



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

SK

ISSN 2314-9191

Európska správa o drogách

Trendy a vývojové zmeny

2014



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

Európska správa o drogách

Trendy a vývojové zmeny

2014

| Právna poznámka

Táto publikácia Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je chránená autorským právom. EMCDDA odmieta právnu a inú zodpovednosť za akékoľvek dôsledky vyplývajúce z použitia údajov uvádzaných v tomto dokumente. Obsah tejto publikácie nemusí vyjadrovať oficiálne názory partnerov EMCDDA, členských štátov EÚ ani inštitúcií či agentúr Európskej únie alebo Európskych spoločenstiev.

Viac doplňujúcich informácií o Európskej únii je k dispozícii na internete. Sú dostupné cez server Európa (<http://europa.eu>).

Europe Direct je služba, ktorá vám pomôže nájsť odpovede na vaše otázky o Európskej únii.

Bezplatné číslo (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Niektorí operátori mobilných telefónov neumožňujú prístup na čísla 00 800, alebo tieto hovory spoplatňujú.

Táto správa je k dispozícii v angličtine, bulharčine, češtine, dánčine, estónčine, fínčine, francúzštine, gréčtine, holandčine, chorvátčine, litovčine, lotyštiny, maďarčine, nemčine, nórčine, poľštine, portugalčine, rumunčine, slovenčine, slovinčine, španielčine, švédčine a taliančine. Všetky preklady vyhotovilo Prekladateľské stredisko pre orgány Európskej únie.

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2014

ISBN: 978-92-9168-709-1

doi:10.2810/3881

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2014
Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Spain

VÝTLAČENÉ NA PAPIERI BIELENOM BEZ POUŽITIA ELEMENTÁRNEHO CHLÓRU (ECF)



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

| Obsah

5	Predslov
9	Úvodná poznámka a poďakovanie
11	ZHRNUTIE Zmapovanie vplyvu drog na verejné zdravie na meniacom sa európskom trhu
17	KAPITOLA 1 Ponuka drog
33	KAPITOLA 2 Užívanie drog a problémy súvisiace s drogami
53	KAPITOLA 3 Zdravotné a sociálne reakcie na problémy s drogami
67	KAPITOLA 4 Protidrogové politiky
73	PRÍLOHA Tabuľky s vnútroštátnymi údajmi

Predslov

Európska správa o drogách za rok 2014 centra EMCDDA predstavuje novú analýzu drogovej situácie doplnenú prehľadom vývojových zmien v intervenciách a politikách. Balík Európskej správy o drogách, ktorý tkvie v komplexnom prehľade európskych aj národných údajov, ponúka vzájomne prepojený rad produktov, pričom jeho ťažiskom je správa o trendoch a vývojových zmenách. Vďaka viacrozmernému prístupu je hĺbková analýza kľúčových tém predstavená spolu s najrozsiahlejším prehľadom hlavných problémov a dlhodobých trendov. Tento výhľad je dôležitý, pretože umožňuje pochopiť líšiace sa národné skúsenosti v širšom kontexte, ktorý ponúkajú údaje na európskej úrovni. Nech sú vaše záujmy o európsku drogovú situáciu akékoľvek, sme presvedčení, že nový balík Európskej správy o drogách vám poskytne ľahší prístup k vysokokvalitným informáciám a analýze v takej forme, ktorá vyhovuje vašim konkrétnym potrebám.

EURÓPSKA SPRÁVA O DROGÁCH ZA ROK 2014

Súbor vzájomne prepojených prvkov umožňujúci úplný prístup k dostupným údajom a analýze týkajúcej sa drogovej problematiky v Európe



Trendy a vývojové zmeny
poskytujúce najrozsiahlejšiu analýzu kľúčových vývojových zmien (v tlačenej forme a on-line)



Údaje a štatistický prehľad
obsahujúce úplné dátové súbory, grafické znázornenia a metodické informácie (on-line)



Prehľady podľa krajín
vnútroštátne údaje a analýza na dosah ruky (on-line)



Výhľady v drogovej oblasti
interaktívne okná o kľúčových problémoch (on-line)

Vo vývoji vyváženej politickej reakcie na drogovú problematiku v Európe bol dosiahnutý pokrok, čo je dôležitá správa vyplývajúca z tohtoročnej analýzy. Celkové trendy v niektorých kľúčových oblastiach verejného zdravia sú v súčasnosti pozitívne a z pomerne globálneho pohľadu sa európsky model javí byť úspešným. Drogová problematika je dynamická a naďalej sa vyvíja, pričom nedáva priestor našej nečinnosti, keďže pretrvávajúce a dlhodobé problémy sprevádza výskyt nových hrozieb. Drogy, s ktorými sa dnes stretávame, sú v mnohých smeroch odlišné od tých, ktoré sme poznali v minulosti. Vidno to pri zavedených drogách. Za všetky je možné uviesť ako príklad kanabis, pri ktorom nové výrobné techniky ovplyvňujú účinnosť tak živice, ako aj rastlinných produktov. Rovnako to vidno aj pri výrobe syntetických drog, kde je trh zaplavený novými látkami. Vážnou obavou určite je, že nedávno sme boli svedkami výskytu nových syntetických opioidov aj halucinogénnych látok, ktoré sú tak farmakologicky vysoko aktívne, že na výrobu viacerých dávok možno použiť dokonca aj veľmi malé množstvá. Budúce následky týchto vývojových zmien pre verejné zdravie a kontrolu drog len začíname chápať, ale zdá sa, že majú potenciál zmeniť charakter problémov, ktorým čelíme.

Zmeny prebiehajúce na európskom drogovom trhu sú nielen dôležité, ale vyskytujú sa v čoraz rýchlejšom tempe a v súvislosti so stále viac prepojeným svetom. EMCDDA uznáva globálny a dynamický charakter našej témy a problémy, ktoré predstavuje. Okrem toho tieto vývojové zmeny čoraz viac zatažujú naše súčasné monitorovacie systémy, pričom je dôležité zaistiť, aby naše nástroje dohľadu ostali na tento účel funkčné. Takmer pred dvomi desaťročiami Európa ako prvá zaviedla systém včasného varovania na identifikovanie možných nových hrozieb v tejto oblasti. V súčasnosti systém preukázal svoju užitočnosť, ale napriek tomu naše celkové forenzné schopnosti identifikovať a podávať správy o následkoch tak zavedených, ako aj nových látok pre verejné zdravie sú aj naďalej nedostatočné. Môžeme tu len poukázať na dôležitosť zaistenia dostupnosti dostatočných prostriedkov na zachovanie a posilnenie prác v tejto oblasti a zdôrazniť pridanú hodnotu, ktorú poskytuje Európskemu spoločenstvu ako celku.

A napokon, sme hrdí na komplexnú analýzu, ktorú balík Európskej správy o drogách poskytuje, a že naša práca naďalej poskytuje vedecký základ na formovanie európskych politík a odpovedí. Pevne veríme teraz viac než kedykoľvek predtým, že je to dôležité a budeme sa naďalej snažiť poskytovať včasnú, objektívnu a vyváženú analýzu súčasnej zložitej a meniacej sa drogovej problematiky.

João Goulão

Predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Riaditeľ EMCDDA

Úvodná poznámka a poďakovanie

Táto správa čerpá z informácií, ktoré EMCDDA poskytli vo forme národných správ členské štáty EÚ, kandidátska krajina Turecko a Nórsko.

Štatistické údaje uvedené v správe sa týkajú roku 2012 alebo ide o údaje za posledný dostupný rok. Súhrnné európske údaje a trendy zahŕňajú krajiny, ktoré poskytli dostatočné a relevantné údaje za príslušné časové obdobie. Pri analýze údajov sa uprednostňujú úrovne, trendy a geografické rozdelenie. Dôležité technické upozornenia a kvalifikácie údajov sú k dispozícii v on-line verzii tejto správy v anglickom jazyku a vo webovej zóne *European Drug Report: Data and statistics (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady)*, kde sú uvedené informácie o metodike, o krajinách podávajúcich správy a o rokoch. On-line verzia navyše obsahuje prepojenia s ďalšími zdrojmi.

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest Reitox a ich zamestnancom;
- inštitúciám a odborníkom jednotlivých členských štátov, ktorí zozbierali vstupné údaje pre túto správu;
- členom správnej rady a vedeckému výboru EMCDDA;
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii;
- Európskemu centru pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC), Európskej agentúre pre lieky (EMA) a Europolu;
- Pompidouovej skupine Rady Európy, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Regionálnemu úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu, Interpolu, Svetovej colnej organizácii, projektu Európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách (ESPAD), Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN);
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie, Missing Element Designers a Composiciones Rali.

Národné kontaktné miesta siete Reitox

Reitox je európska informačná sieť o drogách a drogovej závislosti. Sieť tvoria národné kontaktné miesta v členských štátoch EÚ, kandidátskej krajine Turecko, Nórsku a Európskej komisii. Kontaktné miesta, za ktoré zodpovedajú príslušné vlády, sú vnútroštátnymi orgánmi, ktoré poskytujú EMCDDA informácie o drogách. Kontaktné informácie národných kontaktných miest sa nachádzajú na webovej lokalite EMCDDA.

Zhrnutie

**Táto správa poskytuje prehľad
na najvyššej úrovni o dlhodobých
trendoch a vývojových zmenách
v Európe, pričom sa tiež zameriava
na vynárajúce sa problémy súvisiace
s drogami**

Zmapovanie vplyvu drog na verejné zdravie na meniacom sa európskom trhu

Hlavné zistenia v novej analýze európskej drogovej problematiky centra EMCDDA ostávajú konzistentné s našou správou z roku 2013: celková situácia je vo všeobecnosti stabilná s pozitívnymi znakmi v niektorých oblastiach, ale naďalej sa vynárajú nové problémy. Staré rozlišovanie medzi pomerne malým počtom vysoko problémových užívateľov drog, často injekčných, a väčším počtom rekreačných a experimentálnych užívateľov prestáva platiť a nahrádza sa viac odstupňovanou a zložitejšou situáciou. V súčasnej drogovej problematike Európy má heroín menšiu úlohu než mal v minulosti, významnejšími sa stávajú stimulanty, syntetické drogy, kanabis a lieky.

Keď sa pozrieme na vec ako na celok, oproti minulosti bol dosiahnutý pokrok v počte hlavných cieľov politiky verejného zdravia. Výhľad na európskej úrovni však môže zatieniť dôležité národné rozdiely. Znázorňujú to údaje o úmrtiach zapríčinených predávkovaním a o HIV infekciách súvisiacich s drogami; dva najväčšie následky užívania drog. Celkový pozitívny trend EÚ je tu v ostrom kontraste so znepokojujúcimi vývoji v niektorých krajinách. Uznávajúc túto zložitosť, táto správa poskytuje prehľad na najvyššej úrovni o dlhodobých trendoch a vývojových zmenách v Európe, pričom sa tiež zameriava na vynárajúce sa problémy súvisiace s drogami.

Heroín na zostupe, ale obavy spôsobujú náhradné látky

Hoci bolo zaznamenané, že odhady výroby heroínu sú v celosvetovom rozsahu stále vysoké a záchyty v Turecku sa čiastočne obnovili, celkovo sú ukazovatele pre heroín vo všeobecnosti stabilné alebo vykazujú klesajúci trend. Patria sem údaje preukazujúce trvalý pokles nástupov na liečbu závislosti od heroínu spolu s celkovým dlhodobým klesajúcim trendom úmrtí zapríčinených predávkovaním drogami a infekcií HIV spôsobených užívaním drog – oboje historicky spojené s injekčným užívaním heroínu. Tieto pozitívne vývojové zmeny však spochybňujú niektoré národné údaje. Nedávne vypuknutia nákazy vírusom HIV medzi užívateľmi drog v Grécku a Rumunsku spolu s pretrvávajúcimi problémami v niektorých pobaltských štátoch zastavili pokrok Európy v znižovaní počtu nových infekcií súvisiacich s drogami. Do istej miery sa zdá, že je to spojené s náhradou heroínu inými látkami vrátane

syntetických opioidov a stimulantov. Okrem toho je pravdepodobne dôležitým prispievajúcim faktorom aj absencia dostatočných intervencií na znižovanie dopytu, predovšetkým dostupnosti liečby a opatrení na znižovanie poškodení. Je znepokojujúce, že nedávnym spracovaním hodnotenia rizík EMCDDA–ECDC sa identifikovalo tiež množstvo ďalších európskych krajín, v ktorých behaviorálne ukazovatele alebo ukazovatele reakcií naznačili potenciálne zvýšené riziko budúcich poškodení a zdravotných problémov.

Viacere látky identifikované pri úmrtiach spôsobených drogami

Predávkovanie drogami je stále hlavnou príčinou úmrtnosti medzi mladými Európanmi, ktorej sa dá predísť, no v posledných rokoch predsa len došlo k pokroku pri obmedzovaní tohto problému. Čiastočne to možno vysvetliť tak rozširovaním reakcií, ako aj poklesom spolupôsobiaceho rizikového správania. Na rozdiel od celkových trendov je vo viacerých krajinách, najmä na severe Európy, počet úmrtí spôsobených predávkovaním vysoký a ďalej sa zvyšuje.

Kým počet úmrtí súvisiacich s heroínom vo všeobecnosti klesá, počet úmrtí súvisiacich so syntetickými opioidmi rastie a v niektorých krajinách v súčasnosti presahuje počet úmrtí pripisovaných heroínu. Napríklad výnimočne vysoká úmrtnosť spôsobená predávkovaním drogami zaznamenaná v Estónsku je spojená s užívaním fentanylov, skupiny vysoko účinných syntetických opioidov. V roku 2013 centrum EMCDDA naďalej dostávalo správy

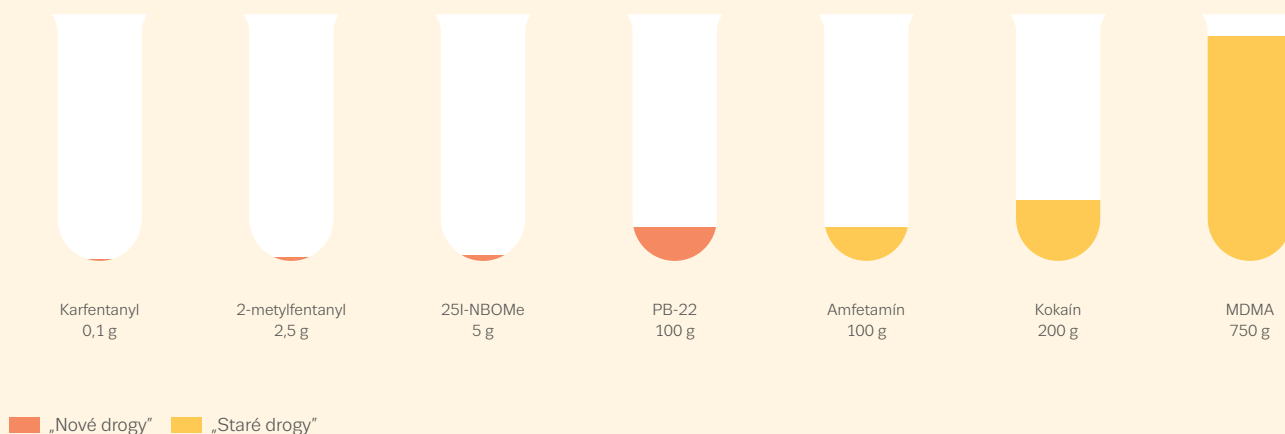
o kontrolovaných aj nekontrolovaných fentanyloch vyskytujúcich sa na európskom trhu s drogami. Medzi drogami oznámenými systémom včasného varovania EÚ v roku 2013 bol fentanyl, ktorý nebol nikdy predtým zaznamenaný na trhu EÚ s drogami. Tieto látky sú ťažko identifikovateľné, pretože môžu byť prítomné v toxikologických vzorkách vo veľmi malých množstvách.

Nové psychoaktívne látky: žiadne známky poklesu

Väčšina predávkovaní sa vyskytuje medzi jednotlivcami, ktorí užívali viacere látky, a preto je pripísanie kauzality často problematické. Pri neustálom uvádzaní nových psychoaktívnych látok na trh s drogami vzniká obava, že nové alebo neznáme látky, ktoré prispeli k úmrtiam, môžu uniknúť odhaleniu. Vysoká účinnosť niektorých syntetických látok ďalej komplikuje ich odhaľovanie, keďže sú v krvi prítomné len vo veľmi nízkych koncentráciách. Objavenie sa vysoko účinných syntetických látok má tiež vplyv na presadzovanie práva, pretože aj malé množstvá týchto drog môžu byť premenené na viacere dávky (obr.).

V roku 2013 bolo systémom včasného varovania EÚ oznámených 81 nových psychoaktívnych látok, čím sa počet monitorovaných látok zvýšil na viac ako 350. Pre látky, o ktorých sa predpokladá, že spôsobujú významné poškodenie, sa zavádzajú formálne hodnotenia rizík na európskej úrovni. V roku 2013 boli vykonané hodnotenia rizík dvoch látok a do apríla 2014 ďalších štyroch látok, očakávajú sa však ďalšie. To znamená, že v čase, keď sa rokuje o nových právnych predpisoch EÚ v tejto oblasti,

KOLKO ČISTEJ DROGY JE POTREBNÉ NA 10 000 DÁVOK?



systém včasného varovania je vystavený narastajúcemu tlaku objemu a rozmanitosti látok objavujúcich sa na trhu.

Najdôležitejšou prácou systému včasného varovania sú správy o nežiaducich udalostiach, predovšetkým úmrtiach a akútnych intoxikáciách. Avšak rozsiahle monitorovacie systémy mimoriadnych udalostí súvisiacich s drogami existujú len v niekoľkých krajinách. Na úrovni EÚ sa neuskutočňuje štandardizované podávanie správ o tejto téme a nedostatok systematického monitorovania v tejto oblasti predstavuje slabú stránku v dohľade Európy nad vznikajúcimi ohrozeniami zdravia. Príkladom toho sú ťažkosti pri určovaní následkov na európskej úrovni zo správ niektorých krajín o závažných reakciách na užívanie syntetických kanabinoidov.

Kanabis: kontroverzie, kontrasty a rozpory

Subjektívne údaje z Európskej únie naznačujú, že verejná mienka je stále najpolarizovanejšia v prípade drogy kanabis. Prispieva k živej verejnej diskusii, ktorú nedávno rozprúdili medzinárodné vývojové zmeny v tom, ako je kontrolovaná dostupnosť a užívanie kanabisu, najmä regulačné zmeny v niektorých častiach USA a Latinskej Ameriky.

V Európe, na rozdiel od iných častí sveta, sa celkové užívanie kanabisu javí byť stabilné alebo dokonca klesajúce, najmä v mladších vekových skupinách. Obraz však nie je rovnaký. Viacero krajín so všeobecne nízkou prevalenciou zaznamenalo nedávno zvýšené užívanie.

Na rozdiel od politickej debaty, charakterizovanej diskusiou o regulačných možnostiach, sa praktické vývojové zmeny zameriavajú najmä na opatrenia reagujúce na sociálne problémy a poškodenia súvisiace s výrobou a užívaním kanabisu. Zdravotné následky rôznych foriem užívania kanabisu sú čoraz viac lepšie chápané. Došlo k zvýšeniu dostupnosti a začatia liečby v súvislosti s problémami s kanabisom, hoci počet klientov užívajúcich kanabis, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu, sa stabilizoval. Kanabis je v súčasnosti najbežnejšie zaznamenávaná droga pre získanie pomoci medzi klientmi, ktorí nastúpili na liečbu prvýkrát v živote. Zlepšuje sa tiež chápanie toho, čo predstavuje účinnú reakciu v tejto oblasti, pričom krajiny v rozsiahlej miere investujú do služieb od intenzívnych podporných sedení so zapojením rodinných príslušníkov až po krátke intervencie šírené prostredníctvom internetu.

Približne od roku 2000 mnohé krajiny znížili prísnosť pokút uplatňovaných za trestné činy jednorazového užitia alebo prechovávania. Všeobecnejšie majú európske diskusie

Letný pohľad — odhady užívania drog v Európskej únii

Kanabis
73,6 milióna alebo 21,7 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo kanabis celoživotne
18,1 milióna alebo 5,3 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo kanabis v minulom roku
14,6 milióna alebo 11,2 % mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) užívalo kanabis v minulom roku
0,4 % a 18,5 % – najnižšie a najvyššie národné odhady užívania kanabisu v minulom roku medzi mladými dospelými
Kokaín
14,1 milióna alebo 4,2 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo kokaín celoživotne
3,1 milióna alebo 0,9 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo kokaín v minulom roku
2,2 milióna alebo 1,7 % mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) užívalo kokaín v minulom roku
0,2 % a 3,6 % – najnižšie a najvyššie národné odhady užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými
Amfetamíny
11,4 milióna alebo 3,4 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo amfetamín celoživotne
1,5 milióna alebo 0,4 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo amfetamín v minulom roku
1,2 milióna alebo 0,9 % mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) užívalo amfetamín v minulom roku
0,0 % a 2,5 % – najnižšie a najvyššie národné odhady užívania amfetamínu v minulom roku medzi mladými dospelými
Extáza
10,6 milióna alebo 3,1 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo extázu celoživotne
1,6 milióna alebo 0,5 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) užívalo extázu v minulom roku
1,3 milióna alebo 1,0 % mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) užívalo extázu v minulom roku
0,1 % a 3,1 % – najnižšie a najvyššie národné odhady užívania extázy v minulom roku medzi mladými dospelými
Opioidy
1,3 milióna problémových užívateľov opioidov (vo veku 15 – 64 rokov)
3,5 % všetkých úmrtí Európanov vo veku 15 – 39 rokov bolo zapríčinených predávkovaním drogami opioidy sa nachádzajú v asi troch štvrtinách smrteľných predávkovaní
Hlavná droga v asi 45 % všetkých žiadostí o protidrogové liečenie v Európskej únii
V roku 2012 bola poskytnutá substitučná liečba 700 000 užívateľom opioidov

Poznámka: Úplný súbor údajov a informácií o metodike sa nachádza v sprievodnej webovej zóne *European Drug Report: Data and statistics* (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady).

o kontrole kanabisu tendenciu sústrediť sa skôr na zameranie sa na ponuku drog a nelegálne obchodovanie s nimi než na užívanie. V rozpore s týmto sa však celkový počet trestných činov týkajúcich sa prechovávanía a užívania kanabisu za takmer desať rokov neustále zvyšoval.

Výroba a ponuka drog: hlavný obchod organizovanej trestnej činnosti

Rozsah trhu s kanabisom v kombinácii so zvýšením domácej produkcie viedol k rastúcemu uznaniu významu drogy ako generátora peňazí pre skupiny organizovanej trestnej činnosti. Viac pozornosti sa teraz venuje tiež sprievodným sociálnym nákladom, medzi ktoré patrí násilie a iné formy porušovania zákona a tlak, ktorý kontrolovanie výroby drog vyvíja na orgány činné v trestnom konaní.

S výrobou kanabisu sa tak v medzinárodnom meradle, ako aj v Európskej únii okrem iných spájajú aj skupiny organizovanej trestnej činnosti z juhovýchodnej Ázie. Znepokojujúce je, že v súčasnosti existujú náznaky ich rozširovania na výrobu metamfetamínu a predaj v častiach strednej Európy. Odráža to všeobecnejší vývoj zaznamenaný v nedávnej analýze trhu s drogami centra EMCDDA a Europolu: zvolenie multi-komoditnejšieho, oportunistickejšieho a prepojenejšieho prístupu skupinami trestnej činnosti. Možno to vidieť v prípade skupín trestnej činnosti v minulosti zapojených do obchodovania s heroínom a teraz oznamovaných ako skupiny nezákonne obchodujúce s kokaínom a metamfetamínom v Európskej únii využívajúc zavedené obchodné trasy heroínu.

Správa za rok 2014 vyvoláva nové obavy z dôkazu zvyšujúcej sa dostupnosti metamfetamínu v Európe. Táto droga, rovnako ako domáca výroba v strednej a severnej

Európe, sa tiež vyrába na Blízkom východe a niekedy dováža do Európskej únie na opätovný vývoz do krajín juhovýchodnej Ázie. Časť tejto výroby však čoraz viac prispieva k dostupnosti v Európe. Nové správy o výskyte fajčenia metamfetamínu v Grécku a Turecku sú obzvlášť znepokojujúce a uvádzajú možné zdravotné riziká spojené s užívaním drogy týmto spôsobom.

Stále dynamickejší, globálnejší a inovatívnejší charakter moderného trhu s drogami dokazuje opätovný výskyt vysokokvalitnej extázy vo forme prášku a tabliet v Európskej únii a inde. Zdá sa, že je to výsledok nezákonných výrobcov dovážajúcich nekontrolované alebo „maskované“ chemické látky na výrobu drogy. Europol nedávno zaznamenal v Belgicku zničenie dvoch doposiaľ najväčších výrobní drogy nájdených v Európskej únii, ktoré dokázali rýchlo vyrábať veľké objemy MDMA (3,4-metyléndioxy-metamfetamínu). Zachytenia a správy o nežiaducich zdravotných prípadoch podnietili Europol a EMCDDA, aby vydali spoločné varovanie o dostupnosti mimoriadne vysoko účinných výrobkov obsahujúcich MDMA.

Meniaci sa trh so stimulantmi

Ešte sa uvidí, či pozorované zvýšenia obsahu MDMA v tabletách extázy budú viesť k obnovenému záujmu spotrebiteľov o túto drogu. Celkový európsky trh s nezákonnými stimulantmi sa javí byť pomerne stabilný, pričom kokaín sa volí ako stimulant v južných a západných krajinách a amfetamín prevláda viac v severných a východných krajinách. Ukazovatele užívania kokaínu aj amfetamínu sú vo všeobecnosti klesajúce.

Význam geografických rozdielov európskeho trhu so stimulantmi podporujú nové štúdie odpadových vôd, ktoré čoraz častejšie dokážu poskytnúť údaje o užívaní drog v mestách a špecifických prostrediach.

Kľúčovým faktorom užívania stimulantov je dostupnosť. Zriedkavosť drogy môže spôsobiť, že spotrebiteľia vyskúšajú inú látku a dôležitými zreteľmi budú cena a vnímanie kvality. Toto možno pozorovať v rekreačných zariadeniach a medzi injekčnými užívateľmi drog. Základom tohto javu je rastúci počet výrobkov v súčasnosti dostupných na trhu so stimulantmi, medzi ktoré patria syntetické katinóny spolu s metamfetamínom, amfetamínom, extázou a kokaínom.

**Stále dynamickejší, globálnejší
a inovatívnejší charakter
moderného trhu s drogami
dokazuje opätovný výskyt
vysokokvalitnej extázy vo
forme prášku a tabliet**

Dlhodobé náklady na riešenie drogovej problematiky

Európa čelí dvojitej výzve, ktorou je vypracovanie účinných reakcií na vznikajúce problémy a neustále venovanie sa potrebám užívateľov drog pri dlhodobej liečbe.

Táto správa zdôrazňuje zmeny a výskyt nových modelov v epidemiológii a reakciách. Napriek tomu podstatná časť nákladov týkajúcich sa liečenia drogovej závislosti stále vyplýva z problémov, ktoré majú korene v heroínovej „epidémii“ v 80-tych a 90-tych rokoch minulého storočia. Hoci začatie užívania heroínu môže byť na zstupe, závislosť od heroínu, charakterizovaná modelom chronického ochorenia s cyklami recidívy a nástupu na liečbu, je stále hlavným stredobodom pre intervencie. Európska únia značne investuje do zabezpečovania príležitostí liečenia pre túto skupinu, pričom sa odhadujú tri štvrtiny milióna na substitučnú liečbu závislosti od opioidov. Možno uviesť presvedčivý dôvod pre prínosy tejto intervencie pre verejné zdravie a jej príspevok k oslabeniu nezákonného trhu. Európa musí v súčasnosti riešiť starostlivosť o starnúcu skupinu súčasných a bývalých užívateľov heroínu, z ktorých mnohí sú sociálne znevýhodnení a vylúčení. V tejto súvislosti narastá politický záujem o to, čo predstavuje vyliečenie a sociálne začlenenie. Okrem toho, keďže táto populácia starne, jej náchylnosť na rôzne zdravotné problémy sa bude pravdepodobne zvyšovať.

1

**V Evropě je ročně oznámený
asi jeden milión záchytů
nezákonných drog**

Ponuka drog

Európa je významnou destináciou kontrolovaných látok a zohráva takisto obmedzenejšiu úlohu ako tranzitné miesto pre drogy prevážané do iných regiónov. Dôležitými oblasťami, z ktorých pochádzajú drogy dovážané do Európy, sú Latinská Amerika, západná Ázia a severná Afrika. V Európe sa vyrába kanabis a syntetické drogy. Všetok vyrobený kanabis je v podstate určený na miestnu spotrebu, niektoré syntetické drogy sa vyrábajú aj na vývoz do iných regiónov.

Pomerne novým javom na európskych trhoch s drogami je dostupnosť „nových psychoaktívnych látok“, ktoré nie sú kontrolované v rámci medzinárodných dohôd o kontrole drog. Tieto látky sa bežne vyrábajú mimo Európy a je možné ich získať prostredníctvom online predajcov, špecializovaných predajní a občas sa predávajú spolu s kontrolovanými látkami na trhu s nezákonnými drogami.

Monitorovanie ponuky drog

Analýza v tomto oddiele vychádza z rôznych zdrojov údajov: záchyty drog, zničenie zariadení na výrobu drog, záchyty prekursorových chemikálií, trestné činy ponuky drog, ceny drog v malopredaji a súdne analýzy záchytov drog. Úplné súbory údajov a metodické poznámky sú súčasťou webovej zóny *European Drug Report: Data and statistics (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady)*. Treba upozorniť, že trendy môžu byť ovplyvnené množstvom faktorov, ktoré zahŕňajú úroveň činností v rámci presadzovania právnych nariadení a efektívnosť prohibičných opatrení.

Údaje o nových psychoaktívnych látkach vychádzajú z oznámení zaslaných do systému včasného varovania EÚ, ktorý sa zakladá na údajoch poskytnutých centrom EMCDDA a európskymi vnútroštátnymi sieťami. Úplný opis tohto mechanizmu sa nachádza na webovej lokalite EMCDDA v časti *Opatrenia proti novým drogám*.

