KOMISIJA EVROPSKIH SKUPNOSTI

Bruselj, 18.4.2007
COM(2007) 199 konč.

POROČILO KOMISIJE EVROPSKEMU PARLAMENTU IN SVETU

o izvajanju Priporočila Sveta z dne 18. junija 2003 o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog

KAZALO

1. OZADJE 3

2. METODOLOGIJA – ZBIRANJE PODATKOV 3

3. IZVAJANJE PRIPOROČILA SVETA: NAJPOMEMBNEJŠI REZULTATI 4

4. SKLEPNE UGOTOVITVE 9

5. NADALJNJI UKREPI PRIPOROČILA SVETA IZ LETA 2003 10

TECHNICAL ANNEXES 13

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used 13

5.2. ANNEX II – Figures 14

1. OZADJE

Svet je 18. junija 2003 sprejel priporočilo „o preprečevanju in zmanjševanju zdravstvenega tveganja, povezanega z odvisnostjo od drog“[1]. Cilj priporočila je zmanjšati število smrtnih primerov in zdravstvene škode, povezane z drogami, s spodbujanjem držav članic, da vzpostavijo in oblikujejo odzive in strategije za preprečevanje in zmanjševanje zdravstvenega tveganja, povezanega z drogami. Ta nujnost je bila večkrat poudarjena v Strategiji EU na področju drog 2005–2012 in Akcijskem načrtu EU na področju drog 2005–2008.

Priporočilo vključuje tri glavne točke za ukrepe držav članic:

(1) zastaviti si za cilj javnega zdravja preprečevanje odvisnosti od drog in zmanjševanje s tem povezanih tveganj ter temu ustrezno oblikovanje in izvajanje obsežnih strategij;

(2) znatno zmanjšati pojavnost zdravstvene škode, povezane z drogami (kot je HIV, hepatitis B in C ter tuberkuloza), in število smrtnih primerov, povezanih z drogami, v skladu s 13 podtočkami, povezanimi s službami in organizacijami (npr. razdeljevanje injekcijskega materiala, cepljenje, oskrba, informacije in usposabljanje);

(3) oblikovati ustrezno ocenjevanje za povečevanje učinkovitosti in uspešnosti preprečevanja drog ter zmanjšati zdravstvena tveganja, povezana z drogami, na podlagi 9 podtočk za zagotavljanje kakovosti, spremljanje in ocenjevanje programov.

Priporočilo predvideva, da države članice poročajo o izvajanju prej navedenih točk v roku dveh let po sprejetju priporočila, ter poziva Komisijo, naj pripravi poročilo.

Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti (ECSDO) vsako leto objavi poročilo o stanju problematike na področju drog v EU, vključno z informacijami o smrtnih primerih in nalezljivih boleznih, povezanih z drogami, kot sta HIV/AIDS in hepatitis. **Glej graf 1.**

2. METODOLOGIJA – ZBIRANJE PODATKOV

To poročilo temelji na dveh glavnih virih.
Najprej je Komisija leta 2005 pozvala 25 držav članic, naj poročajo o razmerah v zvezi z izvajanjem priporočila Sveta.

Nato je navedene informacije obdelal inštitut Trimbos, neodvisni raziskovalni center na področju duševnega zdravja in odvisnosti, ki mu je bilo naročeno, da pripravi strokovno podlago za izdelavo tega poročila. Ta podporni dokument vključuje podrobne informacije o obstoječih politikah in praksah vseh držav članic za preprečevanje in zmanjševanje zdravstvenih tveganj, povezanih z odvisnostjo od drog, in omogoča pregled trenutne situacije v zvezi z učinkovitostjo ukrepov za zmanjševanje tveganj[2].

1 UL L 165, 3.7.2003, str. 0031 – 0033.
2 Glej Prilogo 2.

3. IZVAJANJE PRIPOROČILA SVETA: NAJPOMEMBNEJŠI REZULTATI

3.1. Točka 1 priporočila – Zmanjševanje tveganj kot cilj javnega zdravja

V vseh državah članicah je preprečevanje in zmanjševanje tveganja, povezanega z drogami, opredeljeno kot cilj javnega zdravja na nacionalni ravni. V tem procesu je imelo priporočilo pomembno vlogo, zlasti v večini držav, ki so se EU pridružile leta 2004.

Države članice so sklicevanje na priporočilo Sveta vključile tudi v Strategijo EU na področju drog 2005–2012.

3.2. Točka 2 priporočila – Službe in institucije za zmanjševanje tveganja v državah članicah

Vse države članice so ustanovile službe in institucije za zmanjševanje tveganja, nekatere v manjšem obsegu.

Na podlagi zbranih podatkov je mogoč dober pregled razpoložljivosti služb in institucij v državah članicah.

Glej graf 2, Priloga II.

- ***Službe in inštitucije za zmanjševanje tveganja v državah članicah***

Vse države članice izvajajo politiko, v okviru katere uživalcem drog zagotavljajo informacije in svetovanje. Dodatni ukrepi v zvezi z **obveščanjem, izobraževanjem in komuniciranjem (OIK)** so telefonske linije za pomoč in široka paleta izobraževalnih brošur, ki so uživalcem drog na voljo v vseh državah članicah. Dvaindvajset držav ima svoje spletne strani, nekatere nudijo celo spletno svetovanje. Usposabljanja za preprečevanje tveganj in škode se izvajajo v 21 državah. Na Malti je na primer takšno usposabljanje v individualni obliki na voljo uživalcem drog, ki se zdravijo v ambulantah.

Skupnosti in družine uživalcev drog dejavno sodelujejo pri ukrepih za zmanjševanje tveganja v državah članicah, v večini držav članic pa so jim na voljo posebni informacijski paketi. Tako na primer v Združenem kraljestvu družine sodelujejo pri usposabljanju za preprečevanje vnosa prekomernega odmerka drog, da bi se zmanjšalo število smrtnih žrtev.

