 MDMA kot razlog navedlo manj kot 1 % (približno 1 000 primerov) uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje.

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

SLIKA 2.8

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



Amfetamini: razlike v uporabi, trendi nespremenljivi

V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot metamfetamin, dva tesno povezana stimulanisa, vendar 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 pomemben del težav v zvezi z drogami predstavlja uporaba z vbrizgavanjem. Metamfetamin se lahko tudi kadi, vendar se o tem načinu uporabe v Evropi ne poroča pogosto.

Ocenjuje se, da je 11,9 milijona odraslih v Evropi (15–64 let) ali 3,6 % te starostne skupine v življenju že poskusilo amfetamine. Številke za nedavno uporabo v starostni skupini, v kateri je uporaba drog največja, kažejo, da je 1,2 milijona (1,0 %) mladih odraslih (15–34 let) uporabilo amfetamine v zadnjem letu, pri čemer se najnovejše nacionalne ocene o razširjenosti uporabe gibljejo od manj kot 0,1 % na Portugalskem do 3,6 % na Nizozemskem. Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je v večini evropskih držav stanje v zvezi z uporabo amfetaminov od približno leta 2000 razmeroma stabilno. Od držav, ki so od leta 2015 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, sta v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo dve poročali o večji, trinajst 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. Dolgoročni trend upadanja je mogoče opaziti na Danskem, v Španiji in Združenem kraljestvu (slika 2.8). Nasprotno se je razširjenost uporabe amfetaminov med mladimi odraslimi na Finskem med letoma 2000 in 2014 povečala.

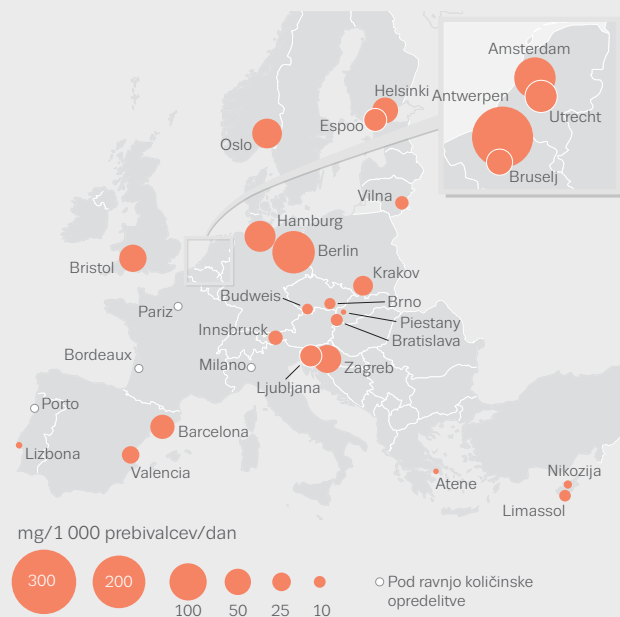
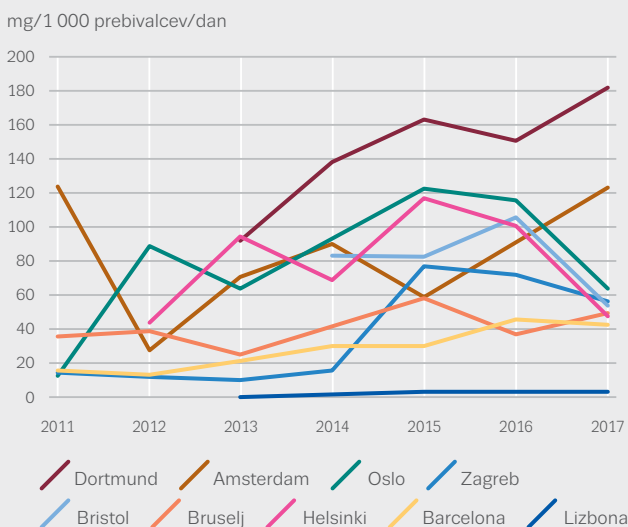
V analizi komunalnih odpadnih voda, opravljeni leta 2017, je bilo ugotovljeno, da se masna obremenitev z amfetamini v Evropi precej razlikuje, pri čemer so o najvišjih ravneh poročali v mestih na severu in vzhodu Evrope (glej sliko 2.9). Ravni amfetaminov so bile precej nižje v mestih na jugu Evrope.

Od 33 mest, ki imajo podatke za leti 2016 in 2017, jih je devet poročalo o višji, 11 o nespremenjeni in 13 o nižji ravni. Skupno podatki iz obdobja med letoma 2011 in 2017 za amfetamin kažejo raznoliko sliko, vendar so trendi v večini mest razmeroma nespremenljivi.

Zdi se, da je uporaba metamfetamina, ki je na splošno majhna in od nekdaj skoncentrirana na Češkem in Slovaškem, zdaj prisotna tudi na Cipru, vzhodu Nemčije, v Španiji in severni Evropi (glej sliko 2.10). Od 34 mest, ki imajo podatke o metamfetaminu v odpadnih vodah, jih je leta 2016 in 2017 12 poročalo o višji, deset o nespremenjeni in 12 o nižji ravni masne obremenitve z metamfetaminom.

SLIKA 2.9

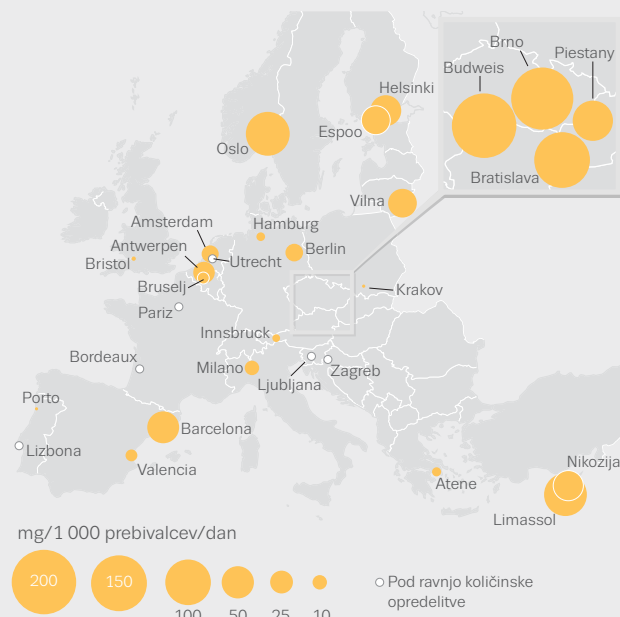
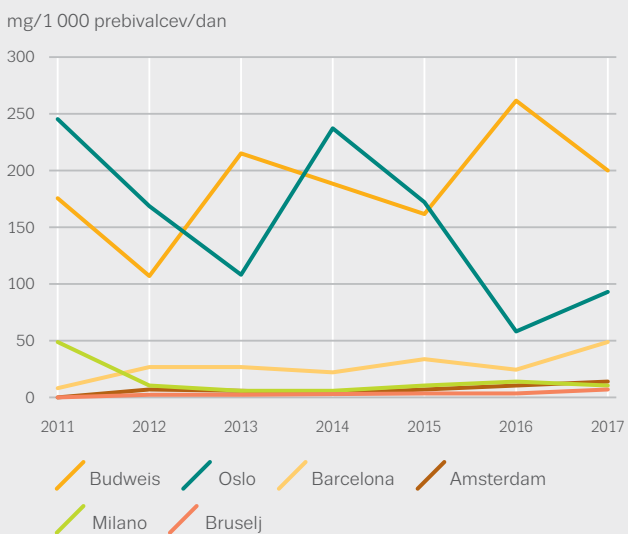
Ostanki amfetamina v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki



Opomba: povprečne dnevne količine amfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto od 2011 do 2017.
Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

SLIKA 2.10

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



Opomba: povprečne dnevne količine metamfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto od 2011 do 2017.
Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Zelo tvegana uporaba amfetaminov: povpraševanje po zdravljenju je še vedno veliko

Težave, povezane z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbizgavanjem, se od nekdaj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno pa so 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 (leta 2013), in za Nemčijo, kjer je ta delež leta 2015 po ocenah predstavljal 0,19 % ali 102 000 odraslih. Uporabniki amfetaminov verjetno predstavljajo večino ocenjenih 2 230 (0,18 %) rizičnih uporabnikov stimulantov, o katerih je leta 2016 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 2016 delež zelo tvegane uporabe metamfetamina med odraslimi (15–64 let) predstavljal približno 0,50 % (kar ustreza 34 300 uporabnikom). To predstavlja povečanje z 20 900 uporabnikov leta 2007, številke pa so bile zadnja leta razmeroma ustaljene. Po ocenah je delež na Cipru leta 2016 predstavljal 0,02 % ali 105 uporabnikov.

Približno 35 000 uporabnikov, ki so se v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi vključili v letu 2016, od katerih se jih je 15 000 v zdravljenje vključilo prvič, je kot

glavno drogo navedlo amfetamine. Primarni uporabniki amfetamina predstavljajo več kot 15 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, v Nemčiji, Latviji, na Poljskem in Finskem. Skoraj vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in navajajo uporabo metamfetamina kot glavne droge, so s Češke in Slovaške, ki imata skupaj 90-odstotni delež od 9 200 uporabnikov metamfetamina, vključenih v specialistično zdravljenje v Evropi.

UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Značilnosti

27% 73%



20 Povprečna starost pri prvi uporabi

29 Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

15 500 Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

19 900 Osebe, ki so se že zdravile

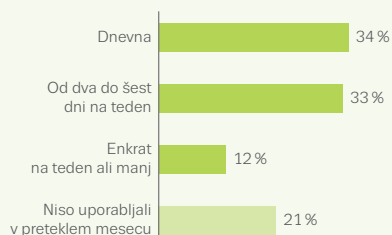
43%

57%

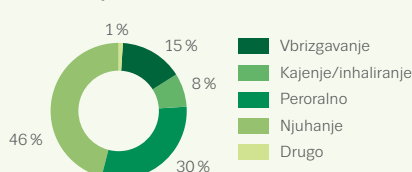


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

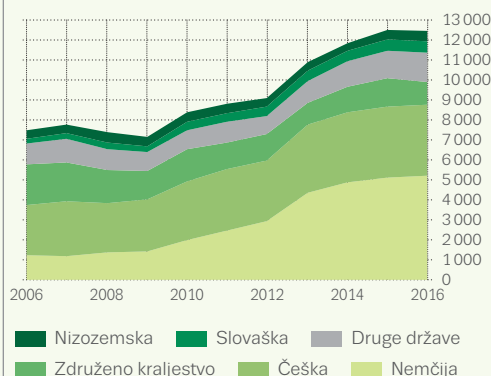
Povprečna uporaba 4,4 dneva na teden



Način uporabe



Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo amfetamine kot glavno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 25 držav. V graf trendov so vključene samo države s podatki za vsaj devet od enajstih let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let.

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 2016 poročala o 0,1-odstotni razširjenosti uporabe GHB med odraslimi (16–64 let) v zadnjem letu. Leta 2016 je bila na Češkem in v Romuniji razširjenost uporabe ketamina med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu po ocenah 0,1-odstotna, v Združenem kraljestvu pa 0,8-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 v letu 2016 ali zadnjem letu raziskave razširjenost uporabe med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu manj kot 1-odstotna za obe snovi. Izjeme so Nizozemska (1,9 %), Finska (1,9 %) in Češka (3,1 %) za razširjenost uporabe halucinogenih gob ter Finska (1,3 %) in Češka (1,4 %) za razširjenost uporabe LSD.

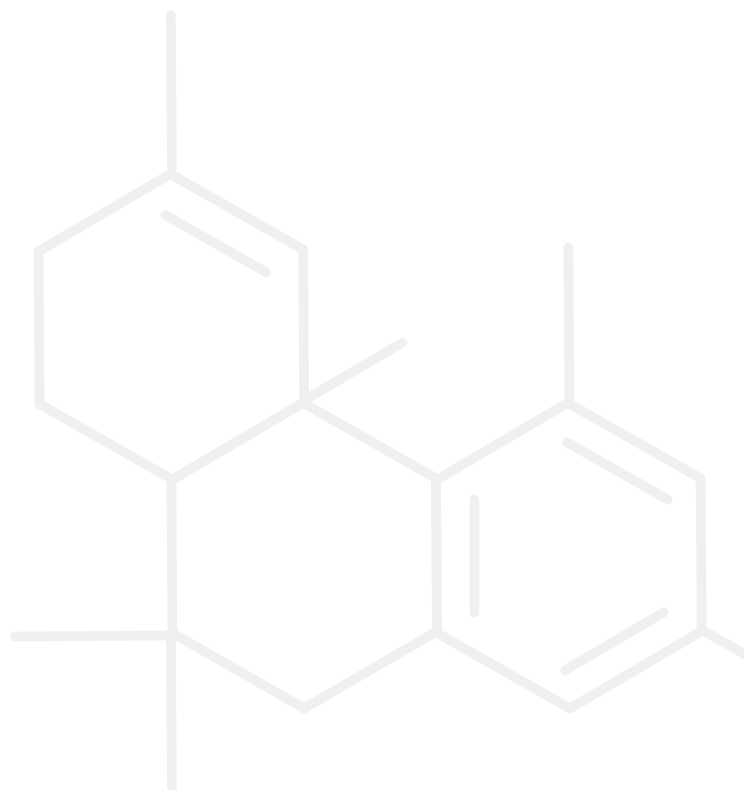
Uporaba novih psihoaktivnih snovi: zelo tvegana uporaba v marginaliziranih skupinah

Več držav je v svoje raziskave med splošnim prebivalstvom vključilo nove psihoaktivne snovi, vendar različne metode in vprašanja iz raziskav omejujejo primerljivost rezultatov med državami. Od leta 2011 je 13 evropskih držav poročalo 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 0,2 % v Italiji in na Norveškem do 1,7 % v Romuniji. Na voljo so podatki iz raziskave o uporabi mefedrona za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2016–2017) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba te droge med mladimi, starimi od 16 do 34 let, v zadnjem letu 0,3-odstotna, kar pomeni zmanjšanje z 1,1 % iz obdobja 2014–2015. V zadnjih raziskavah se je uporaba sintetičnih kanabinoidov med mladimi, starimi od 15 do 34 let, v zadnjem letu gibala med 0,2 % v Španiji in 1,5 % v Latviji.

Kljub na splošno nizkim stopnjam uporabe novih psihoaktivnih snovi v Evropi pa je v raziskavi, ki jo je leta 2016 opravil center EMCDDA, več kot dve tretjini držav poročalo o uporabi teh snovi med rizičnimi uporabniki drog. Zlasti uporaba sintetičnih katinonov med injicirajočimi uporabniki opioidov in stimulansov je bila povezana z zdravstvenimi in socialnimi težavami. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da v mnogih evropskih državah težavo predstavlja kajenje sintetičnih kanabinoidov v marginaliziranih skupinah, tudi med brezdomci in zaporniki.

V Evropi se trenutno zaradi težav, povezanih z uporabo novih psihoaktivnih snovi, začne zdraviti le malo oseb, vendar so te snovi za nekatere države pomembne. Po zadnjih podatkih je 17 % uporabnikov v Turčiji in 7 % uporabnikov na Madžarskem navedlo uporabo sintetičnih kanabinoidov kot glavni razlog za vključitev v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog; težave v zvezi z uporabo sintetičnih katinonov kot glavne droge je navedlo 0,3 % uporabnikov, vključenih v zdravljenje v Združenem kraljestvu.