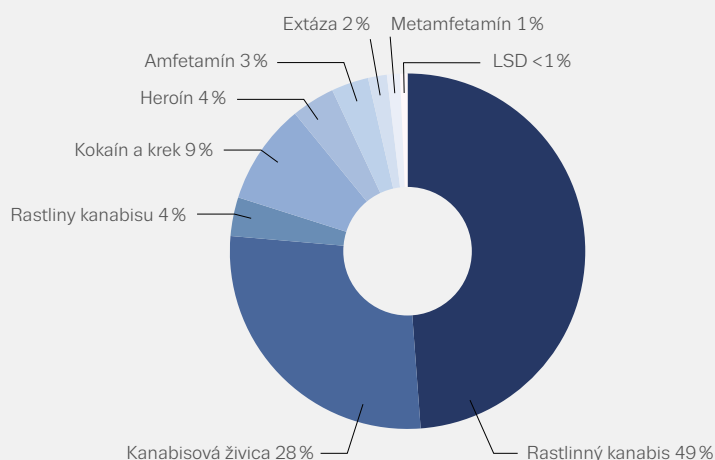
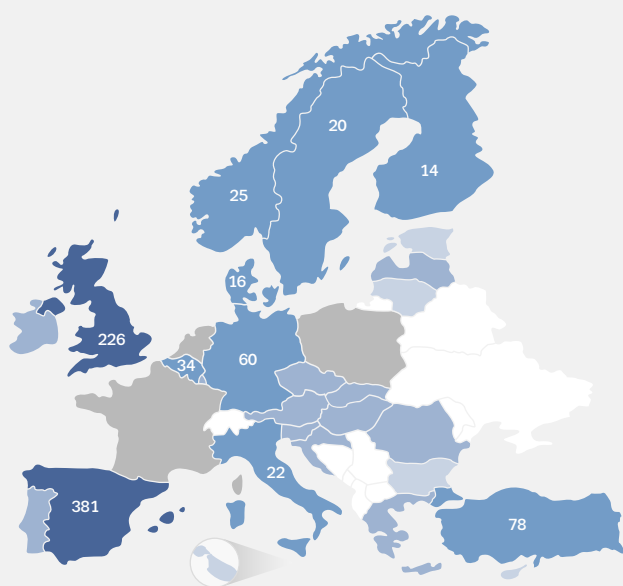
80 % záchytov v Európe sa týka kanabisu

V Európe je ročne oznámený asi jeden milión záchytov nezákonných drog. Vo väčšine prípadov ide o malé množstvá drogy zabavenej u užívateľov, celkové množstvo však zahŕňa aj viackilogramové zásielky zachytené u obchodníkov alebo výrobcov.

V roku 2012 dve tretiny všetkých záchytov v Európskej únii oznámili dve krajiny – Španielsko a Spojené kráľovstvo. Menšie, ale nie zanedbateľné počty záchytov uviedli

OBRÁZOK 1.1

Počet oznámených záchytov podľa krajín (vľavo) a podiel záchytov pre hlavné drogy (vpravo) 2012



Záchyty (000) ■ <1 ■ 1–10 ■ 11–100 ■ >100 ■ Nie sú k dispozícii žiadne údaje.
 Poznámka: Počet záchytov (v tisícoch) v desiatich krajinách s najvyššími hodnotami.

Nemecko, Belgicko, Taliansko a štyri severské krajiny (obr. 1.1). Je treba poznamenať, že najnovšie údaje nie sú k dispozícii pre tri krajiny, ktoré oznámili značné počty záchytov v minulosti. Navyše Turecko je dôležitou krajinou, kde bola časť zachytených drog určená na spotrebu v iných krajinách, a to v Európe a na Strednom východe.

Vyššie 80 % zachytených drog v Európe tvorí kanabis (obr. 1.1), čo odráža pomerne vysokú prevalenciu užívania tejto drogy. Na druhom mieste je kokaín, pri ktorom je počet záchytov dvakrát vyšší ako počet oznámených záchytov amfetamínu alebo heroínu. Počet záchytov extázy je nižší, ale v ostatných rokoch sa zvyšuje.

Vyššie 80 % zachytených drog v Európe tvorí kanabis, čo odráža pomerne vysokú prevalenciu užívania tejto drogy

Kanabis: rastúca dostupnosť rastlinných produktov

Na európskom trhu s drogami možno bežne nájsť dva rôzne kanabisové produkty: rastlinný kanabis (marihuana) a kanabisovú živicu (hašiš). Ročnú spotrebu týchto produktov možno odhadnúť na približne 2 000 ton.

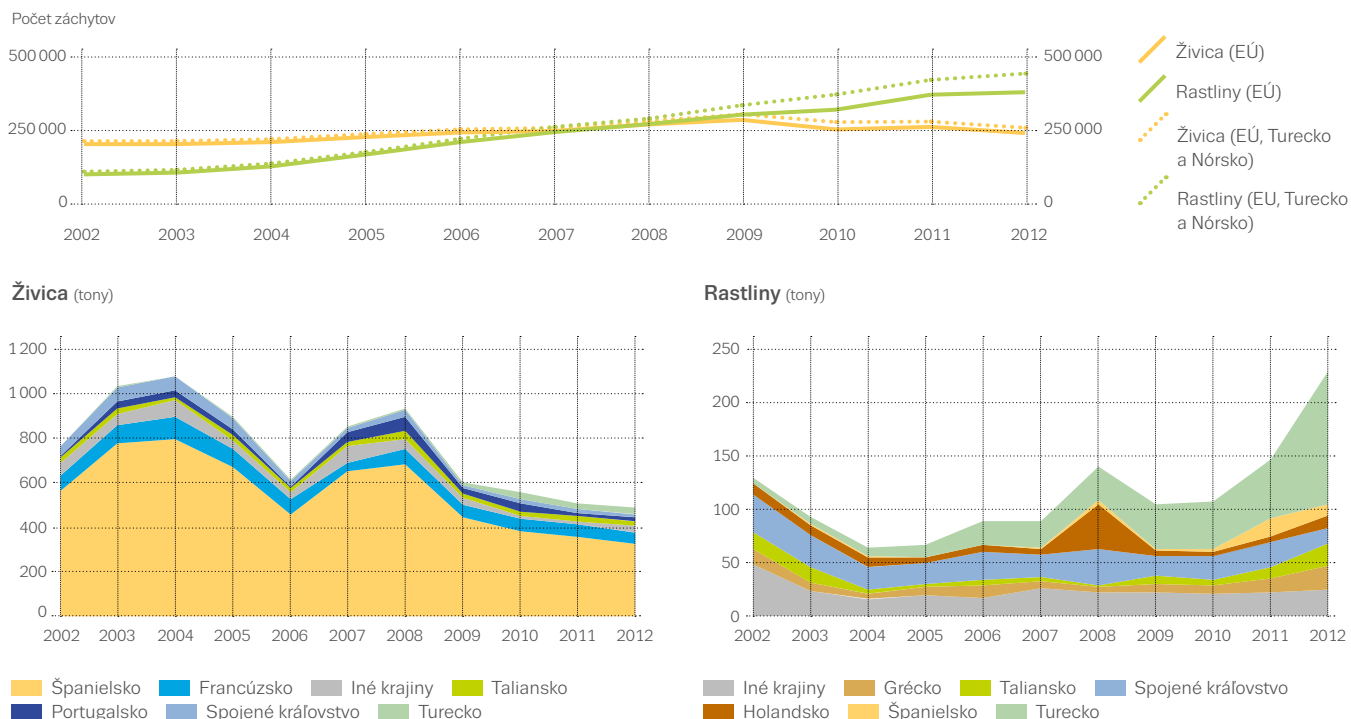
Rastlinný kanabis dostupný v Európe sa pestuje doma aj nezákonne dováža zo zahraničných krajín. Väčšina kanabisovej živice sa dováža po mori alebo letecky z Maroka.

Za posledných desať rokov počet záchytov rastlín prevýšil počet záchytov živice a v súčasnosti predstavuje takmer dve tretiny všetkých záchytov kanabisu (obr. 1.2). To čiastočne odzrkadľuje rastúcu dostupnosť domáceho rastlinného kanabisu v mnohých krajinách. Množstvo zachytenej kanabisovej živice v Európskej únii, aj keď v ostatných rokoch kleslo, je stále oveľa vyššie ako množstvo oznámeného rastlinného kanabisu (457 ton oproti 105 tonám v roku 2012). Možno to vysvetliť skutočnosťou, že kanabisová živica sa pravdepodobne prepravuje vo veľkom množstve cez väčšie geografické vzdialenosti a cez hranice, a preto je náchylnejšia na zabránenie pohybu.

Čo sa týka zachytených množstiev, neúmerne významný je malý počet krajín, čiastočne z dôvodu ich lokality na hlavných obchodných trasách (obr. 1.2 a 1.3). Napríklad

OBRÁZOK 1.2

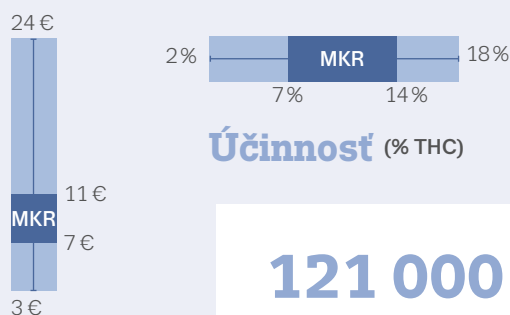
Počet záchytov kanabisu a zachytené množstvo v tonách: živica a rastliny 2002 – 2012



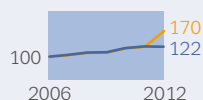
KANABIS

Živica

457 zachytených ton **240 000** záchytov
486 zachytených ton (EÚ + 2) **258 000** záchytov (EÚ + 2)

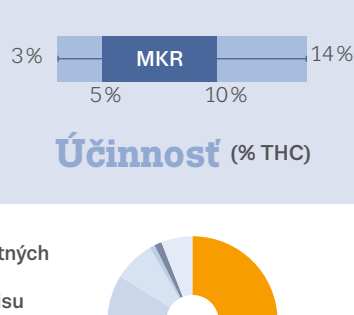


Cena (EUR/g)

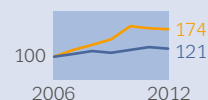
Cenové indexy
a indexy účinnosti

Rastlina

105 zachytených ton **395 000** záchytov
230 zachytených ton (EÚ + 2) **457 000** záchytov (EÚ + 2)

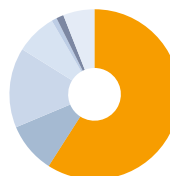


Cena (EUR/g)

Cenové indexy
a indexy účinnosti

121 000 oznámených trestných
činov súvisiacich
s ponukou kanabisu

59% oznámených trestných
činov ponuky

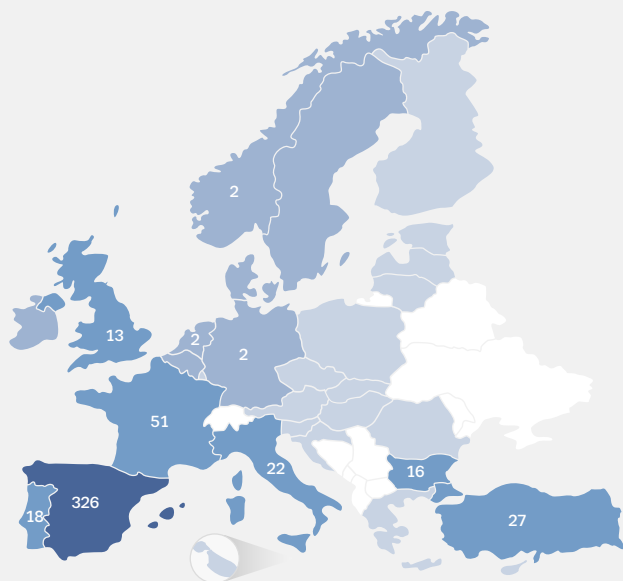


EÚ + 2 označuje členské štáty EÚ, Turecko a Nórsko. Cena a účinnosť kanabisových produktov: Priemerné vnútroštátne hodnoty: minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR). Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

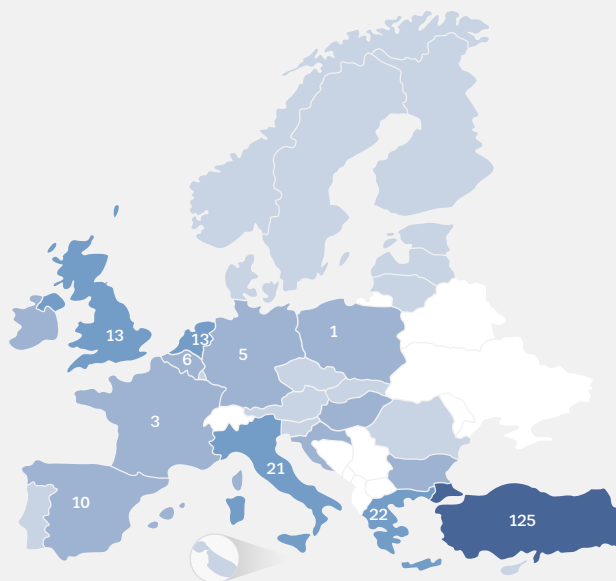
OBRÁZOK 1.3

Množstvo zachytenej kanabisovej živice a rastlinného kanabisu 2012

Živica



Rastliny



Tony <1 1–10 11–100 >100

Poznámka: Zachytené množstvo (v tonách) v desiatich krajinách s najvyššími hodnotami.

Španielsko, ktoré je veľmi blízko Maroku a má veľký vnútorný trh, oznámilo približne dve tretiny množstva zachytenej živice v Európe v roku 2012. Pokiaľ ide o rastlinný kanabis, veľké zvýšenie zachyteného množstva v poslednom čase oznámili Grécko a Taliansko. Od roku 2007 je krajinou, ktorá zachytáva najväčšie množstvo rastlinného kanabisu než ktorýkoľvek iný členský štát EÚ, Turecko a oznámené množstvo v roku 2012 bolo viac ako dvojnásobné oproti v roku 2011.

Záchyty rastlinného kanabisu možno chápať ako ukazovateľ domácej výroby, aj keď kvalita údajov dostupných v tejto oblasti spôsobuje problémy z hľadiska porovnania. V roku 2012 bolo v Európe hlásených 33 000 záchytov kanabisových rastlín. Od roku 2011 do roku 2012 vzrástol počet zachytených kanabisových rastlín z 5 miliónov na 7 miliónov, čo je do veľkej miery spôsobené štvornásobne vyšším počtom záchytov oznámených z Talianska. Počas toho istého obdobia sa zachytené množstvá zvýšili z 33 ton na 45 ton.

Indexované trendy na európskej úrovni ukazujú nárast tak maloobchodnej ceny, ako aj účinnosti (úroveň tetrahydrokanabinolu, THC) rastlinného kanabisu a kanabisovej živice v rokoch 2006 – 2012. Účinnosť oboch foriem kanabisu sa od roku 2006 zvýšila, i keď veľká časť nárastu v prípade živice sa pozoruje v rokoch 2011 a 2012.

Vznik syntetických kanabinoidov, chemických látok, ktoré napodobňujú účinky kanabisu, pridal trhu s kanabisom nový rozmer. Zdá sa, že väčšina syntetického kanabinoidu vo forme prášku sa vyrába v Číne a potom sa hromadne expeduje využívajúc zavedené legálne prepravné a distribučné siete. V Európskej únii sa chemické látky obvykle miešajú s rastlinami alebo sa na ne striekajú a balia sa ako „nekontrolované psychoaktívne látky“ na predaj buď prostredníctvom internetu, alebo iných predajcov. Za prvých šesť mesiacov roku 2013 oznámilo osemnásť krajín vyše 1 800 zachytení syntetických kanabinoidov. Najväčšie zachytené množstvá oznámilo Španielsko (20 kg) a Fínsko (7 kg).

Heroín: celkový pokles záchyto, ale nárast v Turecku

V Európe sú z historického hľadiska dostupné dve formy dovážaného heroínu: bežnejší je hnedý heroín (jeho základná chemická forma), ktorý pochádza najmä z Afganistanu. Menej bežnou formou je biely heroín (vo forme soli), ktorý tradične pochádza z juhovýchodnej Ázie, v súčasnosti sa však môže vyrábať kdekoľvek. Určitá obmedzená časť opioidových drog sa vyrába v Európe, predovšetkým domáce makové produkty, ktoré boli hlásené v častiach východnej Európy.

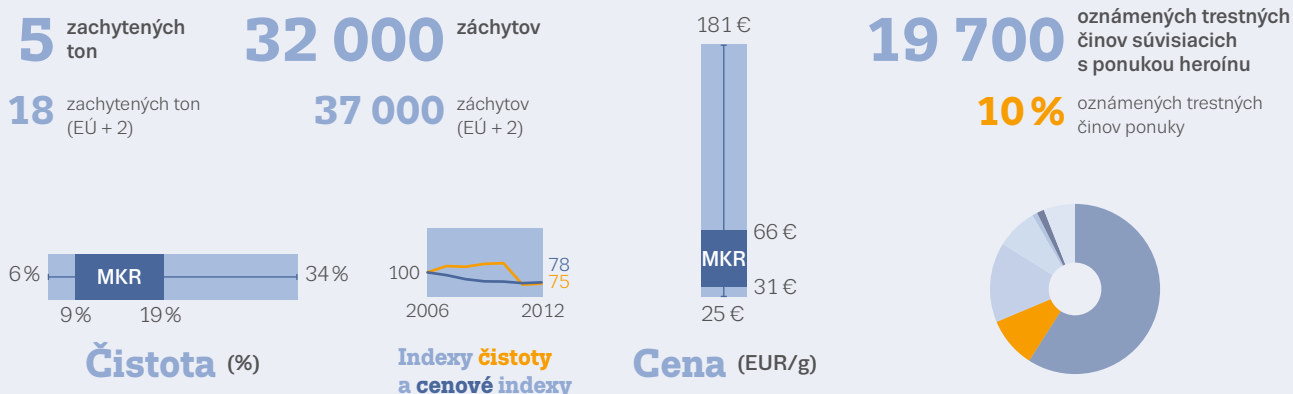
Najväčším nezákonným výrobcom ópia na svete je stále Afganistan a prevláda názor, že väčšina heroínu nájdeného v Európe bola vyrobená v Afganistane alebo v menšom rozsahu v susednom Iráne alebo Pakistane. Droga sa môže do Európy dostať viacerými obchodnými trasami. Jedna z týchto trás vedie cez Turecko do balkánskych štátov (Bulharsko, Rumunsko alebo Albánsko) a do strednej, južnej a západnej Európy. Ďalšia trasa vedie cez Rusko cez bývalé sovietske stredoázijské republiky. Dodávky heroínu z Iránu a Pakistanu sa môžu do Európy dostať aj letecky

alebo po mori, a to buď priamo, alebo cez západoafrické a východoafrické krajiny.

V rokoch 2002 – 2010 bol počet oznámených záchyto heroínu v Európe pomerne stabilný s ročnými úrovňami približne 50 000. Od roku 2010 však počet záchyto heroínu značne klesol, pričom v roku 2012 bolo oznámených odhadovaných 32 000 záchyto. Množstvo zachyteného heroínu v roku 2012 (5 ton) bolo najnižšie oznámené množstvo v uplynulom desaťročí a zodpovedá len polovici množstva zachyteného v roku 2002 (10 ton). Klesajúci počet záchyto v Európskej únii je sprevádzaný zvýšením počtu záchyto v Turecku, ktoré od roku 2006

Od roku 2010 počet záchyto heroínu značne klesol, pričom v roku 2012 bolo oznámených odhadovaných 32 000 záchyto

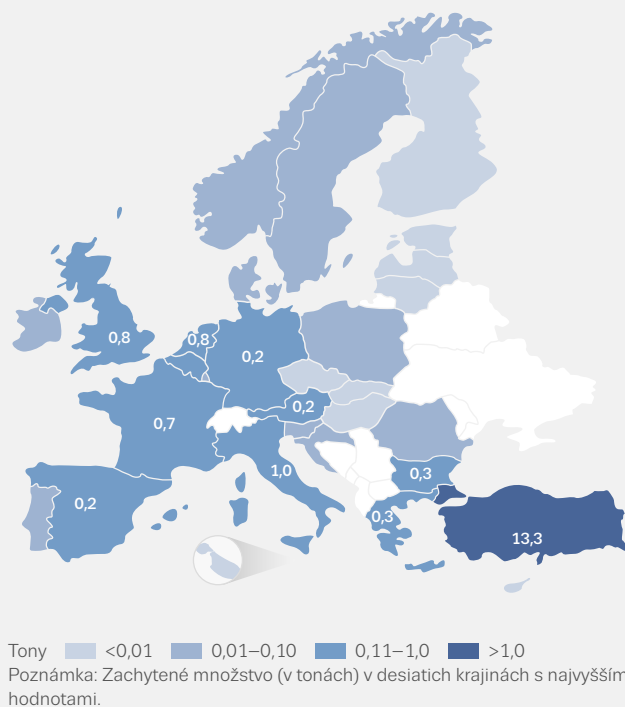
HEROÍN



EÚ + 2 označuje členské štáty EÚ, Turecko a Nórsko. Cena a čistota tzv. hnedého heroínu: priemerné vnútroštátne hodnoty: minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR). Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 1.5

Množstvo zachyteného heroínu 2012



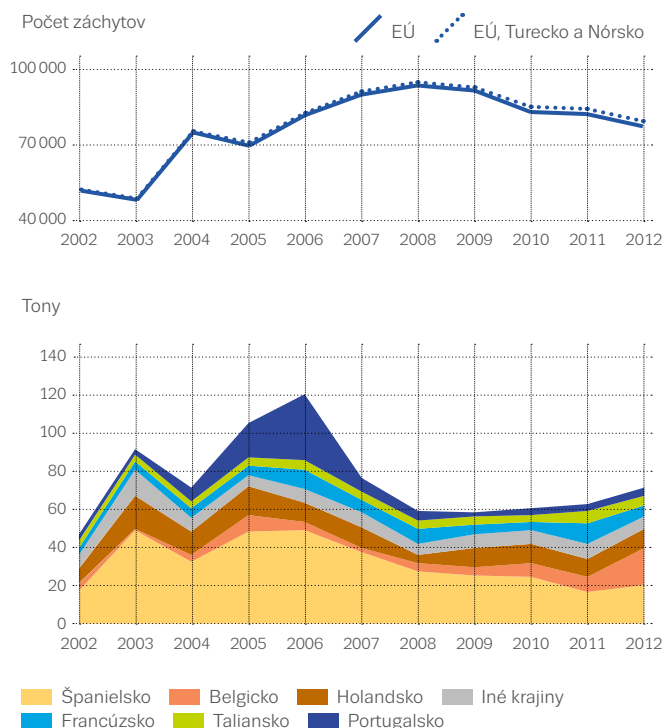
Kokaín: počet záchytov naďalej klesá

V Európe sú dostupné dve formy kokaínu, pričom najbežnejšou z nich je kokaínový prášok (hydrochloridová soľ, HCl). Menej dostupný je tzv. krekový kokaín, ktorý sa dá fajčiť. Kokaín sa vyrába z listov kríka koky. Táto droga sa vyrába takmer výlučne v Bolívii, Kolumbii a Peru a do Európy sa dováža vzdušnými a námornými trasami. Zdá sa, že hlavná obchodná trasa kokaínu do Európy – a snahy presadzovania práva proti tomuto obchodovaniu – vedie najmä cez západné a južné krajiny, pričom Španielsko, Belgicko, Holandsko, Francúzsko a Taliansko spolu predstavujú 85 % zo 71 ton zachytených v roku 2012 (obr. 1.6). Príznamy prebiehajúcej diverzifikácie obchodných kokaínových trás do Európy zahŕňajú rozsiahle jednotlivé záchyty v prístavoch Bulharska, Grécka, Rumunska a pobaltských štátoch.

V roku 2012 bolo v Európe oznámených asi 77 000 záchytov kokaínu, čo predstavuje 71 ton zachytenej drogy. Počet záchytov kokaínu oznámených v roku 2012 je stále

OBRÁZOK 1.6

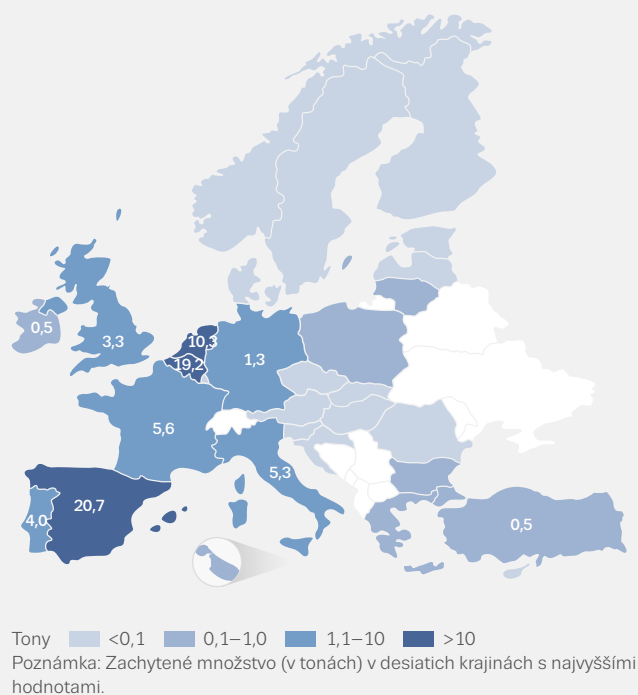
Počet záchytov kokaínu a zachytené množstvo 2002 – 2012



na vysokej úrovni v porovnaní s rokom 2002, avšak klesol z odhadovaného vrcholu približne 95 000 záchytov v roku 2008. Množstvo zachyteného kokaínu v roku 2012 vzrástlo približne o 10 ton v porovnaní s predchádzajúcim rokom, ale je stále ďaleko pod maximom 120 ton zachytených v roku 2006 (obr. 1.6). Zníženie množstva zachyteného

OBRÁZOK 1.7

Množstvo zachyteného kokaínu 2012



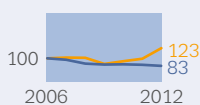
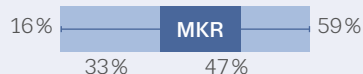
kokaínu je najvýraznejšie pozorovateľné na Pyrenejskom polostrove, najmä v Portugalsku v rokoch 2006 – 2007 a pozvoľnejšie v Španielsku v rokoch 2006 – 2011. Rekordný počet záchytov kokaínu bol oznámený v roku 2012 v Belgicku (19 ton) (obr. 1.7).

KOKAÍN

71 zachytených ton **77 000** záchytov

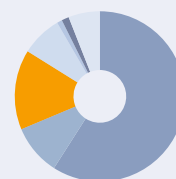
72 zachytených ton (EÚ + 2)

80 000 záchytov (EÚ + 2)



31 000 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou kokaínu

15% oznámených trestných činov ponuky



EÚ + 2 označuje členské štáty EÚ, Turecko a Nórsko. Cena a čistota kokaínu: priemerné vnútroštátne hodnoty: minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR). Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

Amfetamíny: náznaky zvýšenej výroby metamfetamínu

Amfetamín a metamfetamín sú úzko súvisiace syntetické stimulanty, rodovo známe ako amfetamíny. Z týchto dvoch drog bol v Európe vždy bežnejší amfetamín, objavujú sa však náznaky rastúcej dostupnosti metamfetamínu.

Obe drogy sa vyrábajú v Európe na domáce použitie, aj keď určité množstvo amfetamínu sa takisto vyrába na vývoz, predovšetkým na Stredný východ. Je známe, že amfetamín sa vyrába v Belgicku a Holandsku, ako aj v Poľsku a pobaltských štátoch. Čo sa týka výroby metamfetamínu, možno identifikovať dve hlavné oblasti. Prvou oblasťou sú pobaltské štáty, v ktorých je výroba sústredená okolo Litvy na export do Nórska, Švédska a Spojeného kráľovstva. V tomto regióne sa ako hlavný prekurzor používa BMK (benzyl metyl ketón). V druhej oblasti, sústredenej okolo Českej republiky a susediaceho Slovenska a Nemecka, je výroba zameraná najmä na efedrín a pseudoefedrín a realizuje sa v malých tzv. kuchynských laboratóriách. V tomto prípade je produkcia určená predovšetkým na distribúciu v rámci krajiny. V posledných dvoch rokoch boli

zaznamenané známky zvýšeného zapojenia vietnamských skupín organizovanej trestnej činnosti do českých trhov s metamfetamínom a rozširovania výroby. V roku 2011 bolo 350 oznámení o zničených výrobných miestach metamfetamínu v Európe, z ktorých však väčšina boli miesta malého rozsahu zaznamenané Českou republikou (338).

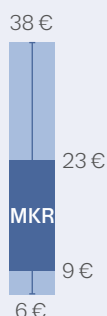
V roku 2012 členské štáty EÚ oznámili 29 000 záchytov amfetamínu, čo predstavuje 5,5 tony. Na vyše polovici celkového množstva zachyteného amfetamínu sa podieľalo Nemecko, Holandsko a Spojené kráľovstvo (obr. 1.8). Po období vyšších úrovní z hľadiska počtu aj množstva sa počet záchytov amfetamínu v roku 2012 vrátil na približne rovnakú úroveň ako v roku 2003 (obr. 1.9). V rovnakom období sa zvýšil počet záchytov metamfetamínu, i keď ich počet a množstvo sú stále malé (obr. 1.10). V roku 2012 bolo v Európskej únii zaznamenaných 7 000 záchytov, čo predstavuje 0,34 ton metamfetamínu. Ďalších 4 000 záchytov predstavujúcich 0,64 ton zaznamenalo Turecko a Nórsko, čo spolu predstavuje asi dvojnásobné množstvo zachytené v Európskej únii.