Vzpostavljanje stikov z odvisniki je strategija za skupni odziv za preprečevanje nalezljivih bolezni. Naj gre za poulične ali rekreacijske prireditve, kot so plesne prireditve/zabave, se navedena strategija dobro izvaja v državah članicah, obstajajo pa razlike med posameznimi deli držav članic. Tako na primer po celi Italiji izvajajo projekti za vzpostavljanje stikov z odvisniki in obstajajo službe, ki izvajajo nizkopražne programe; postopoma se je tudi povečalo število različnih institucij. Poleg tega je bil pred kratkim v nekaterih delih Italije uveden program metadonske terapije, ki jo izvaja mobilna ekipa.

V večini držav članic (19) so **vrstniki in prostovoljci** sistematično vabljeni k sodelovanju pri vzpostavljanju stikov z odvisniki. Na voljo so informacije o usposabljanju vrstnikov in prostovoljcev, čeprav ni dovolj informacij o njihovem konkretnem delu pri vzpostavljanju stikov z odvisniki. V Belgiji se na primer (nekdanje) uživalce drog usposablja za razširjanje informacij o preprečevanju okužbe z virusom HIV in o tem, kako preprečiti zaužitje prekomernega odmerka.

Omrežja in sodelovanje med agencijami **za vzpostavljanje stikov** z odvisniki obstajajo v veliki večini držav članic (20), čeprav je število agencij v nekaterih državah precej majhno. Vzpodbudno je dejstvo, da bosta Litva in Latvija kmalu začeli izvajali to politiko.

Programi za zdravljenje odvisnikov od drog obstajajo v vseh državah članicah, ki izvajajo nadomestno zdravljenje z opioidnim zdravilom (Ciper ravno pripravlja takšne programe zdravljenja). Obstajajo programi vzdrževanja in detoksifikacije za stabilizacijo in zmanjšanje/dokončno prenehanje uporabe drog. **Nadomestno zdravljenje** z nadomestno opioidno snovjo je skupna strategija za zmanjšanje smrtnih primerov. Nadomestno zdravljenje z metadonom in/ali buprenorfinom je na voljo v skoraj vseh državah (24), dopolnjuje pa ga psihosocialna podpora. Švedska je bila na primer prva država, ki je uvedla metadonski vzdrževalni program, zdaj pa izvaja strog visokopražni program vzdrževanja z metadonom.
Številne študije potrjujejo povezavo med vzdrževalnim programom za uživalce opiatov in zmanjšanjem smrtnih žrtev, ki so povezane z drogami. Učinkovitost se lahko poveča z večjimi odmerki in s psihosocialnimi programi, ki dopolnjujejo samo zdravljenje.

V zvezi s **preprečevanjem zlorabe nadomestnih snovi** skoraj vse države članice (22) poročajo, da za preprečevanje razpečevanja snovi na črnem trgu uporabljajo ukrepe, kot so stroga registracija, nadzorovano uživanje, testiranje urina in dnevna izdaja odmerka. Estonija in Slovenija na primer izrecno navajata, da sta na podlagi priporočila uvedli strategije za preprečevanje zlorabe.

19 držav članic uživalcem drog zagotavlja t**estiranje na nalezljive bolezni** na svojih celotnih ozemljih, tri države pa na nekaterih geografskih območjih**.** Ukrepe za preprečevanje in izobraževanje ter tudi specifične programe zdravljenja za preprečevanje okužbe uživalcev drog z nalezljivimi boleznimi zagotavlja 15 držav na svojih celotnih ozemljih, pet držav pa na nekaterih geografskih območjih. **Kampanje cepljenja** proti hepatitisu B, ki se osredotočajo zlasti na uživalce drog, so organizirane v 15 državah po njihovih celotnih ozemljih, v petih državah pa na specifičnih območjih. V Luksemburgu na primer so nacionalne kontaktne točke[3] leta 2005 uvedle akcijski in raziskovalni program, da bi zagotovile testiranje na mestu samem (hepatitis A, B, C in virus HIV) in cepljenje (hepatitis A, B), ki ga izvajajo specializirane nevladne organizacije. **Programi cepljenja** obstajajo po celi EU, vendar pa njihova ciljna skupina niso vedno zgolj uživalci drog.

Programi za zamenjavo igel in brizgalk so uživalcem drog na voljo v 24 državah članicah, od teh v 15 državah na njihovem celotnem ozemlju. **Razdeljevanje kondomov** izvajajo službe za zdravljenje odvisnosti od drog po celi EU, razen nekaterih izjem (2). Izkazalo se je, da so programi zamenjave igel in brizgalk v kombinaciji z informacijskimi ali izobraževalnimi strategijami, katerih ciljna skupina so uživalci drog v vsakodnevnem okolju, uspešni in stroškovno učinkoviti pri zmanjševanju tveganega vedenja odvisnikov, ki si droge vbrizgavajo in da bo verjetno na podlagi zadevnih programov mogoče omejiti prenos nalezljivih bolezni.

Vse države so sprejele politiko, ki zagotavlja, da so **medicinske službe prve pomoči** ustrezno usposobljene in opremljene za pomoč odvisnikom, ki so vzeli prekomerni odmerek drog, v večini teh držav (20) pa imajo reševalna vozila v zalogi zdravil vedno tudi opioidni antagonist nalokson. Le v 10 državah zdravstvenemu osebju službe prve pomoči ni na voljo posebno usposabljanje za pomoč odvisnikom, ki so vzeli prekomerni odmerek droge.

---

3 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=403.

Zadnja podtočka te točke priporočila poziva k podpori **usposabljanju**, ki podeljuje **priznane kvalifikacije strokovnjakom**, odgovornim za preprečevanje in zmanjševanje zdravstvenih tveganj, povezanih z odvisnostjo od drog. Takšna politika obstaja skoraj v vseh državah članicah (22). Usposabljanje oseb za vzpostavljanje stikov z odvisniki in usposabljanje kadra za vzdrževalni program je na voljo v 21 oziroma 20 državah. Usposabljanje strokovnih kadrov v službah z nizkopražnimi programi je zagotovljeno le v 19 državah.

- ***Storitve za zmanjševanje tveganja v zaporih***

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) poroča, da je delež zapornikov, ki si vbrizgava droge, v Evropi od 7- do 38-odstotni. Politika, ki uživalcem drog v zaporih zagotavlja storitve, ki so podobne tistim, ki jih imajo na razpolago uživalci drog na svobodi, obstaja v 20 državah članicah, v štirih državah pa jo nameravajo uvesti.