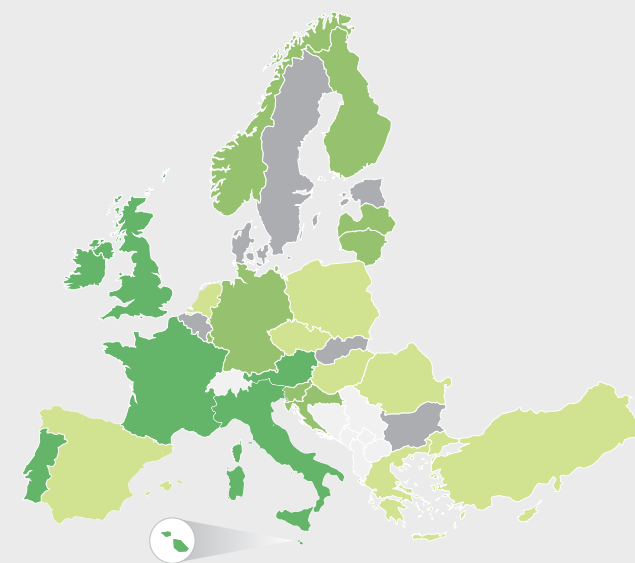
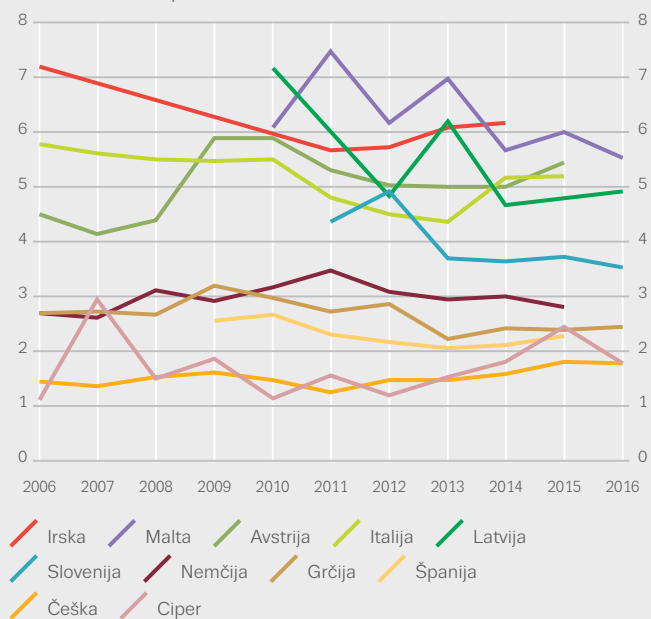
V Združenem kraljestvu posebno zaskrbljenost vzbuja uporaba sintetičnih kanabinoidov med zaporniki. Raziskava, ki je bila leta 2016 opravljena v zaporih v Združenem kraljestvu, je pokazala, da je 33 % od 625 zapornikov poročalo o uporabi droge Spice v zadnjem mesecu, v primerjavi s 14 % zapornikov, ki so poročali o uporabi konoplje v zadnjem mesecu.



SLIKA 2.11

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

Primerov na 1 000 prebivalcev



Primerov na 1 000 prebivalcev

0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Ni podatkov

Zelo tvegana uporaba opioidov: še vedno prevladuje heroin

Najpogosteje uporabljan prepovedani opioid v Evropi je heroin, ki ga je mogoče kaditi, njuhati ali vbrizgavati. Zlorablja se tudi vrsta 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 2016. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do več kot osem primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Pet najbolj naseljenih držav v Evropski uniji, ki predstavljajo 62 % njenega prebivalstva, obsega tri četrtine (76 %) ocenjenih rizičnih uporabnikov opioidov (Nemčija, Španija, Francija, Italija in Združeno kraljestvo). Od enajstih držav s ponavljajočimi se ocenami zelo tvegane uporabe opioidov med letoma 2006 in 2016 Španija in Italija kažeta

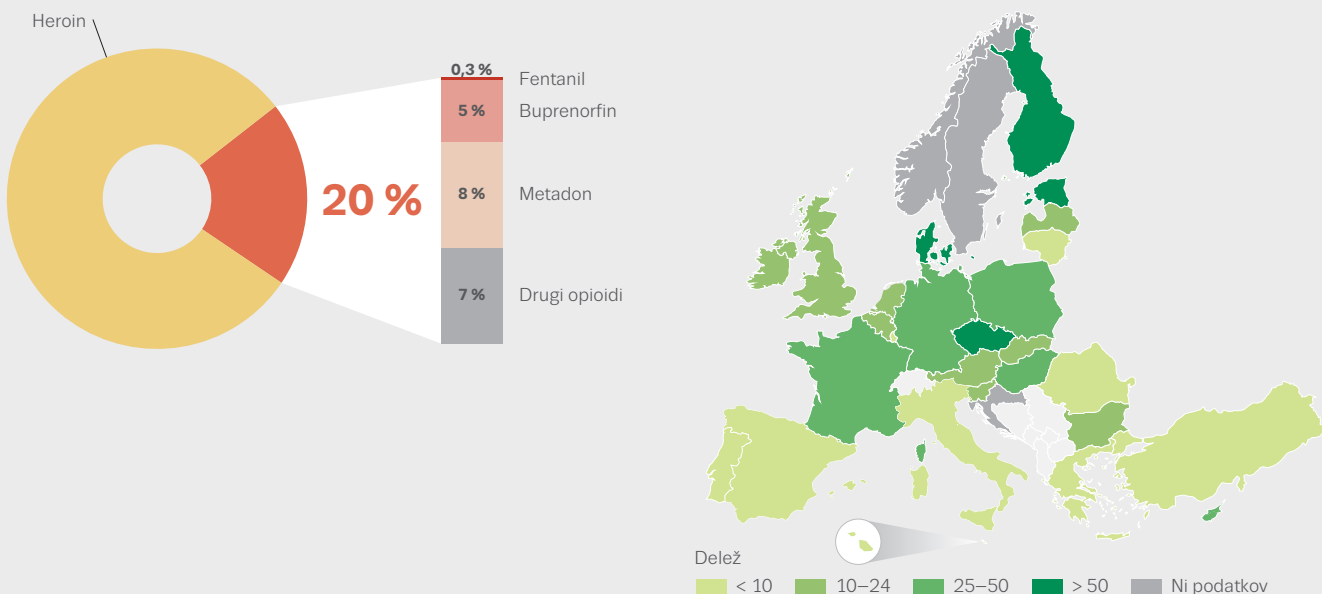
statistično pomembno zmanjšanje, medtem ko Češka kaže statistično pomembno povečanje (slika 2.11).

Leta 2016 je 177 000 uporabnikov ali 37 % vseh oseb, ki so se vključile v zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi, kot glavni razlog za vključitev v specialistično zdravljenje navedlo opioide. Od tega se jih je 35 000 začelo zdraviti prvič. Primarni uporabniki heroina so pomenili 82 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in primarno uporabljajo opioide.

Glede na razpoložljive podatke o trendih se je število uporabnikov heroina, ki so se prvič vključili v zdravljenje, od najvišjih vrednosti v letu 2007 več kot prepolovilo in je leta 2013 doseglo najnižjo točko, nato pa se je v zadnjih letih stabiliziralo.

SLIKA 2.12

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



Sintetični opioidi: v Evropi so v uporabi različne snovi

Medtem ko heroin ostaja najpogosteje uporabljan prepovedani opioid, je iz več virov razvidno, da se vse bolj zlorablja dovoljeni sintetični opioidi (kot so metadon, buprenorfin in fentanil). Med opioide, ki jih navajajo

uporabniki, vključeni v zdravljenje, spadajo metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfij, tramadol in oksikodon. V nekaterih državah je med uporabniki, ki se zdravijo, uporaba opioidov, ki niso heroin, najpogostejša oblika uporabe opioidov. Leta 2016 je 18 evropskih držav poročalo, da se več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki so se vključili v specialistično zdravljenje, zdravi zaradi

UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

20% 80%

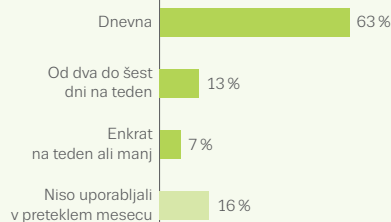


23 Povprečna starost pri prvi uporabi
34 Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

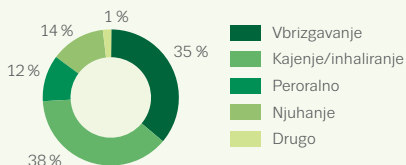
28 200 Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič
117 200 Osebe, ki so se že zdravile
19% 81%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

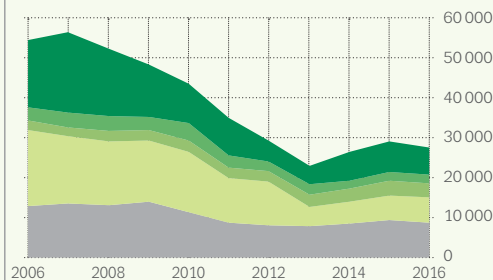
Povprečna uporaba 6 dni na teden



Način uporabe



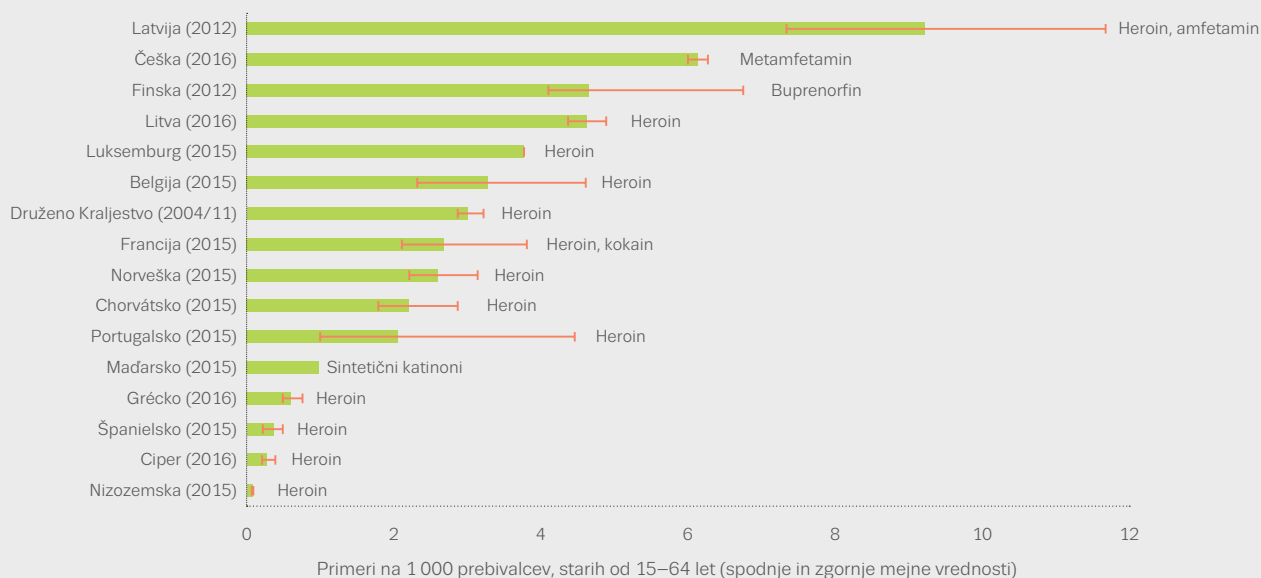
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo heroin kot glavno drogo. Podatki za Nemčijo so za uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo opioide kot glavno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 25 držav. V graf trendov so vključene samo države s podatki za vsaj devet od enajstih let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. Podatkov za Italijo od leta 2014 zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni ni mogoče primerjati s podatki iz prejšnjih let.

SLIKA 2.13

Uporaba drog z vbrizgavanjem: zadnje ocene razširjenosti in glavne injicirane droge



težav, povezanih predvsem z opiodi, ki niso heroin (slika 2.12). V Estoniji je večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti in so kot glavno drogo navedli opioid, uporabljala fentanil, na Finskem pa je najpogosteje zlorabljen opioid buprenorfin. O zlorabi buprenorfina poroča okrog 30 % uporabnikov opioidov na Češkem, o zlorabi metadona pa 22 % uporabnikov opioidov na Danskem. Na Cipru in Poljskem se začne 20–30 % uporabnikov opioidov zdraviti zaradi težav, povezanih z uporabo drugih opioidov, kot sta oksikodon (Ciper) in „kompot“ – heroin, proizveden iz makove slame (Poljska). Poleg tega bi lahko uporabnike, ki se začnejo zdraviti zaradi težav, povezanih z uporabo novih psihoaktivnih snovi, ki imajo podobne učinke kot opiodi, navedli v splošnem poglavju o opiodih.

Uporaba drog z vbrizgavanjem: še naprej upada med uporabniki, prvič vključenimi v zdravljenje

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

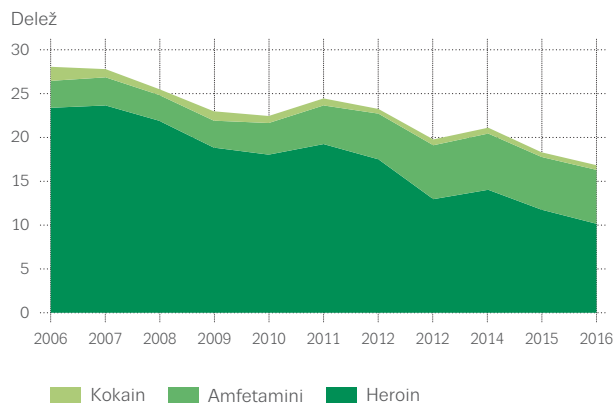
Ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem od leta 2011, ki so na voljo le za 16 držav, se gibljejo od manj kot enega do devet primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. V večini teh držav je mogoče glavno drogo, ki se vbrizgava, jasno določiti, v nekaterih državah pa imata dve drogi podobno visoko raven uporabe. Večina (14) držav navaja opioide kot glavno drogo, ki se vbrizgava (glej sliko 2.13). Heroin je omenjen v 13 državah, buprenorfin pa na Finskem. Stimulansi se navajajo kot glavna droga, ki se vbrizgava, v štirih državah, kjer snovi, ki se uporabljajo, vključujejo sintetične katinone (Mađarska), kokain (Francija), amfetamin (Latvija) in metamfetamin (Češka).

SLIKA 2.14

Med uporabniki, ki so se v specialistično zdravljenje prvič vključili leta 2016 in so kot glavno drogo navedli heroin, jih je 27 % poročalo o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 43odstotnim deležem leta 2006. 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 1 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli kokain, in 47 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli amfetamine. Na celotno sliko o amfetaminih močno vpliva Češka, ki predstavlja 87 % novih uporabnikov amfetaminov v Evropi, ki si drogo vbrizgavajo. 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 17 % v letu 2016 (slika 2.14).

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, ter uporabniki, ki si izmenjujejo injekcijske igle na Madžarskem. V nedavni študiji centra EMCDDA je deset držav poročalo o vbrizgavanju sintetičnih katinonov (pogosto z drugimi stimulasi in GHB) v okviru seksualnih zabav med majhnimi skupinami moških, ki imajo spolne odnose z moškimi.

Injiciranje med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli heroin, kokain ali amfetamine: odstotek poročanja o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe



Opomba: trendi temeljijo na 21 državah s podatki za vsaj devet od enajstih let.



O vbrizgavanju sintetičnih katinonov se še naprej poroča v nekaterih posebnih skupinah populacije

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

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

2017

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

2016

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

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

2015

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

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

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

2012

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

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

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

**Znano je, da uporaba
prepovedanih drog prispeva
h globalnemu bremenu bolezni**

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 drogami, na drugi strani pa obstaja vrsta akutnih težav, med katerimi so najboljše dokumentirane težave zaradi prevelikega odmerka. Čeprav je uporaba opioidov razmeroma redka, je še vedno vzrok za velik delež obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog. Uporaba drog z vbizgavanjem povečuje tveganje. 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 opioidi 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 smrtno primere zaradi prevelikega odmerka.

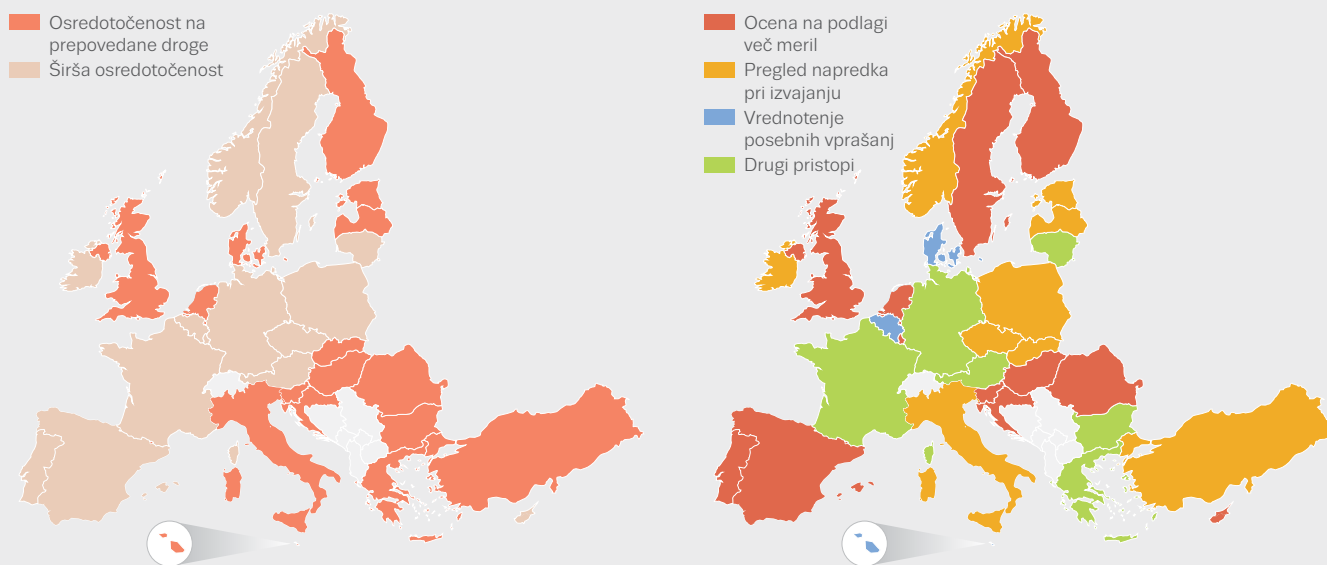
Spremljanje težav, povezanih z drogami, in odzivov nanje

Informacije o zdravstvenih in socialnih odzivi na uporabo drog, vključno s strategijami za boj proti drogami 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 centra EMCDDA v razdelkih *Health and social responses to drug problems: a European Guide* (Zdravstveni in socialni odzivi na problematiko drog: evropski vodnik) in ustreznem spletnem gradivu ter *Best practice portal* (Portal o najboljših praksah).

