

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sabina Smodej

**Politika vojne drogam proti politiki zmanjševanja škode –
umestitev Slovenije**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sabina Smodej

Mentor: izr. prof. dr. Damjan Lajh

**Politika vojne drogam proti politiki zmanjševanja škode –
umestitev Slovenije**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Politika vojne drogam proti politiki zmanjševanja škode – umestitev Slovenije

Droge so ena od največjih težav sodobne družbe, če ne največja. Povzročajo mnogo gorja in se nezadržno širijo v vse segmente družbe. Posebej skrb vzbujajoče se zdi dejstvo, da po drogah posegajo čedalje mlajše osebe, celo otroci. Osveščanje in preventiva na področju drog ter zmanjševanje škode so seveda cilji, ki bi morali biti prioriteta vsake politike do drog, tako liberalne kot prohibistične. Diplomsko delo prikazuje in primerja politiko vojne proti drogam in politiko zmanjševanja škode ter na primerih držav primerja učinke dveh glavnih tipov politike do drog, ki ju poznamo v sodobnem svetu. V teoretičnem sklopu so podane definicije pojmov ter predstavljeno področje, v nadaljevanju pa je podan pregled stanja, uspešnosti politike ter programov preventive na področju prepovedanih drog. V zaključku poskušamo umestiti Slovenijo – ovrednotiti stanje na področju drog, zastavljeno strategijo, politiko do drog in učinke preventivnih programov.

Ključne besede: droge, vojna proti drogam, zmanjševanje škode.

War on drugs vs. harm reduction policy – where is Slovenia

Drugs are one of the biggest problems of contemporary society or even the biggest one. They cause a lot of misery and they continuously spread into every segment of society. The most worrying fact is that drugs are increasingly abused by younger and younger persons, even children. Raising awareness and prevention in the area of drugs and reducing harm are the goals which should be priority of each and every policy on drugs, as well liberal as prohibitive one. Diploma thesis presents and compares the policy of war against drugs and the policy of reducing harm and it compares the effects of two main policies on drugs that are known in the modern world. In the theoretical part there are definitions of the terms, the presentation of the field and also the overview of present condition. Furthermore, the successfulness of policy and programmes regarding illegal drugs are presented. In the conclusion we are trying to specify Slovenia's position – to evaluate the condition in the area of drugs, the strategy, the policy on drugs and the effects of the preventive programmes.

Key words: drugs, War on drugs, Harm reduction policy.

KAZALO

1	UVOD	7
1.1	Hipotezi.....	7
1.2	Metodologija	8
2	OPREDELITEV POJMOV IN PREDSTAVITEV PODROČJA	9
2.1	Droge	9
2.2	Prepovedane droge	9
2.3	Klasifikacija drog	11
2.3.1	Depresorji centralnega živčnega sistema	12
2.3.2	Stimulansi	12
2.3.3	Halucinogeni in kanabis – perturbatorji centralnega živčnega sistema	13
2.3.4	Najpogosteje uporabljene droge	13
2.3.4.1	Konoplja.....	13
2.3.4.2	Heroin	14
2.3.4.3	Kokain.....	14
2.3.4.4	Nove psihoaktivne snovi (NPS)	15
2.4	Politike na področju drog	18
2.4.1	Mednarodna politika na področju drog.....	20
2.4.1.1	Vojna proti drogam – politika ničelne tolerance	20
2.4.1.2	Švedska	21
2.4.1.3	Politika zmanjševanja škode	23
2.4.1.4	Nizozemska	25
2.4.1.5	Politika na področju drog v Evropski uniji	28
2.4.1.6	Zakonodaja Evropske unije za področje drog	29
2.4.1.7	Stanje na področju trga drog v Evropski uniji, poročilo 2016	30
2.4.1.8	Zakonodaja Slovenije za področje drog	32
3	PREGLED STANJA, USPEŠNOSTI POLITIKE TER PROGRAMOV PREVENTIVE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG	37

3.1	Pregled stanja na področju prepovedanih drog za Evropsko unijo	37
3.2	Pregled stanja na področju prepovedanih drog za Slovenijo	38
3.3	Ocena uspešnosti programov preventive za Slovenijo	45
3.4	Analiza nizozemske in švedske politike do prepovedanih drog ter umestitev Slovenije	48
4	SKLEP	55
5	LITERATURA	58

KAZALO SLIK

Slika 2.1:	Vrste novih psihoaktivnih snovi (NPS)	16
Slika 2.2:	Število novih psihoaktivnih snovi v obdobju 2008–2015 – področja pojavljanja po svetu	17
Slika 2.3:	Kategorizacija in količina novih psihoaktivnih snovi, zaznanih v EU v obdobju 2009–2015	18
Slika 2.4:	Delež prodaje po posameznih vrstah drog v Evropski uniji	31
Slika 2.5:	Izvajanje politike na področju drog v Sloveniji	34

KAZALO TABEL

Tabela 3.1:	Nevladne organizacije in programi, ki jih izvajajo	48
Tabela 3.2:	Primerjava statističnih podatkov Nizozemska, Slovenija in Švedska – uporaba drog	51
Tabela 3.3:	Razširjenost uporabe konoplje v Evropi, izsek	52

KAZALO GRAFOV

Graf 3.1:	Prikaz uporabe konoplje v Sloveniji med 15-letniki za leto 2014 – primerjava z evropskim povprečjem	40
Graf 3.2:	Prikaz uporabe novih psihoaktivnih snovi (NPS) za Slovenijo v starostni skupini 15–24 let – Eurobarometer 2014 – primerjava z evropskim povprečjem	42
Graf 3.3:	Ključni rezultati iz leta 2011 za Slovenijo, tvegano vedenje med 16-letniki, primerjava z evropskih povprečjem	44
Graf 3.4:	Dostopnost drog, Slovenija in evropsko povprečje	45

Graf 3.5: Primerjava uporaba marihuane v izbranih državah in v Evropski uniji (povprečje).....	53
Graf 3.6: Primerjava števila smrti zaradi drog (letno) na milijon prebivalcev v izbranih državah in v Evropski uniji (povprečje)	54

1 UVOD

V današnjem času so droge postale del vsakdana zahodne družbe, ki zaradi vse hitrejšega življenja mnogim obljublja lažno lahkotnost življenja. Zaradi posledic, ki jih droge v resnici pustijo na življenju ljudi in s tem tudi na družbi kot celoti, smo na eni strani priča pojavu liberalnega, odprtega, v preventivo usmerjenega (angl. *harm reduction*) tipa politike do drog, značilnega predvsem za Nizozemsko, Švico, Portugalsko, Češko ter tudi Združeno kraljestvo. Druga skrajnost pa je družba brez drog (angl. *drugs free society*), kot jo izvajajo Švedska in Združene države Amerike, kar se odraža tudi v drugačnem pojmovanju konceptov, kot so mehke/trde droge, kdo je odvisnik in kdo »le« uživalec ipd. Cilj diplomskega dela je prikazati ter primerjati učinke dveh glavnih tipov politike do drog, ki ju poznamo v sodobnem svetu, ter umestitev Slovenije na tem področju. V Sloveniji se je v obdobju vztrajnega redefiniranja politike do drog pojavljalo vprašanje, kateri »model«, preventivni ali represivni, je primernejši. Analiza politik do drog nam je pomagala razumeti, kaj vlade posameznih držav počnejo, na kakšen način in zakaj ter kakšni so učinki teh politik. Pregled regulative na področju politike do drog v Evropski uniji pa je pokazal, ali je model politike zmanjševanja škode, ki ga zasleduje tudi Slovenija, tisti pravi, kakšni so statistični podatki v primerjavi z drugimi državami članicami EU ter kaj lahko pričakujemo v prihodnosti.

1.1 Hipotezi

Skladno z zastavljenim ciljem diplomskega dela, obravnavanima politikama do drog, bosta naši hipotezi za preverjanje:

Nizozemska velja za državo z visoko stopnjo tolerance v povezavi z uporabo drog, liberalno politiko ter množico preventivnih mehanizmov na področju drog. Zaradi teh dejstev se zdi, da je Nizozemska v letih izvajanja politike zmanjševanja škode ter dekriminalizacije povzročila znatni dvig števila uporabnikov, saj so droge ne samo lažje dostopne, celo dekriminalizirane, pa vendar podatki European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (v nadaljevanju EMCDDA) in United Nations Office on Drugs and Crime (v nadaljevanju UNODC) nakazujejo, da ni tako. Samo 14 % uporabnikov konoplje na Nizozemskem poroča o ponudbi drugih drog pri njihovih »stalnih« prodajalcih, medtem ko o tem pojavu poroča 52 % uporabnikov na

Švedskem. Uporaba konoplje je na Nizozemskem enaka oz. manjša kot v sosednjih državah (s strožjo politiko do drog, kjer ne obstaja možnost nakupa v »coffee-shopu«), poleg tega je znatno nižja od porabe konoplje v Združenih državah Amerike, ki jih lahko označimo za pionirja vojne proti drogam. Uporaba konoplje na Nizozemskem se je sicer od leta 1976 zviševala, vendar v obsegu trenda, ki velja za vso Evropsko unijo. Nezanemarljivo dejstvo je tudi, da preko prodaje v »coffee-shopih« v državno blagajno, v obliki davkov na prodajo, priteče približno 400 milijonov evrov letno (Rolles in drugi 2014, 2–3). Na tej osnovi se prva hipoteza glasi:

H1: Nizozemska vlada in parlament aktivno podpirata preventivne programe, številni tipi preventivnih programov pa dosežejo širok spekter prebivalstva in prosta prodaja, pod določenimi pogoji, ne vpliva na znatno zvišanje števila uporabnikov drog.

Slovenija se uvršča med države, ki uspešno izvajajo preventivne programe na področju drog. Zadnji podatki EMCDDA raziskave oz. zbirka podatkov kažejo, da uporaba drog v Sloveniji rahlo narašča, a je delež uporabnikov še vedno eden najnižjih v Evropi. Na tej osnovi se druga hipoteza glasi:

H2: Slovenija je med uspešnejšimi državami EU pri izvajanju politike zmanjševanja škode; izvaja vrsto preventivnih programov, ki dosegajo dobre rezultate.

1.2 Metodologija

Najprej smo opisali ter primerjali politiko vojne proti drogam in politiko zmanjševanja škode, nato pa na primerih dveh držav primerjali učinke dveh glavnih tipov politike do drog, ki ju poznamo v sodobnem svetu. V osrednjem delu smo podali potrebne definicije pojmov, na kratko smo predstavili vrste prepovedanih drog, politike do drog in trg drog v Evropi, v nadaljevanju pa podali pregled stanja, uspešnosti politike ter programov preventive na področju prepovedanih drog. Za raziskovanje smo uporabljali metodo analize literature ter različnih virov, primerjalno raziskovanje in študijo primera, pri kateri je poudarek na Sloveniji. Literaturo, ki obravnava to področje, navodila, akcijske načrte, smernice, strategije, poročila, statistična poročila, ki jih izdaja Evropska unija oz. njeni uradi, smo pridobili preko spletnih strani omenjenih institucij.

2 OPREDELITEV POJMOV IN PREDSTAVITEV PODROČJA

2.1 Droge

Z izrazom droga so označene različne substance. Sama beseda nosi negativni naboj saj, ko govorimo o drogah največkrat mislimo na prepovedane substance, ki po vnosu v naše telo vplivajo na spremembo našega vedenja, počutja in mišljenja. Take značilnosti imajo številne snovi, ki jih uporabljamo v različne namene, zakonodaja pa deli droge na zakonite/dovoljene in nezakonite/prepovedane. Pri slednjih velja posedovanje, jemanje in trgovanje z njimi za kaznivo (World Health Organization 2016).

Zakonite/dovoljene droge so kofein, tobak, alkohol, kava in čaj. Pri nekaterih od navedenih je prosta prodaja omejena s starostjo.

Nezakonite/prepovedane droge se delijo v več skupin, ki jih podrobneje predstavljamo v nadaljevanju.

2.2 Prepovedane droge

Prepovedane droge so rastline ali substance naravnega ali sintetičnega izvora, ki imajo psihotropne učinke ter lahko vplivajo na telesno ali duševno zdravje ali ogrožajo primerno socialno stanje ljudi. Razvrščene so v tri skupine glede na resnost nevarnosti za zdravje ljudi, ki je lahko posledica njihove zlorabe ter glede na uporabo v medicini.

Skupina I: rastline in substance, ki so zelo nevarne za zdravje ljudi zaradi hudih posledic, ki jih lahko povzroči njihova zloraba in se ne uporabljajo v medicini.

Skupina II: rastline in substance, ki so zelo nevarne zaradi hudih posledic, ki jih lahko povzroči njihova zloraba in se lahko uporabljajo v medicini.

Skupina III: rastline in substance, ki so srednje nevarne zaradi posledic, ki jih lahko povzroči njihova zloraba in se lahko uporabljajo v medicini.

Proizvodnja, promet in posest prepovedanih drog iz skupine I se lahko opravlja le v znanstveno-raziskovalne in učne namene.

Prepovedane droge iz skupin II in III se lahko proizvajajo, dajejo v promet in imajo v posesti za medicinske, veterinarske, učne in znanstveno-raziskovalne namene (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke 2016a).

Odgovornosti oz. naloge s področja prepovedanih drog, kot so izdaja dovoljenj za promet s prepovedanimi drogami, izdelava statističnih poročil in druge naloge, opravlja Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke (Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke 2016).

Psihoaktivne droge ali psihoaktivne snovi (pogovorno mamila ali droge) so snovi, ki primarno vplivajo na delovanje osrednjega živčnega sistema in tako vplivajo na delovanje možganov, spremenijo zaznavanje, počutje, zavest in vedenje. Uporabljajo se rekreativno z namenom zabave in spreminjanja zavesti, kot enteogeni za verske obrede in duhovne namene, za povečevanje umskih zmogljivosti in terapevtsko pri zdravljenju ali za večjo zbranost ter celo terapevtsko, pri zdravljenju (Purkat 2013, 10).

Purkat še navaja, da so zaradi prijetnih učinkov, sprememb v zavesti ali počutju, psihoaktivne droge večkrat predmet zlorabe (Purkat 2013, 10).

Zloraba pomeni, da se droge uporablja daljši čas ter nekontrolirano in za drugačen namen od prvotnega, pri čemer uporabniki zanemarijo tveganja in negativne posledice, to so številne duševne okvare, pojav fizične in psihične odvisnosti ter spremembe v delovanju možganov ali drugih organov (Griljc 2007, 5; Purkat 2013, 11).

Odvisnost je motnja oz. bolezen, ko oseba ne nadzoruje več želje po določeni snovi, bodisi alkoholu, tobaku, drogah, zdravilih, hrani ipd. Sčasoma odvisnost privede do resnih duševnih, zdravstvenih in socialnih težav. Je kronična bolezen, ki je lahko psihična ali fizična. Pri psihični odvisnosti gre za močno čustveno in duševno potrebo po vnosu določene snovi, pri fizični pa gre za prilagoditev telesa na snov. Pri fizični

odvisnosti se srečamo z abstinenčno krizo, ki se kaže kot telesna bolečina po prenehanju ali prekinitvi vnosa snovi (Dvoršek 2003, 342; Modrijan 2013, 14–15).

2.3 *Klasifikacija drog*

Za delitev oz. klasifikacijo drog najdemo vrsto različnih pristopov. Kot smo že omenili, jih delimo na zakonite, torej dovoljene, in nezakonite, prepovedane. Nadalje jih lahko razdelimo glede na izvor, torej na naravne, polysintetične in sintetične, glede na škodljivost in glede na učinek (Zor 2008, 12). Vse droge imajo lastnost, da povzročijo specifične spremembe v možganih, do katerih pridejo preko krvnega obtoka neodvisno od samega načina, kako jih vnesemo v telo. Najenostavnejša klasifikacija drog je morda prav ta, da jih razvrstimo glede na način vnosa v telo. Droge namreč lahko vnesemo v telo na različne načine:

- kajenje (hašiš, marihuana, tobak, heroin, crack ...),
- popijemo ali pojemo – oralno (alkohol, metadon, sintetične droge, tablete ...),
- njuhanje (kokain, speed, heroin ...),
- vdihavanje (lepila, razredčila, bencin, organska topila ...),
- vbizgavanje v žile (heroin, kokain, sintetične droge, medicinski pripravki ...) (Pance, ur. 2003).

Največkrat uporabljena in navedena pa je klasifikacija drog glede na učinke, podaja jo dokument Svetovne zdravstvene organizacije (Enotna konvencija o mamilih) iz leta 1961, dopolnjen leta 1971 (Konvencija o psihotropnih snoveh), ki droge deli v štiri skupine glede na učinke, in sicer: depresorje (zaviralce) centralnega živčnega sistema, stimulanse (spodbujevalce) in perturbatorje (motilce) centralnega živčnega sistema, to je halucinogene in kanabis (Enotna konvencija o mamilih; Konvencija o psihotropnih snoveh). Poleg teh štirih skupin bomo k pregledu dodali še najpogosteje uporabljene droge iz posameznih skupin ter eno skupino drog, to so nove psihoaktivne snovi (NPS), ki so, kot nakazuje že ime, novost na trgu prepovedanih drog, po učinkih pa jih lahko uvrstimo v vse prej omenjene skupine.

2.3.1 Depresorji centralnega živčnega sistema

Najobsežnejša skupina so snovi, ki jih imenujemo depresorji centralnega živčnega sistema. Delujejo tako, da upočasnijo običajno delovanje možganov, znižujejo živčno aktivnost in imajo široko uporabo v medicini. Delimo jih na naravne, plosintetične in sintetične (World Health Organization 2016a; 2016b). To so npr. zdravila, ki »/.../ odpravljajo ali vsaj zmanjšajo bolečine (analgetiki), zdravila, ki umirjajo živčevje oz. zmanjšujejo občutek strahu in notranje napetosti (trankvilizatorji), in pripravki, ki zmanjšujejo vzdraženost osrednjega živčevja in jih zato uporabljajo pri motnjah s spanjem (hipnotiki)« (Ministrstvo za notranje zadeve 2016). V to skupino uvrščamo alkohol, opiate (heroin, morfij, kodein, metadon, heptanon, peditin), pomirjevala (tablete za umiritev stanja vznemirjenosti, napetosti, tesnobe, kot so apaurin, loram, meprobramat) ter hipnotike (uspavalne tablete, barbiturati) (Dvoršek 2003, 343–345).

2.3.2 Stimulansi

Stimulansi so skupina snovi, ki so za »/.../ nekatere osebe in v posebnih okoliščinah zlasti vabljuje snovi, ki napravijo človeka bolj bistrega, budnega in ga požive. Izzovejo stanje evforije in zvišajo njegovo agilnost /.../« (Ministrstvo za notranje zadeve 2016), zmanjšujejo občutek utrujenosti, dajejo občutek moči in odločnosti. Lahko privedejo do težav pri spanju ali do pretirane dejavnosti oz. hiperaktivnosti ter posledično popolne izčrpanosti. Delimo jih na naravne in sintetične. V skupino uvrščamo močnejše stimulanse (amfetamini, ekstazi in kokain), šibkejše stimulanse (nikotin) ter ksantine (kofein, teobromin) (Pance, ur. 2003; Dvoršek 2003, 345). »Pri dolgotrajnem uživanju teh mamil se pojavljajo halucinacije, ob prenehanju jemanja pa se pojavijo abstinenčne težave s pretežno psihičnimi znaki, kot so razdražljivost, nemirnost, vegetativne motnje, utrujenost, depresija, včasih tudi agresivnost« (Ministrstvo za notranje zadeve 2016).