Podporni dokument navaja, da so programi za zamenjavo igel in brizgalk v zaporih verjetno učinkoviti pri zmanjševanju souporabe igel med uživalci drog, ki si droge vbrizgavajo, in pri prenosu z drogami povezanih nalezljivih bolezni. Prav tako se lahko zniža število abscesov.

Razdeljevanje pripomočkov za pripravo in uživanje drog[4] v zaporih ni običajno (le v 11 državah). Tri države zagotavljajo zamenjavo igel in brizgalk v zaporih. V Španiji na primer je program za zamenjavo igel in brizgalk na voljo v 38 zaporih.

Programi nadomestnega zdravljenja v zaporih so na voljo v 17, programi detoksifikacije pa v 19 državah, čeprav je obseg zelo različen. Razdeljevanje kondomov v zaporih je na voljo v 16 državah.

Glej graf 3, Priloga II.

- ***Vključitev zmanjševanja tveganja v zdravstveno oskrbo in skrb za duševno zdravje***

Države članice navajajo, da je zmanjševanje tveganja na politični ravni sestavni del duševnega zdravja in socialne oskrbe, vendar pa po podatkih iz podpornega dokumenta ta vključitev ni bila uresničena v praksi: „Države članice imajo še naprej težave z uživalci drog, ki trpijo za odvisnostjo in psihološkimi težavami (somorbidnost ali dvojna diagnoza), ponovna vključitev nekdanjih uživalcev drog v urejeno delovno življenje in zagotovitev urejenih stanovanjskih razmer pa še naprej ostajata težavni‘‘.

Triindvajset držav ima politiko za spodbujanje ustrezne vključenosti zdravstvenih služb (vključno s službami za psihično zdravje) in socialne oskrbe na eni strani ter specializiranih pristopov za zmanjševanje tveganja na drugi strani. Štiri petine držav navaja, da uporablja navedeno prakso. V Franciji na primer program RMS (Réseau Micro-Structures) za vse tipe odvisnikov predvideva zdravniško oskrbo, na voljo pa so jim tudi psihologi in socialni delavci.

Kljub temu pa se zdi, da je treba izvajanje te politike še izpopolniti, saj je očitno, da še naprej ostaja izziv zagotavljanje celostnega sistema oskrbe za uživalce drog.

---

4 Orodje in oprema, potrebna za pripravo in uporabo drog.

3.3. Točka 3 priporočila – Zagotavljanje kakovosti, spremljanje in vrednotenje

Niso vse države mnenja, da je zagotavljanje kakovosti, spremljanje in vrednotenje naloga nacionalne vlade. Vendar pa se v splošnem strinjajo, da je treba pri zmanjševanju tveganja v praksi večjo pozornost nameniti znanstvenim spoznanjem in njihovi uporabi. V državah s federalno ali centralizirano ureditvijo se naloge delijo na različne ravni pristojnosti. Druge države vidijo zagotavljanje kakovosti, spremljanje in vrednotenje kot nalogo neodvisne znanstvene organizacije.

Glej graf 4, Priloga II.

Ocena, spremljanje in vrednotenje institucij ter storitev za zmanjševanje tveganja v državah članicah

Večina držav članic (19) navaja, da politične odločitve temeljijo zlasti na **znanstvenem dokazu učinkovitosti**. Številne države izvajajo raziskovalne projekte in projekte za vrednotenje, da bi proučile ukrepe za zmanjševanje tveganja (na primer programi za nadomestno zdravljenje, zamenjava igel). Nemčija na primer navaja vrednotenje nadomestnega zdravljenje (metadon in heroin). Litva poroča o svojem projektu za zamenjavo igel „Blue Bus“, ki ga ocenjujejo vsak mesec, tudi z izvajanjem anket za stranke. Na Madžarskem je nacionalni inštitut za preprečevanje uživanja drog razvil zbirko podatkov SZIP, da bi dal širši javnosti na voljo znanstveni dokaz učinkovitosti, na primer s kombiniranjem informacijskega programa in znanstvenih raziskav. Slovaška navaja, da se rezultati mednarodnih raziskav sistematično uporabljajo za oblikovanje ukrepov in politik.

V splošnem se države članice strinjajo s **potrebo po ocenjevanju** programov v začetni fazi, vendar pa ocena pogosto ni pogoj pri izbiri programov in ukrepov. Na Irskem pa je bilo že v osnovni oceni določeno, koliko uživalcev drog bo zajetih v cepljenje proti hepatitisu B, da bi oblikovali pilotni projekt za izboljšanje preventivnih ukrepov glede nalezljivih bolezni za uživalce drog, ki jih vbrizgavajo.

Oblikovanje protokolov za vrednotenje je naloga, za katero se pogosto meni, da bi jo morala opravljati znanstvena institucija, ki se ukvarja z vrednotenjem kakovosti. Vendar pa so nekatere države članice, na primer Češka in Danska, oblikovale protokole in smernice kot del svojih politik na področju drog. Na Cipru je na primer Znanstveni odbor Sveta za boj proti drogam oblikoval smernice za centre za zdravljenje odvisnosti od drog, da bi zagotovil najnižje standarde kakovosti. Politika Grčije vključuje vrednotenje za vsak program. 12 držav poroča, da je ta del priporočila izveden.

Štirinajst držav članic je sprejelo politiko, da bi podprlo **oblikovanje meril za vrednotenje kakovosti**. Takšne politike so pogosto v zgodnji fazi razvoja. Na Finskem na primer akcijski program politike za boj proti drogam 2004–2007 poziva k oblikovanju kakovostnega okvira za ponudnike storitev na področju boja proti drogam. EMCDDA je pripravila številne priročnike in monografije o kakovosti in vrednotenju[5], vendar države ne omenjajo posebej, kako se te publikacije uporabljajo.