Nalezljive bolezni, povezane z drogami, 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 drogami, 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 *Key epidemiological indicators* (Ključni epidemiološki kazalniki), *Statistični bilten* in *Action on new drugs* (Ukrepi glede novih drog).

SLIKA 3.1

Osredotočenost nacionalnih strateških dokumentov (levo) in metoda pristopov k vrednotenju (desno) leta 2017



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.

Strategije za boj proti drogam: širša osredotočenost

Skoraj polovica od 30 držav, ki jih center EMCDDA spremlja, v svoje nacionalne strategije za boj proti drogam poleg prepovedanih drog zdaj vključuje različne kombinacije vprašanj, ki se nanašajo na snovi in vedenjsko zasvojenost. Vlade uporabljajo ta orodja pri načrtovanju za pripravo svojega splošnega pristopa ter posebnih odzivov na različne zdravstvene, socialne in varnostne razsežnosti težav, povezanih z drogami. 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 16 državah je strategija za boj proti drogam osredotočena predvsem na prepovedane droge. V drugih 14 državah je politika osredotočena širše, v njej pa se bolj upoštevajo druge snovi, ki povzročajo zasvojenost, in vedenjska zasvojenost (glej sliko 3.1). Vendar imata decentralizirani državni upravi Walesa in Severne Irske v Združenem kraljestvu splošna strateška dokumenta. Če se upoštevata ta dva dokumenta, se skupno število splošnih strategij za boj proti prepovedanim drogam poveča na 16. 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 dokumentih je obravnavan alkohol, v desetih je upoštevan tobak, v devetih so zajeta zdravila, v treh je vključen doping v športu (npr. prepovedana poživila), v osmih pa se proučuje vedenjska zasvojenost

(npr. igranje iger na srečo). Nacionalne strategije za boj proti drogam ne glede na osredotočenost podpirajo uravnotežen pristop k politiki na področju drog, predstavljeni v strategiji EU na področju drog (2013–2020) in akcijskem načrtu (za obdobje 2017–2020), v katerih je enak poudarek na zmanjševanju povpraševanja po drogah in zmanjševanju ponudbe drog.

Vse evropske države vrednotijo svoje nacionalne strategije za boj proti drogam, pri tem pa uporabljajo različne pristope. Splošni cilj vrednotenja je oceniti doseženo raven izvajanja strategije in spremembe splošnega stanja na področju drog skozi čas. V letu 2017 se je poročalo o nedavno opravljenih 12 vrednotenjih na podlagi več meril, devetih pregledih napredka pri izvajanju in treh vrednotenjih o posebnem vprašanju, medtem ko je šest držav uporabilo druge pristope, kot je kombinacija ocene na podlagi kazalnikov in raziskovalnih projektov (glej sliko 3.1). Težnja k uporabi strategij s širšo osredotočenostjo se postopoma kaže v uporabi vrednotenja s širšo osredotočenostjo. Doslej so vrednotenja širše osredotočenih strategij objavili Francija, Luksemburg, Švedska in Norveška. Ta strategija z razširjenim obsegom uporabe vključuje možnost za doseganje bolj integriranega pristopa k javnemu zdravju, pa tudi izzive v smislu usklajevanja izvajanja, spremljanja in vrednotenja.

Z dokazi podprto preprečevanje: podpiranje izvajanja

Preprečevanje uporabe drog in z njimi povezanih težav med mladimi je glavni cilj evropskih nacionalnih strategij za boj proti drogami in obsega najrazličnejše pristope. Okoljski in splošni pristopi so namenjeni celotnemu prebivalstvu, selektivna preventiva je osredotočena na ranljive skupine, pri katerih morda obstaja večje tveganje, da bodo imele težave zaradi uporabe drog, indicirana preventiva pa je osredotočena na ogrožene posameznike.

Zanimanje za izvajanje z dokazi podprtih programov preprečevanja v Evropi v zadnjih letih narašča, podpira pa ga vzpostavitev registrov, pobud za usposabljanje in standardov kakovosti. Leta 2018 so bili registri vzpostavljeni ali v postopku razvoja v več kot eni tretjini od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA. Registri vsebujejo merila za vnos in ocenjevanje učinkovitosti programov. Evropski register Xchange se povezuje z nacionalnimi registri in vsebuje okrog 20 programov za preprečevanje uporabe drog na podlagi priročnikov, ki so bili natančno ovrednoteni, njihovi rezultati pa ocenjeni. Register zagotavlja tudi izkušnje zdravnikov z izvajanjem, vključno z organizacijskimi in kulturnimi ovirami za izvajanje (zaposlovanje, časovna razporeditev, težave pri prilagajanju) in njihovim premagovanjem.

Strokovno izobraževanje je bistvenega pomena za uspešno uvajanje pristopov preprečevanja. Vendar so možnosti za uradno usposabljanje iz preventivne znanosti omejene. Kurikulum univerzalne preventive (Universal Prevention Curriculum) je nova pobuda, ki temelji na mednarodnih dokaznih standardih in je bila pred nedavnim prilagojena evropskemu občinstvu z 9-tedenskim univerzitetnim učnim načrtom in zgoščenim 3–5-dnevnim usposabljanjem (UPC-Adapt) za regionalne ali lokalne nosilce odločanja in oblikovalce mnenj. Kratko različico tega dokumenta v letu 2018 izvaja ena tretjina držav članic EU.

Preprečevanje v zvezi z okoljem: večkomponentni programi nočnega življenja

Številne države, večina iz severne Evrope, poročajo o vse večji uporabi pristopov za preprečevanje v zvezi z okoljem

na prizoriščih nočnega življenja. Večina pristopov za preprečevanje v zvezi z okoljem je namenjenih predvsem preprečevanju uporabe alkohola, lahko pa skupni (vsebinski) dejavniki tveganja za težave z alkoholom in drugimi drogami omogočijo uporabo teh pristopov tudi pri preprečevanju uporabe drugih snovi, vendar je njihovo izvajanje omejeno. Eden od zanimivih pristopov so večkomponentne zveze s področja nočnega življenja, ki združujejo usposabljanje uslužbencev, nadzor ob vstopu, spremljanje in aktiviranje skupnosti. Nekateri dokazi nakazujejo, da bi bil lahko ta pristop učinkovit pri zmanjšanju škode, povezane z uporabo alkohola in drog. Primer je projekt STAD na Švedskem, ki se zdaj uvaja še v šestih drugih državah EU. Vendar sta v letu 2016 le dve državi (Finska, Združeno kraljestvo) poročali o veliki dosegljivosti večkomponentnih ukrepov.

M-zdravje: razširitev dostopa do ukrepov

Vse večje število ukrepov za obravnavo odvisnosti od drog je zdaj na voljo tudi prek spleta, vključno prek aplikacij na pametnih telefonih, povezanih z zdravjem (m-zdravje). S spletnimi ukrepi in ukrepi v okviru m-zdravja je mogoče povečati doseg in geografsko pokritost programov preprečevanja in zdravljenja, da se omogoči dostop osebam, ki v nasprotnem primeru morda ne bi imele dostopa do specialističnih služb za zdravljenje odvisnosti od drog. Ukrepi, dostopni prek pametnih telefonov, lahko obsegajo orodja za eučenje za strokovnjake s področja drog, zagotavljanje preprečevanja uporabe drog in zmanjševanja škode, digitalno ozaveščanje v okviru platform družbenih medijev, spremljanje pacientov, nadzor in izvajanje zdravljenja.

S študijo, ki jo je nedavno opravil center EMCDDA, je bilo ugotovljenih več kot 60 z drogami povezanih aplikacij (ali „appov“) m-zdravje, ki so na voljo v spletnih trgovinah z aplikacijami, od katerih jih je polovica izvirala iz Evrope. Večina aplikacij je zagotavljala informacije v zvezi z drogami, skupaj z neko obliko ukrepov. Prvotni cilj evropskih ukrepov m-zdravje je bil spodbujati zmanjševanje škode med osebami, ki se pogosto udeležujejo zabav, in mladimi. Tehnike, ki so se uporabljale v aplikacijah, so bile uveljavljene metode spletne zdravljenja, kot so dnevnik uporabe, individualne povratne informacije o ciljih za zmanjševanje uporabe drog, ki so si jih zastavili uporabniki sami, in komunikacija s strokovnjaki za zdravljenje, na primer s šifriranim sporočanjem. Nekatere aplikacije uporabljajo tudi učinkovite tehnike preprečevanja, kot so metode družbenih norm, in zmanjšanje napačnega dojemanja v zvezi z uporabo drog med vrstniki. Pomanjkanje standardov kakovosti za aplikacije m-zdravje na področju drog ter zaskrbljenost glede varstva podatkov

Strokovno izobraževanje je bistvenega pomena za uspešno uvajanje pristopov preprečevanja

SLIKA 3.2

in pomanjkanje baze dokazov predstavljajo izziv za prihodnji razvoj na tem področju. Vendar bodo aplikacije m-zdravje verjetno postale pomembno orodje uporabnikov in strokovnjakov v vsej Evropi za izvajanje ukrepov, povezanih z drogami.

Zdravljenje odvisnosti od drog: službe na ravni skupnosti

Zdravljenje odvisnosti od drog je glavni ukrep za posameznike, ki imajo zaradi uporabe drog težave, vključno z odvisnostjo, zagotavljanje ustreznega dostopa do primernih služb za zdravljenje odvisnosti pa je ključni cilj politike.

Zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, pri čemer so specialistični izvenbolnišnični centri najpogosteje izvajalci zdravljenja glede na število uporabnikov drog, ki so jih zdravili (slika 3.2). Agencije za izvajanje programov zmanjševanja škode so drugi največji izvajalci, tem pa sledijo zdravstveni domovi in centri za splošno ali duševno zdravje. 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, imajo lahko izvenbolnišnični centri za duševno zdravje osrednjo vlogo pri zagotavljanju zdravljenja.

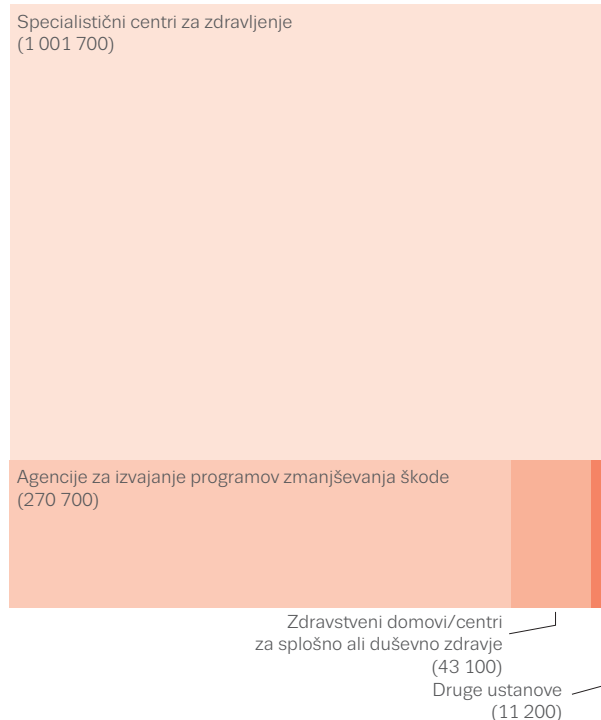
V Evropi manjši delež zdravljenja odvisnosti od drog poteka v bolnišničnih ustanovah, predvsem v bolnišničnih nastanitvenih centrih (npr. psihiatrične bolnišnice), pa tudi v terapevtskih skupnostih in specialističnih nastanitvenih centrih za zdravljenje. Relativni pomen izvenbolnišničnega in bolnišničnega zdravljenja v nacionalnih sistemih zdravljenja se med državami zelo razlikuje.

Zdravljenje odvisnosti od drog: načini za vključitev v zdravljenje in poti, po katerih gredo uporabniki

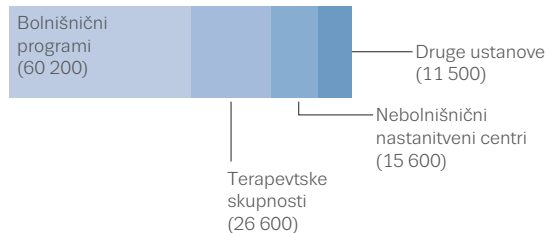
Ocenjuje se, da se je v Evropski uniji v letu 2016 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo 1,3 milijona ljudi (1,5 milijona, če se upoštevata še Norveška in Turčija). Samonapotitev je še vedno najpogostejši način za vključitev v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog. S to obliko napotitve, ki zajema tudi napotitev na pobudo družinskih članov ali prijateljev, se je leta 2016 približno polovica (48 %) vseh uporabnikov vključila v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi. Približno četrtino (26 %) uporabnikov so na zdravljenje napotile zdravstvene, izobraževalne in socialne službe, vključno z drugimi centri za zdravljenje odvisnosti od drog, 16 % pa jih je bilo

Število uporabnikov v Evropi, ki so se leta 2016 zdravili zaradi odvisnosti od drog, po ustanovi

Izvenbolnišnične ustanove



Bolnišnične ustanove



Zapori



Zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah

SLIKA 3.3

napoteni v okviru kazenskopravnega sistema. V številnih državah so vzpostavljeni sistemi za preusmeritev storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogo, stran od kazenskopravnega sistema v programe zdravljenja odvisnosti od drog. To lahko vključuje sodno odločbo, ki narekuje obiskovanje zdravljenja, ali pogojno kazen, ki je odvisna od obiskovanja zdravljenja. V nekaterih državah je preusmeritev mogoča tudi v zgodnejših fazah kazenskega postopka.

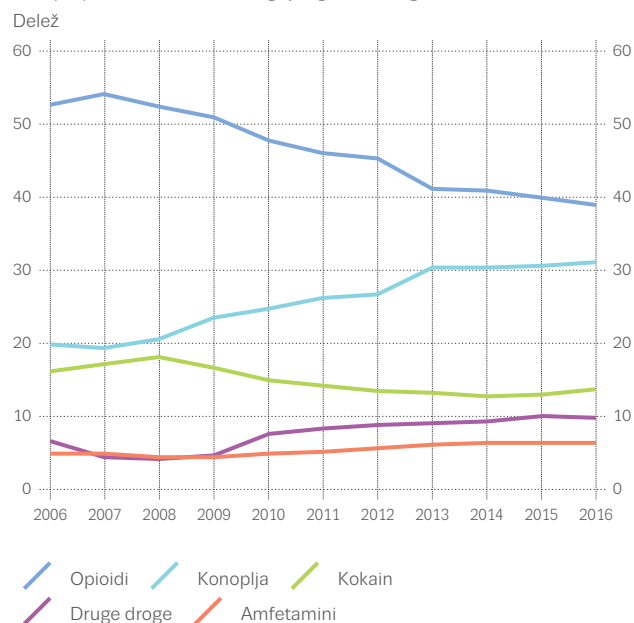
Prakse napotitve na zdravljenje se močno razlikujejo glede na državo in glavno drogo. Pri napotitvi uporabnikov konoplje na zdravljenje je vloga kazenskopravnega sistema še posebej pomembna. Kazenskopravni sistem v Evropi skupaj napoti na zdravljenje 26 % uporabnikov konoplje. Vendar se ta delež med državami zelo razlikuje. Leta 2016 se je v državah z več kot 100 novimi uporabniki, ki so se zdravili zaradi odvisnosti od konoplje, delež oseb, ki so jih na zdravljenje napotila sodišča, službe za pogojne obsodbe ali policija, gibal od 2 % na Nizozemskem do več kot 80 % na Madžarskem in v Romuniji.