Najpogosteje uporabljena prepovedana stimulansa v Evropi sta amfetamin in ekstazi. Stimulansi, še posebej v velikih odmerkih, lahko povzročijo resna zdravstvena stanja, vsako leto zabeležimo tudi nekaj smrtnih primerov. Čeprav smrtni primeri, povezani s stimulansi, niso pogosti, povzročajo veliko zaskrbljenost, še posebej, kadar gre za mlade, sicer zdrave odrasle (Drev ur. 2015a).

2.3.3 Halucinogeni in kanabis – perturbatorji centralnega živčnega sistema

Perturbatorji centralnega živčnega sistema so snovi, ki prekinejo običajno delovanje možganov, povzročajo stanja, podobna psihozam (Dvoršek 2003). Spremljajo jih motnje v čutnih zaznavah, ki niso posledica zunanjih vzrokov. To so snovi, ki povzročajo privide (halucinacije), blodnje ter vidne in slušne prevare oz. opažanje predmetov ali pojavov, ki obstajajo samo v domišljiji (World Health Organization, 2016a). V skupino halucinogenov uvrščamo meskalin, psilocibin ter sintetične droge kot so LSD, ekstazi, eva ipd. (Dvoršek 2003, 348).

V skupino kanabis uvrščamo marihuano, torej rastlinsko konopljo, hašiš in hašiševo olje, torej smolo konoplje, medtem ko polysintetičnih in sintetičnih snovi v tej skupini ne poznamo (Dvoršek 2003, 348–349).

2.3.4 Najpogosteje uporabljene droge

2.3.4.1 Konoplja

»Najbolj razširjena prepovedana droga v svetu in pri nas je konoplja /.../« (Drev 2015b, 2).

Konoplja spada med perturbatorje centralnega živčnega sistema, in sicer v skupino kanabis, je naravna snov, pridelana iz rastline, ki se latinsko imenuje *Cannabis sativa* in uspeva v zmernem in tropskem podnebju. Skupaj s tobakom, alkoholom in kofeinom je ena od najbolj uporabljenih drog na svetu (EMCDDA 2016).

Kanabis, tudi marihuana, pogovorno gandža ali trava, se uporablja kot psihoaktivna droga in kot medicinski kanabis. Glavna psihoaktivna učinkovina kanabisa je tetrahidrokanabinol (THC) (Dvoršek 2003, 349).

Uporaba konoplje, kljub nekaterim dokazom o zmanjševanju, v Evropi je oz. ostaja sorazmerno visoka. Trg konoplje je velik in razmeroma stabilen, raznolika pa je ponudba proizvodov iz konoplje, ki se pojavljajo na trgu. Skrb vzbujajoče je, da se poleg konoplje pojavljajo konoplji podobni sintetični proizvodi. Konoplja je najpogosteje uporabljana prepovedana droga ter najpogostejša snov, s katero so zasvojeni uporabniki, ki se vključijo v specialistično zdravljenje odvisnosti. Prav

zaradi tega ima tako zelo pomembno mesto v programih preventive, posebno med mladimi, ter v programih zdravljenja. Tako kot so si mnenja javnosti o konoplji zelo različna, so si različne tudi politike posameznih držav, nekatere namreč razlikujejo me konopljo in drugimi psihotropnimi snovmi (EMCDDA 2013, 12).

2.3.4.2 *Heroin*

Heroin spada v skupino depresorjev centralnega živčnega sistema, je eden prvih derivatov morfina. Morfin so obdelovali z anhidridom očetne kisline in dobili diacetil morfin, ki so ga začeli leta 1898 uporabljati kot zdravilo proti kašlju ter ga poimenovali heroin (Lorenčič 2009).

Je polsintetična snov, ki jo dobimo s postopkom acetiliranja morfija, ki se pojavlja kot naravni produkt opiuma – v posušenih cvetovih maka (lat. *Papaver somniferum*). Diamorfin se uporablja kot analgetik pri hudih bolečinah. Heroin se vnaša v telo s kajenjem ali venozno, kot raztopina (EMCDDA 2016).

»Zadnjih nekaj desetletij je heroin znan kot prepovedana droga, ki je močno povezana s kriminalom in prostitucijo. Nekoč se je heroin prišteval med trde droge. Z napredkom medicine so se takšne klasifikacije porušile in postale nepotrebne, zato je heroin danes smatran kot ena izmed drog – kot so LSD, kokain in nikotin« (Wikipedia 2015). Dosegljivost zdravljenja za uporabnike heroina se povečuje, število uporabnikov heroina, ki se prvič vključijo v zdravljenje, upada, uporaba ter razpoložljivost te droge se zmanjšuje, prav tako število zasegov in količine zasežene droge, saj so heroin s trga izrinili drugi opiodi. Tudi število smrti, povezanih z opiodi, upada (EMCDDA 2013, 12).

2.3.4.3 *Kokain*

Kokaín spada v skupino stimulansov, je naravna snov, pridelana iz listov tropske rastline koke (lat. *Erythroxylon coca*). Obsežno jo gojijo v Južni Ameriki. Crack imenujemo različico kokaina, ki se uporablja za kajenje (Griljc 2007, 15–16).

»Gojenje koke, predelovanje in prodaja kokaina za nemedicinske namene je prepovedano in kaznivo v večini držav. Kljub temu je njegova uporaba razširjena po vsem svetu« (Wikipedia 2016).

V Poročilu o drogah v Evropi, ki ga je letos objavil Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, samo nekaj evropskih držav poroča o težavah z uporabo crack kokaina, ki se običajno prekriva s problematično uporabo drugih snovi, vključno s heroinom. Uporaba kokaina v prahu je veliko pogostejša, vendar je razširjena le v majhnem številu zahodnoevropskih držav. Uporaba kokaina in ponudba te droge se v zadnjih letih vztrajno znižuje, na veliko zmanjšanje zaseženih količin pa je verjetno deloma vplivalo to, da so organizirane kriminalne združbe razširile tihotapske poti in posodobile tehnike tihotapljenja. Kljub manjšemu obsegu Iberski polotok še vedno ostaja pomembna točka za zasege. Poročila o zasegu kokaina v vzhodni Evropi pa so skrb vzbujajoča in porajajo vprašanja o nenadzorovanih poteh širjenja te droge. V državah z večjo razširjenostjo podatki raziskav in podatki o zdravljenju zaradi odvisnosti od drog kažejo na nedavno zmanjšanje uporabe kokaina ter upad števila smrti, povezanih z uporabo kokaina, kljub dejstvu, da raven uporabe še vedno ostaja visoka (EMCDDA 2016, 40–42).

2.3.4.4 Nove psihoaktivne snovi (NPS)

V Evropi se pojavlja vedno več novih psihoaktivnih snovi, katerih namen je posnemati učinke nadzorovanih drog. Nekatere od teh se prodajajo neposredno na trgu prepovedanih drog, druge, t.i. dovoljene droge, pa se prodajajo bolj odkrito. Spremembe na področju ponudbe novih psihoaktivnih snovi so izjemno hitre, sistem EU za zgodnje opozarjanje je v letu 2013 prejemal poročila o približno eni novi snovi na teden. V zadnjih letih je v porastu pojav novih sintetičnih agonistov receptorjev kanabinoidov, fenetilaminov in katinonov, ki v veliki meri posnemajo najbolj priljubljene prepovedane droge. Najnovejši pojav pa je naraščajoč delež snovi, ki so iz manj znanih in manj pogostih kemičnih skupin. Številni proizvodi, ki se prodajajo, vsebujejo mešanice snovi, za katere je zaradi pomanjkanja podatkov težko predvideti tako trenutne učinke kot dolgoročne posledice njihove uporabe za zdravje (EMCDDA 2013, 40–42). Proizvodnja številnih novih psihoaktivnih snovi poteka v kemičnih tovarnah na Kitajskem in v Indiji, od koder se velike količine uvozijo v Evropo, kjer se obdelajo in prepakirajo v končne izdelke, ki so na trgu na voljo pod različnimi poimenovanji (glej sliko 2.1) v obliki prahu, tablet, kapsul, tekočin, snovi v granulah in zelišč (EMCDDA 2016a).

Slika 2.1: Vrste novih psihoaktivnih snovi (NPS)

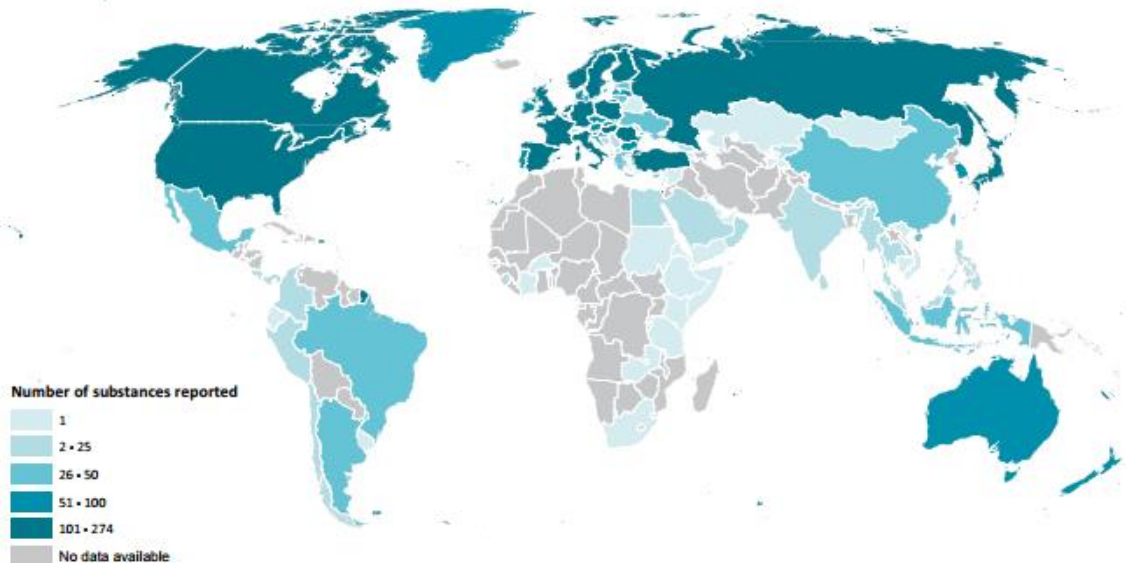


Vir: Drev (2015b, 6).

Evropska komisija pripravlja nov predlog za krepitev odziva EU na nove psihoaktivne snovi, ki se pospešeno pojavljajo tako v Evropi kot v svetu (glej sliko 2.2). Uporaba novih psihoaktivnih substanc je priljubljena predvsem med mladimi rekreativnimi uporabniki, širi pa se tudi med skupine problematičnih uporabnikov drog. V državah, ki so poročale o »pomanjkanju« heroina na trgu, so opazili nekaj zamenjav opioidov s sintetičnimi stimulansi. Pojavlja se zaskrbljenost v zvezi s povečanimi stopnjami vbrizganja, duševnimi težavami in fizičnimi poškodbami in seveda odziv posameznih držav v obliki vrste nadzornih ukrepov, da bi se primerno odzvale na težave z novimi drogami (EMCDDA 2013, 13–26).

Slika 2.2: Število novih psihoaktivnih snovi v obdobju 2008–2015 – področja pojavljanja po svetu

MAP 4 : Number of new psychoactive substances reported by country, 2008-2015



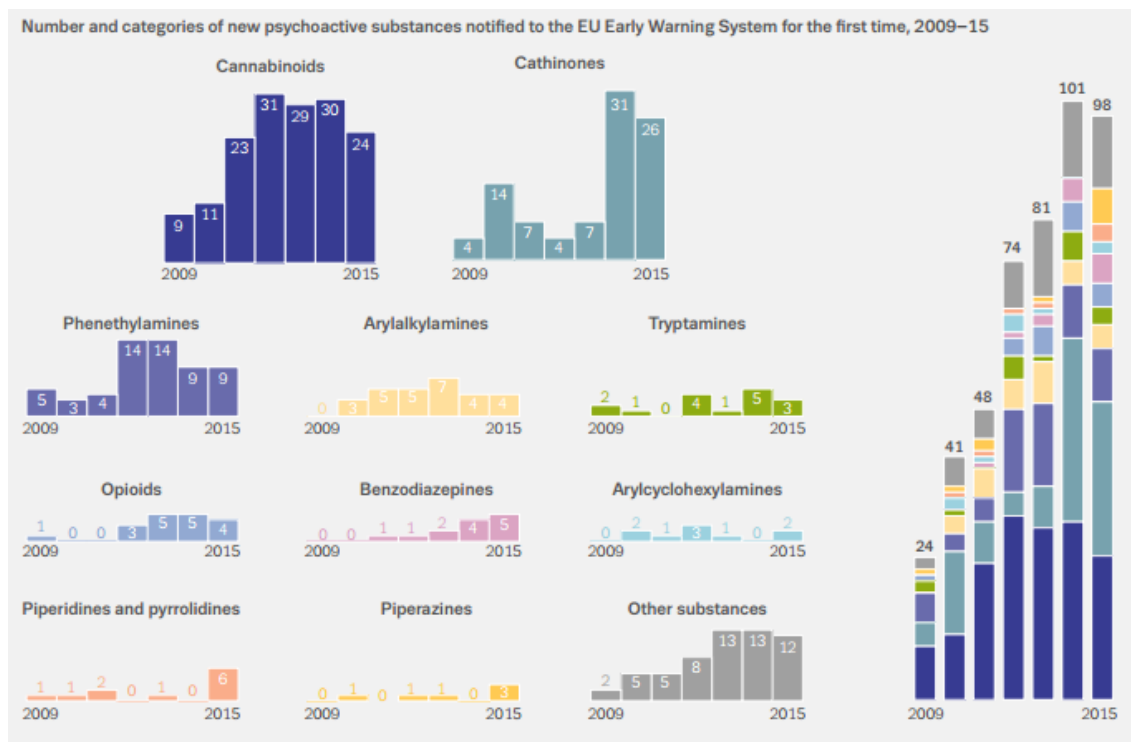
Source: UNODC early warning advisory on new psychoactive substances, 2008-2015.

Note: The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations. Dashed lines represent undetermined boundaries. Dotted line represents approximately the Line of Control in Jammu and Kashmir agreed upon by India and Pakistan. The final status of Jammu and Kashmir has not yet been agreed upon by the parties. The final boundary between the Sudan and South Sudan has not yet been determined. A dispute exists between the Governments of Argentina and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning sovereignty over the Falkland Islands (Malvinas).

Vir: UNODC (2016a, 57).

Pomembna diskusija na to temo je bila aprila 2016 na posebnem zasedanju Generalne skupščine združenih narodov na temo prepovedanih drog, ki je potekalo v New Yorku. Obravnavana so bila vprašanja t. i. novih groženj, zlasti tistih povezanih z novimi psihoaktivnimi substancami (NPS). Številne države so poročale, da se v zadnjih nekaj letih na najrazličnejše načine soočajo s ponudbo vedno novih bolj ali manj legalnih drog (glej sliko 2.3). Opozoriti pa velja na ugotovljeno dejstvo, da se pri postopkih, na kakšen način neko novo snov uvrstiti na seznam prepovedanih drog, vse prevečkrat zaplete ter se izgublja dragocen čas zaradi dolgotrajnih birokratskih postopkov (Košir 2016).

Slika 2.3: Kategorizacija in količina novih psihoaktivnih snovi, zaznanih v EU v obdobju 2009–2015



Vir: EMCDDA (2016a, 30).

2.4 Politike na področju drog

Prepovedane droge so pomembna tema mednarodne politike in na temo boja proti drogam ter preventivi najdemo mnogo mednarodnih dokumentov ter smo priča vrsti različnih nacionalnih politik. Te delimo glede na usmerjenost; prohibistično, javnozdravstveno in klasično liberalno (Skopec 2011, 16).

Prohibicionizem, torej ureditev, ki z zakonom popolnoma prepoveduje trgovanje in javno uporabo drog, izvira iz Združenih držav Amerike. Država s svojim aparatom izvaja represivno politiko, prevzame vlogo varuha, zaščitnika državljanov, ter se osredotoča na prohibicijo in regulacijo drog. Sistem temelji na stališču, da droge povzročajo odvisnost in posledično zločine, zato prepoveduje sleherno uporabo drog ter kaznuje tako uporabnike kot prodajalce (Skopec 2011, 16).

Politika na področju drog, ki jo označujemo kot javnozdravstveno, je usmerjena v zdravje posameznikov kot tudi javno zdravje ter javni red in mir. Glavni cilj javnega

zdravja je promocija zdravega življenjskega sloga kot sredstva preventive, medtem, ko je pri uporabnikih drog cilj zmanjševanje škode zaradi uporabe drog oz. zmanjševanje različnih tveganj. Zmanjševanje škode je alternativa represivni politiki. Predstavniki te liberalne politike glede drog se hkrati zavzemajo tudi za legalizacijo konoplje v zdravstvene namene, usmerjajo se v posameznika in njegov življenjski slog ter težave, povezane z uporabo drog (Skopec 2011, 16).

Temeljno spoznanje koncepta zmanjševanja škode je v dejstvu, da so droge z nami in da bodo z nami tudi ostale. Zgodovinsko nesporno dejstvo je, da so z nami ves čas v vseh civilizacijah. Kar se v času spreminja, so zgolj razlike v družbenih in kulturnih kontekstih, v katerih se droge pojavljajo – ter s tem tudi v družbenih odzivih nanje – medtem ko se droge kot družbeno dejstvo nikoli ne nehajo pojavljati (Kocmur 2004, 4).

Države, ki si prizadevajo za zmanjševanje škode, rabe drog jemljejo za dejstvo. Ne odobravajo rabe drog, prizadevajo pa si, da bi bila ta čim nižja, ter hkrati aktivno iščejo rešitve, ki bi škodljive individualne in družbene posledice rabe drog čim bolj ublažile (Skopec 2011, 17). »Razločevalna poteza koncepta zmanjševanja škode je prej v osredotočenju na preventivo škodljivih posledic rabe drog, kakor pa na preventivi jemanja drog kot takih« (Kocmur 2004, 4).

Klasični liberalni model uporabe droge ne označuje za bolezen, ampak vedenje, ki temelji na določenih vrednotah, torej je uporaba drog etično in ne zdravstveno vprašanje. Uporaba drog je le posledica posameznikove izbire in okolja, ne pa kemije in psihologije. Model temelji na prepričanju, da same droge ali odvisnost še niso povzročitelji zločinov in bi uveljavitev prostega trga zmanjšala število kriminalnih dejanj, ki jih storijo uporabniki drog, da do teh pridejo (Kvaternik Jenko 2006, 120–123).

Nacionalno politiko do drog določajo številni dejavniki, npr. politična in gospodarska trdnost, dostopnost različnih storitev, razširjenost uporabe drog in družbena zaznava tega pojava, pravni okvir, ne nazadnje tudi zemljepisna lega posamezne države. Z vidika širših socialnih vprašanj so težave, ki vplivajo na uporabo drog, revščina, zapostavljenost, brezposelnost, brezdomstvo in posledično socialna izključenost (Ministrstvo za zdravje 2007, 2).