Triindvajset držav članic navaja **usklajenost s petimi ključnimi kazalniki EMCDDA**[6]. Vendar pa nekatere države vseh petih še ne izvajajo. EMCDDA posameznim državam vsako

5 Na voljo na http://publications.eu.int/others/sales_agents_en.html.
6 http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1365.

leto zagotavlja povratne informacije glede kakovosti njihovih prizadevanj in morebitnih pomanjkljivosti njihovih informacij. Nacionalna poročila so običajno objavljena na nacionalnih spletnih straneh.

Devetnajst držav članic poudarja, da **rezultati vrednotenja prispevajo k izboljšavi in oblikovanju politike za preprečevanje uporabe drog**. Države poročajo, da postaja vrednotenje nacionalnih strategij in akcijskih načrtov za boj proti drogam vse pomembnejše, vendar pa le določeno število držav sistematično izvaja vrednotenje, da se oceni učinkovitost specifičnih ukrepov. Številne sheme vrednotenj se ne osredotočajo posebej na ukrepe za zmanjševanje tveganja, ampak se v širšem pomenu osredotočajo na zmanjševanje povpraševanja po drogah. Na Poljskem na primer so bili na podlagi vrednotenja programov za zdravljenje zapornic od odvisnosti od drog, da se prepreči ponovno poseganje po drogah, v nacionalni program za preprečevanje uporabe drog vključeni novi cilji. Na Portugalskem je bila nacionalna strategija Horizonte 2004 notranje in zunanje ocenjena, na podlagi česar so bile nadalje oblikovane obstoječe pobude za boljše zmanjševanje tveganja in sisteme za zmanjševanje tveganja v čim večji meri (npr. programi nadomestnega zdravljenja, zamenjava brizgalk, osveščanje ljudi o uporabi kondomov).

Vrednotenje programov usposabljanja za različne stopnje in ciljne skupine izvaja 14 državah članicah. Nacionalne kontaktne točke so pogosto omenjene kot (so-)organizatorji takšnih programov usposabljanja, vendar se ne navaja, da ocenjevanje teh programov spada k rednemu učnemu načrtu za strokovne kadre. Vendar pa so bili na primer na Češkem standardi kakovosti za službe za zdravljenje odvisnosti oblikovani in izvedeni v okviru programa usposabljanja za strokovne kadre, v Avstriji pa je zagotavljanje kakovosti in ocenjevanje del učnega načrta za nadaljnje izobraževanje na področju drog.

Štirinajst držav članic navaja, da so sprejele politike, ki **vsem akterjem in zainteresiranim stranem omogočajo sodelovanje pri procesu vrednotenja**, vendar pa le redki poročajo o oprijemljivih primerih sodelovanja in udeležbe. Na Nizozemskem na primer je bil oblikovan sistem svetov strank za paciente v zdravstveni oskrbi, vključno z dodatno oskrbo odvisnikov. V Španiji je pritegnitev zainteresiranih strani k sodelovanju prednostna naloga nacionalnega akcijskega načrta na področju drog.

Oblikovani so bili dvo- in večstranski programi, v katerih sodelujejo številne države članice, 21 držav pa poroča, da imajo politiko za **spodbujanje izmenjave in sodelovanja z drugimi**. Zdi se, da države zdaj med seboj dobro sodelujejo, celo s tretjimi državami. Prav tako sodelujejo s Komisijo, na primer v okviru programa Skupnosti o javnem zdravju, za izmenjavo znanj in izkušenj v EU. Program tesnega sodelovanja EU Phare[7] je bil pomembno sredstvo za spodbujanje sodelovanja med starimi in novimi državami, ki so se Uniji pridružile leta 2004. Sedem držav navaja, da je priporočilo pomembno orodje pri razvijanju takšne dejavnosti.

Glej graf 5, Priloga II.

7 http://ec.europa.eu/enlargement/key_documents/phare_legislation_and_publications_en.htm.

4. SKLEPNE UGOTOVITVE

(1) Vse države članice so sprejele politike in ukrepe, ki v veliki meri odražajo ukrepe iz priporočila, večina novih držav članic pa meni, da je dokument pomembna podpora oblikovanju politike. Prav tako služi kot merilo za izvajanje ukrepov za zmanjševanje tveganja. Ker je stopnja izvajanja v državah in med državami različna, je pomembno še naprej oblikovati ukrepe in vzpostavljati storitve/institucije za zmanjševanje tveganja kot del celostnega sistema za preprečevanje in oskrbo.

(2) Skoraj vse države članice imajo politiko za spodbujanje ustreznega vključevanja zdravstvenih storitev (vključno s psihoterapevtskimi storitvami in socialno oskrbo) v specializirane službe za zmanjševanja tveganja. Ta prizadevanja za vključitev programov v splošni zdravstveni sistem je treba povečati in nadaljevati.

(3) Nadomestno zdravljenje z metadonom in buprenorfinom, ki ga dopolnjuje psihosocialna oskrba, je na voljo v vseh državah članicah, v zadnjih desetih letih pa se je ponudba takšnih programov zelo razširila. Kljub temu pa je ocenjeno povpraševanje v posameznih državah vendarle pokrito v različnem obsegu. Zagotoviti je treba, da so te storitve dostopne, pokrijejo ustrezne potrebe in trajno delujejo.

(4) Podatki o razpoložljivosti storitev/institucij za zmanjševanje tveganja, ki jih zbere EMCDDA, so obsežni in visokokakovostni. Vendar pa je treba dodatno izboljšati podatke o dostopnosti in uporabnosti takšnih institucij, zlasti ob posebnem upoštevanju rizičnih skupin prebivalstva, da bi si ustvarili splošno sliko o stanju v različnih državah, iz katere je kot temeljni element ocenjevanja politike jasno razvidno pokritje povpraševanja. Poleg tega je treba odpraviti neusklajenost s petimi ključnimi kazalniki EMCDDA.