Za poti, po katerih gredo uporabniki v okviru zdravljenja odvisnosti od drog, so pogosto značilni vključenost različnih služb, večkratna vključenost v zdravljenje in različen čas trajanja zdravljenja. 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. Rezultati analize podatkov o specializiranem zdravljenju iz devetih evropskih držav v letu 2016 zagotavljajo vpogled v poti zdravljenja. Od 370 000 prijavljenih uporabnikov, ki so se v navedenem letu zdravili v teh državah, se jih je nekaj manj kot 20 % v zdravljenje vključilo prvič v življenju, 27 % se jih je začelo znova zdraviti, pri čemer so se v prejšnjih letih že zdravili, več kot polovica pa jih je bila več kot eno leto vključena v kontinuirano zdravljenje. Večina uporabnikov v kontinuiranem zdravljenju je bila moških v poznih tridesetih, ki so se zdravili več kot tri leta zaradi težav, povezanih z uporabo opioidov, zlasti heroina.

Nadomestno zdravljenje z opioidi: razlike v zagotavljanju po posameznih državah

Najpogostejša vrsta zdravljenja odvisnosti od opioidov je nadomestno zdravljenje, pogosto 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 opioidov, sporočanjem tveganega vedenja ter težavami in smrtnostjo, povezanimi z uporabo drog. Uporabniki konoplje in kokaina so druga in tretja največja skupina, ki se vključujeta v zdravljenje odvisnosti od drog

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

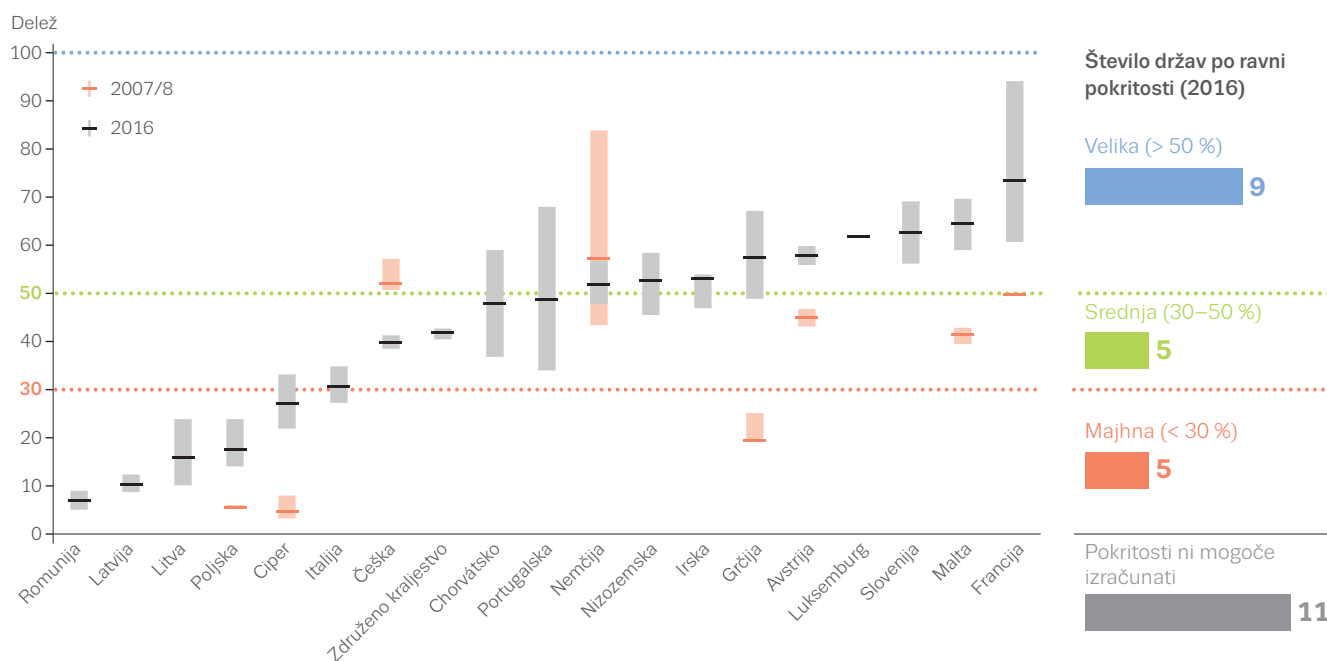


(slika 3.3). Pri zdravljenju teh uporabnikov se največ uporabljajo psihosocialni ukrepi.

Ocenjuje se, da je bilo leta 2016 v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji vključenih 628 000 uporabnikov opioidov (636 000, če se upošteva še Norveška). Zadevni trend kaže, da se je število uporabnikov povečevalo do leta 2010, ko je doseglo najvišjo vrednost, čemur je sledilo 10-odstotno zmanjšanje do leta 2016. V obdobju 2010–2016 je bilo zmanjšanje ugotovljeno v 12 državah, o največjem (več kot 25-odstotnem) pa so poročale Španija, Nizozemska in Portugalska. To zmanjšanje je mogoče pojasniti z dejavniki, povezanimi s povpraševanjem ali ponudbo, vključno z vse manjšo skupino starajočih se kroničnih uporabnikov opioidov ali spremembami glede ciljev zdravljenja v nekaterih državah. Druge države še naprej širijo oskrbo, da bi izboljšale razširjenost zdravljenja, pri čemer 16 držav poroča o povečanju števila oseb, ki prejemajo nadomestno zdravljenje, med letoma 2010 in 2016, vključno z Latvijo (173 %), Romunijo (167 %) in Grčijo (57 %).

SLIKA 3.4

Razširjenost nadomestnega zdravljenja z opiodi (delež ocenjenega števila rizičnih uporabnikov opiodoidov, zajetih z ukrepom) leta 2016 ali v zadnjem letu in v letih 2007–2008



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

Na podlagi primerjave z zdajšnjimi ocenami števila rizičnih uporabnikov opiodoidov v Evropi je mogoče sklepati, da jih je približno polovica vključena v nadomestno zdravljenje, vendar so med državami razlike (slika 3.4). V državah, ki imajo za primerjavo na voljo podatke iz leta 2007 ali 2008, se je oskrba na splošno povečala. Ravni zagotavljanja pa v nekaterih državah ostajajo nizke.

Metadon je najpogosteje predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi, ki ga prejemata skoraj dve tretjini (63 %) uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v Evropi. Nadaljnjih 35 % uporabnikov se zdravi z zdravili na osnovi buprenorfina, ki je glavno nadomestno zdravilo v osmih državah (slika 3.5). Druge snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetilmorfin (heroin), se predpisujejo redkeje in jih po ocenah prejema 2 % uporabnikov na nadomestnem zdravljenju v Evropi. Večina uporabnikov, vključenih v nadomestno zdravljenje v Evropi, je starejših od 35 let in se zdravijo več kot dve leti. V vseh evropskih državah so na voljo tudi druge oblike zdravljenja za uporabnike opiodoidov. V 13 državah, za katere so na voljo podatki, je med 3 % in 28 % vseh uporabnikov opiodoidov, ki so vključeni v zdravljenje in imajo oskrbo, ki ne vključuje nadomestnega zdravljenja z opiodi.

Izidi zdravljenja: vloga standardov kakovosti

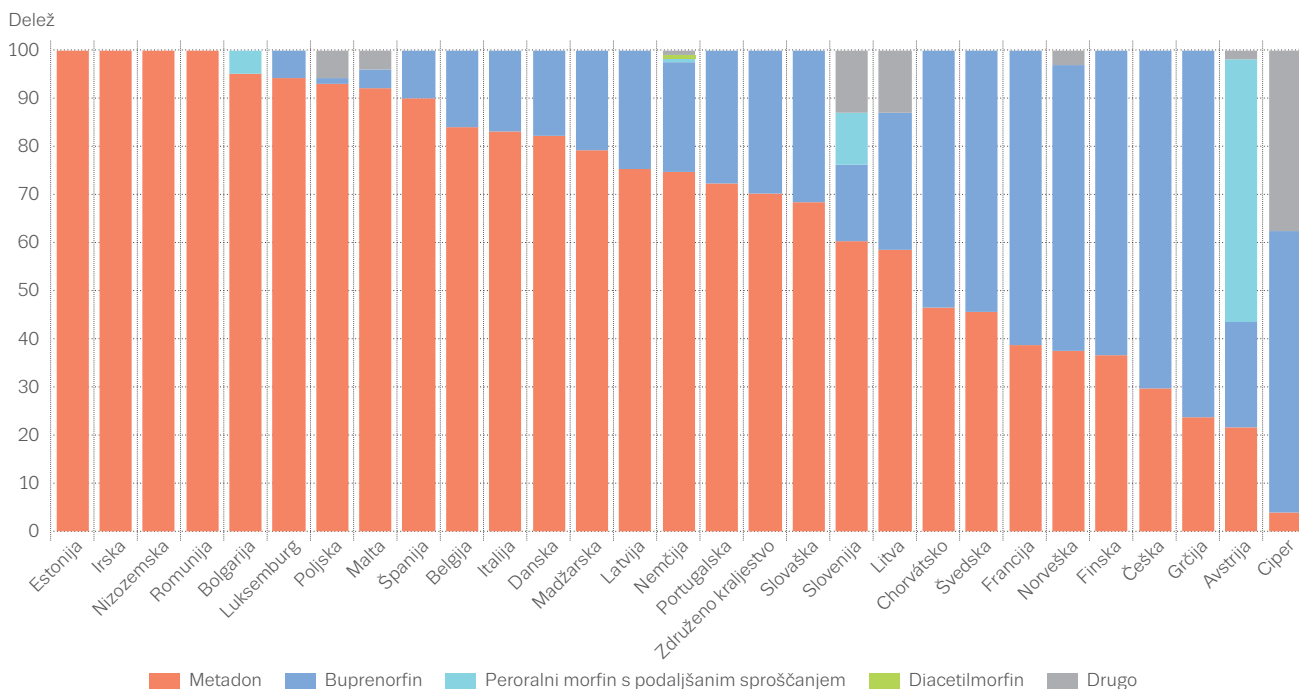
Spremljanje izidov zdravljenja je pomembno za izboljšanje poti zdravljenja, ki jo izberejo uporabniki, in prilagajanje

storitev, da bi bolje ustrezale ugotovljenim potrebam. Vendar ugotavljanje izidov spremljanja ovira nesoglasje glede ciljev zdravljenja in ustreznih ukrepov za doseganje teh ciljev. V nedavnem pregledu, ki ga je opravil center EMCDDA, je bila poudarjena raznolikost izmerjenih izidov in ugotovljenih je bilo osem različnih področij ocenjevanja: „uporaba drog“, „kaznivo dejanje“, „zdravje“, „izidi, povezani z zdravljenjem“, „družbeno delovanje“, „težave“, „umrljivost“ in „gospodarska ocena“.

Izvajanje ustreznih ukrepov in priporočil za ravnanje iz navodil se zagotovi tudi z uporabo standardov kakovosti. Medtem ko izvajanje z uporabo standardov poteka na lokalni ravni, pa obstajajo tudi mednarodni standardi, ki se uporabljajo za doseg soglasja glede splošnih načel za ukrepe. Na primer, evropski minimalni kakovostni standardi pri zmanjševanju povpraševanja po drogah, ki jih je sprejel Svet EU, določajo splošna načela, ki se izvajajo na nacionalni ravni na različne načine.

SLIKA 3.5

Delež uporabnikov, ki prejemajo različne vrste predpisanih nadomestnih zdravil za zdravljenje z opiodi, v evropskih državah



Opomba: podatki za Združeno kraljestvo zajemajo Anglijo, Wales in Severno Irsko.

UPORABNIKI NA NADOMESTNEM ZDRAVLJENJU Z OPIOIDI

Populacija

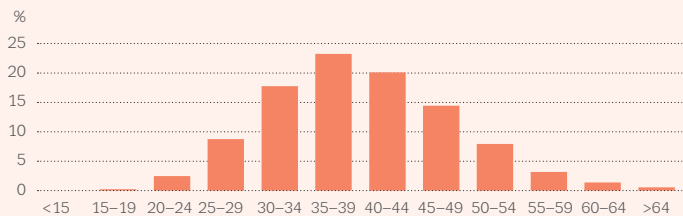
628 000 EU

636 000 EU + Norveška

26% 74%



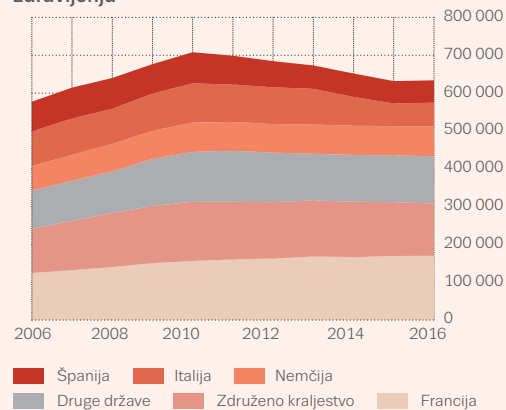
Porazdelitev po starosti



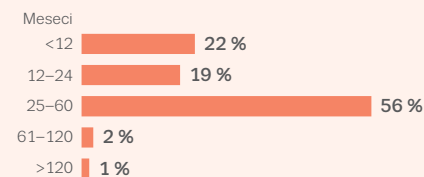
Vrsta zdravila



Trendi števila primerov nadomestnega zdravljenja



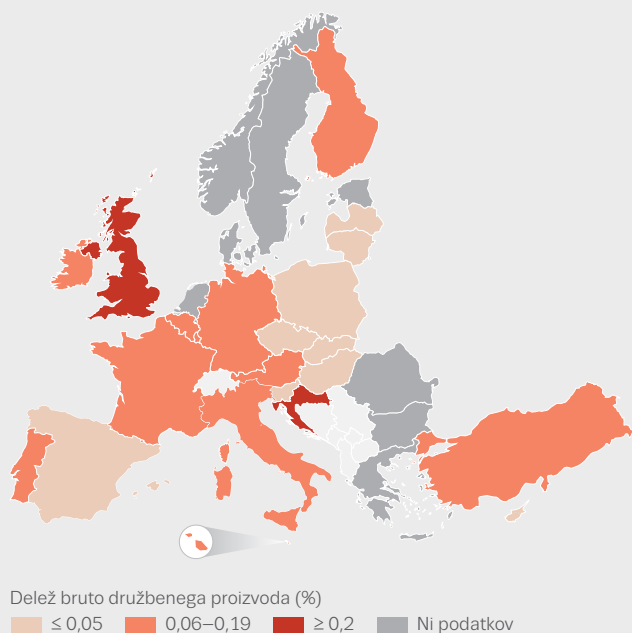
Trajanje zdravljenja



Opomba: v graf trendov so vključene samo države s podatki za vsaj osem od enajstih let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let.

SLIKA 3.6

Zadnje ocene javnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog (% BDP)



Odzivanje na težave, povezane z drogami: izdatki in stroški

Razumevanje stroškov ukrepov, povezanih z drogami, je pomembno za vidik razvoja in ocene politike. Vendar so razpoložljive informacije o javnih izdatkih v zvezi z obravnavo problematike drog na lokalni in nacionalni ravni v Evropi še naprej skope in različne. V zadnjem desetletju je popolne ocene javnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog pripravilo 22 držav (slika 3.6). Ocene se gibljejo od 0,01 % do 0,5 % bruto domačega proizvoda (BDP), približno polovica ocen pa se uvršča med vrednosti od 0,05 % do 0,2 % BDP.

Izdatki za pobude za zmanjševanje povpraševanja po drogah kot delež skupnega proračuna za boj proti drogam se med državami zelo razlikujejo in v skladu z ocenami, sporočenimi centru EMCDDA v zadnjem desetletju, pomenijo od 21 % do 75 % javnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog. Stroški zdravljenja odvisnosti od drog in drugi stroški zdravstvenega varstva predstavljajo velik delež ocenjenih izdatkov v zvezi z ukrepi za zmanjševanje povpraševanja po drogah. Čeprav so razlike med državami deloma posledica različnih političnih izbir in izbir glede zagotavljanja zdravljenja, skupaj z razlikami glede težav, povezanih z drogami, in organizacije javnih služb, pa na izide prav tako pomembno vplivajo različne metodologije ocenjevanja.

