



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

SL

ISSN 1977-9984

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2019



Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Evropsko poročilo o drogah

Trendi in razvoj

2019

Pravno obvestilo

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

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

Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2019

Print	ISBN 978-92-9497-429-7	ISSN 1977-9984	doi:10.2810/132107	TD-AT-19-001-SL-C
PDF	ISBN 978-92-9497-393-1	ISSN 2314-9205	doi:10.2810/115170	TD-AT-19-001-SL-N

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2019
Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

Predlog navedbe vira: Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2019), *Evropsko poročilo o drogah 2019: Trendi in razvoj*, Urad za publikacije Evropske unije, Luxembourg.

Printed by Imprimerie Centrale in 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

| Vsebina

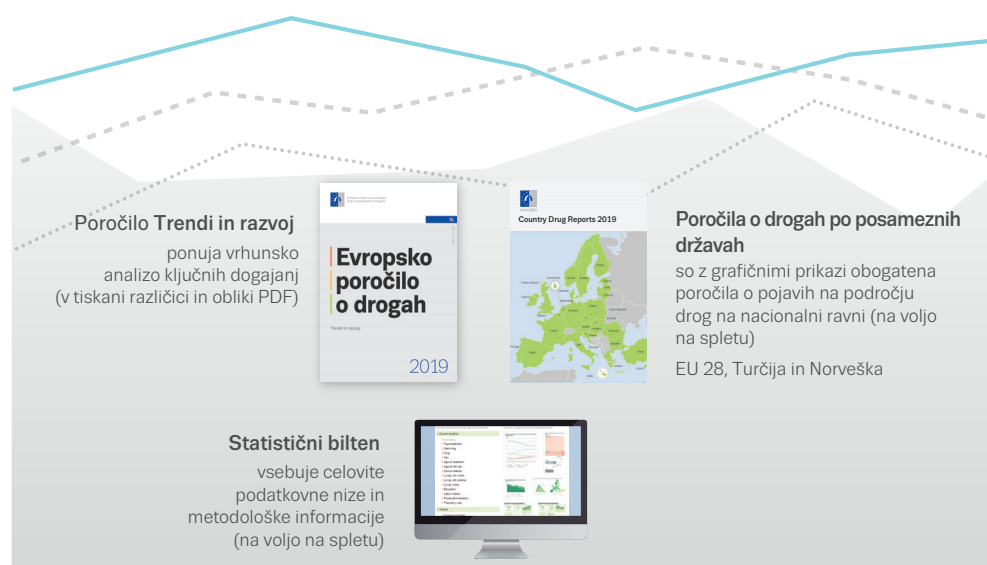
5	Predgovor
9	Uvodna opomba in zahvala
11	KOMENTAR Razumevanje stanja na področju drog v Evropi v letu 2019
19	POGLAVJE 1 Ponudba drog in trg
41	POGLAVJE 2 Razširjenost in trendi uporabe drog
63	POGLAVJE 3 Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje
87	PRILOGA Preglednice z nacionalnimi podatki

Predgovor

Z velikim veseljem vam predstavljamo Evropsko poročilo o drogah 2019: Trendi in razvoj, ki je osrednja publikacija Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA). Vsebuje analizo najnovejših podatkov o stanju na področju drog in odzivih nanj v Evropski uniji, na Norveškem in v Turčiji. Spremljajo ga še drugi spletni informativni viri, vključno z našim statističnim biltenom, ki predstavlja izvirne podatke. Poročilo o drogah vsebuje tudi 30 poročil o drogah po posameznih državah, kar daje vpogled v obstoječe razmere v vseh državah, ki sodelujejo v mreži EU za informacije o drogah.

EVROPSKO POROČILO O DROGAH 2019

Medsebojno povezani elementi, ki omogočajo dostop do razpoložljivih podatkov in analizo problematike drog na evropski in nacionalni ravni



Cilj centra EMCDDA je prispevati k bolj zdravi in varnejši Evropi. V ta namen zagotavljamo najboljše razpoložljive podatke, ki se lahko uporabijo za oblikovanje ozaveščenih in ciljno usmerjenih politik in ukrepov. Z našo vodilno publikacijo bodo zainteresirane strani pridobile aktualno sliko o stanju na področju drog, ki je predpogoj za oblikovanje učinkovitih ukrepov za razrešitev obstoječih problemov. Poleg tega vsebuje tudi analizo novo nastajajočih nevarnosti, kar nam omogoča, da se lahko pravočasno pripravimo na prihodnje izzive, ki se bodo pojavili na tem hitro spreminjajočem se in kompleksnem področju.

Letošnje poročilo je bilo izdano v kritičnem trenutku, ki zahteva razmislek o razvoju politik na področju drog, zlasti kar zadeva mednarodno razpravo o ustreznem nadaljnjem ukrepanju, ki bo predstavljalo nadgradnjo sklepnih ugotovitev posebnega zasedanja Združenih narodov o problematiki drog na svetovni ravni v letu 2016. V naslednjem letu bo opravljena končna ocena sedanje strategije EU na področju drog (2013–2020). V tem obdobju se je Evropa srečala z nekaterimi dramatičnimi spremembami izzivov na področju drog, vključno s pojavom nenadzorovanih snovi. Bili smo tudi priča znatnim spremembam na trgu drog in trendov uporabe drog, prav tako pa smo poglobili svoje znanje o tem, kaj so sestavine učinkovitega ukrepanja. Spremembe smo zabeležili tudi na trgu snovi rastlinskega izvora, uvoženih v Evropo, ki ga zaznamuje povečanje obsega sintetičnih drog in proizvodnje drog v Evropi. Globalizacija in tehnološki napredek sta vplivala na to, da so si evropski oblikovalci politik začeli zastavljati drugačna strateška vprašanja. Ponosni smo na

mednarodni ugled centra EMCDDA, ki je dokazal, da zmore iti v korak s temi spremembami in zagotoviti informacije, ki so potrebne za sodelovanje in usklajevanje, ki ju predvideva strategija EU na področju drog.

Evropska unija in njene države članice so se zavezale, da bodo dosegle cilje, ki so bili sprejeti v okviru agende Združenih narodov za trajnostni razvoj do leta 2030. Ti cilji so v nekaterih vidikih neposredno in posredno povezani s problematiko drog. Na primer, proizvodnja drog in trgovanje z njimi lahko povzročita ogromno škodo za okolje, institucionalne strukture in kakovost življenja državljanov v prizadetih državah. Cilja 3.3 in 3.5 se osredotočata na odpravo epidemij nalezljivih bolezni ter učinkovitejše preprečevanje in zdravljenje bolezni, povezanih z uporabo drog. V tem okviru se je Evropa zavezala, da si bo v naslednjem desetletju prizadevala za odpravo virusnega hepatitisa med injicirajočimi uporabniki drog. Virus hepatitisa C je zelo razširjen med to populacijo in z nedavnim napredkom v razvoju zdravil, ki so na voljo za zdravljenje okužbe s tem virusom, je ta cilj postal dosegljiv. Zato v letošnjem evropskem poročilu o drogah posebno pozornost namenimo preventivi, testiranju in zdravljenju kot ključnim sredstvom za dosego tega pomembnega cilja na področju javnega zdravja.

Nazadnje bi radi izrazili hvaležnost našim nacionalnim partnerjem v omrežju nacionalnih kontaktnih točk (Reitox), vsem drugim nacionalnim in mednarodnim partnerjem ter znanstvenemu odboru centra EMCDDA, brez katerih tega poročila ne bi bilo mogoče pripraviti. 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. Naša zahvala gre tudi specializiranim mrežam, ki so na podlagi sodelovanja z nami obogatile naše poročilo z vrhunskimi in inovativnimi podatki.

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 sporočile države članice EU, država kandidatka Turčija in Norveška.

Njegov namen je zagotoviti pregled in povzetek stanja na področju drog v Evropi ter odzivov nanj. Statistični podatki v tem poročilu se nanašajo na leto 2017 (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.

Referenčno obdobje za vse grafične prikaze, analize in podatke, vključene v to poročilo, je stanje na področju drog do konca leta 2018. Vsi združeni podatki, izračuni in označbe torej odražajo razmere v letu 2018 glede na sestavo Evropske unije in držav, ki sodelujejo pri pripravi poročil centra EMCDDA. Zaradi časa, ki je potreben za zbiranje in predložitev podatkov, se veliko letnih podatkovnih naborov, ki so vključeni v to poročilo, nanaša na referenčno leto od januarja do decembra 2017.

Center EMCDDA se za pomoč pri pripravi tega poročila zahvaljuje:

- | vodjem nacionalnih kontaktnih točk mreže Reitox in njihovem osebju;
- | službam in strokovnjakom v vseh državah članicah, ki so zbirali neobdelane podatke za to poročilo;
- | članom upravnega odbora in znanstvenega odbora centra;
- | Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije, zlasti njegovi Horizontalni delovni skupini za droge, in Evropski komisiji;
- | Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC), Evropski agenciji za zdravila (EMA) in Europolu;
- | skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu Združenih narodov za droge in kriminal, Regionalnemu uradu SZO za Evropo, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, Evropski raziskavi o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD), skupini za analizo odpadnih voda v Evropi (SCORE), evropski mreži za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN Plus), evropskemu projektu ESCAPE, ki zbira in analizira odvržene igle, vseevropski mreži za informiranje o drogah (TEDI) in skupini za Evropsko spletno raziskavo o drogah;
- | Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za publikacije Evropske unije.

Nacionalne kontaktne točke mreže Reitox

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

Komentar

**Evropsko poročilo o drogah 2019
vsebuje pregled stanja
na področju drog v Evropi**

Razumevanje stanja na področju drog v Evropi v letu 2019

Najnovejša analiza centra EMCDDA glede pojava drog v Evropi kaže, da je trg odporen in da odraža razvoj dogodkov na svetovni ravni. Stalne zdravstvene in varnostne težave, ki jih povzročajo že uveljavljene in novejšše prepovedane droge, ustvarjajo zahteven politični okvir za oblikovanje in izvajanje učinkovitih odzivov. Evropsko poročilo o drogah 2019 vsebuje pregled stanja na področju drog v Evropi na podlagi najnovejših razpoložljivih podatkov. Ta uvodni del vsebuje kratek analitični komentar o nekaterih pomembnih vprašanjih, ki se trenutno obravnavajo v okviru politike EU na področju drog.

Opioidi: še vedno potrebujemo prizadevanja za obravnavanje razvijajoče se težave

Evropsko težavo, povezano z drogami, je nekoč opredeljevalo predvsem vbrizgavanje heroina. Danes so se nove zahteve po obravnavi odvisnosti od heroina glede na pretekle standarde zmanjšale, stopnja vbrizgavanja se je zmanjšala, število novih okužb zaradi injiciranja drog z virusom HIV v posameznem letu, pa se je v zadnjem

desetletju zmanjšalo za približno 40 %. To je dobra novica. Evropskim državam je treba čestitati za uvedbo pragmatičnih ukrepov za zmanjševanje škode in obravnavo odvisnosti, ki so prispevali k tem uspehom. Nasprotno se težave z opiodi drugje še naprej povečujejo, kar tudi povečuje stroške za javno zdravje v Severni Ameriki in nekaterih državah, ki mejijo na Evropsko unijo. Ne glede na to uporaba opiodov kljub izboljšavam v Evropi še vedno pomembno prispeva k zdravstvenim in socialnim stroškom, ki jih je mogoče pripisati uporabi drog v Evropi, grožnje, ki jih predstavlja ta skupina drog, pa se morda celo povečujejo.

Analiza odgovorov, ki so na voljo za obvladovanje težav, povezanih z opiodi, kaže, da je v številnih državah, zlasti v vzhodnih delih Evrope, zagotavljanje učinkovitega zmanjševanja škode in obravnave odvisnosti še vedno nezadostno. Obstajajo tudi znaki, da so se v nekaterih državah, ki so imele v preteklosti dobro pokritost tovrstnih služb, razmere poslabšale. Hkrati pa se potrebe starajoče se in pogosto vse ranljivejše kohorte dolgoročnih uporabnikov opiodov še naprej povečujejo. To odražata število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, pri čemer so žrtve zdaj povprečno stare 39 let, ter velika razširjenost fizičnih in psiholoških zdravstvenih težav v tej skupini. Poleg tega je bilo v zadnjih petih letih opaziti splošno povečanje števila smrtnih primerov, povezanih z drogami, pri čemer so o povečanjih poročali v vseh starostnih skupinah nad 30 let. Kazalniki ponudbe kažejo, da se nevarnost morda povečuje. Količina zaseženega heroina se je povečala, pri čemer čistost droge ostaja razmeroma visoka, cena pa razmeroma nizka, kar kaže na

visoko razpoložljivost v številnih delih Evrope. V nekaterih državah EU so bili nedavno odkriti tudi laboratoriji za proizvodnjo heroína, kar pomeni zaskrbljujoč razvoj dogodkov.

Boj proti okužbam z virusnim hepatitisom

Evropa je zavezana mednarodni agendi za trajnostni razvoj do leta 2030. Ta svetovni okvir politike vključuje boj proti virusnemu hepatitisu. V Evropski uniji je to še zlasti pomembno za injicirajoče uporabnike drog, saj to niso le ljudje z največjim bremenom bolezni, temveč jim tudi najbolj grozi prenos okužbe. Obravnavanje vpliva virusnega hepatitisa na zdravje do leta 2030 bo zato odvisno od okrepite preventivnih ukrepov ter dostopa do testiranja in zdravljenja hepatitisa B in C za to skupino.

V 17 državah EU in na Norveškem so zdaj vzpostavljene strategije zaboja proti hepatitisu, vse več držav pa ima neomejen dostop do učinkovitejših protivirusnih zdravil z neposrednim delovanjem, ki jih uporabniki bolje prenašajo. Kljub temu je treba storiti več. Aktiven pristop pri odkrivanju virusa HCV je kritična izhodiščna točka za učinkovito oskrbo v zvezi s hepatitisom, ki pomaga preprečiti nadaljnji prenos virusa. Pri tem imajo lahko pomembno vlogo skupnostne službe za obravnavo odvisnosti od drog, vendar še vedno v številnih državah niso vzpostavljene učinkovite politike testiranja in ustrezne poti napotitve. Med osebjem služb lahko vlada odpor do zdravljenja uporabnikov drog, pri čemer koristi, ki jih ta naložba v oskrbo zagotavlja posameznikom in širši skupnosti, niso vedno priznane. Center EMCDDA razvija orodja za podporo pri izvajanju zdravljenja virusnega hepatitisa v okviru obravnave odvisnosti od drog. Ti vključujejo kontrolni seznam za prepoznavanje ovir za uporabo testiranja in zdravljenja okužb z virusom hepatitisa C, vprašalnik o znanju osebja služb in ponazoritvene študije primerov, ki kažejo, kako lahko inovativni pristopi, ki temeljijo na skupnosti, pomembno prispevajo k odzivu na to bolezen.

Sintetični opiodi imajo zdaj večjo vlogo

V Združenih državah Amerike in Kanadi je trenutna epidemija opiodov posledica uporabe sintetičnih opiodov, zlasti derivatov fentanila. To za Evropo ne velja, vendar na tem področju obstaja zaskrbljenost. V sistem EU za zgodnje opozarjanje o novih psihoaktivnih snoveh je bilo prijavljenih približno 50 novih sintetičnih opiodov. Veliko teh snovi je bilo povezanih z resnimi zastrupitvami in smrtnimi primeri. Nekateri, na primer karfentanil, so izredno močni, kar pomeni, da jih je mogoče prevažati

v zelo majhnih količinah, ki jih je težko odkriti, hkrati pa jih je mogoče uporabiti za več tisoč uporabniških odmerkov. Poleg tega se zdi, da sintetični opiodi, ki se običajno uporabljajo kot zdravila, vedno bolj vplivajo na težave, povezane z drogami, v številnih delih Evrope – to vključuje zdravila, ki se uporabljajo za nadomestno zdravljenje in za lajšanje bolečin. Eden od petih odvisnikov, ki se vključijo v obravnavo odvisnosti od drog zaradi težav, povezanih z opiodi, zdaj kot glavno problematično drogo navaja sintetični opiod in ne heroína; te droge pa se vse pogostejše odkrivajo v primerih prevelikega odmerka drog. Kljub tej grožnji je trenutna zmogljivost za odkrivanje in poročanje o razpoložljivosti, uporabi in posledicah sintetičnih opiodov še vedno omejena. Zato je treba prednostno obravnavati izboljšanje občutljivosti informacijskih virov na tem področju.

Vrednost virov toksikoloških in forenzičnih podatkov

Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka droge so redko povezani z uporabo ene same snovi. Sodobni vzorci uporabe drog so zelo dinamični, pri čemer je na trgu večje število drog, potrošniki pa običajno – zavestno ali nevede – uporabljajo številne različne snovi. To pomeni, da brez dobrih forenzičnih in toksikoloških podatkov nove nevarnosti za zdravje morda ne bodo prepoznane. Zato obstaja tveganje, da bi lahko prezrli vlogo, ki jo imajo pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka močne nove psihoaktivne snovi, kot so derivati fentanila, zlasti kadar se uporabljajo poleg že bolj uveljavljenih drog, na primer heroína. Nekateri države članice EU, zlasti v severni Evropi, so vlagale v izboljšanje razpoložljivosti in občutljivosti toksikoloških podatkov, to pa zdaj omogoča boljše razumevanje trendov na področju drog in nevarnosti za zdravje. Uvedba celovitega presejanja in povečanje občutljivosti testiranja na Švedskem sta na primer privedla do podvojitve števila primerov smrti zaradi fentanila, Nedavna študija centra EMCDDA pa kaže, da vsi laboratoriji nimajo zmogljivosti za odkrivanje manj običajnih snovi. Za forenzične in toksikološke preiskave je razpoložljivost referenčnih standardov bistvenega pomena; za nove psihoaktivne snovi pa ti v številnih laboratorijih pogosto niso na voljo. Poleg tega odsotnost evropskih forenzičnih toksikoloških smernic za preiskave smrtnih primerov zaradi drog ovira izboljšanje spremljanja in prakse na tem področju. Splošneje, ker bodo sintetične droge vseh vrst verjetno postajale vse pomembnejše, bodo potrebne večje naložbe v toksikološke in forenzične podatkovne vire.

Inovativna orodja za spremljanje zagotavljajo vpogled v nastajajoče trende

Letošnje Evropsko poročilo o drogah temelji na izboru novejših ciljno usmerjenih virov podatkov. Ti „vodilni“ kazalniki niso reprezentativni za splošno populacijo in imajo druge omejitve, vendar zagotavljajo koristne, pravočasne in dopolnilne podatke, ki ponujajo dragocen vpogled v uporabo drog v Evropi (glej sliko 1). Analiza odpadnih voda na primer zdaj zagotavlja pregled količine drog, porabljenih na ravni skupnosti v mestih po vsej Evropi. Ena od koristi tega vira podatkov je, da je o informacijah mogoče hitro poročati in s tem omogočiti zgodnje opozarjanje na spremembe uporabe drog. To dokazujejo novi podatki za leto 2018, ki sta jih nedavno objavila skupina SCORE in center EMCDDA. Ti podatki kažejo na večjo geografsko razpršenost in splošno povečanje uporabe vseh pogosto uporabljenih skupin stimulansov.

Drugi novi viri podatkov, vključeni v letošnje poročilo, vključujejo Evropsko spletno raziskavo o drogah. Na podlagi vzorca uporabnikov drog, ki so jih k sodelovanju pritegnili prek spleta, rezultati te raziskave zagotavljajo informacije o vzorcih uporabe in nakupa pogosto uporabljenih prepovedanih drog. V poročilu so prav tako pregledane informacije služb za preverjanje drog, ki ljudem omogočajo analizo njihovih drog in prejem informacij o njihovih sestavinah, da se zagotovi vpogled v uporabo drog v določenih okoljih rekreativne uporabe.

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih pri akutnih težavah, povezanih z drogami, lahko izboljšajo naše razumevanje vpliva uporabe drog v Evropi na javno zdravje. Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN Plus) spremlja osebe, ki poiščejo medicinsko pomoč zaradi akutne zastrupitve z drogo v izbranih bolnišnicah v 18 evropskih državah. Ugotovitve iz letošnje analize kažejo, kako se lahko droge, ki so razlog za nujne primere, razlikujejo po Evropi. Z velikim številom nujnih primerov so bili na primer povezani stimulanzi, medtem ko so bili na severu in vzhodu Evrope najpogostejše primeri povezani z amfetamini, je bil kokain prevladujoči stimulan v južnih in zahodnih državah.

Vloga, ki jo imajo lahko stimulanzi pri vbrizgavanju drog, je razvidna tudi iz nove pilotne študije, v kateri so analizirali ostanke drog iz rabljenih brizg, zbranih na mestih za zamenjavo injekcijskih igel v petih evropskih mestih. Na vseh mestih, razen na enem, so bili najpogostejša odkrita snov stimulanzi. Polovica analiziranih brizg je vsebovala sledi dveh ali več drog, pri čemer je bila najpogostejša kombinacija mešanica stimulansa in opioida. Ti novi viri informacij omogočajo potrditev in dopolnitev obstoječih

SLIKA 1

Novi kazalniki, ki dopolnjujejo obstoječe vire podatkov



virov podatkov, kar izboljšuje našo ozaveščenost o manj dobro poznanih oblikah uporabe drog.



Evropski trg kokaina še naprej raste

Trenutni podatki o kokainu kažejo, da so število zasegov in zasežene količine na najvišji ravni doslej. Kokain vstopi v Evropo po številnih poteh in na različne načine, pri čemer najbolj izstopa rast prevažanja kokaina v velikih količinah preko velikih pristanišč z uporabo zabojnikov. Na povečano razpoložljivost droge kažejo tudi najvišje ocene čistosti kokaina na maloprodajni ravni v zadnjem desetletju. Reorganizacija dobavne verige kokaina in vpletenih akterjev je vidna na srednji in maloprodajni ravni s pojavom razdrobljenih, ohlapnejših in bolj horizontalnih organizacijskih struktur. Manjše skupine so na trg lahko vstopile z vrsto informacijskih tehnologij, kot so šifriranje, kripto trg, družbeni mediji za trgovanje in kriptovalute. Na podjetniški duh na konkurenčnem trgu kokaina kažejo inovativne distribucijske strategije, kot so klicni centri zgolj za kokain. Zdi se, da te nove metode do neke mere odražajo vrsto motenj, opaženih na drugih področjih, ki jih omogoča splošna uporaba pametnih telefonov – pri čemer bo morda prišlo do „uberizacije“ trgovine s kokainom –, saj smo priča konkurenčnemu trgu, na katerem prodajalci konkurirajo z zagotavljanjem dodatnih storitev, kot so možnosti hitre in prilagodljive dostave.

Kokain: očitnejše zdravstvene težave

Ocenjevanje razširjenosti problematične uporabe kokaina je še posebej težavno, saj je ta droga pri uveljavljenih kazalnikih, ki so bolj osredotočeni na težave, povezane z opiodi, manj vidna. Kljub temu določeni znaki kažejo, da povečana razpoložljivost kokaina povzroča vse večje zdravstvene stroške. Od leta 2014 se je število novih strank, ki so se začele zdraviti zaradi težav s kokainom, povečalo za več kot 35 % (čeprav je to število še vedno razmeroma nizko), pri čemer so povečanje opazili v približno dveh tretjinah držav. V nekaterih državah kokain povezujejo z nedavnim povečanjem števila smrtnih primerov zaradi drog. Droga se pogosto zazna skupaj z opiodi pri smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka v tistih delih Evrope, kjer je ta droga prevladujoči stimulant. Poleg tega o vlogi kokaina pri smrtnih primerih, povezanih z boleznimi srca in ožilja, morda vedno niti ne poročajo. Podatki, kadar so na voljo, kažejo na splošno povečanje števila nujnih primerov, povezanih s kokainom, pri čemer je kokain prepovedana snov, o kateri v študiji mreže Euro-DEN v 18 državah poročajo najpogosteje. Kokain so našli tudi vsaj v četrtini injekcijskih brizg, testiranih v treh od petih mest, ki sodelujejo v poskusnem izvajanju analize uporabnosti ostankov v injekcijskih brizgah za ugotavljanje vzorcev uporabe drog z vbizgavanjem. Na podlagi novih razpoložljivih podatkov je mogoče sklepati, da se morda širi crack kokain, oblika droge, ki jo je mogoče kaditi in je še

zlasti povezana s problematično uporabo. Od leta 2014 so v Belgiji, na Irskem, v Franciji, Italiji, na Portugalskem in v Združenem kraljestvu, evropski državi, ki je najbolj povezana z uporabo cracka, poročali o povečanju števila uporabnikov crack kokaina, ki so se začeli zdraviti.

Razpoložljivi dokazi v podporo temu, kaj so učinkovite storitve za uporabnike kokaina, so še vedno razmeroma šibki, v Evropi pa so ciljni programi za uporabnike kokaina trenutno omejeni. To se začneja spreminjati, saj nekatere države zdaj uvajajo bolj specializirane ukrepe za zmanjševanje škode, vendar so na splošno, glede na to, da so potrebe na tem področju vse večje, nujno potrebne naložbe v razvoj in ocenjevanje ukrepov vseh vrst, zlasti pa učinkovitih modelov zdravljenja, če naj bi bile storitve bolj prilagojene tej skupini strank.

Mednarodna vloga Evrope pri proizvodnji sintetičnih drog

Čeprav je proizvodnjo sintetičnih drog v Evropi težko spremljati, se zdi, da se povečuje ter postaja vse bolj raznolika in inovativna. Ta rast je razvidna iz nedavnih podatkov, ki dokazujejo vedno več zasegov predhodnih sestavin. Evropsko poročilo o trgih drog centra EMCDDA in Europol, ki bo objavljeno proti koncu leta 2019, bo vsebovalo poglobljeno analizo tega dogajanja. Zaskrbljenost na tem področju povzročajo predvsem odkrivanje proizvodnih laboratorijev, odlagališča njihovih odpadkov ter moč in raznolikost sintetičnih drog, ki so na voljo na evropskem trgu.

Zdaj je tudi vse več znakov, ki kažejo na pomen Evrope na svetovnem trgu sintetičnih drog. Ti znaki vključujejo pomembne zasege različnih snovi na mejah EU. Ugotavlja se tudi, da je zdaj več snovi MDMA zasežene v Turčiji, kot v celotni Evropski uniji, ter da se odkrivajo objekti v Evropi, v katerih se proizvajajo metamfetamin in druge sintetične droge, namenjene za izvoz. Infrastruktura, ki omogoča hitro prehajanje blaga med državami, se vedno bolj uporablja za olajšanje prevoza nadzorovanih drog, novih psihoaktivnih snovi, predhodnih sestavin in drugih kemikalij, ki so bistvene za proizvodnjo drog v Evropski uniji. Ista infrastruktura se včasih uporablja tudi za prevoz sintetičnih drog – zlasti MDMA, pa tudi drugih snovi – v države, ki niso članice EU.

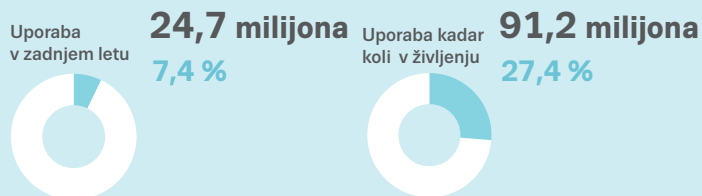
Ocenjevanje razširjenosti problematične uporabe kokaina je še posebej težavno

NA KRATKO – OCENE UPORABE DROG V EVROPSKI UNIJI

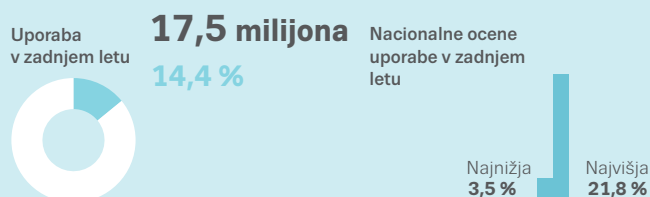
Konoplja



Odrasli (15–64 let)



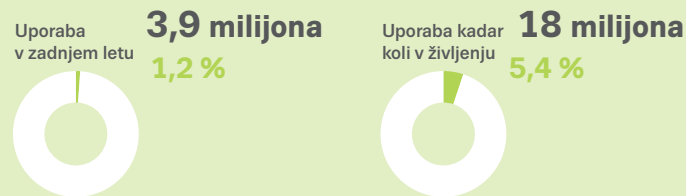
Mladi odrasli (15–34 let)



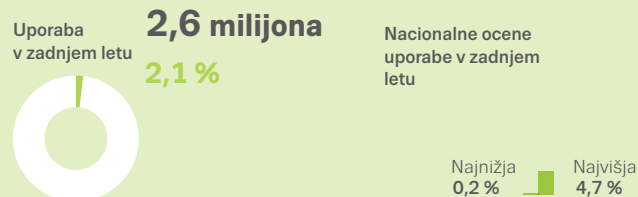
Kokain



Odrasli (15–64 let)



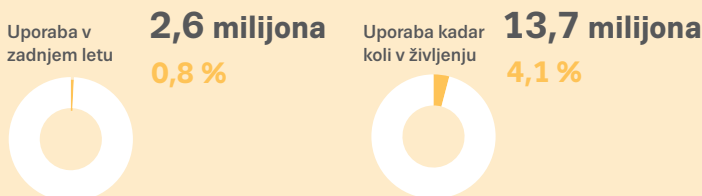
Mladi odrasli (15–34 let)



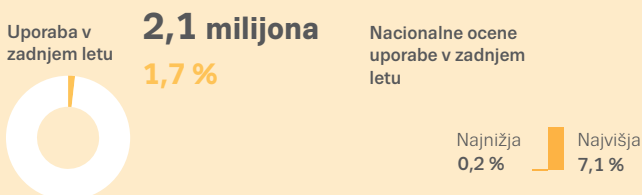
MDMA



Odrasli (15–64 let)



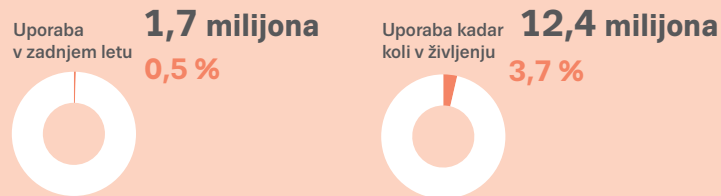
Mladi odrasli (15–34 let)



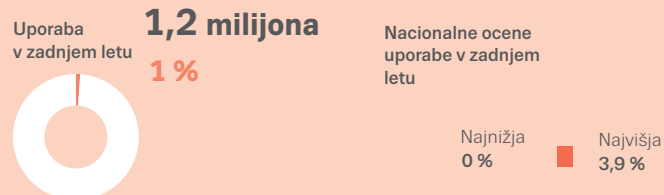
Amfetamini



Odrasli (15–64 let)



Mladi odrasli (15–34 let)



Opioidi



Rizični uporabniki opioidov **1,3 milijona**

654 000

V letu 2017 je bilo v nadomestno zdravljenje vključenih 654 000 uporabnikov opioidov

Zahteve za obravnavo odvisnosti od drog

Glavna droga v približno 35 % vseh zahtev za obravnavo odvisnosti od drog v Evropski uniji



Preveliki odmerki, ki se končajo s smrtjo

85 %

Opioidi so ugotovljeni pri 85 % prevelikih odmerkov, ki se končajo s smrtjo



Zdi se, da proizvodnja sintetičnih drog povzroča tudi širjenje uporabe metamfetamina v nove države v Evropski uniji. Metamfetamin predstavlja največji izziv na področju sintetičnih drog na svetovni ravni. V Evropi uporaba metamfetamina prevladuje v nekaj državah, kjer je ta problem že zelo dolgo prisoten. To v veliki meri še vedno velja, vendar analiza ostankov odpadnih voda kljub široki dostopnosti drugih stimulansov kaže, da se droga začneja širiti v nove države. Odkritja laboratorijev tudi kažejo na nekatere razširitve proizvodnje in proizvodnjo za trge zunaj EU.

Konoplja: novi dogodki za najbolj uveljavljeno drogo v Evropi

Konoplja je ena od najbolj uveljavljenih drog v Evropi. Je najpogostejše uporabljana prepovedana droga, saj je skoraj 20 % ljudi v starostni skupini od 15 do 24 let poročalo, da so jo uporabljali v zadnjem letu. Na mednarodni ravni in v Evropi je uporaba konoplje še naprej tema, ki zbujajo pomemben interes politike in javnosti, saj novi dogodki sprožajo razpravo o tem, kako bi se morala družba na to snov odzvati.

Razprave potekajo o terapevtski vrednosti konoplje, pripravkov iz konoplje in zdravil, pridobljenih iz rastline konoplje. Nekatere države so konopljo legalizirale, s čimer so spodbudile razmislek o stroških in koristih različnih regulativnih in nadzornih aktivnosti. To je zapleteno področje. V Evropi je precejšen del policijskih dejavnosti namenjen nadzoru nad konopljo, saj je bila s konopljo povezana več kot polovica od skupno 1,2 milijona kršitev, ki se nanašajo na uporabo ali posedovanje konoplje za osebno uporabo, o katerih so poročali v letu 2017. Udeležba na trgu konoplje je lahko tudi gonilo za mladinski kriminal in glavni vir dohodka za organizirani kriminal. Poleg tega se je povečalo naše razumevanje možnih zdravstvenih tveganj zaradi uporabe konoplje, zlasti med mladimi. Konoplja je zdaj snov, ki jo novi uporabniki, ki se začnejo zdraviti pri specializiranih službah za obravnavo odvisnosti od drog, navajajo kot glavni razlog za iskanje pomoči. To je zaskrbljujoče, saj je v zadnjih nekaj letih splošna ocena centra EMCDDA kazala, da so trendi v zvezi s konopljo v veliki meri ostali nespremenjeni; to zdaj izpodbijajo novi podatki, saj številne države poročajo o povečani uporabi pri mlajših starostnih kohortah.

K tej kompleksnosti velja dodati, da so v zadnjih letih zaradi napredka pri pridelavi, pridobivanju in proizvodnih tehnikah razvili nove oblike konoplje. Hibridne rastline več sort, ki omogočajo pridelavo močnejše konoplje, so začele nadomeščati uveljavljene oblike rastline tako v Evropi kot Maroku, od koder izvira veliko hašiša, ki se uporablja

v Evropi. Nedavna študija, ki jo je podprl center EMCDDA, kaže, da se je moč hašiša in marihuane v zadnjem desetletju povečala. Ustvarjanje zakonitih trgov konoplje, ki se uporablja v rekreativne namene, tudi spodbuja inovacije, pri čemer se razvijajo novi proizvodi iz konoplje, kot so prehranski proizvodi, e-tekočine in koncentracije. Nekateri od teh se zdaj pojavljajo na evropskem trgu, kjer predstavljajo nov izziv za odkrivanje drog in nadzor nad njimi.

Center EMCDDA je ob priznavanju trenutne dinamične in zapletene narave politike na področju konoplje uvedel nov niz publikacij, ki zagotavljajo preglede in analize dokazov na tem področju. To vključuje pregled razvoja nujenja medicinske konoplje v Evropski uniji. Ozaveščeno razpravo na tem področju ovira dejstvo, da ni skupnega konceptualnega razumevanja medicinske konoplje. To še zapleta raznolikost razpoložljivih proizvodov, ki lahko segajo od zdravil, ki vsebujejo sestavine marihuane, do surovih pripravkov iz marihuane.

Izdelki iz konoplje z nizko vsebnostjo THC zbujajo regulativna vprašanja

Še en primer hitrega dogajanja v zvezi s konopljo je v zadnjih dveh letih pojav marihuane in konopljinega olja z nizko koncentracijo THC za prodajo v trgovinah z zdravo prehrano ali specializiranih trgovinah v nekaterih državah EU. Prodaja poteka na podlagi trditve, da imajo ti izdelki malo ali nič opojnih učinkov in jih zato zakonodaja na področju drog ne nadzoruje. Konoplja vsebuje veliko različnih kemikalij, vendar sta največ pozornosti deležna dva kanabinoida, tetrahidrokanabinol (THC) in kanabidiol (CBD). THC je glavna snov v konoplji, ki povzroča njene psihoaktivne učinke. Proizvodi, ki vsebujejo CBD, se vse pogostejše tržijo s trditvami o njihovih koristnih učinkih. V nedavni publikaciji centra EMCDDA so obravnavali kompleksno in razvijajočo se literaturo o dokazih za medicinsko uporabo THC in CBD. Novi proizvodi naj bi imeli manj kot 0,2 % ali 0,3 % THC in na splošno spadajo v dve kategoriji proizvodov: ena je namenjena uporabnikom konoplje za kajenje, druga – pripravki, kot so olja in kreme – pa je namenjena ljudem, ki jih zanima morebitna uporaba v zdravstvene namene. Nekatere države članice EU obravnavajo proizvode z nizko vsebnostjo THC kot izvlečke marihuane, za katere veljajo kazenske sankcije, druge jih štejejo za zdravila, ki jih ni mogoče prodajati brez dovoljenja, nekatere pa jih uvrščajo med proizvode, ki ne ogrožajo javnega zdravja, zato zanje dovoljenje za trgovanje ni potrebno. To dogajanje sproža vprašanja glede ureditve tako na ravni EU kot tudi na nacionalni ravni.

Izkoriščanje digitalizacije za zdravje

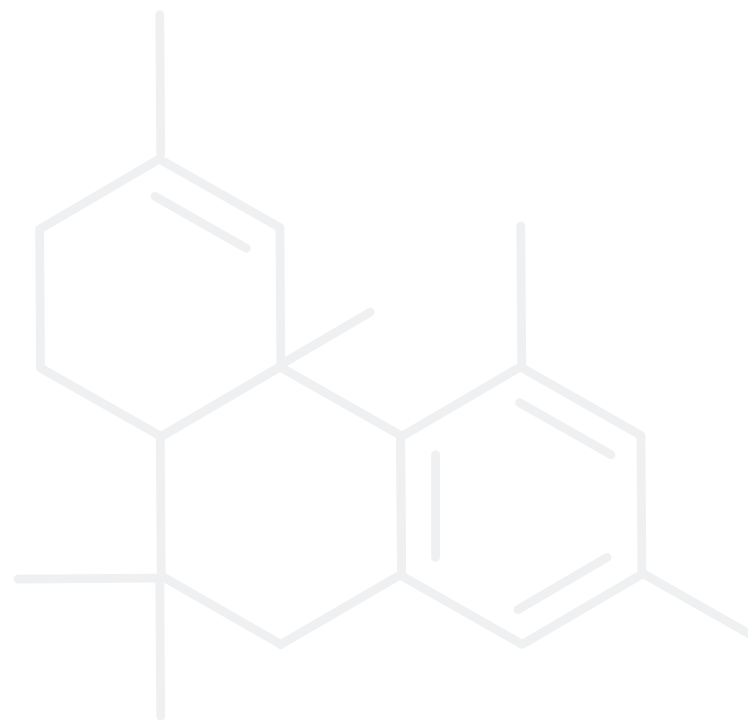
Mladi so pomembna ciljna skupina za številne ukrepe na področju drog. Verjetno so tisti del prebivalstva, ki je najbolj seznanjen z uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije na številnih področjih svojega življenja ter so zanj tudi najbolj odprti. Verjetno so tudi skupina, ki je najbolj pripravljena sprejeti in izkoristiti prednosti uporabe te tehnologije za zagotavljanje ukrepov v zvezi s preprečevanjem uporabe drog, obravnavo odvisnosti od drog in zmanjševanjem škode. Letošnje Evropsko poročilo o drogah vsebuje pregled nekaterih novosti na mobilnem področju oziroma področju m-zdravja, katerih namen je obravnavati široko paleto vprašanj, od dostopa do storitev do zagotavljanja usposabljanja za ljudi, ki delajo na področju drog. Pri razvoju na tem področju se uporabljajo spletni viri in mobilne aplikacije, pri čemer se v okviru nekaterih nedavnih inovativnih pristopov preučuje, na kakšen način se lahko virtualna resničnost na primer uporabi pri obravnavi odvisnosti od drog za pomoč bolnikom pri oblikovanju odpornosti proti dražljajem, ki jih predstavljajo droge, ali zmanjšanju želje po njih. Pri tem je treba opozoriti na previdnost, saj novih aplikacij na tem področju ne spremljajo vedno zanesljivi standardi kakovosti, pravila o varstvu podatkov in dokazi iz vrednotenja. Tako kot na vseh drugih področjih zdravstvenega varstva bodo to bistveni elementi, če želimo uresničiti morebitne koristi, ki jih prinaša nova tehnologija ukrepov na področju drog.

Krepitev sistema EU za zgodnje opozarjanje in ocene tveganja za nove psihoaktivne snovi

Leta 2018 je bila v sistem EU za zgodnje opozarjanje o novih psihoaktivnih snoveh prijavljena približno ena nova psihoaktivna snov na teden. Število novih drog, odkritih v letu 2018, je 55 in je tako podobno številu iz leta 2017, vendar mnogo manjše kot leta 2013 in 2014. Čeprav to lahko kaže na zmanjšanje inovacij na tem področju, je treba omeniti, da se vsako leto na evropskem trgu drog še vedno pojavi znatno število snovi, ki so že bile prijavljene, kar kaže, da lahko snovi na trgu ostanejo dlje časa. Pojavljajo se tudi spremembe v vrsti snovi, kar lahko pomeni, da so nove psihoaktivne snovi vedno bolj usmerjene na dolgoročne in bolj problematične uporabnike drog. Medtem ko na primer sistem EU za zgodnje opozarjanje o novih psihoaktivnih snoveh še vedno prejema poročila o najrazličnejših snoveh, se zdaj pojavlja več sintetičnih opioidov in benzodiazepinov.

Zgodnje opozarjanje in ocena tveganja sta osrednjega pomena za odziv Evrope na razvoj dogodkov na področju novih psihoaktivnih snovi. Evropski sistem je bil leta 2018

revidiran, da bi zagotovili okrepljeno in pospešeno zmogljivost EU za odkrivanje, ocenjevanje in odzivanje na zdravstvene in socialne grožnje, ki jih predstavljajo nove droge. To ne zagotavlja le zgodnjega opozarjanja po vsej Evropi, temveč tudi možnost hitrejše ocene tveganja in nadzora nad snovmi na evropski ravni. Spremembe poleg tega krepijo mrežo, ki podpira center EMCDDA in Europol pri tem delu, in sicer z vzpostavljenimi formalnimi delovnimi sporazumi med centrom EMCDDA in Evropsko agencijo za zdravila (EMA), Evropsko agencijo za varnost hrane (EFSA), Evropskim centrom za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) in Evropsko agencijo za kemikalije (ECHA).