(5) Skoraj vse države članice so izvedle ukrepe, da se prepreči širjenje nalezljivih bolezni med uživalci drog v zaporih. Vendar pa ukrepi za zmanjševanje tveganja v zaporih v EU še vedno niso usklajeni z načelom enakosti, ki so ga sprejele Generalna skupščina ZN[8], UNAIDS/WHO[9] in UNDOC[10] in ki poziva k zagotavljanju enakih zdravstvenih storitev in oskrbe (vključno z zmanjševanjem tveganja) zapornikom, kakor so na voljo družbi zunaj zapora. Zato je pomembno, da države prilagodijo ukrepe za zmanjševanje tveganja v zaporih tako, da bodo ustrezali potrebam uživalcev drog in osebju v zaporu ter bodo izboljšali dostop do storitev. Po odpustu iz zapora je treba še naprej zagotavljati kakovost in dostop do zadevnih storitev.

(6) Države članice se vse bolj zavedajo potrebe po oblikovanju politik, ki bodo temeljile na raziskavah, dejstvih in po izvajanju na dokazih temelječih ukrepov, vključno s tistimi za preprečevanje in zmanjševanje tveganja za zdravje. Da bi kritično ocenili takšne ukrepe, mora spremljanje in izboljšano poglobljeno raziskovanje postati sestavni del celotne politike za preprečevanje in zmanjševanje tveganja, povezane z drogami, kot je navedeno v priporočilu, Strategiji EU na področju drog 2005–2012 in akcijskem načrtu EU na področju drog 2005–2008.

---

8 http://www.pogar.org/publications/garesolutions/a45-111-90e.pdf.
9 http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidel-Prisons_en.pdf.
10 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_hiv-aids_prisons_en.pdf.

(7) Države članice zdaj uporabljajo vrsto različnih metodologij za ocenjevanje, spremljanje in vrednotenje institucij in storitev za zmanjševanje tveganja. Zaradi tega se morajo med seboj posvetovati in izmenjati informacije o najboljših praksah v zvezi s temi metodami, da se oblikujejo standardizirani pristopi in orodja za zbiranje objektivnih, zanesljivih in primerljivih informacij.

(8) Nazadnje pa je najbolj pomembno, da se zagotovijo sinergije med politikami in pobudami z zdravstvenimi vidiki in možnimi povezavami do uporabe drog (npr. duševno zdravje, alkohol, preprečevanje HIV/AIDS, odvisnost od drog na delovnem mestu, vožnja pod vplivom drog/zdravil).

5. NADALJNJI UKREPI PRIPOROČILA SVETA IZ LETA 2003

Poročanje o izvajanju priporočila zajema obdobje največ 1,5 do 2 let. To obdobje je prekratko, da bi si lahko ustvarili zanesljivo predstavo o vplivu priporočila na nacionalne politike, storitve in ustanove za zmanjševanje tveganja. Poleg tega so se v obdobju poročanja (2004) EU pridružile nove države.

Zato bi to poročilo prvotno lahko služilo kot temeljno merilo za izvajanje priporočila Sveta. Prav tako pa se lahko uporablja kot temeljni pregled o obstoječih ukrepih za zmanjševanje tveganja v EU za vrednotenje akcijskega načrta na področju drog 2005–2008.

Komisija namerava to nalogo ponoviti v okviru naslednjega akcijskega načrta 2009–2012, da bi proučila, kako napreduje izvajanje politik, storitev in delovanje ustanov v zvezi z zmanjševanjem tveganja. Komisija bo nato lahko skupaj z državami članicami proučila, ali so potrebna nadaljnja priporočila.

Poleg tega bo Komisija še naprej oblikovala pobude na področjih, ki so tesno povezana s priporočilom Sveta in dejavno upoštevajo politike in prakse, ki bi lahko pomembno vplivale na uresničevanje njenih glavnih ukrepov. Dva specifična zdravstvena ukrepa za preprečevanje uporabe drog sta vključena v akcijski načrt na področju drog 2005–2008 (ukrepa 12 in 13.2), in sicer:

- predlog za priporočilo Sveta o drogah in zaporih; med zaporniki je velik delež uživalcev drog, razmere v zaporih pa so v zvezi z uporabo drog in zlasti uživalci drog, ki si drogo vbrizgavajo, pomemben vidik;
- poročilo o stanju glede zdravljenja odvisnosti od drog in izmenjava dobrih praks po celi EU; več kot pol milijona ljudi v Evropi je vključenih v programe nadomestnega zdravljenja.

Program javnega zdravja

Program Skupnosti za javno zdravje vključuje ukrepe za preprečevanje uporabe drog, in sicer ob upoštevanju zdravstvenih dejavnikov. Gre za večplastne vidike, ki so povezani s številnimi resnimi zdravstvenimi težavami.

Program za preprečevanje uporabe drog in osveščanje 2007–2013

S temi ukrepi bo podprto izvajanje strategije EU proti uporabi drog, s čimer bodo financirani projekti in ukrepi na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah, vključno z zmanjševanjem tveganja.

Prizadevanja za zmanjšanje povpraševanja po drogah bi morala biti povezana z naslednjimi področji:

- preprečevanje okužbe z virusom HIV/AIDS

Glavni razlog za prenos virusa HIV/AIDS je vbrizgavanje drog. Sporočilo Komisije Svetu in Evropskemu Parlamentu o boju proti *HIV/AIDS v Evropski uniji in sosednjih državah 2006–2009*[11] predvideva akcijski načrt za ukrepanje glede preprečevanja HIV in priznavanja potrebe po sinergijah s ključnimi ukrepi za preprečevanje. Pomembna točka je oblikovanje učnih načrtov po meri strokovnih kadrov v službah (preprečevanje, zdravljenje in oskrba) za ljudi, okužene z virusom HIV/AIDS, in tiste, ki so še posebno izpostavljeni okužbi z virusom HIV/AIDS (vključno z uživalci drog, ki si drogo vbrizgavajo intravenozno, in migranti). Poleg tega je možganski trust HIV/AIDS postal koristen forum za izmenjavo izkušenj in informacij med partnerji;

- preprečevanje zlorabe alkohola

V smislu zlorabe več različnih drog je treba škodo, povezano z alkoholom, in škodo, povezano z drogami, videti v povezavi. Sporočilo Komisije o strategiji EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju tveganja, povezanega z alkoholom[12], vključuje spodbujanje učinkovite spremembe vedenja med otroci in adolescenti v šolah in družinah ter v drugem ustreznem okolju in pri zmanjševanju prometnih nesreč zaradi zlorabe alkohola in zlorabe več različnih vrst drog;