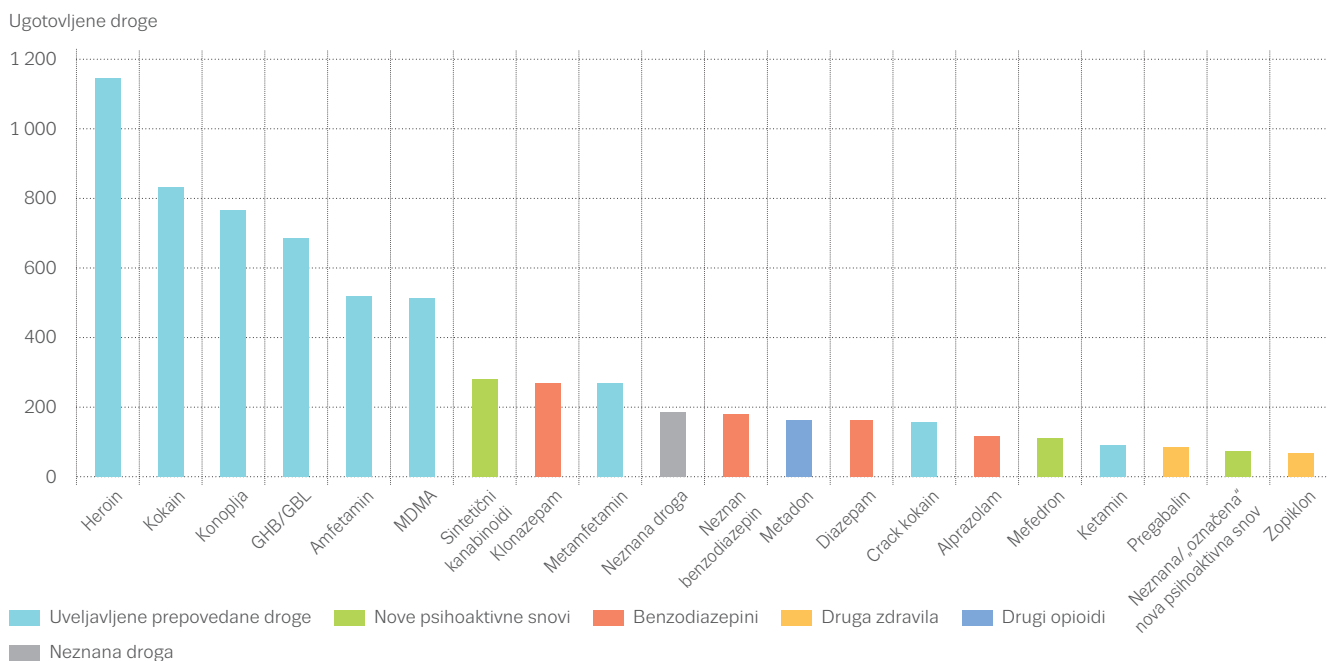
Akutne težave, povezane z uporabo drog: prevladujeta heroin in kokain

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih omogočajo vpogled v akutne težave, povezane z uporabo drog, in povečujejo naše razumevanje vpliva uporabe drog na javno zdravje v Evropi. Le malo držav spremlja z drogami povezane nujne primere na nacionalni ravni. Med njimi Litva in Združeno kraljestvo poročata, da se je število s heroinom povezanih nujnih primerov povečalo. Nasprotno sta Češka in Danska poročali o trendu zmanjševanja števila s heroinom povezanih nujnih primerov. V Španiji je bila v letu 2015 skoraj polovica prijavljenih nujnih primerov, povezanih z drogami, povezana s kokainom, pri čemer se ta trend po zmanjšanju zdaj umirja. Istočasno se število nujnih primerov, povezanih s konopljo, še naprej povečuje. Tudi Slovenija poroča o trendu povečevanja števila nujnih primerov, povezanih s kokainom, amfetamini in GHB, v letu 2016. S kontrolnih območij na Nizozemskem so leta 2016 poročali o 272 nujnih primerih v zvezi s 4-fluoroamfetaminom (4-FA), ki je nov stimulans centralnega živčnega sistema. Večina teh primerov je bila obravnavana na točkah za prvo pomoč na prizoriščih nočnega življenja, medtem ko je bila skoraj ena tretjina klicev reševalnega vozila zaradi uporabe drog povezana z uporabo GHB.

Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN Plus) spremlja osebe, ki poiščejo medicinsko pomoč zaradi akutne zastrupitve z drogo, v 19 (kontrolnih) bolnišnicah v 13 evropskih državah. Leta 2016 je bilo v okviru projekta evidentiranih 4 874 primerov s povprečno starostjo uporabnikov 32 let, večina katerih je bila moških (77 %). Skoraj tri četrtine uporabnikov drog se je v bolnišnico pripeljalo z rešilcem. Večina (78 %) je bila iz bolnišnice odpuščena v 12 urah. V zelo malo primerih (6 %) je bil potreben sprejem na oddelek za intenzivno nego ali na psihiatrični oddelek (4 %). Skupaj je bilo zabeleženih 22 smrtnih primerov, od katerih jih je bilo 13 povezanih z opiodi.

SLIKA 3.7

Dvajset najpogosteje evidentiranih drog v okviru nujne medicinske pomoči v izbranih kontrolnih bolnišnicah leta 2016



Opomba: rezultati iz 4 874 primerov nujne medicinske pomoči v 19 izbranih kontrolnih bolnišnicah v 13 evropskih državah.
Vir: European Drugs Emergencies Network (Euro-DEN plus).

V povprečju je bila navedena uporaba 1,5 droge na primer (skupaj 7 423 drog). Najpogosteje uporabljene droge so bile heroin, kokain, konoplja, GHB/GBL, amfetamin in MDMA (slika 3.7). Petina (21 %) primerov je bila povezana z zlorabo zdravil na recept ali brez recepta (najpogosteje opiodi in benzodiazepini), 7 % pa jih je bilo povezanih z novimi psihoaktivnimi snovmi (v primerjavi z 9 % leta 2015 in 6 % leta 2014). Število primerov, povezanih s sintetičnimi katinoni, se je močno zmanjšalo, in sicer s 400 leta 2014 na 160 leta 2016, medtem ko se je število primerov, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi, povečalo z 28 na 282. Vzrok za povečanje števila primerov, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi, so zlasti centri v Londonu in na Poljskem.

Droge, povezane z nujnimi primeri, se lahko razlikujejo glede na bolnišnico, kar lahko kaže na razlike med območji bolnišnice in lokalnimi vzorci 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).

Nove droge: močan učinek in težave

Novi psihoaktivni snovi, vključno z novimi sintetičnimi opioidi, sintetičnimi kanabinoidi in sintetičnimi katinoni, povzročajo številne resne težave v Evropi ter predstavljajo izziv za politiko na področju drog. Skrb vzbujata zlasti dve skupini snovi, in sicer sintetični opioidi in sintetični kanabinoidi.

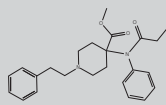
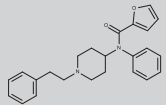
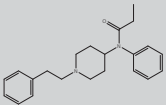
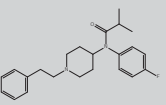
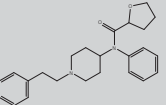
Novi opioidi resno ogrožajo zdravje posameznikov in javno zdravje, čeprav je njihova vloga na evropskem trgu drog majhna. Zaskrbljujoči so zlasti derivati fentanila, ki predstavljajo glavnino novih opioidov, ki jih spremlja center EMCDDA. To so snovi, ki imajo lahko izjemno močan učinek, saj lahko že v neznatnih količinah povzročijo življenjsko nevarno zastrupitev zaradi hitre in močne depresije dihanja. Iz tega razloga so še posebej nevarni, zlasti za nepazljive uporabnike, ki so prepričani, da kupujejo heroin, druge prepovedane droge ali

protibolečinska zdravila. V takih okoliščinah je morda potrebna ocena razpoložljivosti zdravila nalokson. Pri derivatih fentanila 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.

Skupne preiskave in ocena tveganja

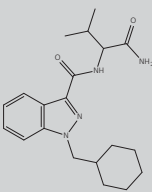
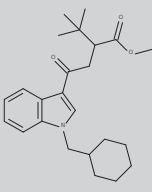
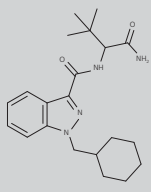
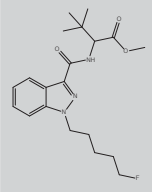
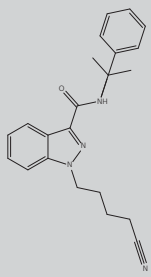
Po dveh skupnih preiskavah akrilolfentanila in furanilfentanila, ki sta ju leta 2016 opravila center EMCDDA in Europol, so bile v letu 2017, po prijavi smrtnih primerov v sistem EU za zgodnje opozarjanje, opravljene preiskave še za pet derivatov fentanila. Snovi (4-fluoroizobutirilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil, karfentanil, metoksiacetilfentanil, ciklopropilfentanil) so bile povezane z več kot 160 smrtnimi primeri, od katerih so bili številni pripisani neposredno tem snovem. Center EMCDDA je v letu 2017 izvedel uradno oceno tveganja za pet od teh sedmih snovi (preglednica 1), preostali snovi pa bosta ocenjeni v letu 2018. Do danes so bili za akrilolfentanil in furanilfentanil uvedeni nadzorni ukrepi na ravni EU, ker prestavljata tveganje za javno zdravje in Evropo.

Preglednica 1. Ključne ugotovitve iz ocene tveganja za pet derivatov fentanila

Splošno ime	Karfentanil	Furanilfentanil	Akrilolfentanil	4F-iBF (4-fluoroizobutirilfentanil)	THF-F (tetrahidrofuranilfentanil)
Kemijska struktura					
Uradna prijava v sistem EU za zgodnje opozarjanje	12. februar 2013	3. november 2015	7. julij 2016	26. avgust 2016	23. december 2016
Število smrtnih primerov	61	23	47	20	14
Število držav, kjer so se pojavili povezani smrtni primeri	8	6	3	2	1
Število zasegov na podlagi kazenskega pregona	801	143	162	24	53
Število držav, kjer je bila droga zasežena (EU, Turčija in Norveška)	7	14	5	4	1

Prav tako v letu 2017 so bili preiskani štirje sintetični kanabinoidi, na podlagi česar so bile opravljene ocene tveganja (preglednica 2). Snovi (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) so bile povezane z več kot 80 smrtnimi primeri. Predstavljajo nadaljevanje ocene tveganja za MDMB-CHMICA, ki je prvi sintetični kanabinoid, v zvezi s katerim je center EMCDDA izvedel oceno tveganja. Razlogi za hudo strupenost, ki jo te snovi lahko povzročijo, vključujejo njihovo moč in slabe proizvodne prakse. 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 proizvodni morda niso enakomerno porazdeljene. Zato lahko nekateri proizvodi vsebujejo strupene količine snovi, kar pomeni večje tveganje zastrupitve.

Preglednica 2. Ključne ugotovitve iz ocene tveganja za pet sintetičnih kanabinoidov

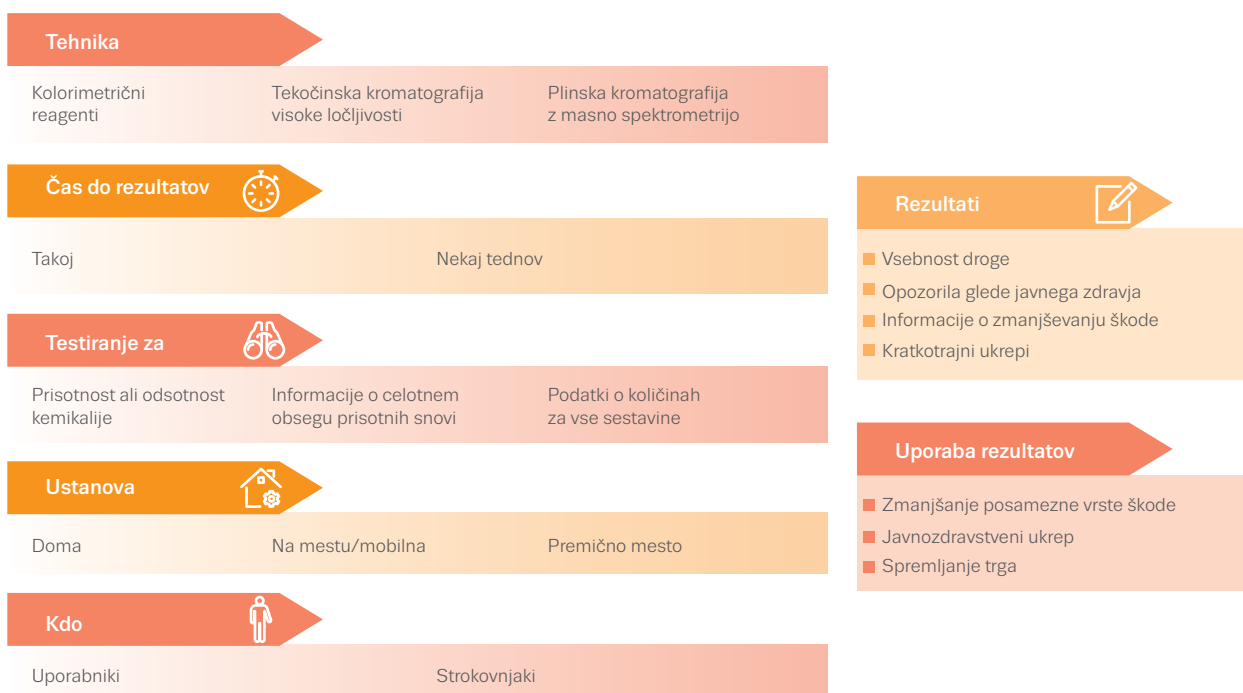
Splošno ime	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Kemijska struktura					
Uradna prijava v sistem EU za zgodnje opozarjanje	10. april 2014	12. september 2014	24. september 2014	8. januar 2015	4. marec 2016
Število smrtnih primerov	31	29	13	28	11
Število držav, kjer so se pojavili povezani smrtni primeri	6	6	3	2	2
Število zasegov na podlagi kazenskega pregona	6 422	> 3 600	3 794	1 986	2 461
Število držav, kjer je bila droga zasežena (EU, Turčija in Norveška)	26	25	19	27	12

Novi opiodi predstavljajo resno grožnjo za zdravje posameznikov in javno zdravje



SLIKA 3.8

Primeri tehnik za preverjanje drog in njihova uporaba



Službe za preverjanje drog: razpoložljivost v Evropi

Službe za preverjanje drog uporabnikom omogočajo, da svoje droge analizirajo in pridobijo informacije o vsebini vzorca. Namen služb za preverjanje drog je zmanjševanje škode z zagotavljanjem nasvetov in informacij uporabnikom drog ter spremljanje zdajšnjih in nastajajočih trendov na področju drog. V nekaterih državah so službe za preverjanje drog sestavni del nacionalnih sistemov za zgodnje opozarjanje, njihova glavna naloga pa je podpora ugotavljanju in spremljanju novih psihoaktivnih snovi.

Službe za preverjanje drog so na voljo v desetih državah EU. Službe se med seboj razlikujejo na različne načine, med drugim glede na lokacijo, metode, pravočasnost rezultatov ter način in namen sporočanja rezultatov (slika 3.8). Službe za testiranje so lahko nastanjene v stalnih ali premičnih laboratorijih, na primer na glasbenih festivalih in v klubih. Metode, ki jih ti laboratoriji uporabljajo, segajo od orodij za samotestiranje, ki pokažejo prisotnost ali odsotnost določene droge ali adulteranta, do natančne opreme, s katero je mogoče določiti številne snovi in njihove količine. Čas, potreben za dostavo rezultatov, se lahko prav tako razlikuje, in sicer od nekaj sekund do nekaj dni.

Sporočanje rezultatov je za službe za preverjanje drog pomembno, izidom pa so pogosto priloženi nasveti ali kratkotrajni ukrepi. Metode sporočanja, ki jih laboratoriji uporabljajo, vključujejo opozorila za javno zdravje in

potrošnike, informacijske table na plesnih dogodkih, spletno objavo rezultatov ali rezultate, ki se sporočijo neposredno posameznikom.