AMFETAMÍNY

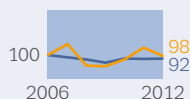
Amfetamín

5,5 zachytených ton
29 000 záchytov

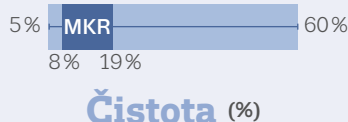
5,9 zachytených ton (EÚ + 2)
32 000 záchytov (EÚ + 2)



Cena (EUR/g)



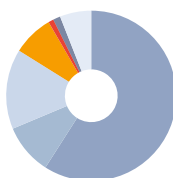
Cenové indexy a indexy čistoty



Čistota (%)

16 000 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou amfetamínu

8 % oznámených trestných činov ponuky



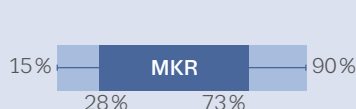
2 300 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou metamfetamínu

1 % oznámených trestných činov ponuky

Metamfetamín

0,3 zachytených ton
7 000 záchytov

1,0 zachytených ton (EÚ + 2)
11 100 záchytov (EÚ + 2)



Čistota (%)



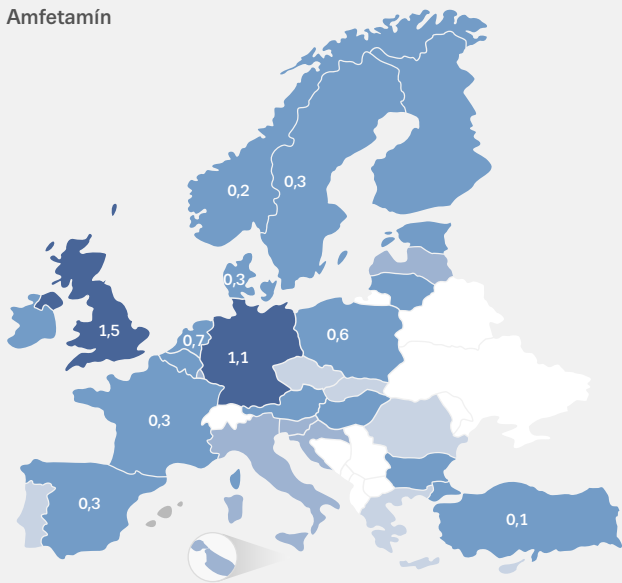
Cena (EUR/g)

EÚ + 2 označuje členské štáty EÚ, Turecko a Nórsko. Cena a čistota metamfetamínu: priemerné vnútroštátne hodnoty: minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR). Indexy nie sú k dispozícii pre metamfetamín. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

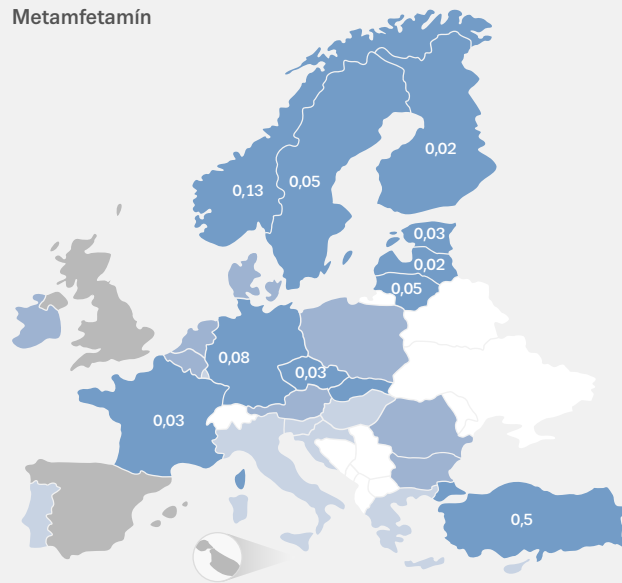
OBRÁZOK 1.8

Množstvo zachyteného amfetamínu a metamfetamínu 2012

Amfetamín



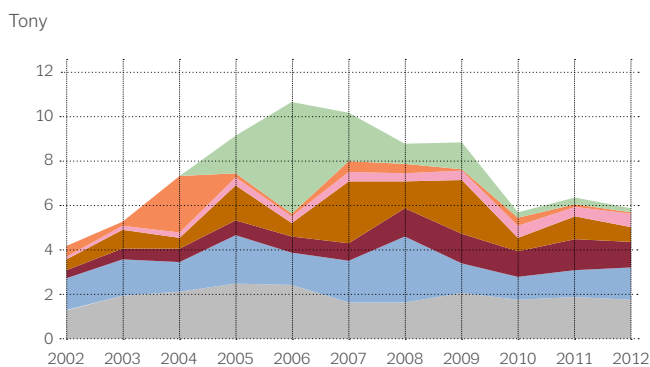
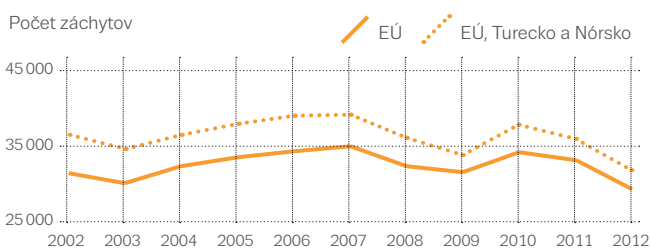
Metamfetamín



Tony <0,001 0,001–0,010 0,011–1,0 >1,0 Nie sú k dispozícii žiadne údaje
Poznámka: Zachytené množstvo (v tonách) v desiatich krajinách s najvyššími hodnotami.

OBRÁZOK 1.9

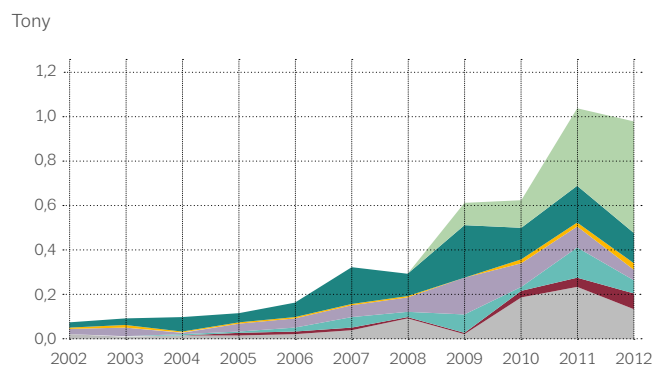
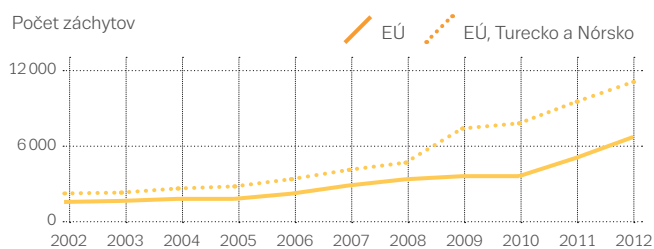
Počet záchytov amfetamínu a zachytené množstvo 2002 – 2012



Iné krajiny Spojené kráľovstvo Nemecko
Holandsko Poľsko Belgicko Turecko

OBRÁZOK 1.10

Počet záchytov metamfetamínu a zachytené množstvo 2002 – 2012



Iné krajiny Nemecko Litva Švédsko
Česká republika Nórsko Turecko

Extáza: dostupný prášok s vysokou čistotou

Pojmom extáza sa zvyčajne označuje syntetická látka MDMA (3,4-metyléndioxymetamfetamín), ktorá je chemicky príbuzná s amfetamínmi, ale do určitej miery sa od nich líši účinkami. Tablety predávané ako extáza však môžu obsahovať ktorúkoľvek zo skupiny látok podobných MDMA a nepříbuzné chemické látky. Bežnejšími sa javí byť prášková aj kryštalická forma MDMA a v niektorých častiach Európy je dostupný prášok s vysokou čistotou.

Zdá sa, že výroba extázy v Európe sa sústreďuje v Belgicku a Holandsku, čo dokazuje viacero laboratórií zničených v týchto krajinách za uplynulé desaťročie. Počet zničených laboratórií na výrobu extázy v Európe klesol z 50 v roku 2002 na 3 v roku 2010, čo naznačuje veľký pokles výroby tejto drogy. V poslednom období sa ukazujú známky, že trh s extázou sa obnovuje, pričom v roku 2013 bolo zničené veľké množstvo výrobní MDMA v Belgicku a Holandsku.

V roku 2012 boli v Európskej únii zachytené 4 milióny tabliet extázy, predovšetkým v Holandsku (2,4 milióna),

ďalej v Spojenom kráľovstve (0,5 milióna) a Nemecku (0,3 milióna). Okrem toho Turecko zachytilo v tom istom roku 3 milióny tabliet extázy (obr. 1.11 a 1.12). Množstvo zachytených tabliet extázy v Európskej únii v roku 2012 predstavuje menej ako jednu pätinu množstva zachyteného v roku 2002 (23 miliónov). Záchyty extázy celkovo klesli v rokoch 2002 – 2009, pričom v nasledujúcich rokoch pomaly rástli (obr. 1.11). Tento trend sa odráža aj v údajoch dostupných o obsahu MDMA v analyzovaných tabletách extázy, ktorý do roku 2009 klesal a v posledných troch rokoch podávania správ stúpala.

**Bežnejšími sa javí byť
prášková aj kryštalická forma
MDMA a v niektorých
častiach Európy je dostupný
prášok s vysokou čistotou**

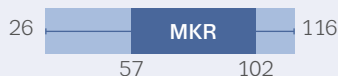
EXTÁZA

4 milióny
zachytených
tabliet

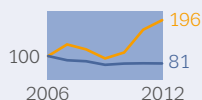
7 miliónov zachytených
tabliet (EÚ + 2)

11 200 záchytov

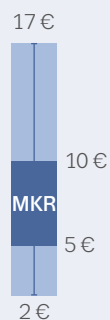
16 000 záchytov
(EÚ + 2)



Čistota (MDMA mg/tableta)



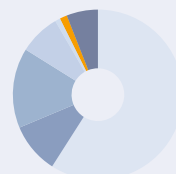
**Indexy čistoty
a cenové indexy**



Cena (EUR/tableta)

3 000 oznámených trestných
činov súvisiacich
s ponukou extázy

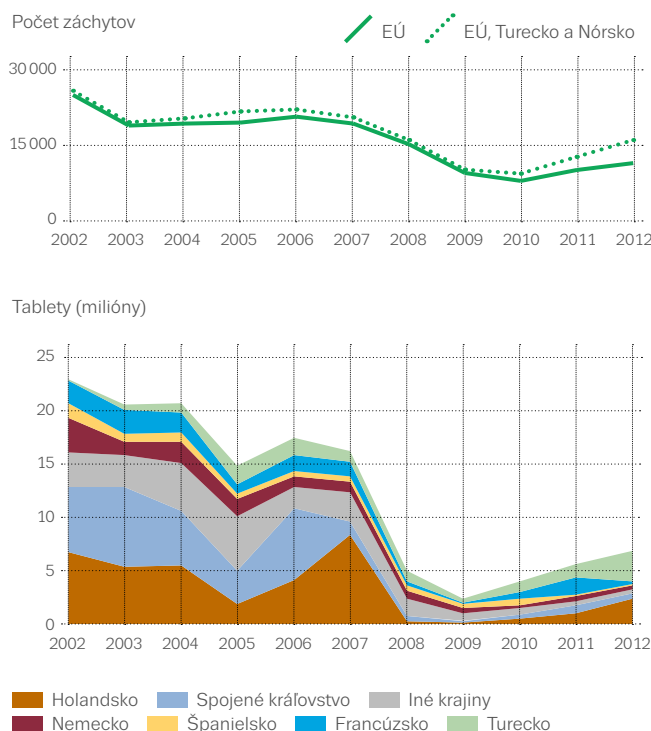
1% oznámených trestných
činov ponuky



EÚ + 2 označuje členské štáty EÚ, Turecko a Nórsko. Cena a čistota extázy: priemerné vnútroštátne hodnoty: minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR). Zahnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 1.11

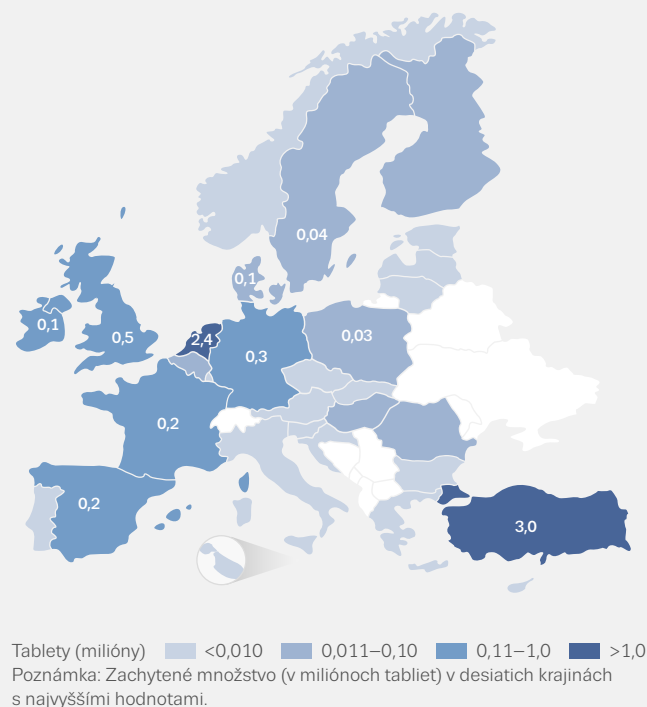
Počet záchytov extázy a zachytených tabliet 2002 – 2012



Trendy pozorované v ponuke extázy sa môžu sčasti pripísať posilneným kontrolám a cieľovým záchyтом látky PMK (piperonyl metyl ketón), hlavnej prekurzorovej chemikálie na výrobu MDMA. Výrobcom extázy údajne zareagovali na kontroly prekurzora používaním „pre-prekurzorov“ alebo „maskovaných prekurzorov“ – základných chemických látok, ktoré možno legálne dovážať ako nekontrolované látky a následne zmeniť na prekurzorové chemikálie potrebné na výrobu MDMA.

OBRÁZOK 1.12

Množstvo zachytenej extázy 2012



Katinóny, nová trieda stimulantov v Európe

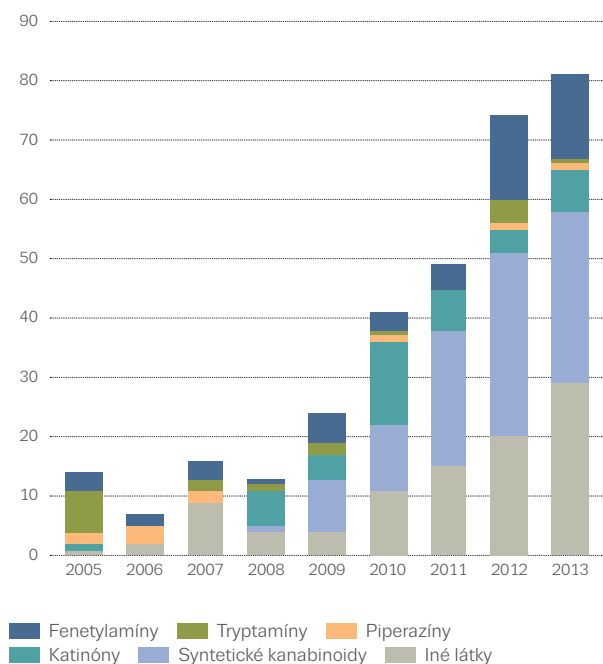
V posledných rokoch bolo v Európe identifikovaných vyše 50 náhradných derivátov katinónov. Najznámejším príkladom je mefedrón, ktorý sa etabloval v niektorých krajinách na trhu so stimulantmi. Ďalší katinón, MDPV (3,4-metyléndioxypyrovalerón), sa predáva na európskom trhu prevažne vo forme prášku a tabliet ako nekontrolovaná psychoaktívna látka, ale tiež priamo na nezákonnom trhu. V období rokov 2008 – 2013 bolo z 29 krajín oznámených viac ako 5 500 záchytov MDPV v práškovej forme, čo predstavuje vyše 200 kilogramov tejto drogy.

Zistená rastúca rozmanitosť nových drog

Analýzu trhu s drogami komplikuje výskyt nových drog (nových psychoaktívnych látok) – syntetických alebo prírodných látok, ktoré nie sú kontrolované medzinárodným právom a ktoré sa často vyrábajú s cieľom napodobniť účinky kontrolovaných drog. V niektorých prípadoch sa nové drogy vyrábajú v Európe v tajných laboratóriách a predávajú priamo na trh. Iné chemické látky sa dovážajú od dodávateľov, často z Číny alebo Indie, a potom sa atraktívne balia a uvádzajú na trh v Európe ako tzv. legal highs (nekontrolované psychoaktívne látky). Termín tzv. legal highs „nekontrolované psychoaktívne látky“ je zavádzajúci, keďže látky môžu byť v niektorých členských štátoch kontrolované alebo ich predaj na účely spotreby

OBRÁZOK 1.13

Počet a hlavné skupiny nových psychoaktívnych látok oznámených prostredníctvom systému včasného varovania EÚ 2005 – 2013



porušuje predpisy v oblasti bezpečnosti spotrebiteľov alebo predaja. S cieľom predísť kontrolám sú tieto produkty často označené zavádzajúcim názvom, napríklad „výskumné chemikálie“ alebo „výživa pre rastliny“ s upozornením, že výrobok nie je určený na ľudskú spotrebu.

Počas roku 2013 členské štáty prvýkrát oznámili prostredníctvom systému včasného varovania 81 nových psychoaktívnych látok (obr. 1.13). Dvadsaťdeväť z týchto látok tvorili syntetické kanabinoidy a ďalších 30 zlúčenín sa nepodobalo žiadnym ľahko rozpoznateľným chemickým skupinám (vrátane rastlín a liekov). Zároveň bolo oznámených 13 nových substituovaných fenetylamínov, sedem syntetických katinónov, tryptamín a piperazín.

Počas roku 2013 členské štáty prvýkrát oznámili prostredníctvom systému včasného varovania 81 nových psychoaktívnych látok

Hodnotenie rizika nových drog

Na celoeurópskej úrovni boli vykonané hodnotenia rizík 4-metylamfetamínu (v roku 2012) a 5-(2-aminopropyl) indolu (v roku 2013) ako reakcia na nové dôkazy poškodení, ktoré zahŕňali vyše 20 úmrtí spojených s oboma týmito látkami za krátke obdobie. Obe tieto látky boli podrobené kontrolným opatreniam v celej Európe. Riziká štyroch nových psychoaktívnych látok (25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamín) boli hodnotené v apríli 2014.

25I-NBOMe je substituovaný fenetylamín a plne účinný agonista serotonínových 5-HT_{2A} receptorov, ktorý má halucinogénne účinky. Na európskom trhu s drogami je k dispozícii minimálne od mája 2012. V štyroch členských štátoch bola ohlásená závažná toxicita spojená s jeho užívaním, vrátane jedného úmrtia, pri ktorom bola zistená táto látka.

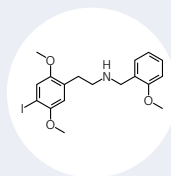
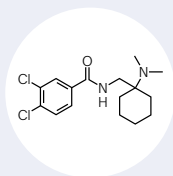
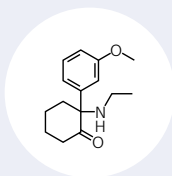
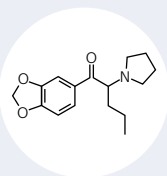
AH-7921 je syntetický opioid, ktorý je v Európskej únii k dispozícii minimálne od júla 2012. Vo väčšine prípadov bol zachytený v malých množstvách ako prášok. Tento opioid bol zistený v šiestich nefatálnych intoxikáciách a pri pätnástich úmrtiach vo Švédsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku.

MDPV je derivát syntetického katinónu úzko súvisiaci s pyrovalerónom. MDPV sa na európskom trhu s drogami vyskytuje minimálne od novembra 2008 a bol zistený až pri 107 nefatálnych intoxikáciách a 99 úmrtiach, predovšetkým vo Fínsku a Spojenom kráľovstve. Existujú určité indikácie, že sa predával ako „legálna“ alebo syntetická verzia kokaínu a bol nájdený aj v tabletách podobajúcich sa „extáze“.

Metoxetamín je arylcyklohexylamín úzko súvisiaci s ketamínom a na európskom trhu s drogami je k dispozícii minimálne od septembra 2010. Boli zachytené viackilogramové množstvá tejto látky vo forme prášku. V súvislosti s touto látkou bolo oznámených dvadsať úmrtí a 110 nefatálnych intoxikácií.

Nové psychoaktívne látky sa môžu objaviť na trhu buď pod zámienkou kontrolovanej drogy, alebo ako alternatíva kontrolovanej drogy. Napríklad 4-metylamfetamín sa predával priamo na nezákonný trh s drogami ako amfetamín, metoxetamín sa predáva ako legálna alternatíva ketamínu a 25I-NBOMe sa predáva ako „legálna“ alternatíva LSD.

HODNOTENIA RIZÍK ŠTYROCH LÁTOK V ROKU 2014



MDPV	Metoxetamín	AH-7921	25I-NBOMe	Látka
Katinóny	Arylcyklohexylamíny	Opioidy	Fenetylaminy	Skupina drogy
2008	2010	2012	2012	Rok prvého oznámenia prostredníctvom systému včasného varovania EÚ
99	20	15	1	Počet úmrtí spojených s látkou
107	110	6	15	Počet nefatálnych intoxikácií
29	24	8	24	Počet krajín, v ktorých boli zistené (EÚ, Turecko a Nórsko)
22	9	1	6	Počet krajín, v ktorých podliehajú kontrolným opatreniam podľa právnych predpisov týkajúcich sa kontroly drog (EÚ, Turecko a Nórsko)

Internet ako rastúci trh

Internet hrá rastúcu rolu pri formovaní spôsobu predávania drog a predstavuje mimoriadne problémy pre prerušenie ponuky „nových“ aj „starých“ drog. Vďaka skutočnosti, že výrobcovia, dodávatelia, predajcovia, webhostingové služby a služby spracovania platieb môžu mať sídlo v rôznych krajinách, je obzvlášť ťažké ich kontrolovať. K týmto problémom prispieva rastúce využívanie anonymných sietí – tzv. darknet – na predaj drog dílerom a spotrebiteľom. Technológie na prístup k týmto stránkam sa čoraz častejšie začleňujú do softvéru spotrebiteľa, čím sa tieto trhy otvárajú väčšiemu počtu ľudí. Okrem toho sa zdá, že otvorený predaj tzv. legal highs na internete zvýšil ich dostupnosť pre distribútorov a spotrebiteľov. V roku 2013 sa monitoringom EMCDDA identifikovalo 651 webových stránok predávajúcich tzv. legal highs Európou.

Zistených viac liekov

Rastúci počet nových drog, ktoré boli zistené na trhu s drogami, sa používa zákonne ako lieky. Niekedy sa predávajú ako lieky, inokedy tajne ako nezákonné drogy, napr. heroín, alebo sa môžu predávať ako tzv. legal highs, výskumné chemikálie a dokonca ako potravinové doplnky. K nedávnym príkladom, ktoré sú všetky údajne vstrekané užívateľmi opioidov, patria: pregabalín používaný na liečbu neuropatickej bolesti, epilepsie a všeobecnej úzkosti; tropikamid používaný pri vyšetrení očí na rozšírenie zreničiek; a karfentanil, opioid používaný na upokojenie veľkých zvierat.

Medzi ďalšie lieky nedávno oznámené prostredníctvom systému včasného varovania patria: fenazepam, benzodiazepín, ktorý sa predáva ako „legálny“ benzodiazepín, ako „výskumná chemikálie“ a ako kontrolovaná droga diazepam; fenibut, anxiolytikum používané na liečbu závislosti od alkoholu v Rusku, ktorý sa predáva on-line ako „potravinový doplnok“. Zdroj týchto liekov možno nájsť viacerými spôsobmi: licencované lieky môžu byť odklonené z regulovaného trhu a nelicencované lieky sa môžu dovážať z krajín mimo Európskej únie. Okrem toho sa zložky drog môžu dovážať vo veľkých množstvách z krajín ako Čína, následne spracovať a baliť v európskych krajinách a predávať priamo na nezákonnom trhu s drogami, na trhu s tzv. legal highs alebo na internetových obchodných stránkach.

**Rastúci počet nových drog,
ktoré boli zistené na trhu
s drogami, sa používa
zákonne ako lieky**

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2014

Trhy s kanabisom v Európe: prechod na domáci rastlinný kanabis, Výhľady v drogovej oblasti.

Exploring methamphetamine trends in Europe, dokumenty EMCDDA.

2013

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, hodnotenia rizík.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, hodnotenia rizík.

Synthetic cannabinoids in Europe, Výhľady v drogovej oblasti.

Synthetic drug production in Europe, Výhľady v drogovej oblasti.

2012

Cannabis production and markets in Europe, Prehľady.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, správy zo zasadnutia o najnovších trendoch.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Hodnotenia rizík.

Responding to new psychoactive substances, Pozornosť upriamená na drogy.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

2007

Early-warning system on new psychoactive substances — operating guidelines.

Spoločné publikácie EMCDDA a Europolu

2014

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: AH-7921 (3,4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: methoxetamine (2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 25I-NBOMe (4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine).

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: MDPV (3,4-methylenedioxypyrovalerone).

2013

Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Všetky publikácie sú dostupné na www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Odhaduje sa, že minimálne
štvrtina dospelých populácie
v Európskej únii, čo je vyše
80 miliónov dospelých, niekedy
v živote užila nezákonnú drogu**

Užívanie drog a problémy súvisiace s drogami

Pojem „užívanie drog“ sa vzťahuje na viacero rôznych foriem spotreby, ktoré siahajú v nepretržitom slede od jednorazového experimentálneho užitia po návykové a závislé užívanie. Rôzne formy spotreby sú spojené s rôznymi úrovňami rizika a poškodenia. Celkovo budú riziká, ktorým je jednotlivец vystavený pri užívaní drog, ovplyvnené faktormi, akými sú súvislosť, v akej sa drogy užívajú, užitá dávka, spôsob užívania, súčasné užívanie ďalších látok, počet a dĺžka epizód užívania drog a individuálna zraniteľnosť.

Monitorovanie užívania drog a problémov súvisiacich s drogami

Spoločný prístup k monitorovaniu užívania drog v Európe je zaistený piatimi kľúčovými epidemiologickými ukazovateľmi EMCDDA. Medzi tieto údaje patria: prieskumy užívania, odhady problémového užívania, úmrtia súvisiace s drogami, infekčné choroby a nástup na protidrogovú liečbu. Spoločne poskytujú pre EMCDDA dôležitý zdroj analýzy trendov a vývojových zmien. Technické informácie o týchto ukazovateľoch nájdete on-line na *portáli kľúčových ukazovateľov* a vo webovej zóne *European Drug Report: Data and statistics* (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady).

Vyššie 80 miliónov Európanov užilo nezákonnú drogu

Odhaduje sa, že minimálne štvrtina dospeléj populácie v Európskej únii, čo je vyše 80 miliónov dospelých, niekedy v živote užila nezákonnú drogu. Vo väčšine prípadov užili kanabis (73,6 milióna), nižšie odhady sú zaznamenané pre celoživotné užívanie kokaínu (14,1 milióna), amfetamínu (11,4 milióna) a extázy (10,6 milióna). Úroveň celoživotného užívania sa medzi krajinami podstatne líšia: od približne jednej tretiny dospelých v Dánsku, vo Francúzsku a v Spojenom kráľovstve po menej ako jeden z desiatich v Bulharsku, Grécku, na Cypre, v Maďarsku, Portugalsku, Rumunsku a Turecku.

Užívanie drog medzi študentmi

Monitorovanie užívania látky medzi študentmi poskytuje dôležitý obraz o súčasnom rizikovom správaní mládeže a ukazovateľ možných budúcich trendov. V Európe poskytuje štúdia ESPAD cenný zdroj sledovania trendov užívania látky v priebehu času medzi 15- až 16-ročnými študentmi. Podľa najnovších údajov, od roku 2011, sa odhaduje, že jeden zo štyroch 15- až 16-ročných užil niekedy nezákonnú drogu, pričom úrovne prevalencie sa medzi jednotlivými krajinami značne líšia. Prevažnú väčšinu užívania nezákonných drog v tejto skupine predstavuje kanabis, pričom asi 24 % uviedlo celoživotné užívanie, 20 % užívanie v minulom roku a 12 % užívanie v mesiaci pred anketou. V porovnaní s dievčatami chlapci uviedli užívanie kanabisu v minulom mesiaci s 1,5-násobne väčšou pravdepodobnosťou.

Mnohí z tých, ktorí oznámili užívanie kanabisu, užíli túto látku len raz alebo dvakrát. Menšia časť študentov však uviedla intenzívnejšie formy užívania, pričom približne 2 % študentov uviedli užívanie tejto drogy viac ako 10-krát v mesiaci pred anketou.

Prevalencia užívania nezákonných drog iných než kanabis je oveľa nižšia, hoci v niektorých krajinách je markantnejšie užívanie extázy a amfetamínov. Celkovo asi 7 % študentov uviedlo celoživotné užívanie viac ako jednej nezákonnej drogy. ESPAD informuje aj o užívaní alkoholu a tabaku. Študenti užívali obe tieto látky bežnejšie než kanabis a tí,

Odhaduje sa, že jeden zo štyroch 15- až 16-ročných užil niekedy nezákonnú drogu

ktorí užívali kanabis, boli s väčšou pravdepodobnosťou aj pravidelnými užívateľmi alkoholu a tabaku. 19 % študentov uviedlo fajčenie jednej alebo viac cigariet denne a 4 % uviedli fajčenie viac ako 10 cigariet denne v mesiaci pred anketou. Takmer dve tretiny študentov uviedlo pitie alkoholu minimálne raz v minulom mesiaci a 20 % bolo minimálne raz intoxikovaných v tomto období.

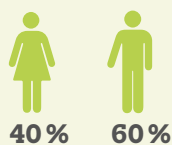
Kanabis: rozdielna národné trendy

Kanabis sa vo všeobecnosti fajčí a v Európe bežne mieša s tabakom. Formy užívania kanabisu siahajú od príležitostného alebo experimentálneho užívania po pravidelné a závislé užívanie, pričom problémy úzko súvisia s frekvenciou užívania a vyššími dávkami.