- spodbujanje duševnega zdravja

Uporaba drog je običajno povezana z duševno boleznijo. Za javno zdravstveno politiko ostaja glavni izziv izboljšanje dostopa do zdravstvene oskrbe in psihiatričnega zdravljenja. Zelena knjiga o duševnem zdravju, ki jo je oktobra 2005 objavila Komisija[13], predlaga oblikovanje strategije o duševnem zdravju na ravni EU. Ta je zdaj v pripravi in bi se morala uskladiti z drugimi pobudami v okviru različnih politik Skupnosti, kot je strategija EU na področju drog 2005–2012;

- sodelovanje civilne družbe

Prav tako si je treba prizadevati za zmanjšanje neposredne škode, ki jo uživalci drog povzročijo drugim. V ta prizadevanja je treba dejavno vključiti uživalce drog. Zelena knjiga o politiki na področju drog in civilne družbe v Evropski uniji, ki jo je Komisija izdala junija 2006[14], proučuje možnosti za boljše sodelovanje civilne družbe;

- vožnja pod vplivom droge/zdravil[15]

V okviru prometne politike se obravnava problem vožnje pod vplivom več različnih vrst drog. Komisija v okviru šestega okvirnega programa za raziskave in tehnološki razvoj (FP6) sofinancira tudi projekt DRUID (DRiving Under the Influence of Drugs, alcohol and medicines (vožnja pod vplivom drog, zdravil in alkohola));

---

11 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0654en01.pdf.
12 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf.
13 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf.
14 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf.
15 Resolucija Sveta z dne 27. novembra 2003 o boju proti vplivu uporabe psihoaktivnih snovi na prometne nesreče, *UL C 97, 22.4.2004, str. 0001–0003.*

- odvisnost od drog na delovnem mestu

Komisija zdaj pripravlja strategijo o varovanju zdravja pri delu 2007–2012. Oblikovati je treba oprijemljive pobude v podporo posebnim ukrepom glede javnega zdravja, ki obravnavajo odvisnost od drog na delovnem mestu.

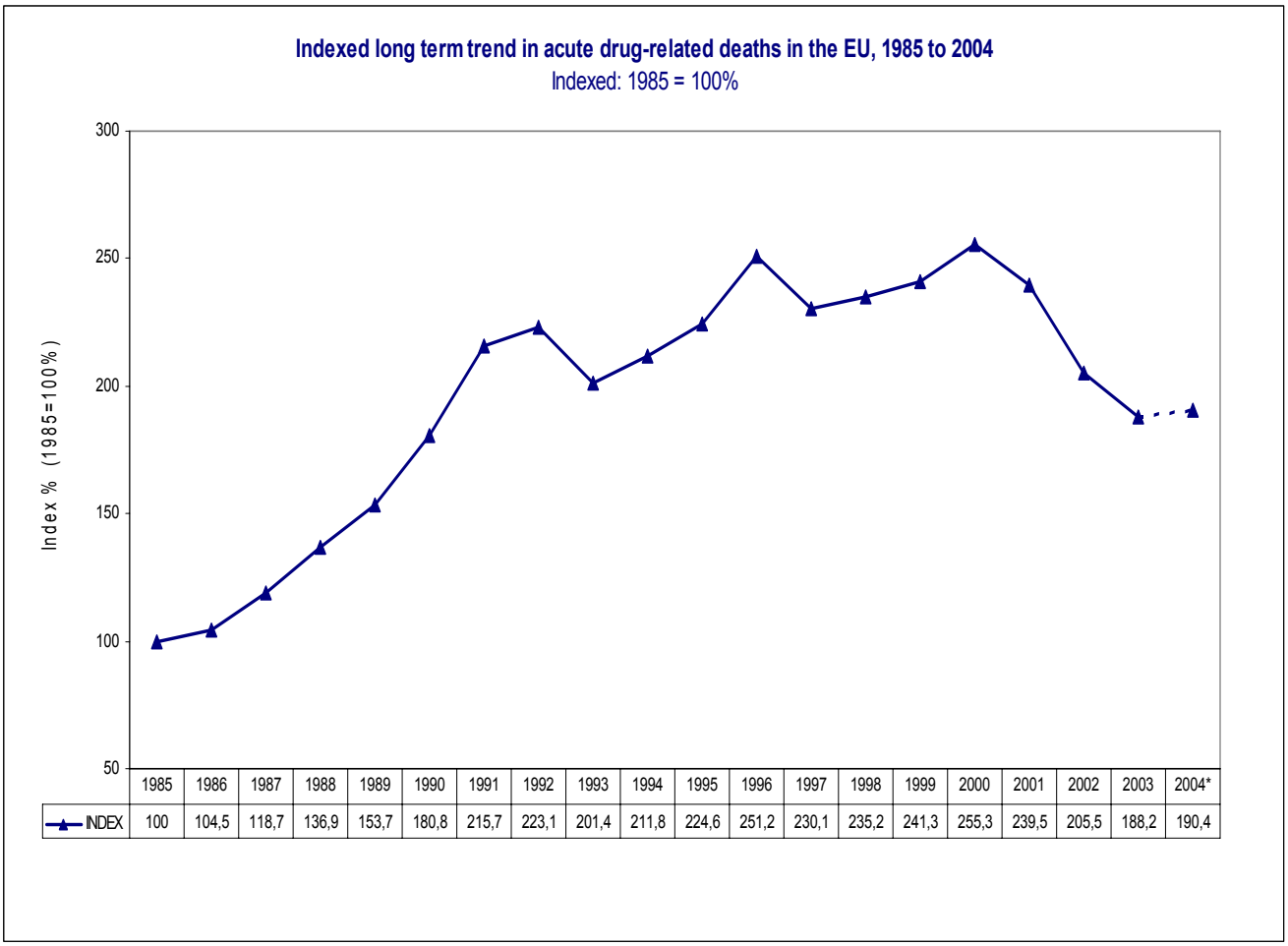
TECHNICAL ANNEXES

5.1. ANNEX I – Abbreviations and technical terms used

DRD	**Drug-Related Death**
EMCDDA	**European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction**
IDU	**Injecting Drug User**
IEC	**Information, Education, Communication**
NFPs	**National Focal Points**
UNAIDS	**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**
WHO	**World Health Organization**
UNODC	**United Nations Office on Drugs and Crime**

5.2. ANNEX II – Figures

Figure 1



EMCDDA annual report 2006

Notes:

The new Member States and Candidate Countries are not included in this graphic due to the lack of retrospective data in most of them.