Mladi so pomembna ciljna skupina za številne ukrepe na področju drog

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 pomembna država izvora novih psihoaktivnih snovi. Poleg tega nekatere droge in predhodne sestavine čez Evropo potujejo na druge celine. Evropa je tudi regija, v kateri se proizvajajo konoplja in sintetične droge, pri čemer se konoplja proizvaja predvsem za lokalno uporabo, nekatere sintetične droge pa tudi za izvoz v druge dele sveta.

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 ter čistosti in moči drog. V nekaterih primerih je analiza trendov otežena, ker ključne države niso predložile podatkov o zasegih. Na trende lahko vplivajo različni dejavniki, med drugim tudi želje uporabnikov, spremembe v proizvodnji in preprodaji, stopnja dejavnosti in prednostne naloge organov kazenskega pregona ter učinkovitost ukrepov za preprečevanje vstopa. Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem Statističnem biltenu.

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

SLIKA 1.1

Od sedemdesetih in osemdesetih let prejšnjega stoletja obstajajo v številnih evropskih državah precej veliki trgi konoplje, heroina in amfetaminov. Sčasoma so se uveljavile tudi druge snovi, vključno z MDMA 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 rast spletnih trgov.

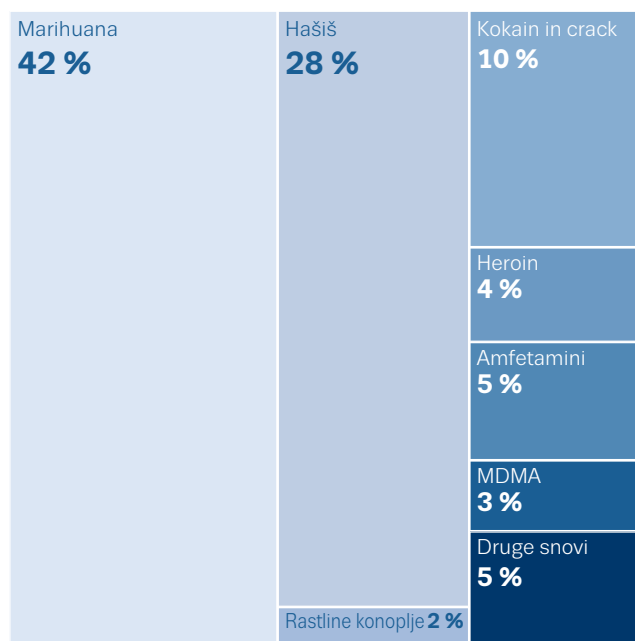
Trgi prepovedanih drog v Evropi: kompleksni in na več ravneh

Trgi prepovedanih drog zajemajo kompleksen sklop medsebojno povezanih dejavnosti, vključno s proizvodnjo, preprodajo, distribucijo in prodajo končnemu potrošniku. Obsegajo velike geografske razdalje. V različnih fazah lahko sodelujejo različni akterji, vendar imajo organizirane kriminalne združbe vodilno vlogo na področju trgovanja s prepovedanimi drogami, ki vsako leto prinese milijarde evrov.

Na maloprodajni ravni prodaja drog še vedno poteka predvsem prek neposrednega stika med dobavitelji in potrošniki, medtem ko mreže za trgovanje s prepovedanimi drogami vedno bolj izkoriščajo mobilno tehnologijo in šifriranje. Spletne platforme za prodajo prepovedanih drog, ki še vedno zavzemajo razmeroma majhen del celotnega trga, so v zadnjih letih vse pomembnejše. Spletni trgi so na voljo na površinskem spletu – delu spleta, ki je indeksiran oziroma po katerem je mogoče iskati –, vključno s spletnimi trgovinami in platformami družbenih medijev, ali na „temnem omrežju“ – šifriranem omrežju, ki zahteva posebna orodja za dostop –, kjer lahko prodajalci in kupci prikrijejo svojo identiteto.

Od uvedbe anonimnih spletnih trgov leta 2010 je v različnih obdobjih obstajalo več kot 100 globalnih kriptotrgov. Julija 2017 je bil v mednarodni policijski operaciji zaustavljen največji dotedanji trg AlphaBay in zatem je bilo zaustavljeno še eno veliko spletišče, trg Hansa. Ta operacija kazenskega pregona je morda zmanjšala zaupanje potrošnikov v varnost tovrstnih trgov. Kljub temu analiza centra EMCDDA in Europolu kaže, da so se prihodki in obseg trgovine, povezani s prodajo drog na temnem omrežju, leto pozneje vrnili na stanje pred operacijo.

Število prijavljenih zasegov drog v letu 2017, razčlenitev po vrsti droge



Več kot milijon zasegov prepovedanih drog

Zasegi prepovedanih drog, ki jih izvajajo organi kazenskega pregona, so pomemben pokazatelj trgov drog, saj so leta 2017 v Evropi poročali o več kot 1,1 milijona zasegov prepovedanih drog. Pri večini teh prijavljenih zasegov gre za majhne količine droge, zasežene uporabnikom drog, vendar pa večino celotne količine zaseženih drog predstavlja majhno število večkilogramskih pošilk drog. Tri države, ki poročajo o največjem številu zasegov, ki skupaj predstavljajo več kot dve tretjini vseh zasegov drog v Evropski uniji, so Španija, Združeno kraljestvo in Francija, vendar pa negotovost analize povečuje dejstvo, da podatki o številu zasegov niso na voljo za Nizozemsko, najnovejši podatki, ki so na voljo za Nemčijo in Slovenijo, pa so iz leta 2015. Konoplja je najpogostejše zasežena droga in predstavlja skoraj tri četrtine vseh zasegov v Evropi (slika 1.1).

Konoplja: zasegi in moč se povečujejo, cene ostajajo nespremenjene

Marihuana in hašiš sta dva glavna proizvoda iz konoplje na evropskem trgu drog. Konoplino olje je razmeroma redko, čeprav so v zadnjih nekaj letih poročali o nekaj velikih zasegih. Marihuana, ki se uporablja v Evropi, se goji predvsem v Evropi, nekaj pa je uvozijo tudi iz drugih držav. Marihuana, proizvedena v Evropi, se večinoma goji v zaprtih prostorih. Hašiš se večinoma uvaža iz Maroka, pri čemer se Libija pojavlja kot glavno vozlišče za trgovino s hašišem. Pojavljajo se poročila o nekaterih primerih proizvodnje hašiša v Evropski uniji, medtem ko na Nizozemskem že več let beležijo proizvodnjo „nizozemskega hašiša“. Poleg tega je Zahodni Balkan vir marihuane in v zadnjem času tudi konopljinega olja.

Leta 2017 so države članice EU poročale o 782 000 zasegih proizvodov iz konoplje, vključno

s 440 000 zasegi marihuane, 311 000 zasegi hašiša in 22 700 zasegi rastlin konoplje. Število zasegov marihuane od leta 2009 presega število zasegov hašiša, vendar je zaseženega več kot dvakrat več hašiša kot marihuane (466 ton hašiša in 209 ton marihuane). To je deloma posledica tega, da hašiš tihotapijo v večjih količinah prek nacionalnih meja, zaradi česar je preprečevanje vstopa verjetnejše. Zaradi bližine Maroka je glede količin zaseženega hašiša še posebej pomembna Španija, saj je bilo tam zasežene skoraj tri četrtine (72 %) celotne količine, zasežene leta 2017 v Evropski uniji (slika 1.2).

KONOPLJA



HAŠIŠ

Zasegi

Število

311 000 EU **329 000** EU + 2

Količina

466 EU **550** EU + 2

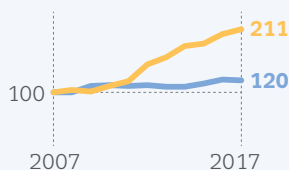
Cena

(EUR/g)

25 €
9–13 €
2 €

Indeksirana trenda

Cena in moč



Moč

(% THC)

25 %
15–22 %
9 %

MARIHUANA

Zasegi

Število

440 000 EU **486 000** EU + 2

Količina

209 EU **304** EU + 2

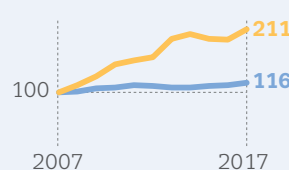
Cena

(EUR/g)

22 €
7–13 €
4 €

Indeksirana trenda

Cena in moč



Moč

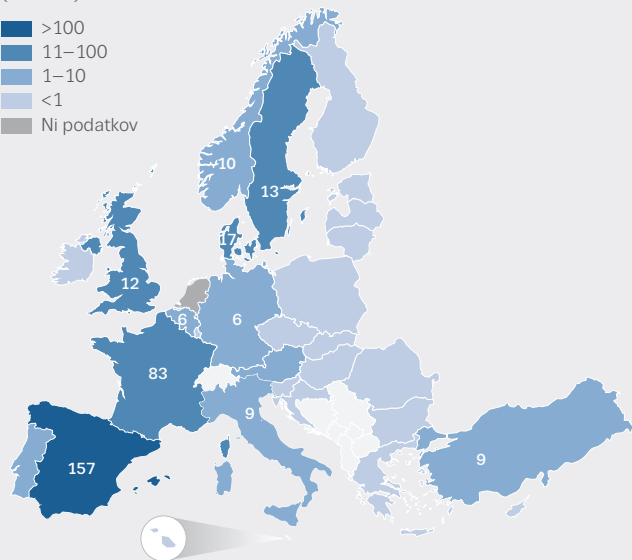
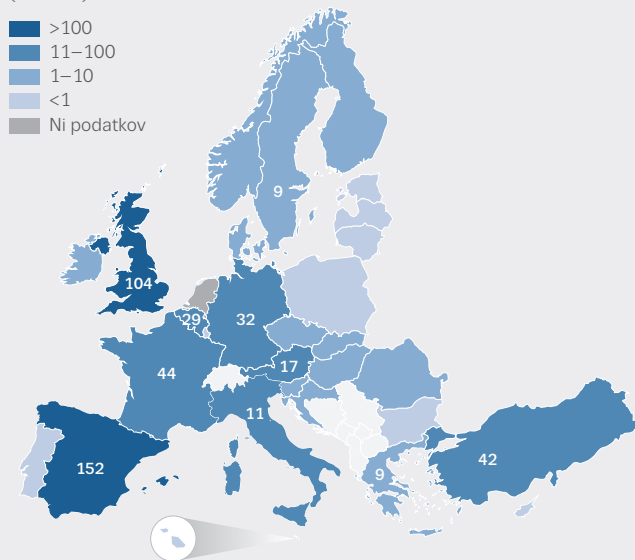
(% THC)

15 %
9–12 %
3 %

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

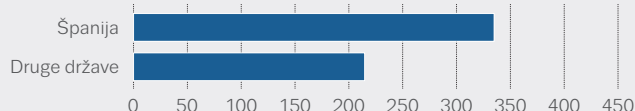
SLIKA 1.2

Zasegi hašiša in marihuane v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki

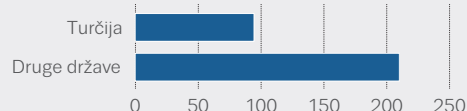
Število zasegov hašiša
(v tisočih)Število zasegov marihuane
(v tisočih)

Opomba: število zasegov za deset držav z najvišjimi vrednostmi.

Količina zaseženega hašiša (v tonah)



Količina zasežene marihuane (v tonah)



Število zasegov konoplje, prijavljenih v Evropski uniji, za hašiš in marihuano je od leta 2012 razmeroma nespremenjeno (slika 1.3), vendar se je po padcu leta 2015 količina zasežene marihuane v številnih državah povečala. Skupno povečanje med letoma 2016 in 2017 je v glavnem posledica znatnih povečanj, o katerih so poročali v Grčiji, Španiji in zlasti v Italiji. Turčija je od leta 2009 vsako leto zasegla več marihuane kot katera koli država EU, vendar se je leta 2017 količina zasežene marihuane v Italiji skoraj izenačila s tisto, ki je bila zasežena v Turčiji. Poleg tega je bilo v letu 2017 opaženo znatno povečanje tudi v številnih državah, v katerih so na splošno zasežene majhne količine marihuane. Eden takšnih primerov je Madžarska, kjer je bila zasežena količina sedemkrat večja od zasežene količine v prejšnjem letu (več kot 3,5 tone leta 2017 v primerjavi z 0,5 tone leta 2016).

Zasege rastlin konoplje je mogoče šteti za kazalnik domače proizvodnje te droge v neki državi, vendar je treba zaradi razlik med državami glede prednostnih nalog kazenskega pregona in poročevalskih praks podatke razlagati previdno. Število zaseženih rastlin v Evropi je bilo največje v letu 2012, ko je bilo zaseženih sedem milijonov rastlin, in sicer zaradi intenzivnega preprečevanja vstopa marihuane

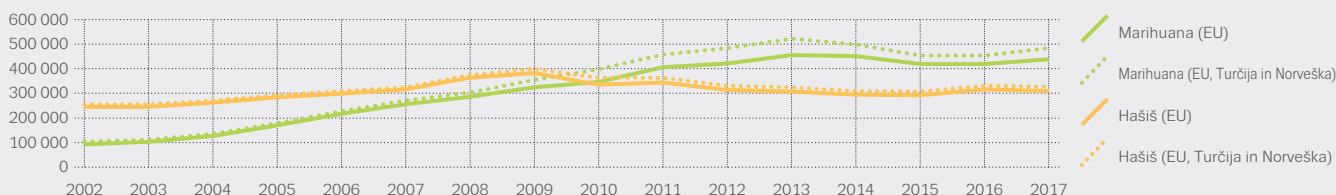
v Italijo tistega leta, nato pa je padlo na 2,5 milijona rastlin v letu 2015 in se povečalo na 3,4 milijona rastlin v letu 2017. Leta 2017 so evropske države poročale o 490 zasegih konopljinca olja, pri čemer Turčija (50 litrov v treh zasegih) in Grčija (12 kg v 37 zasegih) predstavljata največje količine.

Analiza indeksiranih trendov v državah, ki dosledno sporočajo podatke o cenah in moči, kaže na povečanje moči (koncentracije THC) marihuane in hašiša od leta 2007. Moč hašiša se od leta 2009 stalno povečuje. K tej vse večji povprečni moči hašiša sta najverjetneje privedli uvedba rastlin z močnim učinkom in novih proizvodnih tehnik v Maroku, v manjšem obsegu pa tudi bolj razširjena uporaba tehnik pridobivanja hašiša v Evropi, ki zagotavljajo proizvode z močnejšim učinkom. Povprečna moč marihuane se je po obdobju stabilnosti med letoma 2013 in 2016 v letu 2017 povečala, vendar je treba še počakati, ali bo to nedavno povečanje začetek novega trenda. Podatki kažejo, da je maloprodajna cena na gram podobna pri hašišu in marihuani ter da so cene od približno leta 2009 ostale nespremenjene.

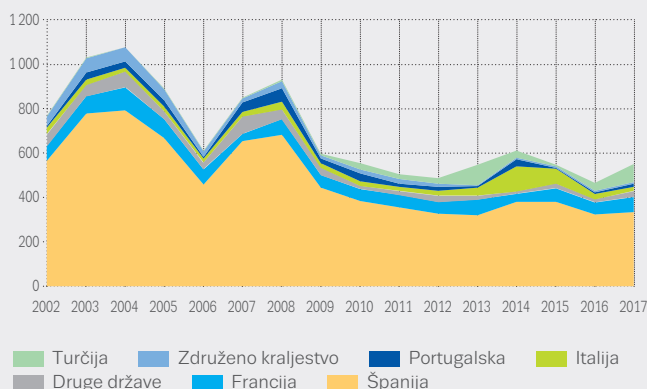
SLIKA 1.3

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

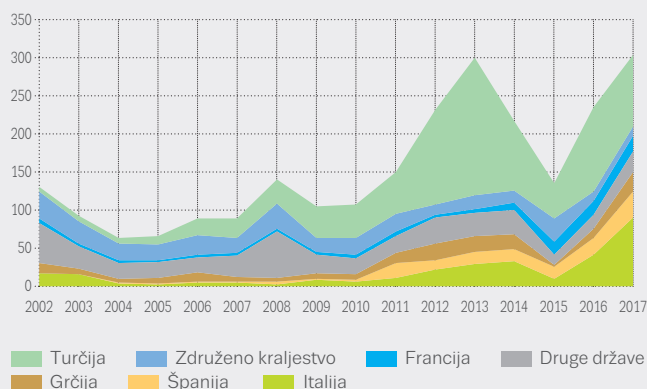
Število zasegov



Hašiš (v tonah)



Marihuana (v tonah)



Razpoložljivost proizvodov iz konoplje z nizko vsebnostjo THC

Od leta 2017 sta marihuana in konopljinno olje na voljo za javno prodajo v trgovinah z zdravo prehrano ali specializiranih trgovinah v več državah EU. Prodaja poteka na podlagi trditve, da imajo ti izdelki malo ali nič opojnih učinkov in jih zato zakonodaja na področju drog ne nadzoruje.

Marihuana in njeni izvlečki so znani po dveh kanabinoidih, tetrahidrokanabinolu (THC) in kanabidiolu (CBD). THC lahko povzroči opojne učinke, medtem ko CBD povezujejo z zdravstvenimi koristmi, čeprav je trenutno malo dokazov za večino proučenih stanj. Delež posamezne snovi se lahko v rastlinah konoplje močno razlikuje. Skupna kmetijska politika EU subvencionira gojenje nekaterih sort rastline konoplje za industrijsko uporabo, pod pogojem, da njihova vsebnost THC ne presega 0,2 % (omejitev, ki je bila prvotno namenjena razlikovanju med vrstami rastlin in ne kot varnostni profil za prehrano ljudi). Nacionalne omejitve so lahko med 0 % in 0,3 %.

Novi proizvodi naj bi imeli manj kot 0,2 % ali 0,3 % THC in okvirno spadajo v dve kategoriji, ki se lahko prekrivata. Prva se v oblikah, ki so običajno povezane s kajenjem, prodaja obstoječim nezakonitim uporabnikom konoplje kot „zakonita“ konoplja. Druga se, pogosto v obliki olj ali krem, trži v povezavi z „zdravjem“ in „dobrim počutjem“, pri čemer

se poudarja vsebnost CBD. Kategoriji se odražata tudi v vrsti in dekoraciji zadevnih prodajnih mest. Ker ni dogovorjenega standarda preskušanja za te izdelke, se vsebnost THC in CBD lahko razlikuje od vsebnosti, navedene na etiketah ali v „rezultatih preskusa“, ki so prikazani za proizvod.

Heroin je najpogostejši opioid na trgu drog v EU

Heroin: zasežena količina se povečuje

Heroin je najpogostejši opioid na trgu drog v EU. V Evropi sta od nekdaj na voljo dve obliki uvoženega heroina: pogostejši je rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), ki se v glavnem proizvaja iz morfija, pridobljenega iz maka, ki ga gojijo v Afganistanu. 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 opiodi, ki so na voljo na trgu prepovedanih drog v Evropi, vključujejo opij ter zdravila morfij, metadon, buprenorfin, tramadol in različne derivate fentanila. Nekateri opiodi se lahko preusmerijo iz zakonitih farmacevtskih zalog, drugi pa se proizvajajo nezakonito.

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija in večina heroina, odkritega v Evropi, je domnevno proizvedena tam ali pa v sosednjem Iranu ali Pakistanu. V Evropi je bila proizvodnja prepovedanih opiodov do nedavnega omejena na domačo proizvodnjo iz vrtnega maka v nekaterih vzhodnih državah. Odkritje laboratorijev za proizvodnjo heroina iz morfija z uporabo anhidrida očetne kisline v Bolgariji, na Češkem, v Španiji in na Nizozemskem v zadnjih letih skupaj s povečanjem zasegov morfija in opija kaže, da se danes nekaj heroina izdeluje bližje potrošniškim trgom v Evropi. Ta sprememba morda kaže, da želijo dobavitelji zmanjšati stroške z izvajanjem zadnjih faz proizvodnje heroina v Evropi, kjer so predhodne sestavine, kot je anhidrid očetne kisline, cenejše kot v državah proizvajalkah opija. Proizvodnja droge v bližini potrošniškega trga lahko prav tako zniža tveganje za prepoved vstopa.

Heroin vstopa v Evropo po štirih glavnih preprodajalskih poteh, od katerih sta najpomembnejši „balkanska pot“ in „južna pot“. Prva in najpomembnejša 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“ iz Afganistana prek Srednje Azije v Rusijo ter pot skozi južni Kavkaz in prek Črnega morja.

V številnih evropskih državah je bilo opaženo obdobje zmanjšane razpoložljivosti heroina v letih 2010 in 2011 skupaj s splošnim upadanjem števila zasegov in količin zaseženega heroina. Od takrat se je število zasegov v Evropski uniji v veliki meri stabiliziralo; leta 2017 so tako poročali o 37 000 zasegih v količini 5,4 tone. Turčija še naprej zaseže več heroina kot vse druge evropske države skupaj (slika 1.4). Po strmem padcu števila zasegov v obdobju 2014–2016 z 12,8 na 5,6 tone je Turčija leta 2017 zasegla 17,4 tone heroina, kar je bila največja količina v desetletju.

Med državami, ki dosledno sporočajo podatke o cenah in čistosti, indeksirani trendi kažejo, da se je po strmem padcu med letoma 2009 in 2011 čistost heroina hitro povečala in se nato v zadnjih letih stabilizirala, vendar pod ravno iz leta 2007. V nasprotju s tem se je maloprodajna cena heroina v zadnjem desetletju na splošno nekoliko znižala, to znižanje pa je bilo opaziti tudi v letu 2017.

HEROIN

Zasegi

Število

37 000 EU  **50 000** EU + 2

Količina

5,4 EU  **22,9** EU + 2

Cena

(EUR/g)

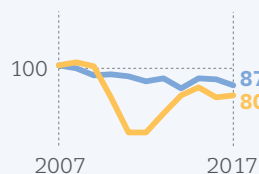
140 €

28–58 €

15 €

Indeksirana trenda

Cena in čistost



Čistost

(%)

51 %

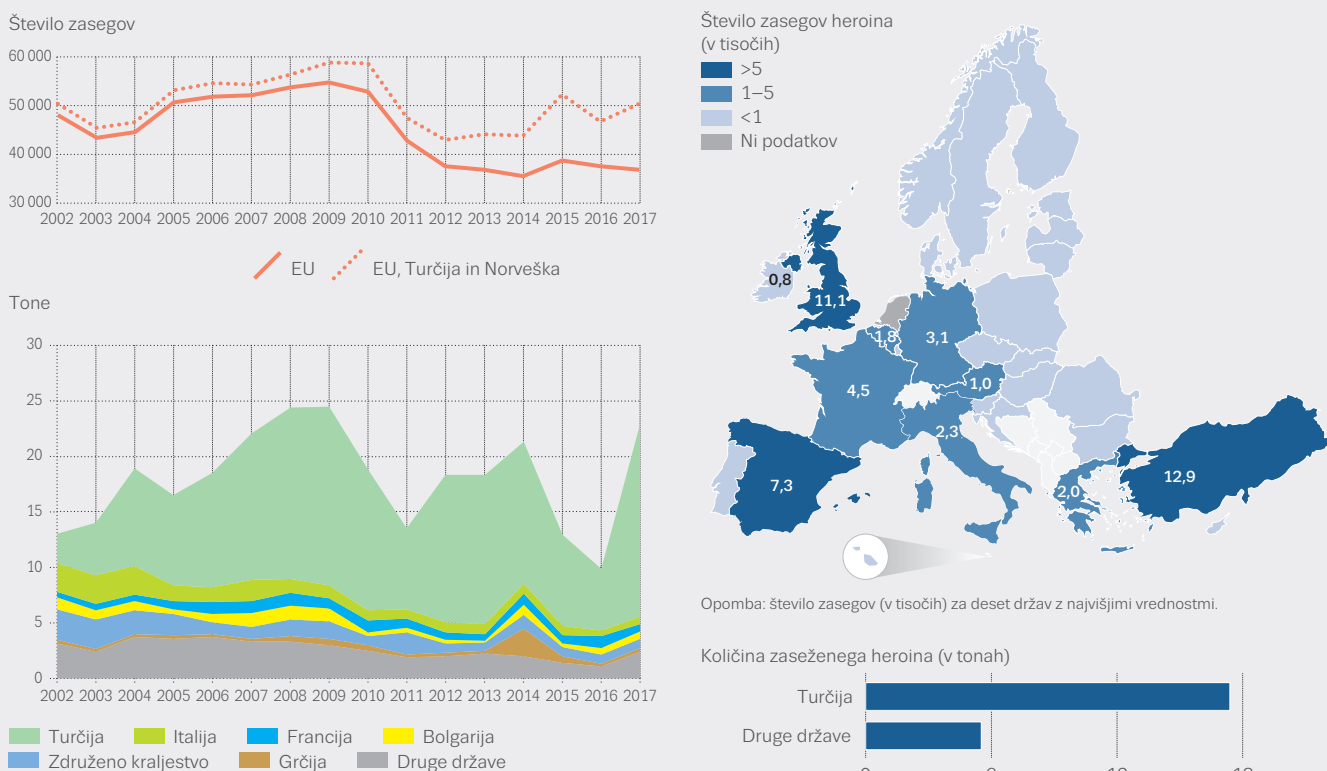
15–31 %

9 %

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

SLIKA 1.4

Število zasegov heroina in zasežena količina v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



V evropskih državah se poleg heroina zasežejo tudi drugi proizvodi iz opioidov. Čeprav pomenijo le majhen delež vseh zasegov opioidov, so se v letu 2017 občutno povečali. Drugi najpogostejše zaseženi opioidi so opioidni analgetiki tramadol, buprenorfin in metadon (glej preglednico 1.1). Leta 2017 so drugo leto zapored poročali o povečanju količine zaseženega tramadola in derivatov fentanila. Poleg tega so bile količine zaseženega opija in morfija v letu 2017 prav tako veliko večje kot v letu pred tem.

Afganistan ostaja največji svetovni proizvajalec prepovedanega opija

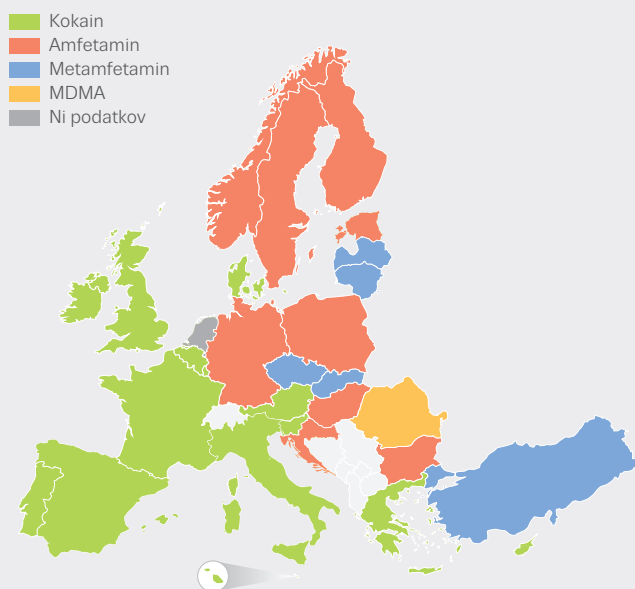
PREGLEDNICA 1.1

Zasegi opioidov, ki niso heroin, v letu 2017

Opioid	Število	Količina				Število držav
		Kilogrami	Litri	Tablete	Obliži	
Metadon	1 428	17,2	26,4	30 381		18
Buprenorfin	2 649	0,5	0,01	58 682		17
Tramadol	4 290	13,8	0,1	118 935 898		11
Derivati fentanila	940	14,3	1,9	10 551	2 291	13
Morfij	358	246,0	1,3	9 337		13
Opij	1 837	2 177,9				17
Kodein	522	0,1		18 475		8
Dihidrokodein	21			1 436		4
Oksikodon	560	0,0001		18 035		8

SLIKA 1.5

Najpogostejše zaseženi stimulansi v Evropi, podatki za leto 2017 ali najnovejši podatki



Evropski trg stimulansov: regionalne razlike

Glavni prepovedani stimulansi, ki so na voljo v Evropi, so kokain, amfetamin, metamfetamin in MDMA. Med regijami so opazne razlike glede najpogostejše zaseženih stimulansov (slika 1.5), na katere vplivajo lokacija vstopnih točk in preprodajalskih poti ter večjih proizvodnih centrov in velikih potrošniških trgov. Kokain je najpogostejše zasežen stimulans v številnih zahodnih in južnih državah, medtem ko so zasegi amfetamina in MDMA najpogostejši v severni in vzhodni Evropi.

Trg kokaina: zasegi na zgodovinsko visoki ravni

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 Kolumbiji, Boliviji in Peruju. V Evropo se prevaža z različnih izhodiščnih točk v Južni in Srednji Ameriki na različne načine, med drugim tudi s potniškimi leti, zračnim tovornim prometom, zasebnimi zrakoplovi, jahtami in drugimi majhnimi plovili, vendar se zdi, da se največja količina pretihotapi s pomorskim tovornim prometom, zlasti v zabojnikih. Karibi ter Zahodna in Severna Afrika so pomembna tranzitna območja za kokain, ki prihaja v Evropo.

Leta 2017 sta število zasegov kokaina in zasežena količina v Evropski uniji dosegla najvišjo zabeleženo raven doslej, pri čemer so poročali o več kot 104 000 zaselih kokaina v količini 140,4 tone. Količina zaseženega kokaina je za več kot 20 ton preseгла prejšnjo najvišjo količino iz leta 2006 in

je pomenila podvojitev količine, zasežene leta 2016 (glej sliko 1.6). S skupno zaseženimi približno 86 tonami sta Belgija (45 ton) in Španija (41 ton) predstavljali 61 % ocenjenih skupnih količin v EU leta 2017, o velikih količinah pa so poročali tudi v Franciji (17,5 tone) in na Nizozemskem (14,6 tone). Poleg tega se od leta 2010 povečuje čistost kokaina na maloprodajni ravni; zlasti je bilo to povečanje opazno v letih 2016 in 2017, ko je dosegla najvišjo raven v zadnjem desetletju. Maloprodajna cena kokaina ostaja stabilna. Ti kazalniki skupaj kažejo, da je dosegljivost kokaina najvišja doslej.

KOKAIN

Zasegi

Število

104 000 EU 109 000 EU + 2

Količina

140,4 EU 142,0 EU + 2

Cena

(EUR/g)

135 €

55–82 €

38 €



Čistost

(%)

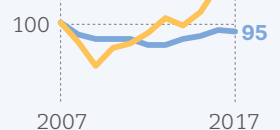
88 %

49–71 %

27 %

Indeksirana trenda

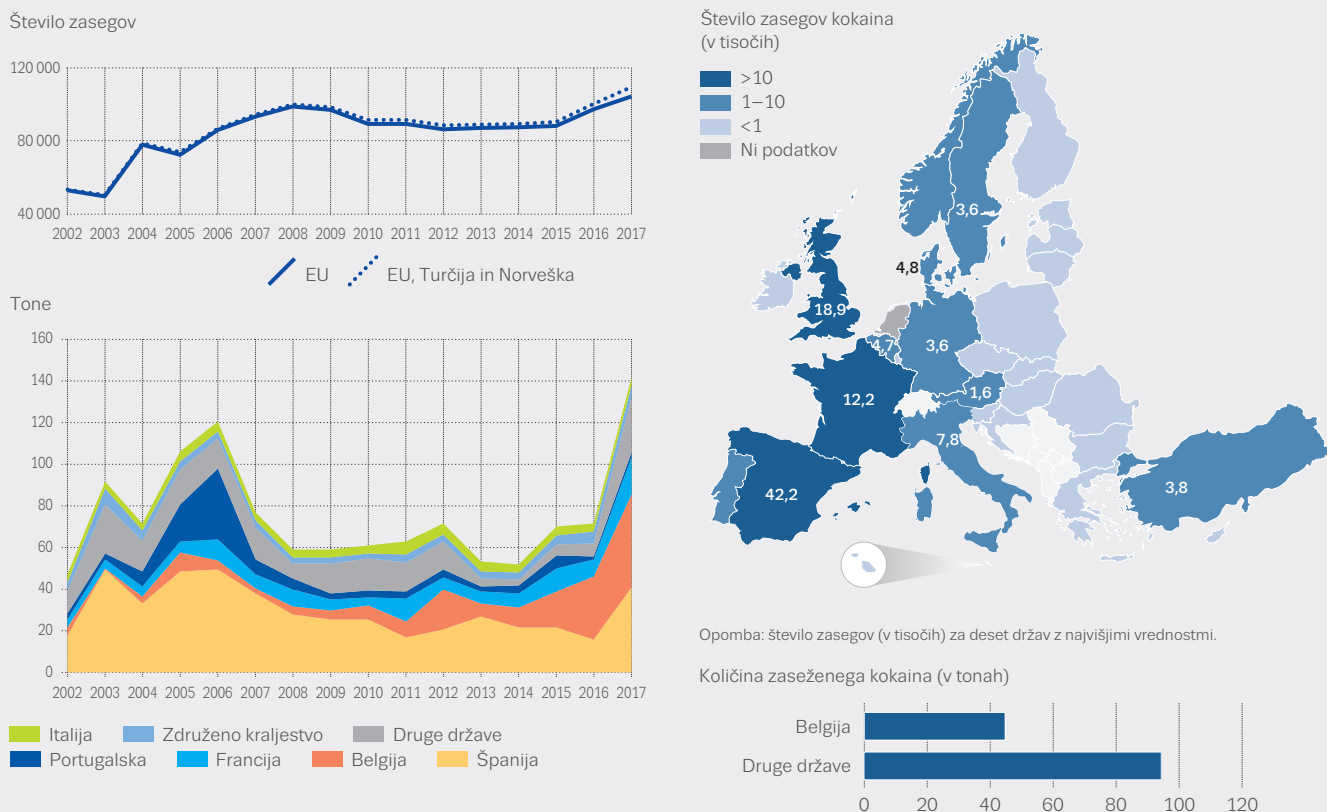
Cena in čistost



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

SLIKA 1.6

Število zasegov kokaina v prahu in zasežena količina v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



Zasegi cracka so nizki in stabilni v državah, ki so o njih poročale. To je mogoče delno pojasniti s tem, da se crack proizvaja v Evropi blizu potrošniškim trgom in se ne prevaža prek meja, saj je običajno prav pri prečkanju meja število zasegov drog veliko.

Število in količina zasegov listov koke se povečujeta in sta leta 2017 znašala skupaj 204 kilograme listov koke in majhno količino kokine paste. To lahko kaže na diverzifikacijo proizvodnih taktik nekaterih kriminalnih organizacij, 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), in ne laboratorijev, ki predelujejo liste koke.

**Kazalniki kažejo,
da je dosegljivost kokaina
najvišja doslej**

Proizvodnja drog: razvoj predhodnih sestavin

Predhodne sestavine so kemikalije za proizvodnjo prepovedanih drog. Zgodovinsko gledano je v Evropi glavno področje zaskrbljenosti povezano s predhodnimi sestavinami za proizvodnjo sintetičnih drog, kot so amfetamin, metamfetamin in MDMA, vendar je nastanek heroinskih laboratorijev v EU posledično dal večji poudarek preusmerjanju anhidrida očetne kisline, predhodne sestavine pri pretvorbi morfija v heroin. Ker imajo številne od teh predhodnih sestavin zakonite uporabe, niso prepovedane, vendar se trgovanje z njimi spremlja in nadzoruje s pomočjo predpisov EU, ki nekatere med njimi uvrščajo na seznam nadzorovanih predhodnih sestavin. Dosegljivost predhodnih sestavin in drugih kemikalij, potrebnih za proizvodnjo drog, močno vpliva na trg drog in metode proizvodnje, ki se uporabljajo v nedovoljenih laboratorijih. Proizvodne tehnike se tudi sčasoma spreminjajo zaradi izogibanja odkrivanju, nadzoru in kaznim, spremembe pa običajno vključujejo uporabo nadomestnih snovi za proizvodnjo sintetičnih drog ali njihovih predhodnih sestavin, ki nato postanejo prednostna metoda proizvodnje. Za dodatno obdelavo, povezano z uporabo teh nadomestnih snovi, in zapletenejši faze sinteze je morda potrebnih več kemikalij, s čimer se ustvari več odpadkov, to pa lahko povzroči večjo okoljsko škodo, če se jih neprimerno odstranjuje.

Podatki o zasegih in ustavljenih pošiljkah predhodnih sestavin za prepovedane droge potrjujejo, da se pri proizvodnji prepovedanih drog v Evropski uniji uporabljajo tako kemikalije s seznama kot tudi tiste, ki niso na seznamu, zlasti pri proizvodnji amfetaminov in MDMA (preglednica 1.2). Uvrstitev predpredhodne sestavine APAAN (alfa-fenilacetoacetonitril), ki se uporablja za sintezo predhodne sestavine BMK (benzil metil keton), na seznam konec leta 2013 je očitno še naprej učinkovita, saj je število zasegov te snovi padlo z 48 ton leta 2013 na okoli 5 ton leta 2017. Število zasegov alternativne kemikalije APAA (alfa-fenilacetoacetamid) se je močno povečalo leta 2016 in nato še leta 2017. Število zasegov glicidnih derivatov BMK, ki jih je mogoče prav tako enostavno pretvoriti v BMK in o katerih so prvič poročali leta 2015, se je prav tako močno povečalo na približno tri tone v letu 2016, v letu 2017 pa skoraj na šest ton.

Zasežene količine PMK (piperonil metil ketona) in kemikalij za proizvodnjo MDMA, ki niso na seznamu, so se v letu 2017 močno povečale. Vsi zasegi PMK in večina zasegov glicidnih derivatov PMK v letu 2017 je bilo na Nizozemskem. Poleg tega so na Nizozemskem zasegli velike količine 2-bromo-4-metilpropiofenona, predhodne sestavine za sintetične katinone, ter velike količine BMK (in glicidnih derivatov BMK), kar potrjuje osrednjo vlogo te države pri proizvodnji sintetičnih drog v Evropski uniji.

PREGLEDNICA 1.2

Povzetek zasegov in ustavljenih pošiljk predhodnih sestavin s seznama EU in kemikalij, ki niso na seznamu, ki se v Evropski uniji uporabljajo za proizvodnjo izbranih drog, v letu 2017

Na seznamu/niso na seznamu	Zasegi		Ustavljene pošiljke		SKUPNE VREDNOSTI	
	Število	Količina	Število	Količina	Število	Količina
MDMA ali povezane snovi						
PMK (litri)	10	5 397	0	0	10	5 397
Safrol (litri)	5	2 969	0	0	5	2 969
Piperonal (kg)	3	37	4	6 384	7	6 421
Glicidni derivati PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Amfetamin in metamfetamin						
BMK (litri)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrin, razsuto stanje (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrin, razsuto stanje (kg)	23	13	0	0	23	13
APAAN (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, fenilacetna kislina (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	10 830	0	0	90	10 830
Glicidni derivati BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Drugo						
Anhidrid očetne kisline (litri)	15	20 559	64	303 741	79	324 300
2-bromo-4-metilpropiofenon (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidon (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5

Leta 2017 je bilo zaseženih več kot 81 ton anhidrida očetne kisline, nadaljnje 243 tone pa so bile zaustavljene pred dobavo, kar predstavlja veliko povečanje v primerjavi s prejšnjimi leti. Poleg tega je treba opozoriti, da je Estonija zasegla znatno količino *N*-fenetil-4-piperidona, predhodne sestavine za izdelavo derivatov fentanila.

Zasegi amfetamina in metamfetamina: znaki postopnega naraščanja

Amfetamin in metamfetamin sta sintetična stimulansa, ki se lahko v nekaterih naborih podatkov označujeta z nadpomenko „amfetamini“. Podatki o zasegih v zadnjem desetletju kažejo, da se je dosegljivost metamfetamina počasi povečevala in geografsko širila, vendar je še vedno precej manjša od dosegljivosti amfetamina.

Obe drogi se proizvajata v Evropi za evropski trg. Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da se amfetamin

proizvaja predvsem v Belgiji, na Nizozemskem in Poljskem, v manjšem obsegu pa tudi v baltskih državah in Nemčiji. Vendar zasegi amfetaminskega olja v nekaterih državah članicah nakazujejo, da se s tem proizvodom trguje med državami, pri čemer končna faza proizvodnje poteka na predvidenem namembnem kraju ali blizu njega.

Nekaj amfetamina se v Evropski uniji proizvaja tudi za izvoz, predvsem na Bližnji vzhod. Po poročanju naj bi bili veliki zasegi tablet amfetamina z logotipom „captagon“, ki so bili opravljeni v Turčiji, povezani s Sirijo.

Metamfetamin, zasežen v Evropi, se v glavnem proizvaja na Češkem in obmejnih območjih sosednjih držav. Majhno število nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo metamfetamina odkrijejo vsako leto na Nizozemskem; pri teh gre včasih za precej velike obrate, v katerih se droga večinoma proizvaja za trge na Daljnem vzhodu in v Oceaniji. Na Češkem se metamfetamin proizvaja predvsem iz psevdofedrina, ki je ekstrahirano iz zdravil. Od

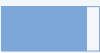
AMFETAMINI



AMFETAMIN

Zasegi

Število

35 000 EU  **40 000** EU + 2

Količina

6,4 EU  **13,4** EU + 2

Cena

(EUR/g)



Čistost

(%)

50 %
17–29 %
13 %

METAMFETAMIN

Zasegi

Število

9 000 EU  **19 000** EU + 2

Količina

0,7 EU  **1,4** EU + 2

Cena

(EUR/g)

130 €
12–83 €
10 €

Čistost

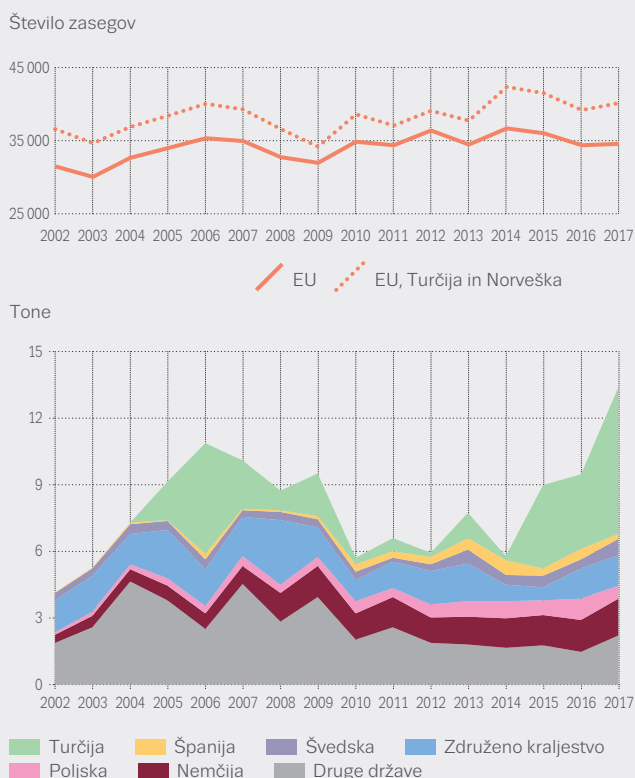
(%)

90 %
21–72 %
12 %

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.