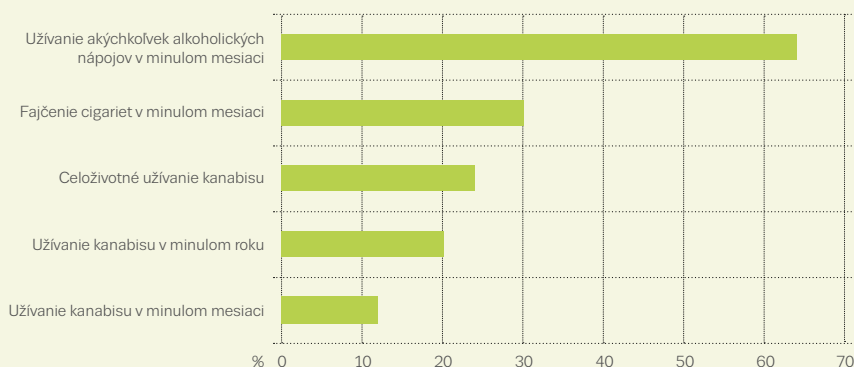
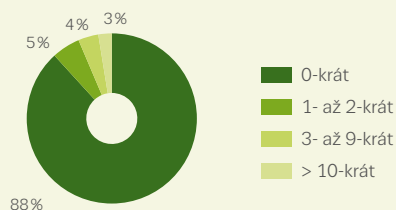
Kanabis je nezákonná droga, ktorú najčastejšie užívajú všetky vekové skupiny. Odhaduje sa, že v minulom roku užílo kanabis 14,6 milióna mladých Európanov (vo veku 15 – 34 rokov), alebo 11,2 % tejto vekovej skupiny, pričom 8,5 milióna z nich bolo vo veku 15 – 24 rokov (13,9 %).

UŽÍVANIE LÁTKY EURÓPSKYMÍ ŠTUDENTMI VO VEKU 15 – 16 ROKOV (ESPAD 2011)

Minulomesační užívatelia kanabisu podľa pohlavia

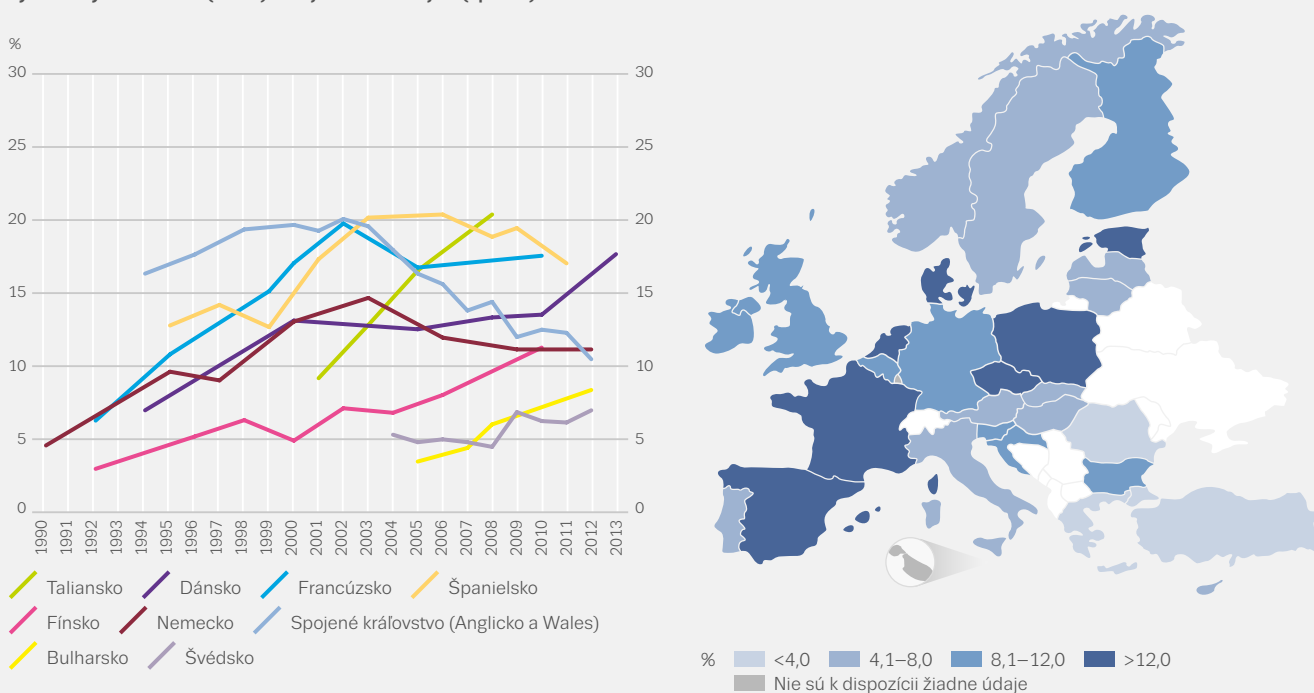


Frekvencia užívania kanabisu v minulom mesiaci (%)



OBRÁZOK 2.1

Prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v minulom roku: krajiny so štatisticky významnými trendmi (vľavo) a najnovšími údajmi (vpravo)



Užívanie kanabisu je vo všeobecnosti rozšírenejšie u mužov a tento rozdiel sa zvyrazňuje intenzívnejšou alebo pravidelnejšou formou užívania. Aktuálne trendy užívania sa javia byť rozdielne, čo objasňuje skutočnosť, že z krajín, ktoré oznamujú nové prieskumy od roku 2011, osem oznámilo pokles a päť nárast prevalence v minulom roku. Niekoľko národných prieskumov v súčasnosti oznamuje užívanie syntetických agonistov kanabinoidných receptorov, pričom v týchto krajinách je úroveň prevalence vo všeobecnosti nízka.

V súčasnosti má rastúci počet krajín dostatočné údaje z prieskumov, ktoré umožňujú štatistickú analýzu dlhodobých trendov užívania kanabisu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov). Stúpajúce trendy užívania kanabisu v minulom roku medzi mladými dospelými možno pozorovať v Dánsku, Fínsku a Švédsku, hoci na rôznych úrovniach prevalence (obr. 2.1). Naopak, miera prevalence v Nórsku ostala pomerne stabilná. Zaujímavé je, že v Nemecku, vo Francúzsku a v Spojenom kráľovstve zaznamenali v uplynulom desaťročí buď stabilný, alebo klesajúci trend, pričom pred týmto obdobím tam bol pozorovaný nárast. Španielsko tiež oznámilo nižšiu prevalence v poslednom desaťročí. Spolu tieto štyri krajiny predstavujú takmer polovicu populácie EÚ. V Bulharsku a Taliansku majú v kratších časových úsekoch stúpajúce trendy. Taliansko nedávno oznámilo nižšie úrovne prevalence, hoci z dôvodu metodických problémov nie sú prieskumy priamo porovnateľné.

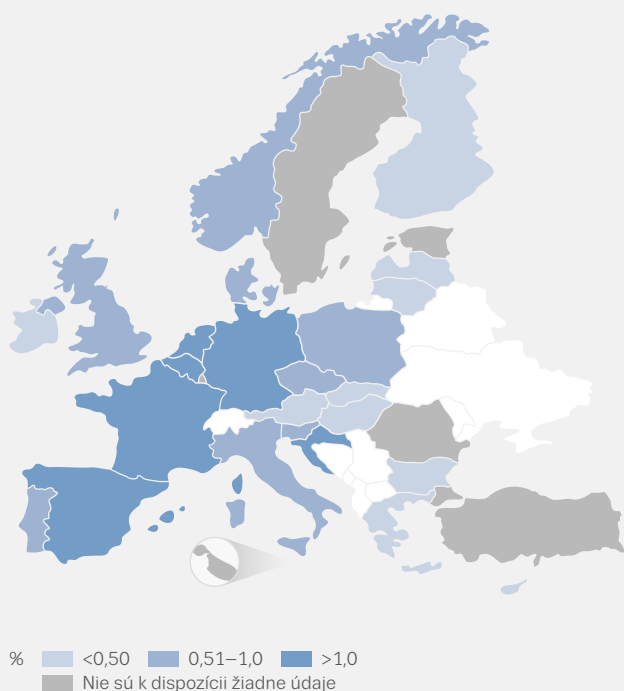
Obavy týkajúce sa užívateľov kanabisu

Menšia časť užívateľov kanabisu užíva túto látku intenzívne. Každodenné alebo takmer každodenné užívanie kanabisu sa vymedzuje ako užívanie 20 alebo viac dní v minulom mesiaci. Na základe týchto kritérií sa odhaduje, že takmer 1 % dospelých Európanov užíva denne alebo takmer denne kanabis. Viac ako dve tretiny z nich sú vo veku 15 – 34 rokov, pričom v tejto vekovej skupine tvoria viac ako tri štvrtiny muži. Spomedzi krajín poskytujúcich údaje sa odhadovaný percentuálny podiel každodenných alebo takmer každodenných užívateľov medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) líši od 0,1 % v Slovenskej republike po 4,4 % v Španielsku (obr. 2.2).

V roku 2012 bol kanabis najčastejšie oznamovanou hlavnou príčinou nástupu klientov na protidrogovú liečbu prvýkrát. Celkový počet oznámených klientov nastupujúcich na liečbu prvýkrát sa v roku 2012 stabilizoval (59 000), pričom v rokoch 2006 – 2011 stúpól zo 45 000 na 61 000. V roku 2012 bol kanabis druhou najčastejšie oznamovanou drogou u klientov, ktorí nastúpili na protidrogovú liečbu (110 000). Pozorovať však možno značné národné rozdiely v rozpätí od 2 % všetkých klientov protidrogovej liečby uvádzajúcich hlavné užívanie kanabisu v Bulharsku po 66 % v Maďarsku. Túto heterogenitu možno vysvetliť národnými rozdielmi v postupoch pri odosielaní na liečbu, právnych predpisoch, druhu liečebných služieb a úrovni prevalence kanabisu.

OBRÁZOK 2.2

Prevalencia každodenného a takmer každodenného užívania kanabisu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)

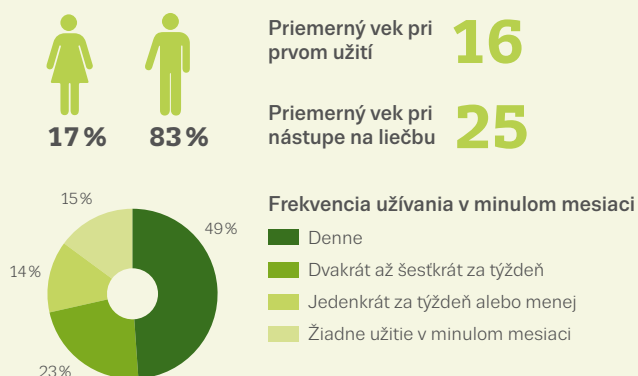


Akútne naliehavé prípady spojené s kanabisom a syntetickými kanabinoidnými produktmi

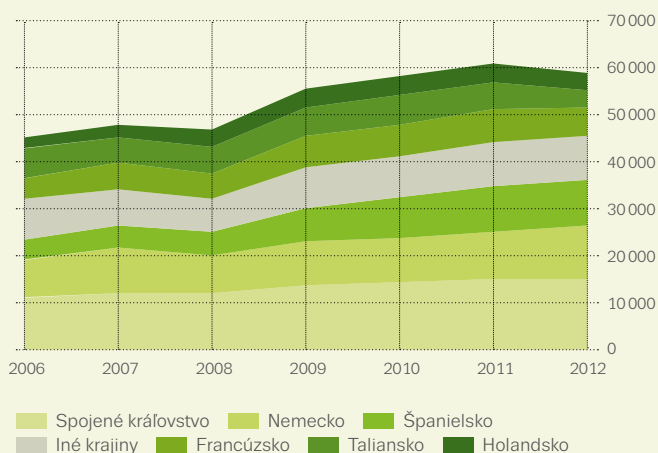
Po konzumácii kanabisu, najmä vo vysokých dávkach, sa môžu vyskytnúť, hoci zriedkavo, akútne naliehavé prípady. V krajinách s vyššími úrovňami prevalencie sa naliehavé prípady súvisiace s kanabisom javia ako rastúci problém. Nedávne nárasty naliehavých prípadov súvisiacich s kanabisom boli oznámené v Českej republike, Dánsku a Španielsku. Väčšina naliehavých prípadov súvisiacich s kanabisom sa vyskytuje medzi mladými mužmi a často je spojená s intoxikáciou alkoholom. Symptómy môžu zahŕňať úzkosť, psychózu alebo iné psychiatrické príznaky a vo väčšine prípadov sa nevyžaduje hospitalizácia. Ďalším znepokojujúcim vývojom je výskyt syntetických kanabinoidov. Tieto látky môžu byť mimoriadne účinné, ale nie sú chemicky podobné kanabisu a preto môžu viesť k odlišným a potenciálne vážnejším zdravotným následkom. Hoci sú naše súčasné poznatky o zdravotných následkoch užívania týchto látok stále obmedzené, rastie obava zo správ o akútnych nepriaznivých následkoch spojených s ich užívaním.

UŽÍVATELIA KANABISU, KTORÍ NASTÚPILI NA LIEČBU

Základné údaje



Trendy u osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu



Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je kanabis. Trendy sa týkajú všetkých osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je kanabis. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

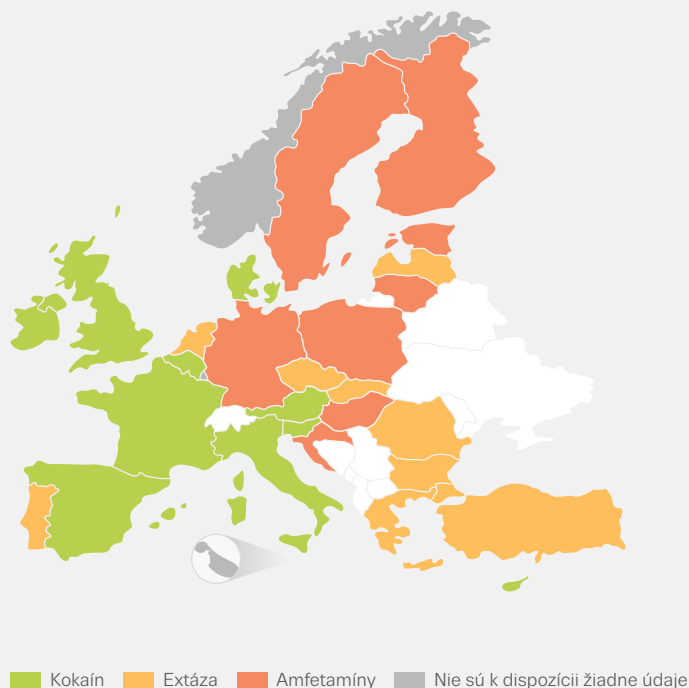
Geografické rozdiely vo formách užívania stimulantov

Najčastejšie užívanými nezákonnými stimulantmi v Európe sú kokaín, amfetamíny a extáza, pričom pre stimulačné účinky sa môžu nezákonne užívať aj niektoré menej známe látky vrátane piperazínov (napr. BZP, benzylpiperazín) a syntetických katinónov (napr. mefedrón a MDPV). Vysoké úrovne užívania stimulantov zvyčajne súvisia s osobitným prostredím tanečných, hudobných a nočných podnikov, kde sa tieto drogy často užívajú v kombinácii s alkoholom.

Údaje prieskumu ilustrujú geografickú rozmanitosť trhu vo formách užívania stimulantov v Európe. Kokaín prevažuje v južnej a západnej Európe, amfetamíny v stredných a severných krajinách a extáza – i keď na nízkych úrovniach prevalence – v krajinách na juhu a východe (obr. 2.3). Údaje z analýzy odpadových vôd vykonanej v štúdiu európskych miest tiež ukazujú rozdiel v regionálnych formách užívania. Pomerne vysoké koncentrácie amfetamínu boli nájdené vo vzorkách odpadových vôd z viacerých miest v na severe a severovýchode Európy, zatiaľ čo najvyššie úrovne metamfetamínu boli zistené v mestách Českej republiky a Slovenskej republiky (obr. 2.4).

OBRÁZOK 2.3

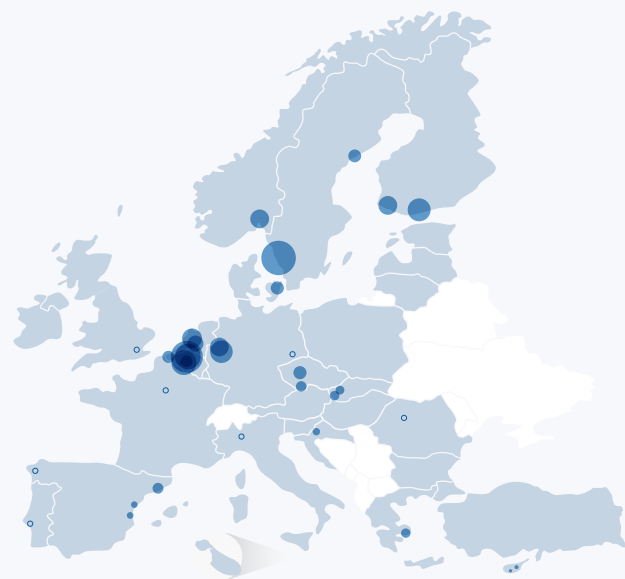
Prevažujúca stimulačná droga podľa minuloročnej prevalence medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



OBRÁZOK 2.4

Amfetamíny v odpadových vodách vo vybraných európskych mestách

Amfetamín



Metamfetamín

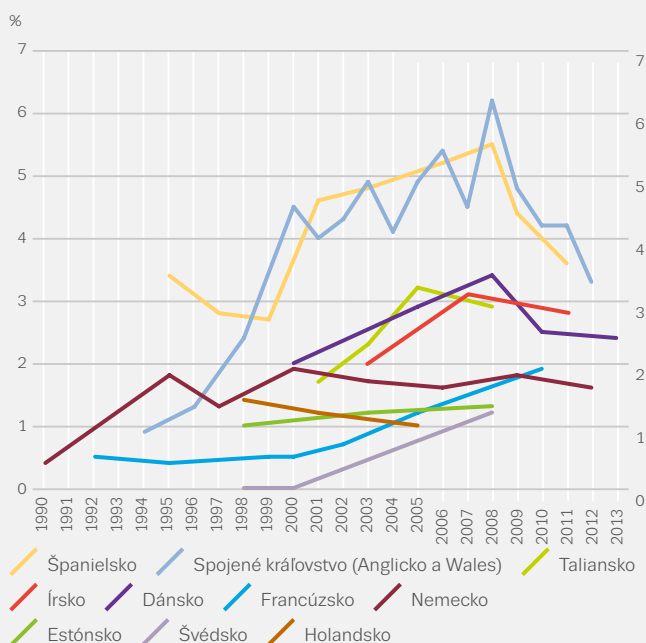


mg/1 000 obyvateľov/deň 0 10 50 100 200 300

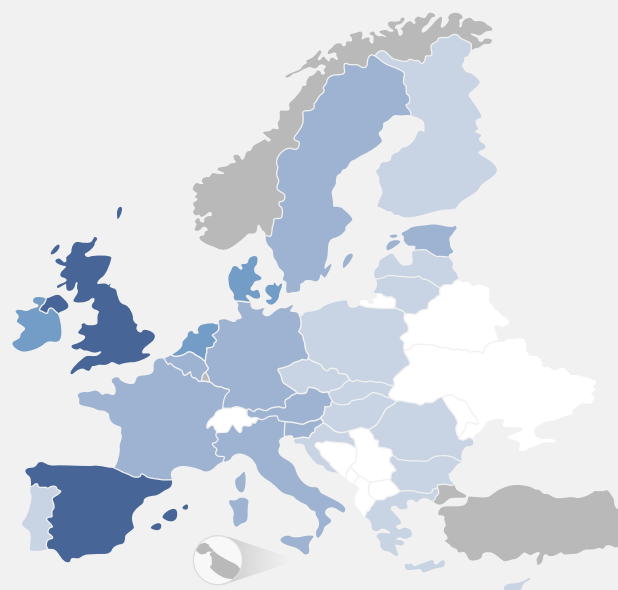
Poznámka: Priemerné denné množstvo amfetamínu v miligramoch na 1 000 obyvateľov zo vzoriek za obdobie jedného týždňa v roku 2013. Zdroj: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

OBRÁZOK 2.5

Prevalencia užívania kokaínu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)
v minulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



Poznámka: Trendy pre desať krajín s najvyššou prevalenciou a tromi alebo viac prieskumami.



% 0,1–1,0 1,1–2,0 2,1–3,0 >3,0
Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Kokaín: prevalencia naďalej klesá

Kokaínový prášok sa predovšetkým šnupe, niekedy užíva injekčne, zatiaľ čo krekový kokaín sa zvyčajne fajčí. Skupinu pravidelných užívateľov možno zhruba rozdeliť na spoločensky integrovaných spotrebiteľov, ktorí môžu užívať drogy na rekreačné účely, a marginalizovanejších užívateľov drog, ktorí užívajú kokaín, často spolu s inými látkami, ako súčasť chronického problému s drogami. Pravidelné užívanie kokaínu súvisí so srdcovocievnyimi, neurologickými a duševnými problémami a so zvýšeným rizikom nehôd a závislosti. Najvyššie zdravotné riziká vrátane prenosu infekčných chorôb súvisia s injekčným užívaním kokaínu a s užívaním krekového kokaínu.

Kokaín je najbežnejšie užívanou nezákonnou stimulujúcou drogou v Európe, aj keď väčšinu užívateľov možno nájsť v pomerne malom počte krajín. Odhaduje sa, že v minulom roku užílo kokaín 2,2 milióna mladých dospelých vo veku 15 – 34 rokov (1,7 % v tejto vekovej skupine).

Keď zväžeme dlhodobé trendy užívania kokaínu v Dánsku, Španielsku a Spojenom kráľovstve, čo sú všetky krajiny s pomerne vysokou mierou prevalencie, dochádza k badateľným poklesom po vrchole v roku 2008 (obr. 2.5). Väčšina iných krajín vykazuje stabilné alebo klesajúce trendy.

Poklesy užívania kokaínu sú badateľné vo väčšine nedávnych údajov, pričom 11 z 12 krajín s prieskumami realizovanými v rokoch 2011 – 2013 vykazuje poklesy prevalencie.

**Kokaín je najbežnejšie
užívanou nezákonnou
stimulujúcou drogou
v Európe**

Pokračujúci pokles dopytu po liečbe závislosti od kokaínu

Pomerne nedávne odhady intenzívneho alebo problémového užívania kokaínu vypracovali len štyri krajiny, ich porovnanie je však zložité z dôvodu odlišnosti použitých vymedzení. V roku 2012 medzi dospelou populáciou: Nemecko odhadlo „závislosť od kokaínu“ na úrovni 0,20 %, Taliansko uviedlo odhad 0,26 % tých, „ktorí potrebujú liečbu z dôvodu užívania kokaínu“ a v roku 2011 Španielsko odhadlo „vysoko rizikové užívanie kokaínu“ na úrovni 0,4 %. V rokoch 2010 – 2011 odhadovalo Spojené kráľovstvo užívanie krekového kokaínu medzi dospelou populáciou v Anglicku na úrovni 0,49 %, hoci väčšina z nich užívali aj opioidy.

Kokaín bol uvádzaný ako primárna droga u 14 % všetkých nahlásených klientov, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v roku 2012 (55 000), a u 18 % osôb, ktoré nastúpili na liečbu prvýkrát (26 000). Existujú rozdiely medzi krajinami, pričom asi 90 % všetkých klientov závislých od kokaínu uviedlo len päť krajín (Nemecko, Španielsko, Taliansko, Holandsko a Spojená kráľovstvo). Spolu týchto päť krajín predstavuje niečo vyše polovice populácie EÚ. Počet klientov, ktorí prvýkrát v živote nastupujú na liečbu závislosti od kokaínu ako primárnej

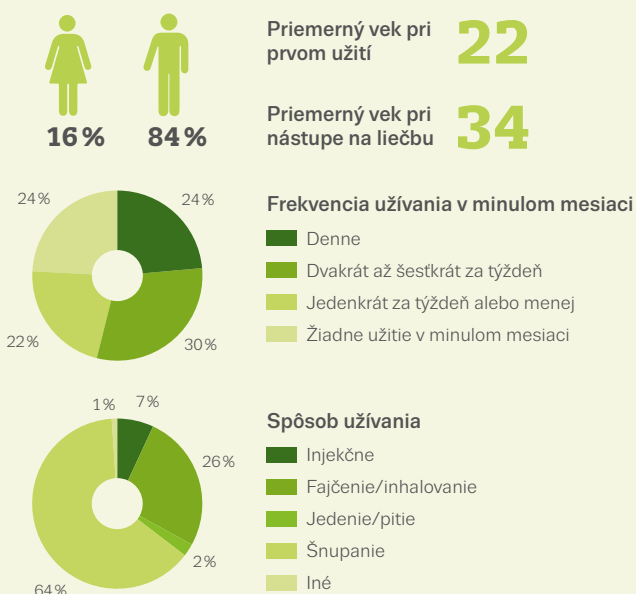
drogy, v posledných rokoch klesá z vrcholných 38 000 v roku 2008 na 26 000 v roku 2012. Veľkú časť tohto poklesu možno pripísať poklesu oznámených počtov z Talianska. V Európe v roku 2012 nastúpil prvýkrát na liečbu len malý počet (2 300) užívateľov krekového kokaínu ako primárnej drogy, pričom asi dve tretiny z nich pripadajú na Spojené kráľovstvo a väčšia časť zvyšných klientov na Španielsko a Holandsko.

Kokaín je tiež zodpovedný za akútne nemocničné príjmy a úmrtia. Droga môže byť tiež faktorom v určitej úmrtnosti pripisovanej kardiovaskulárnym problémom. Hoci sú údaje v tejto oblasti obmedzené, v roku 2012 oznámilo 19 krajín úmrtia súvisiace s kokaínom a identifikovalo vyše 500 prípadov.

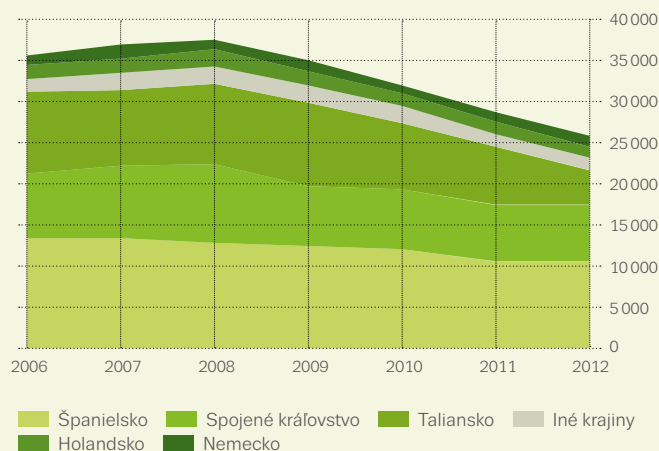
**V roku 2012 oznámilo
19 krajín úmrtia súvisiace
s kokaínom a identifikovalo
vyše 500 prípadov**

UŽÍVATELIA KOKAÍNU, KTORÍ NASTÚPILI NA LIEČBU

Základné údaje



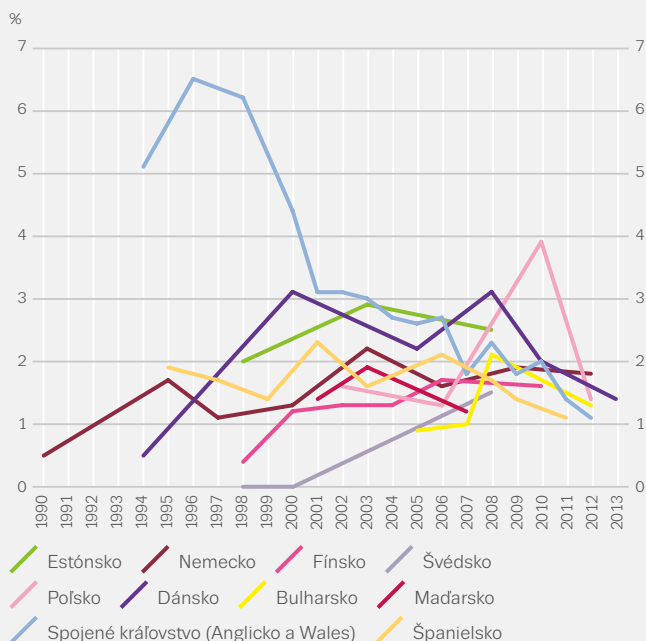
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu



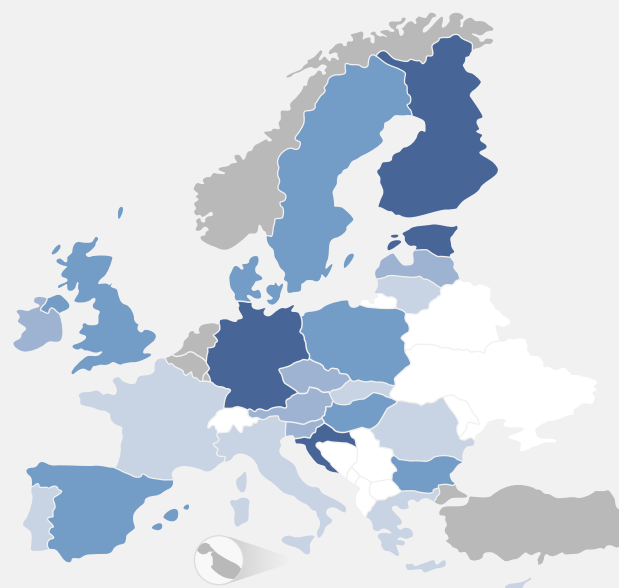
Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je kokaín/krek. Trendy sa týkajú všetkých osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je kokaín/krek. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.6

Prevalencia užívania amfetamínu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v minulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



Poznámka: Trendy pre desať krajín s najvyššou prevalenciou a tromi alebo viac prieskumami.