Index: 1985=100%.

A few countries did not provide data for some years (see Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2]). To correct this situation, it has been used the computation method defined in the report "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths. Project CT.99.RTX.04, Co-ordinated by the Trimbos Institute. Lisbon: EMCDDA.

Ten countries provided information for 2004 and six did not. Therefore, the figure for 2004 is provisional, based in comparing 2003 and 2004 only for those countries with data for both years. The trends for those countries that provided information can be seen in the figures with

trends by country. Number of cases per country per year are presented in Statistical Bulletin 2006 [Table DRD-2].

The EMCDDA estimates the yearly number of acute DRDs (overdoses) in the EU since 1990 to be from 6500 to over 9000.

Recently published estimates show that a substantial proportion of mortality among young adults in some EU urban areas can be attributed to opioid use. In addition, HIV transmission is continuing to be a concern in specific injecting groups across Europe, although most countries report low rates of newly diagnosed HIV infection attributable to drug injecting and estimate the HIV infection rates among injectors to be below 5%. A far more negative picture presents itself for rates of infection with the hepatitis C virus (HCV), which remain almost universally high among drug injectors.

Since 2000, many EU countries have reported decreases in DRD numbers. In 2004, however, there was an increase. *While the number of DRDs is still far too high from a longer-term public health perspective, a better availability of drug treatments and increased coverage of harm reduction services in recent years seem to have had an impact.*

***Figures from the background document on "*prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence - an inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003".**

The document is available in print (EN) and can be downloaded (EN, FR, DE) at the following web address: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug_en.htm

The Trimbos Institute extracted and analysed relevant data, in particular from the EMCDDA sources (the NFPs coordinated by the EMCDDA confirmed and updated the information provided for the Recommendation point 2), the projects funded under the 'Programme of Community action on the prevention of drug dependence' and the ongoing Public Health Programme, the projects funded under the 4th, 5th and 6th Framework Programmes for Research and Technological Development as well as from some field organisations, the World Health Organization (WHO), the Pompidou Group (PG), and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Finally, a literature review was conducted to identify, assess and summarise scientific evidence on harm reduction interventions and approaches.