2.4.1 Mednarodna politika na področju drog

Hkrati s poskusom globalnega nadzora nad drogami so se v svetu oblikovali različni pristopi pri urejanju tega vprašanja, krovno politiko do drog pa ureja mednarodni sistem nadzora nad drogami, ki deluje v okviru Organizacije združenih narodov. Politike nadzora posameznih držav so bolj ali manj usklajene z mednarodnopravnimi dokumenti. Pregled dokumentov nam nudi informacijo, da politike na področju drog temeljijo na ukrepih za nadzor ponudbe drog. Osnova boja za nadzor temelji na prepričanju, da bi zmanjšanje ponudbe drog na trgu povzročilo slabšo dostopnost drog in posledično zvišanje cen droge, s tem pa bi se zmanjšala tudi sama poraba (Skopec 2011, 17–18).

Kljub sicer različnim nacionalnim politikam do drog lahko govorimo o prevladujoči politiki prohibicije pod okriljem Organizacije združenih narodov z ukrepi za zmanjševanje ponudbe. Mednarodna politika na področju drog temelji na vseh treh modelih, uporaba posameznega pa je močno odvisna od družbeno–kulturnih kontekstov in različne implementacije v posameznih državah. Da pa je vojna proti drogam globalna, dokazujejo tudi konvencije Organizacije združenih narodov, s katerimi ta skuša rešiti in poenotiti različne, večkrat konfliktne interese medicinske, znanstvene, politične, socialne ali ekonomske narave ter tudi včasih nasprotujoče si interese različnih držav (Hočevar 2005, 92–97).

Globalni model vojne proti drogam, ki jo vodijo ZDA, so sprejele nekatere države srednje in vzhodne Evrope. V procesih približevanja Evropski uniji se politika vojne proti drogam spreminja v javnozdravstveni model (Kenda 2011, 30).

V nadaljevanju si bomo podrobneje pogledali obe skrajnosti, politiko vojne proti drogam (angl. *war on drugs*) in politiko zmanjševanja škode (angl. *harm reduction policy*) ter najbolj značilni evropski predstavnici teh dveh politik.

2.4.1.1 Vojna proti drogam – politika ničelne tolerance

V prejšnjem stoletju so Združene države Amerike predstavljale vodilno silo pri uvajanju politike prohibicije drog, vpliv te politike pa je bil zaznan po vsem svetu. Koncept politike prohibicije temelji na prepričanju, da morajo biti droge, ki so nevarne, prepovedane, saj privedejo do nekontroliranega vedenja, povzročajo odvisnost,

vplivajo na dvig števila kriminalnih dejanj ter človeka uničijo (Kenda 2011, 34). Skupna značilnost prohibističnih politik do drog je ta, da so obravnavo problemov poverile policiji in sodstvu. Prohibicija torej krepi policijsko državo in pomembno vpliva na politični sistem in demokracijo (Lukšič 1999, 821–822).

»Vojna proti drogam je še bolj nasilna in sistematična od prohibicije. Njen cilj je 'družba brez drog', moto pa 'Just say no'« (Kenda 2011, 35). Ko govorimo o vojni proti drogam, gre za metaforično vojno, vendar kakor pri vsaki drugi vojni pomeni agresijo ene strani proti drugi. Zagovarja prepričanje, da droga ne more biti nevtralna. Je bodisi »/.../ dobra ali slaba, učinkovita ali neučinkovita, zdravilna ali škodljiva, legalna ali ilegalna« (Szasz 1996, 29).

Mladi z uporabo drog na neki način protestirajo proti družbi. Vendar niso protest proti družbi, ampak resnično ogledalo družbe in to državo sili v oster odziv (Lukšič 1992, 79).

»Narkomani so utelešenje družbe, v kateri živijo, zato so zanjo neznosni« (Lukšič 1992, 79).

To je navsezadnje tudi razlog za vojno proti drogam, v kateri so dovoljena vsa sredstva, tudi uporaba vojske (Lukšič 1992, 81). Vojna proti drogam zahteva velika finančna sredstva, krepi vojsko, policijo in sodstvo (Lukšič 1999, 821–822).

Vojna proti drogam v ZDA ni zmanjšala uporabe drog, ni zmanjšala kriminala povezanega z drogo, ni zmanjšala trgovine z drogami, je pa povečala prestrašenost ljudi, napolnila zapore, okrepila represivne državne organe, povečala nestrpnost do uživalcev in povzročila številne smrtne žrtve, socialne probleme, zavožena življenja in nenazadnje, prepolovila kriterije humanosti in svobode. Okrepile in na novo organizirale so se tudi kriminalne združbe, ki se ukvarjajo s preprodajo drog, vpliv le-teh zaznavajo celo na področju zakonodaje, ki jo sprejema država (Lukšič 1999, 821–822).

2.4.1.2 Švedska

Švedska je najbolj značilna evropska predstavnica vojne proti drogam. Politika do drog na Švedskem je čisto nasprotje politiki do drog na Nizozemskem. Temelji na

treh konvencijah Organizacije združenih narodov, droge pa označujejo za enega od najresnejših problemov v družbi, zato zasledujejo brezkompromisno restriktivno politiko. Cilj te politike je družba, ki se zaveda, da je zloraba drog popolnoma nesprejemljiva oblika vedenja. Država preko zakonodaje pooblašča organe pregona, da izsledijo, preganjajo in kaznujejo povzročitelje kriminalnih dejanj s področja drog kakor tudi same uporabnike, saj kršijo zakon, ki prepoveduje vsakršno uporabo drog. Droge so nesprejemljive, so najresnejši socialni problem in zunanja grožnja državi, zato švedska politika poskuša uravnotežiti področja preventive, nadzora in zdravljenja pri zasledovanju glavnega cilja omejevalne politike, to je družba brez drog. V svoji strategiji in ciljih boja proti drogam skoraj ne pozna ukrepov za zmanjševanje škode. Marca 2011 je švedski parlament sprejel politiko za boj proti alkoholu, narkotikom, dopingu in tobaku, imenovano ADNT. Cilj te politike je očiščenje družbe, brez prepovedanih drog in dopinga, manj škode, povzročene zaradi alkohola in znižanje uporabe tobaka. Pred letom 1965 na Švedskem večjih težav s prepovedanimi drogami sploh ni bilo zaznati. V šestdesetih letih je bila njena politika celo zelo liberalna ter je zagovarjala program zmanjševanja škode, stalni uživalci prepovedanih drog so lahko na zdravniški recept dobili morfij in amfetamine. Po obdobju povečanega povpraševanja in uporabe je Švedska zaostрила svojo politiko do te mere, da šteje vse narkotike kot droge oz. snovi, nevarne zdravju, take snovi pa so striktno prepovedane z zakonom (SFS 1968: 64) oz. jih je pod nadzorom dovoljeno uporabljati le v medicinske in znanstvene namene ter namene, ki so izrednega pomena za dobrobit družbe. Vsaka druga uporaba ali posedovanje je kaznivo (EMCDDA, 2016; Reitox National Focal Point 2014, 12–16).

Švedska vizija o družbi brez drog se ni kaj dosti spreminjala vse od leta 1980, organi pregona imajo polna pooblastila za odkrivanje, pregon in kaznovanje uporabnikov drog in njihovo delovanje je vse bolj represivno. Ko gre za rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog, je večina institucij, ki se s tem ukvarjajo, nevladnih, a plačanih iz državnega proračuna. Vzdrževalni metadonski programi so sicer na voljo že od leta 1960, vendar so »pogoji« za sprejetje v tak program zelo zaostreni. Programi zamenjave igel in injekcij potekajo večinoma na klinikah za infektivne bolezni. Take programe, ki spadajo v kategorijo programov zmanjševanja škode, je izredno težko promovirati v okolju vizije družbe brez drog oz. tam, kjer uporaba drog ni sprejemljiva. Kljub temu je bilo v letu 2006 zakonsko določeno, da taki programi morajo potekati,

ker lahko preprečijo razmah okužbe z virusom HIV, izvajajo pa jih javnozdravstvene organizacije. Švedska ima sicer dobro razvit sistem preventivnega izobraževanja o drogah, ki je vključen tudi v šolski načrt. Poudariti moramo, da je vizija družbe brez drog tako zakoreninjena v švedski družbi, da se o tej temi zelo malo razpravlja v političnih krogih in tudi ne v medijih. Politiko družbe brez drog podpirajo prav vse parlamentarne stranke brez izjeme. Politika, mediji, civilna družba, ljudje, prav vsi imajo v splošnem negativen odnos do uporabe drog (Reitox National Focal Point 2014, 12–16).

2.4.1.3 Politika zmanjševanja škode

Politika zmanjševanje škode na področju drog je pragmatsko usmerjena politika, »/.../ ki predstavlja alternativo tako medicinski razlagi bolezenske odvisnosti kot tudi represivnemu modelu obravnave uporabnikov drog« (Dekleva in drugi v Fojan 2005, 178). Začetke te politike najdemo v »/.../ doktrini obravnave uporabnikov drog že konec devetnajstega in v začetku dvajsetega stoletja. Tedaj so bili poskusi nadzora nad drogo usmerjeni bolj zagotavljanje kakovosti, čistosti in varnih količinskih odmerkov, kakor pa v prepovedovanje uporabe drog« (Fojan 2005, 178).

»Sodobni pojem zmanjševanja škode pa povezujemo z nizozemsko politiko do drog. Konceptualni okvir zmanjševanja škode je na Nizozemskem, v Angliji in Švici obstajal že pred koncem 70-ih let, nevarnost epidemije aidsa med intravenoznimi uživalci drog pa je le še pospešila ukrepanje /.../« (Fojan 2005, 179) na področju preventive in zmanjševanja škode. V teh državah so se pojavile prve pobude v smeri sprememb obravnave drog, na Nizozemskem na pobudo samoorganizacije uporabnikov že pred grožnjo aidsa, predvsem zaradi hepatitisa, drugod pa na pobudo različnih strokovnjakov (Fojan 2005, 179).

Na področju izobraževanja o drogah se v zadnjih nekaj desetletjih uporablja mnogo različnih pristopov. Najprej so metode poudarjale predvsem taktiko zastraševanja, kasneje pa se je uveljavil pristop »Reci NE drogam« (Konoplja.org 2016). Uspeh obeh pristopov je bil vprašljiv, saj je temeljil na predpostavki, da je »/.../ vsaka uporaba drog nezdrava, škodljiva in da mora biti cilj izobraževanja o drogah popolno prenehanje uporabe vseh drog« (Konoplja.org 2016). Velik preboj oz. spremembo na področju izobrazbe o drogah prinese šele pristop zmanjševanja škode. Gre za »/.../

popoln obrat v strategiji, preskok iz strategije preprečevanja uporabe na strategijo preprečevanja zlorabe in zmanjševanja škode» (Konoplja.org 2016). Priča smo razširjenemu in preoblikovanemu vzorcu izobraževanja o drogah. Upoštevajoč realno dinamiko rabe drog v zgodovini je taktika zmanjševanja škode v glavnini usmerjena na zmanjševanje negativnih posledic uporabe drog. Tako se politika zmanjševanja škode »/.../ osredotoča raje na preprečevanje škodljivih posledic rabe droge kot na na preprečevanje same rabe drog« (Konoplja.org 2016b).

O hitrem razvoju pristopa zmanjševanja škode lahko govorimo v zadnjih treh desetletjih. Politika zmanjševanja škode, kot steber politike do drog, se je uveljavila najprej na Nizozemskem, v Veliki Britaniji, Švici in Avstraliji, nekoliko kasneje pa tudi v Nemčiji in Španiji, v državah jugovzhodne Evrope in deželah nekdanje Sovjetske zveze ter drugje. V času epidemije aidsa je privzel pristop zmanjševanja škode še pomembnejšo vlogo. Boj oz. preprečevanje širjenja aidsa, kot del programov zmanjševanja škode, je postal prioriteta celo pred preprečevanjem rabe drog (Fojan 2005, 179).

V slovenskem prostoru zasledimo prve poskuse bolj sistematičnega uvajanja programov zmanjševanja škode na področju drog na začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja. Vzpostavilo se je terensko delo, zamenjava igel, zagovarjanje pravice do izbire, prizadevanja za uvedbo metadonske terapije, raziskave, različne publikacije ter strokovna srečanja in konference. Omenjene dejavnosti so potekale vzporedno z nastankom društva Stigma – pomoč in samopomoč v zvezi z drogami in aidsom, raziskovalnim projektom Droge in nasilje ter s prvim programom zmanjševanja škode v centralno vzhodni Evropi, med državami v tranziciji, le 10 let po uvedbi prvih takih programov v svetu. Leta 1992, ko je Slovenija sprejela prvi Nacionalni program na področju drog, izideta tudi prelomna številka Časopisa za kritiko znanosti – Droge na tehnicah in Zbornik razprav iz antiprohibicionističnega foruma, ki s svojimi prispevki odpirata vprašanje problematike prohibicije drog. Kmalu za tem je bila dovoljena uporaba metadona pri obravnavi uporabnikov drog, ustanovljen Center za detoksikacijo, vzpostavljenih je bilo več centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Zlasti v strokovnih krogih v tem obdobju je potekala intenzivna debata v zvezi z novim pristopom, pristopom zmanjševanja škode, na področju drog. Organizirane so bile 1. Slovenska konferenca o odvisnosti

(1999), mednarodna konferenca Heroin in Europe (2000) in 13. mednarodna konferenca o zmanjševanju škode (2002) pod okriljem Mednarodne organizacije za zmanjševanje škode v sodelovanju s fundacijo Odsev se sliši. Kocmur navaja še nekaj »prelomnih« del: Droge in nasilje, edicije Mreža drog, zbornik Politika droge: zmanjševanje škode z domačimi in tujimi avtorji, posebna trojna številka Socialnega dela, ki je posvečena zmanjševanju škode, »Živeti s heroinom« I., II., dr. Vita Flakerja s sodelavci, doktorska disertacija Ines Kvaternik Jenko, »Droge kot element političnega razmerja« in še bi lahko naštevali, saj so k razvoju in uveljavljanju področja pomemben delež prispevali različni avtorji ter različni raziskovalni projekti, izvedeni v tem času (Fojan 2005, 179–180; Kocmur 2004, 9).

Pristop zmanjševanja škode je dobil svoje mesto že v prvem Nacionalnem programu za področje drog. Kasneje je bila ta programska usmeritev na nacionalnem nivoju usklajena na medsektorskem sestanku na Otočcu leta 1995. O priznavanju nujnosti uvajanja strategije zmanjševanja škode priča tudi dejstvo, da programe zmanjševanja škode neposredno omenja zakonodaja na področju drog, sprejeta leta 1999 (Fojan 2005, 180–181).

2.4.1.4 Nizozemska

Opijski zakon (Opiumwet) iz leta 1919 je na Nizozemskem prvi v zvezi z uvajanjem kontrole nad določenimi drogami, temelji pa na Haaški opijski konvenciji, sprejeti leta 1912. Leta 1925 pristopi še k ženevski opijski konvenciji, sledila je revizija nacionalne zakonodaje (Staatsblad 167, 1928), ki na spisek prepovedanih drog poleg opija doda kokain, inkriminira pa tudi uvoz in izvoz ter tranzit produktov iz indijske konoplje, ter določi kazni v zvezi s kaznivimi dejanji po tem zakonu, pri čemer je najvišja zagrožena zaporna kazen do enega leta. »Do poostitve kazni je prišlo v letu 1953. Nizozemska je takrat ratificirala ženevsko konvencijo iz leta 1936 in dopolnilni protokol k sporazumu zoper promet z opojnimi drogami, sklenjen v New Yorku dne 11. decembra 1946. Novela je zagroženo kazen zapora zvišala na štiri leta /.../« (Konoplja.org 2016a), na spisek kaznivih dejanj pa dodala nelegalno posest. Taka ureditev je veljala do sedemdesetih let prejšnjega stoletja, ko je prišlo do večjega vala povpraševanja po drogah. Ustanovljena je bila Baanova komisija, ki je predlagala pomembni eksperimentalni novosti. Glede na rezultate bi služili kot temelj za reformo zakonodaje. Prva je uvedba zakonskega razločevanja med trdimi in

mehkimi drogami, druga pa uvedba eksperimentalne legalizacije uživanja in prometa z mehкими drogami na določenem področju za določen čas. Liberalna usmeritev Baanove komisije je bila upoštevana pri reformi opijskega zakonika 1976 v veliki meri in od uvedbe dalje nizozemska politika do drog temelji na (EMCDDA 2016; Konoplja.org 2016a):

- zakonskem razlikovanju med trdimi in mehкими drogami,
- ostrem nadzoru in pregonu prometa in proizvodnje trdih drog,
- legalizaciji majhnih količin mehkih in trdih drog za osebno rabo,
- tolerantnem odnosu do jemanja mehkih drog in prodaji na drobno pod določenimi pogoji in
- izvajanju mnogih programov pomoči odvisnikom od drog (EMCDDA 2016; Konoplja.org 2016a).

»Z novo zakonodajo je Nizozemska zaostrila odnos do trdih drog in se s tem približala kriminalni politiki preostalih zahodnih držav« (Konoplja.org 2016a). Tako je potrojila kazni za ilegalni uvoz ali izvoz trdih drog, za vsa druga dejanja v zvezi s trdimi drogami podvojila kazni ter ohranila višino kazni za posest trde droge, a znižala kazen za posest majhne količine trde droge. Posebnost omenjene reforme je milo kaznovanje za proizvodnjo, prodajo, predelavo, posest itd. mehkih drog, tj. produktov iz indijske konoplje. Naslednja reforma opijskega zakona je bila sprejeta 1996, razlog za spremembo pa Schengenski sporazum in zaveza Nizozemske, da s svojo liberalno politiko do drog ne bo vplivala na sosednje države (EMCDDA 2016; Konoplja.org 2016a).

Nizozemska zakonodaja deli droge na mehke in trde – droge z nesprejemljivim tveganjem. Tako posedovanje kot prodaja, proizvodnja, oglaševanje in propagiranje, nadalje uvoz in izvoz (z izjemo uporabe v medicini in znanosti), se štejejo za kazniva dejanja. Razločijo med posedovanjem droge za osebno uporabo in posedovanjem z namenom prodaje. Posedovanje mehkih drog, kamor vštevamo marihuano in hašiš, za osebno uporabo do določene količine je obravnavano kot prestop. Nedovoljena trgovina z drogo je mnogo hujši prestop kot uživanje (Purg 1998). Uživanje prepovedanih drog se le redko preganja, v tem primeru gre za prekršek, ki se lahko kaznuje z zaporno kaznijo ali denarno globo (Konoplja.org 2016a).

Nizozemska ima t. i. »coffee-shope«, kjer je dovoljena prodaja mehkih drog, torej konoplje in hašiša, do 5 g na osebo, saj je posedovanje za osebno uporabo kaznivo, ko količina preseže 5 g. To sicer ne pomeni, da sta konoplja ali hašiš legalizirana, vendar se nadzor nad prodajo v teh prodajalnah le redko dejansko izvaja. Za prodajo »coffee-shopi« pridobijo posebna dovoljenja, prodaja je visoko obdavčena, v teh prodajalnah je popolnoma prepovedana prodaja alkohola ali trdih drog, vstop pa dovoljen le polnoletnim osebam. Organizacija združenih narodov je podelila Nizozemski dovoljenje za gojenje konoplje v zdravstvene namene. V letu 2003 je omogočila dostop do marihuane prek recepta, kot predpisano zdravilo za zdravljenje raka, HIV-a in multiple skleroze (Begić 2012, 38–39; EMCDDA 2016). Najnovejša reforma, ki je stopila v veljavo v letu 2013, zadeva »coffee-shope«, ki ne smejo prodati droge turistom oz. je vstop v »coffee-shope« turistom prepovedan. A ta prepoved se v nekaterih večjih mestih na Nizozemskem, npr. Amsterdamu, še ne izvaja striktno (Rolles in drugi 2014, 2–3; Government of the Netherlands 2016).