% <0,5 0,51–1,0 1,1–1,5 >1,5
Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Amfetamíny: užívanie klesá, ale zdravotné riziká pretrvávajú

V Európe sa užíva amfetamín aj metamfetamín, dva úzko súvisiace stimulanty, hoci amfetamín je nesporne bežnejšie dostupný. Spotreba metamfetamínu sa tradične obmedzuje na Českú republiku a najnovšie aj na Slovensko, hoci v súčasnosti sa to mení.

Obe drogy sa môžu užívať orálne alebo šnupaním a okrem toho v niektorých krajinách je pomerne bežné injekčné užívanie týchto drog medzi problémovými užívateľmi. Metamfetamín sa môže tiež fajčiť, ale tento spôsob užívania bol v Európe oznámený len nedávno.

Medzi nepriaznivé zdravotné účinky spojené s amfetamínmi patria kardiovaskulárne, pľúcne, neurologické problémy a problémy s duševným zdravím, pričom podobne ako u iných drog je injekčné užívanie rizikovým faktorom infekčných ochorení. Úmrtia súvisiace s amfetamínmi sú ťažko identifikovateľné tak ako v prípade iných stimulantov. Ročne však krajiny s vysokými úrovňami prevalence oznamujú malé počty.

Odhaduje sa, že v minulom roku užilo amfetamíny 1,2 milióna (0,9 %) mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov). V rokoch 2007 – 2012 ostali ročné odhady prevalence u mladých dospelých pomerne nízke a stabilné vo väčšine európskych krajín, pričom vo všetkých krajinách boli úrovne prevalence 2,5 % alebo nižšie. Z 12 krajín vykonávajúcich prieskumy od roku 2011 oznámilo 11 krajín pokles úrovni prevalence amfetamínu (obr. 2.6).

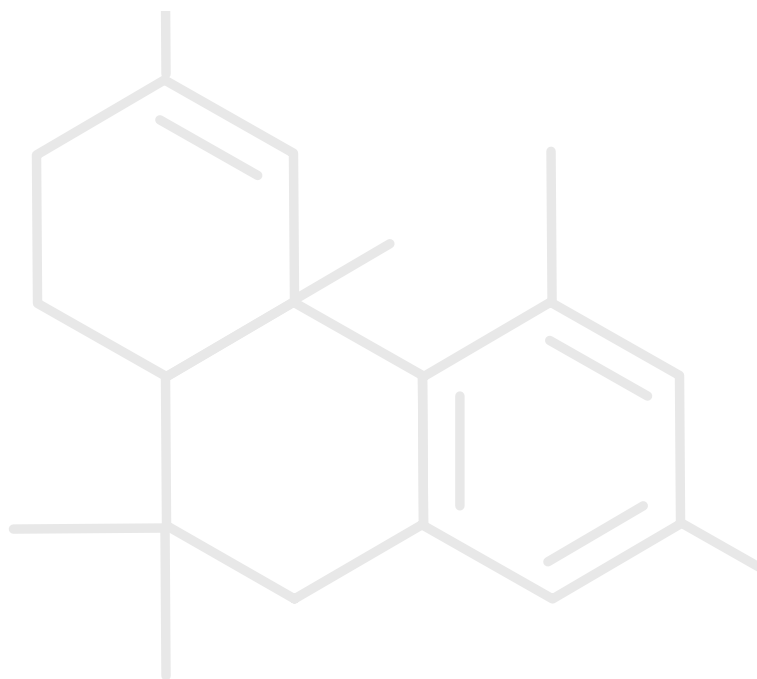


Užívanie amfetamínu, mnohostranný jav

Česká aj Slovenská republika oznámili dlhodobo pevne zakotvené formy užívania metamfetamínu s najnovšími odhadmi problémového užívania medzi dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) na úrovni približne 0,42 % v Českej republike (2012) a 0,21 % v Slovenskej republike (2007). Náznaky problémového užívania metamfetamínu boli nedávno zaznamenané medzi vysoko rizikovými užívateľmi drog v niektorých regiónoch Nemecka a v Grécku, na Cypre, v Lotyšsku a Turecku. Patria sem znepokojujúce signály o fajčení kryštalického metamfetamínu medzi populáciou injekčných užívateľov opioidov z juhoeurópskych krajín. Okrem toho boli v niektorých veľkých európskych mestách zistené nové trendy injekčného užívania medzi malými skupinami mužov, ktorí mali pohlavný styk s mužmi.

Približne 6 % klientov, ktorí v roku 2012 v Európe nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu, uviedlo ako primárnu drogu amfetamíny (približne 25 000 klientov, z toho 10 000 nastúpilo na liečbu prvýkrát v živote). Značnú časť zaznamenaných prípadov prvého nástupu na liečbu tvoria užívatelia amfetamínu ako primárnej drogy len v Nemecku, Lotyšsku a Poľsku, zatiaľ čo metamfetamín uvádza ako primárnu drogu veľká časť klientov, ktorí

nastúpili na liečbu prvýkrát, v Českej a Slovenskej republike. Nedávne zvýšenia počtu klientov, ktorí prvýkrát nastupujú na liečbu, sa pripisujú najmä Nemecku a zvýšeniam počtu klientov prvýkrát nastupujúcich na liečbu v Českej a Slovenskej republike.

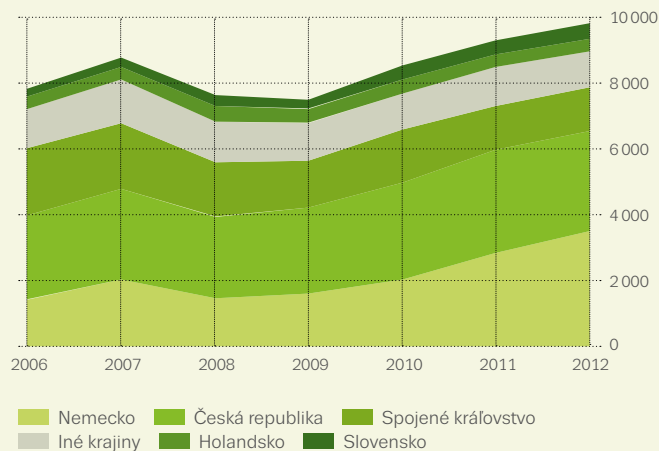


UŽÍVATELIA AMFETAMÍNOV, KTORÍ NASTÚPILI NA LIEČBU

Základné údaje



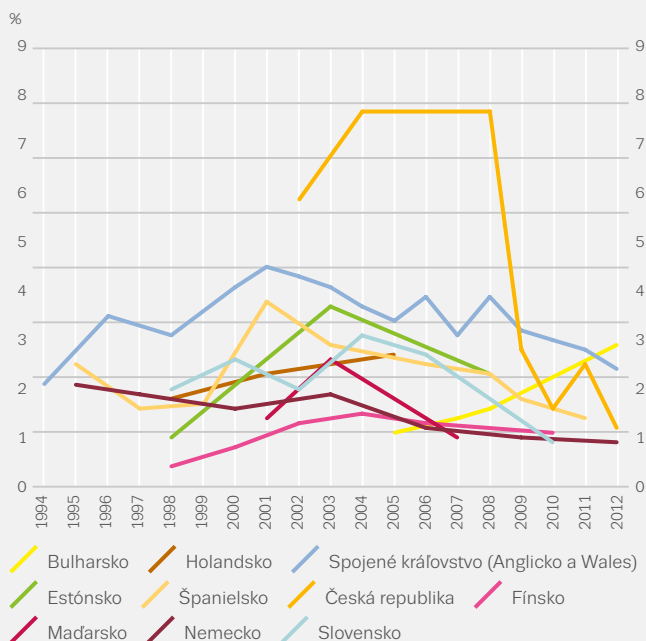
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu



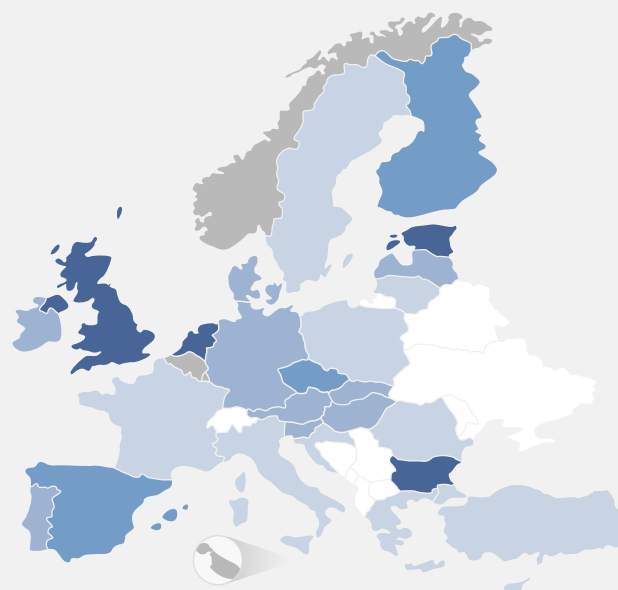
Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou sú amfetamíny. Trendy sa týkajú všetkých osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou sú amfetamíny. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.7

Prevalencia užívania extázy medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v minulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



Poznámka: Trendy pre desať krajín s najvyššou prevalenciou a tromi alebo viac prieskumami.



% <0,5 0,51–1,0 1,1–2,0 >2,0
Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Užívanie extázy: nízke a stabilné trendy vo všeobecnej populácii

Extáza zvyčajne označuje syntetickú látku MDMA. Droga sa väčšinou používa vo forme tabliet, ale je tiež dostupná v kryštalickej alebo práškovej forme; obvykle sa prehltá alebo šnupe. Užívanie extázy historicky súvisí so scénou elektronickej tanečnej hudby a sústreďuje sa medzi mladými dospelými, predovšetkým mladými mužmi. Problémy súvisiace s užívaním tejto drogy zahŕňajú akútnu hypertermiu a problémy týkajúce sa duševného zdravia. Sú oznamované úmrtia súvisiace s extázou, ale sú zriedkavé.

Odhaduje sa, že v minulom roku užilo extázu 1,3 milióna mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) (1,0 % v tejto vekovej skupine), pričom národné odhady uvádzajú rozpätie 0,1 – 3,1 %. Spotreba tejto drogy v Európe typicky vyvrcholila v období od začiatku do polovice prvého desaťročia 21. storočia a následne klesla (obr. 2.7). V rokoch 2007 – 2012 väčšina krajín uvádzala stabilné alebo klesajúce trendy užívania extázy. Tento pokles je

naďalej evidentný v 12 krajinách oznamujúcich prieskumy od roku 2011 okrem Bulharska, ktoré má stúpajúci trend prevalence od roku 2005. V roku 2012 nastúpilo niekoľko užívateľov na liečbu v súvislosti s extázou: extázu ako primárnu drogu uviedlo menej ako 1 % (asi 550 klientov) oznámených osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu v Európe.

**V rokoch 2007 – 2012
väčšina krajín uvádzala
stabilné alebo klesajúce
trendy užívania extázy**

Syntetické katinóny: obava z injekčného užívania

Syntetické katinóny, ako je mefedrón a MPDV, v súčasnosti získali v niektorých krajinách podiel na trhu s nezákonnými stimulantmi. Obmedzené dostupné informácie naznačujú, že úrovne prevalence sú stále nízke. Opakované prieskumy zahŕňajúce katinóny sú k dispozícii len v Spojenom kráľovstve (v Anglicku a Walese). V nedávnom prieskume (2012/2013) sa úroveň užívateľov mefedrónu medzi dospelými vo veku 16 – 59 rokov v minulom roku odhadovala na 0,5 %, čo je pokles z 1,1 % v rokoch 2011/2012 a 1,4 % v rokoch 2010/2011. Výsledky z nereprezentatívneho prieskumu pravidelných návštevníkov klubov v Spojenom kráľovstve tiež ukázali pokles užívania mefedrónu v minulom roku (z 19,5 % v roku 2011 na 13,8 % v roku 2012).

Injekčné užívanie katinónov vrátane mefedrónu, MDPV a pentedrónu je naďalej obavou a bolo oznámené medzi rozličnými populáciami vrátane injekčných užívateľov opioidov, klientov protidrogovej liečby, väzňov a malej populácie mužov, ktorí majú pohlavný styk s mužmi. Nárast dopytu po liečbe spojený s problémovým užívaním syntetických katinónov bol oznámený v Maďarsku, Rumunsku a Spojenom kráľovstve. V Rumunsku z osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu, väčšia časť oznámila ako primárnu drogu nové psychoaktívne látky (37 %) než heroín (21 %). V Spojenom kráľovstve sa odhadovalo 1 900 užívateľov mefedrónu nastupujúcich na liečbu v rokoch 2011/2012, pričom viac ako polovica z nich boli vo veku do 18 rokov.

Nízka úroveň halucinogénov, GHB a ketamínu

Na trhu s nezákonnými drogami v Európe je dostupných veľa psychoaktívnych látok s halucinogénnymi, anestetickými a utlmujúcimi vlastnosťami: užívajú sa samostatne, spoločne s inými bežnými drogami alebo namiesto nich. Celková úroveň prevalence užívania halucinogénnych húb a LSD (dietylamidu kyseliny lysergovej) v Európe je dlhodobo všeobecne nízka a stabilná. V národných prieskumoch sa odhaduje minuloročná prevalence užívania halucinogénnych húb medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v rozpätí 0 – 0,8 % a užívania LSD v rozpätí 0 – 0,7 %.

Od polovice 90-tych rokov 20. storočia sa medzi podskupinami užívateľov drog v Európe vyskytuje rekreačné užívanie ketamínu a kyseliny gama-hydroxymaslovej (GHB). Čoraz viac vystupujú do popredia zdravotné problémy súvisiace s týmito látkami, napríklad poškodenie močového mechúra súvisiace s dlhodobým užívaním ketamínu. Riziká súvisiace s užívaním GHB

predstavuje strata vedomia a závislosť, pričom v Belgicku a Holandsku bolo oznámených niekoľko žiadostí o liečbu.

V tých krajinách, kde sa GHB a ketamín užívajú, ostáva prevalence u dospelých i školskej populácie nízka. Dánsko uvádza minuloročnú prevalenciu užívania ketamínu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) na úrovni 0,3 %, pričom v Spojenom kráľovstve 0,8 % osôb vo veku 16 – 24 rokov uviedlo užívanie ketamínu v minulom roku, čo je pokles z vrcholnej úrovne 2,1 % v roku 2010. Vyššiu úroveň prevalence obvykle zaznamenávajú prieskumy zamerané na nočné podniky. Z respondentov internetového prieskumu podľa vlastného výberu v roku 2013 v Spojenom kráľovstve, ktorí boli označení ako pravidelní návštevníci klubov, 31 % uviedlo, že v minulom roku užilo ketamín a 2 %, že v minulom roku užili GHB.

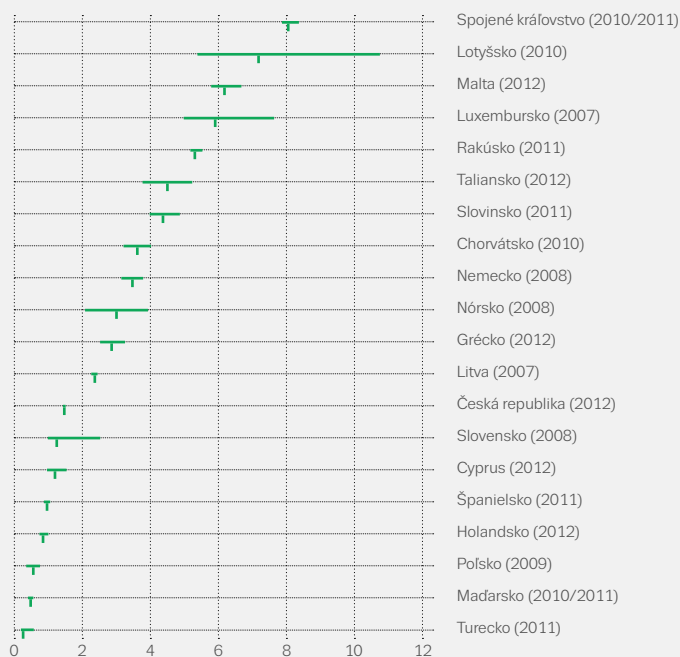
Na trhu s nezákonnými drogami v Európe je dostupných veľa psychoaktívnych látok s halucinogénnymi, anestetickými a utlmujúcimi vlastnosťami



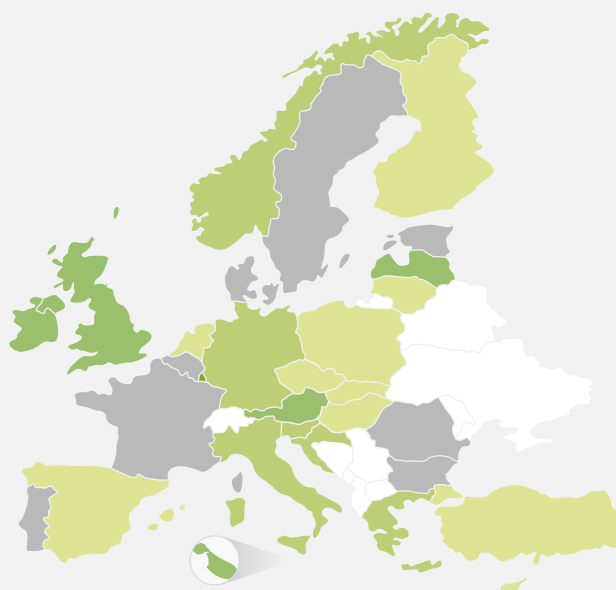
OBRÁZOK 2.8

Národné odhady prevalencie problémového užívania opioidov v minulom roku

Počet prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov



Poznámka: Údaje sú zobrazené ako bodové odhady a intervaly neurčitosti.

Miera na 1 000 obyvateľov <2,50 2,51–5,0 >5,0
Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Poznámka: Údaje pre Fínsko sú z roku 2005 a pre Írsko z roku 2006.

Opioidy: 1,3 milióna problémových užívateľov

Nezákonné užívanie opioidov má naďalej veľký podiel na morbidite a úmrtnosti vyplývajúcich z užívania drog v Európe. Hlavným opioidom užívaným v Európe je heroín, ktorý sa môže fajčiť, šnúpať alebo užívať injekčne. Na trhu s nezákonnými drogami sú k dispozícii ďalšie opioidy, napríklad buprenorfín, metadón a fentanyl. Užívanie opioidov je zvyčajne najvyššie medzi marginalizovanými populáciami v mestských oblastiach.

Európa zažila rôzne vlny heroínovej závislosti, pričom prvá ovplyvnila od polovice 70-tych rokov viacero západoeurópskych krajín a druhá koncom 90-tych rokov strednú a východnú Európu. Aj keď sa v uplynulom desaťročí trendy celkovo líšili, zdá sa, že počet nových užívateľov heroínu klesá.

Priemerná prevalencia problémového užívania opioidov medzi dospelými osobami (vo veku 15 – 64 rokov) sa odhaduje na približne 0,4 %, čo zodpovedá 1,3 miliónu problémových užívateľov opioidov v Európe v roku 2012. Odhady prevalencie problémového užívania opioidov zahŕňajú rozpätie od menej ako jedného prípadu po približne osem prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obr. 2.8).

Heroín: pokračujúce znižovanie dopytu po liečbe

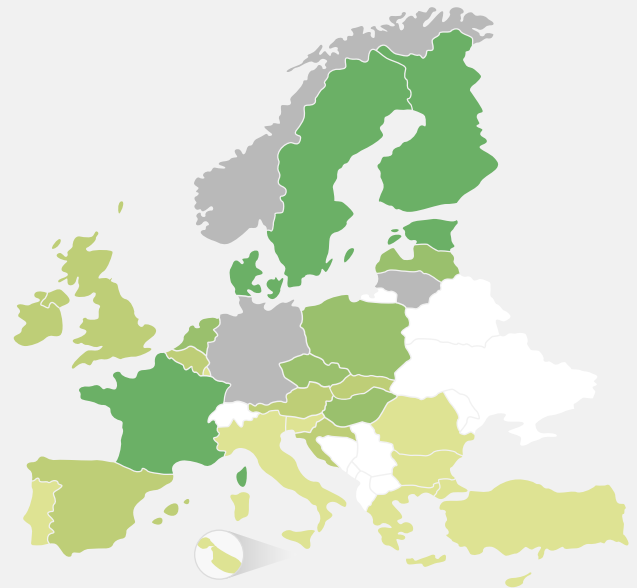
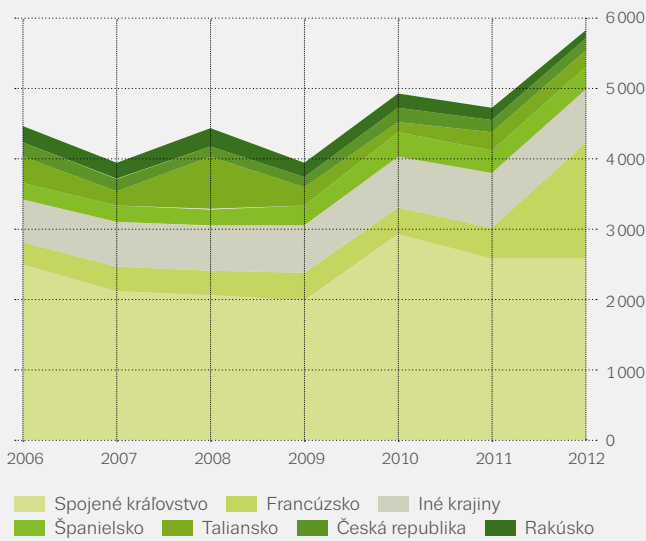
Klienti užívajúci opioidy, predovšetkým heroín, ako primárnu drogu predstavujú 46 % všetkých užívateľov drog, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v roku 2012 v Európe (180 000 klientov), a približne 26 % osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu. Celkový počet nových klientov závislých od heroínu v Európe klesá, pričom sa znížil takmer na polovicu z vrcholných 59 000 v roku 2007 na 31 000 v roku 2012. Celkovo sa zdá, že počet nových užívateľov heroínu sa pravdepodobne znižuje, čo sa prejavuje v dopyte po liečbe.

Iné opioidy ako heroín: rastúce obavy

V roku 2012 vo väčšine európskych krajín (17) viac ako 10 % osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu, užívalo iné opioidy ako heroín (obr. 2.9). Patrili medzi ne metadón, buprenorfín a fentanyl. V niektorých krajinách tieto drogy predstavujú najbežnejšiu formu užívania opioidov. V Estónsku užívala väčšina osôb nastupujúcich na liečbu závislosti od opioidov nezákonný fentanyl, zatiaľ čo vo Fínsku väčšina klientov užívajúcich opioidy uviedla, že primárne užívali buprenorfín.

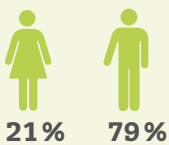
OBRÁZOK 2.9

Osoby, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu závislosti od iných opioidov ako heroín: trendy počtu (vľavo) a ako percentuálny podiel všetkých užívateľov, ktorí prvýkrát nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou sú opioidy (vpravo)



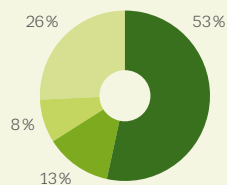
UŽÍVATELIA HEROÍNU, KTORÍ NASTÚPILI NA LIEČBU

Základné údaje



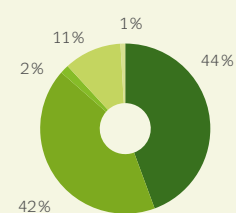
Priemerný vek pri prvom užití **22**

Priemerný vek pri nástupe na liečbu **36**



Frekvencia užívania v minulom mesiaci

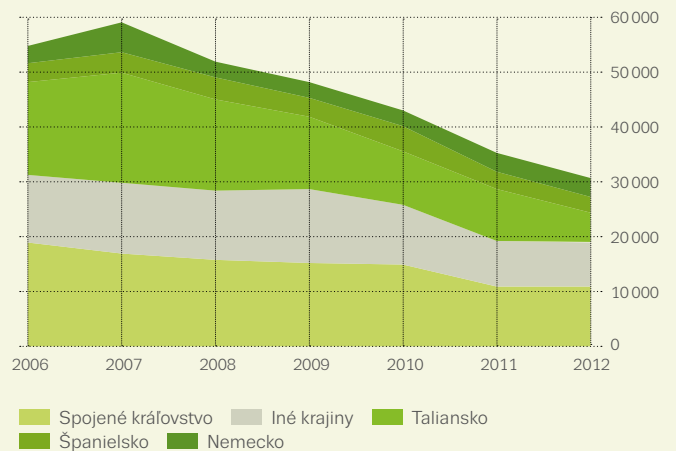
- Denne
- Dvakrát až šesťkrát za týždeň
- Jedenkrát za týždeň alebo menej
- Žiadne užitie v minulom mesiaci



Spôsob užívania

- Injekčne
- Fajčenie/inhalovanie
- Jedenie/pitie
- Šnupanie
- Iné

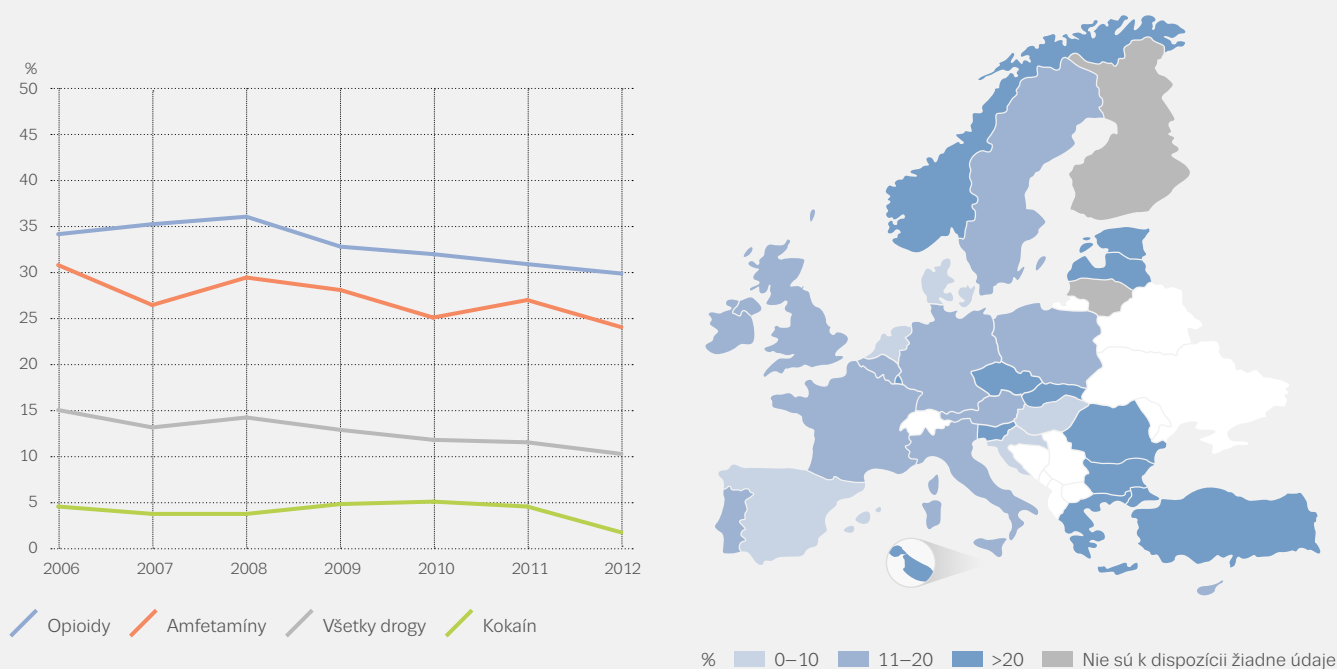
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu



Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je heroín. Trendy sa týkajú všetkých osôb, ktoré prvýkrát nastúpili na liečbu, pričom primárnou drogou je heroín. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.10

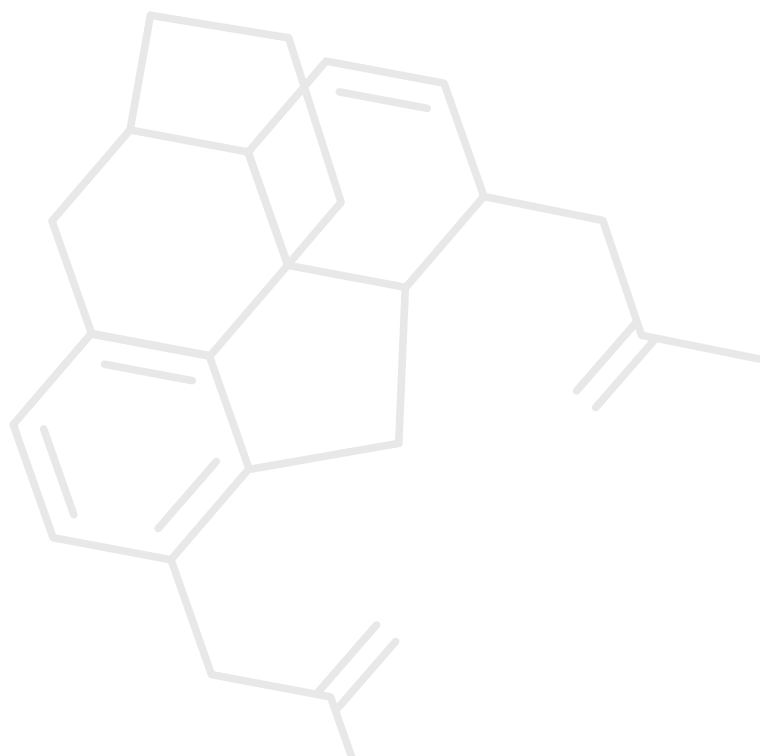
Prevalencia injekčného užívania v minulom mesiaci medzi klientmi, ktorí nastúpili na protidrogovú liečbu: trendy medzi klientmi, ktorí prvýkrát nastúpili na liečbu (vľavo), národné miery medzi všetkými klientmi (vpravo)



Injekčné užívanie drog: dlhodobý pokles

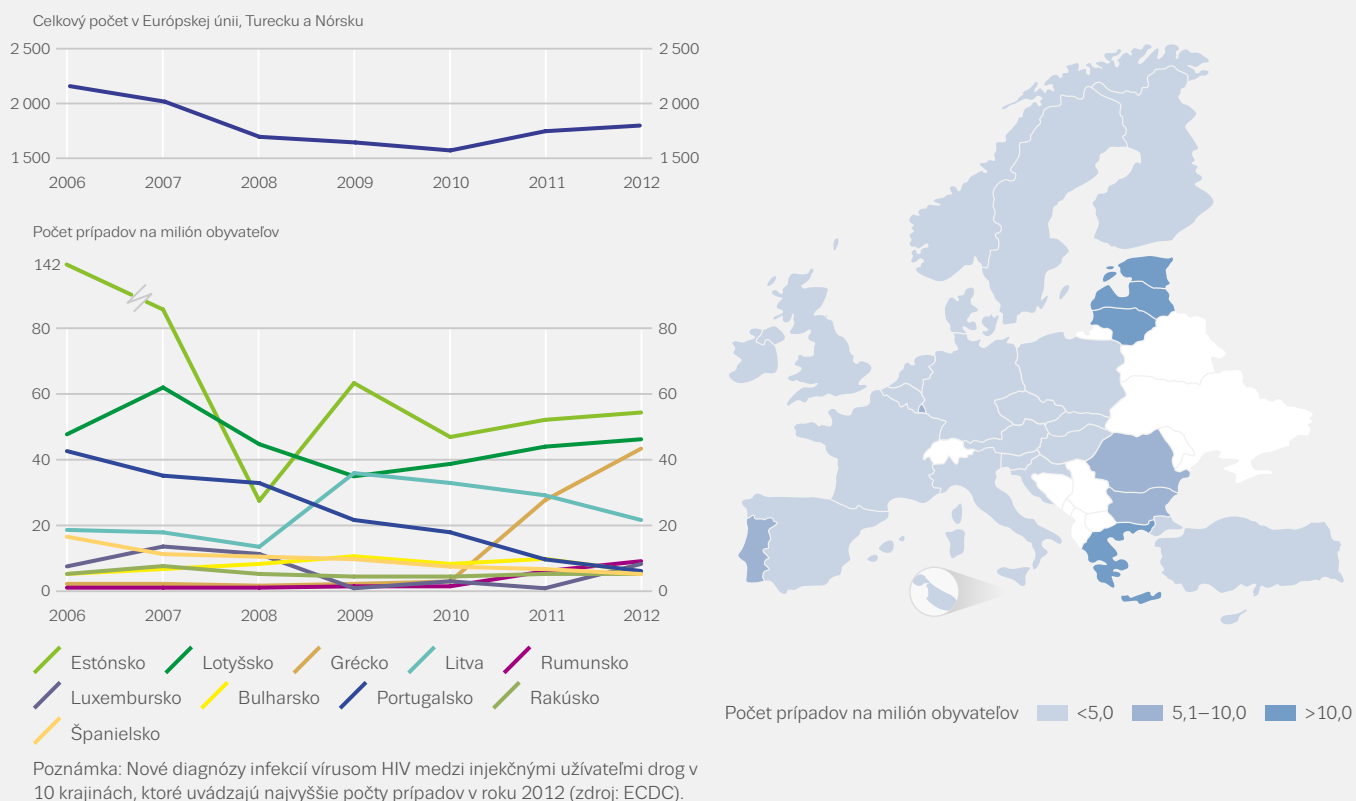
Injekční užívatelia drog patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú napríklad infekcie prenášané krvou alebo predávkovanie drogami. Injekčné užívanie sa všeobecne spája s užívaním opioidov, aj keď v niektorých krajinách predstavuje veľký problém injekčné užívanie amfetamínov. Najnovšie odhady prevalencie injekčného užívania drog vypracovalo 12 krajín a uvádzajú rozpätie od menej ako jedného prípadu po približne šesť prípadov na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov. Medzi klientmi nastupujúcimi na špecializovanú liečbu uvádza injekčné užívanie 38 % klientov užívajúcich opioidy a 23 % klientov užívajúcich amfetamíny. Miera injekčného užívania medzi užívateľmi opioidov sa v jednotlivých krajinách líši: od menej ako 6 % v Holandsku po 100 % v Litve.