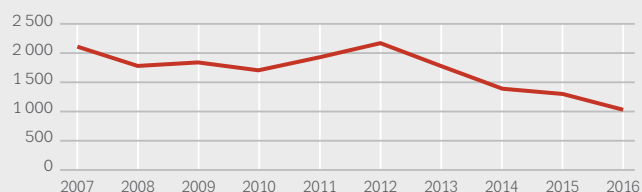
Kronične težave, povezane z drogami: manj okužb z virusom HIV, a ostaja pozna prepoznavna bolezn

Uporabniki drog, zlasti tisti, ki si drogo vbrizgavajo, so izpostavljeni tveganju okužbe z nalezljivimi boleznimi zaradi skupne uporabe pripomočkov za uporabo drog in nezaščitene spolne odnose. Tvegano vedenje v zvezi z vbrizgavanjem 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 2016 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 1 027 novo odkritih okužb z virusom HIV pri osebah, ki so se okužile prek uporabe drog z vbrizgavanjem (slika 3.9), kar pomeni 5 % vseh odkritih okužb z virusom HIV, pri katerih je način prenosa okužbe znan. Ta delež je v zadnjem desetletju ostal majhen in ustaljen. Število novih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog se je v večini evropskih držav zmanjšalo, pri čemer je šlo za 51-odstotno vsesplošno zmanjšanje v obdobju 2007–2016. Vendar je uporaba drog z vbrizgavanjem v nekaterih državah še vedno pogost način prenosa okužbe: leta 2016 je bila na podlagi podatkov, sporočenih Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), uporabi drog z vbrizgavanjem pripisana več kot četrtina novo

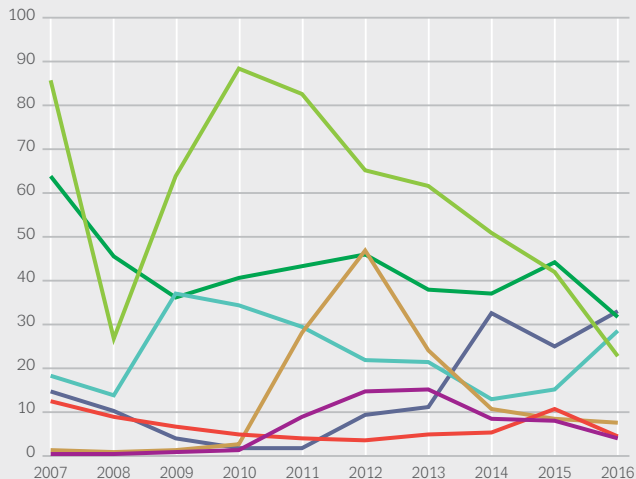
SLIKA 3.9

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

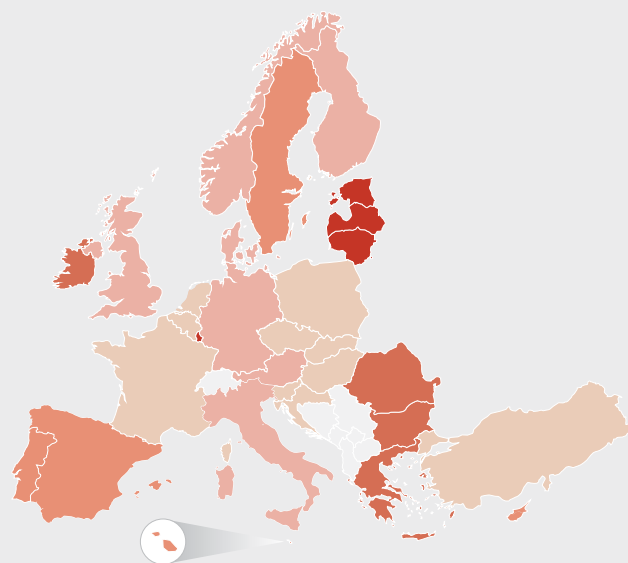
Primeri v Evropski uniji



Primeri na milijon prebivalcev



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



Primeri na milijon prebivalcev

■ <1 ■ 1,0–2 ■ 2,1–3 ■ 3,1–8 ■ >8

Vir: ECDC. Podatki za leto 2016.

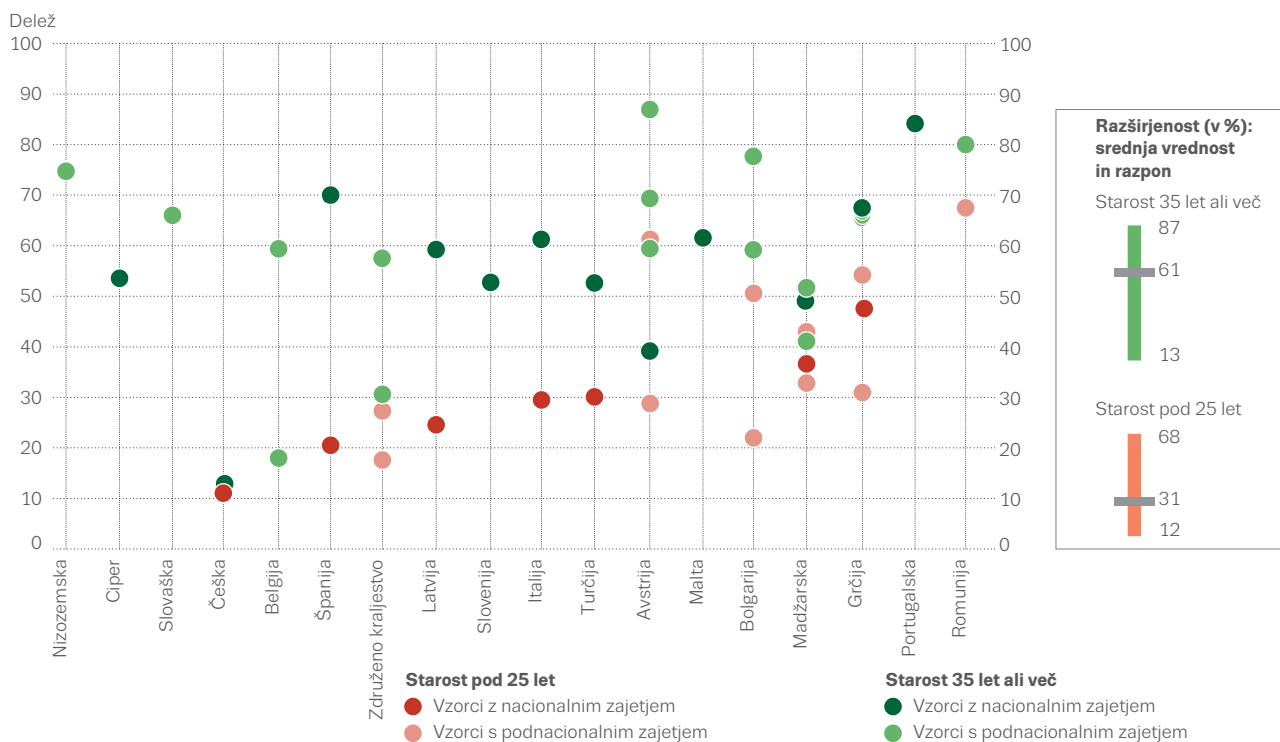
odkritih primerov okužbe z virusom HIV v Litvi (47 %), Luksemburgu (29 %) in Latviji (27 %). V Romuniji in Grčiji, kjer je število novih okužb z virusom HIV, pripisanih uporabi drog z vbrizgavanjem, leta 2016 še vedno padalo, pa so te vrednosti ostale nad ravnmi, sporočenimi pred izbruhi leta 2012.

V obdobju 2015–2016 je večina držav poročala o zmanjšanju števila primerov okužbe z virusom HIV, povezanih z vbrizgavanjem, vključno z Irsko in Združenim kraljestvom, ki sta poročala o povečanju leta 2015. Na Irskem in v Združenem kraljestvu je bilo to deloma povezano z izbruhi na lokalni ravni. Izbruh, o katerem je leta 2014 poročal Luksemburg, se je leta 2016 nadaljeval. Poleg visoke ravni marginalizacije uporabnikov je bilo za ta izbruh pomembno tudi povečano vbrizgavanje stimulansov. Litva je poročala o občutnem povečanju števila novih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog, in sicer se je to število letu 2016 skoraj podvojilo s 44 na 83 primerov. Poleg tega se povečano tveganje prenosa okužbe povezuje z vbrizgavanjem stimulansov 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 2016 je bilo v Evropski uniji 13 % prijavljenih novih primerov aidsa, pri katerih je bil način prenosa okužbe znan, pripisanih uporabi drog z vbrizgavanjem. 422 prijav, povezanih z vbrizgavanjem, predstavlja manj kot četrtno števila primerov, prijavljenih pred desetimi leti.

SLIKA 3.10

Razširjenost okužbe z virusom hepatitisa C med injicirajočimi uživalci drog, po starosti, 2015–2016



Opomba: vzorci, ki so manjši od deset, niso prikazani. Pri vrstnem redu držav so upoštevani podatki za starost pod 25 let.

Kjer so bile informacije na voljo, je bila v Evropski uniji leta 2016 polovica novo odkritih okužb z virusom HIV, ki se pripisujejo vbrizgavanju drog, odkrita pozno, tj. ko je okužba že začela škodovati imunskemu sistemu. V Grčiji in Romuniji sta bila pozno odkrita približno dva od treh novih primerov okužbe z virusom HIV, povezane z vbrizgavanjem. Pozno odkritje okužbe z virusom HIV se povezuje z zamudami pri začetku protiretrovirusnega zdravljenja ter večjim deležem obolevnosti in umrljivosti. 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 injicirajoči uživalci drog. Zgodnje odkritje okužbe in začetek protiretrovirusnega zdravljenja okuženim osebam omogočata običajno pričakovano življenjsko dobo.

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, se v 75 do 80 primerih razvije 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 boleznij jeter, vključno s cirozo in rakom jeter, med starajočo se populacijo rizičnih uporabnikov drog.

Raven razširjenosti protiteles proti virusu HCV, ki kaže na okužbo ali preteklo okužbo, v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog se je v letih 2015 in 2016 gibala med 15 % in 82 %, pri čemer je šest od trinajstih držav z nacionalnimi podatki poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 %. Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2010–2016 so štiri države opazile upadajoč trend ravni razširjenosti protiteles proti HCV med injicirajočimi uporabniki drog, dve državi pa sta opazili povečanje razširjenosti.

Virus HCV je bolj razširjen med starejšimi kot med mladimi injicirajočimi uživalci drog, kar opozarja na večletno kopičenje tveganja in veliko breme okužb med starejšimi skupinami uporabnikov drog (slika 3.10).

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 zdajšnjo okužbo, ki je lahko akutna ali kronična. V sedmih državah z nacionalnimi podatki se ocenjuje, da je z virusom HBV trenutno okuženih med 1,5 % in 11 % injicirajočih uporabnikov.

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

Preprečevanje nalezljivih bolezni: učinkoviti ukrepi

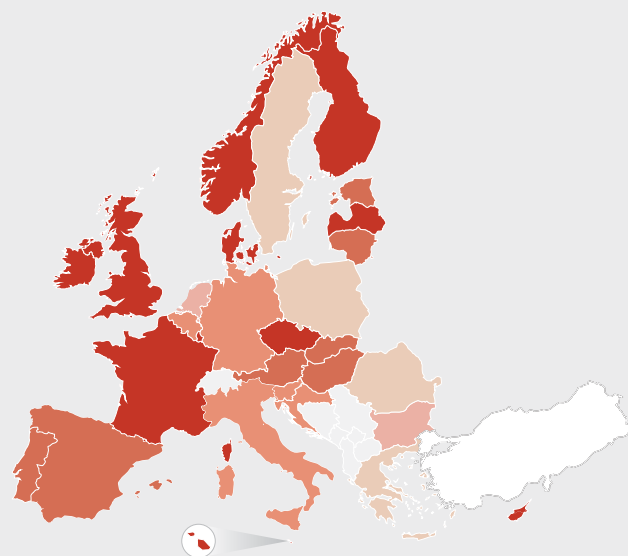
Priporočeni ukrepi za zmanjšanje nalezljivih bolezni, povezanih z drogami, med injicirajočimi uživalci drog, vključujejo zagotavljanje nadomestnega zdravljenja z opioidi, razdeljevanje sterilne opreme za vbrizgavanje, cepljenje, testiranje za nalezljive bolezni, zdravljenje za osebe, okužene s hepatitisom, in zdravljenje za osebe, okužene z virusom HIV, ter ukrepe za spodbujanje zdravja, osredotočene na varnejše prakse vbrizgavanja in zmanjšanje tveganega spolnega vedenja.

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 brizg. Dokazi kažejo, da programi zamenjave injekcijskih igel in brizg učinkovito zmanjšujejo prenos okužb z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog. Od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA, je čista oprema za vbrizgavanje na specializiranih mestih brezplačno na voljo v vseh državah, razen v Turčiji. Vendar so med državami velike razlike glede geografske razporeditve mest za razdeljevanje brizg (glej sliko 3.11). Razlike med državami so opazne tudi glede zajetja ciljne populacije z zadevnim ukrepom (slika 3.12). Informacije o razdeljevanju brizg v okviru specializiranih programov je predložilo 25 držav, ki skupaj poročajo, da je bilo v zadnjem letu, za katero so podatki na voljo (2015–2016), razdeljenih več kot 54 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.

Evropske države poročajo tudi o razdeljevanju drugega materiala, ki ga specializirane agencije za boj proti drogam delijo skupaj z injekcijskimi iglami in brizgami. Več kot polovica držav na primer sporoča pisne informacije o varnejši uporabi, kondomih, dezinfekcijskih blazinicah in citrinski kislini. Osem držav poroča o zagotavljanju folije ali pip, s katerimi omogočajo in spodbujajo inhaliranje drog namesto vbrizgavanja, medtem ko na Češkem razdeljujejo želatinaste kapsule za spodbujanje peroralnega uživanja metamfetamina (pervitin).

SLIKA 3.11

Geografska razporeditev programov zamenjave injekcijskih igel in brizg v Evropski uniji, na Norveškem in v Turčiji



Odstotek teritorialnih enot z enim mestom ali več

0	<20	20–39	40–59	60–79	>80
---	-----	-------	-------	-------	-----

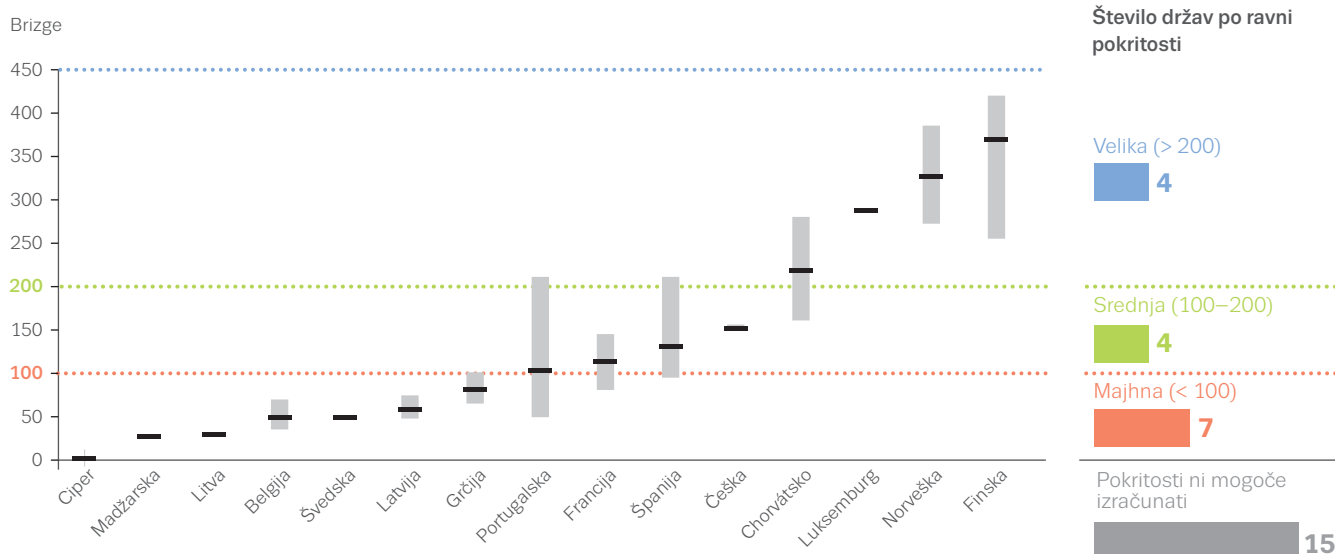
Opomba: na podlagi Eurostatovih teritorialnih enot NUTS3. Vrednosti za Španijo, Nemčijo in Italijo temeljijo na strokovnih ocenah. Geografska razporeditev morda ne odraža deleža ciljne populacije, ki je zajet v ukrepu.

Izkoreninjenje virusa HCV: dostop do testiranja in zdravljenja

Minimalni standardi kakovosti EU za zmanjševanje povpraševanja spodbujajo prostovoljno testiranje za 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 oviro za vključitev v testiranje in zdravljenje predstavljata stigmatizacija in marginalizacija uporabnikov drog. Za premostitev teh ovir so potrebne inovativne metode, zlasti širša uporaba svetovanja in testiranja, ki ga izvajajo usposobljeni izvajalci oskrbe v skupnosti. Poleg tega morajo vsako širitev testiranja za nalezljive bolezni spremljati ukrepi, da se zagotovi ustrezno zdravljenje okužb.