Ob uveljavitvi tako liberalne politike je evropska javnost pričakovala znatno rast uporabe drog, a učinki nizozemske politike dokazujejo ravno nasprotno. Uporaba med mladimi uporabniki se je le malenkostno povečala, je pa »normalizacija« nakupa prinesla pozitivne učinke, manj stigmatizacije, diskriminacije in kršenja človekovih pravic. Nizozemci so se odločili, da sprejmejo liberalno politiko do drog ter zmanjšajo uporabo drog, zmanjšajo število novih uživalcev, omilijo družbeno škodo ter poskušajo ohranjati uživalce pri življenju do rehabilitacije (Begić 2012, 37–39).

Nizozemska pozna vrsto programov, tako terensko delo, metadonske programe, programe zamenjave igel kot programe za zmanjševanje škode, vse z enim ciljem, da bi »kakovostno« skrbeli za uživalce drog, da bi dosegli kar se da veliko uporabnikov in jih spodbudili k neki vrsti zdravljenja odvisnosti ter da bi preprečili poslabšanje socialnega statusa teh oseb. Če to ni mogoče, imajo vrsto programov zmanjševanja škode zaradi uporabe drog. Večino dela izvajajo terensko, v ambulantah, organizirana so dnevna zatočišča za uživalce ter prostori za prostitutke, ki uživajo drogo. Programi menjave igel in injekcij obstajajo že več kot dvajset let in so lahko dostopni, izvajajo jih tako terenski kot ambulantni delavci, tudi farmacevti, celo na policijskih postajah že izvajajo te programe. Glede na upad potrebe po

zamenjavi igel in injekcij, do katerega je prišlo predvidoma zaradi zamenjave načina vnosa droge, ocenjujejo, da je obstoječi program zamenjave igel in injekcij zadosten za trenutne potrebe (EMCDDA 2016).

2.4.1.5 Politika na področju drog v Evropski uniji

V Evropski uniji ne moremo govoriti o enotni politiki do drog. Naletimo na širok spekter praktičnih rešitev, ki se na eni strani približujejo politiki vojne proti drogami ter na drugi strani neomejeni legalizaciji. Vse države članice so dolžne upoštevati mednarodne konvencije Organizacije združenih narodov, saj Evropska unija na osnovi teh konvencij definira prepovedane droge. Nekaterim državam zadoščajo kontrolni mehanizmi, druge pa dodatno sprejmejo še svoje lastne, strožje mehanizme. Hkrati nekatere države sprejemajo ukrepe, ki niso povsem v skladu s sprejetimi konvencijami, kot na primer Nizozemska, ki je dekriminalizirala rabo konoplje in je mogoče dobiti konopljo kot zdravilo na recept. Omeniti velja tudi Belgijo, kjer je legalizirana uporaba konoplje za osebno rabo, ter Švico, ki ima varne sobe za vbrizgavanje drog in heroin na recept. Te ukrepe uvrščamo med ukrepe za zmanjševanje škode, vendar ta model še ni vključen v globalni sistem politike do drog (Hočevar 2005, 95).

Težave povzročajo torej različna interpretacija konvencij ter nacionalna politika do drog. Med državami Evropske unije naletimo na neskladja že pri osnovni klasifikaciji prepovedanih drog, saj jih nekatere države klasificirajo v skladu s konvencijami Organizacije združenih narodov, druge pa ne. Nizozemska, na primer, klasificira droge na trde in mehke, Španija na substance, ki povzročajo škodo, in tiste, ki je ne, Velika Britanija pa razvršča droge v razrede A, B, C, glede na učinke (Hočevar 2005, 126–127; Skopec 2011, 19).

Evropska komisija vsakih pet let sprejme Akcijske načrte, ki so izpeljani iz strategije Evropske unije v zvezi z drogami ter so osnovani na načelih in temeljnih vrednotah Evropske unije: spoštovanju človeškega dostojanstva, svobodi, demokraciji, enakosti, vladavini zakona in človekovih pravicah. Cilj akcijskih načrtov je uravnotežen, čim bolj poenoten način obravnave problema drog. Pri tem so usmerjeni k zmanjševanju povpraševanja ter ponudbe drog, predvsem s preventivo, zdravljenjem in ukrepi za zmanjševanje škode (Hočevar 2005, 131–136).

2.4.1.6 Zakonodaja Evropske unije za področje drog

Boj proti prometu s prepovedanimi drogami je lahko uspešen le, če je pristop k problematiki skladen in celovit, ter povezuje politiko javnega zdravja, socialno politiko in politiko izobraževanja. Pravne akte Evropske unije na področju politike boja proti drogam je treba nenehno posodabljeti zaradi neprestanega razvoja vedno novih psihoaktivnih substanc in hitrega prilagajanja kriminalnih združb, ki se ukvarjajo s proizvodnjo in distribucijo drog. Z veljavnostjo Lizbonske pogodbe je omogočen močnejši in odločnejši odziv na problematiko drog, saj je promet s prepovedanimi drogami opredeljen kot »posebno huda oblika kriminala s čezmejnimi posledicami« (Evropska komisija 2011).

Med ukrepi držav članic EU za zmanjševanje povpraševanja po drogah in posledic zlorabe drog še vedno zaznavamo različne pristope in različno uspešnost. Za zbiranje podatkov, ki pomembno koristijo pri odločitvah glede strategije delovanja, pri Evropski uniji skrbi Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Zbira tudi vrsto drugih podatkov, ki jih je mogoče pregledovati po posameznih državah ter med seboj primerjati, med drugim tudi vso veljavno zakonodajo za področje prepovedanih drog.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) zbira vse podatke o drogah v Evropski uniji. Naloge centra so zbiranje, analiziranje in širjenje resničnih, objektivnih, zanesljivih in primerljivih podatkov o drogah in zasvojenosti z drogami. To omogoča pregled razmer na področju drog v EU, ki temelji na dokazih. Med ciljne skupine centra spadajo snovalci zakonodaje, ki podatke uporabijo pri oblikovanju ustreznih strategij v boju proti drogam na državni ravni in na ravni Evropske unije. Podatke uporabljajo tudi strokovnjaki in raziskovalci s področja drog ter evropski mediji in širša javnost (Evropska unija, 2016).

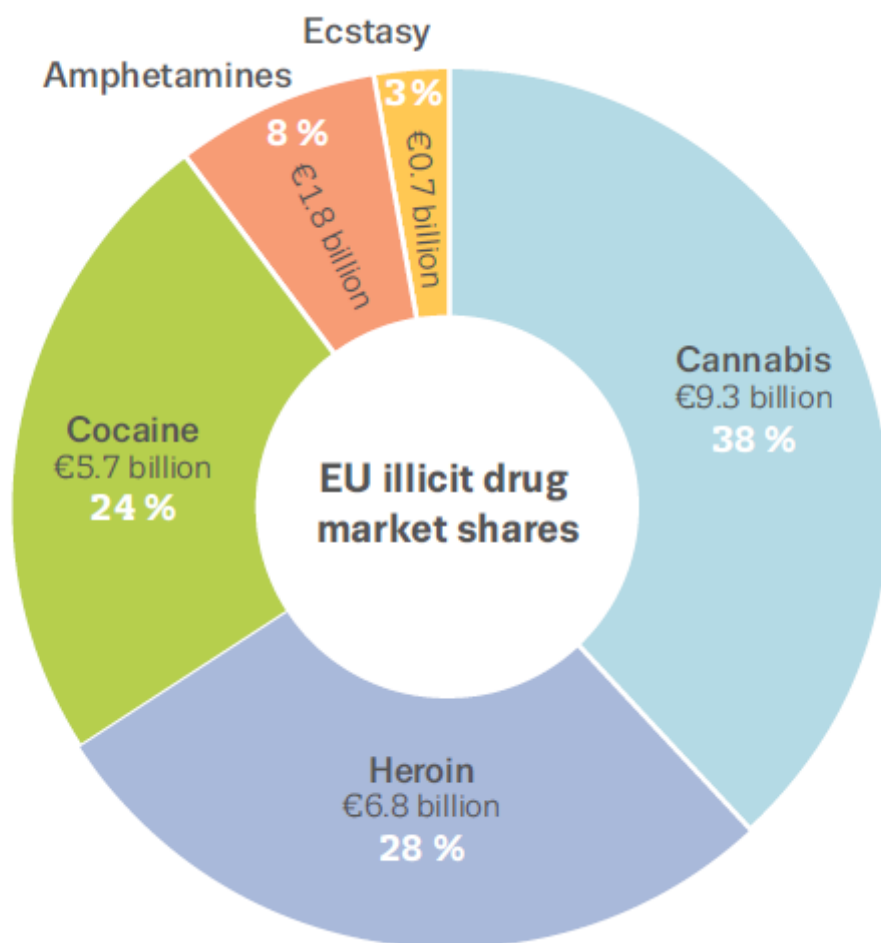
Govorimo torej o odprti metodi koordinacije, ki na področju Evropske unije predstavlja posebne postopke sodelovanja med državami, smernice in indikatorje, primerjanje rešitev in usmeritev posameznih držav ter upoštevanje in prevzemanje dobrih praks. Bistveni poudarki te metode so spremljanje zastavljenih ciljev, primerjanje vloženega dela in učenje na primeru, s tem ko države medsebojno evalvirajo svoje programe.

Sankcije za nespoštovanje ali kršenje zastavljenih smernic niso predvidene, je pa namen sankcij pogosto dosežen z javnim izpostavljanjem (Jenko 2009, 14–16).

2.4.1.7 Stanje na področju trga drog v Evropski uniji, poročilo 2016

Poročilo trga drog v Evropski uniji za leto 2016 predstavlja trg nedovoljenih drog v povezavi s spreminjajočimi se vzorci uporabe drog, kulturnimi in socialnimi faktorji, ki vplivajo na rabo drog, ter kriminaliteto, ki je povezana z uporabo drog. Trg nedovoljenih drog ostaja eden najdonosnejših trgov za kriminalne združbe, njegovo »vrednost« pa ocenjujemo povprečno na več kot 24 milijard evrov letno (gibanje med 21 in 31 milijard evrov letno). Vpliv trga prepovedanih drog je še večji in bolj škodljiv kot škoda, povzročena s samo uporabo, saj vključuje vrsto drugih kriminalnih dejavnosti in terorizem. Vpliva tudi na ekonomijo posameznih držav, korupcijo med vladnimi institucijami in ima pomemben vpliv na širšo skupnost. Najbolj skrb vzbujajoče ugotovitve poročila o trgu nedovoljenih drog v Evropski uniji so: tehnična in organizacijska kompleksnost, povezanost in ciljna usmerjenost kriminalnih združb, ki se ukvarjajo s preprodajo prepovedanih drog; globalizacija in napredna tehnologija, ki pospešujeta spremembe na trgu prepovedanih drog; dejavnosti, povezane s trgom nedovoljenih drog, se pojavljajo in koncentrirajo na mnogih lokacijah po vsem svetu. Vse te spremembe prinašajo izjemne izzive za tiste, ki se trudijo odgovoriti na težave, povezane oz. povzročene zaradi trga nedovoljenih drog. Kličejo k sodelovanju vseh vpletenih, identifikaciji lokacij, kjer se koncentrirajo aktivnosti v povezavi s trgom prepovedanih drog. Poročilo podrobneje obravnava trg prepovedanih drog ter prevladujoče tipe drog. Konoplja je še vedno najširše uporabljena droga v Evropi in »prispeva« približno 38 % dohodka trga nedovoljenih drog v Evropski uniji, kar pomeni v povprečju 9,3 milijarde evrov letno (glej sliko 2.4).

Slika 2.4: Delež prodaje po posameznih vrstah drog v Evropski uniji



Vir: EMCDDA (2016b, 29).

Število uporabnikov na letni ravni je okrog 22 milijonov odraslih, pri tem konopljo dnevno uporablja približno 1 % odraslih v Evropski uniji. Kriminalne združbe izrabljajo napredne tehnologije, ki zagotavljajo večjo količino droge z večjo vsebnostjo psihoaktivne snovi, pri čemer večina te droge pride iz gojišč po Evropi, nekaj iz Maroka in nestabilnih področij Severne Afrike in Bližnjega vzhoda. Trg heroina je drugi največji trg prepovedane droge v Evropski uniji, doseže povprečno 6,8 milijarde evrov letno in je vzrok za precejšen delež smrti zaradi uporabe prepovedanih drog. Po obdobju upadanja ponudbe in povpraševanja se v zadnjem času pojavljajo znaki povečane ponudbe. Opium se v glavnem proizvaja v Afganistanu, tehnike proizvodnje, lokacije, poti, po katerih se tihotapi, so zelo fleksibilne in dinamične, na kar kažejo večji zasegi heroina. Pojavljajo se nove tihotapske poti, ki vodijo prek Afrike, Južnega Kavkaza, Sirije in Iraka. Še vedno je zelo dejavna Balkanska pot, ki je glavna heroinska vstopna »žila« za Evropo. Kokain je najpogosteje uporabljen

prepovedani stimulans v Evropski uniji, ocena prihodka od prodaje je v povprečju 5,7 milijarde evrov letno. Največ uporabnikov »najde« v zahodni in južni Evropi, uporaba je razmeroma stabilna, čeprav se ponudba zvišuje. Pomorski in zračni promet se uporabljata za tihotapljenje kokaina v Evropo, pri čemer so Kolumbija, Brazilija in Venezuela ključna izhodišča. Kontinuiran problem predstavljajo ladijski zabojniki, poslani prek večjih evropskih pristanišč. Tihotapci uporabljajo vse bolj in bolj domiselne načine, kako drogo integrirajo, prikrijejo oz. drugače pretihotapijo v običajnih pošiljkah. Trg sintetičnih stimulansov, amfetamina, metamfetamina in MDMA je ocenjen na povprečno 1,8 milijarde evrov letno. V Evropski uniji sta pomembni proizvajalki MDMA in amfetaminov Nizozemska in Belgija, medtem ko zaznavamo največjo proizvodnjo amfetaminov na Češkem. Proizvodnja postaja vse bolj razvita in raznolika, uporablja se vrsta novih predhodnikov in predpredhodnikov kemikalij, kar še povečuje tveganje za zdravje. Veliko število novih psihoaktivnih snovi (NPS) se prodaja kot dovoljeno, legalno nadomestilo za prepovedane droge. Razvoj novih snovi je nenehen, približno 100 novih snovi so zabeležili samo v letu 2015. Na trgu ter preko spletnih trgovin se prodajajo snovi, ki jih deklarirajo kot dovoljene nadomestke, prehranska dopolnila ipd. So lahko dostopne, njihovi škodljivi učinki pa vse večji. Čedalje pogosteje prihaja do akutnih zastrupitev, ki se večkrat končajo celo s smrtnim izidom (EMCDDA 2016a, 17–18; EMCDDA 2016b, 15–27).

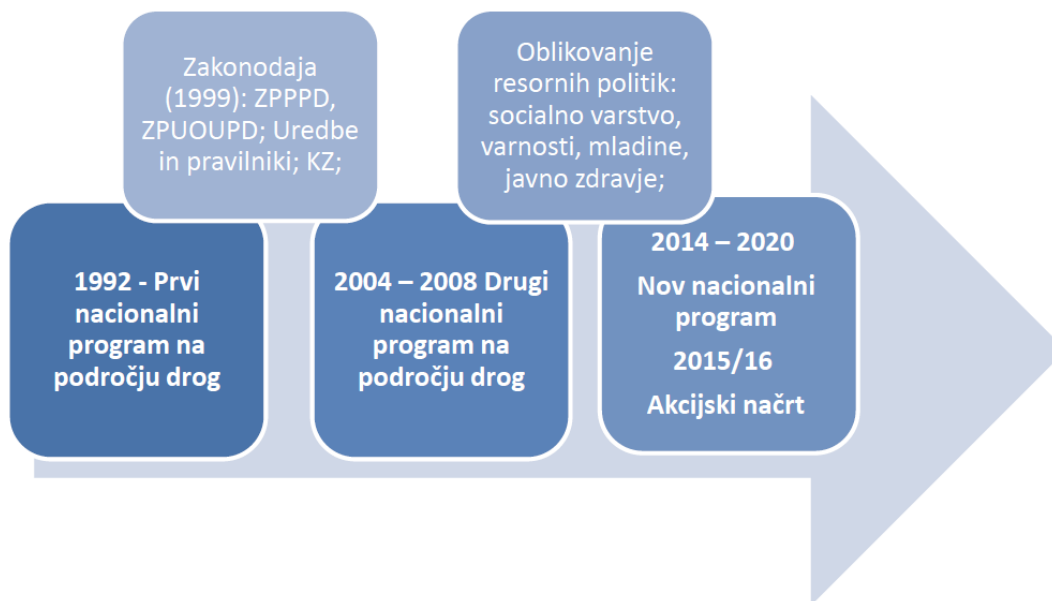
2.4.1.8 Zakonodaja Slovenije za področje drog

Slovenija je prevzela v uporabo zakonodajo s področja drog po nekdanji Socialistični federativni republiki Jugoslaviji in jo je uporabljala vse do sprejetja lastne zakonodaje. Je podpisnica naslednica vseh konvencij glede prepovedanih drog, ki jih je sprejela Organizacija združenih narodov: Enotne konvencije o mamilih iz leta 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs), Protokola o spremembah enotne konvencije o mamilih iz leta 1972, Konvencije o psihotropnih substancah iz leta 1971 (Convention on Psychotropic Substances) in Konvencije zoper nezakonit promet mamil in psihotropnih snovi iz leta 1988 (Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances). Na temeljih določil teh konvencij je sprejeta slovenska zakonodaja, ki ureja področje drog in je usklajena s pravnim redom Evropske unije in z usmeritvami Sveta Evrope (Ministrstvo za zdravje 2016). Nacionalna zakonodaja, ki ureja področje:

- Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (Uradni list RS, št. 108/1999, 44/2000, 47/2004), ki določa pogoje, pod katerimi sta dovoljena proizvodnja in promet s prepovedanimi drogami ter posest prepovedanih drog,
- Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 98/1999 in 2/2004), ki določa ukrepe (informativne, zdravstveno vzgojne in svetovalne dejavnosti, zdravljenje, socialno-varstvene storitve in programe za reševanje socialne problematike, povezane z uživanjem prepovedanih drog ter spremljanje uživanja prepovedanih drog) za preprečevanje uporabe prepovedanih drog in obravnavo uživalcev prepovedanih drog,
- Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 50/2012 – uradno prečiščeno besedilo), določa uveljavitev kazenske odgovornosti s kaznovanjem polnoletnih oseb zaradi storjenih kaznivih dejanj na podlagi ugotovljene krivde,
- Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog (Uradni list RS, št. 45/2014 in 22/2016), ki določa razvrstitev prepovedanih drog glede na resnost nevarnosti za zdravje ljudi, ki je lahko posledica njihove zlorabe, ter glede na uporabo v skupine I, II in III., ter vrsta pravilnikov, ki podrobneje urejajo zakonska določila s področja drog.