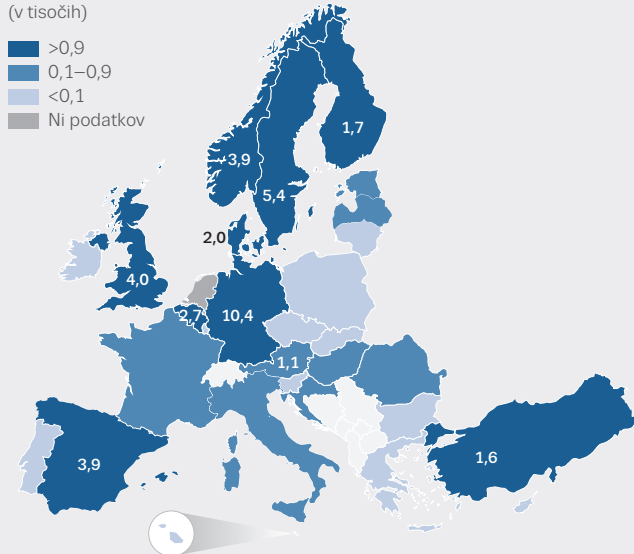
SLIKA 1.7

Število zasegov amfetamina in zasežena količina v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi



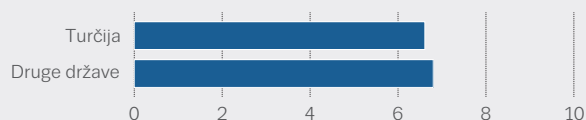
Število zasegov amfetamina (v tisočih)

>0,9
0,1–0,9
<0,1
Ni podatkov



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

Količina zaseženega amfetamina (v tonah)



298 nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo metamfetamina, ki so bili leta 2017 prijavljeni v Evropski uniji, jih je bilo 264 na Češkem. Prevladujejo mali laboratoriji, ki jih upravljajo lokalni preprodajalci, ki oskrbujejo domače trge. V zadnjih letih pa so se pojavili tudi obsežni objekti, v katere so vključene organizirane kriminalne združbe, ki ne prihajajo s Češke in metamfetamin proizvajajo za druge evropske države.

Leta 2017 so države članice EU poročale o 35 000 zasegih amfetamina v količini 6,4 tone. Ocenjena količina amfetamina, zaseženega v Evropski uniji, se od leta 2010 na splošno giblje med 5 in 6 tonami na leto, vendar pa se je v vsakem od zadnjih dveh let povečala (slika 1.7). Nemčija in Združeno kraljestvo na splošno zasežeta največje količine, pogosto več kot eno tona na posamezno državo. Zasegi metamfetamina so veliko manjši, saj je bilo leta 2017 v Evropski uniji prijavljenih 9 000 zasegov metamfetamina v skupni količini 0,7 tone, pri čemer so največjo količino te droge zasegle Francija (122 kg), Nemčija (114 kg) in Češka (93 kg) (slika 1.8). Število zasegov metamfetamina se od leta 2002 na splošno povečuje, a se je v zadnjih letih stabiliziralo, medtem ko se zasežena količina od leta 2009 razen nekaj nihanj povečuje.

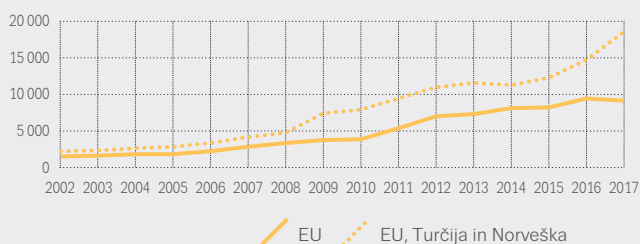
Leta 2017 je Turčija zasegla več amfetamina (6,6 tone) kot vse države članice EU skupaj (6,4 tone). Skoraj ves zasežen amfetamin v Turčiji je bil v obliki tablet (26,3 milijona tablet – več kot 99,5 % ocenjene skupne zasežene količine), vključno z velikimi količinami tablet „Captagon“, ki vsebujejo amfetamin. Turčija je leta 2017 zasegla tudi izjemno veliko količino metamfetamina (658 kg), kar je podobno količini, o kateri so poročali za Evropsko unijo (662 kg).

V primerjavi s prejšnjim desetletjem sta bili leta 2017 tako cena kot čistost amfetamina v Evropi kljub rahlemu zmanjšanju v primerjavi z letom pred tem višji. Običajno sta povprečna prijavljena čistost in cena vzorcev metamfetamina večji kot pri vzorcih amfetamina.

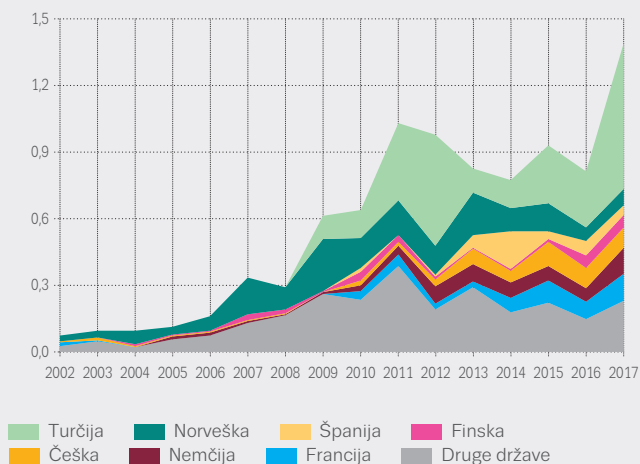
SLIKA 1.8

Število zasegov metamfetamina in zasežena količina v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

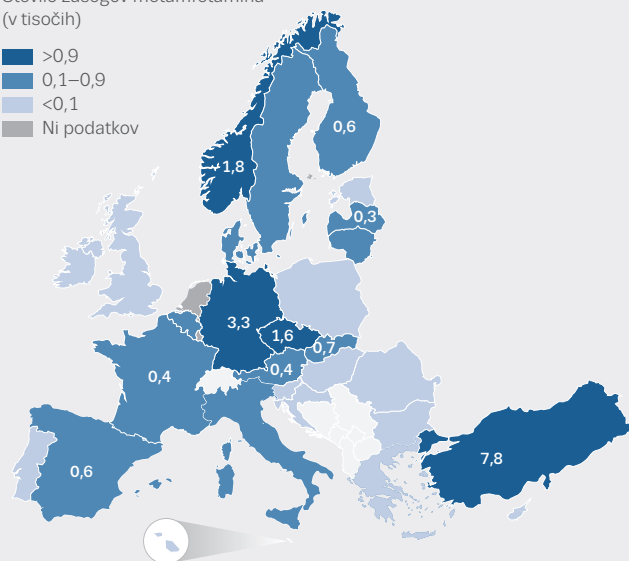
Število zasegov



Tone

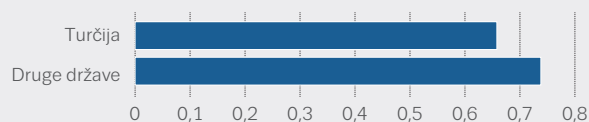


Število zasegov metamfetamina (v tisočih)



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

Količina zaseženega metamfetamina (v tonah)



MDMA: povečana proizvodnja in zasegi

MDMA (3,4-metilendioksimetamfetamin) je sintetična droga, ki je kemično sorodna amfetaminu, vendar so njeni učinki drugačni. Uporablja se v obliki tablet, pogosto imenovanih ekstazi, ali v obliki prahu in kristalov.

Mednarodna prizadevanja za nadzor nad predhodnimi sestavinami – kemikalijami, ki so potrebne za proizvodnjo prepovedanih drog –, so ob zaključku prvega desetletja tega tisočletja povzročila motnje na trgu MDMA. V zadnjih letih je trg MDMA spet oživel, saj so proizvajalci našli nadomestne nenadzorovane kemikalije, ki se uporabljajo

MDMA



Zasegi

Število

23 000 EU **31 000** EU + 2

Količina

6,6 EU **15,2** EU + 2
1,7 EU **1,7** EU + 2

Cena

(EUR/tableto)



Čistost

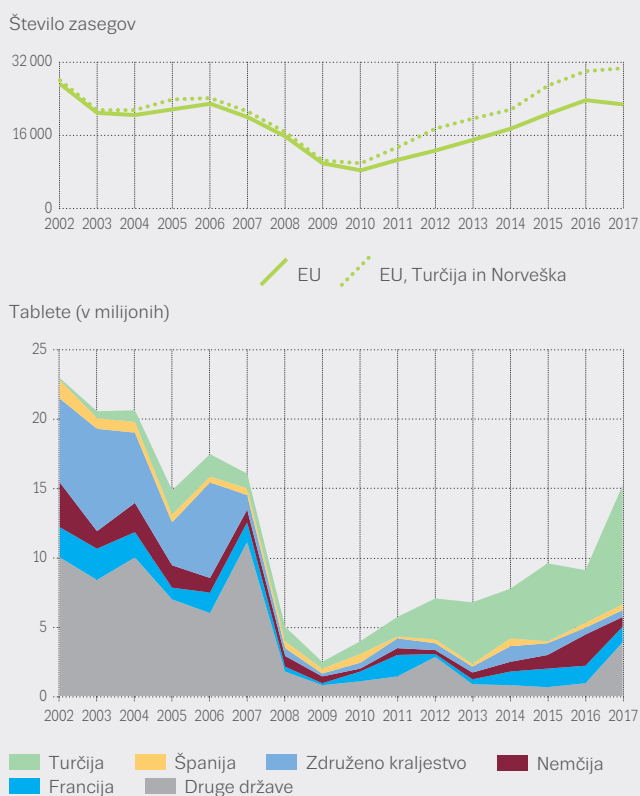
(mg MDMA/tableto)

190
84–160
36

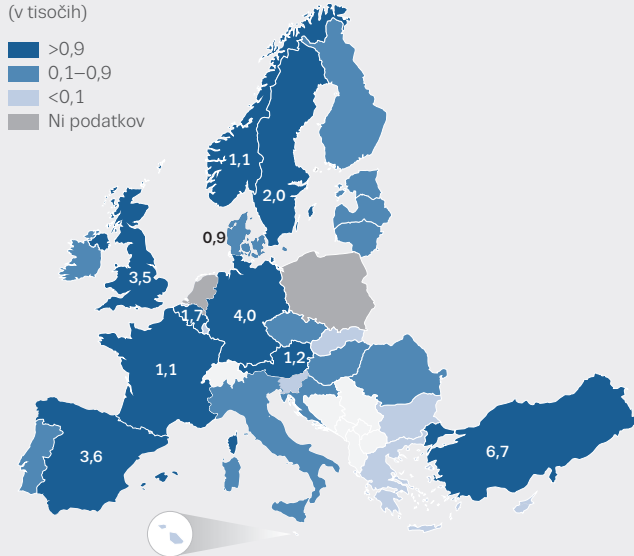
EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško. Cena in čistost MDMA: nacionalne povprečne vrednosti – najmanjše, največje in interkvartilni razpon. Zajete države se razlikujejo po kazalnikih.

SLIKA 1.9

Število zasegov MDMA (vse oblike) in zasežena količina tablet v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, ter trendi

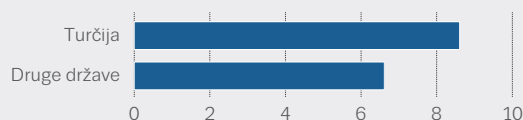


Število zasegov MDMA (v tisočih)



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

Zasežene tablete MDMA (v milijonih)



pri proizvodnji te droge. To se pri tistih državah, ki redno sporočajo podatke, odraža v povprečni vsebnosti MDMA v tabletah, ki se od leta 2010 povečuje in je leta 2017 dosegla največjo vrednost v zadnjem desetletju. Zdi se, da ima pri prodaji vlogo trženje, poleg tega se nenehno pojavljajo novi modeli tablet različnih barv, oblik in logotipov blagovnih znamk.

Evropska proizvodnja MDMA je najizrazitejša na Nizozemskem in v Belgiji. Po navedbah naj bi bilo leta 2017 v Evropski uniji uničenih skupno 21 delujočih laboratorijev za proizvodnjo MDMA (vsi na Nizozemskem), kar je skoraj dvakrat več kot v letu 2016. Čeprav v Belgiji v letu 2017 niso odkrili obratov za proizvodnjo MDMA, poročila o odlaganju kemičnih odpadkov iz proizvodnje MDMA kažejo, da se ta droga tam še vedno proizvaja.

Iz poročil o zasegah zunaj Evrope, ki so bili opredeljeni s spremljanjem informacij iz splošno dostopnih virov, in analize podatkov o kriptotrgu je razvidna pomembna vloga evropskih proizvajalcev pri svetovni ponudbi MDMA. Iz podatkov o spremljanju kriptotrga je na primer razvidno, da ti trgi ne samo spodbujajo neposredno prodajo potrošnikom, temveč trge uporabljajo preprodajalci po vsem svetu, da bi kupili MDMA, proizveden v Evropi. Analiza kaže, da transakcije, ki vključujejo količine tablet

MDMA, ki kažejo na srednji tržni delež, predstavljajo več kot dvakratno količino prihodkov od prodaje količin na maloprodajni ravni. Za razliko od tega so transakcije konoplje in kokaina v temnem omrežju večinoma na maloprodajni ravni.

Število prijavljenih zasegov MDMA v Evropski uniji se od leta 2010 povečuje. Zasežena količina MDMA je pogosteje navedena v številu tablet kot v teži. Po ocenah zaseženih 6,6 milijona tablet MDMA leta 2017 je največje število v Evropski uniji od leta 2007. Nihanja je dolgoročno mogoče opaziti v številu tablet MDMA, zaseženih letno v Evropski uniji, kar delno odraža vpliv velikih posameznih zasegov. Nekatere države so poročale tudi o zasegah MDMA v prahu. Število prijavljenih zasegov MDMA v prahu v Evropski uniji se je z 0,3 tone v letu 2016 povečalo na 1,7 tone v letu 2017. To povečanje je predvsem posledica zasegov, ki jih je sporočila Nizozemska – država, ki je lahko zdaj prvič po petih letih predložila podatke o količini zaseženega MDMA in tako prispevala k celovitejši analizi na tem področju.

V Turčiji so leta 2017 zasegli velike količine tablet MDMA, več kot dvakrat toliko kot v predhodnem letu, kar znaša 8,6 milijona tablet in presega skupno zaseženo količino v Evropski uniji (slika 1.9).

SLIKA 1.10

Zasegi LSD, GHB in ketamina

V Evropski uniji se poroča tudi o zasegih drugih prepovedanih drog, med katerimi je bilo leta 2017 več kot 2 000 zasegov LSD (dietilamid lisergične kisline), kar ustreza 74 000 odmerkom. Od leta 2010 se je skupno število zasegov LSD več kot podvojilo, vendar pa zasežena količina niha. Šestnajst držav EU je poročalo o približno 2 000 zasegih ketamina, kar po ocenah predstavlja 194 kilogramov in pet litrov te droge, od tega je bila večina zasežena v Belgiji, Franciji in Združenem kraljestvu. Norveška je prav tako poročala o majhnem številu zasegov ketamina – 42 zasegov, kar ustreza 0,1 kilograma. Leta 2017 so o zasegih GHB (gama-hidroksibutirata) ali GBL (gama-butirolaktona) poročali iz 14 držav EU, Norveške in Turčije, pri čemer je bila več kot četrtina skupnega števila zasegov opravljena na Norveškem. Ocenjuje se, da je bilo skupno število zasegov 1 600, kar ustreza skoraj 127 kilogramom in 1 300 litrom droge. Belgija je zasegla skoraj polovico celotne količine, v glavnem kot GBL.

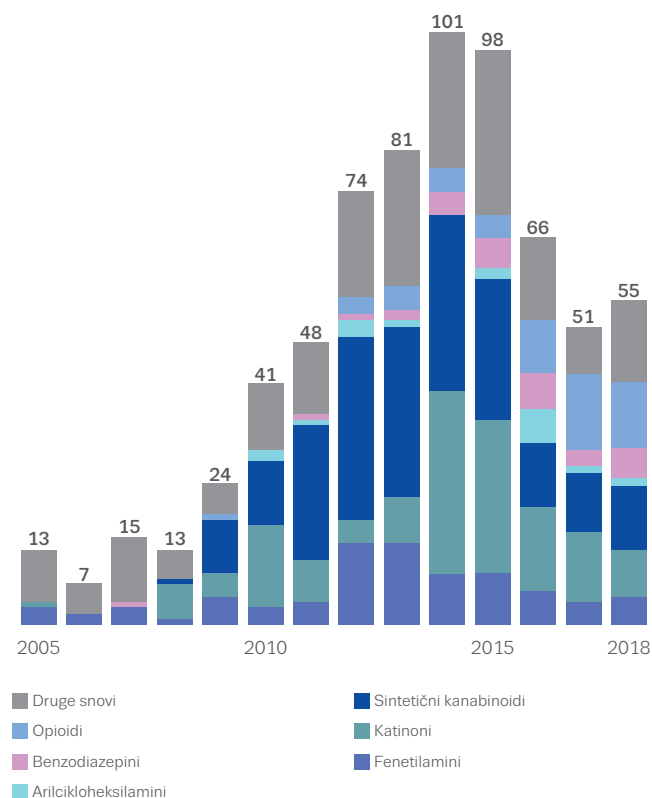
Nove psihoaktivne snovi: kompleksen trg

Center EMCDDA je do konca leta 2018 spremljal več kot 730 novih psihoaktivnih snovi, od katerih jih je bilo 55 prvič odkritih v Evropi leta 2018. Te snovi so najrazličnejše droge, kot so sintetični kanabinoidi, stimulansi, opioidi in benzodiazepini.

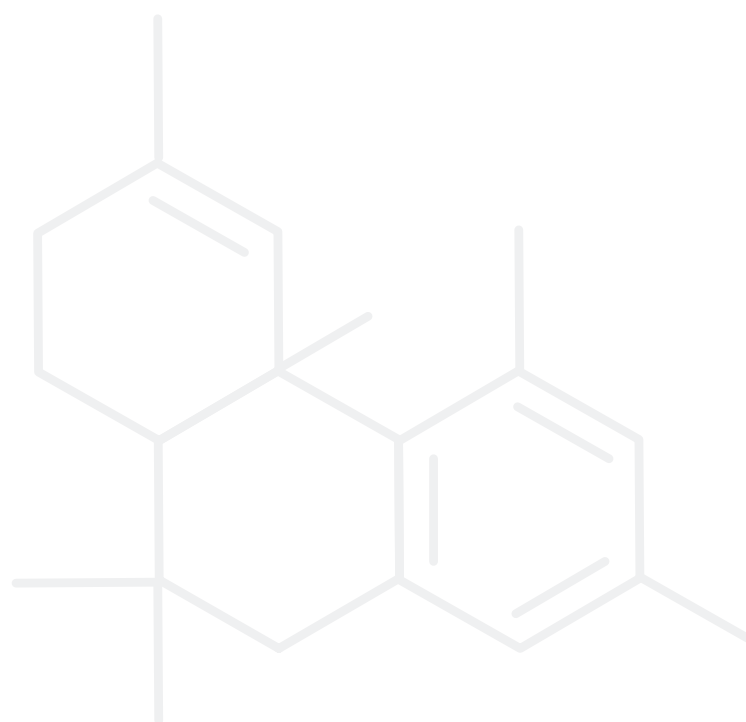
Nove psihoaktivne snovi v večini primerov v velikih količinah proizvajajo kemijska in farmacevtska podjetja na Kitajskem. Nato se odpremi v Evropo, kjer se predelajo v proizvode, zapakirajo in prodajo. Včasih se prosto prodajajo v fizičnih trgovinah. Čeprav je bila na podlagi omejitev odprta prodaja teh izdelkov v nekaterih državah omejena, so morda še vedno na voljo bolj prikrito. Pridobiti jih je mogoče tudi prek spletnih trgovin ali temnega omrežja ali pa se prodajajo na trgu prepovedanih drog. V takih primerih se lahko prodajajo pod svojim imenom ali pa se prodajajo kot druge droge, kot so heroin, kokain, MDMA ali psihoaktivna zdravila, oziroma se prodajajo pomešane s temi drogami.

Število novih snovi, opredeljenih prvič v posameznem letu, je doseglo vrh v obdobju 2014–2015, od takrat pa se je ustalilo na ravneh, primerljivih s tistimi iz obdobja 2011–2012 (slika 1.10). Vzroki za to so nejasni, vendar lahko odražajo rezultate stalnih prizadevanj za nadzor novih snovi v Evropi ter zakonodajnih pobud na Kitajskem.

Število in kategorije novih psihoaktivnih snovi, prvič prijavljenih v sistem EU za zgodnje opozarjanje v obdobju 2005–2018

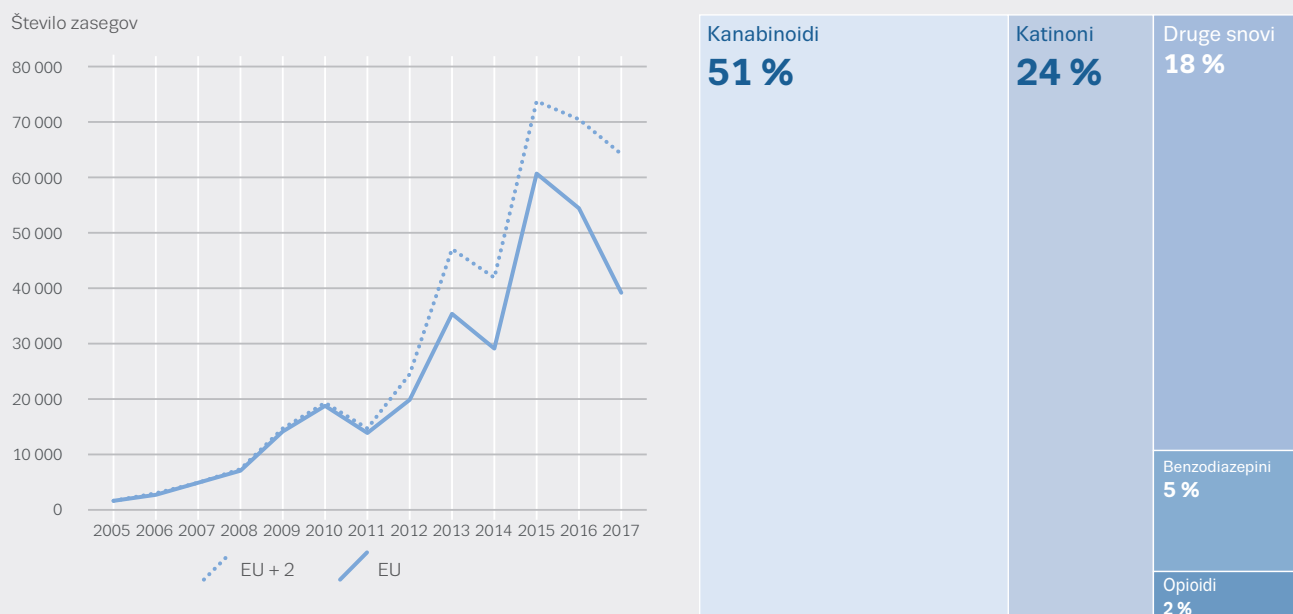


Na trgu MDMA je prišlo do oživitve



SLIKA 1.11

Zasegi, prijavljeni v sistem EU za zgodnje opozarjanje: trenda glede skupnega števila zasegov in število zasegov po kategorijah v letu 2017



Število novih snovi, ki se prvič odkrijejo vsako leto, je le eno od različnih meril, ki jih center EMCDDA uporablja za razumevanje splošnega trga. Leta 2017 je bilo na primer v Evropi odkritih 390 snovi, približno polovica novih snovi, ki se spremljajo v okviru sistema EU za zgodnje opozarjanje, od katerih so se nekatere prvič pojavile pred več kot desetimi leti. To kaže na dinamično naravo tega dela trga drog: snovi se lahko pojavijo in nato hitro izginejo, vendar je število snovi v prometu še vedno visoko.

V Evropi pri zasegih novih psihoaktivnih snovi običajno prevladujejo sintetični kanabinoidi in katinoni, je pa v zadnjih letih mogoče opaziti večjo raznolikost, pri čemer so postale pomembnejše druge skupine snovi. Zdi se na primer, da se je količina opioidov in benzodiazepinov, zaseženih v Evropi, povečala.

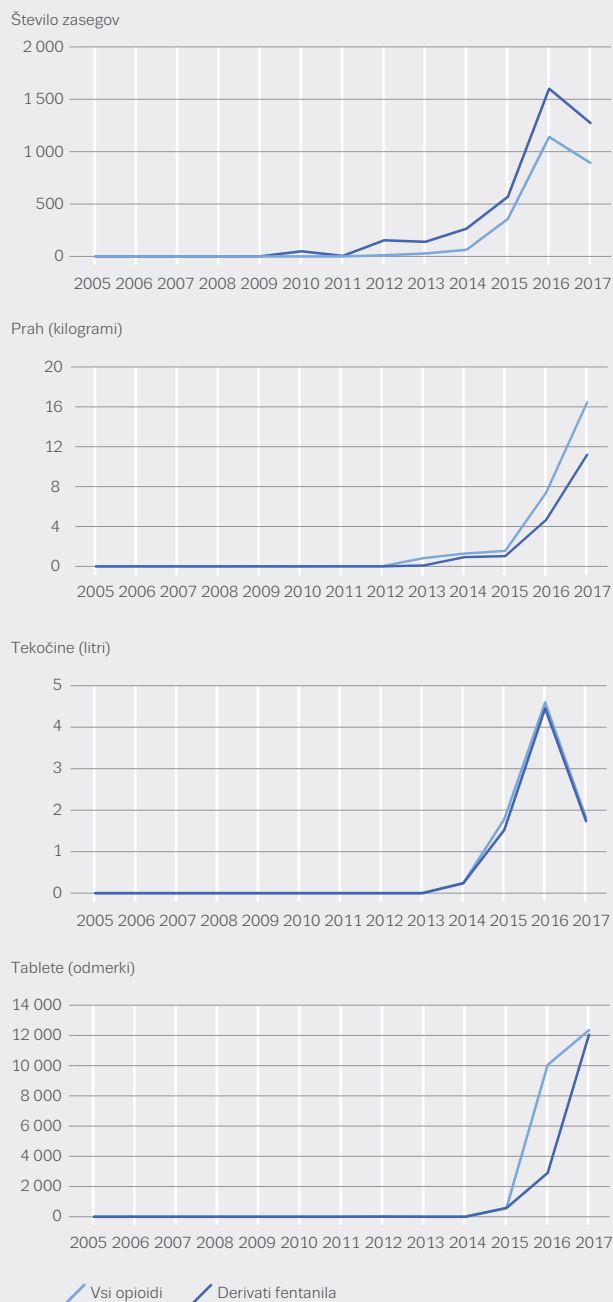
Zasegi novih psihoaktivnih snovi

V letu 2017 so organi kazenskega pregona iz vse Evrope v sistem EU za zgodnje opozarjanje prijavili skoraj 64 160 zasegov novih psihoaktivnih snovi. Od tega je 28 držav članic EU poročalo o 39 115 zasegih (slika 1.11).

Leta 2017 je bilo največ novih psihoaktivnih snovi prijavljenih v obliki prahu, pri čemer skupna količina snovi iz vseh kategorij znaša 2,8 tone. To je na splošno primerljivo s številkami iz prejšnjih let. Poleg tega je bilo prijavljenih nekaj manj kot 240 kilogramov rastlinskega materiala, od tega dve tretjini v obliki mešanic za kajenje, ki vsebujejo sintetične kanabinoide. Nove snovi so bile prisotne tudi v tabletah (6 769 primerov, 2,8 milijona odmerkov), pivnikih (980 primerov, 23 000 odmerkov) in tekočinah (1 430 primerov, 490 litrov). Nekatere od teh tekočin so bile prodane kot že pripravljena pršila za nos ter e-tekočine za uparjanje v elektronskih cigaretah.

SLIKA 1.12

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



Opomba: podatki za države članice EU, Turčijo in Norveško. Zasegi tramadola niso vključeni.

Novi sintetični opioidi

Od leta 2009 je bilo na evropskem trgu drog odkritih 49 novih sintetičnih opioidov, od tega jih je bilo 11 prvič prijavljenih leta 2018. Celotna slika vključuje 34 derivatov fentanila, od katerih jih je bilo 6 prvič prijavljenih leta 2018. Čeprav imajo mnogi novi opioidi (zlasti iz družine fentanilov) na evropskem trgu drog majhno vlogo, so to snovi z zelo močnim učinkom, ki resno ogrožajo zdravje posameznikov in javno zdravje.

Leta 2017 so organi kazenskega pregona v sistem EU za zgodnje opozarjanje prijavili približno 1 300 zasegov novih opioidov. Večina teh primerov (70 %) so bili zaseženi derivati fentanila (slika 1.12), prav tako pa so poročali tudi o številnih drugih vrstah opioidov (kot sta U-47,700 in U-51,754). Skupna količina prijavljenih opioidov v prahu in tabletah se od leta 2012 stalno povečuje (slika 1.12). Zasegi novih opioidov na splošno so leta 2017 znašali približno 17 kilogramov prahu, 1,8 litra tekočin in več kot 29 000 tablet. Nove opioide so manj pogosto našli tudi v pivnikih in rastlinskih mešanicah za kajenje; v teh primerih nič ne kaže na to, da vsebujejo močne opioide, to pa lahko predstavlja tveganje za zastrupitev ljudi, ki jih uporabljajo, zlasti če za opioide nimajo razvite tolerance.

Še posebej zaskrbljujoče je bilo število zasegov karfentanila, enega najmočnejših znanih opioidov, v Evropi. Leta 2017 je bilo v Evropi prijavljenih več kot 300 zasegov karfentanila. Ti zasegi so znašali približno 4 kilograme prahu in 250 mililitrov tekočin. Nekateri praški so bili prodani kot heroin ali v mešanici z njim.

Novi benzodiazepini

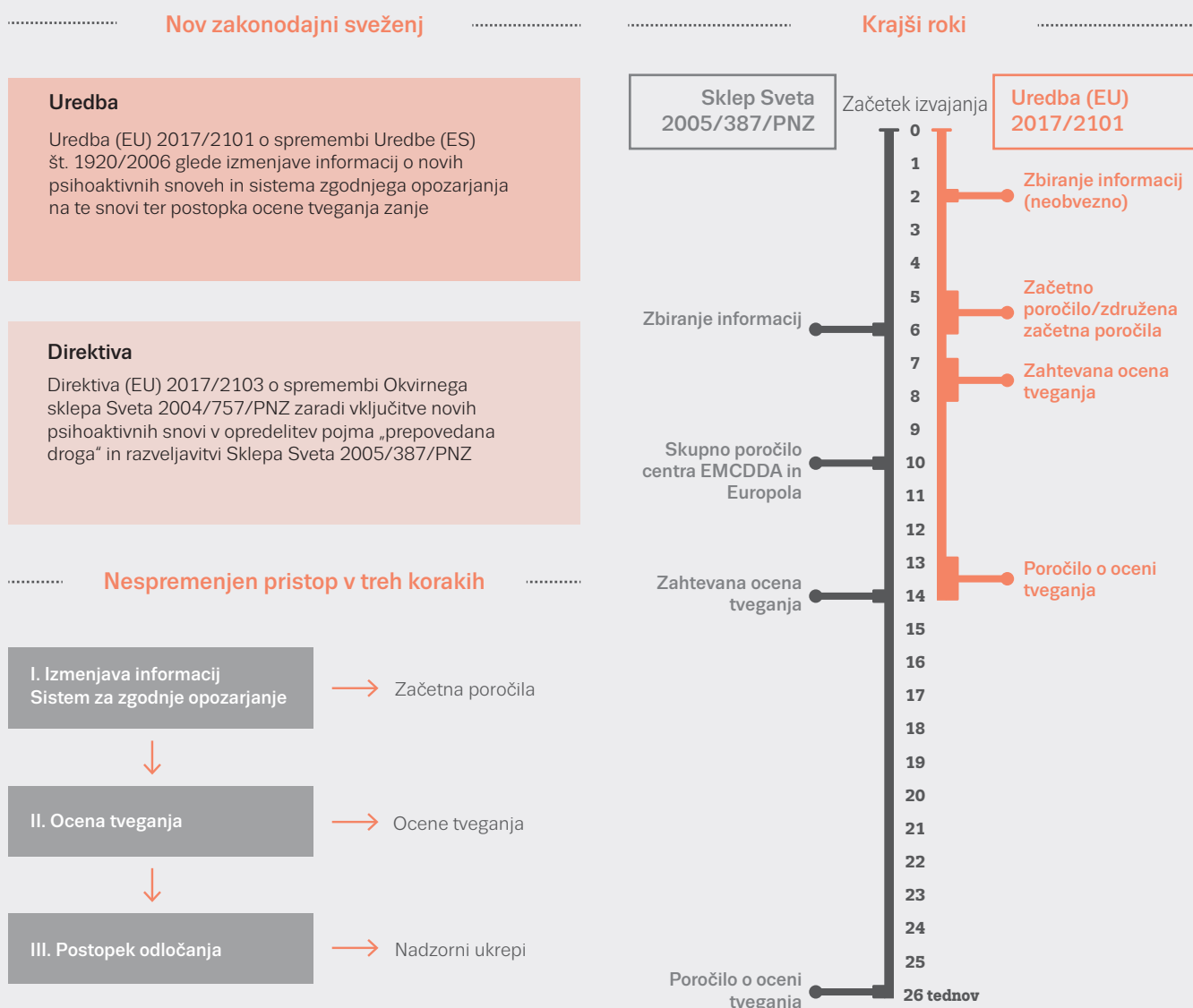
V zadnjih nekaj letih se zdi, da so se povečali število, vrsta in dosegljivost novih psihoaktivnih snovi, ki spadajo v razred benzodiazepinov in se ne nadzorujejo v skladu z mednarodnimi zakoni o nadzoru nad drogami. Nekatere od njih se prodajajo kot ponarejene različice pogosto predpisanih zdravil proti tesnobi, kot sta alprazolam (Xanax) in diazepam, pri čemer preprodajalci uporabljajo obstoječa distribucijska omrežja na trgu prepovedanih drog. Druge se prodajajo prek spleta, včasih pod svojim imenom, kjer se tržijo kot „zakonite“ različice odobrenih zdravil.

Center EMCDDA trenutno spremlja 28 novih benzodiazepinov – 23 jih je bilo prvič odkritih v Evropi v zadnjih petih letih. V letu 2017 je bilo v sistem EU za zgodnje opozarjanje prijavljenih skoraj 3 500 zasegov novih benzodiazepinov. Pri večini teh zasegov je šlo za tablete, ki so predstavljale več kot 2,4 milijona odmerkov,

V sistem EU za zgodnje opozarjanje je bilo prijavljenih 1 300 zasegov novih opioidov

SLIKA 1.13

Novi pospešeni postopki EU za opredelitev novih psihoaktivnih snovi, ki se pojavljajo v Evropski uniji, in odziv nanje



kar pomeni veliko povečanje glede na približno pol milijona tablet, prijavljenih leta 2016. To povečanje je mogoče pripisati velikemu številu zasegov etizolama – snovi, prvič prijavljene v sistem za zgodnje opozarjanje leta 2011 – v eni državi. Poleg tega je bilo v letu 2017 zaseženih približno 27 kilogramov prahu, 1,4 litra tekočin in 2 400 pivnikov z novimi benzodiazepini.

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 o varnosti potrošnikov, nato pa so razširile ali prilagodile obstoječo zakonodajo na področju drog in vanjo vključile nove psihoaktivne snovi. Države pa vse bolj oblikujejo posebno novo zakonodajo za obravnavo tega pojava.

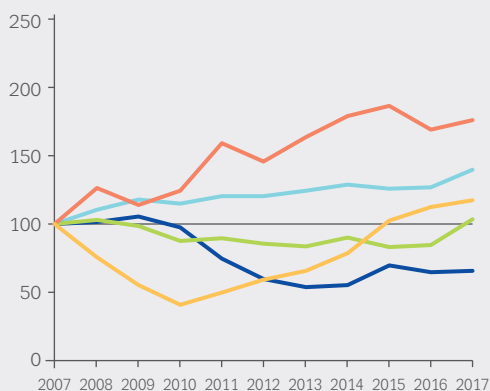
Večina evropskih držav je dolga leta vsaka zase le uvrščala nadzorovane snovi na seznam, z naraščanjem števila novih snovi, odkritih v Evropi, pa je vedno več držav želelo imeti nadzor nad skupinami snovi. Večina držav je skupine opredelila glede na kemijsko sestavo („generične“ skupine),

SLIKA 1.14

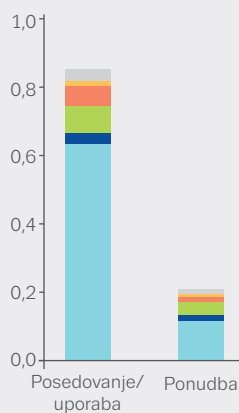
Kršitve zakonodaje o drogah v Evropski uniji, povezane z uporabo drog ali posedovanjem za uporabo ali ponudbo drog: indeksirani trendi in prijavljene kršitve v letu 2017

Kršitve, povezane s posedovanjem/uporabo

Indeksirani trendi

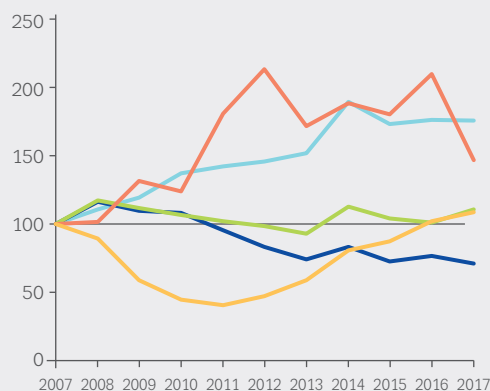


Število kršitev (v milijonih)



Kršitve, povezane s ponudbo

Indeksirani trendi



Heroin Kokain MDMA Konoplja Amfetamini Druge snovi

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

nekaj pa glede na njihove učinke. Večina držav, ki so uporabljale 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 socialne grožnje, ki jih povzročajo nove psihoaktivne snovi, spremenjen, cilj njegove spremembe pa je vzpostavitev hitrejšega in učinkovitejšega sistema (slika 1.13). 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. Omenjena nova zakonodaja se po vsej Evropi uporablja od 23. novembra 2018.

Kršitve zakonodaje o drogah: prevladuje konoplja

Izvajanje zakonodaje se spremlja na podlagi podatkov o prijavljenih kršitvah zakonodaje o drogah. Številke odražajo razlike v nacionalni zakonodaji in prednostnih

nalogah ter različne načine uporabe in izvrševanja zakonodaje.

Leta 2017 je bilo v Evropski uniji po ocenah prijavljenih približno 1,5 milijona kršitev zakonodaje o drogah, kar predstavlja povečanje za približno petino (20 %) od leta 2007. Večina teh kršitev (79 %) se je nanašala na uporabo ali posedovanje, njihovo skupno število pa je znašalo okrog 1,2 milijona, kar je za 27 % več kot pred desetimi leti. Še naprej se povečuje število kršitev zaradi uporabe ali posedovanja drog, povezanih s konopljo. Tri četrtine (75 %) kršitev zaradi uporabe ali posedovanja je bilo povezanih s konopljo, čeprav se je ta številka v primerjavi z letom 2016 zmanjšala za dve odstotni točki. Naraščajoči trend v primeru kršitev, povezanih z uporabo ali posedovanjem MDMA, se je leta 2017 nadaljeval, vendar pa te kršitve še vedno predstavljajo le 2 % kršitev, povezanih z uporabo drog (slika 1.14).

Število kršitev, povezanih s ponudbo drog v Evropski uniji, se je od leta 2007 skupaj povečalo za 22 %, pri čemer se ocenjuje, da je to število leta 2017 preseglo 230 000 primerov. Tudi tukaj se je večina kršitev, povezanih s ponudbo (57 %), nanašala na konopljo. Število poročil o kršitvah, povezanih s ponudbo MDMA, se od leta 2011 povečuje (slika 1.14), hkrati pa so se kršitve, povezane s ponudbo heroína, nekoliko zmanjšale, medtem ko je v istem obdobju stanje glede kokaina ostalo razmeroma nespremenjeno.

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

2018

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

Captagon: understanding today's illicit market, EMCDDA Papers.

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 Paper.

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

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 Europol

2018

Improved drug supply indicators for Europe: progress report, joint publication.

EMCDDA–Europol 2017 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, implementation reports.

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.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

Skupne publikacije centra EMCDDA in Eurojusta

2016

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

Vse publikacije so na voljo na

www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Med ljudmi, ki uporabljajo droge,
je pogosta hkratna uporaba več drog**

Razširjenost in trendi uporabe drog

Uporaba drog v Evropi danes obsega širši nabor snovi kot v preteklosti. Med ljudmi, ki uporabljajo droge, je pogosta hkratna uporaba več drog, posamezni vzorci uporabe pa segajo od eksperimentalne do stalne uporabe in odvisnosti. Konoplja je najpogostejša droga, saj je njena uporaba približno za petkrat bolj razširjena kot uporaba drugih snovi. Medtem ko so heroin in drugi opiodi še naprej razmeroma redki, so to droge, ki so najpogostejše povezane z bolj tveganimi oblikami uporabe, vključno z vbizgavanjem. Obseg uporabe stimulansov in vrste, ki so najpogostejše, se med državami razlikujejo, povečujejo pa se dokazi za morebitno povečanje vbizgavanja stimulansov. 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 dopolnjujejo analize 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, prispevajo k ugotavljanju obsega bolj ukoreninjenih težav, povezanih z uporabo drog, medtem ko podatki o tistih, ki se vključijo v sisteme specialistične obravnave odvisnosti od drog, kadar se upoštevajo skupaj z drugimi kazalniki, prispevajo k boljšemu razumevanju značilnosti in trendov zelo tvegane uporabe drog.