Analýza časových trendov medzi klientmi, ktorí prvýkrát nastupujú na liečbu v Európe, naznačuje, že injekčné užívanie ako hlavný spôsob užívania od roku 2006 kleslo (obr. 2.10). Za rovnaké obdobie klesol aj podiel nových klientov, ktorí oznámili injekčné užívanie amfetamínov, kokaínu alebo opioidov v minulom mesiaci.



OBRÁZOK 2.11

Prípady nových diagnóz HIV súvisiace s injekčným užívaním drog: trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



HIV: vplyv epidémií na trend EÚ

Injekčné užívanie drog hrá hlavnú rolu pri prenose krvou prenášaných infekčných chorôb, napr. hepatitídy typu C a v niektorých krajinách HIV/AIDS. Z najnovších údajov vyplýva, že dlhodobý pokles počtu nových diagnóz HIV v Európe by mohli narušiť epidémie medzi injekčnými užívateľmi drog v Grécku a Rumunsku (obr. 2.11). Priemerný počet nových diagnóz HIV pripísaných injekčnému užívaniu drog v roku 2012 bol 3,09 na milión obyvateľov. Hoci sa údaje podrobujú revízii, v roku 2011 bolo oznámených 1 788 nových prípadov, o niečo viac ako v roku 2011 (1 732), čo je pokračujúci stúpajúci trend pozorovaný od roku 2010.

Kým v roku 2010 prispelo Grécko a Rumunsko len niečo vyše 2 % celkového počtu nových oznámených diagnóz, do roku 2012 toto číslo vzrástlo na 37 %. V iných krajinách, napr. v Španielsku a Portugalsku, ktoré zažili v minulosti obdobia s vysokou mierou infekcie, pokračuje pokles trendov počtu nových diagnóz. Situácia je však menej pozitívna v Estónsku, kde je miera nových diagnóz naďalej vysoká, a v Lotyšsku, kde sa ročné miery od roku 2009 zvýšili.

Najlepšie zdokumentovanou nepriamou príčinou úmrtia užívateľov drog je mortalita súvisiaca s infekciou vírusom HIV. Z najnovších odhadov vyplýva, že z dôvodu infekcie HIV/AIDS pripísateľnej injekčnému užívaniu drog v Európe v roku 2010 zomrelo 1 700 osôb, pričom trend je klesajúci. Podiel na značnom počte úmrtí injekčných užívateľov drog má aj choroba pečene, predovšetkým z dôvodu infekcie HCV, často zhoršenej nadmerným užívaním alkoholu.

Najlepšie zdokumentovanou nepriamou príčinou úmrtia užívateľov drog je mortalita súvisiaca s infekciou vírusom HIV

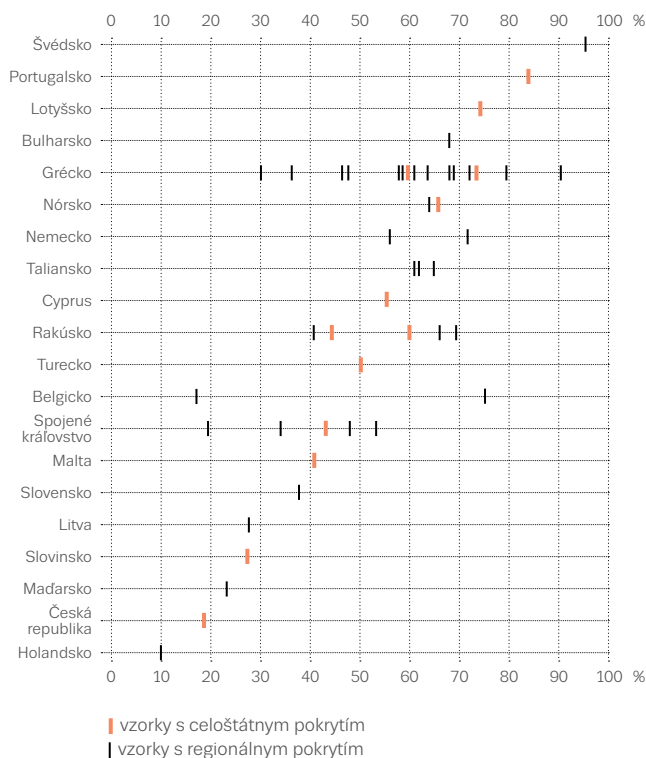
Hepatitída a iné infekcie: veľké zdravotné problémy

Medzi injekčnými užívateľmi drog v celej Európe je veľmi rozšírená vírusová hepatitída, predovšetkým infekcia spôsobená vírusom hepatitídy typu C (HCV). Úroveň protilátok HCV v národných vzorkách injekčných užívateľov drog z obdobia rokov 2011 – 2012 sa líšia v rozpätí od 19 % do 84 %, pričom sedem z 11 krajín s národnými údajmi uvádza mieru prevalence vyššiu ako 50 % (obr. 2.12). Z krajín, ktoré poskytli národné údaje o trendoch za obdobie rokov 2007 – 2012, oznámilo klesajúcu prevalenciu HCV u injekčných užívateľov drog Nórsko, sedem ďalších zaznamenalo zvýšenie.

V 18 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje za obdobie rokov 2011 – 2012, predstavuje injekčné užívanie drog priemerne 64 % všetkých diagnóz HCV a 50 % oznámených akútnych diagnóz (pri ktorých je známa riziková kategória). V prípade hepatitídy typu B tvoria injekční užívatelia drog 9 % všetkých oznámených diagnóz a 21 % akútnych diagnóz. Užívanie drog môže byť rizikovým faktorom pri ďalších infekčných chorobách vrátane hepatitídy typu A a D, sexuálne prenosných chorôb, tuberkulózy, tetanu a botulizmu. Z času na čas sa v Európe uvádzajú epidémie antraxovej infekcie spôsobenej

OBRÁZOK 2.12

Prevalencia protilátok HCV medzi injekčnými užívateľmi drog 2011/2012



Osoby, ktoré zomreli na predávkovanie drogami, sú obvykle vo veku 25 rokov alebo staršie a ich priemerný vek pri úmrtí rastie

pravdepodobne kontaminovaným heroínom. Napríklad v období od júna 2012 do marca 2013 bolo oznámených 15 prípadov antraxovej infekcie súvisiacej s užívaním drog, pričom sedem z nich skončilo úmrtím.

Úmrtia spôsobené predávkovaním: celkové zníženie, ale zvýšenie v niektorých krajinách

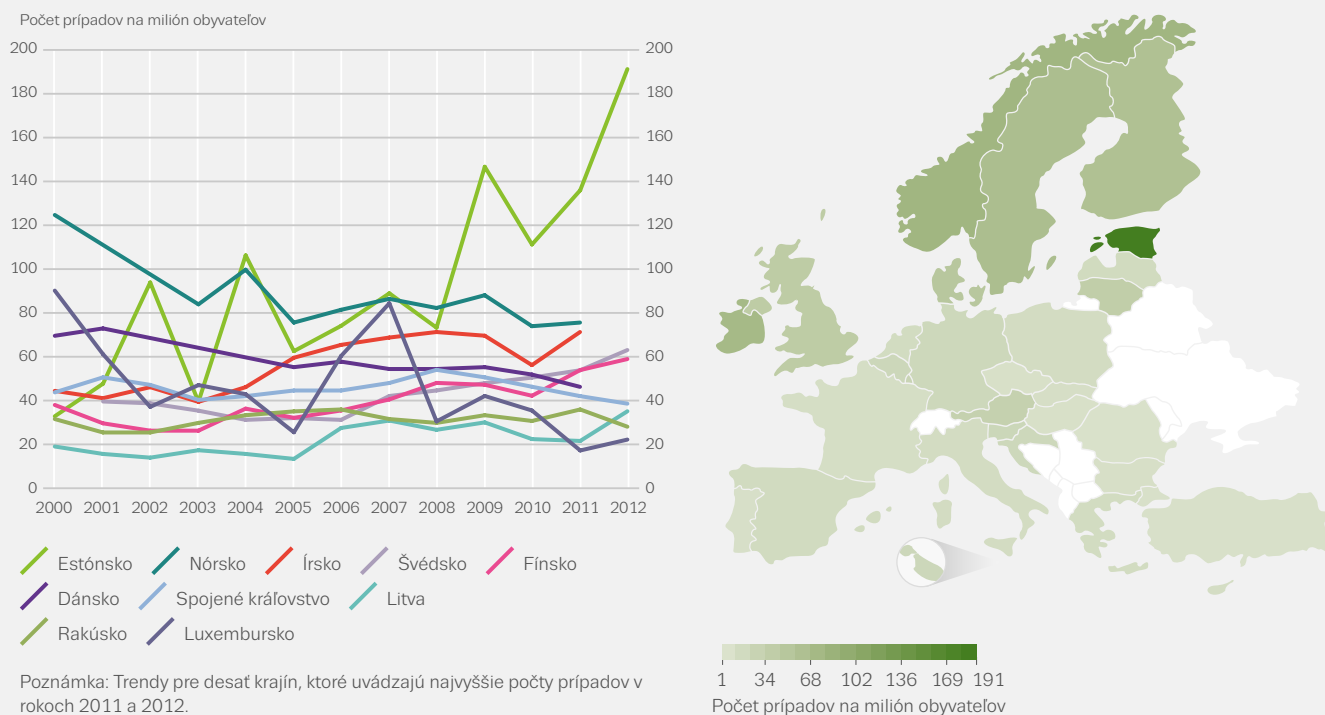
Užívanie drog predstavuje jednu z hlavných príčin úmrtnosti mladých ľudí v Európe, a to buď priamo na následky predávkovania (úmrtia spôsobené drogami), alebo nepriamo na následky chorôb a nehôd súvisiacich s drogami, následky násillia a z dôvodu samovraždy. Väčšina kohortových štúdií týkajúcich sa problémových užívateľov drog ukazuje mieru úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % ročne a odhaduje sa, že v Európe každoročne zomrie 10 000 – 20 000 užívateľov opioidov. Celkovo je u užívateľov opioidov pravdepodobnosť, že zomrú 10-krát väčšia než u ich rovesníkov rovnakého veku a pohlavia. Čo sa týka žien užívajúcich opioidy, v niektorých krajinách môže byť riziko úmrtia až 30-krát väčšie než u ich rovesníčok.

Predávkovanie drogami je naďalej hlavnou príčinou úmrtia medzi problémovými užívateľmi drog. Vo väčšine oznámených prípadov ide o heroín a jeho metabolity, často v kombinácii s inými látkami, napríklad alkoholom alebo benzodiazepínmi. Okrem heroínu sa v toxikologických správach pravidelne vyskytujú iné opioidy. Patria medzi ne metadón, buprenorfín, fentanyl a tramadol, pričom niektoré krajiny uvádzajú, že takéto látky sú zodpovedné za podstatný podiel úmrtí spôsobených predávkovaním. V dvoch krajinách presahuje počet predávkovaní súvisiacich s metadónom počet predávkovaní súvisiacich s heroínom. Vo väčšine prípadov, v ktorých bol zistený metadón, obeť v čase úmrtia nebola na substitučnej liečbe, ale užívala odklonený metadón v súvislosti s užívaním viacerých drog.

Kým úmrtia súvisiace s drogami medzi veľmi mladými ľuďmi vyvolávajú značné obavy, medzi osobami vo veku do 25 rokov sa vyskytuje len 10 % oznámených úmrtí spôsobených predávkovaním v Európe. Osoby, ktoré

OBRÁZOK 2.13

Miery mortality spôsobené drogami medzi dospelými (vo veku 15 – 64 rokov): vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



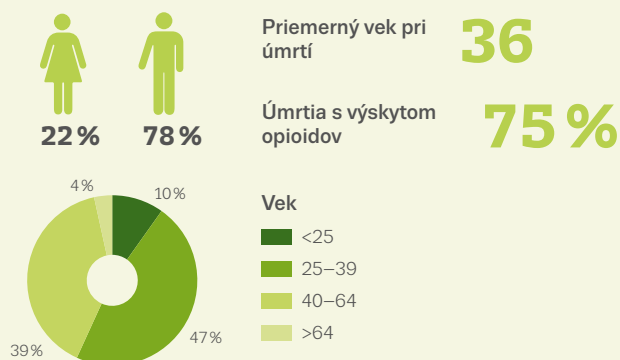
zomreli na predávkovanie drogami, sú obvykle vo veku 25 rokov alebo staršie a ich priemerný vek pri úmrtí rastie, čo naznačuje starnutie skupiny problémových užívateľov opioidov. Väčšina úmrtí spôsobených predávkovaním (78 %) sa týka mužov.

Priemerná miera úmrtnosti zapríčinennej predávkovaním sa v Európe v roku 2012 odhaduje na 17 úmrtí na milión

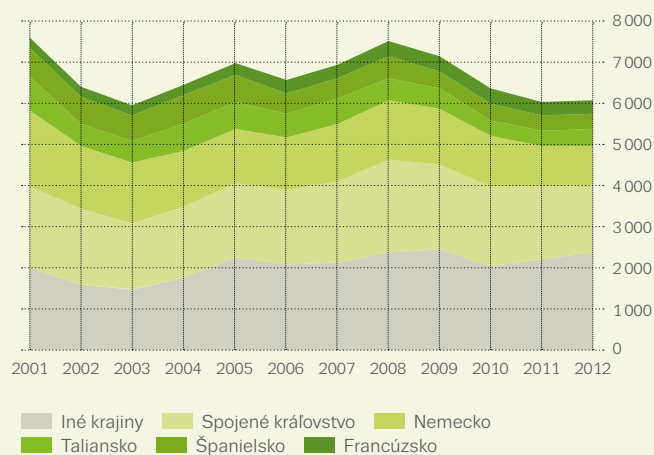
obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Národné miery úmrtnosti sa značne líšia a sú ovplyvnené faktormi, ako sú formy užívania drog, predovšetkým injekčné užívanie, charakteristiky populácie užívajúcej drogy a spôsoby oznamovania. Mieru väčšiu ako 40 úmrtí na milión obyvateľov oznámilo šesť krajín, pričom najväčšiu mieru uviedlo Nórsko (76 na milión obyvateľov) a Estónsko (191 na milión obyvateľov) (obr. 2.13). Úmrtia spôsobené

ÚMRTIA SPÔSOBENÉ DROGAMI

Základné údaje



Trendy v úmrtiach spôsobených predávkovaním



predávkovaním v Estónsku sa rapídne zvýšili, čo ilustruje vplyv, aký môžu mať rôzne formy spotreby drog na národné údaje – v Estónsku sa úmrtia spôsobené predávkovaním týkajú prevažne užívania fentanylov, čo sú vysoko účinné syntetické opioidy.

Väčšina krajín uviedla rastúci trend úmrtí na následky predávkovania od roku 2003 do roku 2008/2009, pričom celková úroveň sa najskôr stabilizovala a potom začala klesať. Spolu bolo v roku 2012 oznámených približne 6 100 úmrtí na následky predávkovania. Je to podobný počet ako počet oznámený v roku 2011 a pokles oproti 7 100 prípadov v roku 2009. Napriek tomu sa situácia líši podľa jednotlivých krajín, pričom niektoré stále oznamujú zvyšovanie.

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2014

Injection of cathinones, Výhľady v drogovej oblasti.

Wastewater analysis and drugs: results from a European multi-city study, Výhľady v drogovej oblasti.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Výhľady v drogovej oblasti.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Výhľady v drogovej oblasti.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, Výhľady v drogovej oblasti.

2012

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

Fentanyl in Europe, Štúdiá EMCDDA o najnovších trendoch.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Tematický dokument.

2011

Mortality related to drug use in Europe, Vybraná téma.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, Vybraná téma.

Trends in injecting drug use in Europe, Vybraná téma.

2009

Polydrug use: patterns and responses, Vybraná téma.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, zv. 2, časť I: Epidemiológia a časť II: Zdravotné účinky užívania kanabisu, monografie.

Spoločné publikácie EMCDDA a ESPAD

2012

Zhrnutie – správa ESPAD za rok 2011.

Spoločné publikácie EMCDDA a ECDC

2012

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

Všetky publikácie sú dostupné na
www.emcdda.europa.eu/publications

3

**V tejto kapitole sú uvedené
intervencie určené na prevenciu,
liečbu a zníženie poškodení
súvisiacich s užívaním drog**

Zdravotné a sociálne reakcie na problémy s drogami

V tejto kapitole sú uvedené intervencie určené na prevenciu, liečbu a zníženie poškodení súvisiacich s užívaním drog. Táto kapitola sa zaoberá tým, či krajiny prijali spoločné prístupy, do akej miery sú informované o dôkazoch a či sa dostupnosť služieb zhoduje s odhadovanými potrebami.

Monitorovanie zdravotných a sociálnych reakcií

Údaje v tejto kapitole sú čerpané z národných hodnotení, ktoré poskytli kontaktné miesta EMCDDA. Sú doplnené údajmi o dopyte po liečbe, substitučnej liečbe závislosti od opioidov a vydávaní injekčných ihlích a striekačiek. Odborné hodnotenia poskytujú doplňujúce informácie o dostupnosti služieb, pri ktorých nie sú dostupné formálnejšie dátové súbory. Kapitola tiež informuje o prehľadoch dostupných vedeckých dôkazov o účinnosti intervencií v oblasti verejného zdravia.

Ďalšie informácie nájdete na webovej lokalite EMCDDA v *Profiloch zdravotných a sociálnych reakcií*, webovej zóne *European Drug Report: Data and statistics (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady)* a na portáli s *najlepšími postupmi*.

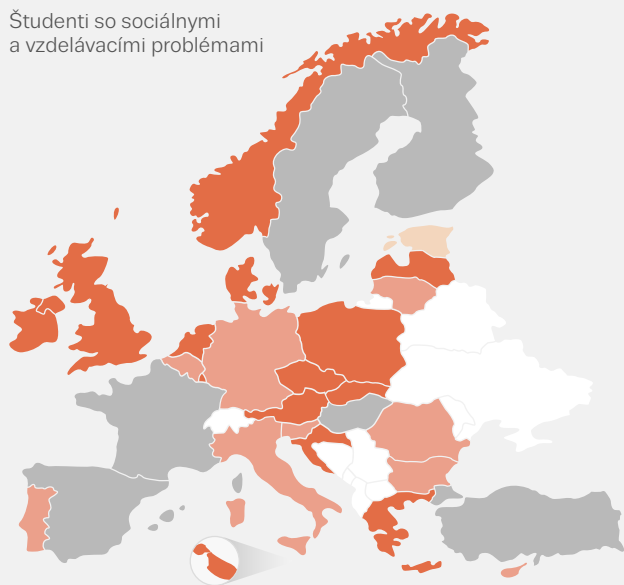
Prevencia drog orientovaná na zraniteľné skupiny mladých ľudí

V rámci boja proti užívaniu drog a riešenia problémov, ktoré s nimi súvisia, sa využíva celý rad stratégií prevencie. Cílené a univerzálne prístupy sa zameriavajú na celé populácie, selektívna prevencia je orientovaná na zraniteľné skupiny, u ktorých môže byť väčšie riziko vývoja problémov s užívaním drog, a indikatívna prevencia sa sústreďuje na jednotlivé osoby ohrozené rizikami. V tohtoročnej správe je pozornosť zameraná na selektívnu prevenciu, prístup, pre ktorý existuje rastúci dôkaz účinnosti programov zameraných na stanovovanie noriem, zmenu prostredia, motiváciu, zručnosti a rozhodovanie.

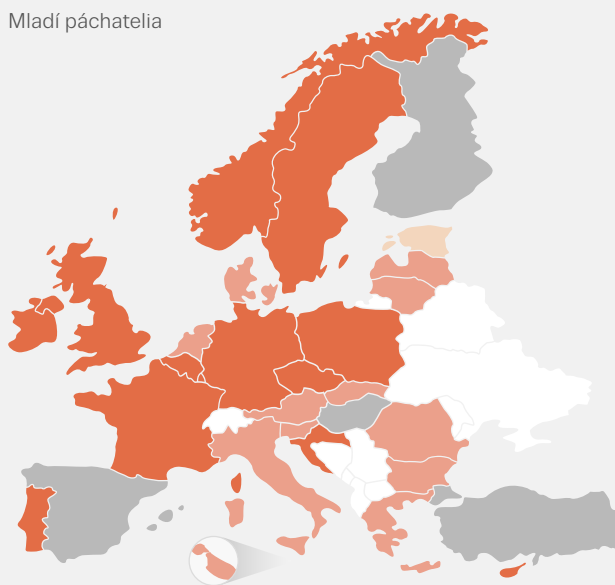
OBRÁZOK 3.1

Dostupnosť špecifických protidrogových preventívnych intervencií pre vybrané zraniteľné skupiny (hodnotenia odborníkov 2012)

Študenti so sociálnymi a vzdelávacími problémami



Mladí páchatelia



Úplné/extenzívne Obmedzené/zriedkavé Nie sú dostupné Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Mnoho programov je však naďalej založených na poskytovaní informácií, zvyšovaní informovanosti a poradenstve; prístupy s dôkazmi o účinnosti sú zriedkavé.

Dve dôležité cieľové skupiny selektívnych preventívnych intervencií sú študenti so vzdelávacími a sociálnymi problémami a mladí páchatelia (obr. 3.1). Z odborných hodnotení vyplýva zvýšenie celkového poskytovania pre obe tieto skupiny v období rokov 2007 – 2010, hoci v roku 2013 neboli pozorované žiadne ďalšie zmeny.

Čo sa týka intervencií určených pre študentov, dôkazy naznačujú, že stratégie, ktorými sa zlepšuje školské prostredie, môžu viesť k zníženiu užívania látok. Prístupy v tejto oblasti zahŕňajú školenia učiteľov a opatrenia na zlepšenie účasti študentov a podporovanie pozitívnych školských mravov. Cieľom ďalších prístupov prevencie zameraných na študentov je zvýšiť sebakontrolu a budovať sociálne schopnosti, pričom cieľom prístupov zameraných na rodinu je zlepšiť rodičovské zručnosti.

Pokiaľ ide o mladých páchatelov, väčšina krajín v súčasnosti informuje o zavádzaní alternatívnych opatrení pre trestné sankcie. Jedným programom stojacim za zmienku v tejto oblasti je *FreD*, súbor manuálnych intervencií, ktorý sa teraz zavádza v 15 členských štátoch EÚ. Hodnotenia tohto programu ukázali pokles miery opakovaného páchania trestných činov.

Znižovanie poškodení v nočných podnikoch: potreba integrovaného prístupu

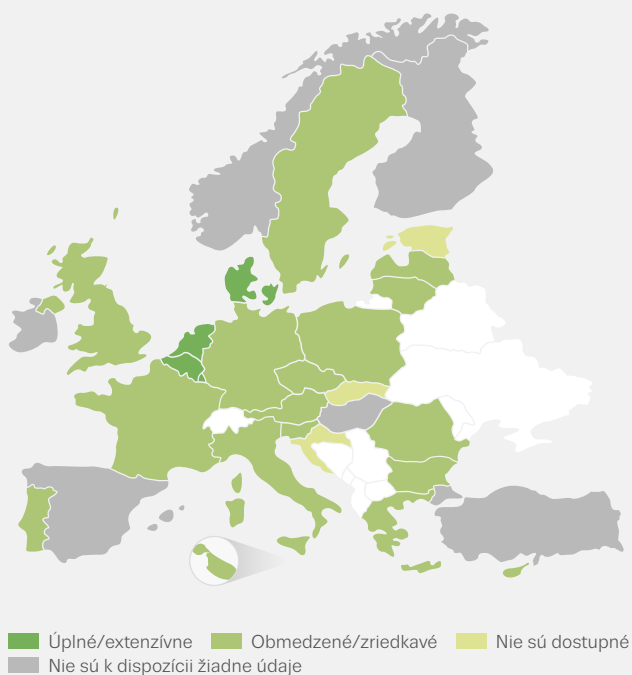
Je dobre známa súvislosť medzi nočnými podnikmi a niektorými formami vysoko rizikového užívania drog a alkoholu. Napriek tomu len obmedzený počet európskych krajín oznamuje zavádzanie stratégií prevencie v tejto oblasti (obr. 3.2) a z odborných hodnotení vyplýva celkový pokles činností v rokoch 2010 – 2013.

Na európskej únii ponúkajú normy, ktoré vytvorili *Club Health* a *Safer Nightlife*, usmernenia pre zavádzanie programov prevencie v zábavných podnikoch. Čo sa týka znižovania poškodení, pozitívne výsledky sa dosiahli z integrovaných cielených prístupov k prevencii, medzi ktoré patria také prvky, ako je zodpovedná obsluha, školenie zamestnancov baru a bezpečnostných služieb a spolupráca s orgánmi činnými v trestnom konaní.

Osobitnou obavou je riziko, ktorému sú mladí ľudia vystavení pri jazde domov z nočných podnikov po konzumovaní alkoholu a drog. Nedávnym prieskumom sa zistilo, že cielené mediálne kampane spolu s ponukou bezplatnej dopravy neskoro v noci môžu znížiť počet dopravných nehôd spôsobených jazdou pod vplyvom alkoholu. Intervencie zamerané na jazdu pod vplyvom drog sú však zriedkavé.

OBRÁZOK 3.2

Dostupnosť protidrogových preventívnych intervencií v nočných podnikoch (hodnotenia odborníkov 2012)



Prevenia šírenia infekčných chorôb

Užívateľom drog, predovšetkým injekčným užívateľom, hrozí riziko nákazy infekčnými chorobami prostredníctvom spoločného materiálu na užívanie drog a nechráneného pohlavného styku. Dôležitým cieľom európskych protidrogových politík je preto prevencia prenosu infekcie vírusom HIV, vírusovej hepatitídy a ďalších infekčných chorôb. V súčasnosti je dobre preukázané, že substitučná liečba injekčných užívateľov opioidov znižuje oznamované rizikové správanie, pričom niektoré štúdie naznačujú, že ochranný účinok narastá pri kombinovaní s programami na vydávanie injekčných ihl a striekačiek.