Zakonodajo pomembno dopolnjujejo nacionalni programi, akcijski načrti in resolucije za področje drog že od leta 1992, torej neposredno od uveljavitve samostojne države, Republike Slovenije (glej sliko 2.5).

Slika 2.5: Izvajanje politike na področju drog v Sloveniji



Vir: Hren (2016, 9).

Področje delovanja in ukrepanja glede prepovedanih drog je razdeljeno med različna ministrstva; za notranje zadeve, za delo, družino in socialne zadeve, za šolstvo, za pravosodje, za finance in za zdravje, ta pa sodelujejo z javnimi službami in civilno družbo (Ministrstvo za zdravje 2007). »Koordinacija na področju prepovedanih drog je zagotovljena prek Komisije za droge Vlade Republike Slovenije, ki je pristojna predvsem za pripravo usklajene nacionalne strategije in njeno izvajanje« (Ministrstvo za zdravje 2007). Na lokalni ravni koordinacijo prevzemajo lokalne akcijske skupine. Te usklajujejo ukrepe in aktivnosti s področja drog na ravni posameznih občin. Posamezni resorji zbirajo, obdelujejo, analizirajo ter posredujejo podatke s svojega področja Informacijski enoti za prepovedane droge, ki je del Inštituta za varovanje zdravja RS. Ta pa posreduje podatke drugim ustanovam v državi, mednarodnim ustanovam ter širši javnosti, Evropskemu centru za spremljanje drog in odvisnosti od drog, s sedežem v Lizboni (Ministrstvo za zdravje 2007). Novo uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog je Vlada RS potrdila v juniju 2014. Ta vključuje spremembe in dopolnitve dosedanje uredbe, razveljavljajo pa se številne dopolnitve uredb iz preteklih let. Poglavitni razlog za novo uredbo je naraščajoče število zaznanih novih psihoaktivnih snovi tako v EU kot pri nas. V uredbo je bilo razvrščenih devet novih psihoaktivnih snovi, vse v prvo skupino prepovedanih drog. Januarja 2014 je Vlada

RS sprejela sklep, da se v uredbi ustrezno uredi uporaba učinkovin iz konoplje v medicinske namene. Podoben sklep je februarja 2014 sprejel tudi Odbor za zdravstvo Državnega zbora, ki je opravil razpravo o tej tematiki, in sicer na podlagi pobude skupine državljanov in njihovega predloga Zakona o konoplji, pripravljenega skladno z Zakonom o referendumu in ljudski iniciativi (Drev ur. 2015a, 8–10). Ministrstvo za zdravje je pripravilo spremembe in dopolnitve, s katerimi se je aktivna učinkovina iz konoplje, »/.../ psihoaktivna snov THC, iz prve skupine prepovedanih drog preuvertila v drugo skupino, tj. skupino, v kateri so snovi, ki se lahko uporabljajo v medicini« (Špirić 2015, 26). Te snovi morajo biti enako rigorozno urejene in dostopne, kot velja za vsa zdravila, ki imajo farmakološki učinek, a morajo biti za bolnika »/.../ kakovostna, učinkovita in varna ter zaradi možnih tveganj predpisana s strani zdravnika« (Špirić 2015, 26).

V aprilu 2015 je bil sprejet Akcijski načrt na področju prepovedanih drog za obdobje 2015–2016, ki ga je pripravila delovna skupina, sestavljena iz predstavnikov vseh ministrstev s pristojnostmi na področju drog, predstavnikov raziskovalnih skupnosti in nevladnih organizacij. V dokumentu najdemo podrobneje opredeljene posamezne cilje in načine njihovega uresničevanja ter tudi konkretne naloge posameznih akterjev za uresničevanje tega dokumenta. Nacionalni program Slovenije na področju drog za obdobje 2014–2020 in Akcijski načrt poudarjata krovni cilj zastavljene strategije, ki je zmanjšati in omejiti škodo, ki jo tako za posameznika kot družino in ne nazadnje družbo predstavlja raba prepovedanih drog. Pomembnejše aktivnosti, ki potekajo v okviru različnih strategij in vključujejo problematiko prepovedanih drog, so Strategija RS na področju preprečevanja in obvladovanja okužbe HIV za obdobje 2010–2015, Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja in zatiranja kriminalitete za obdobje 2012–2016 in Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (Drev ur. 2015a, 8).

V letu 2014 sta potekali dve kampanji, ki sta bili namenjeni osveščanju o pomenu zgodnjega testiranja na okužbo s HIV in destigmatizaciji testiranja, nadaljevanje večletne kampanje »Prenašaj sporočilo, ne virusa!« in kampanja ob evropskem tednu testiranja na okužbo s HIV, pri izvedbi katere so sodelovali Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanja zdravja in območni zavodi za zdravstveno varstvo, Zdravniška zbornica Slovenije ter nevladne organizacije, ki pokrivajo problematiko

okužbe s HIV (Stop-Aids 2014). Potekali so tudi različni projekti nevladnih organizacij za osveščanje o varni in odgovorni spolnosti med skupinami z višjim tveganjem za okužbo s HIV, med katere uvrščamo tudi uporabnike drog, ki jih že nekaj let sofinancira, spremlja in usmerja Ministrstvo za zdravje. V sklopu preprečevanja novih primerov okuženosti s HIV država zagotavlja delno sofinanciranje testiranja na HIV, HBV in sifilis izven zdravstvenih ustanov. Cilji, ki so povezani s področjem drog, tj. zagotoviti in krepiti univerzalne, selektivne in indicirane preventivne dejavnosti za preprečevanje uporabe drog ter zmanjševanje z njo povezane kriminalitete in števila uporabnikov vseh prepovedanih drog, so bili v večini realizirani (Drev ur. 2015a, 8).

Za področje drog je najvišje koordinativno telo Komisija za droge, ki deluje pri Vladi RS in je medresorski organ. Obravnava letno nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog ter vse druge aktualne tematike s področja drog v Sloveniji, pa tudi zakonodajne predloge civilne družbe (Drev, ur. 2014, 15). »Komisija Vlade RS za droge in Ministrstvo za zdravje sta zadolžena za koordinacijo področja drog na vladni ravni. Na lokalni ravni so glavni koordinatorji aktivnosti v lokalnih skupnostih še vedno lokalne akcijske skupine« (Drev ur. 2015a, 9).

3 PREGLED STANJA, USPEŠNOSTI POLITIKE TER PROGRAMOV PREVENTIVE NA PODROČJU PREPOVEDANIH DROG

3.1 *Pregled stanja na področju prepovedanih drog za Evropsko unijo*

Analiza Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, ki je bila opravljena na osnovi pridobljenih informacij, »/.../ ki so jih centru EMCDDA v obliki nacionalnih svežnjev poročil posredovale države članice EU ter državi kandidatki Turčija in Norveška /.../« (EMCDDA 2016a, 9), kaže, da je evropski trg drog še vedno prilagodljiv in da se povečuje zlasti uporaba konoplje in stimulansov. Namen omenjene analize je pregled in povzetek stanja na področju drog v Evropi, pri čemer se statistični podatki nanašajo na leto 2014 ali zadnje leto, za katero so na voljo. Analiza trendov temelji na podatkih držav, ki so predložile zadostne podatke. Podatki o ponudbi drog, ki so jih pridobili, kažejo, da je stopnja čistosti ali moči večine prepovedanih snovi visoka ali se še zvišuje. Poleg tega je razvidno manjše povečanje v ocenjeni uporabi drog, ki se pogosteje uporabljajo, kar razberemo iz večine najnovejših podatkov iz raziskave o razširjenosti. Raziskava razkrije, da je mnogo kompleksnejši tudi trg drog, na katerem so uporabnikom poleg bolj uveljavljenih drog na voljo nove snovi. Pri tem naletimo na podatke o vse večji porabi zdravil ter podatke, da je med osebami, ki imajo težave z drogami, vzorec sočasne uporabe več vrst drog običajen. Glede na dejstvo, da konopljo, sintetične droge ter celo nekatere opioide in nove psihoaktivne snovi zdaj proizvajajo v Evropi, v bližini potrošniških trgov, je prizadevanje za preprečevanje vstopa drog v Evropo močno oteženo. Analiza nakazuje na dejstvo, da moramo v najkrajšem času program politike na področju drog za Evropo prilagoditi ter zaobjeti širši in kompleksnejši sklop vprašanj kot do sedaj. Vrnitev snovi MDMA, ki je najbolj zaželen stimulans med mladimi, odlično prikaže nove izzive, ki jih daje trg drog danes. Nenehne inovacije na področju pridobivanja predhodnih sestavin, nove proizvodne tehnike in nezanemarljiva spletna ponudba spodbujajo oživitvev na trgu, katerega glavna značilnost je raznolikost drog. Zdi se, da proizvajalci izvajajo načrtno strategijo, ki temelji na večanju privlačnosti drog. Potencialnim uporabnikom ponujajo praške,

kristale in tablete z velikim odmerkom MDMA, ki jih opremijo z različnimi logotipi, so v različnih barvah in oblikah ter jih celo proizvajajo po naročilu (custom made). Namen tako prefinjenega in ciljno usmerjenega trženja je gotovo povečati privlačnosti droge po dolgem obdobju slabe kakovosti in nečistosti, ko se je uporaba zmanjšala. Žal podatki nakazujejo, da je ta nova prodajna strategija uspešna, MDMA postaja vse bolj priljubljen pri dolgotrajnih uporabnikih stimulansov in novi generaciji mladih uporabnikov. To dejstvo opozarja, da bi morali za novo generacijo uporabnikov, ki uporablja proizvode z veliko čistostjo in velikim odmerkom aktivne snovi, vendar pa ne pozna s tem povezanih tveganj, nujno uvesti ukrepe za preprečevanje in zmanjševanje škode. Uporaba kokaina je večja v državah zahodne in južne Evrope, uporaba amfetaminov pa v severni in vzhodni Evropi. Izrazitejše so tudi težave, povezane s stimulansi, posebej še dejstvo, da si stimulanse vse več uporabnikov vbrizgava intravenozno, kar se kaže tudi z izbruhi okužb z virusom HIV v nekaterih marginaliziranih skupinah. Ker je intravenozno vbrizgavanje stimulansov vezano še na visoko stopnjo tveganega spolnega vedenja, se kaže nujna potreba po večjem sodelovanju ter seveda usklajenem odzivu služb za zdravljenje odvisnosti od drog in služb za spolno zdravje. Tako na mednarodni ravni kot v Evropi potekajo javne in politične razprave o stroških in koristih različnih politik v zvezi s konopljo, saj podatki kažejo, da konoplja še vedno predstavlja največji delež v vrednosti evropskega trga prepovedanih drog. Trgovanje s konopljo je izredno dobičkonosno ter predstavlja glavnino prihodka organiziranih kriminalnih združb. Tako uvoz konoplje kot povečanje domače proizvodnje v Evropi sta za organe kazenskega pregona velik izziv. Hkrati se Evropa sooča z več kaznivimi dejanji, tj. uporabo konoplje ali posedovanje za osebno uporabo, kar predstavlja približno tri četrtine vseh kaznivih dejanj, povezanih z drogo (EMCDDA 2016a, 9–28).

3.2 Pregled stanja na področju prepovedanih drog za Slovenijo

Za potrebe ugotavljanja stanja na področju prepovedanih drog moramo poznati vsaj naslednje parametre:

- kazalniki razširjenosti uporabe prepovedanih drog, ki ga merimo s tremi časovnimi okviri:
 - uporaba kadarkoli v življenju,

- uporaba v zadnjih 12 mesecih in
- uporaba v zadnjih 30 dneh (Drev 2015b, 2-3);
- pogostost uporabe:
 - *eksperimentiranje* – prvi poskusi droge oziroma začetek uporabe – občasna uporaba je vezana predvsem na uporabo ob posameznih dogodkih, ob koncu tedna ipd.,
 - *dnevna uporaba* (oz. pogosta, intenzivna uporaba) – je po definiciji EMCDDA raba 20 dni ali več v zadnjih 30 dneh,
 - *rekreativna uporaba* – je vezana na okolje, v katerem se droga uporablja, npr. zabave, diskoteke, klubi ipd. ter
 - *zelo tvegana uporaba* – po definiciji EMCDDA zajema zelo tvegane vzorce uporabe psihoaktivnih snovi in/ali zelo tvegane poti uporabe psihoaktivnih snovi v zadnjih 12 mesecih (Drev 2015b, 3)

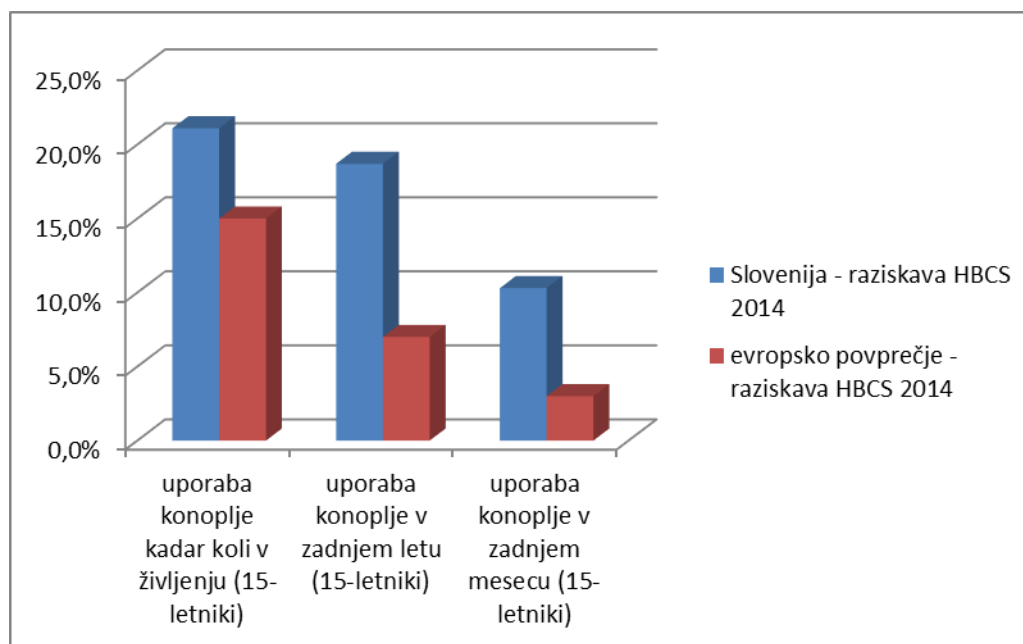
Za oceno stanja se bomo naslonili na izsledke periodične mednarodne raziskave, ki je bila izvedena tudi v Sloveniji, ter obravnava multiple vidike zdravja oz. z zdravjem povezanih vedenj mladostnikov v šolskem obdobju. Pregledali bomo tudi ključne izsledke raziskave Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog. Obe raziskavi sta bili opravljeni na reprezentativnih vzorcih, kar pomeni, da izsledke lahko prenesemo na celotno populacijo.

Health Behavior in School-Aged Children (v nadaljevanju HBSC) – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji je periodična mednarodna raziskava, ki zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje, z zdravjem povezana vedenja (npr. tvegna vedenja, prehrana, gibanje) in tudi socialni kontekst (družina, šola, vrstniki). Izvaja se med 11-, 13- in 15-letniki v 44 državah Evrope in sveta, Slovenija pa se ji je prvič pridružila leta 2002. (Drev 2015a, 12).

Po podatkih izsledkov raziskave za leto 2014 je v Sloveniji vsaj enkrat v življenju konopljo uporabilo 21,1 % 15-letnikov, v zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabilo 18,7 % 15-letnikov, v zadnjih 30 dneh pa vsak deseti 15-letnik (10,3 %), kar pomeni,

da precej odstopamo od evropskega povprečja, ki je 15 %, 7 % in 3 % (glej graf 3.1) (Currie, ur. in drugi 2012, 16; Drev 2015a, 11–12; Drev 2015b, 12; Jeriček Klanšček in drugi 2015, 6–8 in 49–51; Raziskava HBSC 2016).

Graf 3.1: Prikaz uporabe konoplje v Sloveniji med 15-letniki za leto 2014 – primerjava z evropskim povprečjem



Mednarodna primerjava je na voljo za raziskavo HBSC 2010, ki prav tako kaže na odstopanje od evropskega povprečja. Po uporabi konoplje se 15-letniki iz Slovenije uvrščajo precej visoko na lestvici, saj so glede na uporabo konoplje kadarkoli v življenju na 8. mestu med 39 državami, po uporabi v zadnjih 30 dneh pa na 10. mestu, medtem ko je Nizozemska na 20. oz. 12. mestu in Švedska na 35. oz. 37. mestu (Currie, ur. in drugi 2012, 163–169).

Tudi evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah 2011, objavljena v Letnem poročilu EMCDDA za leto 2012, ponuja vpogled v podatke o uporabi konoplje pri šolski mladini, stari od 15 do 16 let v Sloveniji, v drugih evropskih državah in v primerjavi z evropskim povprečjem. Pri vseh treh kazalnikih uporabe je Slovenija nad evropskim povprečjem. V Sloveniji je konopljo kadarkoli v življenju uporabilo 23 % v raziskavo vključenih 16-letnikov, evropsko povprečje je 17 %, v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo je konopljo uporabilo 19 % 16-letnikov, evropsko povprečje je 13 %, v

zadnjih 30 dneh pred raziskavo pa 10 %, evropsko povprečje je 7 % 16-letnikov (EMCDDA 2012, 45–46).

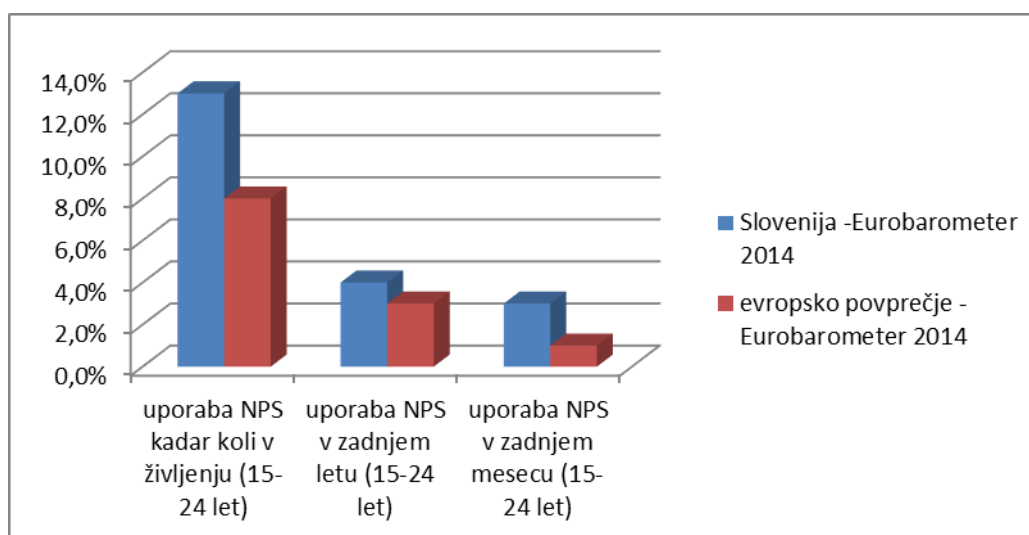
Podatke o trendih uporabe marihuane pri mladostnikih v Sloveniji lahko pridobimo za obdobje od 2002 do 2010, v letu 2014 pa je bilo vprašanje raziskave HBSC glede uporabe zastavljeno tako, da je zajelo poleg uporabe marihuane tudi uporabo hašiša. Podatki kažejo, da sta se deleža uporabe, kajenja marihuane kadarkoli v življenju in kajenja marihuane vsaj trikrat v zadnjih 12 mesecih, pri petnajstletnikih v obdobju od leta 2002 do leta 2010 statistično značilno znižala. Za obdobje med 2002 in 2010 lahko zaznamo statistično značilen trend upadanja deleža petnajstletnikov, ki so marihuano že kdaj poskusili oziroma so jo uporabili v zadnjih 12 mesecih. Ob podrobnejšem pregledu rezultatov v posameznih časovnih obdobjih ugotovimo, da se je statistično značilno znižal samo med letoma 2003 in 2007, medtem ko po letu 2007 zaznavamo statistično značilne neugodne trende naraščanja, ki pa se ponovno umirjajo po letu 2011 (Stergar in Urdih Lazar v Drev 2015b, 13-14).