Tukaj se uporabljajo tudi drugi, bolj ciljno usmerjeni viri podatkov. Ti „vodilni“ kazalniki zagotavljajo vpogled v spreminjanje vzorcev uporabe drog in vrst uporabljenih drog. Ti viri sicer niso reprezentativni za splošno populacijo, vendar zagotavljajo pravočasne dodatne podatke. Vsi viri podatkov o uporabi drog imajo prednosti in slabosti, tako razpoložljivost kot tudi kakovost podatkov pa se lahko med državami razlikujeta. Zato center EMCDDA za opis evropskega stanja na področju drog uporablja previden pristop z več kazalniki.

Celotni nabori podatkov in opombe o metodologiji so na voljo v spletnem Statističnem biltenu.

Približno 96 milijonov odraslih je uporabilo prepovedane droge

Ocenjuje se, da je v Evropski uniji prepovedane droge poskusilo približno 96 milijonov ali 29 % odraslih (starih od 15 do 64 let). Izkušnje z uporabo drog pogosteje navajajo moški (57,8 milijona) kot ženske (38,3 milijona). Najpogosteje uporabljena droga je konoplja (55,4 milijona moških in 36,1 milijona žensk), precej nižje pa so navedene ocene glede uporabe droge kadar koli v življenju za kokain (12,4 milijona moških in 5,7 milijona žensk), MDMA (9,3 milijona moških in 4,6 milijona žensk) in amfetamine (8,3 milijona moških in 4,1 milijona žensk). Med državami obstajajo precejšnje razlike glede deleža oseb, ki so kadar koli v življenju uporabile konopljo; ta delež se giblje od približno 4 % odraslih na Malti do 45 % v Franciji.

Na podlagi podatkov o uporabi drog v preteklem letu je mogoče oceniti nedavno uporabo droge, v glavnem pa ti podatki kažejo na to, da jih uporabljajo mladi odrasli. Ocenjuje se, da je v zadnjem letu drogo uporabilo 19,1 milijona mladih odraslih (15–34 let) (16 %), od tega približno dvakrat več moških (20 %) kot žensk (11 %).

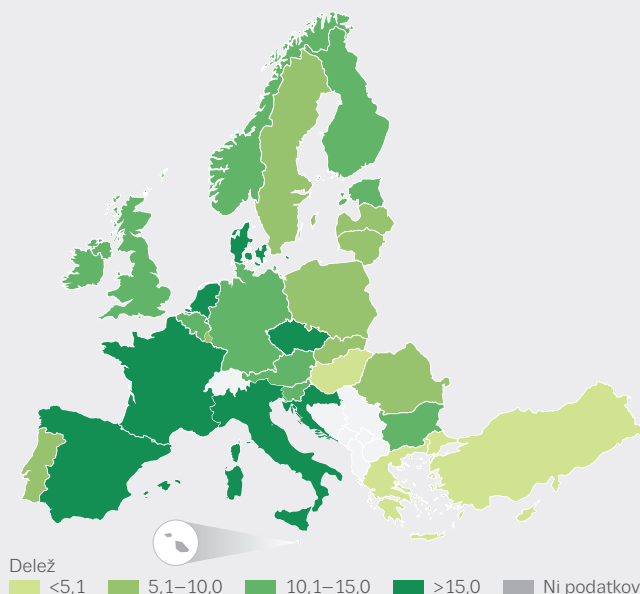
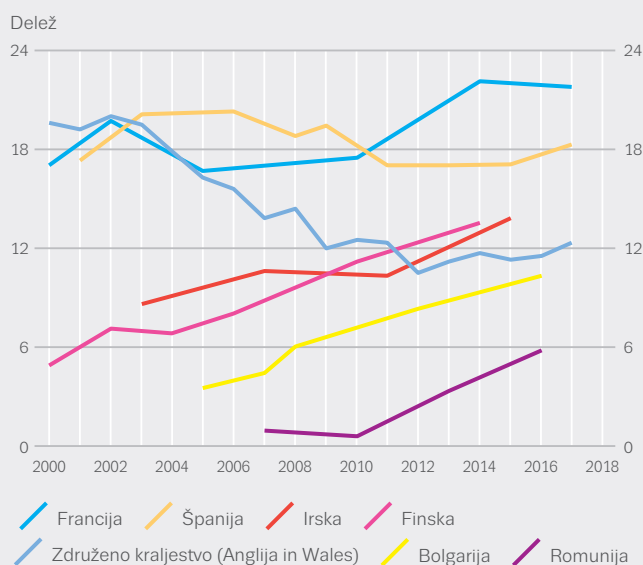
Uporaba konoplje med mladimi

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

Ocenjuje se, da je 91,2 milijona odraslih v Evropski uniji (starih od 15 do 64 let) ali 27,4 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo konopljo. Od teh je po ocenah v preteklem letu konopljo uporabilo približno 17,5 milijona mladih odraslih (starih od 15 do 34 let) ali 14,4 % te starostne skupine. Stopnje razširjenosti uporabe konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu se gibljejo od 3,5 % na Madžarskem do 21,8 % v Franciji. Med mladimi, ki so konopljo uporabili v zadnjem letu, je razmerje med moškimi in ženskami dva proti ena. Samo pri mladih, starih od 15 do 24 let, je razširjenost uporabe konoplje večja, saj jih je v zadnjem letu to drogo uporabilo 18 % (10,1 milijona), v zadnjem mesecu pa 9,3 % (5,2 milijona).

SLIKA 2.1

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



Opomba: o starostnih skupinah, ki niso starostne skupine 15–34, so poročali Danska, Združeno kraljestvo in Norveška (16–34), Švedska (17–34), Nemčija, Francija, Grčija in Madžarska (18–34).

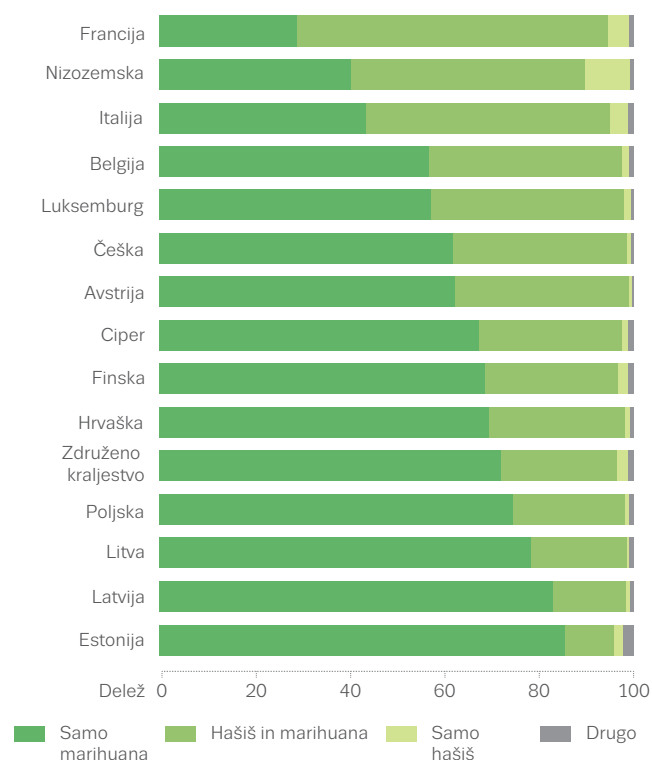
SLIKA 2.2

V večini držav rezultati nedavnih raziskav kažejo, da je bila uporaba konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu stabilna ali pa se je povečala. Od držav, ki raziskave opravljajo od leta 2016 in sporočajo intervale zaupanja, jih je v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo pet poročalo o večji, šest o nespremenjeni in ena o manjši ocenjeni uporabi. V zadnji raziskavi so v desetih od teh držav poročali o povečanju uporabe med mladimi, starimi od 15 do 24 let.

Malo držav ima na voljo dovolj podatkov iz raziskav za pripravo statistične analize dolgoročnih trendov uporabe konoplje med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu. Novejši podatki kažejo, da se je med njimi trend upadanja, ki je bil prej opažen v Španiji in Združenem kraljestvu (Anglija in Wales), ustalil, čeprav je bilo v Združenem kraljestvu v zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, opaziti povečanje na 12,3 % (slika 2.1). Od leta 2000 je bilo v številnih državah opaziti naraščanje trenda razširjenosti uporabe konoplje med mladimi odraslimi v zadnjem letu. Sem spadata Irska in Finska, kjer najnovejši podatki kažejo, da se ravni približujejo povprečju EU, ki znaša 14,4 %, pa tudi Bolgarija in Romunija, čeprav na nižjih ravneh. V Franciji so nedavne raziskave pokazale, da so ravni razširjenosti stabilne in na visoki, 22-odstotni ravni. Na Danskem je raziskava iz leta 2017 pokazala zmanjšanje na 15,4 % z ocenjenih 17,6 % za leto 2013.

Podatki, pridobljeni s spletnimi raziskavami, lahko zagotovijo dodatne informacije za raziskave v splošni populaciji in nadaljnji vpogled v uporabo drog v Evropi. Čeprav te raziskave niso reprezentativne za splošno populacijo, lahko dosežejo velike vzorce ljudi, ki uporabljajo droge. V Evropski spletni raziskavi o drogah so informacije o vzorcih uporabe in nakupov najpogosteje uporabljanih prepovedanih drog zbrali od 40 000 oseb, ki uporabljajo droge in ki so jih k sodelovanju pritegnili predvsem prek družbenih medijev. Izkazalo se je, da se marihuana uporablja pogosteje kot hašiš, vendar je veliko anketirancev poročalo o uporabi obeh vrst, zlasti v Franciji, Italiji in na Nizozemskem. Le redko so poročali le o uporabi hašiša (slika 2.2).

Oblike konoplje, ki so jih udeleženci spletne raziskave, ki so poročali o uporabi te droge, uporabljali v zadnjem letu



Opomba: raziskava je bila izvedena v dveh valovih, prvem leta 2016 (Češka, Francija, Hrvaška, Nizozemska, Združeno kraljestvo) in drugem v letih 2017 in 2018 (preostalih deset držav EU).
Vir: Evropska spletna raziskava o drogah.

Konoplja je najpogosteje uporabljana prepovedana droga

Zelo tvegana uporaba konoplje: znaki stabilizacije

Na podlagi raziskav v splošni populaciji se ocenjuje, da je skoraj 1 % odraslih v Evropski uniji dnevni ali skoraj dnevni uporabnik konoplje, kar pomeni, da so konopljo v zadnjem mesecu uporabljali 20 dni ali več. Približno 60 % jih je mlajših od 35 let, približno tri četrtine jih je moškega spola.

Podatki o osebah, ki se začnejo zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, lahko ob upoštevanju drugih kazalnikov zagotovijo informacije o značilnostih in obsegu zelo tvegane uporabe konoplje v Evropi. Leta 2017 je bilo v Evropi zaradi težav, povezanih z uporabo konoplje, v obravnavo odvisnosti od drog vključenih približno 155 000 ljudi; od teh se jih je približno 83 000 v zdravljenje vključilo prvič. V 24 državah, ki imajo na voljo podatke, se je skupno število uporabnikov, ki so se začeli prvič zdraviti zaradi težav, povezanih s konopljo, med letoma 2006 in 2017 povečalo za 76 %.

Skupno je 47 % primarnih uporabnikov konoplje, ki so se leta 2017 začeli prvič zdraviti, poročalo o dnevni uporabi droge v zadnjem mesecu, pri čemer se ti podatki gibljejo od 10 % ali manj v Latviji, na Madžarskem in v Romuniji do 68 % ali več v Španiji, na Nizozemskem in v Turčiji.

Uporaba kokaina: nekaj znakov naraščanja

Kokain je najpogostejše uporabljan prepovedan stimulant v Evropi, pri čemer je njegova uporaba bolj razširjena v južnih in zahodnih državah. V zadnjih letih se uporaba te droge v Evropi povečuje. Za namene raziskovanja in spremljanja je mogoče ljudi, ki uporabljajo kokain, razvrstiti na različne načine, glede na njihovo ozadje, uporabljen proizvod ali razlog za uporabo. Med rednimi uporabniki je mogoče na splošno razlikovati med običajno bolj socialno integriranimi uporabniki, ki njujajo kokain v prahu (kokain hidroklorid), in marginaliziranimi uporabniki drog, ki si vbrizgavajo kokain ali kadijo crack (baza kokaina) in včasih uporabljajo tudi opioide. V številnih naborih podatkov ni mogoče razlikovati med obema oblikama kokaina (kokain v prahu ali crack), izraz „uporaba kokaina“ pa zajema obe obliki.

Ocenjuje se, da je 18,0 milijona odraslih v Evropski uniji (starih od 15 do 64 let) ali 5,4 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo kokain. Med njimi je približno 2,6 milijona mladih odraslih, starih od 15 do 34 let (2,1 % te starostne skupine), ki so to drogo uporabili v zadnjem letu.

Šest držav – Danska, Irska, Španija, Francija, Nizozemska in Združeno kraljestvo – poroča o več kot 2,5-odstotni razširjenosti uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu (slika 2.3). Od držav, ki raziskave opravljajo od leta 2016 in sporočajo intervale zaupanja, so

UPORABNIKI KONOPLJE, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

17% 83%



17 Povprečna starost pri prvi uporabi

25 Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

83 000

Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

58%

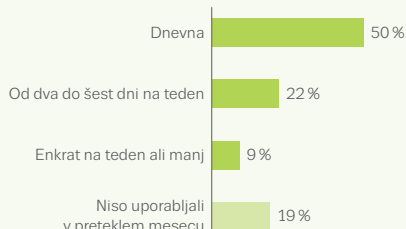
59 000

Osebe, ki so se že zdravile

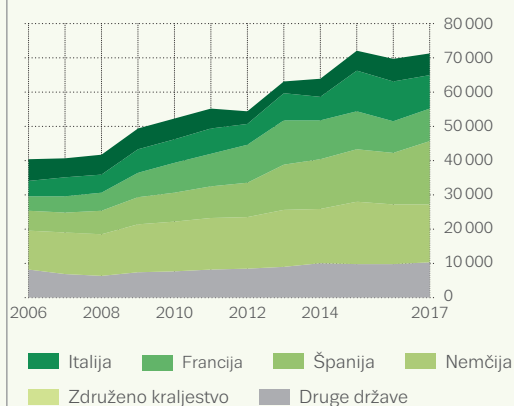
42%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

Povprečna uporaba 5,3 dni na teden



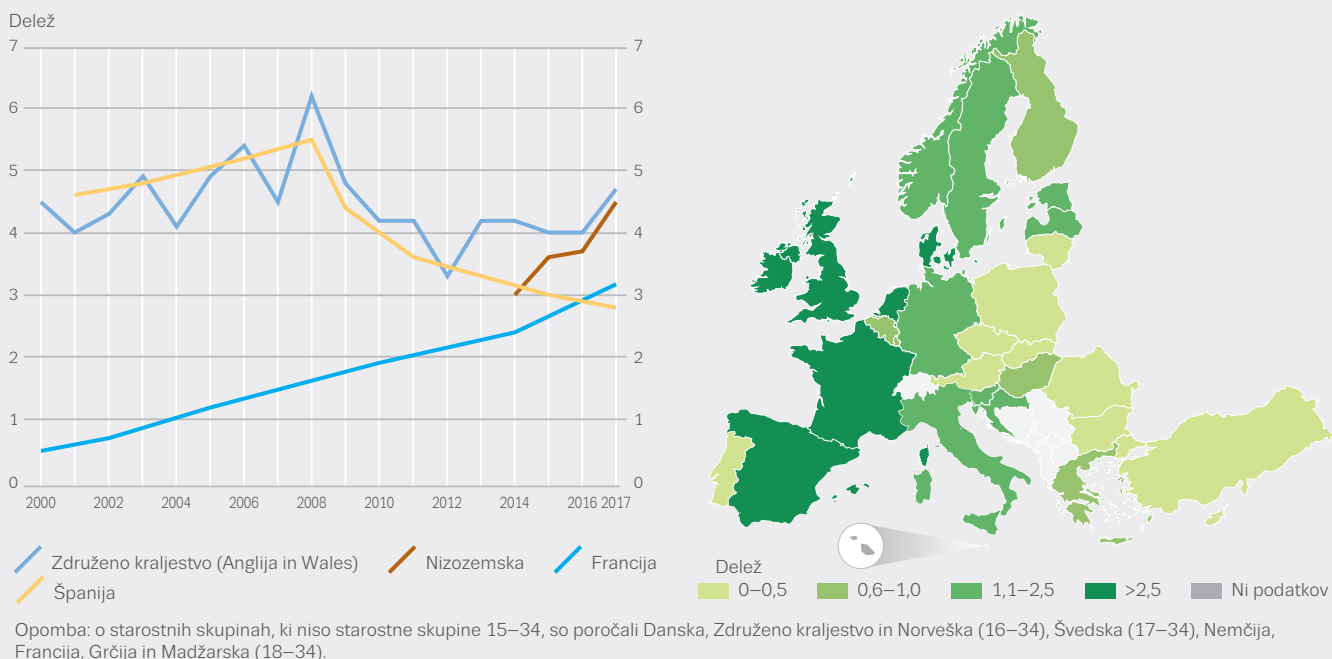
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



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 24 držav. V grafikon trendov so vključene samo države s podatki za vsaj 11 od 12 let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. Zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni podatkov za Italijo od leta 2014 ni mogoče primerjati s podatki iz predhodnih let. Zaradi sprememb sistema poročanja so skupne vrednosti za leto 2017 za Nemčijo ocenjene na podlagi podatkov za leto 2016.

SLIKA 2.3

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



v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo tri poročale o večji in devet o nespremenjeni ocenjeni uporabi.

Statistična analiza dolgoročnih trendov uporabe kokaina med mladimi odraslimi v zadnjem letu je mogoča le v majhnem številu držav, v katerih je nekaj dokazov o večji uporabi: v letni raziskavi v Združenem kraljestvu so po obdobju relativne stabilnosti poročali o povečanju na 4,7 %; četrta primerljiva letna raziskava iz Nizozemske je potrdila trend naraščanja, ki je dosegel 4,5 %; v Franciji pa se je trend naraščanja nadaljeval, pri čemer se je prvič povečal na več kot 3 %. Nasprotno je Španija še naprej poročala o zmanjšanju razširjenosti, ki je padla na 2,8 % (slika 2.3).

V študiji centra EMCDDA Trendspotter iz leta 2018, v kateri so analizirali več virov podatkov, so poročali, da lahko povečanje razpoložljivosti kokaina višje čistosti na evropskih trgih drog povzroči ponoven pojav uporabe drog v nekaterih državah. V študiji so tudi poudarili znake, da se kokain širi na nove trge v vzhodni Evropi, kjer se je droga prej uporabljala le malo.

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 preučuje skupna uporaba čistih snovi v neki skupnosti, pri čemer rezultati analize niso neposredno primerljivi z ocenami razširjenosti uporabe iz nacionalnih raziskav med prebivalstvom. Rezultati analize

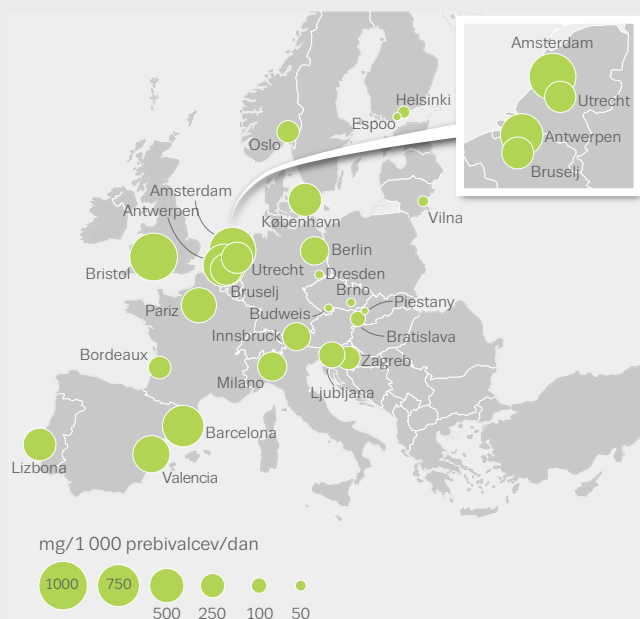
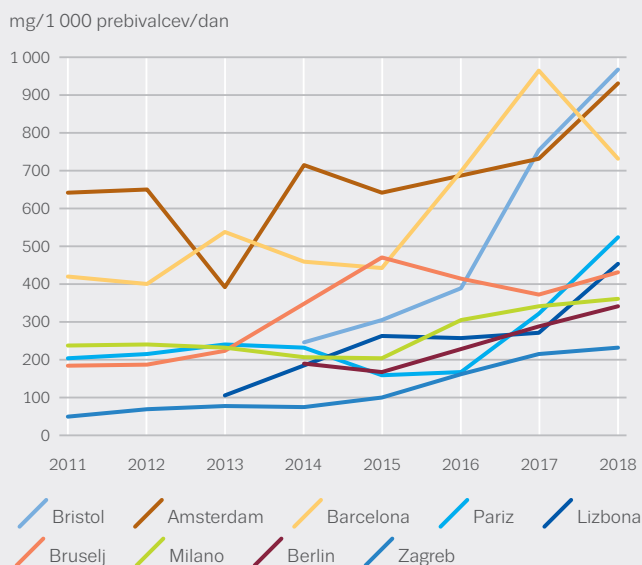
odpadnih voda so predstavljeni v standardiziranih količinah (masna obremenitev) ostanka drog na 1 000 prebivalcev na dan. Čeprav so lahko informativne narave glede količine kokaina, ki se uporablja na določeni lokaciji, pa ne zagotavljajo neposrednih informacij o številu uporabnikov.

V analizi iz leta 2018 je bila največja masna obremenitev benzoilekgonina, ki je glavni presnovek kokaina, odkrita v mestih v Belgiji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu. V večini preučevanih vzhodnih evropskih mest so bile ugotovljene zelo nizke ravni (glej sliko 2.4), vendar najnovejši podatki kažejo znake povečanja. Primerjava s podatki iz prejšnjega leta kaže na splošno naraščajočo uporabo. Od 38 mest, ki imajo podatke za leti 2017 in 2018, jih je 22 poročalo o povečanju, pet o zmanjšanju in 11 o nespremenjeni masni obremenitvi. Pri večini od 13 mest s podatki za leti 2011 in 2018 so dolgoročnejši trendi naraščajoči.

Kokain je najpogosteje uporabljan prepovedan stimulan

SLIKA 2.4

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



Opomba: povprečne dnevne količine benzoilekonina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto v obdobju 2011–2018.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

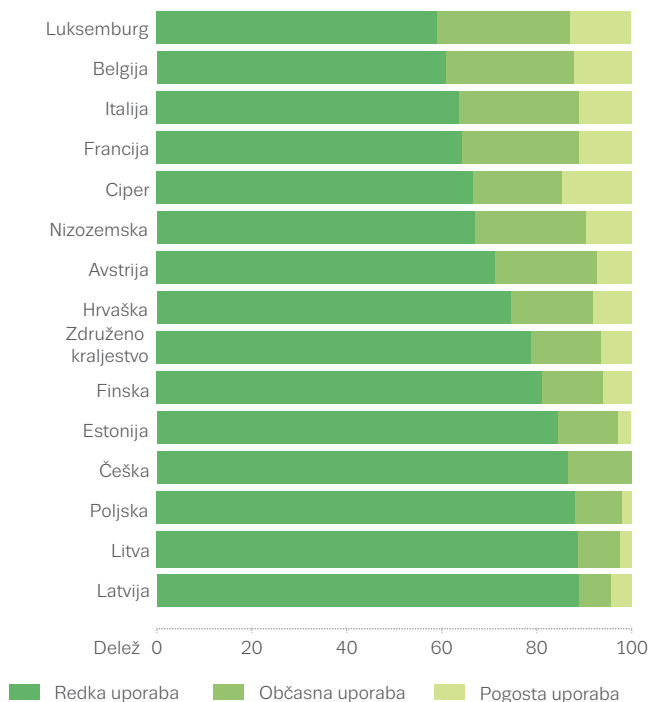
Podatki iz Evropske spletne raziskave o drogah dajejo vpogled v vzorce uporabe kokaina med različnimi skupinami in raznolikost med državami. Pri primerjavi količin, ki se uporabljajo v različnih državah, je treba opozoriti, da se cene in čistost kokaina na trgu med državami razlikujejo, to pa lahko vpliva na uporabljene količine. Med anketiranci, ki so poročali o uporabi kokaina, se je delež pogoste uporabe drog (več kot 50 dni v zadnjem letu) gibal med nič na Češkem in več kot 10 % v Belgiji, na Cipru, v Franciji, Italiji in Luksemburgu (slika 2.5). Uporaba kokaina se je med državami razlikovala, in sicer od povprečja 1,3 grama na dan uporabe v Avstriji, Belgiji in Franciji do 3,5 grama na Cipru. Uporabniki, ki pogosto uporabljajo droge, so v primerjavi z uporabniki, ki droge uporabljajo manj pogosto, na splošno vsak dan uporabe zaužili večje količine droge.

Zelo tvegana uporaba kokaina: nedavno povečanje povpraševanja po zdravljenju v številnih državah

Razširjenost zelo tvegane uporabe kokaina med odraslimi v Evropi je težko oceniti, saj ima nedavne ocene le pet držav. Poleg tega te ocene niso neposredno primerljive, saj so ustvarjene z uporabo različnih opredelitev in metodologij. V Španiji so v obdobju 2017–2018 z novo raziskavo v splošni populaciji na podlagi velike pogostosti uporabe ocenili, da je obseg zelo tvegane uporabe kokaina med ljudmi, starimi od 15 do 64 let, 0,3-odstoten. Nemčija

SLIKA 2.5

Pogostost uporabe kokaina med udeleženci spletne raziskave, ki so poročali o uporabi droge v zadnjem letu



Opomba: raziskava je bila izvedena v dveh valovih, prvem leta 2016 (Češka, Francija, Hrvaška, Nizozemska, Združeno kraljestvo) in drugem v letih 2017 in 2018 (preostalih deset držav EU). Uporaba v zadnjem letu: pogosto, več kot 50 dni; občasno, od 11 do 50 dni; redko, od enega do deset dni.

Vir: Evropska spletna raziskava o drogah.

je leta 2015 na podlagi vprašanj z lestvico resnosti odvisnosti ocenila, da je zelo tvegana uporaba kokaina med odraslim prebivalstvom 0,2-odstotna. Leta 2017 je po podatkih o zdravljenju in kazensko-pravnih podatkih Italija ocenila, da bi bilo mogoče 0,69 % odraslega prebivalstva razvrstiti med uporabnike kokaina z visokim tveganjem. V Franciji so v študiji zajema in ponovnega zajema iz leta 2017 ocenili, da je razširjenost zelo tvegane uporabe crack kokaina 0,07-odstotna.

Španija, Italija in Združeno kraljestvo predstavljajo skoraj tri četrtine (73 %) vseh sporočenih začetih specialističnih zdravljenj v Evropi, povezanih s kokainom. Skupaj je leta 2017 kokain kot glavno drogo navedlo približno 73 000 uporabnikov, ki so se vključili v specialistično obravnavo odvisnosti od drog, in približno 33 000 uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje.

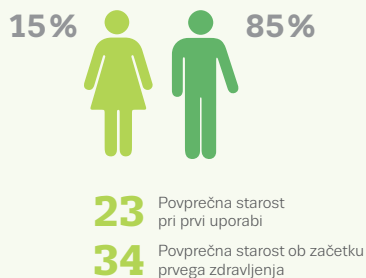
Po obdobju zmanjševanja se je med letom 2014 in 2017 skupno število uporabnikov, ki so se prvič zdravili zaradi odvisnosti od kokaina, povečalo za 37 %. Medtem ko Italija in Združeno kraljestvo predstavljata velik del tega povečanja, je v istem obdobju o povečanju poročalo skupno 19 držav. Na splošno najnovejši evropski podatki kažejo na 11-letno obdobje med prvo uporabo kokaina, v povprečju pri starosti 23 let, in prvim zdravljenjem težav, povezanih s kokainom, v povprečju pri starosti 34 let.

Večina oseb, ki so se vključile v specialistično zdravljenje zaradi težav, povezanih z uporabo kokaina, je uporabnikov kokaina v prahu kot glavne droge (55 000 ali 14 % vseh uporabnikov drog v letu 2017). Večina primarnih uporabnikov kokaina se odloči za zdravljenje zaradi uporabe droge same (46 % vseh uporabnikov kokaina v prahu) ali v kombinaciji s konopljo (20 %), alkoholom (23 %) ali drugimi snovmi (10 %). V poročilih je navedeno, da je ta skupina v primerjavi s posamezniki, ki se vključijo v zdravljenje zaradi težav, povezanih z opiodi, na splošno dobro socialno vključena, ima urejene pogoje za življenje in redno zaposlitev, vendar to ne velja za tiste, ki se vključijo v zdravljenje zaradi uporabe crack kokaina kot glavne droge (11 000 uporabnikov ali 3 % vseh uporabnikov drog v letu 2017), ki se zdijo bolj marginalizirani. O večini zahtev po zdravljenju, povezanih z uporabo cracka, poročajo iz Združenega kraljestva (65 %). Veliko uporabnikov crack kokaina kot glavne droge poroča o heroinu kot drugi problematični drogi. Od leta 2014 v Belgiji, na Irskem, v Franciji, Italiji, na Portugalskem in v Združenem kraljestvu poročajo o povečanju števila uporabnikov crack kokaina.

O uporabi kokaina v kombinaciji s heroinom ali drugimi opiodi poroča 56 000 uporabnikov, ki so se v letu 2017 v Evropi vključili v specialistično obravnavo odvisnosti od drog. Ta številka predstavlja 16 % vseh oseb, ki so se vključile v zdravljenje in za katere so na voljo informacije o glavni in drugi drogi.

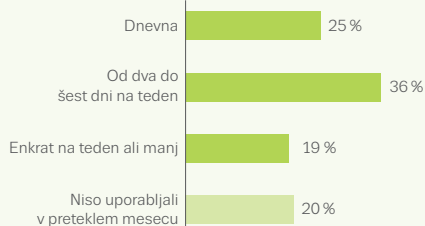
UPORABNIKI KOKAINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

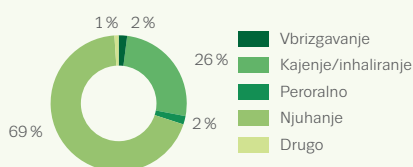


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

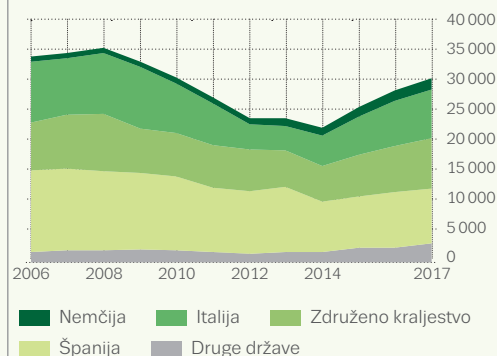
Povprečna uporaba 4 dni na teden



Način uporabe



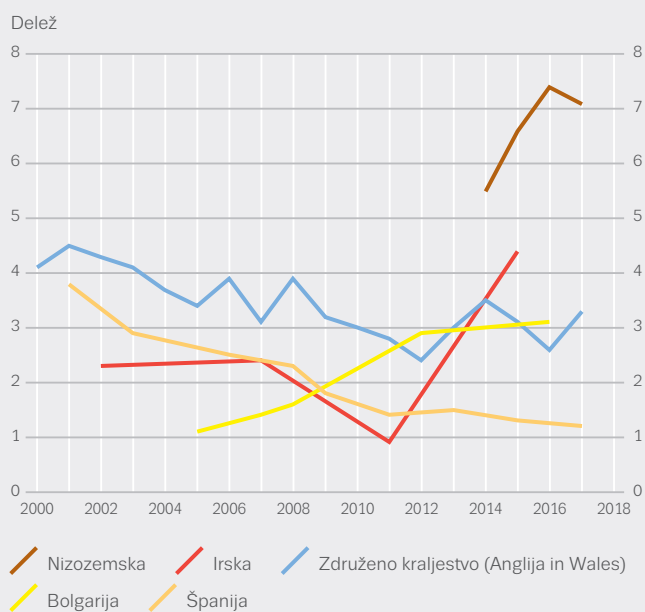
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



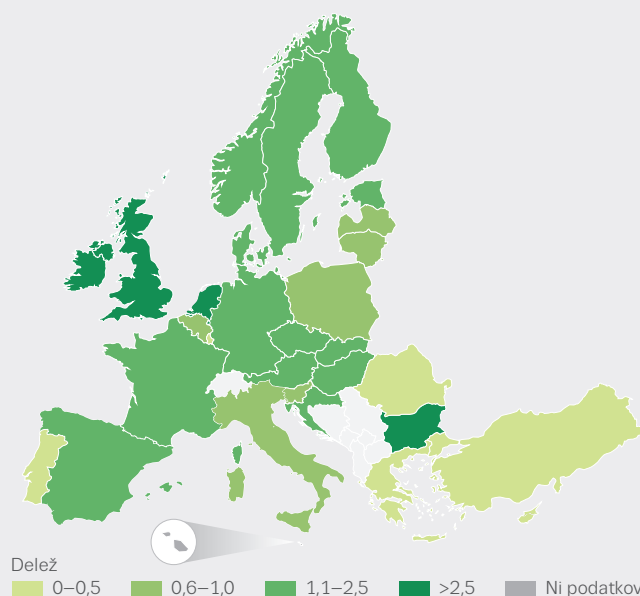
Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo kokain kot glavno drogo. Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič, temeljijo na podatkih za 24 držav. V grafikonu trendov so vključene samo države s podatki za vsaj 11 od 12 let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. Zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni podatkov za Italijo od leta 2014 ni mogoče primerjati s podatki iz predhodnih let. Zaradi sprememb sistema poročanja so skupne vrednosti za leto 2017 za Nemčijo ocenjene na podlagi podatkov za leto 2016.

SLIKA 2.6

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



Opomba: o starostnih skupinah, ki niso starostne skupine 15–34, so poročali Danska, Združeno kraljestvo in Norveška (16–34), Švedska (17–34), Nemčija, Francija, Grčija in Madžarska (18–34).



Uporaba MDMA: mešana slika

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 MDMA pa se uporabljajo peroralno ali pa se njuhajo.

Ocenjuje se, da je 13,7 milijona odraslih v Evropski uniji (starih od 15 do 64 let) ali 4,1 % te starostne skupine enkrat v življenju že poskusilo MDMA/ekstazi. Številke za nedavno uporabo med mladimi odraslimi kažejo, da je 2,1 milijona mladih odraslih (15–34 let) uporabilo MDMA v zadnjem letu (1,7 % te starostne skupine), pri čemer se nacionalne ocene gibljejo od 0,2 % na Portugalskem in v Romuniji do 7,1 % na Nizozemskem (slika 2.6). Ocene razširjenosti za osebe, stare od 15 do 24 let, so višje, pri čemer jih je po ocenah v zadnjem letu MDMA uporabilo 2,3 % (1,3 milijona).

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 kažejo na mešano sliko brez jasnih trendov. V državah, ki so od leta 2016 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, so v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo štiri poročale o večji, šest o nespremenjeni in dve o manjši ocenjeni uporabi.

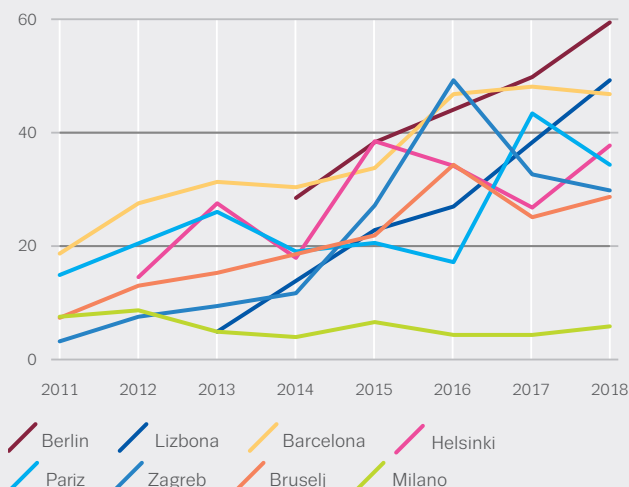
Kjer obstajajo podatki za statistično analizo trendov o uporabi MDMA med mladimi odraslimi v zadnjem letu, novejši podatki kažejo mešano sliko (slika 2.6). V Združenem kraljestvu najnovejši podatki kažejo, da se je razširjenost uporabe po padcu v letih 2015 in 2016, ki je sledil povečanju med letoma 2012 in 2014, spet zvišala. V Španiji se nadaljuje dolgoročni trend upadanja, nedavne vrednosti pa kažejo ustaljeno uporabo. Najnovejši podatki kažejo občutno povečanje razširjenosti uporabe v Bolgariji. Podatki iz raziskave, ki je bila opravljena leta 2017 na Nizozemskem, potrjujejo visoke ravni, sporočene v okviru prejšnjih treh letnih raziskav.



SLIKA 2.7

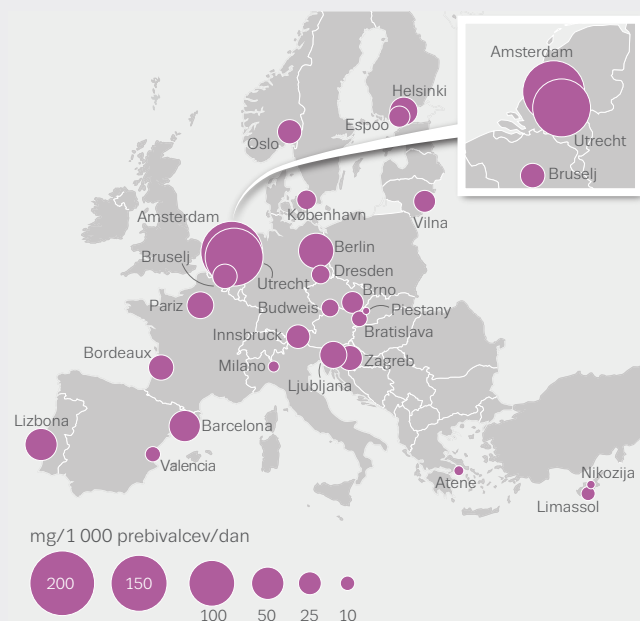
Ostanki MDMA v odpadnih vodah v izbranih evropskih mestih: trendi in najnovejši podatki

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 v obdobju 2011–2018.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).



V analizi iz leta 2018, ki je zajemala več mest, je bilo ugotovljeno, da je najvišja raven masne obremenitve z MDMA v odpadnih vodah mest v Belgiji, Nemčiji in na Nizozemskem (slika 2.7). Od 37 mest, ki imajo podatke za leti 2017 in 2018, jih je 21 poročalo o višji, devet o nespremenjeni in sedem o nižji ravni. Dolgoročnejsi trendi kažejo, da so bile pri večini mest s podatki za leti 2011 in 2018 (deset mest) obremenitve z MDMA v odpadnih vodah v letu 2018 višje kot v letu 2011. V letu 2017 se je zdelo, da se znatno povečanje, ki je bilo opaženo v obdobju 2011–2016, umirja, vendar najnovejši podatki iz leta 2018 kažejo na povečanje v večini mest.

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 tradicionalne nočne lokacije, vključno z lokali in zabavami na domu. V Evropski spletni raziskavi o drogah so ugotovili, da se je med ljudmi, ki so uporabili MDMA v zadnjem letu, delež, ki poroča o pogosti uporabi (več kot 50 dni v preteklem letu), gibal med nič na Cipru do približno 8 % v Avstriji in na Hrvaškem.

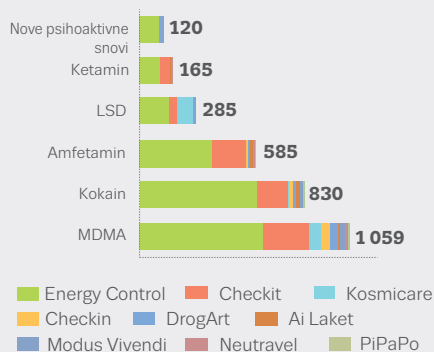
Uporaba MDMA se le redko navaja kot razlog za vključitev v specialistično obravnavo odvisnosti od drog. Leta 2017 je MDMA kot razlog navedel manj kot 1 % (približno 1 700 primerov) uporabnikov, prvič vključenih v zdravljenje v Evropi, pri čemer jih je bilo 68 % v Franciji, na Madžarskem, v Združenem kraljestvu in Turčiji.

**MDMA se pogosto uporablja
hkrati z drugimi snovmi,
vključno z alkoholom**

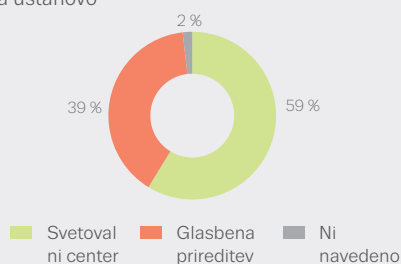
SLIKA 2.8

Vzorci drog, ki so jih preverile službe za preverjanje drog med januarjem in julijem 2018

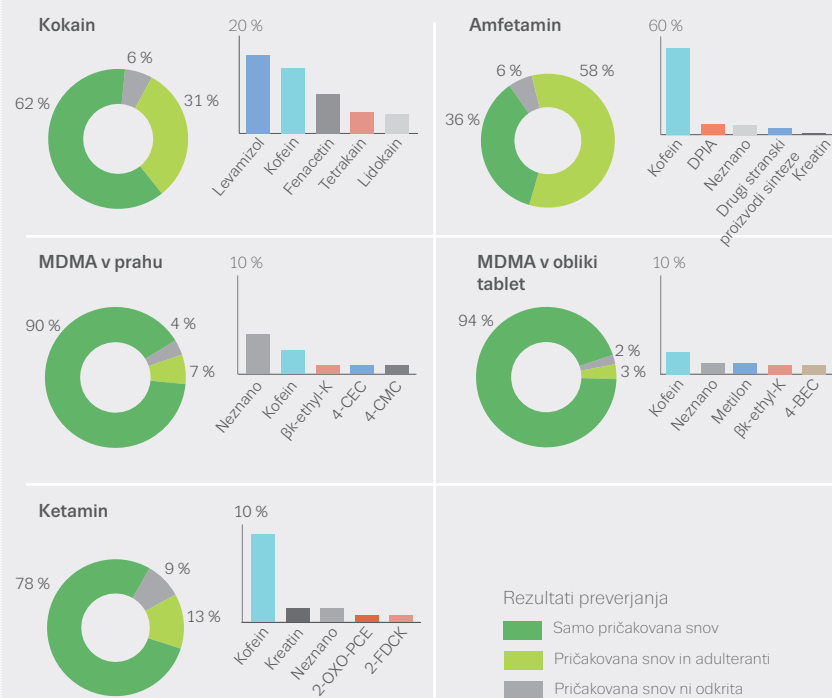
Število snovi, predloženih v preverjanje



Snovi, predložene v preverjanje glede na ustanovo



Ugotovljene snovi in najpogostejši adulteranti (% vseh vzorcev, testiranih za adulterante)



Opomba: adulteranti se nanašajo samo na snovi, ki imajo aktivne farmakološke lastnosti. Neaktivne spojine se ne štejejo kot adulteranti.