SLIKA 3.12

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



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

Evropske strokovne smernice priporočajo, naj se zaradi virusa HCV takoj začnejo zdraviti posamezniki, pri katerih obstaja tveganje prenosa okužbe z virusom –to vključuje aktivne injicirajoče uživalce drog in zaprte posameznike.

Z novimi učinkovitimi, povsem peroralnimi režimi zdravljenja brez interferona, ki jih uporabniki bolje prenašajo in ki vključujejo protivirusna sredstva z neposrednim delovanjem, se lahko ozdravitev doseže v 95 % primerov. Zaradi visokih stroškov takšnih zdravil je dostop do zdravljenja še vedno omejen. Oktobra 2017 je ena od dveh evropskih držav v političnem dokumentu določila svoj pristop k preprečevanju in oskrbi v zvezi s hepatitisom. V klinične smernice v devetih državah pa so vključena merila, ki uživalcem drog omejujejo dostop do zdravljenja virusa HCV (npr. zahtevajo 3–12-mesečno abstinenco glede uporabe drog).

Ukrepi v zaporih: dostopnost v državah se razlikuje

Zaporniki poročajo o višji stopnji uporabe drog kadar koli v življenju in škodljivejših vzorcih uporabe (vključno z vbizgavanjem) 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 del zdravstvenega pregleda ob prihodu v zapor. Analiza podatkov o razširjenosti virusov HIV in HCV med injicirajočimi uživalci drog iz 17 evropskih držav za obdobje 2006–2017 je pokazala, da je bila v večini držav razširjenost teh okužb občutno večja med posamezniki, ki so bili kdaj zaprti: v 10 od 17 držav za HIV in 14 od 17 držav za HCV.

V večini držav je v zaporih na voljo testiranje za nalezljive bolezni (HIV, HBV, HCV in tuberkuloza), čeprav je lahko omejeno na testiranje ob prihodu v zapor ali testiranje izključno posameznikov s simptomi. O zagotavljanju zdravljenja hepatitisa C poročajo le v 11 državah. Poroča se, da se programi cepljenja proti hepatitisu B izvajajo v 16 državah. Zagotavljanje čiste opreme za vbizgavanje je manj pogosto, saj o razpoložljivosti programov zamenjave brizg v zaporih poročajo le pet držav, le tri od teh pa poročajo o dejanskem izvajanju teh ukrepov.

Pomembni načeli za izvajanje zdravstvenih ukrepov v zaporih sta enakovrednost izvajanju na ravni skupnosti in neprekinjena oskrba po izpustitvi iz zapora. V 28 državah je v zaporih mogoče zagotoviti nadomestno zdravljenje z opioidi, ki pa se v večini držav izvaja v omejenem obsegu. Ukrepi, ki so zapornikom na voljo, vključujejo razstrupljanje,

individualno in skupinsko terapijo, zdravljenje v terapevtskih skupnostih in posebne bolnišnične oddelke. Skoraj vse države poročajo o zagotavljanju ene ali več takšnih možnosti za zdravljenje. Številne evropske države imajo vzpostavljena medagencijska partnerstva med zapornimi zdravstvenimi službami in ponudniki v skupnosti, ki spodbujajo izvajanje zdravstvene vzgoje in zdravljenja v zaporih ter zagotavljajo neprekinjeno oskrbo ob prihodu v zapor in po izpustitvi. V vseh državah se izvajajo priprave na izpustitev iz zapora, vključno s socialno reintegracijo. O programih za preprečevanje tveganja prevelikega odmerka, ki je zlasti veliko med injicirajočimi uporabniki opioidov v obdobju po izpustitvi iz zapora, se poroča v petih državah, pri čemer ti programi vključujejo usposabljanje in informiranje ter zagotavljanje naloksona ob izpustitvi iz zapora.

Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: število se povečuje med rizičnimi uporabniki drog

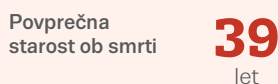
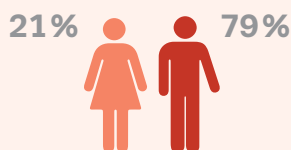
Uporaba drog je znan vzrok umrljivosti med odraslimi v Evropi, ki jo je mogoče preprečiti. Študije o kohortah rizičnih uporabnikov drog na splošno kažejo skupne ravni umrljivosti med 1 % in 2 % letno. Na splošno je pri uporabnikih opioidov v Evropi od pet- do desetkrat večja verjetnost smrti kot pri 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 katere 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.

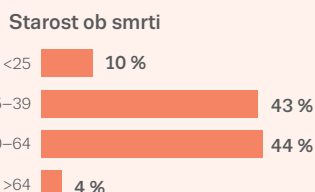
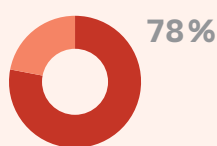
V Evropi je prevelik odmerek drog še vedno glavni vzrok smrti med rizičnimi uporabniki drog, več kot tri četrtine žrtev prevelikega odmerka pa je moških (79 %). Podatke o prevelikih odmerkih, zlasti skupne vrednosti za Evropo, je treba razlagati previdno, med drugim zaradi sistematičnega nezadostnega poročanja v nekaterih državah in prijavnih postopkov, ki povzročajo zamude pri poročanju. Letne ocene zato predstavljajo začasno najnižjo vrednost.

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

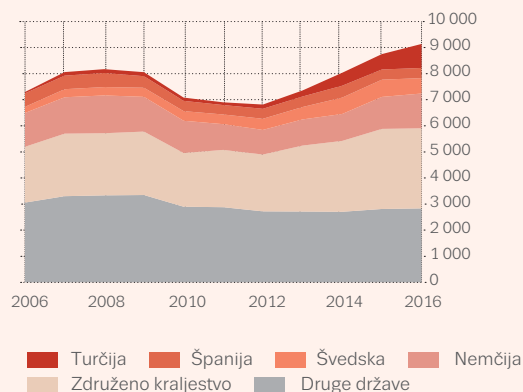
Značilnosti



Smrtni primeri, pri katerih so bili prisotni opioidi



Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



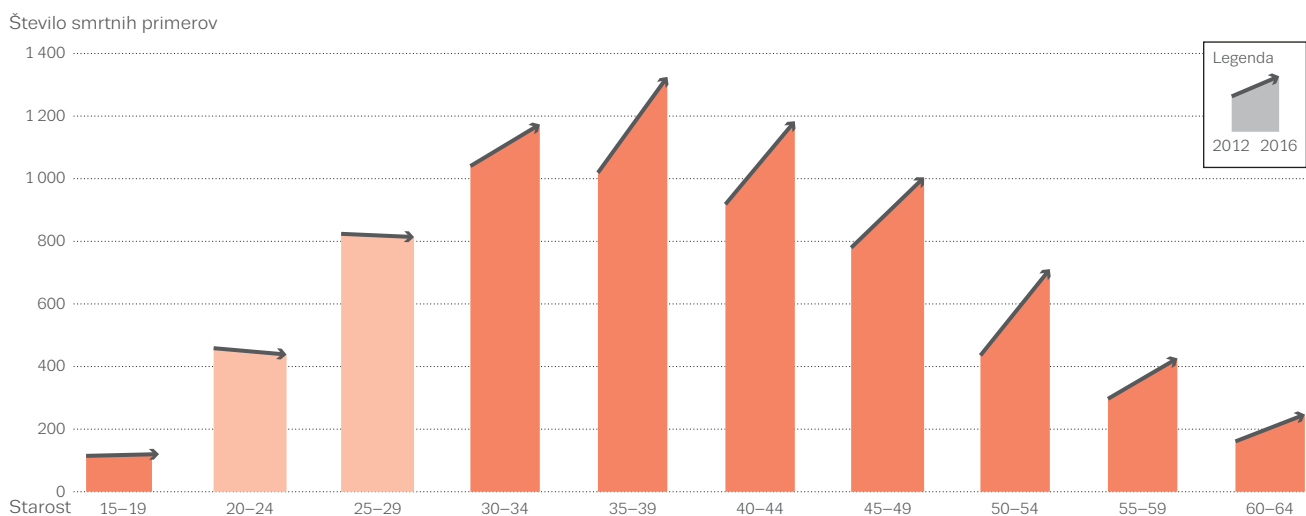
Število smrtnih primerov



Opomba: podatki za države članice EU, Turčijo in Norveško (EU + 2).

SLIKA 3.13

Število neposrednih smrti zaradi droge, prijavljenih v Evropski uniji v letih 2012 in 2016 ali v zadnjem letu, po starostni skupini



Ocenjuje se, da je bilo v Evropski uniji leta 2016 vsaj 7 929 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, povezanih z vsaj eno prepovedano drogo. Če se upoštevata Norveška in Turčija, se ta številka po ocenah poveča na 9 138 smrtnih primerov, kar pomeni 4-odstotno povečanje s popravljene številke za leto 2015, ki znaša 8 749 primerov; stanje v EU je v primerjavi z letom 2015 na splošno stabilno. Združeno kraljestvo (34 %) 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, pa tudi na nezadostno poročanje v nekaterih drugih državah. Če se osredotočimo na države z razmeroma zanesljivimi sistemi poročanja in s podatki, ki so na voljo za leto 2016, je povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka razvidno v Estoniji in Nemčiji. Na Nizozemskem ni jasno, ali veliko povečanje števila sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka (za 91 % več kot v letu 2014) predstavlja dejansko povečanje števila neposrednih smrti zaradi droge ali pa obstajajo drugi vzroki, kot so spremembe glede prijavljanja. V Združenem kraljestvu so leta 2015 poročali o povečanju števila smrtnih žrtev za 13 % v primerjavi z letom 2014 in za 21 % v primerjavi z letom 2013. Začasni podatki kažejo, da se je to povečanje leta 2016 nadaljevalo. Trend povečevanja, ki je bil nekaj let opazen na Švedskem, se je leta 2016 obrnil. Turčija še naprej poroča o povečanju, pri

čem se je število iz leta 2014 v letu 2016 skoraj podvojilo, vendar se zdi, da je to predvsem posledica izboljšane zbiranja in sporočanja podatkov.

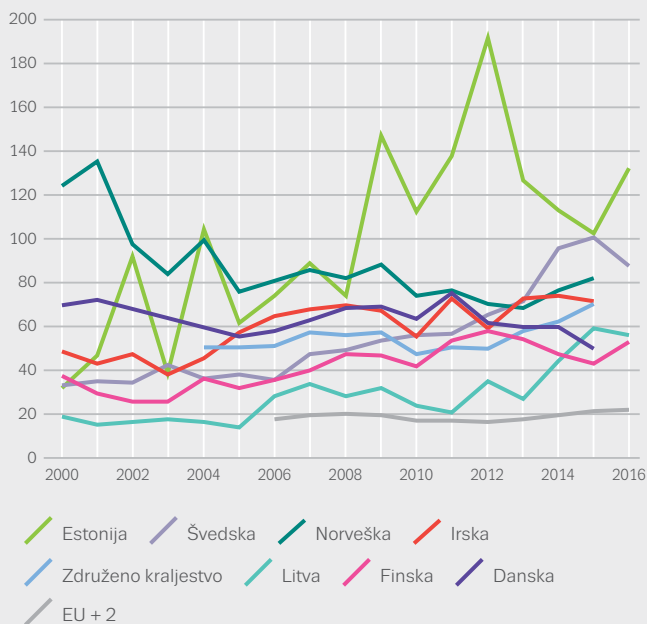
Povečanje števila sporočenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v starejših starostnih skupinah je v skladu s staranjem populacije uporabnikov opioidov v Evropi, pri kateri je tveganje smrti zaradi prevelikega odmerka drog največje. Med letoma 2012 in 2016 se je število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropski uniji povečalo pri vseh starostnih kategorijah nad 30 let (slika 3.13). Število smrtnih primerov v skupinah uporabnikov, starih 50 let ali več, se je povečalo skupaj za 55 %, v starostni skupini 30–49 let pa za 25 %. Število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v mlajših starostnih skupinah v Evropski uniji se na splošno ni spremenilo. Analiza smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog, o kateri je poročala Turčija leta 2016, kaže mlajšo starostno sestavo kot v Evropski uniji, pri čemer povprečna starost znaša 31 let (v primerjavi z 39 leti), v eni tretjini primerov pa je bila starost nižja od 25 let.

Prevelik odmerek je še naprej glavni vzrok smrti med rizičnimi uporabniki drog

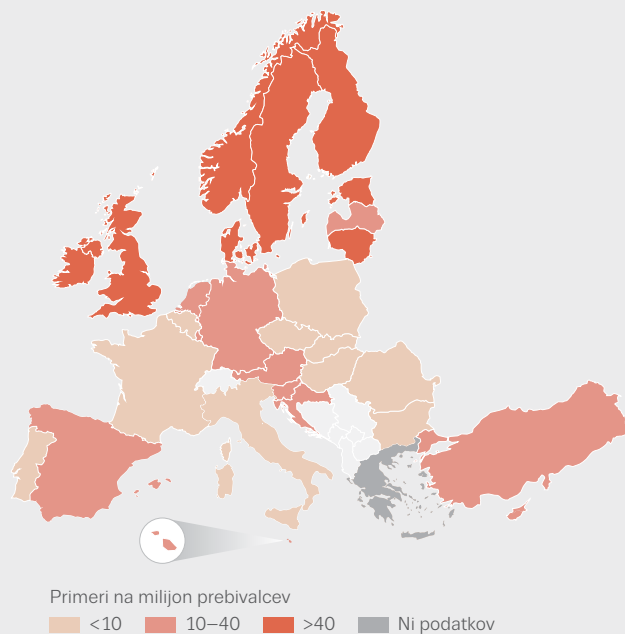
SLIKA 3.14

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 2016 ali 2015 poročale o najvišjih vrednostih, in splošni evropski trend. EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško.



Umrljivost zaradi drog: sporočene stopnje so najvišje v Severni Evropi

Za leto 2016 se stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 21,8 smrtnega primera na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Stopnja med moškimi (34,7 primera na milijon moških) je skoraj štirikrat višja od stopnje med ženskami (8,9 primera na milijon žensk). Stopnje umrljivosti zaradi prevelikega odmerka so med moškimi najvišje v starostni skupini 35–39 let, s 57,4 smrtnega primera na milijon prebivalcev, med ženskami pa v starostni skupini 40–44 let, z 12,4 smrtnega primera na milijon prebivalcev. Povprečna starost ob smrti je 39 let za moške in ženske. Nacionalne ravni umrljivosti in trendi se zelo razlikujejo (slika 3.14), nanje pa vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uporabe drog ter nacionalne prakse poročanja, evidentiranja informacij in šifriranja primerov prevelikega odmerka, vključno s spremenljivimi ravnmi nezadostnega poročanja, 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 (132 na milijon prebivalcev), na Švedskem (88 na milijon prebivalcev), Norveškem (81 na milijon prebivalcev), Irskem (70 na milijon prebivalcev) in v Združenem kraljestvu (70 na milijon prebivalcev) (slika 3.14).

Preveliki odmerki, ki se končajo s smrtjo: prevladujejo smrtni primeri, povezani z uporabo opioidov

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 najnovjših podatkov je razvidno povečanje števila s heroinom povezanih smrtnih primerov v Evropi, zlasti v Združenem kraljestvu, kjer je bila večina smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka (87 %) povezana z neko obliko opioida. V Angliji in Walesu je bil heroin ali morfij naveden v 1 177 smrtnih primerih, evidentiranih v letu 2015, kar pomeni 18-odstotno povečanje glede na prejšnje leto in 44-odstotno povečanje v primerjavi z letom 2013. Število smrtnih primerov, povezanih s heroinom ali morfijem, se je povečalo tudi na Škotskem (Združeno kraljestvo), s 473 takšnimi smrtnimi primeri leta 2016, kar predstavlja 37-odstotno povečanje glede na prejšnje leto. V Franciji je bil heroin leta 2015 udeležen v 30 % smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, leta 2012 pa v 15 % primerih. V toksikoloških poročilih je mogoče pogosto zaslediti tudi druge opioide. Te snovi, predvsem metadon, pa tudi buprenorfin (Finska), fentanil in njegovi derivati (zlasti Estonija) in tramadol, se v nekaterih državah povezujejo s precejšnjim deležem smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka.

Stimulansi, kot so kokain, amfetamini, MDMA in katinoni, so povezani z manjšim številom smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka 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 340 leta 2015, čeprav naj bi bili številni od njih domnevno preveliki odmerki heroina med osebami, ki so uporabljale tudi crack. Leta 2016 so s stimulansi povezani smrtni primeri v Turčiji vključevali 100 primerov, povezanih s kokainom, 98 primerov, povezanih z amfetamini, in 252 primerov, povezanih z MDMA. Turčija je poročala o velikem porastu števila smrtnih primerov, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi: s 137 primerov leta 2015 na 373 primerov leta 2016. V Združenem kraljestvu je število smrtnih primerov, povezanih z novimi psihoaktivnimi snovmi, razmeroma majhno, se je pa od leta 2010 povečalo predvsem na Škotskem.