Evropska raziskava Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog zajema prebivalce stare med 15 in 64 let. Raziskava je bila izvedena enkrat (v dveh delih, leta 2011 in 2012), zato žal ne omogoča podrobnejših časovnih primerjav, lahko pa rezultate primerjamo s podatki preostalih držav, saj so bila vprašanja za konopljo in druge prepovedane droge pripravljena v skladu z metodologijo EMCDDA, vzorec pa velik, zajel je 15.200 prebivalcev (stopnja odgovora je bila 52,9 %) in omogoča podrobnejši vpogled v razširjenost uporabe konoplje po starostnih skupinah (15–24 in 25–34 let). Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog kaže, da je konopljo kadar koli v življenju uporabilo 15,9 % prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, povprečje za Evropo je 21,7 %, v zadnjem letu pa 3,5 % v Sloveniji, evropsko povprečje pa je 5,3 %. Za Slovenijo najdemo tudi podatke o uporabi konoplje kadar koli v življenju po starostnih skupinah, in sicer; v skupini 15–24 let 27,3 % prebivalcev, v starostni skupini 25–34 let pa 29,7 %. Delež uporabe konoplje kadarkoli v življenju je bil 15 % višji v starostnih skupinah do 34 let kot tistih nad 34 let, delež uporabe v zadnjem letu in zadnjem mesecu pa je bil najvišji med mladimi v starostni skupini 15–24 let (Drev in Lavtar 2014, 2–4; Drev 2015b, 14–15).

Podatki, ki smo jih nanizali, nakazujejo na povečano problematiko uporabe konoplje pri čedalje mlajših osebah. Močno skrb vzbujajoče je dejstvo, da je uporaba pri 15-letnikih v zadnjih letih konstantno visoka in precej oddaljena od evropskega povprečja, kljub prej omenjenim statističnim trendom umirjanja. Poleg konoplje predstavljajo odkrito grožnjo za vedno mlajše uporabnike tudi nove psihoaktivne snovi in alkohol, ki je še vedno droga in v vseh starostnih skupinah povzroča največ škode, direktno in indirektno, poškodb in smrtnih primerov, zaradi uporabe ali kot posledica uporabe.

Raziskava Eurobarometer 2014 za Slovenijo glede uporabe novih psihoaktivnih snovi nam pokaže, da mladi v Sloveniji presegajo evropsko povprečje tudi pri uporabi novih psihoaktivnih snovi. V Sloveniji je že kdaj poskusilo nove psihoaktivne snovi 13 % mladih v starosti 15–24 let, evropsko povprečje je 8 %, v zadnjih 12 mesecih je nove psihoaktivne snovi uporabilo 4 % mladih, evropsko povprečje je 3 %, in v zadnjih 30 dneh 3 % mladih, evropsko povprečje je 1 % (glej graf 3.2) (Evropska komisija 2014, 7–9).

Graf 3.2: Prikaz uporabe novih psihoaktivnih snovi (NPS) za Slovenijo v starostni skupini 15–24 let – Eurobarometer 2014 – primerjava z evropskim povprečjem

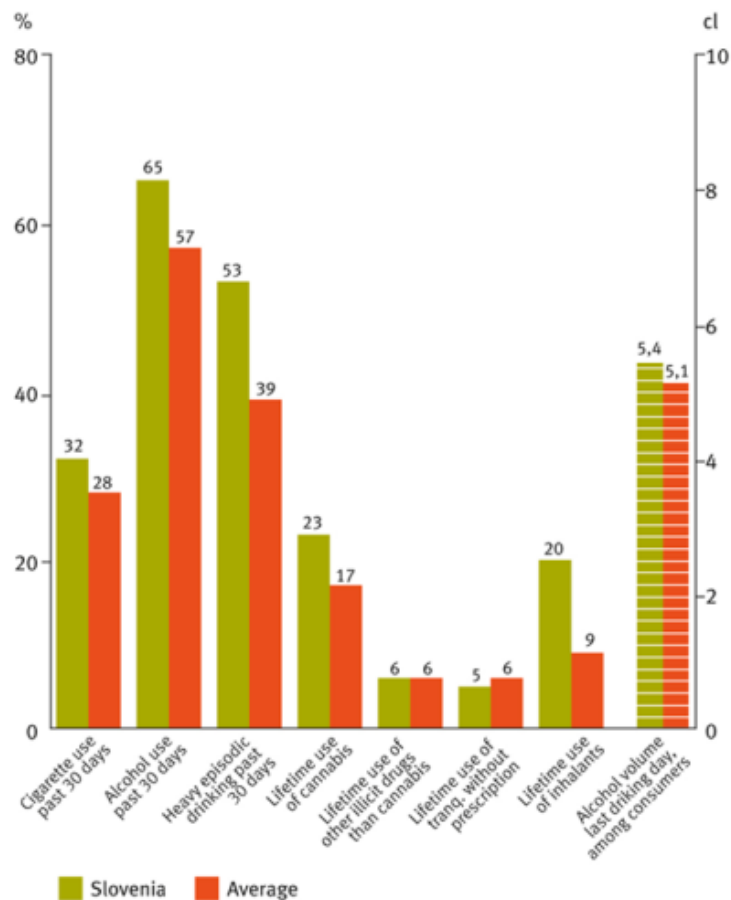


Pri pregledu statističnih podatkov o tveganem vedenju se na tem mestu ne moremo izogniti krajši primerjavi podatkov o uporabi alkohola, ki ga sicer uvrščamo v skupino dovoljenih drog. Že prej omenjena evropska raziskava Anketa o uporabi tobaka,

alkohola in drugih drog, ki je zajela reprezentativni vzorec prebivalcev Slovenije v starosti med 15 in 64 let, nam razkriva, da je v zadnjem letu kadar koli pilo alkohol 80,6 % oseb. Pri tem je štirikrat na teden ali pogosteje po alkoholu poseglo 6,6 % oseb, dva- do trikrat na teden 16,6 % oseb, dva- do štirikrat na mesec 36,7 % oseb in enkrat na mesec ali redkeje 40,1 % oseb. Ko podatke pregledamo po starostnih skupinah (tj. 15–17 let, 18–24 let, 25–34 let, 35–44 let, 45–54 let in 55–64 let), ugotovimo, da v starostni skupini 15–17 let alkoholne pijače uživa dva- do štirikrat na mesec kar 44,6 % oseb – kar je najvišji delež izmed vseh starostnih skupin (Koprivnikar, ur. in drugi 2015, 71). Če podatke izluščimo iz raziskave ESPAD 2011 (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino), ki obravnava podatke za 36 držav, ugotovimo, da je uporaba alkohola v zadnjem mesecu med 16-letniki najvišja na Češkem, 79 %, evropsko povprečje je 57 %, v Sloveniji 65 %, na Švedskem 38 % in najmanjši delež, 17 %, Islandija. Ponovno vidimo, da se Slovenija uvršča zelo visoko na lestvici in tudi precej nad povprečjem (Hibell in drugi 2012, 71).

Podatki nam razkrijejo, da je uporaba tobaka, alkohola (tudi opijanjanja), konoplje ter inhalantov med mlado populacijo v Sloveniji višja od evropskega povprečja ter moramo biti zaradi tega resno zaskrbljeni (glej graf 3.3). Uživanje konoplje med mladimi pri nas je razširjeno bolj kot med mladimi na Nizozemskem, ki živijo v državi z daleč najbolj liberalno politiko do uporabe konoplje.

Graf 3.3: Ključni rezultati iz leta 2011 za Slovenijo, tvegano vedenje med 16-letniki, primerjava z evropskim povprečjem



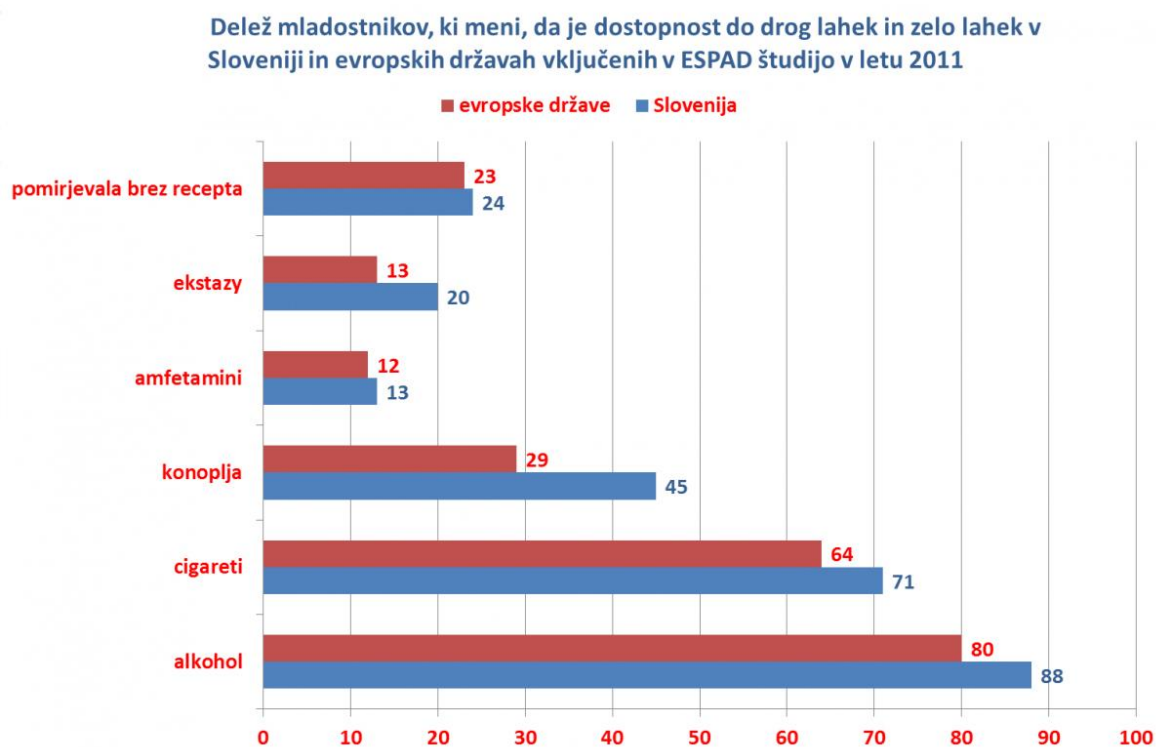
Vir: ESPAD (2012).

Tretja raziskava, ki jo na tem mestu velja omeniti, je spletna anketa o uporabi novih psihoaktivnih snovi med študenti Univerze v Ljubljani. Vzorec obsega 1133 ustreznih anket, anketiranci so bili mladi odrasli med 18 in 37 leti (povprečna starost 21,9 leta) z območja celotne Slovenije s statusom študenta na katerikoli fakulteti Univerze v Ljubljani. Anketa je pokazala, da je 11 % anketiranih že kdaj v življenju uporabilo katero izmed novih psihoaktivnih snovi, evropsko povprečje je 8 %. Najpogostejša razloga za uporabo nove psihoaktivne snovi sta eksperimentiranje in doseganje boljšega počutja, največ jih je poskusilo 3-MMC, metilona ali mefedron (Drev ur. 2015a, 13–16).

O razsežnosti izziva pri obvladovanju težav, povezanih s tveganim vedenjem, pričča tudi presečna raziskava ESPAD o dostopnosti različnih substanc (glej graf 3.4).

Primerjava pokaže, da slovenski najstniki za vse substance, tj. tablete, ekstazi, amfetamine, konopljo, tobak in alkohol, menijo, da so lahko dostopne v večjem deležu kot njihovi evropski vrstniki

Graf 3.4: Dostopnost drog, Slovenija in evropsko povprečje



Vir: NIJZ (2015).

3.3 Ocena uspešnosti programov preventive za Slovenijo

Uspešnost programa preventive mora biti dokazljiva preko znanstvenih dokazov, to pomeni, da nam preko statističnih podatkov »/.../ pokaže pomembne spremembe v vedenju in stališčih posameznikov do uporabe in zlorabe drog« (Drev 2015b, 16). Preventivni programi morajo biti raznoliki, kot so različni uporabniki drog. Nagovarjati morajo specifične potrebe, saj se tudi ciljni uporabniki med seboj zelo razlikujejo po pogostnosti uporabe, spremljajočih težavah, dejavnikih tveganja in drugih parametrih (Drev 2015b, 16–17).

Za uspešne programe torej veljajo tisti, ki poleg tega, da nedvoumno poudarjajo, da je uporaba drog nedovoljena, kakšna so tveganja ter kakšno škodo droge povzročajo:

- preprečijo oz. odložijo prvo uporabo droge,
- znižajo pogostost uporabe drog,
- prekinejo uporabo za določen čas (z možnostjo podaljšanja),
- zmanjšajo socialna, družbena in zdravstvena tveganja ter ublažijo škodo, ki nastane zaradi uporabe drog,
- zvišujejo informiranost posameznikov,
- povzročijo zavračanje ponudb,
- povzročijo zavzemanje distance v odnosu do vrstnikov, ki uporabljajo droge,
- zvišujejo zmožnost odgovornega odločanja pri uporabi drog in
- imajo trajen učinek (Milenković Kikelj in drugi 2015, 47; Drev 2015b, 16–17).

Dobro bazo najboljših praks najdemo na spletnih straneh Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), in sicer podatke o najučinkovitejših preventivnih programih za različne ciljne skupine (EMCDDA 2016c).

V Sloveniji imamo približno 40 programov, ki se na tak ali drugačen način ukvarjajo s problematiko prepovedanih drog. Največ programov se izvaja v okviru zdravstvenega varstva preko regijskih Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pod okriljem ljubljanske Psihiatrične klinike pa deluje tudi Center za zdravljenje odvisnosti od drog (Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji, 45–46). Izvajajo predvsem nadomestne vzdrževalne in zniževalne programe, programe zmanjšanja škode in ponekod tudi »drug-free« programe (Kvaternik Jenko, 2006). Zdravstvena obravnava uporabnikov drog je uvrščena v redni program zdravstvenega varstva ter se financira iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Drev ur. 2014, 45–46).

Programi na področju drog se v Sloveniji financirajo iz različnih virov. Večina je še vedno financirana iz državnega proračuna in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Nekaj sredstev pa pridobijo tudi iz različnih fundacij in članarin članov nevladnih organizacij. Donacij je še vedno zelo malo oziroma ni informacij o njih (Drev ur. 2015a, 9).

Preventivni programi so v slovenskem prostoru zelo razširjeni. Potekajo na lokalni in državni ravni. Največji delež preventivnih programov je namenjen otrokom in mladostnikom na lokalni ravni, in sicer v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, del pa tudi zunaj njih. Pomembno vlogo pri izvajanju preventivnih dejavnosti imajo poleg pedagogov in strokovnjakov iz drugih javnih institucij predstavniki nevladnih organizacij in lokalne akcijske skupine, ki v nekaterih lokalnih skupnostih usklajujejo te dejavnosti. Podobno kot druge evropske države se tudi v Sloveniji srečujemo s težavo, da preventivni programi niso evalvirani (prav tako ne obstaja razvita metodologija evalvacije), zato njihovi realni učinki niso znani (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020).

V skladu s strategijo zmanjševanja škode se trenutno izvajajo programi predvsem na področjih:

- izobraževanja in informiranja o različnih vrstah drog,
- izobraževanja o učinkih in posledicah uporabe drog,
- metadonski programi s ciljem preprečevanja škode, ki jo povzroča uživanje opiatov ter
- program razdeljevanja igel uporabnikom opiatov, da bi zmanjšali škodo zaradi neprimerne rabe igel (Konoplja.org 2016b).

V Sloveniji deluje več kot 20 nevladnih organizacij, ki izvajajo programe s področja preventive, zmanjševanja škode ter terapevtske programe. Ti se izvajajo v obliki oz. nudijo različne dejavnosti, kot so na primer dnevni centri, terensko delo, informiranje in svetovanje, zavetišča za brezdomne uporabnike drog, terapevtske skupnosti in komune, programi za otroke in mladostnike, predavanja in delavnice, varna hiša za uporabnice drog, delo po zaporih ipd. (glej tabelo 3.1) (Zorman, ur. in Paš, ur. 2012, 58-61).

Tabela 3.1: Nevladne organizacije in programi, ki jih izvajajo

Programi pomoči, ki jih izvajajo nevladne organizacije

NEVLADNE ORGANIZACIJE NA PODROČJU DROG IN ZASVOJENOSTI	DNEVNI CENTER	TERENSKO DELO	INFORMIRANJE	SVETOVANJE	ZAVETIŠČE ZA BREZDOMNE UPORABNIKE DROG	KOMUNA	TERAPEVTSKA SKUPNOST	SOCIALNO PODJETNISTVO	DELO V ZAPORIH	PREDAVANJA, DELAVNICE	VARNA HIŠA ZA UPORABNIKE DROG	PROGRAMI ZA OTROKE IN MLADOSTNIKE	REINTEGRACIJA
Ars Vitae	•		•	•						•		•	
Društvo DREVO ŽIVLJENJA	•		•	•			•						
Društvo POMOČ Sežana	•		•	•						•			
Društvo POT Ilirska Bistrica	•	•	•	•						•			
Društvo PROJEKT ČLOVEK	•	•	•	•			•		•	•		•	•
Društvo STIGMA	•	•	•	•					•	•	•		
Društvo SVIT Koper	•	•		•						•			
Društvo UP			•	•					•	•		•	•
Društvo za pomoč in samopomoč ŽELVA – Eureka Žalec	•	•			•								
Društvo ZDRAVA POT	•	•	•	•									
Društvo ŽAREK	•				•	•							
Fundacija Vincenca Draklerja za odvisnike	•		•	•				•		•		•	•
Inštitut VIR			•	•					•	•		•	
KRALJI ULICE	•	•	•					•		•			
Nadžkofijska Karitas Maribor	•												
OMI Inštitut			•	•						•		•	
ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje	•	•	•	•	•			•		•			
Zavod Karitas Samarijan													
Zavod MISSS		•	•	•						•		•	
Zavod Pelikan Karitas	•		•	•		•	•	•	•	•		•	
Zavod Salesianum, OE Skala	•	•	•	•						•		•	
Zavod za informacijsko dejavnost in alternativno kulturo			•	•						•			
Združenje DrugArt		•	•	•				•		•		•	
Zveza društev na področju drog			•	•						•			
Zveza nevladnih organizacij na področju drog in zasvojenosti			•	•						•			

Vir: Zorman, ur. in Paš, ur. (2012, 60).