Vir: podatke so zagotovile službe za preverjanje drog v Avstriji (Checkit), Belgiji (Modus Vivendi), Italiji (Neutavel), Luksemburgu (PiPaPo), na Portugalskem (Kosmicare in Checkin), v Sloveniji (DrogArt) in Španiji (Energy Control in Ai Laket).

Spremljanje uporabe drog v okoljih rekreativne uporabe: inovativne metode

Študije dosledno ugotavljajo, da o uporabi drog pogostejše poročajo v raziskavah, ki se izvajajo na prizoriščih nočnega življenja (kot so klubi, bari ali glasbeni festivali), kot v raziskavah v splošni populaciji. Pojavili so se novi načini spremljanja uporabe drog v okoljih rekreativne uporabe, ki ne temeljijo le na podatkih iz raziskav na podlagi samoporočanja, ampak uporabljajo kemično analizo vzorcev iz različnih virov: biološki vzorci, kot so vzorci izdihanega zraka, urina in las, vsebina smetnjakov za odlaganje drog in droge, predložene ustanovam za preverjanje drog.

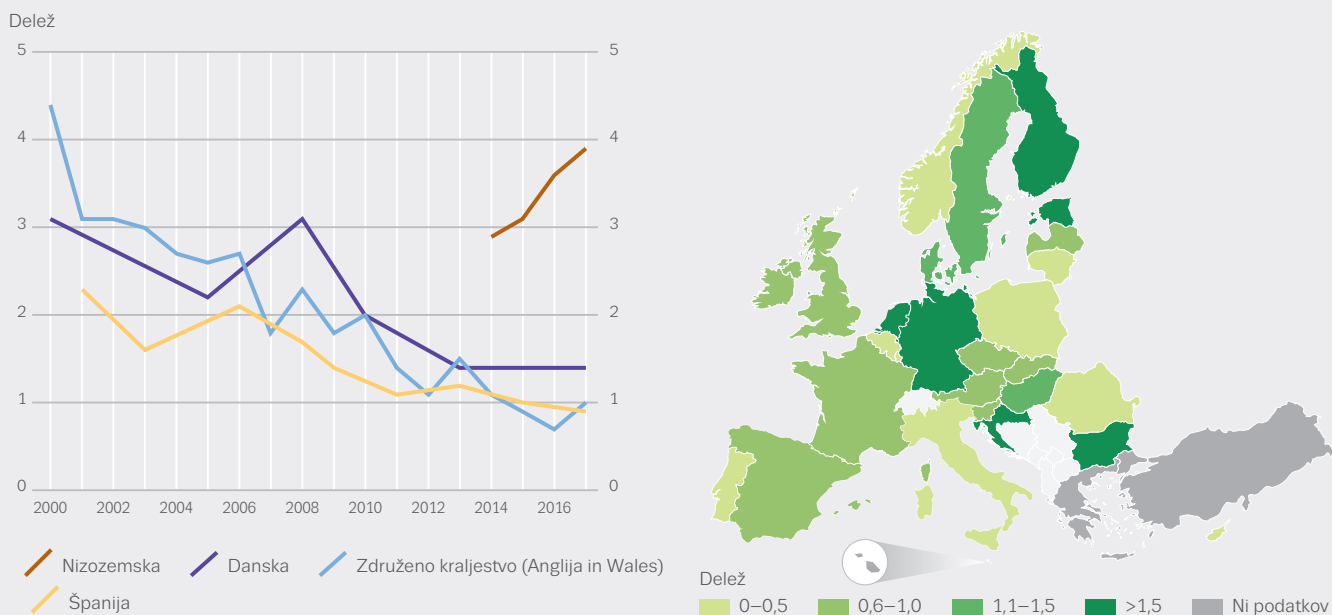
Na voljo so rezultati iz 3 044 analiz vzorcev drog, ki so jih uporabniki predložili devetim službam za preverjanje drog, ki delujejo v sedmih državah članicah EU, in sicer so bile te analize opravljene med januarjem in julijem 2018, zbrala pa jih je vseevropska mreža za informiranje o drogah (TEDI). Približno polovica vzorcev je bila preverjena na glasbenih dogodkih, približno polovica pa v svetovalnih centrih. Dvakrat več vzorcev kokaina je bilo predloženih v svetovalnih centrih, večinoma v Španiji, kot na glasbenih prireditvah.

Na splošno so bili MDMA (tablete in prašek), kokain in amfetamin tri najpogostejše predložene droge za testiranje, čeprav so med državami obstajale razlike. Amfetamin je bil redko predložen v testiranje v Belgiji in na Portugalskem, vendar je predstavljal več kot 25 % vzorcev, predloženih v Italiji in Avstriji. Nove psihoaktivne snovi, večinoma sintetični katinoni, so predstavljale samo 3 % vseh drog, predloženih v testiranje, čeprav so bile nekatere, kot sta 4-CMC in 4-CEC (sintetični katinoni), občasno prisotne kot dodatne snovi v vzorcih, ki so bili predloženi kot MDMA (slika 2.8).

Podatki o čistosti drog, pridobljeni od osmih služb za preverjanje drog v prvi polovici leta 2018, potrjujejo nedavna poročila o povečani razpoložljivosti zelo čistega MDMA in kokaina, opaženi na trgih drog v zahodni Evropi. O najvišjem povprečnem odmerku MDMA v tabletah, preizkušenim v službah za preverjanje drog, so poročali iz Belgije (182 mg). Pet služb je poročalo o posameznih tabletah, ki so vsebovale velike količine MDMA (več kot 250 mg). Na splošno za vzorce, predložene službam kot MDMA, ni bilo verjetno, da vsebujejo nepričakovane aktivne učinkovine; dodani MDMA v prahu ali tabletah je tako predstavljal manj kot 10 % vseh preizkušenih vzorcev MDMA. V teh vzorcih je bil najpogostejša dodana droga kofein. Kljub visokim povprečnim stopnjam čistosti kokaina

SLIKA 2.9

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



Opomba: o starostnih skupinah, ki niso starostne skupine 15–34, so poročali Danska, Združeno kraljestvo in Norveška (16–34), Švedska (17–34), Nemčija, Francija, Grčija in Madžarska (18–34).

(73 %) so vzorci, predloženi kot kokain, pogosto vsebovali dodatke morebitno nevarnih snovi, kot sta levamizol in fenacetin, ter lokalnih anestetikov, kot sta lidokain in tetrakain. Med vsemi snovmi, ki so jih preizkušale službe za preverjanje drog, so največ dodanih drog vsebovali vzorci, predloženi kot amfetamin, s povprečno čistostjo 34 % in pogosto z visokimi stopnjami kofeina.

Amfetamini: razlike v uporabi, trendi nespremenljivi

V Evropi se uporabljata tako amfetamin kot tudi metamfetamin, dva tesno povezana stimulansa, pri čemer pa se veliko bolj uporablja amfetamin. Uporaba metamfetamina je od nekdaj značilna za Češko in v zadnjem času tudi za Slovaško, v zadnjih letih pa uporaba narašča 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 12,4 milijona odraslih v Evropski uniji (15–64 let) ali 3,7 % te starostne skupine v življenju že poskusilo amfetamine. Številke za nedavno uporabo med mladimi odrasli (15–34 let) kažejo, da jih je v zadnjem letu

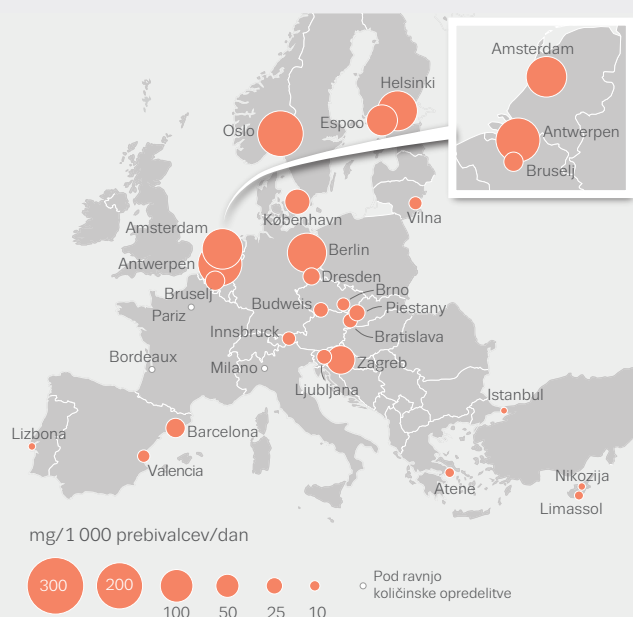
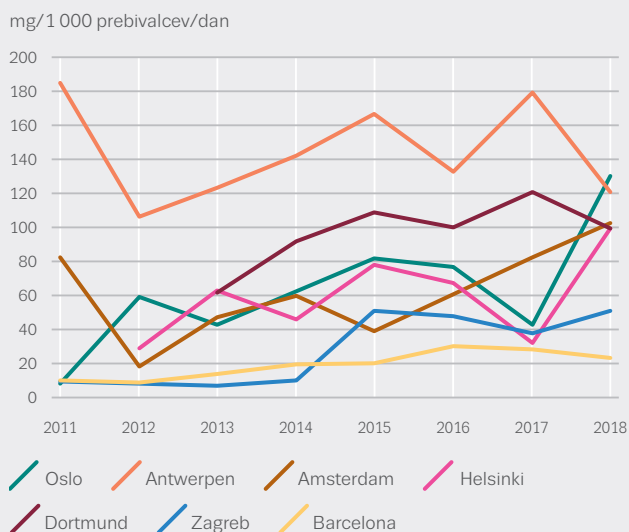
amfetamine uporabilo 1,3 milijona (1,0 %), pri čemer se najnovejše nacionalne ocene o razširjenosti uporabe gibljejo od nič na Portugalskem do 3,9 % na Nizozemskem (slika 2.9). Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da je v večini evropskih držav stanje v zvezi z uporabo amfetaminov od začetka tega stoletja razmeroma stabilno. Od držav, ki so od leta 2016 opravile nove raziskave in sporočile intervale zaupanja, ni v primerjavi s prejšnjo primerljivo raziskavo nobena poročala o večji ocenjeni uporabi, osem pa jih je poročalo o nespremenjeni in tri o manjši ocenjeni uporabi.

Statistična analiza trendov razširjenosti uporabe amfetaminov med mladimi odraslimi v zadnjem letu je mogoča le v majhnem številu držav. Dolgoročen trend upadanja je mogoče opaziti na Danskem, v Španiji in Združenem kraljestvu (slika 2.9). Četrta primerljiva raziskava iz Nizozemske kaže na naraščajoč trend.

Pojavili so se novi načini spremljanja uporabe drog v okoljih rekreativne uporabe

SLIKA 2.10

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 v obdobju 2011–2018.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

V analizi komunalnih odpadnih voda, opravljeni leta 2018, 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 (slika 2.10). Ravni amfetaminov so bile precej nižje v mestih na jugu Evrope.

Od 38 mest, ki imajo podatke za leti 2017 in 2018, jih je 21 poročalo o višji, sedem o nespremenjeni in deset o nižji ravni amfetaminov. Skupno podatki mest s podatki iz obdobja med letoma 2011 in 2018 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 najizrazitejša na Češkem in Slovaškem, zdaj prisotna tudi na Cipru, vzhodu Nemčije, v Španiji in severni Evropi (slika 2.11). Od 40 mest, ki imajo podatke o metamfetaminu v odpadnih vodah, jih je leta 2017 in 2018 pet poročalo o višji, 20 o nespremenjeni in 15 o nižji ravni masne obremenitve z metamfetaminom.

Zelo tvegana uporaba amfetaminov: veliko povpraševanje po zdravljenju

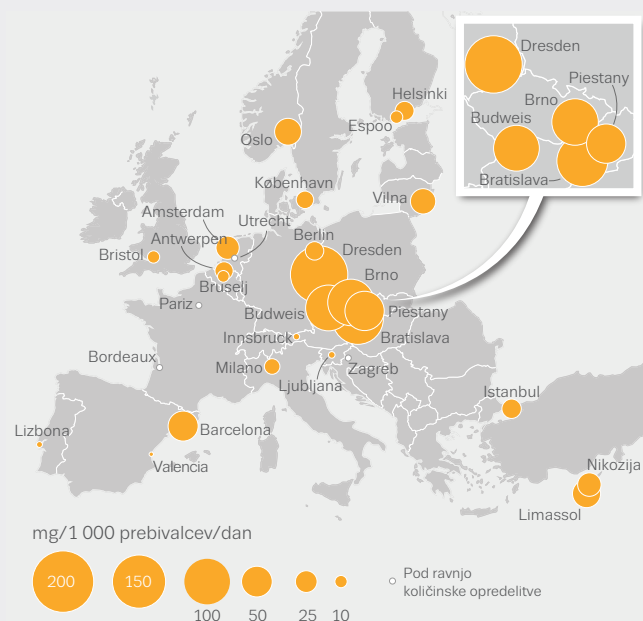
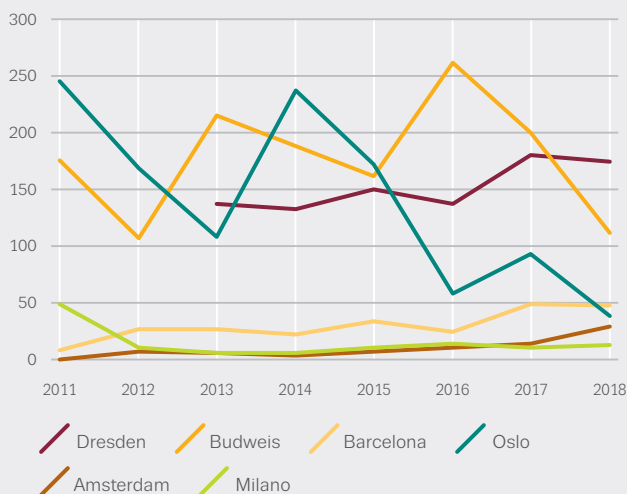
Težave, povezane z dolgotrajno in kronično uporabo amfetaminov ter uporabo amfetaminov z vbrizgavanjem se od nekdaj pojavljajo predvsem v severnoevropskih državah. Nasprotno pa so težave zaradi metamfetamina najočitnejše na Češkem in Slovaškem. V oceni za Nemčijo za leto 2015 je bilo navedeno, da je rizičnih odraslih uporabnikov amfetaminov 0,19 % oziroma 102 000. Uporabniki amfetaminov verjetno predstavljajo večino ocenjenih 2 234 (0,18 %) rizičnih uporabnikov stimulansov, o katerih je leta 2017 poročala Latvija, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 6 540 (0,46 %) leta 2010. Na Češkem je po ocenah leta 2017 delež zelo tvegane uporabe metamfetamina med odraslimi (15–64 let) predstavljal približno 0,50 % (kar ustreza 34 700 uporabnikom). To predstavlja povečanje z 20 900 uporabnikov v letu 2007, številke pa so bile zadnja leta razmeroma ustaljene. Po ocenah je delež na Cipru leta 2017 predstavljal 0,03 % ali 176 uporabnikov.

Približno 30 000 uporabnikov, ki so se v specialistično obravnavo odvisnosti od drog v Evropi vključili v letu 2017 in od katerih se jih je 12 000 v zdravljenje vključilo prvič, je kot glavno drogo navedlo amfetamine. Primarni uporabniki amfetamina predstavljajo 15 % ali več uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje, v Nemčiji, Latviji, na Poljskem in Finskem, pri čemer v Nemčiji trend narašča od

SLIKA 2.11

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

mg/1 000 prebivalcev/dan



Opomba: povprečne dnevne količine metamfetamina v miligramih na 1 000 prebivalcev. Enotedensko vzorčenje je bilo opravljeno v izbranih evropskih mestih vsako leto v obdobju 2011–2018.

Vir: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

leta 2009. Skoraj vsi uporabniki, ki se začnejo zdraviti in navajajo uporabo metamfetamina kot glavne droge, so iz Češke, Slovaške, Poljske in Turčije; te države imajo skupaj 88-odstotni delež od 5 000 uporabnikov metamfetamina, vključenih v specialistično zdravljenje v Evropi. Amfetamini so droge z najmanjšo razliko med spoloma, vendar pa

ženske še vedno predstavljajo le četrtno (26 %) uporabnikov amfetaminov. Glede načina uporabe je 14 % vseh uporabnikov, ki se začnejo zdraviti, poročalo o peroralni uporabi amfetaminov, 65 % o njuhanju in 9 % o vbrizgavanju.

UPORABNIKI AMFETAMINOV, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI



Značilnosti

26% 74%



20

Povprečna starost pri prvi uporabi

30

Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

12 200

Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

42%



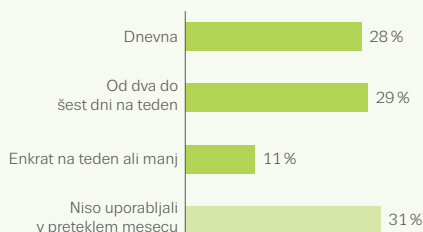
17 100

Osebe, ki so se že zdravile

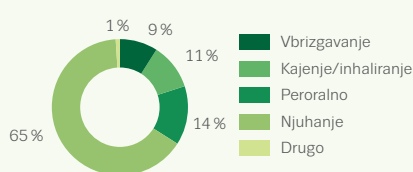
58%

Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

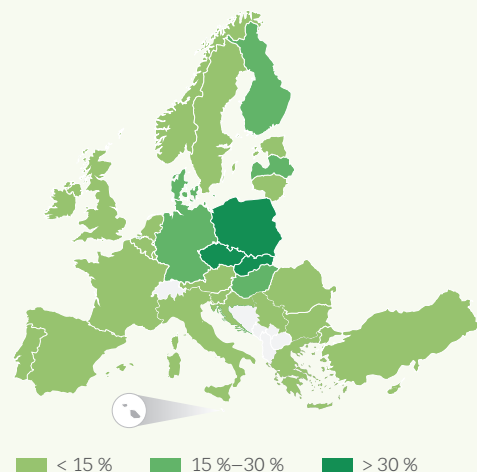
Povprečna uporaba 4,3 dni na teden



Način uporabe



Delež uporabnikov, ki se začnejo zdraviti prvič, za vse droge (%)



Opomba: razen pri zemljevidu so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo amfetamine kot glavno drogo. Podatki za Nemčijo, Švedsko in Norveško se nanašajo na uporabnike, ki kot glavno drogo uporabljajo stimulanse, ki niso kokain.

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-hidoksibutirat).

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). Razpoložljive 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 2017 poročala o 0,1-odstotni razširjenosti uporabe GHB v zadnjem letu med odraslimi (16–64 let). Leta 2017 je bila razširjenost uporabe ketamina v zadnjem letu med mladimi odraslimi (16–34 let) po ocenah 0,6-odstotna na Danskem in 1,7-odstotna v Združenem kraljestvu.

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 2017 ali zadnjem letu raziskave razširjenost uporabe med mladimi odraslimi (15–34 let) v zadnjem letu manj kot 1-odstotna za obe snovi. Izjeme so Finska (1,9 %) in Nizozemska (1,6 %) za razširjenost uporabe halucinogenih gob ter Norveška (1,1 %) in Finska (1,3 %) za razširjenost uporabe LSD.

Nove psihoaktivne snovi: majhna uporaba in vse manjše zahteve po zdravljenju

Od leta 2011 več kot polovica evropskih držav poroča o nacionalnih ocenah uporabe novih psihoaktivnih snovi (ki ne vključujejo ketamina in GHB), pridobljenih z raziskavami v splošni populaciji, pri čemer pa razlike v metodah in vprašanih raziskav omejujejo primerjave med državami. Razširjenost uporabe teh snovi v zadnjem letu med mladimi odraslimi (15–34 let) sega od 0,1 % na Norveškem do 3,2 % na Nizozemskem glede na najnovejše ugotovitve iz leta 2016, najpogosteje pa se je uporabljal 4-fluoroamfetamin (4FA). Na voljo so podatki iz raziskave o uporabi mefedrona za Združeno kraljestvo (Anglijo in Wales). V najnovejši raziskavi (2017) je bilo ocenjeno, da je bila uporaba te droge med mladimi, starimi od 16 do 34 let, v zadnjem letu 0,2-odstotna, kar pomeni zmanjšanje z 1,1 % iz obdobja 2014–2015. V najnovejših raziskavah je bilo ocenjeno, da se je uporaba sintetičnih kanabinoidov med mladimi, starimi od 15 do 34 let, v zadnjem letu gibala od 0,1 % na Nizozemskem do 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, da je uporaba teh snovi med rizičnimi uporabniki drog povzročila zdravstveno zaskrbljenost. Z zdravstvenimi in socialnimi težavami je zlasti povezana uporaba sintetičnih katinonov med injicirajočimi uporabniki opioidov in stimulansov. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da v številnih evropskih državah težavo predstavlja kajenje sintetičnih kanabinoidov v marginaliziranih skupinah, tudi med brezdomci in zaporniki.

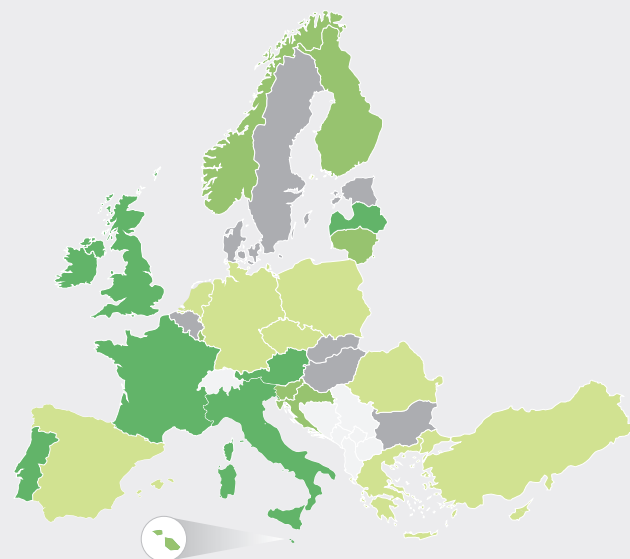
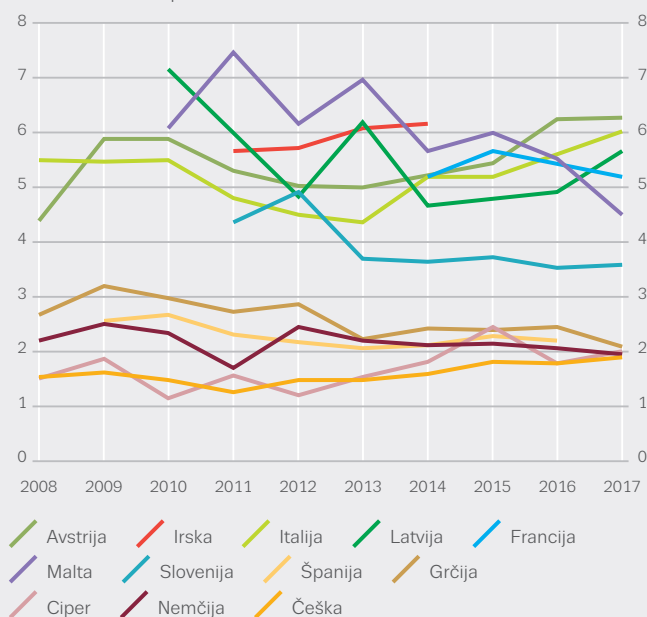
V Evropi se trenutno zaradi težav, povezanih z uporabo novih psihoaktivnih snovi, začne zdraviti le malo oseb. Kljub temu so te snovi za nekatere države pomembne. Po zadnjih podatkih je 19 % uporabnikov v Turčiji in 6 % na Madžarskem navedlo uporabo sintetičnih kanabinoidov kot glavni razlog za vključitev v specialistično obravnavo odvisnosti od drog. Težave v zvezi z uporabo sintetičnih katinonov kot glavne droge je navedlo 0,2 % uporabnikov, vključenih v zdravljenje v Združenem kraljestvu. Vse tri države pa po najnovejših podatkih poročajo o nedavnem zmanjšanju števila začetih zdravljenj, povezanih z novimi psihoaktivnimi snovmi.



SLIKA 2.12

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: v večini držav zmanjšanje števila uporabnikov, ki prvič poiščejo medicinsko pomoč zaradi težav s heroinom

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

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

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 2017. Na nacionalni ravni se ocene razširjenosti zelo tvegane uporabe opioidov gibljejo od manj kot enega do več kot osmih primerov na 1 000 prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Pet najbolj naseljenih držav v Evropski uniji, ki predstavljajo 62 % njenega prebivalstva, obsega tri četrtine (77 %) ocenjenih rizičnih uporabnikov opioidov (Nemčija, Španija, Francija, Italija in Združeno kraljestvo). Od 12 držav z rednimi ocenami zelo tvegane uporabe opioidov med letoma 2008 in 2017 Grčija, Malta, Slovenija in Španija kažejo

statistično pomembno zmanjšanje, medtem ko Češka in Irska (do leta 2014) kažeta statistično pomembno povečanje (slika 2.12).

Leta 2017 je 171 000 uporabnikov ali 35 % vseh oseb, ki so se vključile v obravnavo odvisnosti od drog v Evropi, kot glavni razlog za vključitev v specialistično obravnavo navedlo opioide. Od tega se jih je 32 000 začelo zdraviti prvič. Primarni uporabniki heroina so pomenili 78 % (20 500) uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo uporabljali opioide, kar pomeni padec za 4 700 ali 17 % uporabnikov v primerjavi z letom pred tem.

Po razpoložljivih podatkih o trendih se je število uporabnikov heroina, ki so se prvič vključili v zdravljenje, glede na najvišje vrednosti v letu 2007 več kot prepolovilo in je leta 2013 doseglo najnižjo točko, nato pa se je v zadnjih letih stabiliziralo. Med letoma 2016 in 2017 se je število uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje zaradi heroina kot glavne droge, zmanjšalo v 16 od 27 držav z razpoložljivimi podatki.

Sintetični opioidi: v Evropi so v uporabi različne snovi

Medtem ko heroin ostaja najpogostejše uporabljan prepovedan opioid, je iz več virov razvidno, da se vse bolj zlorablja dovoljeni sintetični opioidi (kot so metadon,

buprenorfin in fentanil). Med opioide, ki jih poleg heroina navajajo uporabniki, vključeni v zdravljenje, spadajo zlorabljan metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfij, tramadol in oksikodon. Takšni opioidi so zdaj prisotni pri 22 % vseh uporabnikov, ki kot glavno drogo uporabljajo opioide, v nekaterih državah pa je uporaba opioidov, ki niso heroin, najpogostejša oblika uporabe opioidov med uporabniki, ki se vključijo v specialistično zdravljenje.

Leta 2017 je 19 evropskih držav poročalo, da se več kot 10 % vseh uporabnikov opioidov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, zdravi zaradi težav, povezanih predvsem z opioidi, ki niso heroin (slika 2.13). V Estoniji je večina uporabnikov, ki so se začeli zdraviti in so kot glavno drogo navedli opioid, uporabljala fentanil, na Finskem pa je bil opioid, o katerem so uporabniki, ki so se vključili v zdravljenje, najpogostejše poročali kot o glavni drogi, buprenorfin. O zlorabi buprenorfina poroča okrog 22 % uporabnikov opioidov na Češkem, o zlorabi metadona pa 33 % uporabnikov opioidov v Nemčiji in 19 % na Danskem. Na Cipru in Poljskem se začne 20–50 % 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 opioidi, navedli v splošnem poglavju o opioidih.

UPORABNIKI HEROINA, KI SE ZAČNEJO ZDRAVITI

Značilnosti

20% 80%



24
35

Povprečna starost pri prvi uporabi

Povprečna starost ob začetku prvega zdravljenja

23 500

Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič

115 000

Osebe, ki so se že zdravile

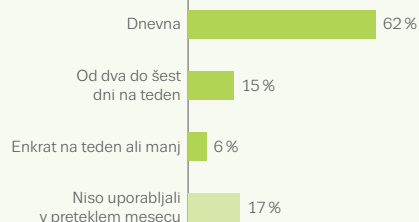
17%

83%

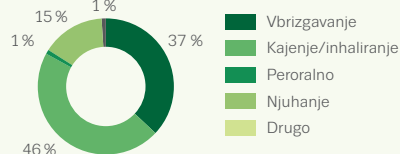


Pogostost uporabe v zadnjem mesecu

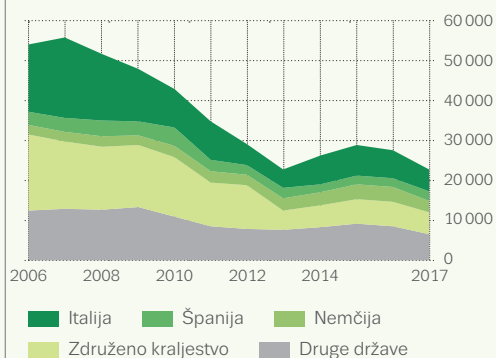
Povprečna uporaba 5,9 dni na teden



Način uporabe



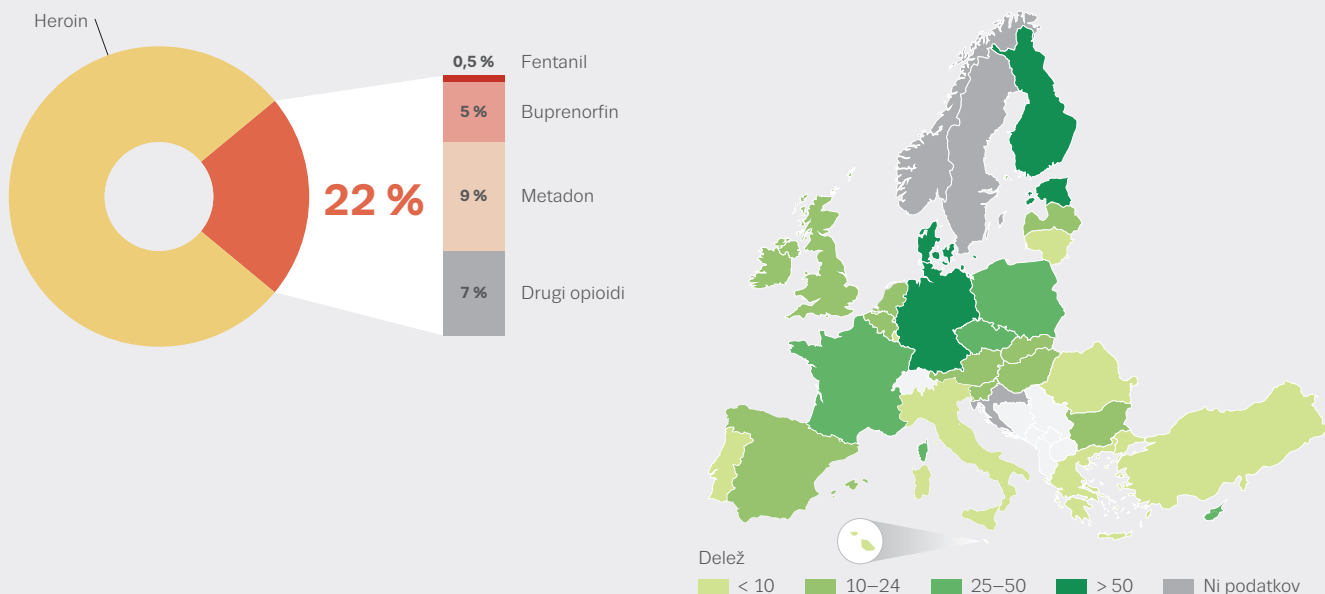
Trendi pri uporabnikih, ki so se začeli zdraviti prvič



Opomba: razen pri trendih so podatki za vse uporabnike, ki se začnejo zdraviti in uporabljajo heroin kot glavno drogo. Podatki za Nemčijo veljajo 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 24 držav. V grafikon trendov so vključene samo države s podatki za vsaj 11 od 12 let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let. Zaradi sprememb v pretoku podatkov na nacionalni ravni podatkov za Italijo od leta 2014 ni mogoče primerjati s podatki iz predhodnih let. Zaradi sprememb sistema poročanja so skupne vrednosti za leto 2017 za Nemčijo ocenjene na podlagi podatkov za leto 2016.

SLIKA 2.13

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



Uporaba drog z vbrizgavanjem med novimi uporabniki heroina še naprej upada

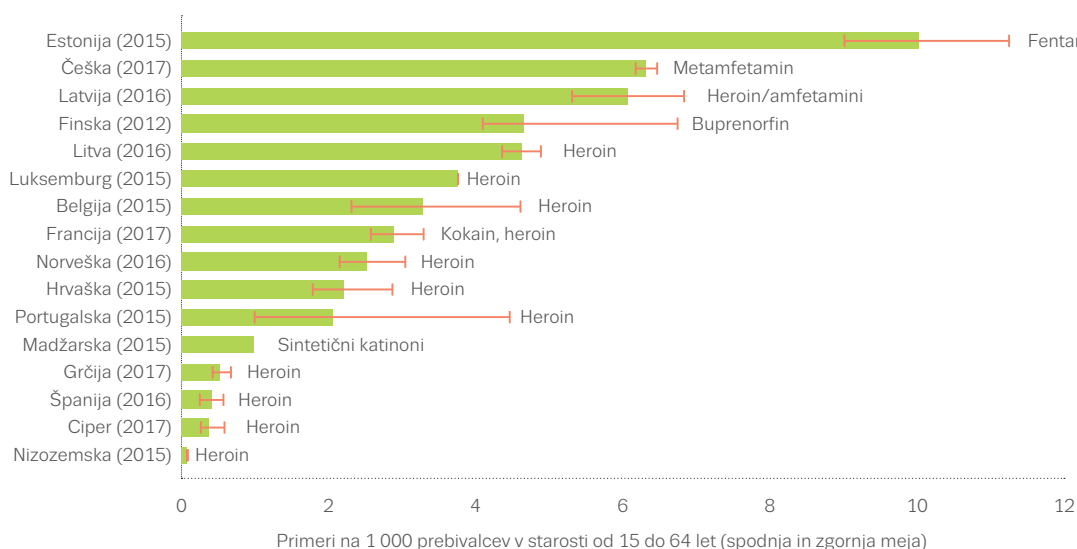
Uporaba drog z vbrizgavanjem se najpogosteje povezuje z opiodi, v nekaj državah pa je tudi pogosto vbrizgavanje stimulansov, kot so amfetamini in kokain.

Ocene o razširjenosti uporabe drog z vbrizgavanjem od leta 2012, ki so na voljo le za 16 držav, se gibljejo od manj kot enega primera do več kot deset 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 podobno visoko raven uporabe dve drogi. Večina (14) držav kot glavno drogo, ki se vbrizgava, navaja opioide (glej sliko 2.14). V 12 od teh držav omenjajo heroin, na Finskem buprenorfin in v Estoniji fentanil. Stimulansi se kot glavna droga, ki se vbrizgava, navajajo v štirih državah; kjer snovi, ki se uporabljajo, vključujejo sintetične katinone (Madžarska), kokain (Francija), amfetamin (Latvija) in metamfetamin (Češka).

Uporaba drog z vbrizgavanjem se najpogosteje povezuje z opiodi

SLIKA 2.14

Uporaba drog z vbrizgavanjem: zadnje ocene razširjenosti vbrizgavanja katere koli droge v zadnjem letu in glavna injicirana droga

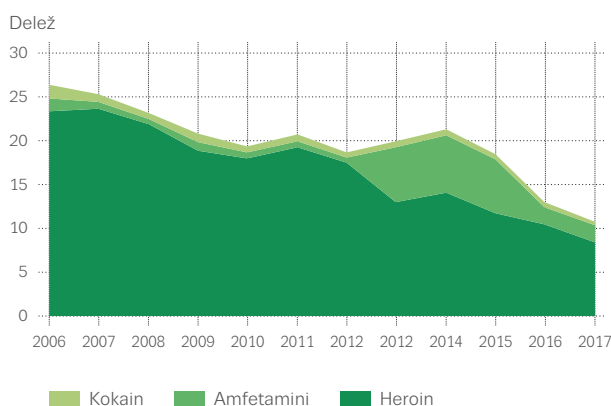


Med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje leta 2017 in so kot glavno drogo navedli heroin, jih je 25 % poročalo o vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe, kar pomeni zmanjšanje v primerjavi s 43-odstotnim deležem leta 2006. V tej skupini se delež injicirajočih uporabnikov med državami razlikuje in sega od 8 % v Španiji do več kot 90 % v Latviji. O vbrizgavanju kot glavnem načinu uporabe poroča manj kot 1 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli kokain, in 9 % uporabnikov, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli amfetamine. Na celotno sliko o amfetaminskih vpliva Češka, ki predstavlja več kot 50 % 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 26 % v letu 2006 zmanjšalo na 11 % v letu 2017 (slika 2.15).

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 obravnavo odvisnosti od drog v nekaterih državah, ter uporabniki, vključeni v program zamenjave injekcijskih igel na Madžarskem. V nedavni študiji centra EMCDDA je deset držav poročalo o vbrizgavanju sintetičnih katinonov, pogosto z drugimi stimulansi. O tem najpogosteje poročajo v okviru seksualnih zabav med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi.

SLIKA 2.15

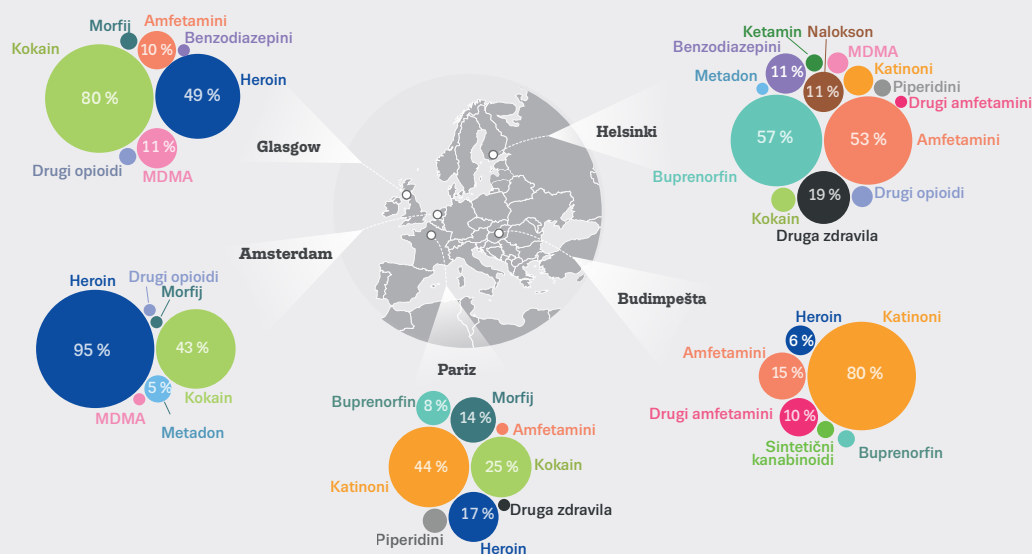
Injiciranje med uporabniki, ki so se prvič vključili v zdravljenje in so kot glavno drogo navedli heroin, kokain ali amfetamine: delež uporabnikov, ki kot glavni način uporabe navajajo vbrizgavanje



Opomba: trendi temeljijo na 21 državah s podatki za vsaj devet od 11 let.

SLIKA 2.16

Ostanki drog v uporabljenih brizgah v izbranih evropskih mestih



Opomba: površina kroga je sorazmerna z odstotkom brizg na posamezni lokaciji, kjer je bila snov odkrita. V eni brizgi se lahko zazna več kot ena snov. Študija je bila izvedena leta 2017.

Vir: evropska mreža podjetij za zbiranje brizg in analitične projekte (ESCAPE).

Vpogled v podatke o ostankih iz brizg: pogosto najdeni stimulanse

Podatke o obravnavi odvisnosti od drog in ocenah zelo tvegane uporabe drog je mogoče dopolniti z ugotovitvami evropske mreže podjetij za zbiranje brizg in analitične projekte (ESCAPE), ki z analizo preostale vsebine uporabljenih brizg zbira informacije o injiciranih snoveh. Brizge so zbirali leta 2017, in sicer iz smetnjakov cestnih avtomatov s kompleti za injiciranje in pri službah za zmanjševanje škode v mreži petih kontrolnih mest EU: Amsterdam, Budimpešta, Glasgow, Helsinki in Pariz. Vsebinsko 1 288 uporabljenih brizg so testirali v petih laboratorijih.

Rezultati kažejo, da se injicirane snovi med mesti in znotraj njih razlikujejo (slika 2.16). Velik delež brizg v vseh petih mestih je vseboval stimulanse; pogosto so našli kokain, amfetamine in sintetične katinone. Polovica preverjenih brizg je vsebovala sledi dveh ali več drog, najpogostejša kombinacija pa je bila mešanica stimulansa in opioda. Kjer so našli benzodiazepine, so bili ti pogosto v brizgah z opiodi.

**Polovica preverjenih
brizg je vsebovala
dve drogi ali več**

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

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

Drugs in syringes from six European cities: results from the ESCAPE project, Rapid communications.

2018

Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Trendspotter manual: a handbook for the rapid assessment of emerging drug-related trends, Manuals.

Cannabis and driving: questions and answers for policymaking, Rapid communications.

Monitoring drug use in recreational settings across Europe: conceptual challenges and methodological innovations, Technical reports.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, 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.