Počet injekčných striekačiek rozdanych v rámci špecializovaných programov v Európe (26 krajinách) sa zvýšil zo 42,9 milióna striekačiek v roku 2007 na 46 miliónov v roku 2012. Na úrovni krajín je zrejmy rozdielny obraz, keď asi polovica krajín uvádza zvýšenie poskytnutia a polovica zníženie (obr. 3.3). Zvýšenia možno vysvetliť rozšírením poskytovania, niekedy z nízkej východiskovej základne. Zníženia sa môžu vysvetliť buď poklesom dostupnosti služby, alebo poklesom počtu klientov. V 12 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii nedávne odhady počtu injekčných užívateľov drog, bol v roku 2012 priemerný počet striekačiek rozdanych v rámci špecializovaných programov na každého injekčného užívateľa v rozpätí od nuly na Cypre po viac ako 300 v Španielsku a Nórsku (obr. 3.4).

OBRÁZOK 3.3

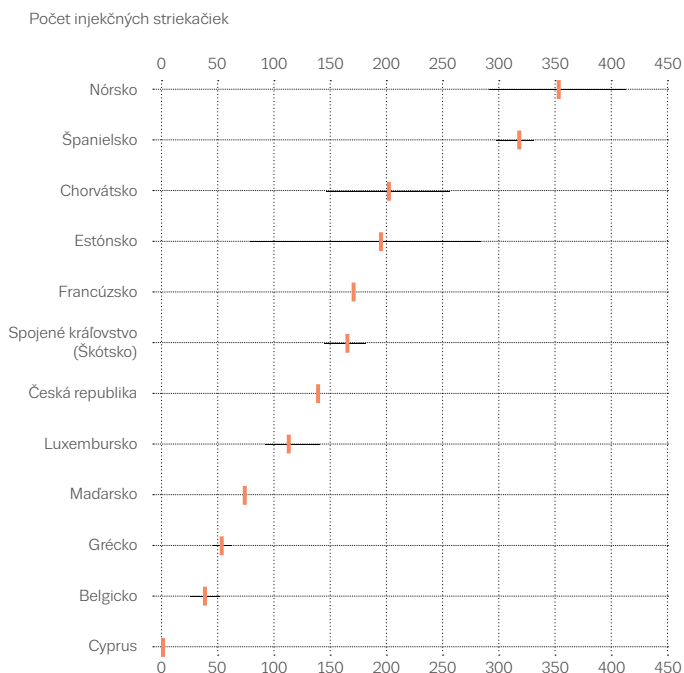
Zmena počtu injekčných striekačiek distribuovaných prostredníctvom špecializovaných programov v rokoch 2007 – 2012



Užívateľom drog, predovšetkým injekčným užívateľom, hrozí riziko nákazy infekčnými chorobami prostredníctvom spoločného materiálu na užívanie drog a nechráneného pohlavného styku

OBRÁZOK 3.4

Počet injekčných striekačiek distribuovaných prostredníctvom špecializovaných programov na jedného injekčného užívateľa drog (odhad)



Poznámka: Údaje sú zobrazené ako bodové odhady a intervaly neurčitosti.

Nedávno boli v Grécku a Rumunsku zaznamenané epidémie nových infekcií HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, ako je uvedené v kapitole 2. Toto urýchlilo spracovanie hodnotenia rizík na identifikovanie ďalších krajín, ktoré by mohli byť náchylné na nové epidémie HIV. Na obr. 3.5 je znázornený prehľad niektorých ukazovateľov možného rizika na najvyššej úrovni. Na základe tejto jednoduchej analýzy možno asi jednu tretinu krajín považovať za krajiny s určitými rizikovými faktormi, čo naznačuje potrebu neustálej opatrnosti a zváženia rastúceho pokrytia preventívnych opatrení proti HIV.

Preventívne opatrenia zamerané na prenos hepatitídy typu C sú podobné ako opatrenia pre HIV. Na politickej úrovni čoraz väčší počet krajín prijal alebo pripravuje špecifické stratégie pre hepatitídu typu C. Iniciatívy zamerané na testovanie a poradenstvo poskytované injekčným užívateľom drog v súvislosti s hepatitídou typu C sú stále obmedzené. Napriek rastúcemu počtu dôkazov o účinnosti protivírusovej liečby hepatitídy typu C u infikovaných užívateľov drog sú úrovne poskytovania stále nízke.

OBRÁZOK 3.5

Zhrnutie ukazovateľov možného zvýšeného rizika infekcií HIV medzi injekčnými užívateľmi drog

	Belgicko	Bulharsko	Česká republika	Dánsko	Nemecko	Estónsko	Írsko	Grécko	Španielsko	Francúzsko	Chorvátsko	Taliansko	Cyprus	Lotyšsko	Litva	Luxembursko	Maďarsko	Malta	Holandsko	Rakúsko	Polsko	Portugalsko	Rumunsko	Slovensko	Slovensko	Švédsko	Fínsko	Spojené kráľovstvo	Turecko	Nórsko
Prevalencia HIV a trendy																														
Prevalencia injekčného užívania a trendy (riziko prenosu)																														
Pokrytie substitučnej liečby – menej ako 30 %																														
Pokrytie injekčných ihl a striekačiek – menej ako 100 striekačiek na jedného injekčného užívateľa drog																														

Neboli identifikované žiadne z týchto rizikových faktorov: zvýšenie oznámení prípadov HIV alebo prevalencia HIV alebo HCV; zvýšenie rizika prenosu; nízke pokrytie intervencií.

Možné prítomné rizikové faktory: regionálne zvýšenie prevalencie HIV alebo HCV alebo rizika prenosu; stály ale nie významný nárast na národnej úrovni.

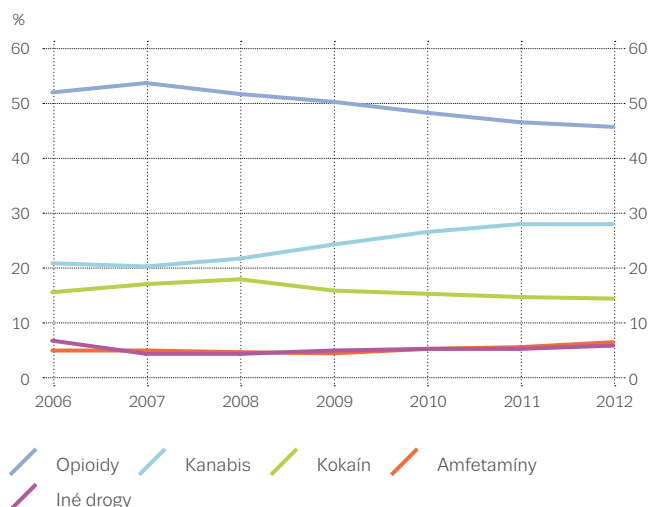
Prítomné rizikové faktory: významné zvýšenie oznámení prípadov HIV alebo prevalencia HIV alebo HCV; zvýšenie rizika prenosu; nízke pokrytie intervencií.

Nie sú dostupné informácie pre ECDC alebo EMCDDA.

Prevzaté z *Eurosurveillance* 2013;18(48):pii=20648.

OBRÁZOK 3.6

Percentuálny podiel klientov, ktorí nastúpili na špecializované protidrogové liečebné služby podľa primárnej drogy



Prevenca predávkovaní a úmrtí súvisiacich s drogami

Veľkú výzvu pre politiky verejného zdravia v Európe naďalej predstavuje zníženie počtu prípadov predávkovania drogami a ďalších úmrtí súvisiacich s drogami. Cílené reakcie v tejto oblasti sú zamerané buď na prevenciu výskytu predávkovaní, alebo na zlepšenie pravdepodobnosti prežitia po predávkovaní. Protidrogová liečba, najmä substitučná liečba závislosti od opioidov, predchádza predávkovaniu a znižuje riziko úmrtnosti užívateľov drog. Život môžu v situáciách predávkovania zachrániť školenie o reakcii na predávkovanie s distribúciou opioidného antagonistu, drogy naloxón. Jedným z druhov intervencie zameranej na zníženie výskytu predávkovania a zároveň zvýšenie šance prežitia po predávkovaní je použitie zariadení na užívanie drog pod dohľadom. Takéto zariadenia existujú v súčasnosti v šiestich členských štátoch EÚ a v Nórsku – spolu 73. Za posledné tri roky bolo v Holandsku viacero zariadení zatvorených z dôvodu klesajúceho dopytu, kým niekoľko zariadení bolo otvorených v Dánsku a jedno v Grécku.

Viac ako milión Európanov na protidrogovej liečbe

Odhaduje sa, že v roku 2012 absolvovalo liečbu závislosti od nezákonných drog minimálne 1,3 milióna Európanov. Najväčšiu časť liečených osôb predstavujú užívatelia opioidov. Z údajov o nástupe na liečbu (obr. 3.6) vyplýva, že druhou a tretou skupinou sú užívatelia kanabisu a kokaínu využívajúcich liečebné služby, pričom medzi jednotlivými krajinami sú pozoruhodné rozdiely.

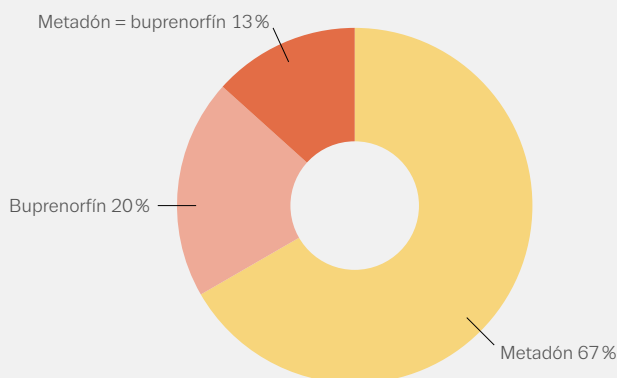
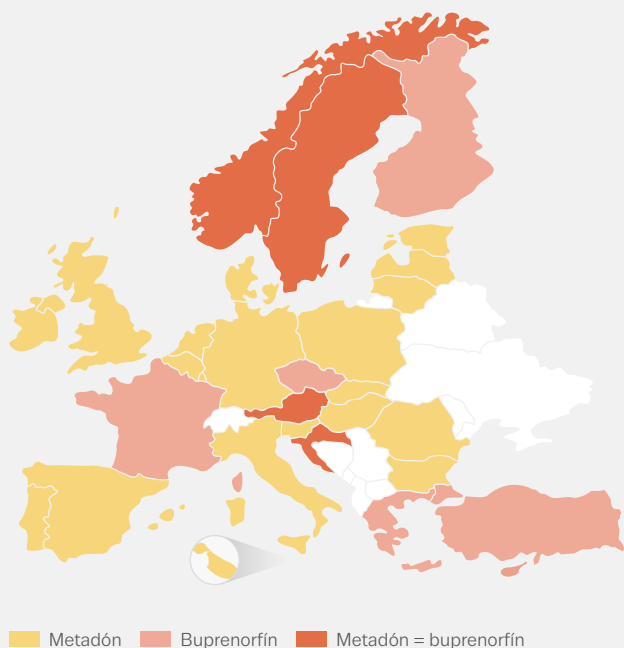
Väčšina liečby sa poskytuje v ambulantných zariadeniach, ako sú špecializované centrá, všeobecné zdravotné strediská vrátane ordinácií praktických lekárov a nízkoprahové zariadenia. Značný podiel protidrogovej liečby sa poskytuje v pobytových zariadeniach, ako sú špecializované pobytové liečebné centrá, terapeutické komunity a nemocničné pobytové centrá (napr. psychiatrické nemocnice). Novým a inovatívnym prístupom k liečbe je poskytovanie služieb prostredníctvom internetu, čo umožňuje hľadajúcim pomoc s drogovou problematikou prístup k liečebným programom z vlastného domova.

Substitučná liečba, obvykle kombinovaná so psychosociálnymi intervenciami, je najčastejšou liečbou závislosti od opioidov v Európe. Dostupné dôkazy podporujú tento kombinovaný prístup na udržanie pacientov v liečbe, ako aj na zníženie nezákonného užívania opioidov, poškodení súvisiacich s drogami a úmrtnosti. Psychosociálne intervencie sú hlavnou modalitou liečby používanou pre užívateľov závislých od stimulantov, pričom štúdie naznačujú, že tak kognitívno-behaviorálna terapia, ako aj riadenie mimoriadnych situácií sú spojené s pozitívnymi výsledkami. V súčasnosti čoraz viac krajín ponúka špecializované liečby pre závislosť od kanabisu, pričom dostupné dôkazy podporujú používanie kombinácie kognitívno-behaviorálnej terapie, motivačných rozhovorov a prístup riadenia mimoriadnych situácií. Niektoré dôkazy podporujú používanie viacdimenzionálnej rodinnej terapie pre mladých užívateľov kanabisu.

Veľkú výzvu pre politiky verejného zdravia v Európe naďalej predstavuje zníženie počtu prípadov predávkovania drogami a ďalších úmrtí súvisiacich s drogami

OBRÁZOK 3.7

Prevažujúci substitučný liek pri liečbe závislosti od opioidov na národnej úrovni (vľavo) a ako podiel klientov substitučnej liečby v Európe (vpravo)



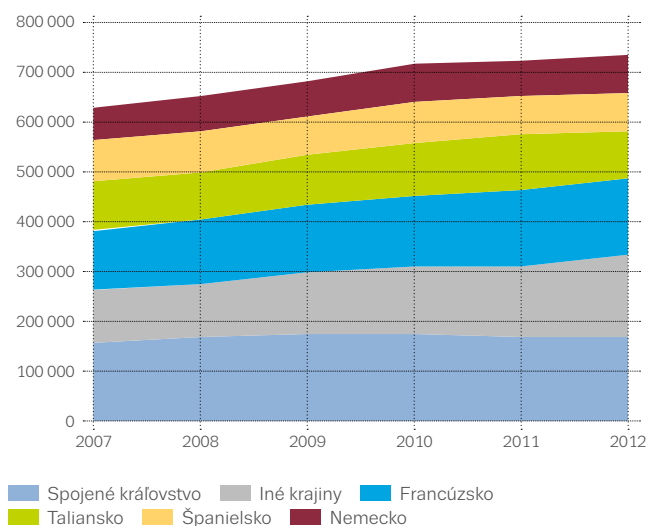
Substitučná liečba: hlavná modalita ambulantnej liečby

Najčastejšie predpisovaným liekom je metadón, ktorý užívajú dve tretiny klientov substitučnej liečby. Väčšine zvyšných klientov (asi 20 %) sa predpisuje buprenorfín, ktorý je hlavným substitučným liekom v šiestich krajinách (obr. 3.7). Asi 6 % celej substitučnej liečby v Európe využíva predpisovanie iných látok, napríklad morfinu s pomalým uvoľňovaním alebo diacetylmorfinu (heroínu).

Počet užívateľov opioidov, ktorí v roku 2012 absolvovali substitučnú liečbu v Európe, sa odhaduje na 734 000. Tento údaj je pomerne stabilný v porovnaní s rokom 2011 (726 000), ale vyšší než odhadovaných 630 000 v roku 2007 (obr. 3.8). V roku 2012 oznámilo päť krajín zvýšenie o viac ako 25 % počtu klientov v porovnaní s odhadom v predchádzajúcom roku. Najvyšší percentuálny nárast bol zaznamenaný v Turecku (250 %), ďalej v Grécku (45 %) a Lotyšsku (28 %). K percentuálnemu nárastu v týchto krajinách však došlo v súvislosti s pomerne nízkymi východiskovými hodnotami. Naopak v rovnakom období Rumunsko oznámilo najväčší percentuálny pokles (-30 %) odhadovaného počtu klientov.

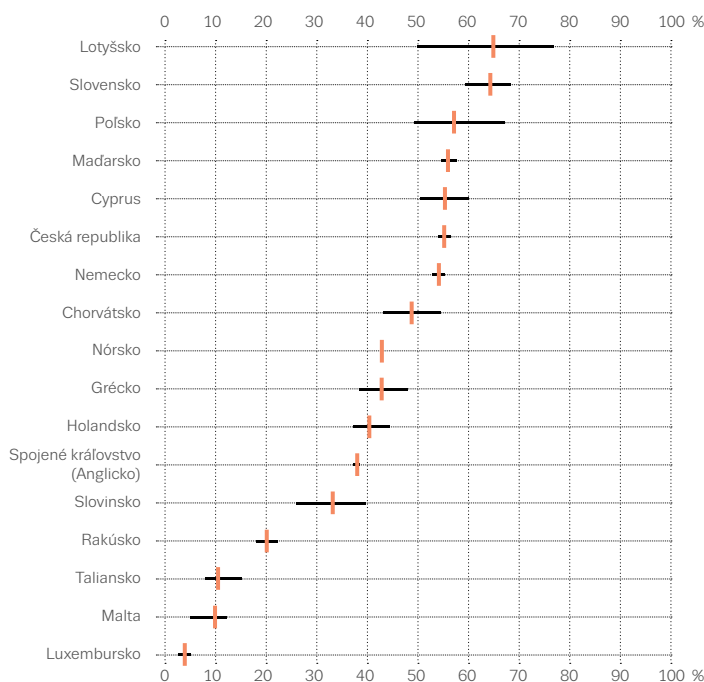
OBRÁZOK 3.8

Trendy počtu klientov substitučnej liečby závislosti od opioidov



OBRÁZOK 3.9

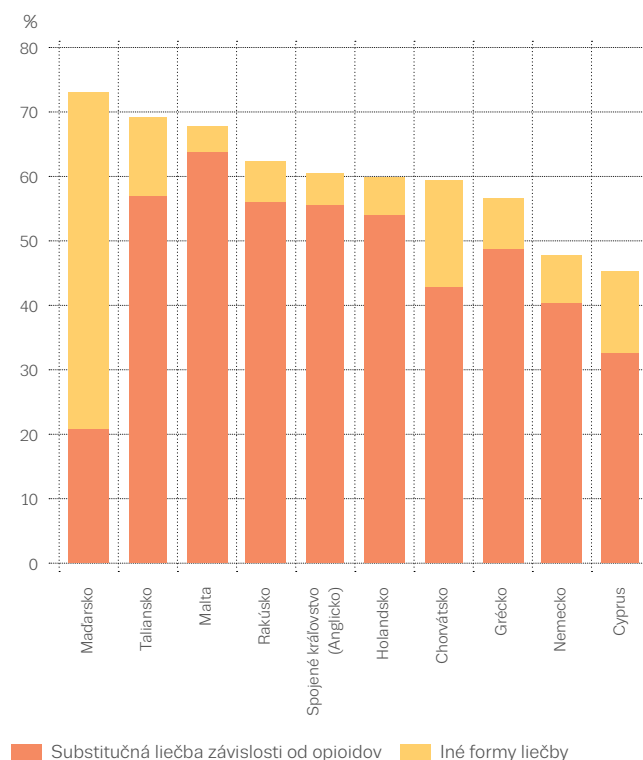
Percentuálny podiel problémových užívateľov opioidov absolvujúcich substitučnú liečbu (odhad)



Poznámka: Údaje sú zobrazené ako bodové odhady a intervaly neurčitosti.

OBRÁZOK 3.10

Percentuálny podiel problémových užívateľov opioidov absolvujúcich protidrogovú liečbu (odhad)



Substitučná liečba závislosti od opioidov Iné formy liečby

Pokrytie liečby: vyše polovice užívateľov je na substitučnej liečbe

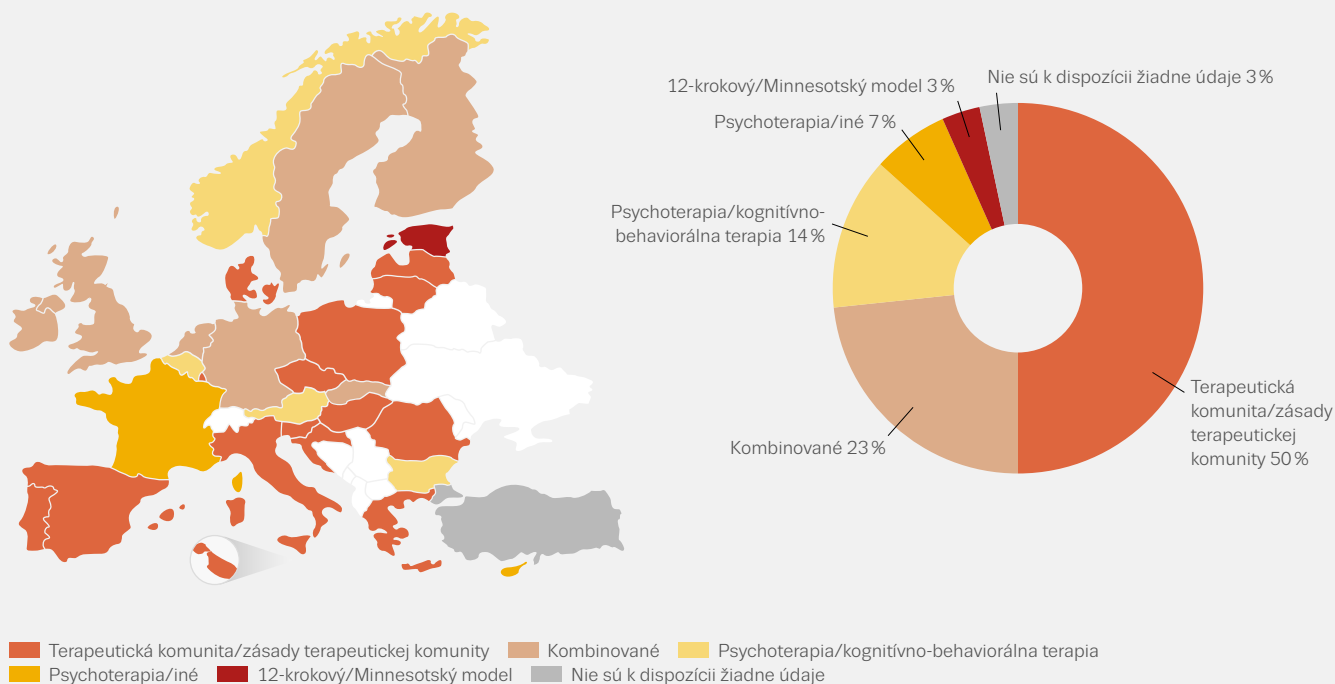
Pokrytie substitučnej liečby závislosti od opioidov – podiel osôb potrebujucej intervenciu – sa odhaduje na viac ako 50 % problémových užívateľov opioidov v Európe. Tento odhad sa musí z metodických dôvodov brať opatrne, ale v mnohých krajinách väčšina užívateľov opioidov je alebo bola v kontakte s liečebnými službami. Na národnej úrovni však stále existujú veľké rozdiely v miere pokrytia, pričom najnižšiu odhadovanú mieru (okolo 10 % alebo menej) uviedli Lotyšsko, Slovensko a Poľsko (obr. 3.9).

Liečba bez substitučných liekov je dostupná užívateľom opioidov vo všetkých európskych krajinách. V desiatich krajinách, ktoré poskytli dostatočné údaje, je pokrytie liečebných prístupov nezahŕňajúcich substitučné lieky všeobecne v rozpätí 3 – 17 % všetkých problémových užívateľov opioidov, ktorých je v Maďarsku vyše 50 % (obr. 3.10).



OBRÁZOK 3.11

Prevažujúci terapeutický prístup v pobytových programoch súhrnne podľa celkového počtu na národných úrovniach (vľavo) a európskej úrovni (vpravo) 2011



Pobytová liečba: prevažujú prístupy terapeutického programu

Vo väčšine európskych krajín tvoria programy pobytovej liečby dôležitý prvok liečby a možnosti rehabilitácie pre užívateľov drog. Nedávna štúdia EMCDDA identifikovala v Európe 2 500 pobytovej liečebných centier, pričom dve tretiny zariadení sú sústredené v šiestich krajinách: Nemecku, Španielsku, Írsku, Taliansku, Švédsku a Spojenom kráľovstve. Komunitno-pobytové zariadenia tvoria najväčšiu skupinu (2 330) v 17 krajinách uvádzajúcich všetky svoje rozmanité pobytové zariadenia. Okrem toho bolo v celej Európe identifikovaných 170 programov nemocničnej liečby.

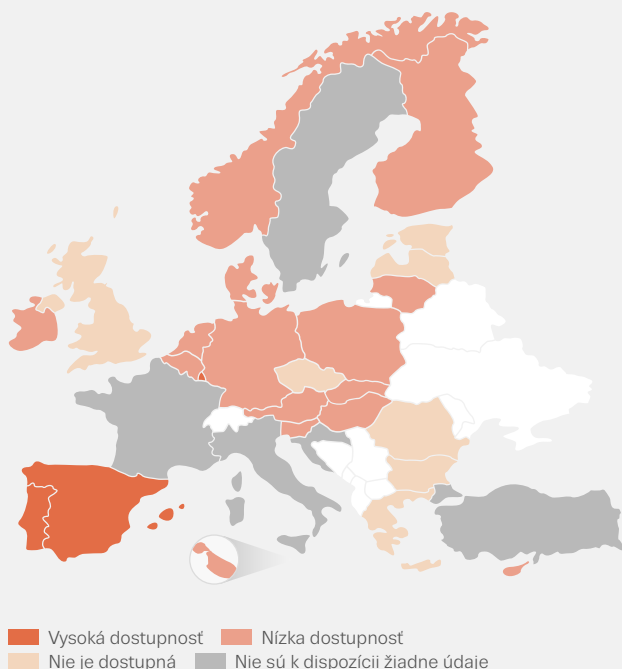
Mnohé pobytové programy sú zamerané na *zdravie, osobné a sociálne fungovanie a zlepšenú kvalitu života*. Pobytové programy možno charakterizovať štyrmi hlavnými terapeutickými prístupmi: 12-krokový alebo Minnesotský model; prístup terapeutického programu; psychoterapia využívajúca kognitívno-behaviorálnu terapiu; a psychoterapia využívajúca iné modely liečby. V 15 krajinách prevažuje „model terapeutického programu“ (obr. 3.11).

Dôkazy o účinnosti bezdrogových terapeutických komunit sú nepresvedčivé, čiastočne z dôvodu metodických ťažkostí pri realizácii výskumu výsledkov liečby v tejto oblasti. Väčšina výskumov tejto problematiky v Európe je obmedzená na pozorovacie štúdie, a závery sú preto bezpodmienečne predbežné. Tieto štúdie však vo všeobecnosti uvádzajú pozitívne liečebné výsledky spojené s dlhším zotrvaním v liečbe a dokončením liečby. Takmer všetky pozorovacie štúdie uvádzajú, že účastníci terapeutického programu vykazujú zníženie a zastavenie užívania drog, ako aj zlepšenie kvality života.

Hoci programy pobytovej liečby boli tradične výlučne bez drog, aktuálne údaje naznačujú, že narastá poskytovanie substitučných liekov ako prvku programov pobytovej liečby užívateľov opioidov. Určitú úroveň integrácie substitúcie opioidov v pobytovej protidrogovej liečbe zaznamenalo 18 z 25 krajín podávajúcich správy (obr. 3.12).

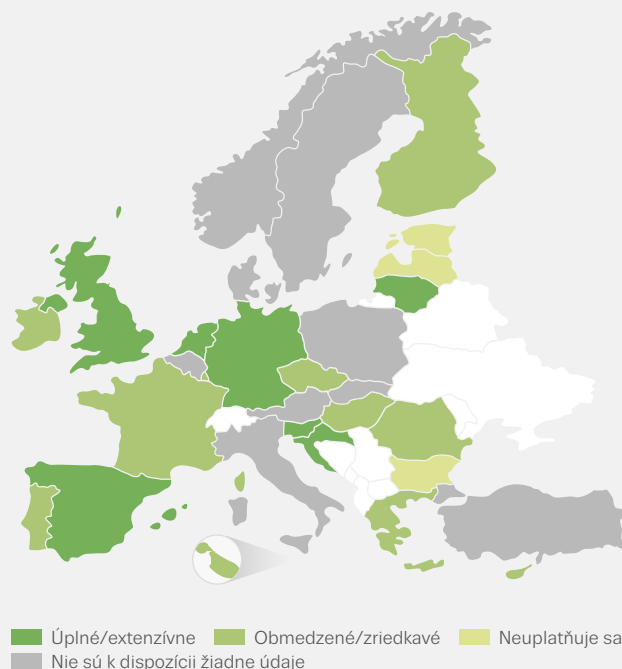
OBRÁZOK 3.12

Dostupnosť substitúcie opioidov v rámci pobytových programov 2011



OBRÁZOK 3.13

Dostupnosť intervencií prechodného pracovného trhu pre klientov protidrogovej liečby (odhad odborníkov 2011)



Sociálna reintegrácia: zameranie na zamestnateľnosť

Služby sociálnej reintegrácie podporujú liečbu a predchádzajú recidíve riešením kľúčových aspektov sociálneho začlenenia užívateľov drog. V roku 2012 asi polovica klientov, ktorý nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v Európe, bola nezamestnaná (47 %) a takmer každý desiaty nemal stabilné ubytovanie (9 %). V tejto skupine je bežná nízka úroveň vzdelania. Hoci sa sociálna reintegrácia užívateľov drog uvádza ako hlavný cieľ národných protidrogových stratégií, poskytovanie týchto intervencií sa medzi jednotlivými krajinami značne líši.