Slovenija se uspešno vključuje tudi v evropske programe oz. je pridobila evropska sredstva za izvajanje nekaterih projektov preventive in izobraževanja. Nekateri od programov, ki potekajo, so: Šolski preventivni program EU-Dap (»Izštekan«), program »Krepitev družin« (»The Strengthening Families Program« – SFP), Club Health – varnejša in bolj zdrava nočna zabava mladih, European Family Empowerment (EFE): Izboljšanje družinskih veščin z namenom preprečevanja tvegane in škodljive rabe alkohola in drugih drog, Vzpostavitev preventivne platforme NVO na področju preprečevanja zasvojenosti (Preventivna platforma I – 2010–2012) in drugi (Inštitut za raziskave in razvoj Utrip 2016).

3.4 Analiza nizozemske in švedske politike do prepovedanih drog ter umestitev Slovenije

Analiza politik je družboslovna znanstvena disciplina, ki preko raziskovalne metode in metode argumentacije proučuje delovanje državnih oz. javnih politik na posameznih

področjih ter poda informacije, ki jih je mogoče uporabiti za reševanje vprašanj, zakaj je izbran način vladanja na nekem področju in kakšni so rezultati. Modernega političnega odločanja si danes ne zamišljamo brez proizvodnje znanstveno zbranih in analiziranih informacij, ki so pomembne za oblikovanje in izvajanje javnih politik, ter brez znanstvenega svetovanja politiki (Fink Hafner 2002, 55–57).

Pri sistematičnem pregledu politik do prepovedanih drog obeh držav ugotovimo, da je glavna razlika med obravnavanima državama v tem, da Švedska kazensko preganja uporabo vseh prepovedanih drog, Nizozemska pa »le« prodajo trdih drog, kot so npr. heroin, kokain in amfetamini. Skladno s to razliko je različna tudi zakonodaja ter izvajanje le-te. Uporaba drog na Nizozemskem namreč ni kriminalno dejanje, na Švedskem pa. Državi popolnoma drugače obravnavata nevarnosti konoplje, na Nizozemskem je dovoljena prodaja v »coffee-shopih« pod določenimi pogoji, na Švedskem pa velja prepričanje, da je konoplja le prvi korak do zasvojenosti z drugimi drogami in je popolnoma prepovedana. Ko poskušamo primerjati obe politiki do drog, naletimo na težavo zaradi uporabe različnih konceptov, definicij in podatkov raziskav ali pa celo na manjkajoče podatke določenih pomembnih vidikov glede uporabe drog. Definicija »zasvojenec« v obeh državah pomeni osebo z odvisnostjo. Na Švedskem se šteje za zlorabo drog vsaka uporaba, ki ni medicinske narave. Na Nizozemskem ločijo med zlorabo drog in uporabo drog, pri čemer po definiciji večina spada v skupino uporabnikov. Zgodnje osveščanje med rizičnimi skupinami je ovrednoteno kot izredno pomembno v obeh državah, le da Nizozemska izvaja zgodnje osveščanje skladno s politiko preko programov zmanjševanja škode, Švedska pa s strogim nadzorom. Nizozemski koncept zmanjševanja škode in švedski koncept družbe brez drog sta si kontradiktorna, saj se zdi, da zmanjševanje škode pomeni, da je uporaba droge varnejša, medtem ko družba brez drog pomeni družbo, ki preži na uporabnike in je njihovo bivanje nevarnejše. V obeh državah se izvajajo metadonski programi, a pod popolnoma drugačnimi pogoji za tiste, ki se želijo vključiti. Na Švedskem se izvajajo programi odvajanja tako v zaporih kot tudi preko socialnega dela. Na Nizozemskem se izvajajo le po kazenskem pravu, imajo pa bogate izkušnje z ambulantnimi programi za odvajanje za tiste, ki so pogojno obsojeni. V obeh državah poteka mnogo raziskav glede drog oz. zasvojenosti in objavljenih je mnogo študij, ki pa jih je zaradi metodoloških razlik skoraj nemogoče primerjati, so pa lahko kazalnik trendov v določenem obdobju (Svensson in drugi 2001, 5–7).

Na spletni strani Evropskega centra za spremljanje drog in odvisnosti (EMCDDA) so objavljeni statistični podatki, tabele (Statistical Bulletin 2016) za evropske države, ki kažejo uporabo posameznih drog po državah po časovnih obdobjih ter po starostnih skupinah, podatki so zajeti za zadnje leto, ko je posamezna država posredovala podatke. Za namen raziskovanja smo želeli primerjati podatke za tri države, Švedsko, Nizozemsko in Slovenijo po različnih vrstah drog, kot filter pa smo izbrali celotno populacijo (torej osebe stare od 15 do 64 let, uporaba kadarkoli v življenju ter uporaba v zadnjem letu (odvisno od tega, kdaj so države poslale podatke). Zaradi manjkajočih podatkov pri Švedski razen uporabe konoplje podatkov nismo mogli primerjati, zato smo k primerjavi dodali podatke, ki smo jih povzeli iz Evropskega poročila o drogah 2016. Pri uporabi konoplje smo ugotovili, da je uporaba konoplje med izbranimi državami najvišja na Nizozemskem tako za uporabo kadarkoli v življenju kot uporabo v zadnjem letu. Tudi podatki za Slovenijo so nekoliko višji od tistih za Švedsko (glej tabelo 3.2).

Tabela 3.2: Primerjava statističnih podatkov Nizozemska, Slovenija in Švedska – uporaba drog

država	Nizozemska		Slovenija		Švedska		Evropska unija povprečje
	EMCDDA, Statistic Bulletin 2016	Evropsko poročilo o drogah 2016	EMCDDA, Statistic Bulletin 2016	Evropsko poročilo o drogah 2016	EMCDDA, Statistic Bulletin 2016	Evropsko poročilo o drogah 2016	
leto	2009	2014	2012	2012	2012	2014	
konoplja/kadarkoli v življenju/15-64 let	25,7%	24,1%	15,8%	15,8%	14,9%	14,4%	24,8%
leto	2009		2012		2012		
konoplja/v zadnjem letu/15-64 let	7,0%		4,4%		3,0%		
leto	2009	2012	2012	2013	2012		
opioidi/heroin/kadarkoli v življenju/15-64 let		1,1 - 1,5 primerov na 1000 prebivalcev		3,4 - 4,1 primerov na 1000 prebivalcev		ni podatka	ni podatka
leto	2009		2012		2012		
opioidi/heroin/v zadnjem letu/15-64 let							
leto	2009	2014	2012	2012	2012	2008	
kokain/kadarkoli v življenju/15-64 let	5,2%	5,1%	2,1%	2,1%	ni podatka	3,3%	5,1%
leto	2009		2012		2012		
kokain/v zadnjem letu/15-64 let	1,2%		0,5%		ni podatka		
leto	2009	2014	2012	2012	2012	2008	
amfetamini/kadarkoli v življenju/15-64 let	3,1%	4,4%	0,9%	0,9%	ni podatka	5,0%	3,6%
leto	2009		2012		2012		
amfetamini/v zadnjem letu/15-64 let	0,4%		0,3%		ni podatka		
leto	2009	2014	2012	2012	2012	2008	
MDMA (ekstazi)/kadarkoli v življenju/15-64 let	6,2%	7,4%	2,1%	2,1%	ni podatka	2,1%	3,9%
leto	2009		2012		2012		
MDMA (ekstazi)/v zadnjem letu/15-64 let	1,4%		0,3%		ni podatka		
leto	2012	2013	2012	2014	2012	2013	
število smrti zaradi drog/v zadnjem letu/15-64 let	118	119	26	28	412	569	
število smrti zaradi drog na milijon prebivalcev/15-64 let		10,8		20		92,9	19,2

Uporaba kokaina je najvišja na Nizozemskem, vendar enaka povprečju v Evropski uniji, to je 5,1 %, s 3,3 % sledita Švedska in z 2,1 % Slovenija. Amfetamini so med izbranimi državami najbolj »priljubljeni« na Švedskem, podatki kažejo, da je uporaba kadar koli v življenju 5 %, na Nizozemskem 4,4 % in v Sloveniji 0,9 %, pri tem je povprečje v Evropski uniji 3,6 %. Evropsko povprečje za uporabo MDMA (ekstazi) je 3,9 %, Slovenija in Švedska poročata o 2,1 %, medtem ko za Nizozemsko najdemo podatek 7,4 %. Ugotavljamo, da so podatki za Nizozemsko po vseh vrstah drog, razen amfetaminov, višji od evropskega povprečja. Za Švedsko so povsod nižji razen pri amfetaminih, Slovenija pa se giblje z uporabo posameznih drog pod evropskim povprečjem, kar je vzpodbudno in pomeni, da zastavljena politika do drog ter vsi programi, ki se izvajajo, prinašajo pozitivne učinke. Na mestu je zaskrbljenost glede vseevropskega trenda uporabe drog, ki kaže, da uporaba drog iz leta v leto narašča, pri čemer tudi Slovenija ni izjema. Evropske usmeritve ter programi preventive, zdravljenja, zmanjševanja škode ipd. prinašajo pozitivne učinke, vendar jih bo treba nadgraditi v novo smer, da bo uporaba drog začela padati. Posebej pomemben je pristop do najmlajših, potencialnih novih uporabnikov drog.

Za primerjavo na tem mestu navajamo del preglednice, ki povzema podatke o razširjenosti uporabe konoplje v Evropi, ki je objavljena v Letnem poročilu 2012: Stanje na področju problematike drog v Evropi (glej tabelo 3.3).

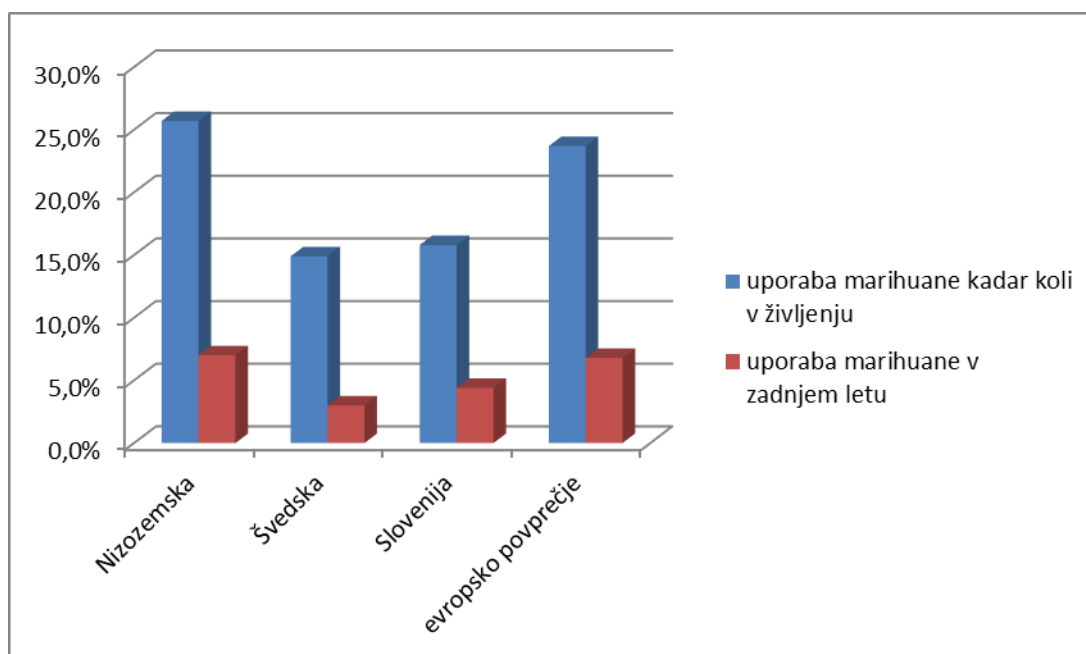
Tabela 3.3: Razširjenost uporabe konoplje v Evropi, izsek

Starostna skupina	Časovni okvir uporabe		
	Kadar koli v življenju	Zadnje leto	Zadnji mesec
15–64 let			
Ocenjeno število uporabnikov v Evropi	80,5 milijona	23 milijonov	12 milijonov
Evropsko povprečje	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Razpon	1,6–32,5 %	0,3–14,3 %	0,1–7,6 %
Države z najmanjšo razširjenostjo	Romunija (1,6 %) Bolgarija (7,3 %) Madžarska (8,5 %) Grčija (8,9 %)	Romunija (0,3 %) Grčija (1,7 %) Madžarska (2,3 %) Bolgarija, Poljska (2,7 %)	Romunija (0,1 %) Grčija, Poljska (0,9 %) Švedska (1,0 %) Litva, Madžarska (1,2 %)
Države z največjo razširjenostjo	Danska (32,5 %) Španija, Francija (32,1 %) Italija (32,0 %) Združeno kraljestvo (30,7 %)	Italija (14,3 %) Španija (10,6 %) Češka (10,4 %) Francija (8,4 %)	Španija (7,6 %) Italija (6,9 %) Francija (4,6 %) Češka, Nizozemska (4,2 %)

Vir: EMCDDA (2012, 43).

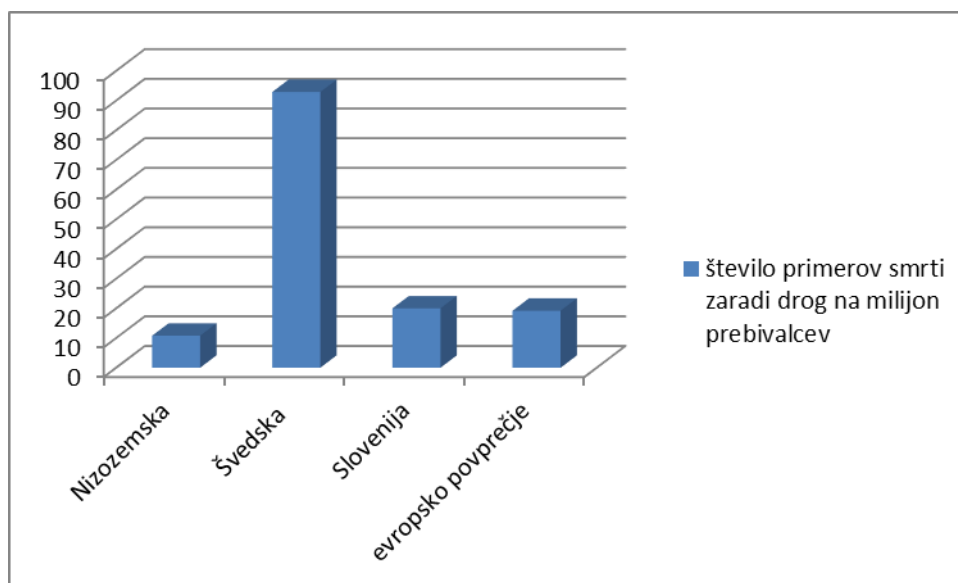
Iz podatkov tabele 3.3 lahko razberemo, da je na Nizozemskem visok delež uporabe konoplje v časovnem okviru zadnji mesec, pri obeh drugih okvirih pa je malo nad evropskim povprečjem (tj. NL = 25,7 % in 7 %, EU = 23,7 % in 6,8 %). Slovenija je s 15,8 % (kadar koli) in 4,4 % (zadnje leto) precej pod evropskim povprečjem, Švedska pa s 14,9 % (kadar koli), 3 % (zadnje leto) in 1 % (zadnji mesec) pri dnu lestvice največjih uporabnikov (glej graf 3.5).

Graf 3.5: Primerjava uporaba marihuane v izbranih državah in v Evropski uniji (povprečje)



V nadaljevanju smo primerjali tudi podatke o smrtnih primerih zaradi drog (starostna skupina od 15 do 64 let) v izbranih državah (glej tabelo 3.2), pridobljenih iz Evropskega poročila o drogah 2016, ki za poročanje povzema zadnje pridobljene podatke od posamezne države. Število smrtnih primerov zaradi drog je med državami, ki smo jih primerjali, pa tudi sicer v Evropi, najvišje na Švedskem, 92,9 primera na milijon prebivalcev oz. 569 primerov v letu 2013, medtem ko je na Nizozemskem 10,8 primera na milijon prebivalcev oz. 119 primerov v letu 2013 in v Sloveniji 20 primerov na milijon prebivalcev oz. 28 primerov v letu 2014. Slovenija je torej blizu povprečja, ki je objavljeno za Evropo, to je 19,2 primera smrti zaradi drog na milijon prebivalcev letno (glej graf 3.6).

Graf 3.6: Primerjava števila smrti zaradi drog (letno) na milijon prebivalcev v izbranih državah in v Evropski uniji (povprečje)¹



Občutno manj primerov smrti beležimo v državi, ki ima najbolj liberalno politiko od izbranih držav, ima največji delež uživalcev po posameznih drogah, a tudi največ programov preventive, izobraževanja ter zmanjševanja škode. Za Slovenijo so podatki vzpodbudni, in so odraz vseh dejavnosti na področju drog, a v prihodnosti moramo težiti k zmanjšanju smrti zaradi drog, vzpostaviti je potrebno dodatne možnosti pomoči odvisnikom v obliki novih programov izhajajoč iz izkušenj že obstoječih programov. Pomemben dejavnik pri programih pomoči je tudi možnost reintegracije v družbo čemur smo priča tudi v Sloveniji.

¹ Pri primerjavi podatkov o smrtnih primerih zaradi drog moramo opozoriti na dejstvo, da so podatki zajeti za zadnje leto, ko jih je posamezna država posredovala.

4 SKLEP

Problematika drog je v svetu eden izmed globoko zakoreninjenih uničevalcev zdravja družbe, s katero se ukvarja večina sodobnih držav. Cilj diplomskega dela je bilo prikazati in primerjati različne politike na področju omejevanja škode, ki jo naredijo droge v družbi ter le-to podpreti s primeri držav in v prikazano umestiti tudi Slovenijo.

V uvodnem delu diplomskega dela smo na kratko predstavili vrste prepovedanih drog, vrste politik do drog ter trg drog v Evropi. Jasno smo razložili obe politiki, politiko zmanjševanja škode, t. i. preventivno politiko ter politiko vojne proti drogam, t. i. represivno politiko. Nato smo na primeru dveh izbranih držav predstavili skrajna tipa politik do drog, v zaključku pa opravili primerjavo dostopnih podatkov o deležu uporabnikov po posameznih drogah za izbrane države ter jih primerjali s povprečjem za Evropsko unijo.