Skupne publikacije centra EMCDDA in projekta ESPAD

2016

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

Vse publikacije so na voljo na

www.emcdda.europa.eu/publications

3

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

Težave, povezane z drogami, in odzivi nanje

Znano je, da uporaba prepovedanih drog prispeva k svetovnemu bremenu bolezni. Z uporabo prepovedanih drog so povezane kronične in akutne zdravstvene težave, te pa se še stopnjujejo zaradi različnih dejavnikov, vključno z lastnostmi snovi, načinom uporabe, ranljivostjo posameznika in družbenim okoljem, v katerem se droge uporabljajo. Med kronične težave spadajo odvisnost in nalezljive bolezni, povezane z drogo, na drugi strani pa obstaja vrsta akutnih težav, med katerimi so najboljše dokumentirane težave zaradi prevelikega odmerka. Čeprav je uporaba opioidov razmeroma redka, je še vedno vzrok za velik delež obolevnosti in smrtnih primerov, povezanih z uporabo drog. Tveganje povečuje uporaba drog z vbrizgavanjem. Na drugi strani je sicer očitno, da je obseg zdravstvenih težav, povezanih z uporabo konoplje, manjši, vendar 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.

Spremljanje težav, povezanih z drogami, in odzivov nanje

Informacije o zdravstvenih in družbenih odzivih na uporabo drog, vključno s strategijami za boj proti drogam in javnimi izdatki v zvezi z obravnavo problematike drog, centru EMCDDA zagotavljajo nacionalne kontaktne točke in delovne skupine strokovnjakov mreže Reitox. Kjer bolj določno oblikovan nabor podatkov ni na voljo, se dodatne informacije o razpoložljivosti ukrepov zagotavljajo na podlagi ocen strokovnjakov. V tem poglavju so upoštevani tudi pregledi znanstvenih dokazov o učinkovitosti javnozdravstvenih ukrepov. Dodatne informacije je mogoče najti na spletišču centra EMCDDA v oddelku *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Zdravstveni in družbeni odzivi na problematiko drog: evropski vodnik) in ustreznem spletnem gradivu ter na portalu o najboljših praksah *Best practice portal*.

Nalezljive bolezni, povezane z drogami, ter umrljivost in obolevnost, povezani z uporabo drog, so glavne zdravstvene težave, ki jih sistematično spremlja center EMCDDA. S tem povezane podatke 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 oddelku *Key epidemiological indicators* (Ključni epidemiološki kazalniki), Statističnem biltenu in oddelku *Action on new drugs* (Ukrepi glede novih drog).

Priprava učinkovitih, z dokazi podprtih odzivov in samo odzivanje na težave v zvezi z drogami sta v ospredju evropskih politik na področju drog in vključujeta najrazličnejše ukrepe. Pristopa preprečevanja in zgodnjega ukrepanja sta namenjena preprečevanju uporabe drog in s tem povezanih težav, medtem ko je zdravljenje, vključno s psihosocialnim in farmakološkim pristopom, primarni odziv na odvisnost. Nekateri osrednji ukrepi, kot so nadomestno zdravljenje z opiodi ter programi zamenjave injekcijskih igel in brizg, so bili deloma razviti kot odgovor na uporabo opiodov z vbrizgavanjem in s tem povezane težave, zlasti širjenje nalezljivih bolezni in smrtne primere zaradi prevelikega odmerka. Ker se težave z drogami spreminjajo, je treba razviti in ovrednotiti nove pristope, od katerih so nekateri obravnavani v nadaljevanju.

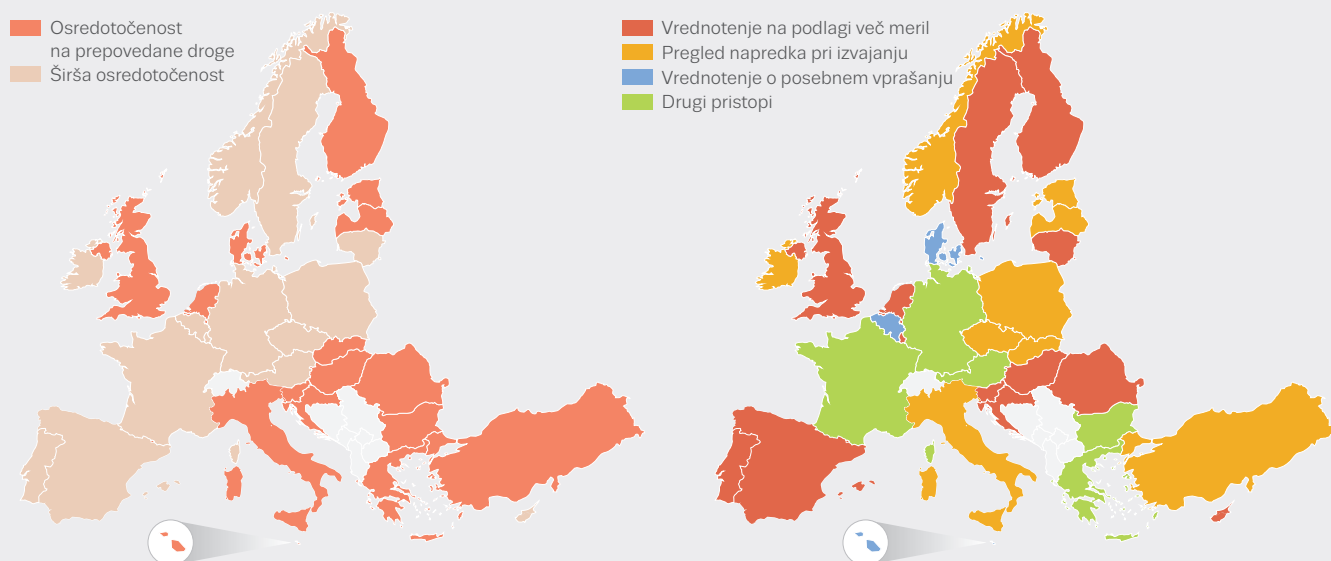
Strategije za boj proti drogam: pristopi k vrednotenju

Skoraj polovica od 30 držav, ki jih spremlja center EMCDDA, v svoje nacionalne strategije za boj proti drogam zdaj vključuje različne kombinacije vprašanj, ki se nanašajo na snovi in vedenjsko zasvojenost. Ta načrtovalna orodja

uporabljajo vlade za pripravo svojega splošnega pristopa in posebnih odzivov na različne zdravstvene, družbene in varnostne razsežnosti težav, povezanih z drogami. Medtem ko se nacionalna politika Danske na področju drog kaže v številnih strateških dokumentih, zakonih in konkretnih ukrepih, imajo vse druge države nacionalno strategijo za boj proti drogam. V 14 državah je politika osredotočena širše, v njej pa se upoštevajo tudi druge snovi, ki povzročajo zasvojenost, in vedenjska zasvojenost (glej sliko 3.1). Decentralizirane državne uprave Škotske, Walesa in Severne Irske v Združenem kraljestvu pa imajo splošne strateške dokumente, in če se upoštevajo ti trije dokumenti, se skupno število splošnih strategij za boj proti prepovedanim drogam poveča na 17. Ti splošni dokumenti se osredotočajo predvsem na prepovedane droge, med njimi pa so 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, osem jih vključuje tudi druga ravnanja, ki povzročajo zasvojenost, kot je igranje iger na srečo. Vse nacionalne strategije za boj proti drogam ne glede na osredotočenost izrecno podpirajo uravnotežen pristop k politiki na področju drog, predstavljen v strategiji EU na področju drog (2013–2020) in akcijskem načrtu (za

SLIKA 3.1

Osredotočenost nacionalnih strateških dokumentov (levo) in metoda vrednotenja (desno) leta 2018



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, imajo Škotska, Wales in Severna Irska obsežne strateške dokumente, ki vključujejo alkohol.

obdobje 2017–2020), v katerih je enak poudarek na pomenu zmanjševanja povpraševanja po drogah in zmanjševanja ponudbe drog. Ta strategija z razširjenim obsegom uporabe vključuje možnost za doseganje bolj celostnega pristopa k javnemu zdravju, pa tudi izzive v smislu usklajevanja izvajanja, spremljanja in vrednotenja.

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 2018 so države poročale o nedavno opravljenih 13 vrednotenjih na podlagi več meril, devetih pregledih napredka pri izvajanju in treh vrednotenjih o posebnem vprašanju, medtem ko je pet 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 vrednotenij s prav tako širšo osredotočenostjo. Doslej so vrednotenja širše osredotočenih strategij objavili Francija, Luksemburg, Švedska in Norveška.

Preprečevanje uporabe snovi: okoljski pristopi

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

„Islandski model“ preprečevanja, ki vključuje dosledno uporabo kombinacije učinkovitih načel preprečevanja na ravni populacije, je bil nedavno deležen precejšnje mednarodne pozornosti. Ta pristop vključuje nadzorovan prosti čas po pouku s splošnim dostopom do športnih in kulturnih dejavnosti za mlade, poleg tega pa še starševsko spremljanje in policijske ure za mlajše od 18 let. V Evropi so islandski model uvedli v nekaterih občinah v Španiji, na Nizozemskem in v Romuniji. Potrebno bo nadaljnje vrednotenje, da se pojasni, ali je precejšnje zmanjšanje uporabe snovi, opaženo na Islandiji v zadnjem desetletju, ki je primerljivo z upadom uporabe snovi pri mladostnikih v nekaterih drugih evropskih državah, povezano predvsem s strategijo države na področju preprečevanja in politiko o alkoholu oziroma ali so pomembni tudi drugi dejavniki.

Islandski model temelji na pristopu varstva okolja, ki temelji na zamisli, da je s spremembo fizičnih, gospodarskih in

regulativnih vidikov okolja, ki nudijo ali zmanjšujejo možnosti za oblikovanje vedenja, neželeno vedenje mogoče spremeniti, to pa lahko privede do zmanjšanja sprejemljivosti, normalnosti in prepoznavnosti tovrstnih vedenj. Ukrepi lahko vključujejo ureditev razpoložljivosti in določanja cen snovi, zmanjšanje velikosti odmerkov alkohola in zmanjšanje gostote prodajnih mest.

Načela varstva okolja imajo tudi osrednjo vlogo pri igri lepega vedenja, programa, zasnovanega na podlagi priročnika in namenjenega osnovnošolskim otrokom, ki je v nekaterih raziskovalnih študijah izkazal koristne učinke. Namenjen je zmanjšanju tveganega vedenja z uporabo vedenjskih spodbud na ravni skupine, da se okrepijo pozitivne norme in pravila. Na širši ravni sta spremenjeni status in zmanjšanje kajenja cigaret v številnih državah EU verjetno dober primer pristopa varstva okolja v praksi.

Poklicno usposabljanje se zdi pomembno za uspešno uvedbo preventivnih pristopov. V nedavni pobudi je bil uveden evropski program univerzalnega preprečevanja, ki temelji na dokazih in mednarodnih standardih in je namenjen regionalnim ali lokalnim oblikovalcem odločitev in mnenj. V letu 2018 se je program na neki stopnji izvajal v eni tretjini držav članic EU.

**Vse evropske države vrednotijo
svoje nacionalne strategije
na področju drog**

SLIKA 3.2

Spekter aplikacij m-zdravja, ki temeljijo na osnovnih ciljih



Odzivanje na uporabo drog: nove tehnologije

Ukrepi za preprečevanje uporabe in obravnavo odvisnosti od drog se nenehno razvijajo in uporaba novih digitalnih rešitev, vključno z uporabo računalniško podprtih tehnologij, se povečuje. Digitalni ukrepi („aplikacije“) lahko zajemajo uporabo različnih naprav, od namiznih računalnikov do mobilnih naprav, vedno pogostejše pa vključujejo tudi pametne telefone. Te mobilne aplikacije ali aplikacije m-zdravja se uporabljajo za številne namene, vključno s preprečevanjem uporabe drog, zmanjševanjem škode, digitalnim ozaveščanjem na platformah družbenih medijev, spremljanjem in nadzorom bolnikov ter izvajanjem zdravljenja (slika 3.2). Nekatere aplikacije zagotavljajo praktično pomoč, med drugim glosarje, informacije in nasvete o drogah. Inovativen primer je uporaba geolokacije za pomoč injicirajočim uporabnikom drog pri iskanju mest za prevzem in zamenjavo brizg. Druge aplikacije temeljijo na učinkovitih preventivnih tehnikah, kot so pristopi na področju družbenih norm, in izzivih napačnega dojetja v zvezi z uporabo drog med vrstniki. Čeprav je javnosti zdaj na voljo veliko aplikacij m-zdravja, so v nedavni študiji centra EMCDDA ugotovili, da jih je bilo le malo znanstveno ocenjenih, standardi kakovosti so bili pomanjkljivi, obstajala pa je tudi zaskrbljenost glede varstva podatkov.

Prav tako se preučuje uporaba tehnologije virtualne resničnosti kot sredstva za zagotavljanje zdravljenja z izpostavljenostjo. Z uporabo slušalk za virtualno resničnost se ustvarijo realistična in potopitvena okolja, povezana z drogami, ki zbujajo željo, bolniki pa se usposablajo na področju tehnik za njeno obvladovanje.

Obravnava odvisnosti od drog: prevladujejo službe za izvenbolnišnično zdravljenje

Obravnava odvisnosti od drog ostaja primarni ukrep, ki se uporablja za posameznike, ki se soočajo s težavami pri uporabi drog, vključno z odvisnostjo. Zato je ključni cilj politike zagotavljanje dobrega dostopa do primernih služb za zdravljenje odvisnosti.

Obravnava odvisnosti od drog v Evropi večinoma poteka v izvenbolnišničnih ustanovah, pri čemer so glede na število uporabnikov drog, ki jih obravnavajo, najpogostejši izvajalci zdravljenja specialistični centri za zdravljenje (slika 3.3). Drugi največji izvajalci so agencije za izvajanje programov zmanjševanja škode, tem pa sledijo zdravstveni domovi in centri za splošno ali duševno zdravje. Ta kategorija vključuje ambulate splošnih zdravnikov, ki so pomembni predpisovalci nadomestnega zdravljenja z opiodi v nekaterih velikih državah, kot sta Francija in Nemčija. Drugje, na primer na Poljskem in v Sloveniji, imajo osrednjo vlogo pri zagotavljanju zdravljenja izvenbolnišnični centri za duševno zdravje.

V Evropi manjši delež obravnave odvisnosti od drog poteka v bolnišničnih ustanovah, zlasti 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.

Dostop do obravnave odvisnosti od drog: najpogostejša je samonapotev

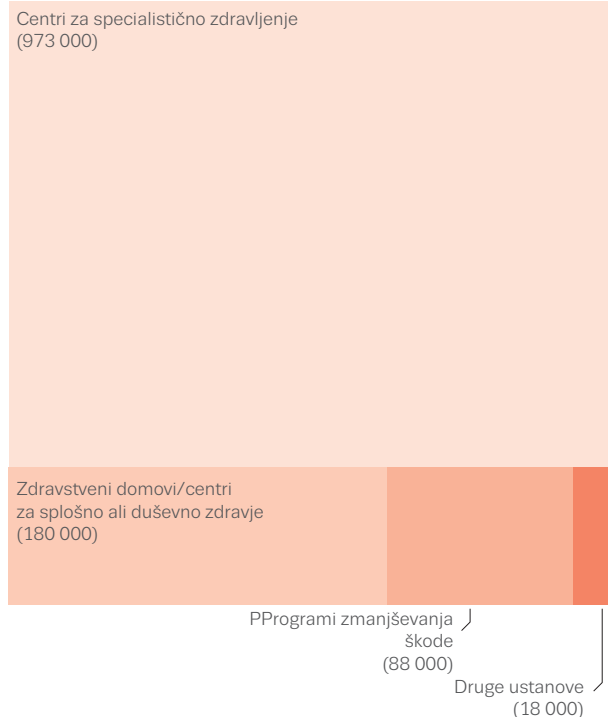
Ocenjuje se, da se je v Evropski uniji v letu 2017 zaradi uporabe prepovedanih drog zdravilo 1,2 milijona ljudi (1,5 milijona, če se upoštevata še Norveška in Turčija). Še vedno je najpogostejši način za vključitev v specialistično obravnavo odvisnosti od drog samonapotev. Ta lahko vključuje napotitev na pobudo družinskih članov ali prijateljev; po tej poti se je leta 2017 v specialistično zdravljenje odvisnosti od drog v Evropi vključila več kot polovica (54 %) uporabnikov. Približno 17 % uporabnikov je

**Obravnava odvisnosti od drog
v Evropi večinoma poteka
v izvenbolnišničnih ustanovah**

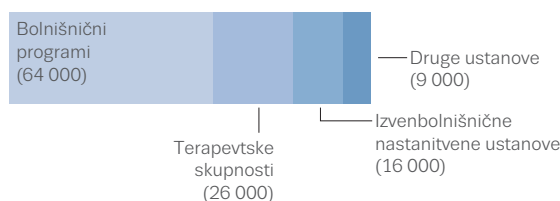
SLIKA 3.3

Število uporabnikov v Evropi, ki so se leta 2017 zdravili zaradi odvisnosti od drog, po ustanovi

Izvenbolnišnične ustanove



Bolnišnične ustanove



Zapori

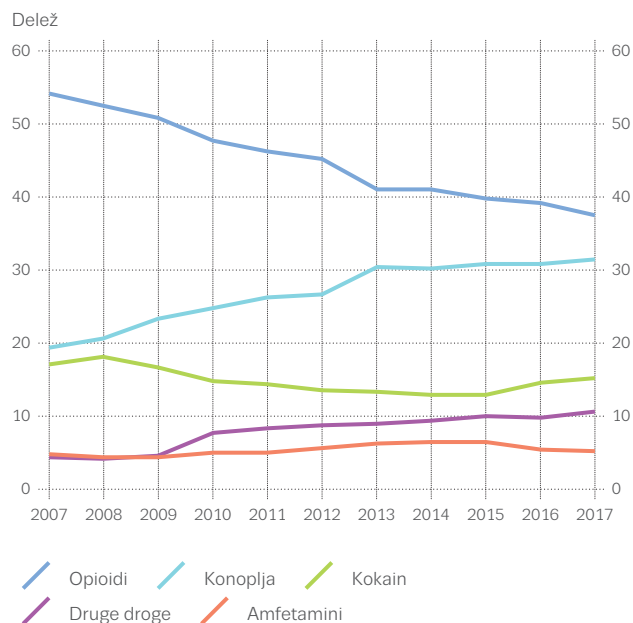


bilo na zdravljenje napotenih v okviru kazenskopravnega sistema, 15 % pa so jih napotile zdravstvene, izobraževalne in socialne službe, vključno z drugimi centri za obravnavo odvisnosti od drog. V številnih državah so vzpostavljeni sistemi za preusmeritev storilcev kaznivih dejanj, povezanih z drogo, stran od kazenskopravnega sistema v programe obravnave odvisnosti od drog. To lahko vključuje sodno odločbo, ki narekuje obiskovanje zdravljenja, ali pogojno kazen, ki je odvisna od obiskovanja zdravljenja.

Leta 2017 se je med državami z več kot 100 uporabniki, napotenimi na zdravljenje v okviru kazenskopravnega sistema, delež oseb, ki so se v zdravljenje vključili na ta način, gibal od manj kot 5 % na Češkem, v Grčiji, na Nizozemskem in Poljskem do približno 70 % na

SLIKA 3.4

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

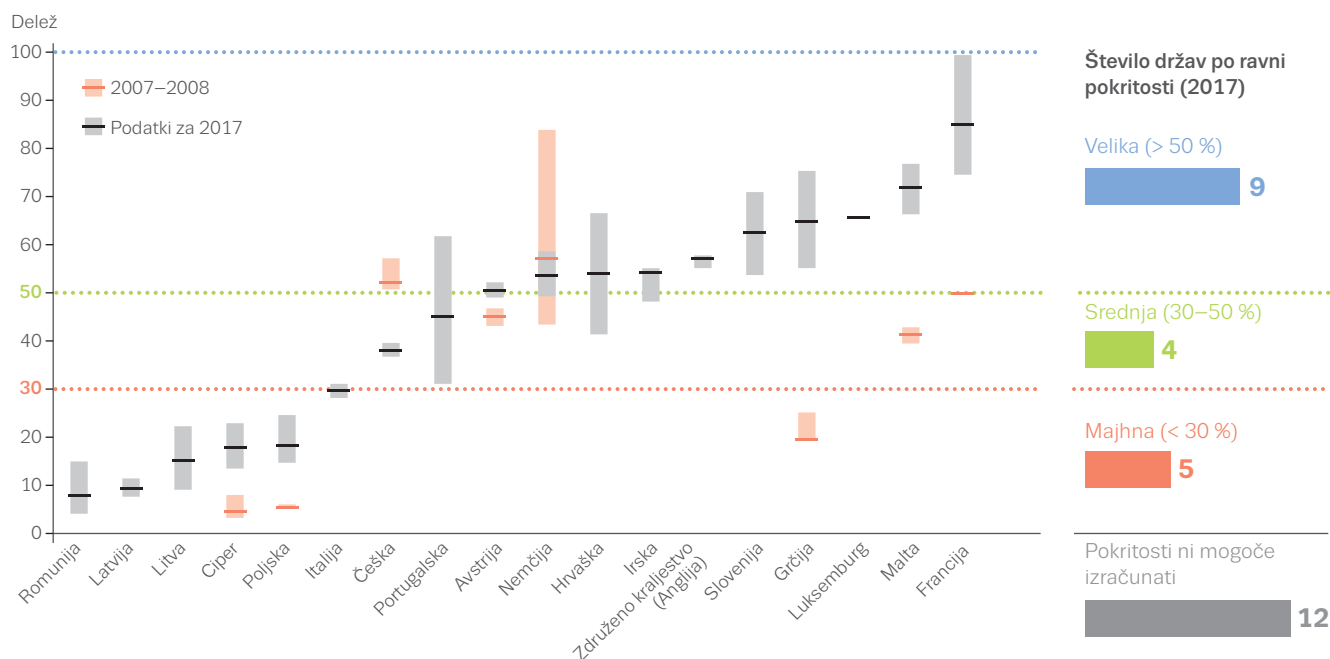


Madžarskem. Na splošno so v okviru kazenskopravnega sistema na zdravljenje najpogosteje napoten primarni uporabniki konoplje, najredkeje pa primarni uporabniki opioidov.

Za poti, po katerih gredo uporabniki v okviru obravnave odvisnosti od drog, so pogosto značilni vključenost različnih služb, večkratna vključitev v zdravljenje in različen čas trajanja obravnave. Uporabniki opioidov so največja skupina uporabnikov, ki se vključijo v specialistično zdravljenje, zanje pa se predvsem v obliki nadomestnega zdravljenja porabi največji delež razpoložljivih sredstev za zdravljenje. Druga in tretja največja skupina, ki se vključujeta v zdravljenje odvisnosti od drog, so uporabniki konoplje in kokaina (slika 3.4). Storitve, ki so na voljo za te uporabnike, so pogosto bolj raznolike, vendar običajno temeljijo na eni od oblik psihosocialnih ukrepov. Rezultati analize podatkov o specializiranem zdravljenju iz desetih evropskih držav med letoma 2014 in 2017 zagotavljajo vpogled v poti zdravljenja. Od 300 000 prijavljenih uporabnikov, ki so se zdravili v teh državah, jih je bila več kot polovica več kot eno leto vključena v kontinuirano zdravljenje, pri čemer so imeli mnogi med njimi težave v zvezi z uporabo opioidov, zlasti heroina. Preostali uporabniki so se v zdravljenje vključili v navedenem letu. Od teh se jih je 16 % v zdravljenje vključilo prvič v življenju, 28 % pa se jih je v zdravljenje ponovno vključilo po začetku zdravljenja v predhodnem letu. Ti podatki odražajo ponavljajočo se in dolgoročno naravo številnih težav, povezanih z drogami.

SLIKA 3.5

Razširjenost nadomestnega zdravljenja z opiodi (delež ocenjenega števila rizičnih uporabnikov opiodov, zajetih z ukrepom) leta 2017 ali v zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, in v letih 2007–2008



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

Nadomestno zdravljenje z opiodi: različne ravni pokritosti

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

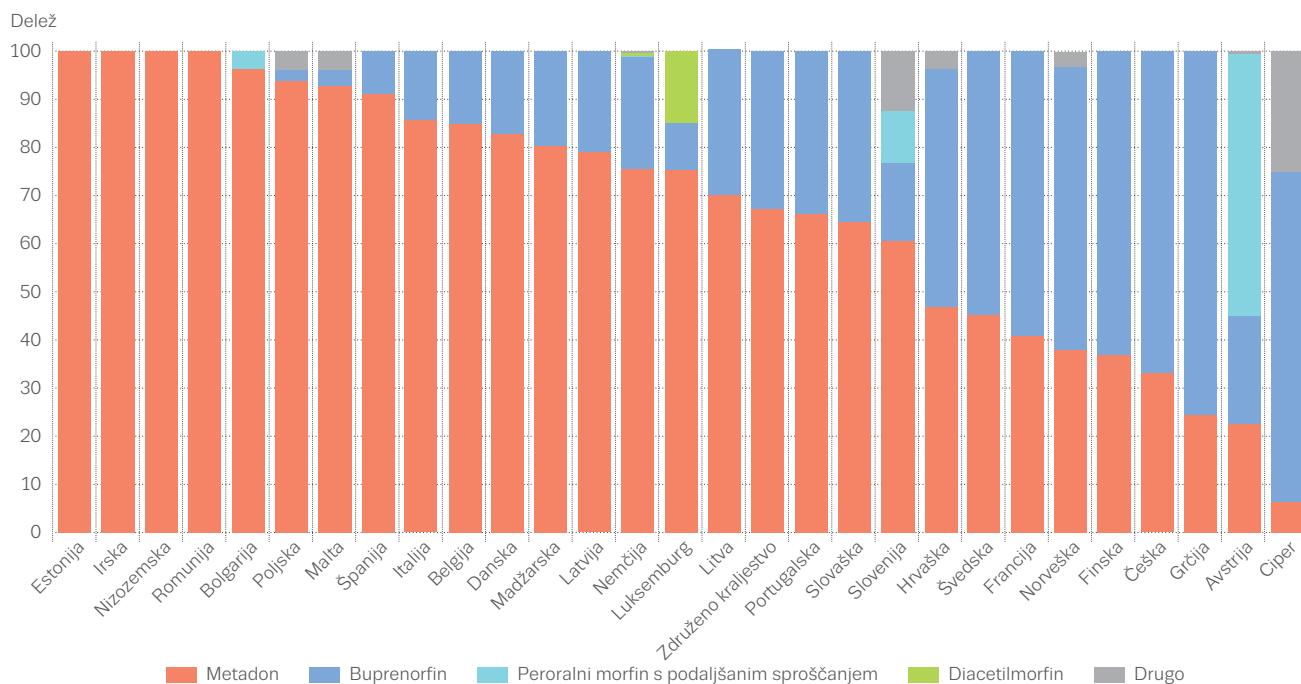
Ocenjuje se, da je bilo leta 2017 v nadomestno zdravljenje v Evropski uniji vključenih 654 000 uporabnikov opiodov (662 000, če se upošteva še Norveška). Po stalnem upadanju med letoma 2010 in 2015 se je skupno število na ravni EU za leto 2017 povečalo za 4 % v primerjavi s predhodnim letom. Med letoma 2015 in 2017 je bilo opaženo povečanje v 17 državah, vključno s Švedsko (21 %), Romunijo (21 %) in Italijo (16 %), medtem ko so o nedavnem zmanjšanju poročali v devetih državah, ki poročajo, vključno z Litvo (18 %) in Ciprom (17 %).

Na podlagi primerjave s trenutnimi ocenami števila rizičnih uporabnikov v Evropi je mogoče sklepati, da jih je skupno približno polovica vključenih v nadomestno zdravljenje, vendar so med državami razlike v pokritosti (slika 3.5), ki je ponekod pod priporočljivimi ravnmi. Skupno se je glede na države, v katerih so za primerjavo na voljo podatki za leto 2007 ali 2008, obseg pokritosti na splošno povečal.

Metadon je najpogostejše predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi, ki ga prejmeta skoraj dve tretjini (63 %) uporabnikov, vključenih v nadomestno zdravljenje v Evropi. Nadaljnjih 34 % uporabnikov se zdravi z zdravili na osnovi buprenorfina, ki je glavno zdravilo za nadomestno zdravljenje v osmih državah (slika 3.6). Druge snovi, kot sta morfin s podaljšanim sproščanjem ali diacetilmorfin (heroin), se predpisujejo redkeje in jih po ocenah prejema 3 % uporabnikov, vključenih v nadomestno zdravljenje v Evropi. Evropska kohorta uporabnikov, vključenih v nadomestno zdravljenje, se stara, pri čemer je večina uporabnikov zdaj stara več kot 40 let in se običajno zdravi več kot dve leti. V vseh evropskih državah so za uporabnike opiodov na voljo tudi druge oblike zdravljenja, vendar se uporabljajo redkeje. V 11 državah, za katere so na voljo podatki, ima med 2 % in 17 % vseh uporabnikov opiodov, ki so vključeni v zdravljenje, oskrbo, ki ne vključuje nadomestnega zdravljenja z opiodi.

SLIKA 3.6

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



Opomba: na Nizozemskem je približno 10 % uporabnikov, ki prejemajo metadon, predpisan tudi diacilmorfin. Na Finskem buprenorfin vključuje zdravilo samo ali v kombinaciji z naloksonom. Podatki za Združeno kraljestvo so samo za Wales.

UPORABNIKI, VKLJUČENI V NADOMESTNO ZDRAVLJENJE Z OPIOIDI

Populacija

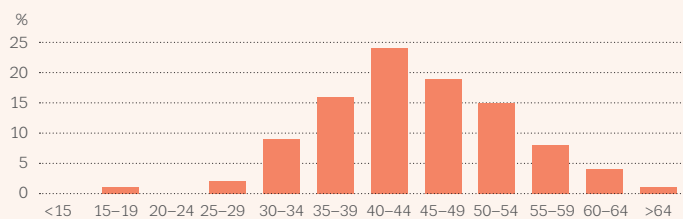
654 000 EU

662 000 EU + Norveška

25% 75%



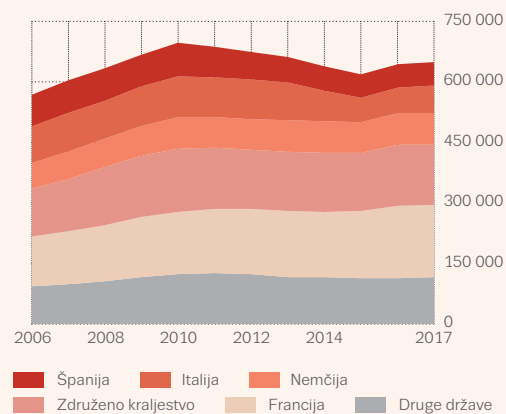
Porazdelitev po starosti



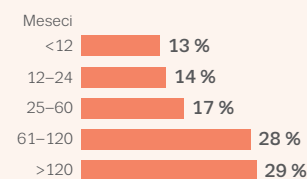
Vrsta zdravila



Trendi števila primerov nadomestnega zdravljenja



Trajanje zdravljenja



Opomba: V grafikon trendov so vključene samo države s podatki za vsaj 8 od 11 let. Manjkajoče vrednosti so interpolirane iz sosednjih let.

SLIKA 3.7

Odzivanje na težave, povezane z drogami: izdatki in izvedbeni mehanizmi

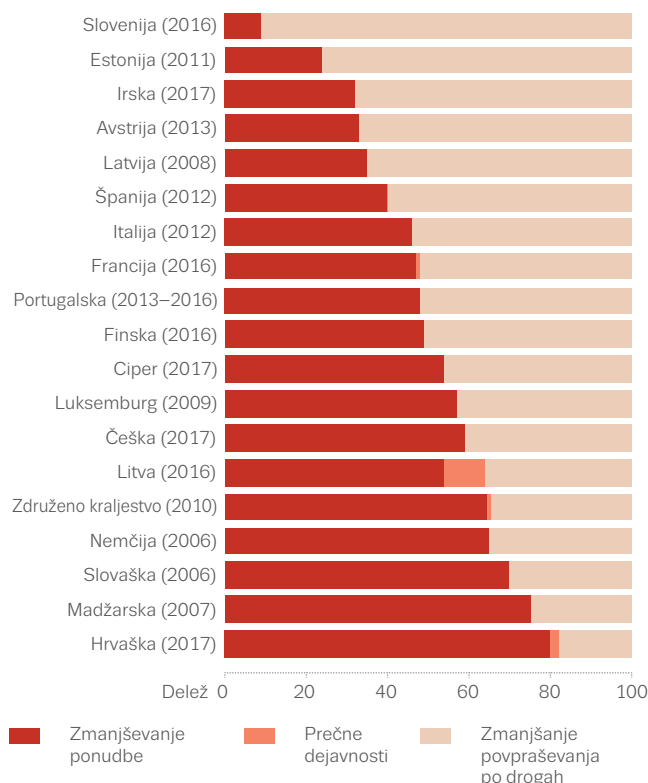
Razumevanje stroškov ukrepov, povezanih z drogami, je pomembno za vidik oblikovanja in ocene politik, vendar so razpoložljive informacije o javnih izdatkih v zvezi z obravnavo problematike drog na lokalni in nacionalni ravni v Evropi še naprej skope in različne. V zadnjem desetletju je 26 držav pripravilo ocene javnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog. Obseg in razpon ocen se giblje 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.

Med letoma 2006 in 2017 je 19 držav kot delež skupnih izdatkov v zvezi z obravnavo problematike drog pripravilo oceno odhodkov za pobude za zmanjšanje povpraševanja po drogah. Ti se med državami zelo razlikujejo, pri čemer se ocene gibljejo od 8 % do 80 % (slika 3.7). Kjer so na voljo podatki, izdatki za obravnavo odvisnosti od drog predstavljajo velik delež ocenjenih izdatkov za zmanjšanje povpraševanja po drogah.

Za uspešno izvajanje programa je potrebna osredotočenost, med drugim na stroške, standarde in usposabljanje. Analiza stroškovne učinkovitosti ukrepov za obravnavo odvisnosti od drog lahko prispeva k optimizaciji dodeljevanja finančnih sredstev. Kljub stroškom izvenbolnišničnega zdravljenja in predpisovanja zdravil, povezanih s farmakoterapijo zaradi odvisnosti od opioidov, to povzroča nižje skupne zdravstvene stroške. To je posledica dejstva, da prejemniki tovrstnega zdravljenja redkeje uporabljajo storitve z visokimi stroški, kot sta nujna in bolnišnična oskrba.

V nedavni raziskavi centra EMCDDA so ugotovili, da je vsaj 80 % držav, ki poročajo, objavilo neke vrste smernic v podporo izvajanju praks za zmanjševanje povpraševanja po drogah, 60 % pa jih je poročalo o uporabi standardov kakovosti. 70 % držav je poročalo o akreditacijskih sistemih, ki povezujejo odobritev izvajanja storitev v okviru javno financiranih programov z izvajanjem standardov kakovosti. Poleg tega je večina držav poročala o razpoložljivosti usposabljanja za strokovnjake (80 %). Redkeje so poročali o registrih ali popisih, ki temeljijo na dokazih, ali programih dobre prakse, vendar ti obstajajo v četrtini držav. Pozitivno je, da se je v primerjavi s predhodnimi leti precej povečal delež držav, ki zdaj poročajo, da so objavile smernice in standarde za ukrepe ter vzpostavile določeno obliko akreditacijskih sistemov za izvajanje storitev. Na splošno se zdi, da se možnosti usposabljanja za strokovnjake, ki delajo na področju drog, povečujejo, čeprav je to splošno priznано kot področje, na katerem bi bile koristne dodatne naložbe.

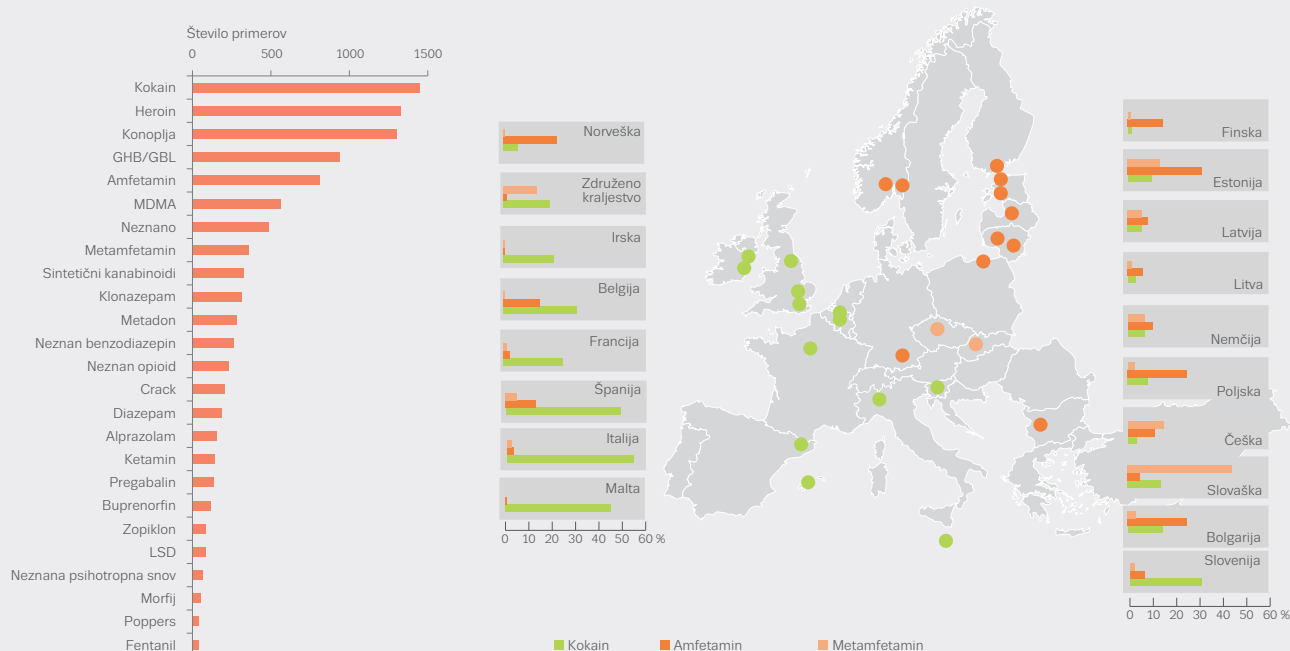
Javni izdatki v zvezi z obravnavo problematike drog: ocenjena razčlenitev na zmanjšanje povpraševanja po drogah in zmanjšanje ponudbe



Metadon je najpogostejše predpisano nadomestno zdravilo za zdravljenje z opiodi

SLIKA 3.8

Petindvajset najpogostejše evidentiranih drog v okviru nujne medicinske pomoči v izbranih kontrolnih bolnišnicah leta 2017 (levo) in pogostost primerov s kokainom in amfetamini (odstotek primerov), po državah (desno)



Opomba: rezultati 7 267 primerov v 26 (kontrolnih) bolnišnicah mreže Euro-DEN Plus v 18 evropskih državah.
Vir: evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN Plus).

Akutne težave, povezane z drogami: kokain se povečuje, heroin zmanjšuje

Podatki o nujnih bolnišničnih primerih omogočajo vpogled v akutne težave, povezane z drogami, in vpliv uporabe drog na javno zdravje v Evropi. Evropska mreža za nujne primere v zvezi z drogami (Euro-DEN Plus) spremlja osebe, ki poiščejo medicinsko pomoč zaradi akutne zastrupitve z drogo v 26 (kontrolnih) bolnišnicah v 18 evropskih državah. Leta 2017 so bolnišnice zabeležile 7 267 primerov, od katerih jih je večina vključevala moške (76 %). Skoraj tri četrtine uporabnikov drog so v bolnišnico pripeljali z reševalnim vozilom, večina (78 %) jih je bila odpuščena v 12 urah. V zelo malo primerih pa je bil potreben sprejem na oddelek za intenzivno nego (6 %) ali psihiatrični oddelek (4 %). V vzorcu je bilo zabeleženih 30 smrtnih primerov v bolnišnicah, od katerih jih je bilo 17 povezanih z opiodi.

Leta 2017 so bili primeri najpogostejše povezani s kokainom, sledila sta mu heroin in konoplja (slika 3.8). Skoraj četrtina primerov je bila povezana z zlorabo zdravil na recept ali brez recepta (najpogostejše benzodiazepini in opiodi), več kot 10 % jih je bilo povezanih z GHB/GBL, 4 % pa z novimi psihoaktivnimi snovmi.

Videti je, da se droge, povezane z nujnimi primeri, razlikujejo glede na bolnišnico, kar lahko kaže na razlike

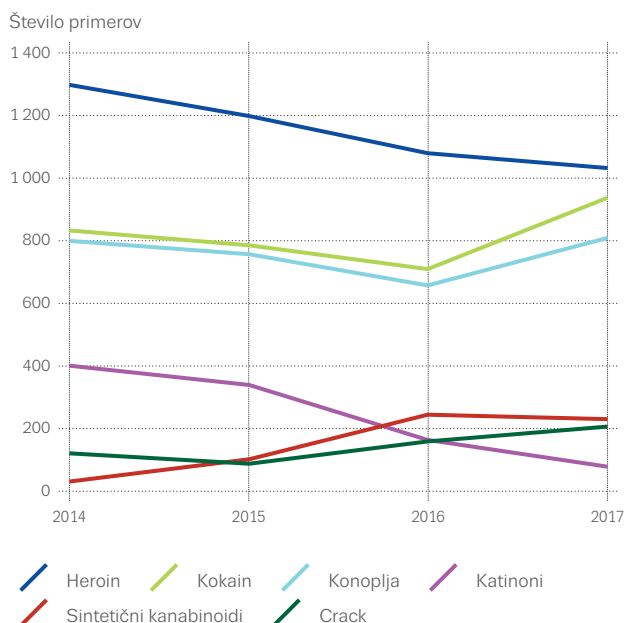
med območji bolnišnice in lokalnimi vzorci uporabe. Z amfetamini povezani nujni primeri so bili na primer najpogostejši v severni in vzhodni Evropi, medtem ko so primeri, povezani s kokainom, prevladovali v južni in zahodni Evropi.

SLIKA 3.9

Splošni trend v 15 centrih, ki so sporočili podatke za obdobje 2014–2017, kaže na zmanjšanje števila primerov, povezanih s heroinom, ter povečanje primerov, povezanih s kokainom v prahu in crack kokainom (slika 3.9). V istem obdobju se je skupno zmanjšalo število primerov, povezanih s sintetičnimi katinoni, in povečalo število primerov, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi.