Preveliki odmerki in z drogami povezani smrtni primeri: ukrepi za preprečevanje

Zmanjševanje obolenosti in umrljivosti zaradi prevelikega odmerka drog je velik izziv na področju javnega zdravja v Evropi. Širši javnozdravstveni odziv na tem področju je namenjen zmanjšanju ranljivosti med osebami, ki uporabljajo droge, zlasti z odstranjevanjem ovir in povečanjem dostopnosti storitev ter ozaveščanjem uporabnikov drog, da zmanjšajo tveganja, ki so jim izpostavljeni (slika 3.15). Ocenjevanje tveganja prevelikega odmerka med ljudmi, ki uporabljajo droge, ter krepitev njihove ozaveščenosti glede prevelikega odmerka, skupaj z zagotavljanjem učinkovitega zdravljenja odvisnosti od

SLIKA 3.15

Glavni pristopi za zmanjšanje smrtnih primerov, povezanih z opiodi

Zmanjševanje smrtnega izida zaradi prevelikega odmerka

Nadzorovana uporaba drog

Takojšnja prva pomoč za nujne primere v zvezi z drogami

Programi zagotavljanja naloksona za domačo uporabo

Izboljšan odziv drugih navzočih oseb

Zmanjšanje tveganja prevelikega odmerka

Zadržanje v ustanovi za nadomestno zdravljenje z opiodi

Zmanjšanje uporabe in vbrizgavanja drog

Ocena tveganja prevelikega odmerka

V ustanovah za zdravljenje in zaporih

Ozaveščanje o prevelikih odmerkih

Poznavanje tveganja in varnejše uporabe

Zmanjšanje ranljivosti

Službe za ozaveščanje in izvajanje programov zmanjševanja škode

Dostopne službe

Ustvarjanje ustreznega okolja

Odstranjevanje ovir za zagotavljanje izvajanja storitev

Krepitev uporabnikov drog

Omogočanje uporabnikom drog, da se sami zaščitijo

Pristop javnega zdravja

Priznavanje širšega vpliva

drog, pomaga preprečevati pojav prevelikih odmerkov. Posebno pozornost je treba nameniti obdobjem povečanega tveganja, kot so izpustitev iz zapora in odpustitev ali izključitev z zdravljenja. Ukrepi, kot so ustanove za nadzorovano uporabo drog ali programi zagotavljanja naloksona za domačo uporabo, so zelo zaželeni odzivi, ki so namenjeni izboljšanju verjetnosti preživetja prevelikega odmerka.

Ustanove za nadzorovano uporabo drog so mesta, kjer lahko uporabniki drog droge uporabljajo v higienskem in varnejšem okolju. Cilj tega ukrepa je preprečevati pojav prevelikih odmerkov in zagotavljanje strokovne pomoči, kadar se preveliki odmerki pojavijo. Te ustanove zagotavljajo dostop do raznovrstnih zdravstvenih in socialnih storitev, pa tudi napotitev na zdravljenje odvisnosti od drog, in lahko privabijo populacijo uporabnikov, ki jo je sicer težko doseči. Posamezne ustanove nadzirajo veliko število uporab, ki bi se drugače opravile na cesti ali v drugih tveganih okoliščinah. Dokazov o koristnosti teh ustanov je vse več in vključujejo zmanjšanje tveganega vedenja, umrljivosti zaradi prevelikega odmerka in prenosa okužb, ter povečan dostop uporabnikov drog do zdravljenja ter drugih zdravstvenih in socialnih storitev. Istočasno lahko pomagajo zmanjševati uporabo drog v javnosti in izboljšati javne službe na območjih okrog trgov z drogami v mestih. Taki prostori, skupaj jih je 78, zdaj delujejo v 56 mestih v šestih državah članicah EU in na Norveškem. V Nemčiji, kjer takšne ustanove delujejo že od zgodnjih devetdesetih let prejšnjega stoletja, so se predpisi pred kratkim spremenili tako, da tem ustanovam omogočajo nadzor nad vrstami uporabe z nižjim tveganjem, kot so njuhanje, kajenje in inhaliranje. Poleg tega sta dve od 16 zveznih držav začeli dovoljevati, da jih uporabljajo uporabniki, vključeni v nadomestno zdravljenje.

| Nalokson: programi za domačo uporabo

Zdravilo nalokson je antagonist opioidov, ki lahko prepreči zastrupitev. Uporabljajo ga oddelki za nujno medicinsko pomoč, reševalno osebje in osebje drugih služb, ki so redno v stiku z uporabniki drog. V zadnjih letih se je poleg usposabljanja o prepoznavanju pojava prevelikega odmerka in odzivanju nanj povečal obseg programov zagotavljanja naloksona za domačo uporabo, ki uporabnikom opioidov,

njihovim partnerjem, prijateljem in družinam omogočajo dostop do zdravila. Leta 2017 je bilo v desetih evropskih državah na voljo 16 programov zagotavljanja naloksona za domačo uporabo. Pri **sistematičnem pregledu** učinkovitosti programov zagotavljanja 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. Zaporniki so v programe zagotavljanja naloksona za domačo uporabo vključeni v Estoniji, Franciji in Združenem kraljestvu, leta 2018 pa se bo na Norveškem začelo izvajati razdeljevanje naloksona v zaporih.

Kompleti naloksona, ki jih zagotavljajo službe za zdravljenje odvisnosti od drog in zdravstvene službe, navadno vključujejo generični nalokson za vbrizgavanje (0,4 ali 1 mg/1 ml) v ampulah ali brizgah, predhodno napolnjenih z zdravilom. V Franciji je bilo za bolj koncentrirano formulacijo tega zdravila za nazalno uporabo (0,9 mg/0,1 ml), ki se je od leta 2016 uporabljala v poskusne namene, julija 2017 izdano dovoljenje za promet, ki bo olajšalo širšo uporabo. Evropska komisija je novembra 2017 odobrila trženje nosnega razpršila v Evropski uniji, na Norveškem, Islandiji in v Lihtenštajnu. Razpršilo vsebuje 1,8 mg naloksona v 0,1 ml raztopine.

Zmanjševanje obolevnosti in umrljivosti zaradi prevelikega odmerka drog je velik izziv na področju javnega zdravja



VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

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

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

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

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

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

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

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

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

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

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

2015

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

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

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

Prevention of addictive behaviours, Insights.

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

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

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

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

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

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

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

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.

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 2018 centra EMCDDA, v katerem je mogoče najti opombe in metapodatke. Navedena so leta, na katera se podatki nanašajo.**

PREGLEDNICA A1

OPIOIDI

Država	Ocena problematične uporabe opioidov		Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom						Uporabniki na nadomestnem zdravljenju
			Uporabniki opioidov kot delež oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov 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	–	–	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bolgarija	–	–	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Češka	2016	1,7–1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danska	–	–	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Nemčija	2015	2,6–3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonija	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irska	2014	6,1–7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grčija	2016	2,1–2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Španija	2015	1,6–3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francija	2015	4,4–6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Hrvaška	2015	2,5–4,0	–	22,1 (170)	–	–	37,7 (61)	–	4 256
Italija	2015	4,6–5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Ciper	2016	1,5–2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Latvija	2016	4,1–5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Litva	2016	2,7–6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Luksemburg	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Madžarska	2010–11	0,4–0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1–6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
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	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Poljska	2014	0,4–0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portugalska	2015	3,8–7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Romunija	2016	1,1–1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenija	2016	3,2–3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovaška	–	–	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finska	2012	3,8–4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Švedska (¹)	–	–	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	–	–	–	4 136
Združeno kraljestvo	2010–11	7,9–8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
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)	–
Norveška (²)	2013	2,0–4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	–	–	–	7 554
Evropska unija	–	–	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
EU, Turčija in Norveška	–	–	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Češka, 2014; Danska, Španija, Nizozemska in Turčija, 2015.

Podatki o uporabnikih, vključenih v nadomestno zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Danska, Španija, Madžarska, Poljska in Finska, 2015; Nizozemska, 2014; Turčija, 2011. Številka za Švedsko ne predstavlja vseh uporabnikov.

(¹) Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo le na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo.

(²) Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi težav, povezanih z opiodi, je najnižja vrednost, ki ne zajema uporabnikov storitev zdravljenja zaradi opiodov, 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 zdravljenja zaradi kokaina kot delež oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov 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 odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se zdravijo	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
		%	%	%	% (število)	% (čštevilo)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bolgarija	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Češka	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Nemčija (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonija	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irska	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grčija (³)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Španija	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francija	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Hrvaška	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italija	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Ciper	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Latvija	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Luksemburg	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Madžarska (⁴)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Nizozemska	2016	5,9	3,7	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	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Poljska	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portugalska	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Romunija	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovaška	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Švedska (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Združeno kraljestvo (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turčija	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norveška (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Evropska unija	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2016; samo Flandrija), Španijo (2016), Nemčijo (2011), Italijo (2016), Luksemburg (2010; starost 15 let), Švedsko (2016) in Združeno kraljestvo (2014; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Češka, 2014; Danska, Španija, Nizozemska in Turčija, 2015.

(¹) Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

(²) Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

(³) Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo le na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo.

(⁴) Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

PREGLEDNICA A3

AMFETAMINI

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki zdravljenja zaradi amfetaminov kot delež oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov 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)	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
	%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bolgarija	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Češka	2016	3,0	1,7	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 (1)	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Nemčija (2)	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estonija	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irska	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grčija	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Španija	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Francija	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Hrvaška	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italija	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Ciper	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Latvija	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Litva	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Luksemburg	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Madžarska (2)	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Nizozemska	2016	5,3	3,6	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	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portugalska	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romunija	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovaška	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finska	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Švedska (1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Združeno kraljestvo (1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turčija	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norveška (1)	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Evropska unija	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2016; samo Flandrija), Španijo (2016), Nemčijo (2011), Italijo (2016), Luksemburg (2010; starost 15 let), Švedsko (2016) in Združeno kraljestvo (2014; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Češka, 2014; Danska, Španija, Nizozemska in Turčija, 2015. Podatki za Nemčijo, Švedsko in Norveško se nanašajo na uporabnike „stimulansov, ki niso kokain“.

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

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

(3) Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo le na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo.

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

PREGLEDNICA A4

MDMA

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki zdravljenja zaradi MDMA kot delež 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	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bolgarija	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Češka	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danska ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Nemčija ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irska	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grčija ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Španija	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francija	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Hrvaška	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italija	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Ciper	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Latvija	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Litva	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Luksemburg	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Madžarska ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Nizozemska	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Avstrija	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Poljska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portugalska	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Romunija	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovaška	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finska	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Švedska ⁽²⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Združeno kraljestvo ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turčija	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norveška ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Evropska unija	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2016; samo Flandrija), Španijo (2016), Nemčijo (2011), Italijo (2016), Luksemburg (2010; starost 15 let), Švedsko (2016) in Združeno kraljestvo (2014; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Češka, 2014; Danska, Španija, Nizozemska in Turčija, 2015.

⁽¹⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

PREGLEDNICA A5

KONOPLJA

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki zdravljenja zaradi konoplje kot delež 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	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bolgarija	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Češka	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danska ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Nemčija ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonija	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irska	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grčija ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Španija	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francija	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Hrvaška	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italija	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Ciper	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Latvija	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Litva	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Luksemburg	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Madžarska ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Nizozemska	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Avstrija	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Poljska	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portugalska	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Romunija	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenija	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovaška	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finska	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Švedska ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Združeno kraljestvo ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turčija	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norveška ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Evropska unija	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2016; samo Flandrija), Španijo (2016), Nemčijo (2011), Italijo (2016), Luksemburg (2010; starost 15 let), Švedsko (2016) in Združeno kraljestvo (2014; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Češka, 2014; Danska, Španija, Nizozemska in Turčija, 2015.

⁽¹⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 16–64, 16–34.

⁽²⁾ Starostna skupina za ocene razširjenosti med splošnim prebivalstvom: 18–64, 18–34.

⁽³⁾ Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo le na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo.

⁽⁴⁾ Ocene razširjenosti za splošno prebivalstvo se nanašajo samo na Anglijo in Wales.

PREGLEDNICA A6

DRUGI KAZALNIKI

Država	Število neposrednih smrti zaradi droge (pri starosti 15–64 let)	Diagnoza okužbe z virusom HIV, povezana z uporabo 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	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bolgarija	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Češka	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danska	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Nemčija	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonija	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irska (*)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grčija	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Španija (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francija (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Hrvaška	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italija	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Ciper	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Latvija	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Litva	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Luksemburg	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Madžarska	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Nizozemska	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Avstrija	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Poljska	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portugalska	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Romunija (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenija	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovaška	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finska	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Švedska	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Združeno kraljestvo (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turčija	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norveška	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Evropska unija	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
EU, Turčija in Norveška	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Pri primerjavi podatkov o številu neposrednih smrti zaradi droge je potrebna previdnost, saj so med državami razlike v šifriranju in zajetju, nekatere pa sporočajo premalo podatkov.

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

(²) Podatki o brizgah, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se nanašajo na leto 2015.

(³) Število neposrednih smrti zaradi droge: podnacionalno zajetje.

(⁴) Podatki o brizgah za Združeno kraljestvo: Anglija, ni podatkov; Škotska, 4 742 060, in Wales, 3 100 009 (oba podatka za leto 2016), Severna Irska 309 570 (2015).

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	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bolgarija	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Češka	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danska	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Nemčija	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonija	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irska	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grčija	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Španija	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francija	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Hrvaška	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italija	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Ciper	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Latvija	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Litva	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Luksemburg	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Madžarska	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Nizozemska	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Avstrija	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Poljska	9	–	449	–	961	–	149 921 (0,3)	–
Portugalska	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Romunija	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenija	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovaška	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finska	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Švedska	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Združeno kraljestvo	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turčija	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norveška	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Evropska unija	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
EU, Turčija in Norveška	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Amfetamini vključujejo amfetamin in metamfetamin.

Vsi podatki so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki.

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	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bolgarija	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Češka	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danska	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Nemčija	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonija	548	22	46	575	- (79)	28
Irska	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grčija	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Španija	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francija	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Hrvaška	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italija	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Ciper	2	20	171	753	311 (-)	37
Latvija	3	96	44	872	- (50)	22
Litva	551	54	68	654	- (-)	0
Luksemburg	1	173	21	875	359 (-)	16
Madžarska	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Nizozemska	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Avstrija	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Poljska	33		2 569		108 516 (-)	-
Portugalska	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Romunija	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenija	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovaška	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finska	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Švedska	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Združeno kraljestvo	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turčija	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norveška	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Evropska unija	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
EU, Turčija in Norveška	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Vsi podatki so za leto 2016 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki.

Stik z EU

Osebno

Po vsej Evropski uniji je na stotine informacijskih točk Europe Direct. Naslov najbližje lahko najdete na spletni strani: https://europa.eu/european-union/contact_sl.

Po telefonu ali elektronski pošti

Europe Direct je služba, ki odgovarja na vaša vprašanja o Evropski uniji. Nanjo se lahko obrnete:

- s klicem na brezplačno telefonsko številko: 00 800 6 7 8 9 10 11 (nekateri ponudniki lahko klic zaračunajo),
- s klicem na navadno telefonsko številko: +32 22999696 ali
- po elektronski pošti s spletne strani: https://europa.eu/european-union/contact_sl.

Iskanje informacij o EU

Na spletu

Informacije o Evropski uniji v vseh uradnih jezikih EU so na voljo na spletišču Europa: https://europa.eu/european-union/index_sl.

Publikacije EU

Brezplačne in plačljive publikacije EU lahko prenesete s <http://publications.europa.eu/sl/publications> ali jih tam naročite. Za več izvodov brezplačnih publikacij se obrnite na Europe Direct ali najbližjo informacijsko točko (https://europa.eu/european-union/contact_sl).

Zakonodaja EU in drugi dokumenti

Do pravnih informacij EU, vključno z vso zakonodajo EU od leta 1952 v vseh uradnih jezikovnih različicah, lahko dostopate na spletišču EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>.

Odpri podatki EU

Do podatkovnih zbirk EU lahko dostopate na portalu odprtih podatkov EU (<http://data.europa.eu/euodp/sl>). Podatke lahko brezplačno prenesete in uporabite tudi v komercialne namene.

O poročilu

Poročilo Trendi in razvoj vsebuje pregled pojava drog v Evropi na najvišji ravni in obravnava ponudbo drog, njihovo uporabo, 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 paket [Evropsko poročilo o drogah 2018](#).

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.