Preverjali smo dve hipotezi. Prva hipoteza, ki smo jo preverili, je vezana na preventivno politiko in se glasi: »Nizozemska vlada in parlament aktivno podpirata preventivne programe, številni tipi preventivnih programov pa dosežejo širok spekter prebivalstva in prosta prodaja, pod določenimi pogoji, ne vpliva na znatno zvišanje števila uporabnikov drog.«

V sklopu naloge smo ugotovili, da Nizozemska izvaja najbolj preizkušen model dekriminizacije rekreativnega uživanja vseh vrst marihuane in je zaradi tega dejstva tudi najbolj razpoznavna med državami, ki so se odločile za politiko zmanjševanja škode. Nizozemska se je za svojevrsten pristop k reševanju težav z drogami odločila predvsem na osnovi prepričanja, da bo dostopnost t. i. mehkih drog odvrnila uživalce od poseganja po t. i. trdih drogah. Ugotovili smo, da podatki za Nizozemsko, ki že vrsto let zasleduje politiko zmanjševanja škode ter je nadvse liberalna pri svojih usmeritvah in zakonodaji, ne izstopajo v tolikšni meri od evropskega povprečja, kot bi mislili. Pri primerjavi smrtnih primerov zaradi drog, upoštevajoč zadnje dostopne podatke, je (med državami, ki smo jih primerjali) število smrti najvišje na Švedskem, in sicer 92,9 primera na milijon prebivalcev letno, na Nizozemskem »le« 10,8 primera na milijon prebivalcev letno in v Sloveniji 20 primerov na milijon prebivalcev letno, kar Slovenijo postavlja ob bok evropskemu povprečju, ki je 19,2 primera smrti zaradi

drog na milijon prebivalcev letno. To nakazuje na dejstvo, da Nizozemska z izvajanjem liberalne politike ter izvajanjem raznovrstnih programov preventive, programi pomoči ter zmanjševanja škode »omogoča« uživalcem večjo kakovost življenja, nudi dostopnejšo pomoč ter socialno reintegracijo, medtem ko so uživalci na Švedskem kriminalizirani, desocializirani in marginalizirani.

Prvo hipotezo lahko potrdimo. Nizozemska aktivno izvaja preventivne programe, ki so zelo raznoliki, se izvajajo v zadostnem številu in dosežejo širok spekter, saj je to ena od ključnih usmeritev njihovega delovanja. Prosta prodaja, pod določenimi pogoji, ne vpliva na znatno zvišanja uporabe drog upoštevajoč sicer ugotovljene trende naraščanja uporabe drog v Evropski uniji.

Naša druga hipoteza je bila vezana na preverjanje stanja politike do drog v Sloveniji in se glasi: »Slovenija je med uspešnejšimi državami EU pri izvajanju politike zmanjševanja škode, izvaja vrsto preventivnih programov, ki dosegajo dobre rezultate.«

S primerjavo dostopnih podatkov o uporabi prepovedanih drog, pa tudi alkohola, za Slovenijo, Nizozemsko in Švedsko ter upoštevajoč evropska povprečja smo razkrili, da kljub ugodnim trendom za Slovenijo velja biti pozoren na navade posameznih starostnih skupin med prebivalstvom.

Tu izpostavljamo predvsem mladostnike od 15 do 24 let. Mladostniki se v današnjem času, času hitrega napredka in površinskih odnosov, poskušajo identificirati, ugotoviti, kdo so, kaj želijo ter na kakšen način. Obdobje tega iskanja prinaša mnoge preizkuse in tudi tveganja. Prinaša tvegano vedenje, eksperimentiranje tako z uporabo alkohola kot tudi drugih substanc ter prepovedanih drog.

Podatki kažejo, da se uporaba alkohola zvišuje iz leta v leto, prva uporaba pa je vezana na vse mlajše osebe. Alkohol velja za prvega med vzroki za smrt med mladimi med 18 in 24 let. Prav tako je ena višjih v evropskem merilu uporaba konoplje med mladimi ter uporaba novih psihoaktivnih substanc. Opozorili smo tudi na dejstvo, da mladostniki menijo, da je dostopnost različnih substanc pri nas lažja kot povprečno v Evropski uniji.

Ugotavljamo, da je treba na državnem nivoju zagotoviti učinkovitejše programe preventive na področju drog in delovati v smeri, da taki programi dosežejo čim mlajše osebe, najstnike, ki so najbolj dovzetni za preizkušanje novih stvari. Posebno pozornost je treba nameniti tudi relativno novi grožnji, to so nove psihoaktivne snovi, ki dnevno prihajajo na tržišče, so zanimive, privlačne na vrsto načinov, tudi zato, ker so v prodaji prek spletnih trgovin in tako z lahkoto dostopne. Zavzemati se moramo za prenovitev programov preventive, zdravljenja in zmanjševanja škode na osnovi pridobljenih izkušenj z obstoječimi programi in na osnovi mednarodnih dobrih praks, saj mora biti naš glavni cilj postopno zmanjševanje uporabe drog.

Tudi drugo hipotezo lahko potrdimo. Slovenija sicer sledi evropskemu trendu zviševanja uporabe drog, a pridobljeni podatki in statistična primerjava nam pokažejo, da se usmeritev do problema drog, tudi zainteresiranost javnosti za problem ter vrsta programov, terenskega dela, preventivnih akcij in akcij osveščanja ter izobraževanja obrestuje in prinaša rezultate, ki so pozitivni. Zaznavamo postopno višanje uporabe drog, a le v okviru, ki tudi sicer velja za Evropo. Pri pregledu podatkov smo lahko ugotovili, da pri večini kazalcev na področju uporabe drog znatno ne odstopamo od evropskega povprečja, izjema je uporaba drog med mladostniki.

Droge ostajajo med nami, ne glede na to, ali si to želimo ali ne; so golo dejstvo, od nas pa je odvisno, ali bomo storili vse v smeri ublažitve škode na prav vseh področjih življenja, ki se jih droge dotaknejo. Programi zmanjševanja škode, tako vladni kot nevladni, so pomemben košček v mozaiku napredka in tega se zaveda tudi Slovenija, ki gre po poti javnozdravstveno usmerjene politike do drog.

Za razmislek in morda kakšen prispevek v prihodnosti nam ostaja vrsta vprašanj, ki so se porajala ob študiju literature. Eno od vprašanj, ki je vzniknilo, je, v kolikšni meri vlada oz. vplivni posamezniki na pomembnih položajih, tudi policija, stimulirajo, regulirajo uporabo droge, o čemer diskutirajo različni domači in tuji avtorji. A na tem mestu in zdaj je pomembno, da prizadevanja za zmanjšanje uporabe drog, omilitev posledic ter zadostnega izobraževanja in preventive, aktivno tečejo v pozitivni smeri.

5 LITERATURA

1. Begič, Snežana. 2012. *Legalizacija marihuane – nizozemski model*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
2. Brzin, Bronka, Ivan Hubad, Lojze Korsika, Marija Musar, Vika Premzl, Dalja Sever-Jurca, Radovan Komel, Igor-Mihael Ravnik, Franjo Smerdu in Miroslav Kališnik. 1980. *Medicinska enciklopedija – Larousse de la medicine*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
3. Currie, Candace, ur., Cara Zanotti, ur., Antony Morgan, ur., Dorothy Currie, ur., Margaretha de Looze, ur., Chris Roberts, ur., Oddrun Samdal, ur., Otto R.F. Smith, ur. in Vivian Barnekow, ur. 2012. *Social determinants of health and well-being among young people*. Geneva: World Health Organization.
4. Drev, Andreja in Darja Lavtar. 2014. *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog 2011–2012: podatki o razširjenosti uporabe marihuane/hašiša*. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/anketa_o_uporabi_tobaka_alkohola_in_drugih_drog_2011_2012.pdf (16. maj 2016).
5. Drev, Andreja, ur. 2014. *Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_stanju_drog_2014.pdf (2. julij 2016).
6. --- 2015a. *Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2015*. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_drogah_2015_0.pdf (14. maj 2016).
7. Drev, Andreja. 2015b. *Prepovedane droge – Konoplja in nove psihoaktivne snovi med mladimi v Sloveniji*. Dostopno prek: http://www.zdravjemladih.si/data-si/file/konoplja_PAS.pdf (20. julij 2016).
8. Dvoršek, Anton. 2003. *Kriminalistična metodika*. Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.
9. *Enotna konvencija o mamilih iz 1961. spremenjena in dopolnjena s Protokolom z dne 25. marca 1972*. Dostopno prek: <http://www.pisrs.si/Pis.web/mednarodnaPogodba?id=-19610320/01M> (17. april 2016).
10. ESPAD. 2012. *Slovenia – key results 2011*. Dostopno prek: <http://www.espad.org/slovenia#> (19. avgust 2016).

11. Evropska komisija. 2011. *Evropska komisija za okrepitev boja EU proti nevarnim novim sintetičnim drogam – sporočilo za medije*. Dostopno prek: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-1236_sl.htm (1. avgust 2016).
12. --- 2014. *Young people and drugs*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf (6. avgust 2016).
13. Evropska unija. 2016. *Agencije in drugi organi EU*. Dostopno prek: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_sl (6. avgust 2016).
14. *Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (ECMDDA)*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/> (2. maj 2016).
15. --- 2012. *Letno poročilo 2012: Stanje na področju problematike drog v Evropi*. Dostopno prek: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/973/TDAC12001SLC_.pdf (5. maj 2016).
16. --- 2013. *Poročilo o drogah v Evropi, Trendi in razvoj 2013*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/964/TDAT13001SLN1.pdf> (2. maj 2016).
17. --- 2016a. *Poročilo o drogah v Evropi, Trendi in razvoj 2016*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001SLN.pdf> (16. junij 2016).
18. --- 2016b. *EU Drug Markets Report 2016: In-depth Analysis*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF> (2. avgust 2016).
19. --- 2016c. *Best practice portal*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice> (25. julij 2016).
20. Fink – Hafner, Danica. 2002. Analiza politik – akterji, modeli in načrtovanje politike skupnosti. V *Jadranje po nemirnih vodah menedžmenta nevladnih organizacij*, ur. Dejan Jelovac, 105–123. Ljubljana, Koper: Radio Študent, Študentska organizacija Univerze v Ljubljani, Visoka šola za management.
21. Flaker, Vito. 1999. Družbene okoliščine uživanja drog. *Teorija in praksa* 35 (5): 809–819.
22. Fojan, Dragica. 2005. Zmanjševanje škode na področju drog. *Socialna pedagogika* 9 (2): 177–192.
23. Government of the Netherlands. 2016. *Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops*. Dostopno prek: <https://www.government.nl/topics/drugs/>

- contents/toleration-policy-regarding-soft-drugs-and-coffee-shops (6. avgust 2016).
24. Griljc, Jure. 2007. *Kriminalistični vidiki preiskovanja kriminalitete drog*. Kamnik: samozaložba.
 25. Hibell, Björn, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus. 2012. *The 2011 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Dostopno prek: http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user_upload/Novice/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012-05-30.pdf (19. avgust 2016).
 26. Hočevar, Andreja. 2005. *Preprečevanje rabe in zlorabe drog: starši med stroko in ideologijo*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
 27. Hren, Jože. 2016. *Nekatere aktualne teme v svetu in pri nas na področju prepovedanih drog*. Dostopno prek: http://www.policija.si/eng/images/stories/GPUNFL/PDF/2016/20160225-NPS_Presentation_MJZ_Hren.pdf (12. junij 2016).
 28. *Inštitut za raziskave in razvoj – Utrip*. Dostopno prek: <http://www.institut-utrip.si/> (2. julij 2016).
 29. *Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP)*. Dostopno prek: <https://www.jazmp.si/> (3. maj 2016).
 30. --- 2016a. *Prepovedane droge*. Dostopno prek: https://www.jazmp.si/zdravila_za_uporabov_humani_medicini/prepovedane_droge/ (3. maj 2016).
 31. Jenko, Kristina. 2009. *Vpliv odprte metode koordinacije na demokratično odločanje na nacionalni ravni*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 32. Jeriček Klanšček, Helena, Helena Koprivnikar, Andreja Drev, Vesna Pucelj, Tina Zupanič in Karmen Britovšek. 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, Izsledki mednarodne raziskave HBSC 2014*. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf (6. avgust 2016).
 33. *Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2)*. Ur. l. RS 50/12 (29. junij 2012).
 34. Kenda, Jasmina. 2011. *Evalvacija institucionalne pomoči uživalcem heroina v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

35. Kocmur, Dare. 2004. *Zmanjševanje škode kot nova paradigma v politiki do drog*. Dostopno prek: <http://www.drustvo-stigma.si/politika-droge-in-zmanjevanje-kode/208-paradigma> (15. april 2016).
36. Konoplja.org. 2016a. *Nizozemska*. Dostopno prek: <http://www.konoplja.org/web/Konoplja/Zakonodaja/Zakonodaja%2BNizozemska.htm> (2. avgust 2016).
37. Konoplja.org 2016b. *Pojem in pristop zmanjševanja škode*. Dostopno prek: <http://www.konoplja.org/web/Konoplja/Rekreacija/Pojem%2Bin%2Bpristop%2Bzmanjsevanja%2Bskode.htm> (2. avgust 2016).
38. Koprivnikar, Helena, ur., Maja Zorko, ur., Andreja Drev, ur., Marjetka Hovnik Keršmanc, ur., Ines Kvaternik, ur. in Mirna Macur, ur. 2015. *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe*. Dostopno prek: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf (19. avgust 2016).
39. Košir, Matej. 2002. Vpliv nezakonite trgovine s prepovedanimi drogami na mednarodno, regionalno in nacionalno varnost. *Teorija in praksa* 39 (6): 1028-1036.
40. --- 2016. Zapravljena priložnost, da bi prekinili vojno proti drogam. *Torek ob petih*, 17. maj. Dostopno prek: <http://torekobpetih.si/komentar/zappravljena-priloznost-da-bi-prekinili-vojno-proti-drogam/> (18. maj 2016).
41. Kvaternik Jenko, Ines. 2006. *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
42. Lorenčič, Mojca. 2009. Čudežna zdravila opij, morfin, heroin, kokain. *Dnevnik*, 1. avgust. Dostopno prek: <https://www.dnevnik.si/1042287936> (8. avgust 2016).
43. Lukšič, Igor. 1992. Legalizacija drog: Nujnost in nemožnost. *Časopis za kritiko znanosti: Droge na tehnicah* (20): 146–147.
44. --- 1999. Droga kot politično razmerje. *Teorija in praksa* 36 (5): 820–826.
45. Milenković Kikelj, Nina, Irena Mrak Merhar, Jan Peloza, Rok Primožič in Tadej Pugelj. 2015. *Priročnik za promotorje zdravja*. Dostopno prek: http://www.zdravjemladih.si/data-si/file/ZZM_prirocnik_trenerji.pdf (9. junij 2016).
46. Ministrstvo za notranje zadeve. 2016. *Klasifikacija prepovedanih drog*. Dostopno prek: <http://www.policija.si/index.php/preventiva-/kriminaliteta/428-klasifikacija-prepovedanih-drog> (23. avgust 2016).

47. Ministrstvo za zdravje. 2007. *Problematika prepovedanih drog v Sloveniji in Evropski skupnosti*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/mz_dokumenti_2007/prepovedane_droge_in_alkohol/problematika_prepovedanih_drog_v_Sloveniji_in_EU.pdf (13. maj 2016).
48. --- 2016. *Pravna ureditev področja prepovedanih drog v RS*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasvojenosti_tobak_in_povezani_izdelki_alkohol_droge/prepovedane_droge/pravna_ureditev_podrocja_prepovedanih_drog_v_rs/ (5. junij 2016).
49. Modrijan, Maruša. 2013. *Vpliv družinske problematike na razvoj odvisnosti od drog*. Zaključna naloga. Koper: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.
50. *National Institute for Public Health and the Environment, Ministry of Health, Welfare and Sport Nederland (RIVM)*. Dostopno prek: <http://www.rivm.nl/en> (10. avgust 2016).
51. NIJZ. 2015. *Z novimi pristopi do novih generacij*. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/sl/z-novimi-pristopi-do-novih-generacij> (19. avgust 2016).
52. Pance, Milka, ur. 2003. *Droge tvoj vodnik. Več informacij – manj tvegaj*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Droge_tvoj_vodnik.pdf (16. maj 2016).
53. Purkat, Nina. 2013. *Nadzor nad novimi psihoaktivnimi snovmi v Republiki Sloveniji in Evropski uniji*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
54. Purg, Peter. 1998. *Onstran za in proti*. Dostopno prek: <http://www.ljudmila.org/chrt/pp/Ganja1.html> (6. avgust 2016).
55. Reitox National Focal Point. 2014. *Public Health Agency of Sweden 2014 National report (2013 data) to the EMCDDA*. Dostopno prek: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239764_EN_2014%20National%20Report%20-%20Sweden.pdf (24. maj 2016).
56. *Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (ReNPPD14–20)*. Ur. l. RS 25/2014 (11. april 2014).

57. Rolles, Steve, George Murkin, Danny Kushlick, Tom Blickman, Guus Zwitter, Aram Barra in Lisa Sánchez. 2014. *Cannabis Policy in the Netherlands: moving forwards not backwards*. Dostopno prek: <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/Transform-Drug-Policy-Foundation/Cannabis-policy-in-the-Netherlands.pdf> (6. avgust 2016).
58. Stop-Aids. 2014. *Slovenski teden promocije testiranja na okužbo s HIV – primer dobre prakse v Evropi*. Dostopno prek: <http://stop-aids.si/index.php/kdo-smo/novice/127-slovenski-teden-promocije-testiranja-na-okubo-s-hiv-primer-dobre-prakse-v-evropi> (6. avgust 2016).
59. Skopec, Lara. 2011. *Zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog*. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
60. *Statistical Bulletin 2016*. Dostopno prek: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016> (28. julij 2016).
61. Svennson, Bengt, Dolf Tops in Gala Veldhoen. 2001. *The drug policies of the Netherlands and Sweden: How do they compare?* Dostopno prek: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2001/300758/IPOL-LIBE_ET\(2001\)300758_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2001/300758/IPOL-LIBE_ET(2001)300758_EN.pdf) (2. julij 2016).
62. Szasz, Thomas. 1996. *Our Right To Drugs: The Case for a Free Market*. New York: Syracuse University Press.
63. Špirić, Dijana. 2015. *Vpliv legalizacije marihuane na stopnjo kriminalitete ter javnofinančne prihodke v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
64. *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*. Dostopno prek: <https://www.unodc.org/> (2. maj 2016).
65. --- 2014. *World drug report 2014*. Dostopno prek: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf (24. maj 2016).
66. --- 2015. *World drug report 2015*. Dostopno prek: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf (24. maj 2016).
67. --- 2016a. *World drug report 2016*. Dostopno prek: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf (24. maj 2016).
68. --- 2016b. *UNGASS 2016 – Special Session of the United Nations General Assembly on the world drug problem*. Dostopno prek: <https://www.unodc.org/ungass2016/> (4. junij 2016).

69. *Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog*. Ur. l. RS 45/14 in 22/16 (20. junij 2014).
70. Wikipedia. 2015. *Heroin*. Dostopno prek: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Heroin> (23. avgust 2016).
71. --- 2016. *Kokain*. Dostopno prek: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Kokain> (23. avgust 2016).
72. *World Health Organization*. Dostopno prek: <http://www.who.int/en/> (10. avgust 2016).
73. --- 2016a. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Dostopno prek: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ (10. avgust 2016).
74. --- 2016b. *Management of substance abuse*. Dostopno prek: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/ (10. avgust 2016).
75. *Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživalcev prepovedanih drog (ZPUPD)*. Ur. l. RS 98/1999 (3. julij 2016).
76. *Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD)*. Ur. l. RS 108/1999 (3. julij 2016).
77. Zor, Igor. 2008. *Koncept boja proti drogam (študija primera ZDA)*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
78. Zorman, Maja, ur. in Mina Paš, ur. 2012. *Kako poročati o drogah? – Smernice za odgovorno poročanje o drogah v medijih*. Ljubljana: Združenje DrogArt, Društvo novinarjev Slovenije.