Le malo držav spremlja z drogami povezane nujne primere na nacionalni ravni. Med njimi so Češka, Danska, Litva in Slovenija poročale o trendu zmanjševanja števila nujnih primerov, povezanih s heroinom. Danska je med letoma 2013 in 2017 poročala o povečanju števila zastrupitev, povezanih z opiodi, ki niso heroin in metadon, ter o podvojitvi števila zastrupitev, povezanih s kokainom. V Španiji je v letu 2016 skoraj polovica prijavljenih nujnih primerov, povezanih z drogami, vključevala kokain, medtem ko je bilo v okviru kontrolnega regionalnega poročanja na Nizozemskem ugotovljeno zmanjšanje nujnih primerov, povezanih z MDMA in stimulansom 4-fluoroamfetamin (4-FA), zabeleženih na točkah za prvo pomoč med letoma 2016 in 2017. Skoraj tretjina klicev reševalnega vozila na Nizozemskem zaradi uporabe drog je bila povezana z uporabo GHB.

Trendi števila primerov v kontrolnih bolnišnicah v zvezi z izbranimi drogami



Opomba: podatki iz 15 kontrolnih bolnišnic mreže Euro-DEN Plus, ki so podatke sporočale vsako leto v obdobju 2014–2017.
Vir: Euro-DEN Plus.

Kokain in crack: zdravstveni odzivi

Za zdravljenje ljudi, ki uporabljajo kokain in crack, so na voljo ukrepi. V Evropi se ti ukrepi osredotočajo na psihosocialne ukrepe, vključno s kognitivno-vedenjsko terapijo, motivacijskimi razgovori, kratkimi intervencijami, upravljanjem v nepredvidljivih razmerah in simptomatskim farmakološkim zdravljenjem. Druge možnosti zdravljenja, ki se trenutno preučujejo, vključujejo uporabo stimulansov, kot sta modafinil in lisdeksamfetamin, za zmanjšanje želje in simptomov odtegnitve ter kokainsko cepivo za zmanjšanje evforičnih in nagrajevalnih učinkov kokaina.

Trenutno je dokazna podlaga za to, kaj so učinkovite možnosti zdravljenja težav, povezanih s kokainom, še vedno razmeroma šibka in to je področje, na katerem je potrebnih več raziskav in razvoja. Zato je razpoložljivost specializiranih programov, ki so ciljno namenjeni uporabnikom kokaina v Evropi, omejena, vendar nekatere države kot odziv na povečano število uporabnikov, ki se odločijo za zdravljenje zaradi težav, povezanih s kokainom, poročajo o oblikovanju prilagojenih ukrepov. Ti vključujejo programe, ki združujejo okrepljene pristope skupnosti z upravljanjem v nepredvidljivih razmerah (Belgija) in prilagajanje odpiralnega časa za izpolnjevanje potreb uporabnikov kokaina (Luksemburg, Avstrija).

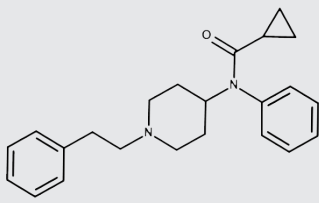
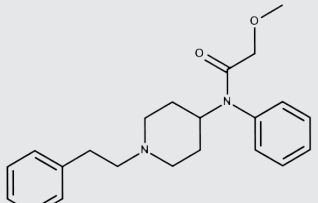
V nekaterih državah so na voljo tudi ukrepi za zmanjševanje škode za uporabnike kokaina in cracka na področju zdravstvenih tveganj, povezanih z vbrizgavanjem kokaina ali kajenjem cracka in tveganim spolnim vedenjem. Sem spadajo nadzorovani prostori za uporabo drog na Danskem, v Nemčiji, Franciji, Luksemburgu in na Nizozemskem ter zagotavljanje pripomočkov za crack (pipe in filtri v Franciji in na Portugalskem). V nekaterih državah EU obstajajo službe za preverjanje drog, katerih namen je zmanjšanje tveganj, povezanih z zelo čistim kokainom ali kokainom z adulteranti.

Skupne preiskave in ocena tveganja

Leta 2017 je znanstveni odbor centra EMCDDA uradno ocenil tveganja, ki jih predstavlja devet novih psihoaktivnih snovi, vključno s petimi derivati fentanila (akriloilfentanil, furanilfentanil, 4-fluoroizobutrilfentanil, tetrahidrofuranilfentanil in karfentanil). Od takrat so bili stalno pod nadzorom na mednarodni ravni v skladu s pogoji iz Konvencije Združenih narodov iz leta 1961.

Po skupnih preiskavah o ciklopropilfentanilu in metoksiacetilfentanilu, ki sta ju leta 2017 začela center EMCDDA in Europol, je center EMCDDA omenjena derivata fentanila, ki sta povezana s skoraj 90 smrtnimi primeri, leta 2018 uradno ocenil glede tveganj (preglednica 1). Na podlagi ugotovitev iz poročil o oceni tveganj in na pobudo Evropske komisije sta se Svet EU in Evropski parlament odločila, da za ti dve snovi po vsej Evropi uvede nadzorne ukrepe.

Preglednica 1. Ključne ugotovitve iz ocen tveganja za derivata fentanila, izvedenih v letu 2018

Splošno ime	Ciklopropilfentanil	Metoksiacetilfentanil
Kemijsko ime	<i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]ciklopropankarboksamid	2-metoksi- <i>N</i> -fenil- <i>N</i> -[1-(2-feniletil)piperidin-4-il]acetamid
Kemijska struktura		
Uradna prijava v sistem EU za zgodnje opozarjanje	4. avgust 2017	9. december 2016
Poročila o smrtih, povezanih z uporabo	78	13
Število držav, kjer so se pojavili povezani smrtni primeri	3	4
Število zasegov v okviru kazenskega pregona	144	48
Število držav, kjer je bila droga zasežena (EU, Turčija in Norveška)	6	10
Skupna zasežena količina	1,76 kg prahu, 772 ml tekočine, 329 tablet	180 g prahu, 352 ml tekočine, 119 tablet

Novi droge: sintetični opiodi z močnim učinkom

Nove psihoaktivne snovi, vključno s sintetičnimi opiodi, sintetičnimi kanabinoidi in sintetičnimi katinoni, se še naprej povezujejo s smrtnimi primeri in akutnimi zastrupitvami v Evropi in, kljub številnim novim ukrepom, uvedenim na tem področju, te snovi še naprej predstavljajo izziv za trenutne modele politike na področju drog.

Novi opiodi 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 opiodov, prijavljenih centru EMCDDA. Te snovi imajo lahko izjemno močen učinek, saj lahko že v neznatnih količinah povzročijo življenjsko nevarno zastrupitev zaradi hitre in močne depresije dihanja. Prijavljeni primeri prevelikih odmerkov vključujejo

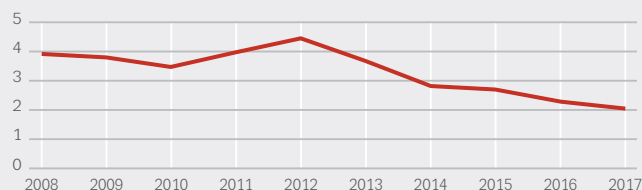
osebe, ki so bile prepričane, da kupujejo heroin, druge prepovedane droge ali protibolečinska zdravila. Poleg velikega tveganja za prevelik odmerek, kjer utegne biti indicirana uporaba naloksona, za derivate fentanila poročajo tudi, da sta pri njih prisotni tudi velika verjetnost zlorabe in možnost povzročanja zasvojenosti.

**Novi opiodi resno ogrožajo
zdravje posameznikov
in javno zdravje**

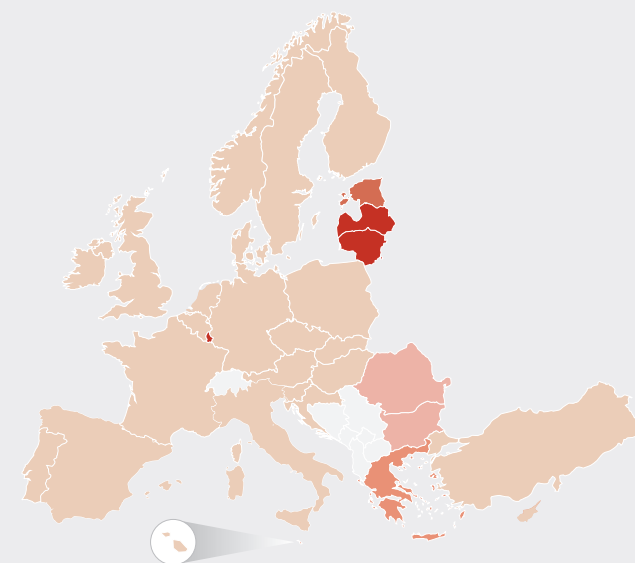
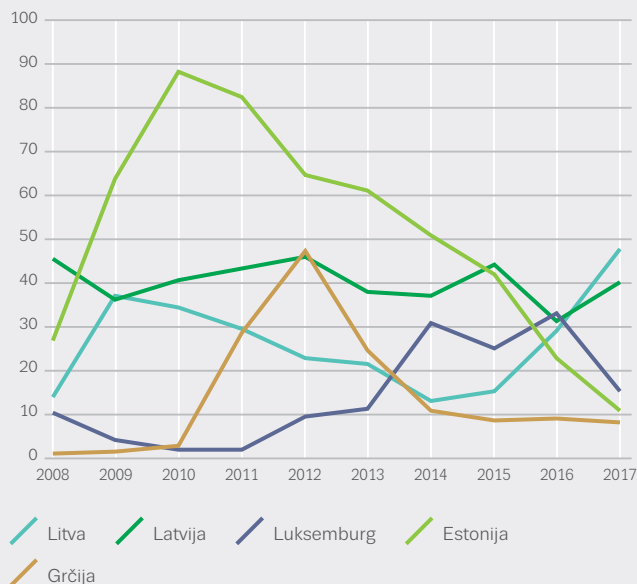
SLIKA 3.10

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

Primeri na milijon prebivalcev (Evropska unija)



Primeri na milijon prebivalcev



Primeri na milijon prebivalcev

Primeri na milijon prebivalcev
<3
3,1–6
6,1–9
9,1–12
> 12

Vir: ECDC. Podatki za leto 2017.

Kronične težave, povezane z drogami: lokalni izbruhi okužbe z virusom HIV, pozna diagnoza

Poleg tveganj, ki jih predstavljajo nezaščiteni spolni odnosi, so osebe, ki uporabljajo droge, zlasti tiste, ki si jih vbrizgavajo, zaradi skupne uporabe pripomočkov izpostavljene tveganju za okužbo z nalezljivimi boleznimi, kot sta virus hepatitisa C (HCV) in virus humane imunske pomanjkljivosti (HIV). Zato je razširjenost virusa HIV pri injicirajočih uporabnikih drog višja kot v splošni populaciji.

Leta 2017 je bilo v Evropski uniji prijavljenih 1 046 novih diagnoz okužbe z virusom HIV, ki jih je mogoče pripisati uporabi drog z vbrizgavanjem, pri čemer je 83 % prizadetih oseb moških, večinoma starejših od 35 let, kar pomeni 5 % vseh diagnoz okužbe z virusom HIV, pri katerih je način prenosa okužbe znan. Ta delež je v zadnjem desetletju ostal majhen in ustaljen. Prijave novo odkritih okužb z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog so se v večini evropskih držav med letoma 2008 in 2017 zmanjšale, vendar je uporaba drog z vbrizgavanjem v nekaterih državah še vedno pogost način prenosa okužbe (slika 3.10). Leta 2017 je bila na podlagi podatkov, sporočenih Evropskemu centru za preprečevanje in obvladovanje bolezni, uporaba drog z vbrizgavanjem

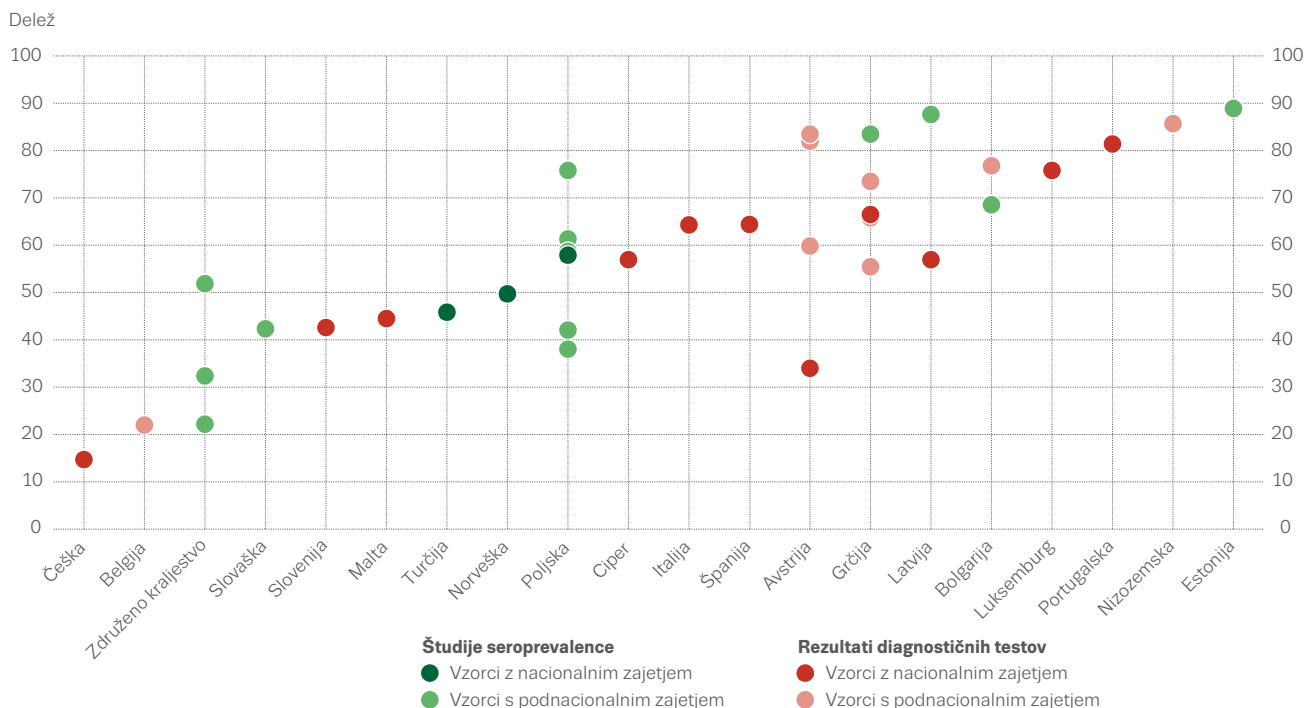
povezana z 62 % novo odkritih primerov okužbe z virusom HIV v Litvi in 33 % v Latviji. V študijah seroprevalence – na podlagi vzorcev krvi – pri injicirajočih uporabnikih drog, ki so jih v letih 2016 in 2017 izvedli v Estoniji, Latviji in na Poljskem, so ugotovili, da je bilo več kot 10 % testiranih okuženih z virusom HIV.

Izbruhi virusa HIV na lokalni ravni so bili zabeleženi med marginaliziranimi populacijami injicirajočih uporabnikov drog v Dublinu (2014–2015), Luxembourg (2014–2016), Münchnu (2015–2016) in Glasgowu (2015–2018). Vsi štirje izbruhi so bili povezani z vbrizgavanjem stimulansov.

Glede na razpoložljive informacije je bila v Evropski uniji leta 2017 polovica novo odkritih okužb z virusom HIV, pripisanih vbrizgavanju drog, odkrita pozno, tj. ko je okužba že začela škodovati imunskemu sistemu. 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 katerega se protiretrovirusno zdravljenje začne takoj po odkritju okužbe z virusom HIV, lahko pomeni zmanjšanje prenosa okužbe in je zlasti pomembno med skupinami z bolj rizičnim vedenjem, kot so injicirajoči uporabniki drog. Zgodnje

SLIKA 3.11

Razširjenost protiteles proti virusu HCV med injicirajočimi uporabniki drog: študije seroprevalence in rezultati diagnostičnih testov z nacionalno in podnacionalno pokritostjo, 2016–2017



odkritje okužbe in začetek protiretrovirusnega zdravljenja okuženim osebam omogočata običajno pričakovano življenjsko dobo.

Leta 2017 je bilo v Evropski uniji 14 % prijavljenih novih primerov aidsa, pri katerih je bil način prenosa okužbe znan, pripisanih uporabi drog z vbizgavanjem. Teh 379 prijav, povezanih z vbizgavanjem, predstavlja manj kot četrtino števila primerov, prijavljenih pred desetimi leti.

Razširjenost virusa HCV: razlike v nacionalnih trendih

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 bolezni jeter, vključno s cirozo in rakom jeter, med starajočo se populacijo rizičnih uporabnikov drog.

Raven razširjenosti protiteles proti virusu HCV pri injicirajočih uporabnikih drog, ki kaže na trenutno ali preteklo okužbo, se ocenjuje na podlagi študij seroprevalence ali rutinskih diagnostičnih testov, ki jih

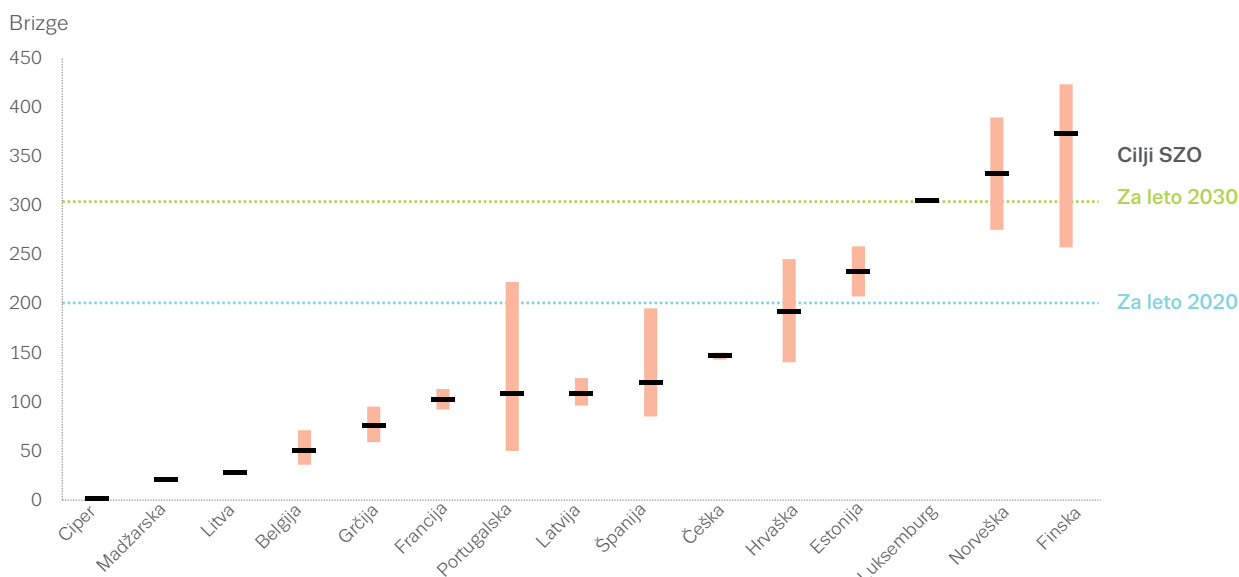
zagotavljajo službe za obravnavo odvisnosti od drog. V letih 2016 in 2017 se je raven razširjenosti protiteles proti virusu HCV v nacionalnih vzorcih injicirajočih uporabnikov drog gibala med 15 % in 82 %, pri čemer je osem od 14 držav z nacionalnimi podatki poročalo o ravni razširjenosti, ki je višja od 50 % (slika 3.11). Med državami z nacionalnimi podatki o gibanjih v obdobju 2011–2017 je šest držav opazilo upadajoč trend ravni razširjenosti protiteles proti virusu HCV med injicirajočimi uporabniki drog, tri države pa so opazile povečanje razširjenosti.

Med injicirajočimi uporabniki drog je okužba z virusom hepatitisa B (HBV) manj pogosta od okužbe z virusom hepatitisa C (HCV), a je kljub dostopnosti učinkovitega cepiva še vedno višja kot pri splošni populaciji. Prisotnost površinskega antigena HBV kaže trenutno okužbo, ki je lahko akutna ali kronična. V sedmih državah z nacionalnimi podatki za leti 2016 in 2017 se ocenjuje, da je z virusom HBV trenutno okuženih med 1 % in 9 % injicirajočih uporabnikov drog.

Vbizgavanje drog je dejavnik tveganja za druge nalezljive bolezni, pri čemer so leta 2016 na Češkem in v Nemčiji poročali o skupinskih primerih okužbe s hepatitisom A, povezanih z uporabo drog. V Združenem kraljestvu se je število prijavljenih primerov, povezanih s streptokoki skupine A in uporabo drog z vbizgavanjem, od leta 2013 povečalo, v Evropi pa še vedno poročajo o primerih botulizma ran.

SLIKA 3.12

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



Opomba: podatki so prikazani kot ocenjene vrednosti in intervali negotovosti. Cilji iz globalne strategije SZO o obvladovanju virusnega hepatitisa za obdobje 2016–2021.

Preprečevanje nalezljivih bolezni: različna razpoložljivost učinkovitih ukrepov

Za zmanjšanje nalezljivih bolezni, povezanih z drogami, se med injicirajočimi uporabniki drog priporoča vrsta ukrepov. Ti vključujejo zagotavljanje nadomestnega zdravljenja z opiodi, razdeljevanje sterilnih brizg, igel in druge čiste opreme za vbizgavanje, cepljenje, testiranje in zdravljenje virusnega hepatitisa in virusa HIV, pa tudi ukrepe za spodbujanje zdravja, osredotočene na zmanjševanje vbizgavanja in 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 injekcijskih brizg. Dokazi kažejo, da programi zamenjave injekcijskih igel in brizg učinkovito zmanjšujejo prenašanje okužb z virusom HIV med injicirajočimi uporabniki drog. Čista oprema za vbizgavanje je na specializiranih mestih brezplačno na voljo v vseh 30 državah, ki jih spremlja center EMCDDA, razen v Turčiji. Informacije o razdeljevanju brizg v okviru specializiranih programov je predložilo 25 držav, ki skupaj poročajo, da je bilo v zadnjem letu, za katero so na voljo podatki (2015–2017), razdeljenih 53 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. Poleg tega je v nekaterih državah brizge mogoče kupiti v lekarnah. Zdi pa se, da obstajajo velike razlike v pokritosti sistemov za

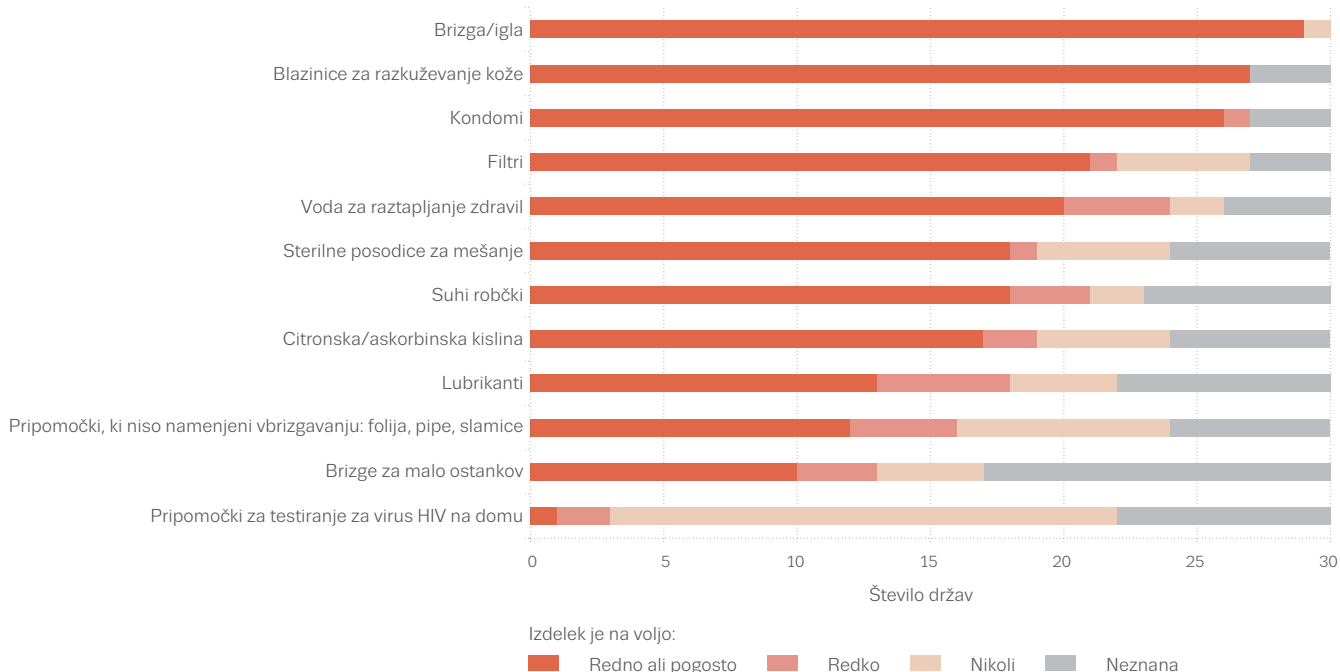
razdeljevanje brizg v 15 državah, za katere so na voljo podatki, ki omogočajo primerjavo z nedavnimi ocenami števila injicirajočih uporabnikov drog (slika 3.12).

Poleg sterilnih brizg in igel službe za zmanjševanje škode v številnih državah redno ali pogosto zagotavljajo blazinice za razkuževanje kože, vodo za raztapljanje drog in čiste posodice za mešanje (slika 3.13), medtem ko so pripomočki, ki niso namenjeni vbizgavanju, kot so folije in pipe, manj pogosti. Pripomočki za domače testiranje za okužbo z virusom HIV lahko injicirajočim uporabnikom drog pomagajo okužbo odkriti zgodaj. Pripomočke je mogoče kupiti v lekarnah v vse večjem številu evropskih držav, v nekaterih primerih pa jih zagotavljajo tudi službe za zmanjševanje škode.

Uporaba drog z vbizgavanjem je v nekaterih državah še vedno pogost način prenosa okužbe

SLIKA 3.13

Razpoložljivost pripomočkov za varnejšo uporabo/spolnost v 30 evropskih državah



Opomba: na podlagi mnenja strokovnjakov.

Izkoreninjenje virusa HCV: izboljšanje dostopa do testiranja in zdravljenja

Evropa si v skladu z globalno Agendo za trajnostni razvoj do leta 2030 prizadeva za odpravo virusnega hepatitisa, ki ogroža javno zdravje. Za doseg tega cilja je osrednjega pomena zagotavljanje boljšega dostopa injicirajočim uporabnikom drog do preprečevanja, testiranja in zdravljenja virusov HBV in HCV. Leta 2018 so imele 17 držav EU in Norveška nacionalne strategije ali akcijske načrte za obvladovanje in izkoreninjenje hepatitisa.

Presejalni testi za virus HCV so izhodišče za oskrbo in učinkovito zdravljenje hepatitisa za testirane posameznike ter imajo ključno vlogo pri preprečevanju prenosa okužbe. Ovire za testiranje in vključitev v zdravljenje predstavljajo sistem, ponudniki storitev in uporabniki ter lahko vključujejo dejavnike, kot so finančne omejitve, slabo poznavanje zdravljenja virusa HCV ter stigmatizacija in marginalizacija uporabnikov drog. Za premostitev teh ovir so potrebne inovativne metode, agencije za obravnavo odvisnosti od drog, ki temeljijo na skupnosti, pa so ključnega pomena za zagotavljanje testiranja injicirajočih uporabnikov drog in njihove napotitve na zdravljenje.

V skladu z evropskimi strokovnimi smernicami se priporoča, naj se zaradi virusa HCV takoj začnejo zdraviti posamezniki, pri katerih obstaja tveganje prenosa okužbe – to vključuje zapornike in aktivne injicirajoče uporabnike

drog. Z novimi peroralnimi režimi zdravljenja, ki vključujejo protivirusna sredstva z neposrednim delovanjem, se ozdravitev v 95 % primerov doseže v 8 do 12 tednih. Po zmanjšanju cene teh zdravil številne evropske države zdaj zagotavljajo neomejen dostop do protivirusnih sredstev z neposrednim delovanjem za vse skupine bolnikov in vse genotipe virusa, tudi če okužba napreduje.

SLIKA 3.14

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 vbrizgavanjem) kot splošno prebivalstvo, zato so zapori pomembno okolje za ukrepe, povezane z drogami. V nedavnem pregledu, ki ga je izvedel center EMCDDA, so odkrili uporabo novih psihoaktivnih snovi v zaporih v 22 državah (slika 3.14), pri čemer je bilo ugotovljeno, da glavni izziv predstavljajo sintetični kanabinoidi. Nove psihoaktivne snovi so bile povezane s številnimi telesnimi in duševnimi zdravstvenimi težavami, in sicer z akutno zastrupitvijo ali kronično uporabo. V Latviji je uporaba novih sintetičnih opioidov v zaporih povezana s povečanjem prevelikih odmerkov ter vbrizgavanjem in skupno uporabo igel.

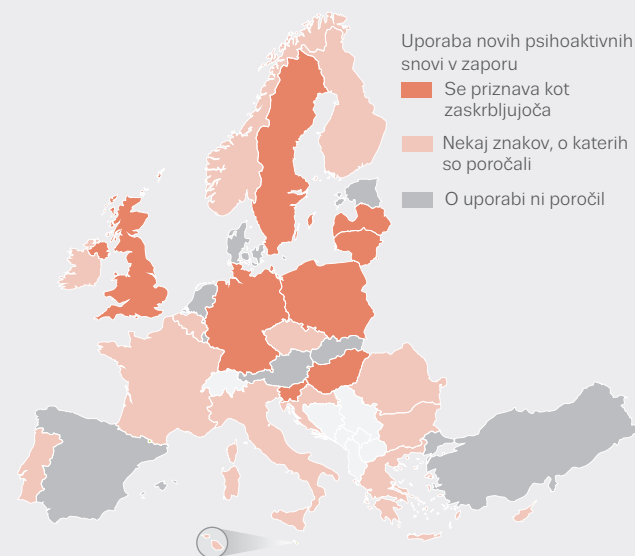
V večini držav je v zaporih na voljo testiranje za nalezljive bolezni (virusi HIV, HBV in HCV ter tuberkuloza), vendar pa je lahko to omejeno na testiranje ob prihodu v zapor ali testiranje izključno posameznikov s simptomi.

O zagotavljanju zdravljenja hepatitisa C poročajo v 24 državah, vendar le v petih zdravljenje prejme več kot 60 % oseb, ki ga potrebujejo. Poroča se, da se programi cepljenja proti hepatitisu B izvajajo v 16 državah. Zagotavljanje čiste opreme za vbrizgavanje je manj pogosto, pri čemer o izvajanju programov zamenjave brizg v zaporih poročajo le tri države. V analizi razširjenosti virusov HIV in HCV med injicirajočimi uporabniki drog iz 17 evropskih držav za obdobje 2006–2017 so bile ugotovljene bistveno večje stopnje virusov HIV in HCV med posamezniki, ki so že dolgo v zaporu.

Pokritost z ukrepi zdravljenja, ki so na voljo zapornikom, se med državami močno razlikuje, lahko pa vključuje razstrupljanje, individualno in skupinsko svetovanje ter zdravljenje v terapevtskih skupnostih in na posebnih bolnišničnih oddelkih. Nekatere evropske države imajo vzpostavljena medagencijska partnerstva med zaporniški zdravstvenimi službami in ponudniki v skupnosti ter tako spodbujajo izvajanje zdravstvene vzgoje in zdravljenja v zaporih ter zagotavljajo neprekinjeno oskrbo ob prihodu v zapor in po izpustitvi. V vseh državah poročajo o pripravah na izpustitev iz zapora, vključno s socialno reintegracijo. O programih za preprečevanje tveganja za prevelik odmerek, ki je med injicirajočimi uporabniki opioidov zlasti veliko v obdobju po izpustitvi iz zapora, se poroča v petih državah, pri čemer se zaporniki usposabljaajo za prepoznavanje prevelikega odmerka in odziv nanj, ob izpustitvi iz zapora pa poleg tega prejmejo nalokson.

Leta 2017 je 28 držav poročalo, da v zaporih omogočajo nadomestno zdravljenje z opioidi, vendar je pokritost

Uporaba novih psihoaktivnih snovi med zaporniki



Opomba: na podlagi poročil nacionalnih strokovnjakov.

pogosto nizka. V zaporu se lahko nadomestno zdravljenje z opioidi začne v 24 državah, v petih državah pa se lahko nadaljuje le, če se zdravljenje začne že v skupnosti.

Zaporniki poročajo o višji stopnji uporabe drog kadar koli v življenju in škodljivejših vzorcih uporabe

Prevelik odmerek: glavni vzrok smrti med rizičnimi uporabniki drog

Uporaba drog je znan vzrok umrljivosti med odraslimi v Evropi, ki jo je mogoče preprečiti. Na splošno je pri uporabnikih opioidov v Evropi od pet- do desetkrat večja verjetnost smrti kot pri njihovih vrstnikih iste starosti in istega spola. Pomen zmanjšanja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka med uporabniki opioidov je splošno priznan, vendar je treba opozoriti, da so prav tako pomembni vzroki umrljivosti v tej skupini še drugi vzroki smrti, ki so z uporabo drog povezani posredno, kot so okužbe, nesreče, nasilje, vključno z umorom in samomorom. Pogoste so kronične pljučne bolezni in bolezni jeter ter srčno-žilne težave, ki zdaj predstavljajo povečan delež smrtnih primerov med starejšimi in kroničnimi uporabniki drog.

Podatke o prevelikih odmerkih, zlasti skupne vrednosti za Evropo, je treba razlagati previdno, med drugim zaradi sistematičnega nezadostnega poročanja v nekaterih državah, razlikah v načinu izvajanja toksikoloških pregledov in prijavnih postopkov, ki lahko povzročajo zamude pri prijavljanju. Letne ocene zato predstavljajo začasno najnižjo vrednost.

Ocenjuje se, da je bilo v Evropski uniji leta 2017 vsaj 8 238 smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka

povezanih z vsaj eno prepovedano drogo. Če se upoštevata Norveška in Turčija, se ta številka po ocenah poveča na 9 461 smrtnih primerov, kar pomeni ustaljeno stanje glede na popravljeno oceno 9 397 v letu 2016. Celotna skupna številka v EU je prav tako ustaljena v primerjavi z letom 2016. Skoraj polovica vseh prijavljenih smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v EU, na Norveškem in v Turčiji je bila podobno kot v predhodnih letih v Združenem kraljestvu (34 %) in Nemčiji (13 %). To je treba razlagati ob upoštevanju velikosti ogroženih skupin v teh državah in tudi nezadostnega poročanja v nekaterih drugih državah. Več kot tri četrtine tistih, ki umrejo zaradi prevelikega odmerka, je moškega spola (78 %).

Povprečna starost ob smrti se je še naprej povečevala in leta 2017 dosegla starost 39,4 let, pri čemer so bili moški dve leti mlajši od žensk. V tem se kaže tudi staranje populacije uporabnikov opioidov v Evropi, pri kateri je tveganje za smrt zaradi prevelikega odmerka drog največje. V nekaterih državah je delež primerov, ki vključujejo opioide, lahko povezan s smrtnimi primeri, ki vključujejo opioide v okviru dolgotrajnega obvladovanja bolečin.

Med letoma 2012 in 2017 se je število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka v Evropski uniji povečalo pri vseh starostnih kategorijah nad 30 let (slika 3.15). Število smrtnih primerov v skupinah uporabnikov, starih 50 let ali

SMRTNI PRIMERI ZARADI DROG

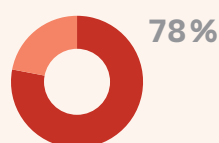
Značilnosti



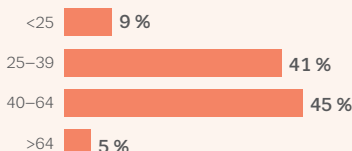
Povprečna starost ob smrti

39
let

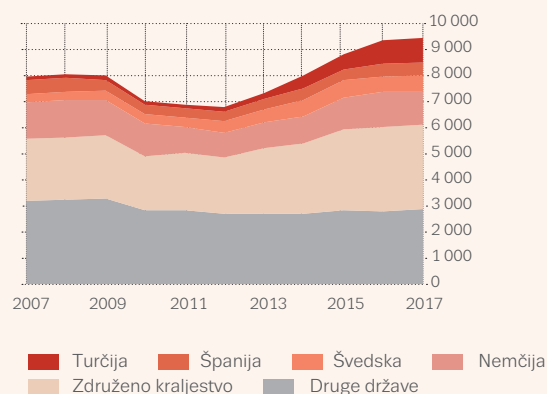
Smrti primeri, pri katerih so bili prisotni opiodi



Starost ob smrti



Trendi smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka



Število smrtnih primerov

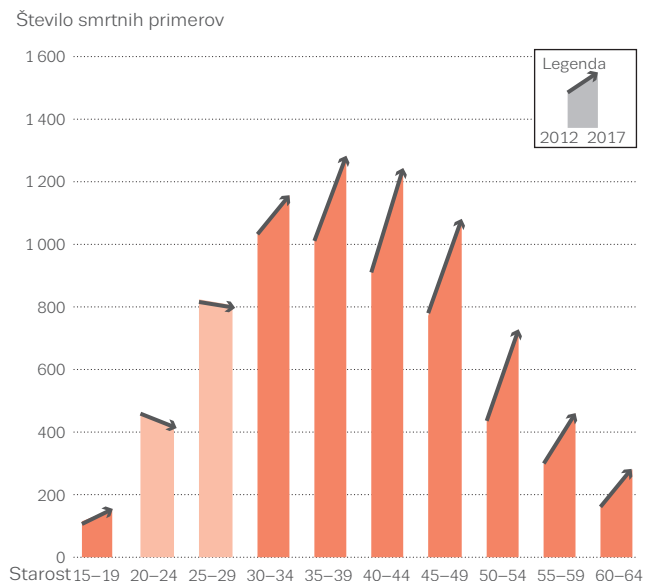
8 238 EU

9 461 EU + 2

Opomba: podatki se nanašajo na države članice EU, Turčijo in Norveško (EU + 2).

SLIKA 3.15

Število smrtnih primerov zaradi drog, prijavljenih v Evropski uniji v letih 2012 in 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, po starostni skupini



več, se je povečalo skupaj za 62 %, število smrtnih primerov pri mlajših starostnih skupinah pa je bilo na splošno nespremenjeno. Analiza smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog, o katerih je poročala Turčija

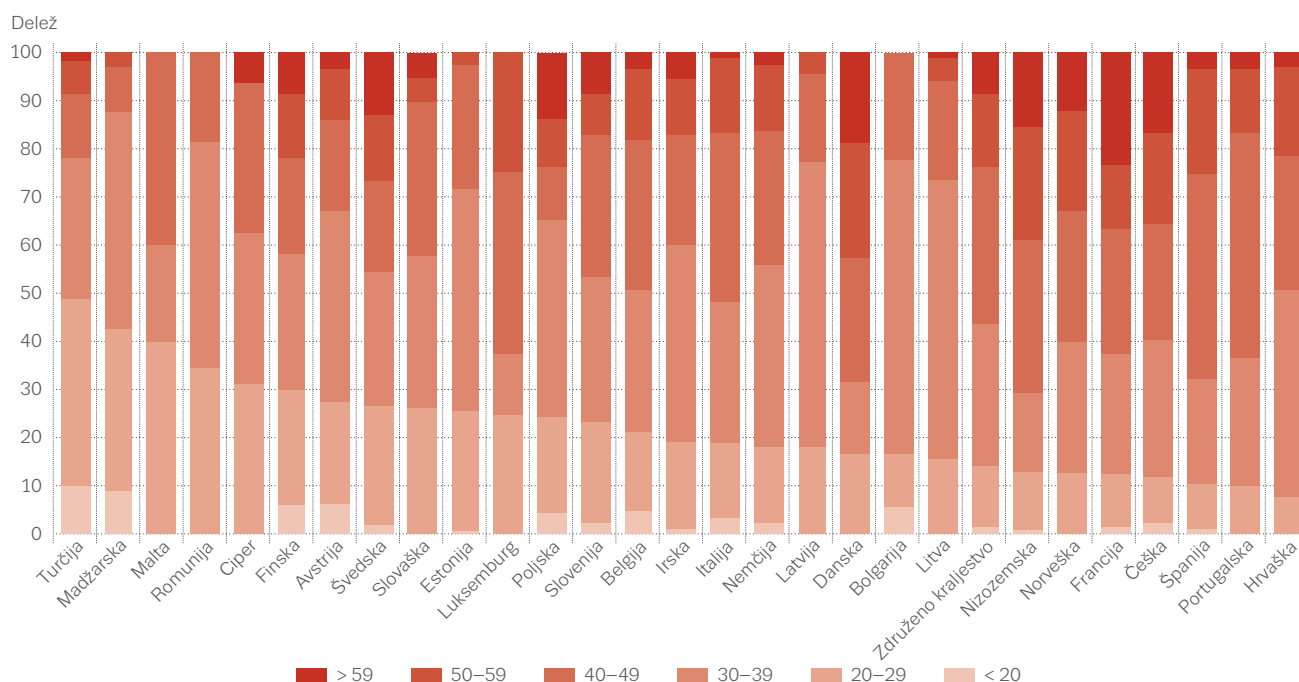
leta 2017, kaže mlajšo starostno sestavo od povprečja v Evropski uniji, pri čemer povprečna starost znaša 32 let (slika 3.16).

Umrljivost zaradi drog: nadpovprečne sporočene stopnje v severni Evropi

Za leto 2017 se stopnja umrljivosti zaradi prevelikega odmerka v Evropi ocenjuje na 22,6 smrtnega primera na milijon prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Stopnja med moškimi (35,8 primera na milijon moških) je skoraj štirikrat višja od stopnje med ženskami (9,3 primera na milijon žensk). Nacionalne ravni umrljivosti in trendi se zelo razlikujejo (slika 3.17), nanje pa vplivajo dejavniki, kot so razširjenost in vzorci uporabe drog, zlasti uporaba opioidov z vbrizgavanjem, dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki, kot je razpoložljivost zdravljenja, ter nacionalne prakse poročanja, evidentiranja informacij in šifriranja primerov prevelikega odmerka, vključno s spremenljivimi stopnjami 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 (130 na milijon prebivalcev) in na Švedskem (92 na milijon prebivalcev) (slika 3.17).