Figure 2

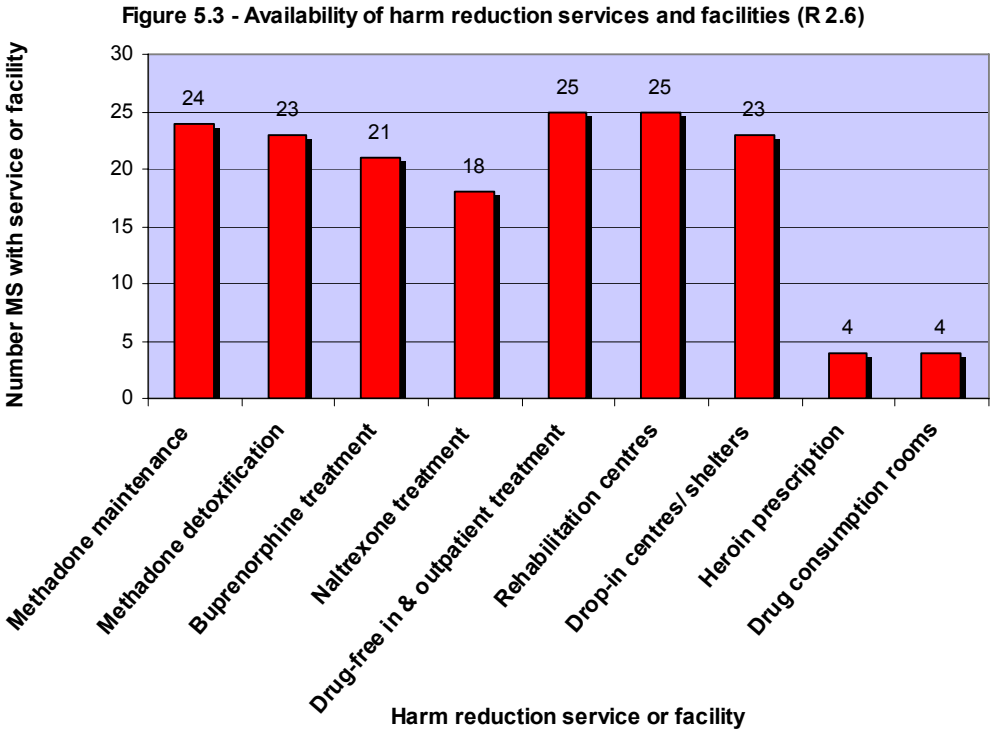


Figure 3

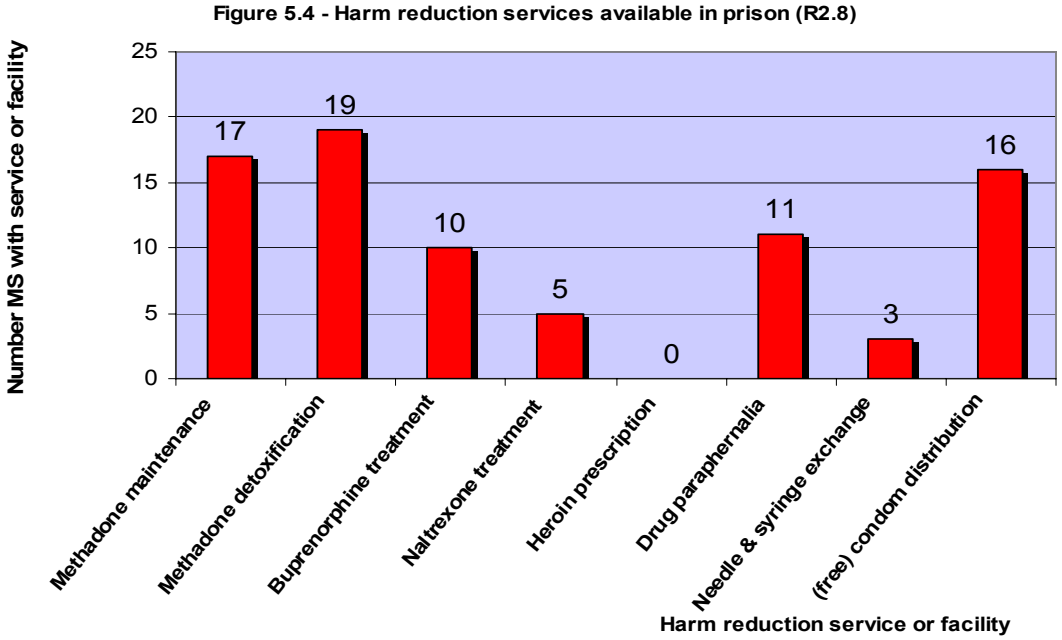


Figure 4

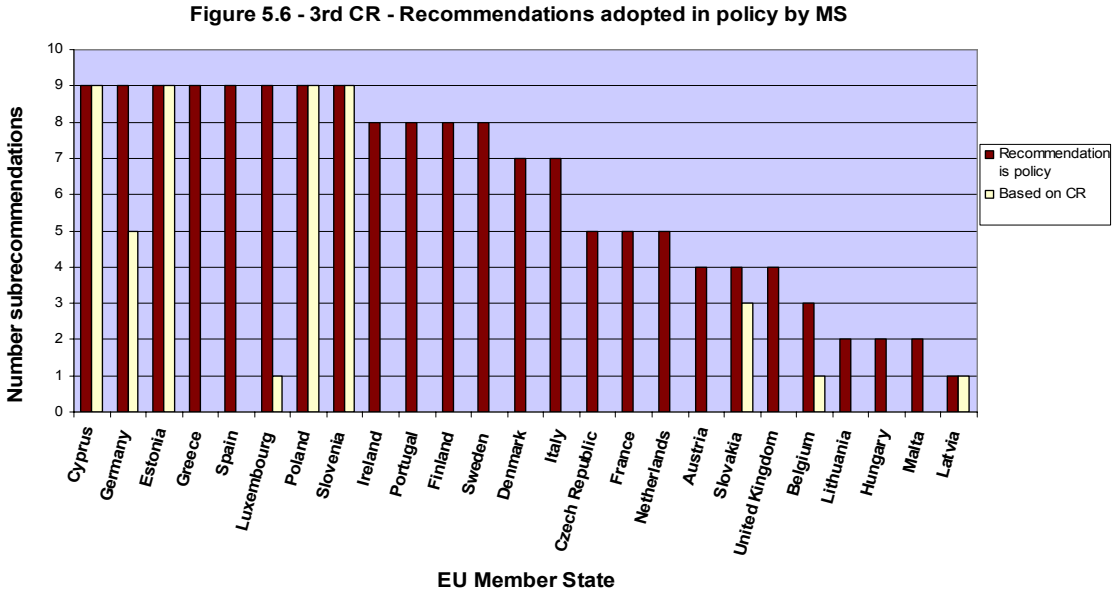


Figure 5

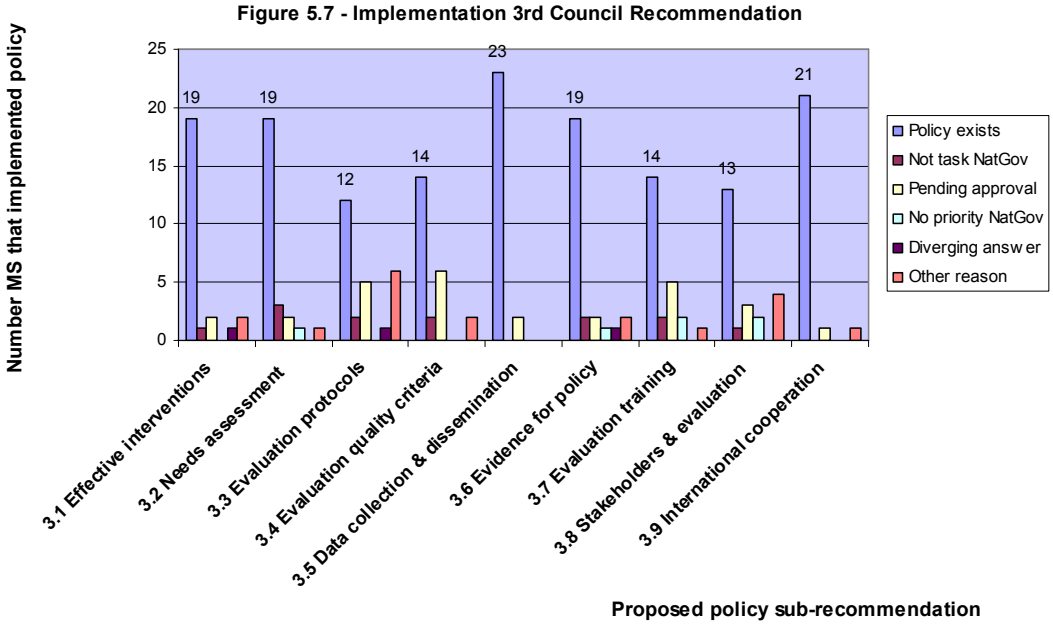


Figure 5.7 - Implementation 3rd Council Recommendation
Number MS that implemented policy
25
20
15
10
5
0
19
19
12
14
23
19
14
13
21
Policy exists
Not task NatGov
Pending approval
No priority NatGov
Diverging answ er
Other reason
3.1 Effective interventions
3.2 Needs assessment
3.3 Evaluation protocols
3.4 Evaluation quality criteria
3.5 Data collection & dissemination
3.6 Evidence for policy
3.7 Evaluation training
3.8 Stakeholders & evaluation
3.9 International cooperation
Proposed policy sub-recommendation