SLIKA 3.16

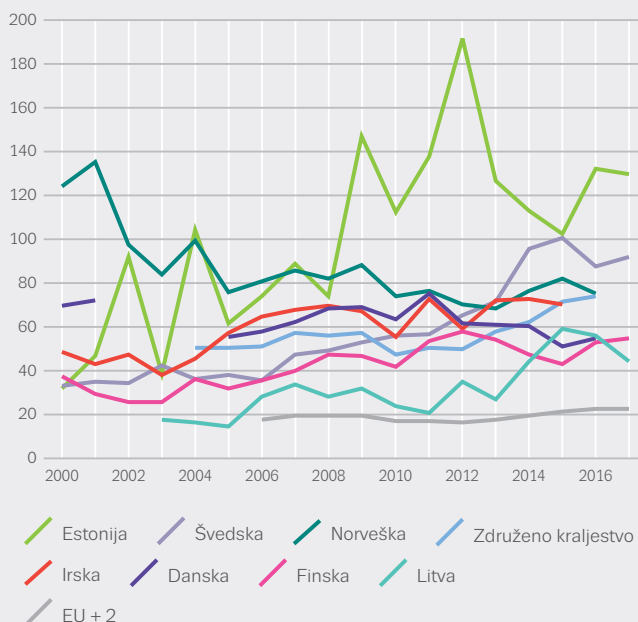
Porazdelitev smrtnih primerov zaradi drog, prijavljenih v letu 2017 ali zadnjem letu, za katero so na voljo podatki, po desetletnem starostnem razponu



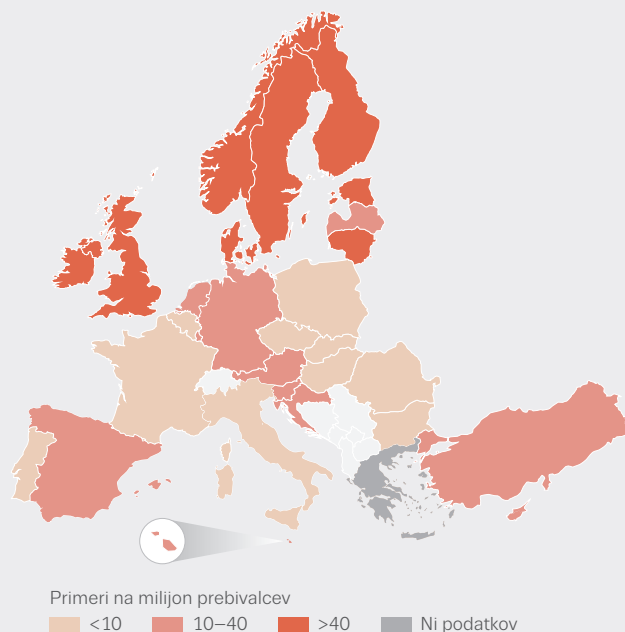
SLIKA 3.17

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 2017 poročale o najvišjih stopnjah, in splošen evropski trend. EU + 2 se nanaša na države članice EU, Turčijo in Norveško.



Smrtni primeri zaradi prevelikega odmerka: večina jih vključuje opioide

Opioidi, zlasti heroin ali njegovi presnovki, pogosto v kombinaciji z drugimi snovmi, so prisotni pri večini prijavljenih prevelikih odmerkov v Evropi, ki se končajo s smrtjo. Iz najnovejših podatkov je razvidno povečanje števila z opiodi povezanih smrtnih primerov v nekaterih evropskih državah, na primer v Združenem kraljestvu, kjer je devet od desetih smrtnih primerov (89 %) vključevalo neko obliko opioida.

V Franciji je bil heroin leta 2016 udeležen v 26 % smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, leta 2012 pa v 15 % primerov, medtem ko je metadon predstavljal več kot tretjino (36 %) smrti. 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. Povečanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka, o katerem so leta 2017 poročali na Češkem, je bilo predvsem posledica povečanja števila primerov, povezanih s fentanilu podobnimi snovmi, morfijem in kodeinom; povečanje, o katerem so poročali na Slovaškem, je vključevalo predvsem tramadol.

Stimulansi, kot so kokain, amfetamini, MDMA in katinoni, so povezani z manjšim številom smrtnih primerov v Evropi, vendar pa se njihov pomen med državami razlikuje. V Franciji je petina smrtnih primerov vključevala kokain, polovica teh pa je vključevala tudi opioide. V Sloveniji, kjer je večina smrtnih primerov povezana s heroinom, so v približno tretjini primerov odkrili kokain. Leta 2017 je Turčija poročala o 185 smrtnih primerih, povezanih z MDMA, kar je zmanjšanje v primerjavi z letom 2016.

Turčija je poročala tudi o velikem povečanju števila smrti, povezanih s sintetičnimi kanabinoidi: s 137 v letu 2015 na 563 v letu 2017. Sintetični kanabinoidi so bili prisotni pri 60 % vseh smrtnih primerov, povezanih z drogami, o katerih so poročali v tej državi, v večini primerov pa so primeri zadevali moške v dvajsetih letih. V več kot četrtini primerov so odkrili tudi konopljo. V Združenem kraljestvu, zlasti na Škotskem, so poročali o povečanju števila smrtnih primerov, ki so vključevali nove psihoaktivne snovi, povezane z benzodiazepini.

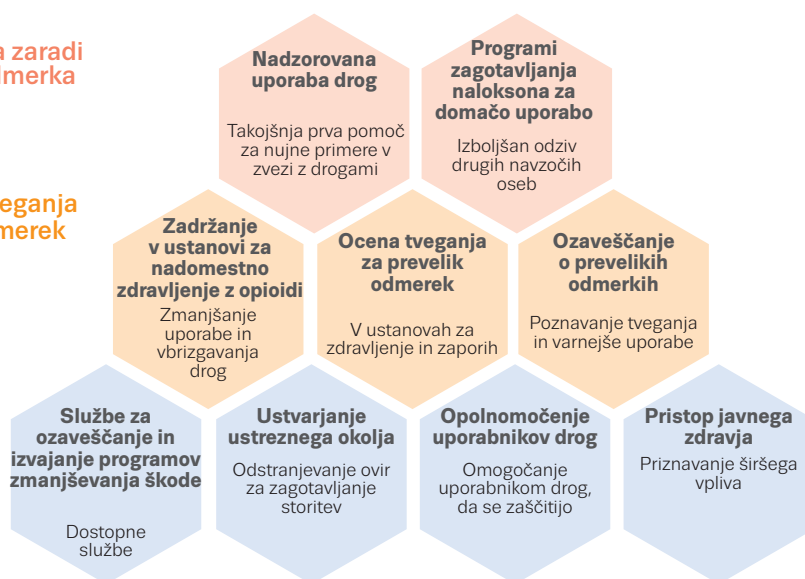
SLIKA 3.18

Glavni pristopi za zmanjšanje smrtnih primerov, povezanih z opiodi

Zmanjševanje smrtnega izida zaradi prevelikega odmerka

Zmanjšanje tveganja za prevelik odmerek

Zmanjšanje ranljivosti



Preprečevanje prevelikih odmerkov in z drogami povezanih smrtnih primerov: ključni pristopi

Zmanjševanje obolevnosti 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 3.18). Ocenjevanje tveganja za prevelik odmerek med ljudmi, ki uporabljajo droge, ter krepitev njihove ozaveščenosti glede prevelikega odmerka, skupaj z zagotavljanjem učinkovite obravnave odvisnosti od drog, pomaga preprečevati pojav prevelikih odmerkov. Posebno pozornost je treba nameniti obdobjem povečanega tveganja, kot so izpustitev iz zapora in odpustitev ali izključitev iz zdravljenja. Ukrepi, kot so ustanove za nadzorovano uporabo drog ali programi zagotavljanja naloksona za domačo uporabo, so ciljno usmerjeni odzivi, ki so namenjeni izboljšanju verjetnosti preživetja prevelikega odmerka. Pomen nadomestnega zdravljenja z opiodi pri zmanjševanju umrljivosti je razviden iz metaanalize študij na tem področju iz leta 2018.

Ustanove za nadzorovano uporabo drog so mesta, kjer lahko uporabniki droge uporabljajo v higienskem in varnejšem okolju. Cilj tega ukrepa je preprečevati pojav prevelikih odmerkov in zagotavljanje strokovne pomoči, kadar do prevelikega odmerka vseeno pride. Zagotavljajo tudi priložnost za sodelovanje s pogosto marginaliziranimi in težko dosegljivimi populacijami uporabnikov ter za zagotavljanje svetovanja in podpore na področju drog in

splošnega zdravja. Prostori za uporabo drog običajno zagotavljajo tudi točko za dostop do drugih zdravstvenih in socialnih storitev in napotitev nanje, vključno s storitvami obravnave odvisnosti od drog. Zagovorniki tovrstnih objektov poleg tega trdijo, da z zmanjšanjem uporabe drog v javnosti prispevajo k izboljšanju socialnega okolja na območjih, kjer uporaba drog sicer poteka, na primer na trgih z drogami v mestih.

Posamezne ustanove imajo lahko nadzor nad velikim številom uporab – nekatere večje ustanove na primer poročajo o 80 000 uporabah na leto –, ki bi se sicer opravile na cesti ali v drugih tveganih okoliščinah. Prva generacija ustanov za uporabo drog v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja se je osredotočila predvsem na nadzor uporabe heroína z vbrizgavanjem. Danes pa lahko ustanove nadzirajo tudi osebe, ki droge njuhajo, kadijo ali inhalirajo. V Evropski uniji in na Norveškem take ustanove za nadzorovano uporabo drog delujejo v 51 mestih, pri čemer skupno deluje 72 ustanov.

Preprečitev zastrupitve zaradi prevelikega odmerka opioidov: nalokson za domačo uporabo

Zdravilo nalokson je antagonist opioidov, ki ga uporabljajo oddelki za nujno medicinsko pomoč in reševalno osebje, da se prepreči zastrupitev zaradi prevelikega odmerka opioidov. V zadnjih letih se je povečal obseg programov zagotavljanja naloksona za domačo uporabo, ki nudijo usposabljanje o prevelikem odmerku in omogočajo razpoložljivost zdravila vsem, ki bi lahko bili priča prevelikega odmerka opioidov.

Pri nedavnih sistematičnih pregledih 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.

Leta 2018 so bili v desetih evropskih državah na voljo programi skupnosti za zagotavljanje naloksona za domačo uporabo. Ti programi običajno potekajo v okviru služb za zdravljenje odvisnosti od drog in zdravstvenih služb, razen v Italiji, kjer je nalokson zdravilo brez recepta. Zaporniki so kot ciljna populacija vključeni v programe zagotavljanja naloksona za domačo uporabo v Estoniji, Franciji, Združenem kraljestvu in na Norveškem.

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

VEČ INFORMACIJ

Publikacije centra EMCDDA

2019

Country Drug Reports 2019.

Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical reports.

An analysis of practices of post-mortem toxicology practices in drug-related deaths cases in Europe, Technical reports.

2018

Recent changes in Europe's cocaine market: results from an EMCDDA trendspotter study, Rapid communications.

m-Health applications for responding to drug use and associated harms, EMCDDA Papers.

New psychoactive substances in prison, Rapid communications.

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

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical reports.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs.

Report on the risk assessment of CUMYL-4CN-BINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of ADB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of THF-F, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 4F-iBF, Risk assessments.

Report on the risk assessment of AB-CHMINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of 5F-MDMB-PINACA, Risk assessments.

Report on the risk assessment of carfentanil, Risk assessments.

Report on the risk assessment of cyclopropylfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of methoxyacetylfentanyl, Risk assessments.

2017

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

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.

New developments in national drug strategies in Europe, EMCDDA Papers.

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.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

Skupne publikacije centra EMCDDA in centra ECDC

2018

Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings.

Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Systematic review on the prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

Guidance in brief: prevention and control of blood-borne viruses in prison settings.

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 2019 centra EMCDDA, ki vsebuje opombe in metapodatke. Navedena so leta, na katera se podatki nanašajo.

PREGLEDNICA A1

OPIOIDI

Država	Ocena zelo tvegane uporabe opioidov		Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom						Uporabniki, vključeni v nadomestno zdravljenje
			Uporabniki opioidov kot delež vseh 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	Prime-rov na 1 000	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	število	
Belgija	–	–	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bolgarija	–	–	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Češka	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danska	–	–	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Nemčija ⁽¹⁾	2016-17	0,9-3,0	29,9 (–)	9,6 (–)	–	20,1 (–)	17,9 (–)	–	78 800
Estonija	–	–	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irska	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grčija	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Španija	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
Francija	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Hrvaška	2015	2,5-4,0	–	21,2 (203)	–	–	30,9 (56)	–	4 792
Italija	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Ciper	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Latvija	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Litva	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luksemburg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Madžarska	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malta	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
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)	5 241
Avstrija	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Poljska	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugalska	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Romunija	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovenija	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovaška	–	–	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finska	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Švedska ⁽²⁾	–	–	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	–	–	–	4 468
Združeno kraljestvo ⁽³⁾	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turčija	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	–
Norveška ⁽⁴⁾	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	–	–	–	7 622
Evropska unija	–	–	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
EU, Turčija in Norveška	–	–	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Estonija in Španija, 2016; Nizozemska, 2015.

Podatki o uporabnikih, vključenih v nadomestno zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Španija in Slovenija, 2016; Danska, Madžarska, Nizozemska in Finska, 2015. Številka za Švedsko ne predstavlja vseh uporabnikov.

⁽¹⁾ Zaradi sprememb sistema poročanja vključitve v zdravljenje so predstavljeni le deleži.

⁽²⁾ Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo. Prikazani podatki niso v celoti reprezentativni za nacionalne razmere.

⁽³⁾ Ocena zelo tvegane uporabe opioidov ne vključuje Severne Irske. Podatek o uporabnikih, vključenih v nadomestno zdravljenje, se nanaša na Anglijo in Wales.

⁽⁴⁾ 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 storitev zdravljenja zaradi kokaina kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi kokaina, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi 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)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,9	1	24,3 (2 690)	23,9 (1 007)	24,2 (1 552)	6,2 (124)	1,4 (11)	8,6 (97)
Bolgarija	2016	0,9	0,5	2	2,7 (46)	3,9 (7)	1,6 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Češka	2017	2,4	0,2	1	0,7 (28)	0,7 (12)	0,7 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danska	2017	6,4	3,9	2	15,9 (776)	17,9 (407)	14 (338)	2,1 (15)	0,3 (1)	4,1 (13)
Nemčija ⁽¹⁾	2015	3,8	1,2	3	4,8 (–)	6,4 (–)	–	1,5 (–)	0,8 (–)	–
Estonija	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irska	2015	7,8	2,9	3	16,8 (1 431)	23 (748)	12,8 (623)	1,3 (18)	0 (0)	2,6 (16)
Grčija	2015	1,3	0,6	1	8,1 (345)	10,3 (172)	6,8 (172)	9,9 (34)	4,7 (8)	15,2 (26)
Španija	2017	10,3	2,8	3	39,2 (17 889)	39,7 (9 052)	38,2 (7 678)	0,8 (134)	0,4 (33)	1,3 (98)
Francija	2017	5,6	3,2	4	8,4 (3 988)	7,8 (1 035)	9,8 (1 801)	8,8 (324)	3,8 (37)	13,6 (229)
Hrvaška	2015	2,7	1,6	2	–	3,2 (31)	–	–	3,2 (1)	–
Italija	2017	6,9	1,7	2	33 (15 394)	38,1 (7 993)	28,9 (7 401)	2 (299)	1,1 (86)	3 (213)
Ciper	2016	1,4	0,4	3	14,7 (124)	12,1 (51)	19,8 (65)	5 (6)	2 (1)	7,9 (5)
Latvija	2015	1,5	1,2	2	0,5 (4)	0,7 (3)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Litva	2016	0,7	0,3	2	0,8 (13)	2,1 (5)	0,5 (7)	11,1 (1)	33,3 (1)	0 (0)
Luksemburg	2014	2,5	0,6	2	21,8 (39)	14,6 (7)	25,3 (20)	40,5 (15)	57,1 (4)	42,1 (8)
Madžarska	2015	1,2	0,9	2	3,5 (167)	3,9 (132)	2,4 (26)	2,5 (4)	2,3 (3)	4 (1)
Malta	2013	0,5	–	3	18,6 (340)	41,8 (97)	15,2 (243)	13,4 (43)	4,1 (4)	17,5 (39)
Nizozemska	2017	6,2	4,5	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	9,2 (339)	10,1 (156)	8,6 (183)	9,3 (30)	5,4 (8)	12,6 (22)
Poljska	2014	1,3	0,4	4	2,3 (163)	2,5 (88)	2,1 (72)	2,5 (4)	1,2 (1)	2,9 (2)
Portugalska	2016	1,2	0,3	2	17,3 (522)	20,8 (341)	13,2 (181)	2,6 (13)	0,6 (2)	6,3 (11)
Romunija	2016	0,7	0,2	3	1,2 (44)	1,4 (36)	0,6 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	2,1	1,2	2	4,5 (11)	6,5 (4)	3,9 (7)	45,5 (5)	25 (1)	57,1 (4)
Slovaška	2015	0,7	0,3	2	1,1 (31)	1,9 (24)	0,3 (5)	3,3 (1)	–	25 (1)
Finska	2014	1,9	1,0	1	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Švedska ⁽²⁾	2017	–	2,5	1	1,4 (552)	2,7 (371)	0,7 (181)	–	–	–
Združeno kraljestvo	2017	10,7	4,7	3	17,6 (20 290)	22,1 (8 185)	15,4 (12 054)	1,9 (259)	0,5 (31)	2,9 (226)
Turčija	2017	0,2	0,1	–	3,9 (456)	4,4 (247)	3,5 (209)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norveška	2017	5,1	2,1	1	1,8 (102)	2,7 (72)	1 (30)	–	–	–
Evropska unija	–	5,4	2,1	–	15,5 (72 424)	19,1 (33 178)	16,5 (36 594)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	15,1 (72 982)	18,4 (33 497)	15,9 (36 833)	2,1 (1 550)	0,8 (259)	3,1 (1 241)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2017; samo Flandrija), Bolgarijo (2017), Nemčijo (2011), Italijo (2017), Luksemburg (2014, starost 15 let), Španijo (2016), Švedsko (2017) in Združeno kraljestvo (2016; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Ocene razširjenosti Združenega kraljestva za splošno populacijo se nanašajo samo na Anglijo in Wales. Starostna skupina za ocene razširjenosti v splošni populaciji: Francija, Nemčija, Grčija in Madžarska, 18–64, 18–34; Danska in Norveška, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Švedska, 17–34; Združeno kraljestvo, 16–59, 16–34.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Estonija in Španija, 2016; Nizozemska, 2015.

⁽¹⁾ Zaradi sprememb sistema poročanja vključitve v zdravljenje so predstavljeni le deleži.

⁽²⁾ Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo. Prikazani podatki niso v celoti reprezentativni za nacionalne razmere.

PREGLEDNICA A3

AMFETAMINI

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom					
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi amfetaminov kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje			Delež uporabnikov storitev zdravljenja zaradi amfetaminov, ki si drogo vbrizgavajo (glavni način uporabe)		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih, mladi odrasli (15–34 let)		Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
		%	%	%	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)	% (število)
Belgija	2013	–	0,5	1	9,1 (1 011)	7,5 (315)	10,6 (681)	11,8 (96)	6,2 (16)	14,6 (80)
Bolgarija	2016	1,5	1,8	3	12,6 (211)	12,8 (23)	2,7 (18)	4,9 (2)	0 (0)	11,8 (2)
Češka	2017	3,3	0,7	1	49,6 (2 078)	52,8 (933)	47,2 (1 041)	62,8 (1 256)	57,6 (520)	67,2 (683)
Danska	2017	7,0	1,4	1	6,2 (303)	5,4 (122)	7 (170)	1,8 (5)	0,9 (1)	2,5 (4)
Nemčija ⁽¹⁾	2015	3,6	1,9	4	14,5 (–)	15,3 (–)	–	2,1 (–)	1,9 (–)	–
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	0,4 (38)	0,6 (19)	0,3 (17)	–	–	–
Grčija	–	–	–	2	0,8 (33)	1,3 (22)	0,4 (11)	18,2 (6)	22,7 (5)	9,1 (1)
Španija	2017	4	0,9	2	1,7 (754)	1,9 (431)	1,4 (291)	0,9 (7)	0,9 (4)	1 (3)
Francija	2017	2,2	0,6	2	0,4 (212)	0,5 (63)	0,5 (91)	9,7 (18)	8,5 (5)	10,8 (9)
Hrvaška	2015	3,5	2,3	3	–	3,4 (33)	–	–	0 (0)	–
Italija	2017	2,4	0,3	2	0,2 (93)	0,3 (55)	0,1 (38)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Ciper	2016	0,5	0,1	3	6,8 (57)	6,2 (26)	9,5 (31)	9,1 (5)	4 (1)	13,3 (4)
Latvija	2015	1,9	0,7	3	17,5 (141)	22,9 (98)	11,3 (43)	64,1 (84)	54,9 (50)	85 (34)
Litva	2016	1,2	0,5	1	3,5 (59)	9,9 (24)	2 (29)	29,6 (16)	13,6 (3)	48,1 (13)
Luksemburg	2014	1,6	0,1	1	–	–	–	–	–	–
Madžarska	2015	1,7	1,4	3	11,1 (534)	11,2 (378)	11,3 (124)	9,7 (51)	4,8 (18)	27 (33)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (3)	0,4 (1)	0,1 (2)	66,7 (2)	100 (1)	50 (1)
Nizozemska	2017	5,4	3,9	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)	7,2 (111)	4,3 (92)	2,2 (4)	1 (1)	3,6 (3)
Poljska	2014	1,7	0,4	4	29,4 (2 085)	31,6 (1 126)	26,9 (924)	2,7 (55)	1,3 (15)	4,3 (39)
Portugalska	2016	0,4	0,0	1	0,1 (3)	0,1 (2)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Romunija	2016	0,3	0,1	1	0,8 (30)	1 (26)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenija	2012	0,9	0,8	1	0,8 (2)	3,2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaška	2015	1,4	0,8	1	40,8 (1 182)	44 (566)	38,1 (580)	30,9 (350)	26,8 (148)	34,9 (192)
Finska	2014	3,4	2,4	1	18,9 (134)	20,2 (51)	18,1 (83)	71,2 (94)	52 (26)	82,9 (68)
Švedska ⁽²⁾	2017	–	1,2	1	5,3 (2 076)	7,3 (1 007)	4,3 (1 069)	–	–	–
Združeno kraljestvo	2017	9,9	1,0	1	2,1 (2 476)	2,7 (1 015)	1,9 (1 450)	18,9 (295)	11,7 (70)	23,6 (225)
Turčija	2017	0,0	–	–	6,5 (751)	9,7 (549)	3,4 (202)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norveška	2017	3,9	0,8	1	13 (744)	10,3 (277)	15,4 (467)	–	–	–
Evropska unija	–	3,7	1,0	–	6,1 (28 291)	6,6 (11 393)	5,9 (16 465)	9,4 (2 871)	8,8 (1 015)	9,3 (1 714)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	6,2 (29 786)	6,7 (12 219)	6,0 (17 134)	9,2 (2 871)	8,4 (1 015)	9,2 (1 714)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2017; samo Flandrija), Bolgarijo (2017), Nemčijo (2011), Italijo (2017), Luksemburg (2014, starost 15 let), Španijo (2016), Švedsko (2017) in Združeno kraljestvo (2016; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Ocene razširjenosti Združenega kraljestva za splošno populacijo se nanašajo samo na Anglijo in Wales. Starostna skupina za ocene razširjenosti v splošni populaciji: Francija, Nemčija in Madžarska, 18–64, 18–34; Danska in Norveška, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Švedska, 17–34; Združeno kraljestvo, 16–59, 16–34. Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Estonija in Španija, 2016; Nizozemska, 2015. Podatki za Nemčijo, Švedsko in Norveško se nanašajo na uporabnike „stimulansov, ki niso kokain“.

⁽¹⁾ Zaradi sprememb sistema poročanja vključitve v zdravljenje so predstavljeni le deleži.

⁽²⁾ Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo. Prikazani podatki niso v celoti reprezentativni za nacionalne razmere.

PREGLEDNICA A4

MDMA

	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi MDMA kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
	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
Država		%	%	%			
Belgija	2013	–	0,8	2	0,5 (53)	0,8 (32)	0,3 (19)
Bolgarija	2016	2,1	3,1	2	1,7 (29)	1,1 (2)	0 (0)
Češka	2017	5,8	2,1	3	0,6 (27)	1 (17)	0,4 (9)
Danska	2017	3,2	1,5	1	0,3 (16)	0,6 (14)	0,1 (2)
Nemčija	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonija	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irska	2015	9,2	4,4	4	0,5 (42)	0,9 (29)	0,3 (13)
Grčija	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Španija	2017	3,6	1,2	2	0,2 (89)	0,3 (66)	0,1 (16)
Francija	2017	3,9	1,3	2	0,4 (168)	0,4 (54)	0,3 (56)
Hrvaška	2015	3,0	1,4	2	–	0,8 (8)	–
Italija	2017	2,7	0,8	1	0,1 (59)	0,2 (34)	0,1 (25)
Ciper	2016	1,1	0,3	3	0,1 (1)	–	–
Latvija	2015	2,4	0,8	3	0,4 (3)	0,2 (1)	0,5 (2)
Litva	2016	1,7	1,0	2	0,1 (2)	0 (0)	0,1 (2)
Luksemburg	2014	1,9	0,4	1	0,6 (1)	2,1 (1)	–
Madžarska	2015	4,0	2,1	2	2,3 (111)	1,7 (57)	3,7 (41)
Malta	2013	0,7	–	2	0,7 (12)	0,9 (2)	0,6 (10)
Nizozemska	2017	9,4	7,1	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Avstrija	2015	2,9	1,1	2	0,9 (32)	1,2 (19)	0,6 (13)
Poljska	2014	1,6	0,9	3	0,3 (23)	0,3 (12)	0,3 (9)
Portugalska	2016	0,7	0,2	2	0,2 (7)	0,2 (3)	0,3 (4)
Romunija	2016	0,5	0,2	2	0,9 (33)	1,2 (30)	0,2 (2)
Slovenija	2012	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovaška	2015	3,1	1,2	3	0,1 (4)	0,1 (1)	0,1 (2)
Finska	2014	3,0	2,5	1	0,1 (1)	0,4 (1)	0 (0)
Švedska	2017	–	2,0	1	–	–	–
Združeno kraljestvo	2017	10,0	3,3	4	0,5 (616)	1,1 (415)	0,3 (200)
Turčija	2017	0,4	0,2	–	2 (230)	2,9 (161)	1,2 (69)
Norveška	2017	4,1	2,2	1	–	–	–
Evropska unija	–	4,1	1,7	–	0,3 (1 428)	0,5 (872)	0,2 (442)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	0,3 (1 658)	0,6 (1 033)	0,2 (511)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2017; samo Flandrija), Bolgarijo (2017), Nemčijo (2011), Italijo (2017), Luksemburg (2014, starost 15 let), Španijo (2016), Švedsko (2017) in Združeno kraljestvo (2016; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Ocene razširjenosti Združenega kraljestva za splošno populacijo se nanašajo samo na Anglijo in Wales. Starostna skupina za ocene razširjenosti v splošni populaciji: Francija, Nemčija, Grčija in Madžarska, 18–64, 18–34; Danska in Norveška, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Švedska, 17–34; Združeno kraljestvo, 16–59, 16–34.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Estonija in Španija, 2016; Nizozemska, 2015.

PREGLEDNICA A5

KONOPLJA

Država	Ocene razširjenosti				Uporabniki, ki se vključijo v zdravljenje med letom		
	Splošno prebivalstvo			Šolska mladina	Uporabniki storitev zdravljenja zaradi konoplje kot delež vseh oseb, ki se vključijo v zdravljenje		
	Leto raziskave	Kadar koli v življenju, odrasli (15–64 let)	V zadnjih 12 mesecih mladi odrasli (15–34 let)	Kadar koli v življenju, dijaki (15–16 let)	Vse osebe, ki se začnejo zdraviti	Osebe, ki se začnejo zdraviti prvič	Osebe, ki so se že zdravile
		%	%	%			
Belgija	2013	15,0	10,1	18	34,2 (3 786)	50,7 (2 132)	23,2 (1 487)
Bolgarija	2016	8,3	10,3	20	9,9 (166)	5 (9)	2,5 (17)
Češka	2017	28,6	19,3	37	23,6 (988)	28,4 (501)	19,6 (433)
Danska	2017	38,4	15,4	12	62,7 (3 069)	65,9 (1 501)	59,5 (1 435)
Nemčija ⁽¹⁾	2015	27,2	13,3	19	43,1 (–)	64,1 (–)	–
Estonija	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irska	2015	27,9	13,8	19	24,6 (2 102)	39 (1 270)	14,6 (712)
Grčija	2015	11,0	4,5	9	26,9 (1 148)	46,1 (773)	14,7 (373)
Španija	2017	35,2	18,3	31	29,2 (13 304)	40,7 (9 278)	15,9 (3 208)
Francija	2017	44,8	21,8	31	59,6 (28 205)	74,4 (9 828)	41,1 (7 517)
Hrvaška	2015	19,4	16,0	21	–	62,9 (602)	–
Italija	2017	32,7	20,9	19	21,8 (10 155)	30,9 (6 483)	14,3 (3 672)
Ciper	2016	12,1	4,3	7	52,7 (444)	67,5 (284)	28,4 (93)
Latvija	2015	9,8	10,0	17	24 (194)	36 (154)	10,6 (40)
Litva	2016	10,8	6,0	18	6,5 (110)	22,7 (55)	3,5 (50)
Luksemburg	2014	23,3	9,8	20	16,2 (29)	22,9 (11)	13,9 (11)
Madžarska	2015	7,4	3,5	13	63 (3 031)	68,2 (2 310)	49,2 (542)
Malta	2013	4,3	–	13	9,1 (167)	19 (44)	7,7 (123)
Nizozemska	2017	26,6	17,5	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Avstrija	2015	23,6	14,1	20	33,2 (1 222)	51,7 (802)	19,7 (420)
Poljska	2014	16,2	9,8	24	31,2 (2 209)	39 (1 390)	23,2 (796)
Portugalska	2016	11,0	8,0	15	37,2 (1 120)	51,8 (848)	19,8 (272)
Romunija	2016	5,8	5,8	8	49,3 (1 764)	62,4 (1 585)	15,8 (153)
Slovenija	2012	15,8	10,3	25	6,1 (15)	19,4 (12)	1,7 (3)
Slovaška	2015	15,8	9,3	26	25,7 (743)	38,5 (495)	14,3 (218)
Finska	2014	21,7	13,5	8	18 (128)	31,3 (79)	10,7 (49)
Švedska ⁽²⁾	2017	–	9,6	6	10 (3 878)	15,4 (2 125)	7 (1 753)
Združeno kraljestvo	2017	30	12,3	19	24,2 (27 920)	45,3 (16 733)	14,2 (11 114)
Turčija	2017	2,7	1,9	–	6,4 (745)	9,2 (520)	3,8 (225)
Norveška	2017	24,5	10,1	7	28,8 (1 651)	36,8 (989)	21,8 (662)
Evropska unija	–	27,4	14,4	–	32,7 (152 373)	47,0 (81 566)	17,5 (58 103)
EU, Turčija in Norveška	–	–	–	–	32,0 (154 769)	45,7 (83 075)	17,2 (58 990)

Ocene razširjenosti za šolsko mladino so vzete iz raziskave ESPAD 2015, razen za Belgijo (2017; samo Flandrija), Bolgarijo (2017), Nemčijo (2011), Italijo (2017), Luksemburg (2014, starost 15 let), Španijo (2016), Švedsko (2017) in Združeno kraljestvo (2016; samo Anglija, starost 15 let). Latvijski podatki morda niso primerljivi zaradi negotovosti glede postopkov zbiranja podatkov.

Ocene razširjenosti Združenega kraljestva za splošno populacijo se nanašajo samo na Anglijo in Wales. Starostna skupina za ocene razširjenosti v splošni populaciji: Francija, Nemčija, Grčija in Madžarska, 18–64, 18–34; Danska in Norveška, 16–64, 16–34; Malta, 18–65; Švedska, 17–34; Združeno kraljestvo, 16–59, 16–34.

Podatki o uporabnikih, vključenih v zdravljenje, so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki: Estonija in Španija, 2016; Nizozemska, 2015.

⁽¹⁾ Zaradi sprememb sistema poročanja vključitve v zdravljenje so predstavljeni le deleži.

⁽²⁾ Podatki za uporabnike, ki se vključijo v zdravljenje, se nanašajo na bolnišnično oskrbo in specialistične ustanove za izvenbolnišnično oskrbo. Prikazani podatki niso v celoti reprezentativni za nacionalne razmere.

PREGLEDNICA A6

DRUGI KAZALNIKI

Država	Smrti primeri zaradi drog			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
	Leto	Vse starosti	15–64 let				Število
		Število	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Primerov na milijon prebivalcev (število)	Leto ocene	Primerov na 1 000 prebivalcev	
Belgija	2014	61	8 (60)	0,6 (7)	2015	2,32-4,61	1 203 077
Bolgarija	2017	18	4 (18)	4,4 (31)	–	–	52 927
Češka	2017	42	5 (35)	0,5 (5)	2017	6,18-6,47	6 409 862
Danska ⁽¹⁾	2016	237	55 (202)	1 (6)	–	–	–
Nemčija ⁽¹⁾ ⁽²⁾	2017	1 272	21 (1 120)	1,5 (127)	–	–	–
Estonija	2017	110	130 (110)	10,6 (14)	2015	9,01-11,25	1 997 158
Irska	2015	224	69 (215)	2,9 (14)	–	–	519 578
Grčija	2017	62	– (–)	8 (86)	2017	0,43-0,68	278 415
Španija ⁽³⁾	2016	483	16 (482)	2,3 (105)	2016	0,25-0,57	1 503 111
Francija ⁽⁴⁾	2015	373	7 (299)	0,6 (43)	2017	2,58-3,29	11 907 416
Hrvaška	2017	65	23 (64)	0 (0)	2015	1,79-2,87	244 299
Italija	2017	294	8 (293)	1,6 (94)	–	–	–
Ciper	2017	16	26 (15)	0 (0)	2017	0,38-0,59	245
Latvija	2017	22	17 (22)	40 (78)	2016	5,31-6,83	833 817
Litva	2017	83	44 (83)	47,8 (136)	2016	4,37-4,89	251 370
Luksemburg	2017	8	19 (8)	15,2 (9)	2015	3,77	447 681
Madžarska	2017	33	5 (33)	0,1 (1)	2015	0,98	137 580
Malta	2017	5	16 (5)	0 (0)	–	–	315 541
Nizozemska	2017	262	22 (243)	0,1 (2)	2015	0,07-0,09	–
Avstrija	2017	154	26 (151)	1,4 (12)	–	–	6 293 593
Poljska ⁽¹⁾	2016	204	7 (181)	0,7 (27)	–	–	59 958
Portugalska	2016	30	4 (30)	1,7 (18)	2015	1,00-4,46	1 421 666
Romunija ⁽⁵⁾	2017	32	2 (32)	4,4 (86)	–	–	1 095 284
Slovenija	2017	47	32 (44)	0 (0)	–	–	578 926
Slovaška	2017	19	5 (18)	0 (0)	–	–	395 877
Finska	2017	200	55 (189)	1,8 (10)	2012	4,1-6,7	5 824 467
Švedska	2017	626	92 (574)	2 (20)	–	–	517 381
Združeno kraljestvo ⁽⁶⁾	2016	3 256	74 (3 108)	1,7 (115)	2004-11	2,87-3,22	–
Turčija ⁽¹⁾	2017	941	17 (907)	0,2 (14)	–	–	–
Norveška	2016	282	75 (258)	1,3 (7)	2016	2,15-3,04	2 884 230
Evropska unija	–	8 238	23 (7 634)	2,0 (1 046)	–	–	–
EU, Turčija in Norveška	–	9 461	22,6 (8 799)	1,8 (1 067)	–	–	–

⁽¹⁾ V nekaterih primerih starostni razred ni določen in ti primeri niso bili vključeni v izračune stopnje umrljivosti: Nemčija (147), Danska (5), Poljska (1), Turčija (22).

⁽²⁾ Podatki o virusu HIV za Nemčijo se nanašajo na leto 2016.

⁽³⁾ Podatki o brizgah, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se nanašajo na leto 2016.

⁽⁴⁾ Podatki o brizgah, razdeljenih v okviru specializiranih programov, se nanašajo na leto 2015.

⁽⁵⁾ Število neposrednih smrti zaradi droge: podnacionalna pokritost.

⁽⁶⁾ Podatki o brizgah za Združeno kraljestvo: Anglija, ni podatkov; Škotska, 4 401 387, in Wales, 2 630 382 (oba podatka za leto 2017), Severna Irska 310 005 (2016).

PREGLEDNICA A7

ZASEGI

	Heroin		Kokain		Amfetamini		MDMA, MDA, MDEA	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	kg	število	tablet (kg)	število
Belgija	53	1 790	44 752	4 695	163	2 855	491 183 (–)	1 692
Bolgarija	698	32	42	30	406	80	2 335 (322)	41
Češka	19	90	27	227	95	1 703	15 279 (5)	387
Danska	16	561	151	4 786	322	2 244	2 731 476 (34)	933
Nemčija	298	–	8 166	–	1 784	–	693 668 (–)	–
Estonija	<0,1	3	17	154	33	454	– (6)	310
Irska	–	765	–	792	–	91	– (–)	344
Grčija	359	1 952	234	596	164	16	589 (6)	83
Španija	524	7 283	40 960	42 206	272	4 505	363 138 (–)	3 569
Francija	658	4 544	17 500	12 214	405	773	1 130 839 (–)	1 073
Hrvaška	27	140	466	418	38	775	– (9)	743
Italija	610	2 296	4 084	7 812	72	271	10 844 (8)	267
Ciper	0,4	4	8	118	1	73	159 (3)	13
Latvija	0,2	66	2	61	21	502	3 660 (28)	169
Litva	4	173	623	98	28	278	– (22)	140
Luksemburg	1	69	3	222	0,2	26	956 (<0,1)	25
Madžarska	21	34	6	276	25	973	51 836 (1)	650
Malta	13	25	0,3	232	<0,1	1	405 (<0,1)	99
Nizozemska ⁽¹⁾	1 110	–	14 629	–	146	–	– (1 250)	–
Avstrija	70	967	71	1 571	55	1 488	446 465 (4)	1 183
Poljska	2	2	69	9	608	33	– (–)	–
Portugalska	29	492	2 734	816	1	51	1 598 (2)	282
Romunija	4	222	8	169	2	115	18 810 (0,9)	477
Slovenija	11	286	12	277	6	242	1 537 (1)	63
Slovaška	0,6	41	3	42	4	661	2 448 (<0,1)	74
Finska	0,4	138	7	383	259	2 263	66 420 (–)	695
Švedska	45	675	162	3 640	770	5 524	34 919 (24)	1 993
Združeno kraljestvo	844	11 075	5 697	18 912	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turčija	17 385	12 932	1 476	3 829	7 268	9 405	8 606 765 (–)	6 663
Norveška	99	628	80	1 185	503	5 734	33 657 (12)	1 122
Evropska unija	5 418	36 786	140 435	104 348	7 037	43 720	6 581 823 (1 727)	22 803
EU, Turčija in Norveška	22 902	50 346	141 990	109 362	14 808	58 859	15 222 245 (1 739)	30 588

Amfetamini vključujejo amfetamin in metamfetamin.

Opomba: vsi podatki so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki.

⁽¹⁾ Podatki o številu in količini zasegov ne vključujejo vseh ustreznih enot kazenskega pregona in bi jih bilo treba šteti za delne, najnižje podatke. Zasegi kokaina predstavljajo večino večjih zasegov.

PREGLEDNICA A7

ZASEGI (nadaljevanje)

	Hašiš		Marihuana		Rastline konoplje	
	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov	Zasežena količina	Število zasegov
Država	kg	število	kg	število	rastlin (kg)	število
Belgija	947	6 133	946	28 519	416 576 (–)	1 234
Bolgarija	0,2	9	1 580	57	16 087 (33 822)	102
Češka	9	173	1 095	5 369	54 392 (–)	502
Danska	6 637	16 678	293	1 803	38 859 (236)	380
Nemčija	1 295	–	7 731	–	101 598 (–)	–
Estonija	80	54	54	823	– (24)	35
Irska	–	257	–	1 546	– (–)	280
Grčija	6 251	257	24 940	8 866	46 907 (–)	742
Španija	334 919	157 346	34 517	151 968	1 124 674 (–)	3 038
Francija	67 300	82 797	20 200	44 301	137 074 (–)	395
Hrvaška	8	351	2 410	7 057	7 405 (–)	213
Italija	18 755	8 922	90 097	11 253	265 635 (–)	1 545
Ciper	1	8	151	826	161 (–)	23
Latvija	202	36	43	848	– (102)	55
Litva	2 089	53	124	924	– (–)	–
Luksemburg	19	348	113	935	74 (–)	13
Madžarska	114	153	3 674	3 751	5 287 (–)	156
Malta	591	109	0,2	175	11 (–)	5
Nizozemska ⁽¹⁾	942	–	3 104	–	722 618 (–)	–
Avstrija	100	1 841	1 557	16 969	31 102 (–)	533
Poljska	1 237	18	1 043	93	448 (–)	8
Portugalska	14 790	3 647	410	437	22 910 (–)	158
Romunija	6	185	276	2 861	6 780 (1 540)	179
Slovenija	20	126	838	3 768	13 594 (–)	218
Slovaška	1	26	144	1 115	2 299 (–)	31
Finska	693	252	322	1 158	15 200 (–)	1 150
Švedska	2 809	13 140	1 125	8 825	– (–)	–
Združeno kraljestvo	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (–)	9 583
Turčija	81 429	8 718	94 379	41 929	– (–)	3 143
Norveška	2 035	9 533	385	3 473	– (43)	167
Evropska unija	466 097	311 071	209 401	440 295	3 370 222 (35 725)	22 745
EU, Turčija in Norveška	549 561	329 322	304 165	485 697	3 370 222 (35 768)	26 055

Opomba: vsi podatki so za leto 2017 ali zadnje leto, za katero so na voljo podatki.

⁽¹⁾ Podatki o številu in količini zasegov ne vključujejo vseh ustreznih enot kazenskega pregona in bi jih bilo treba šteti za delne, najnižje podatke.

Stik z EU

Osebnost

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 in težave na področju javnega zdravja ter politike in ukrepe na področju drog. Skupaj s spletnim Statističnim biltenom in 30 poročili o drogah za posamezne države sestavlja Evropsko poročilo o drogah 2019.

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.