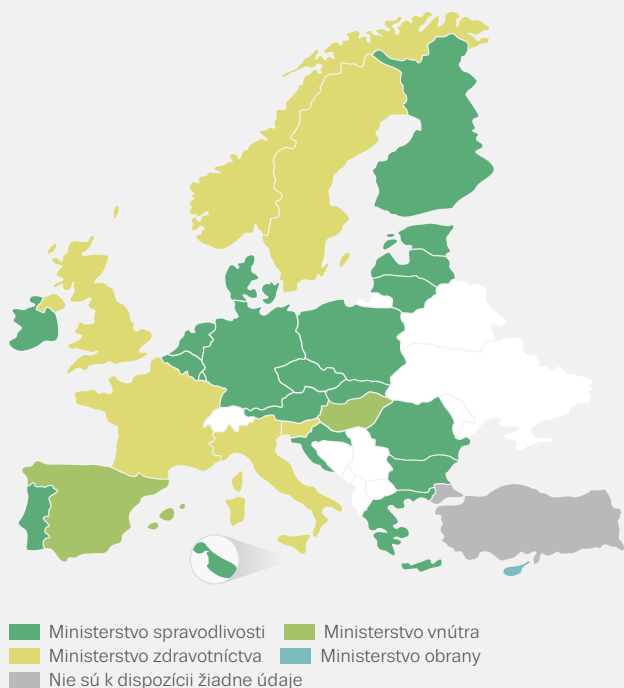
Zvýšenie zamestnateľnosti klientov protidrogovej liečby im môže pomôcť znovu sa integrovať do spoločnosti. U jednotlivcov zamestnateľnosť závisí od ich znalostí, zručností a postojov, spôsobu, akým ich využívajú a kontextu, v ktorom hľadajú prácu. Jedným zo spôsobov ako to dosiahnuť je podporný systém zameraný na znevýhodnených jednotlivcov, ktorého cieľom je vyplniť medzeru medzi dlhodobou nezamestnanosťou a pracovným trhom. Tento systém sa často označuje ako prechodný pracovný trh. Klientom protidrogovej liečby môžu byť ponúknuté dočasné pracovné dohody spolu so školením, pracovnými skúsenosťami, osobným rozvojom a hľadaním práce. Pod týmto názvom sa ako druh iniciatívy

bežne považujú projekty sociálnych podnikov. Tieto podniky vyrábajú a poskytujú sociálne užitočné výrobky alebo služby a zamestnávajú skupiny, ktoré sú na pracovnom trhu znevýhodnené. Hoci sú tieto intervencie dostupné vo väčšine členských štátov (pozri obr. 3.13), prístup pre ľudí na protidrogovej liečbe sa javí byť obmedzený a môže byť komplikovaný vysokou mierou nezamestnanosti v celkovej populácii.

Služby sociálnej reintegrácie podporujú liečbu a predchádzajú recidíve riešením kľúčových aspektov sociálneho začlenenia užívateľov drog

OBRÁZOK 3.14

Ministerská zodpovednosť za poskytovanie zdravotných služieb vo väzniciach



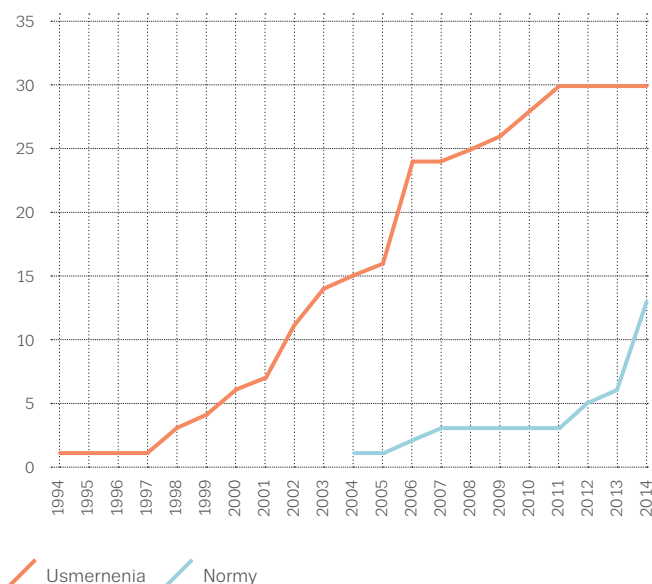
Zdravie vo väzniciach do veľkej miery zostáva na justícii a ministerstvách vnútra

Ako vyplynulo z nedávnych štúdií, väzni vykazujú celkovú vyššiu mieru užívania drog než všeobecná populácia a škodlivejšie formy užívania – podľa nedávnych štúdií injekčne užíva drogy 5 – 31 % väzňov. Pri nástupe na výkon trestu väčšina užívateľov obmedzuje alebo prerušuje užívanie drog. Nezákonné drogy si však našli cestu do mnohých väzníc a niektorí väzni počas väznenia pokračujú v užívaní alebo začnú užívať drogy.

Vo väčšine krajín nadviazali partnerstvá väzenské zdravotnícke služby a poskytovatelia komunitných služieb. Tieto partnerstvá poskytujú zdravotnú osvetu a liečbu vo väzniciach a zabezpečujú kontinuitu starostlivosti pri nástupe do väzenia a po prepustení. Vo všeobecnosti sú za zdravotnícke služby vo väzniciach stále zodpovedné ministerstvá spravodlivosti alebo vnútra. V niektorých krajinách je však v súčasnosti za poskytovanie zdravotníckych služieb vo väzniciach zodpovedné ministerstvo zdravotníctva (obr. 3.14), čo umožňuje väčšiu integráciu s poskytovaním všeobecných zdravotných služieb v spoločnosti.

OBRÁZOK 3.15

Kumulatívny počet krajín, ktoré uverejnili usmernenia a normy kvality pre zdravotné a sociálne intervencie v drogovej oblasti podľa roku vydania



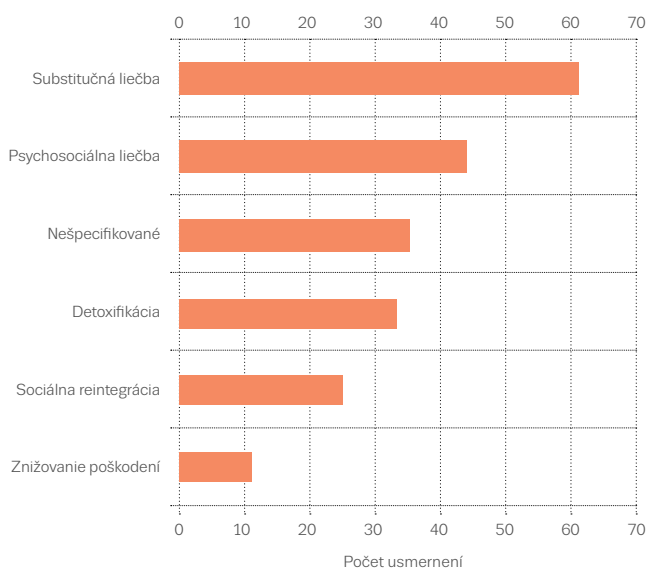
V súčasnosti sa v 26 krajinách z 30 poskytuje vo väzniciach substitučná liečba závislosti od opioidov, ktorú monitoruje EMCDDA, hoci jej zavedenie bolo vo všeobecnosti neskôr než vo zvyšku spoločnosti. Môžu existovať aj obmedzenia. Napríklad v štyroch krajinách je substitučná liečba vo väzniciach obmedzená na tých, ktorí ju už mali predpísanú pred nástupom na výkon trestu.

Reakcie založené na dôkazoch: používanie usmernení a noriem

Zdravotné a sociálne reakcie Európy na drogovú problematiku čoraz viac podporujú usmernenia a normy kvality, ktoré slúžia na premenu dôkazov na uspokojivé a udržateľné výsledky. Vo všeobecnosti možno pozorovať proces, keď usmernenia predchádzajú zavedeniu noriem kvality o niekoľko rokov (obr. 3.15).

OBRÁZOK 3.16

Národné usmernenia súvisiace s drogami pre zdravotné a sociálne intervencie v drogovej oblasti oznámené v Európe do roku 2013



**Zdravotné a sociálne reakcie
Európy na drogovú
problematiku čoraz viac
podporujú usmernenia
a normy kvality**

Usmernenia sú tvrdenia, ktoré obsahujú odporúčania určené na optimalizáciu starostlivosti o klienta. Obvykle sú založené na systematickom prehľade dôkazov a hodnotení prínosov a poškodení alternatívnych možností starostlivosti. Účelom usmernení je pomáhať klientom, ošetrovateľom a poskytovateľom služieb pri rozhodovaní o výbere vhodných intervencií. Za posledných 20 rokov bolo uverejnených vyše 150 súborov usmernení týkajúcich sa drog, pričom od roku 2011 sú dostupné vo všetkých členských štátoch. Usmernenia zahŕňajú celý rad zdravotných a sociálnych intervencií v drogovej oblasti, aj keď väčšie množstvo je o zdravotných intervenciách, akými sú substitučná liečba a detoxifikácia, než o znižovaní poškodení a sociálnej reintegrácii (obr. 3.16).

Normy kvality sú zásady a súbory pravidiel založené na dôkazoch, ktoré sa používajú na pomoc pri implementovaní intervencií odporúčaných v usmerneniach. Môžu sa týkať problémov obsahu, procesov alebo štrukturálnych aspektov zabezpečenia kvality, napr. pracovného prostredia a personálneho zloženia. V oblasti drogovej prevencie je na európskej úrovni k dispozícii súbor noriem kvality na podporu rozvoja programov. Tieto normy zdôrazňujú faktory, akými sú zabezpečenie relevancie činností pre cieľové populácie, dodržiavanie akceptovaných etických zásad a integrácia a propagácia vedeckých dôkazov.

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, Výhľady v drogovej oblasti.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Výhľady v drogovej oblasti.

Internet-based drug treatment, Výhľady v drogovej oblasti.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, Výhľady v drogovej oblasti.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, Tematické dokumenty.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, Výhľady v drogovej oblasti.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Tematické dokumenty.

Preventing overdose deaths in Europe, Výhľady v drogovej oblasti.

2012

Znižovanie dopytu po drogách: globálne dôkazy pre lokálne opatrenia, Pozornosť upriamená na drogy.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), Príručka.

New heroin-assisted treatment, Prehľady.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Vybraná téma.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Prehľady.

2011

European drug prevention quality standards, Príručka.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, Vybraná téma.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Monografia.

Treatment and care for older drug users, Vybraná téma.

2009

Internet-based drug treatment interventions, Prehľady.

Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, Tematický dokument.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, zv. 2, časť III: Prevencia a liečba, Monografie.

Drugs and vulnerable groups of young people, Vybraná téma.

Spoločné publikácie EMCDDA a ECDC

2011

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

Všetky publikácie sú dostupné na
www.emcdda.europa.eu/publications

4

**Na reguláciu výroby, predaja a
prechovávanía viac ako 240
psychoaktívnych látok je v troch
dohovoroch Organizácie
Spojených národov stanovený
medzinárodný rámec**

Protidrogové politiky

Na európskej úrovni právne predpisy EÚ v oblasti drog spolu s viacročnými stratégiami a akčnými plánmi vytvárajú rámec pre koordinovanú činnosť. Na národnej úrovni zodpovedajú za prijímanie právnych, strategických, organizačných a rozpočtových rámcov potrebných pri riešení problémov súvisiacich s drogami vlády a parlamenty.

Monitorovanie protidrogových politík

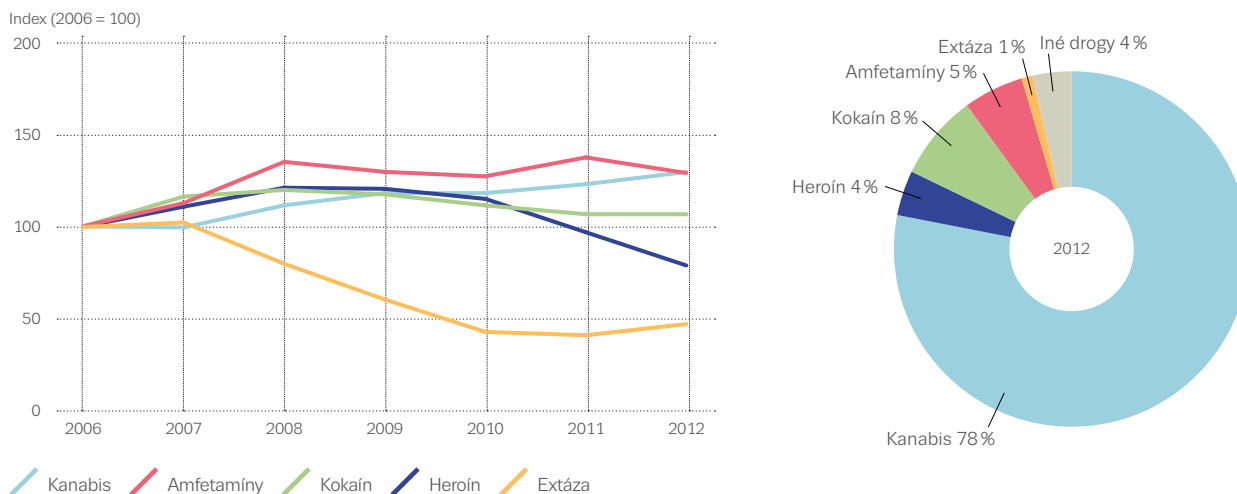
Kľúčové rozmery politík, ktoré je možné monitorovať na európskej úrovni, zahŕňajú: právne predpisy súvisiace s drogami a ich porušenie, národné protidrogové stratégie a akčné plány, mechanizmy koordinácie a hodnotenia politík, ako aj finančné prostriedky a verejné výdavky súvisiace s drogami. Údaje sa zhromažďujú prostredníctvom dvoch sietí EMCDDA: národných kontaktných miest a legislatívnych spravodajcov. Údaje a metodické poznámky o porušovaní právnych predpisov súvisiacich s drogami sa nachádzajú vo webovej zóne *European Drug Report: Data and statistics* (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady) a k dispozícii sú aj komplexné informácie on-line v sekcii *European drug policy and law*.

Právne predpisy súvisiace s drogami: spoločný rámec

Na reguláciu výroby, predaja a prechovávaní viac ako 240 psychoaktívnych látok je v troch dohovoroch Organizácie Spojených národov stanovený medzinárodný rámec. Dohovory zaväzujú jednotlivé krajiny, aby postihovali neoprávnenú ponuku ako trestný čin. Rovnaká povinnosť sa týka prechovávaní drog pre vlastnú potrebu, podlieha však „ústavným zásadám a základným koncepciám právneho systému“ konkrétnej krajiny. Interpretácia tejto doložky nie je jednotná, čo sa odráža v rozmanitosti právnych prístupov v európskych krajinách a inde.

OBRÁZOK 4.1

Oznámené trestné činy súvisiace s užívaním drog alebo prechovávaním drog pre vlastnú potrebu v Európe, trendy a rozdelenie podľa jednotlivých drog



Prechovávanie pre vlastnú potrebu: odklon od trestov odňatia slobody

Prechovávanie drog pre vlastnú potrebu – a niekedy užívanie drog – je vo väčšine európskych krajín trestným činom, za ktorý ukladajú tresty odňatia slobody. V mnohých krajinách je však uväznenie neobvyklé a približne od roku 2000 sa v celej Európe prejavuje tendencia obmedzovať možnosť uloženia trestu odňatia slobody za trestné činy súvisiace s osobnou potrebou. Niektoré krajiny odstránili možnosť uloženia trestu odňatia slobody úplne, a niektoré krajiny šli ďalej, takže trestné činy prechovávania pre vlastnú potrebu môžu byť potrestané len sankciami inými ako trestnoprávnymi, obvyčajne pokutou.

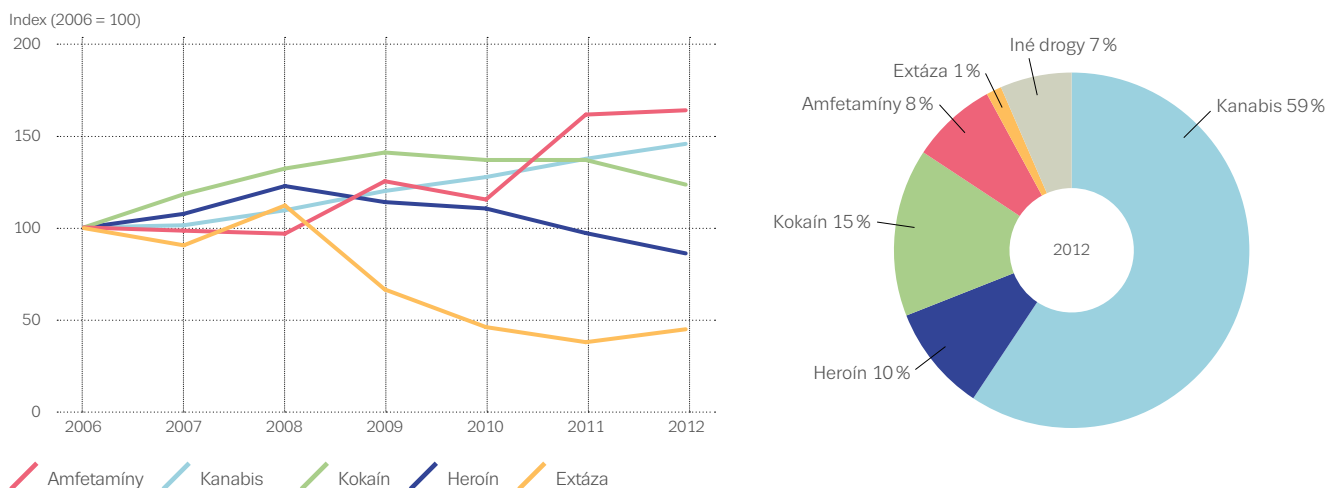
Vo väčšine európskych krajín sa prevažná časť oznámených prípadov porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami týka užívania drog alebo prechovávania drog pre vlastnú potrebu. Celkove sa v Európe odhaduje, že v roku 2012 bolo oznámených viac ako jeden milión týchto trestných činov, čo znamená 17 % nárast v porovnaní s rokom 2006. Viac ako dve tretiny z oznámených trestných činov súvisiacich s drogami sa týkajú kanabisu (obr. 4.1).

Ponuka drog: rozdiely v trestoch

Nezákonná ponuka drog je v Európe vždy trestným činom, možné tresty sa však medzi jednotlivými krajinami značne

OBRÁZOK 4.2

Oznámené trestné činy súvisiace s ponukou drog v Európe, trendy a rozdelenie podľa jednotlivých drog



líšia. V niektorých krajinách sa môžu trestné činy ponuky drog postihovať jediným trestom so širokým rozpätím (až doživotné odňatie slobody). V iných krajinách sa rozlišuje trestný čin malej a veľkej ponuky drog, a to podľa takých skutočností, ako je napríklad množstvo a druh nájdenej drogy, s príslušnými maximálnymi a minimálnymi postihmi.

Celkove sa počet oznámených trestných činov ponuky drog od roku 2006 zvýšil o 28 % a v roku 2012 dosiahol viac ako 230 000 prípadov. Pokiaľ ide o trestné činy prechovávania drog pre vlastnú potrebu, vo väčšine prípadov išlo o kanabis. V prípade kokaínu, heroínu a amfetamínov však prevažujú trestné činy ponuky nad trestnými činmi prechovávania drog pre vlastnú potrebu. Klesajúce trendy trestných činov súvisiacich s ponukou kokaínu a heroínu pokračovali (obr. 4.2).

Nové psychoaktívne látky: systémy kontroly vývoja

Rýchlosť, akou boli nedávno kontrolované látky nahradené novými látkami a rozmanitosť dostupných produktov, spôsobila vážne problémy európskym zákonodarcom.

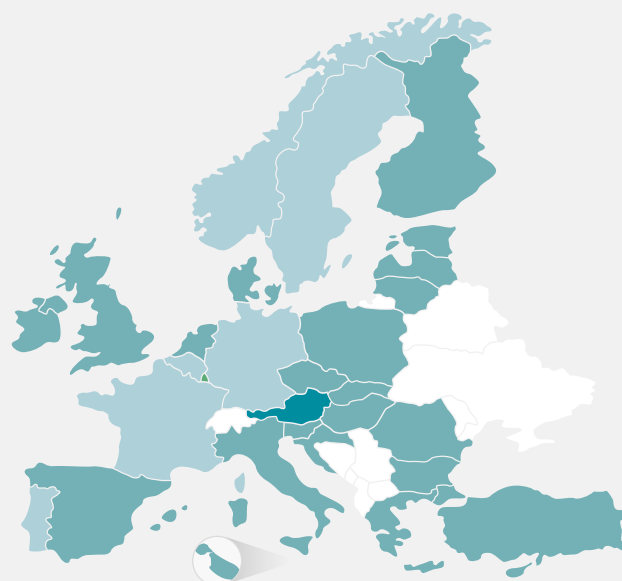
Na národnej úrovni tieto problémy urýchlili širokú škálu inovatívnych právnych reakcií medzi európskymi krajinami. Všeobecne možno identifikovať tri typy. Po prvé, krajiny môžu používať existujúce právne predpisy, ktoré sa vzťahujú na problémy nesúvisiace s kontrolovanými drogami, akými sú právne predpisy na ochranu spotrebiteľa alebo kontrolu liečiv: v Poľsku bolo v roku 2010 za jeden víkend zatvorených 1 000 maloobchodných predajní využívajúc existujúce právomoci na ochranu zdravia. Po druhé, krajiny môžu rozširovať alebo prispôbovať existujúce právne predpisy alebo procesy súvisiace s drogami: v Spojenom kráľovstve boli v roku 2011 zavedené dočasné nariadenia o klasifikácii drog na kontrolu ponuky, kým sa budú skúmať riziká pre zdravie. Po tretie, krajiny môžu navrhnúť nové právne predpisy: v roku 2013 Portugalsko a Slovensko zaviedli zákony konkrétne určené na zastavenie neautorizovaného predaja určitých nových látok.

Táto rýchlo sa meniaciaca oblasť práva sa stále vyvíja. V nedávnych vývojových zmenách Poľsko a Rumunsko posilnili existujúce zákony zavedením špeciálne navrhnutých nových právnych predpisov; staré a nové sa teraz používajú súbežne. V roku 2012 Cyprus znovu navrhol všeobecné vymedzenia pojmov na obsiahnutie látok, ktoré sú mimo aktuálnych vymedzení, kým Holandsko v tom istom roku zamietlo všeobecné vymedzenia pojmov na základe skutočnosti, že neboli dostatočne formulované.

Medzi týmito rôznymi reakciami je veľká odchýlka v kritériách na aktivovanie legislatívnej reakcie a v trestoch

OBRÁZOK 4.3

Národné protidrogové stratégie a akčné plány: dostupnosť a rozsah



— Kombinovaná stratégia pre zákonné a nezákonné drogy
 — Stratégia pre nezákonné drogy
 — Žiadna národná protidrogová stratégia
 Poznámka: Kým v Spojenom kráľovstve majú stratégiu pre nezákonné drogy, Wales a Severné Írsko majú kombinované stratégie, ktoré zahŕňajú aj alkohol.

za nedodržiavanie. Napriek tomu sa zdá, že trendom je zameranie sa krajín skôr na potrestanie ponuky než prechovávanie týchto látok.

Národné protidrogové stratégie

V súčasnosti je uznávanou praxou, že národné vlády v Európe prijímajú protidrogové stratégie a akčné plány. Tieto časovo obmedzené dokumenty obsahujú súbor všeobecných zásad, cieľov a priorít a konkretizujú činnosti a strany zodpovedné za ich vykonávanie. V súčasnosti majú všetky krajiny národnú protidrogovú stratégiu alebo akčný plán okrem Rakúska, ktoré má krajské plány. Sedem krajín prijalo národné stratégie a akčné plány, ktoré zahŕňajú aj zákonné aj nezákonné drogy (obr. 4.3). Viaceré

V súčasnosti je uznávanou praxou, že národné vlády v Európe prijímajú protidrogové stratégie a akčné plány

OBRÁZOK 4.4

krajiny v súčasnosti systematicky vyhodnocujú svoje protidrogové stratégie a akčné plány. Cieľom hodnotenia je všeobecne posúdiť úroveň dosiahnutej implementácie, ako aj zmeny v celkovej drogovej situácii.

Rozličné organizácie na podporu protidrogovej politiky

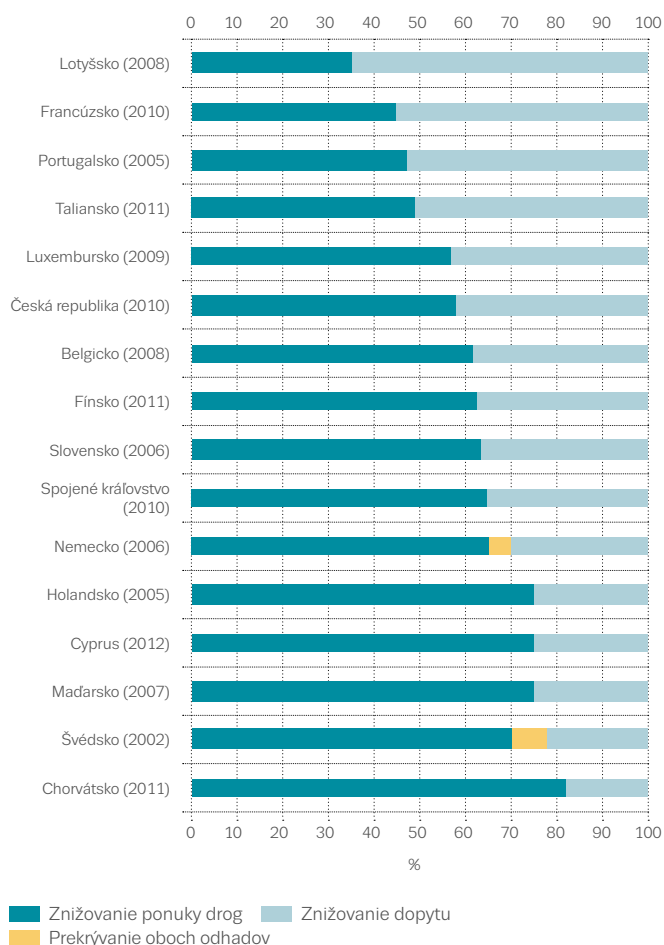
V posledných rokoch došlo k zvýšenému zapojeniu organizácií občianskej spoločnosti vrátane skupín na podporu protidrogovej politiky pri vypracovávaní protidrogových stratégií. Nedávnou štúdiou EMCDDA bolo identifikovaných viac ako 200 organizácií zapojených do podpory protidrogovej politiky v Európe, pričom približne 70 % z nich je aktívnych na národnej úrovni a zvyšok je rovnomerne rozdelený medzi podporu na lokálnej alebo európskej úrovni. Takmer dve tretiny týchto organizácií mali ciele zamerané na praktický vývoj, pričom 39 % podporovalo prístupy na znižovanie poškodení a 26 % podporovalo prevenciu a znižovanie užívania drog. Zvyšné organizácie boli zamerané na legislatívnu zmenu, pričom 23 % uprednostňovalo znižovanie kontrol drog a 12 % podporovalo posilnenie kontrol.

Väčšina organizácií na podporu sa zapája do cielených aktivít zameraných na ovplyvnenie postojov a názorov verejnosti a tvorcov politik na poskytovanie protidrogových služieb a na kontroly drog. Používajú činnosti zvyšujúce informovanosť, ako je účasť vo verejných diskusiách alebo udržiavanie stránok sociálnych médií, aby ovplyvnili protidrogovú politiku. Organizácie propagujúce znižovanie kontrol alebo znižovanie poškodení vystupovali najmä v mene užívateľov drog, zatiaľ čo organizácie podporujúce znižovanie užívania drog a posilnenia kontrol vystupovali najmä v mene širšej spoločnosti a obzvlášť mladých ľudí a rodín.

Ekonomické hodnotenie: financie pre intervencie ovplyvnené úspornými opatreniami

Mnohé európske krajiny naďalej čelia následkom nedávnemu hospodárskemu poklesu. Rozsah fiškálnej konsolidácie alebo úsporných opatrení a ich vplyv sa v jednotlivých európskych štátoch líši. V 18 krajinách s dostatočnými údajmi na porovnanie boli oznámené obmedzenia v zdravotníctve, verejnom poriadku a bezpečnosti – oblasti vládnych výdavkov, z ktorých pochádza najviac verejných výdavkov súvisiacich s drogami. Celkovo boli v rokoch 2009 – 2011 najväčšie obmedzenia verejných výdavkov v zdravotníckom sektore.

Rozdelenie verejných výdavkov súvisiacich s drogami medzi znižovanie dopytu a znižovanie ponuky drog



Európske štáty tiež oznámili obmedzenia finančných prostriedkov dostupných pre programy a služby súvisiace s drogami, pričom ovplyvnené boli najmä protidrogové preventívne intervencie a výskumy týkajúce sa drog. Niekoľko krajín tiež oznámilo, že snahy obmedziť financovanie protidrogovej liečby neboli vždy úspešné.

Ekonomická analýza môže byť dôležitým nástrojom politického hodnotenia, hoci obmedzené dostupné informácie o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami v Európe predstavujú veľkú prekážku a sťažujú porovnanie medzi krajinami. V prípade 16 krajín, ktoré robia odhady od roku 2002, sú verejné výdavky súvisiace s drogami v rozpätí 0,01 % – 0,5 % ich hrubého domáceho produktu (HDP). Z dostupných informácií sa javí, že najväčší podiel verejných výdavkov súvisiacich s drogami sa prideluje aktivitám na znižovanie ponuky drog (obr. 4.4).

Medzi verejné výdavky na znižovanie ponuky drog okrem iného patria výdavky na páchatelov, ktorí sú vo väzniciach za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami.

Centrum EMCDDA vypočítalo rozpätie odhadov, v ktorom spodný odhad uvažuje len s väzňami, ktorí boli odsúdení za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami, a horný odhad zahŕňa aj väzňov v prípravnom konaní, ktorí môžu byť odsúdení za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami. Ak použijeme tieto kritéria, európske krajiny v roku 2010 minuli odhadovaných 0,03 % HDP alebo 3,7 miliárd EUR na páchatelov vo väzniciach za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami. Pri zahrnutí väzňov v predbežnom konaní sa tento odhad zvýši na 0,05 % HDP alebo 5,9 miliárd EUR.

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2014

Drug policy profiles — Austria, Dokumenty EMCDDA.

Drug policy profiles — Poland, Dokumenty EMCDDA.

2013

Drug policy advocacy organisations, Dokumenty EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug supply reduction and internal security, Dokumenty EMCDDA.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Výhlady v drogovej oblasti.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Výhlady v drogovej oblasti.

The new EU drugs strategy (2013–20), Výhlady v drogovej oblasti.

2012

Drug-related research in Europe: recent developments and future perspectives, Tematický dokument.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

2009

Drug offences: sentencing and other outcomes, Vybraná téma.

2008

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe, Vybraná téma.

Spoločné publikácie EMCDDA a Európskej komisie

2010

The European Union and the drug phenomenon: frequently asked questions.

Všetky publikácie sú dostupné na
www.emcdda.europa.eu/publications

Príloha

Nasledujúce vnútroštátne údaje sa
čerpajú z webovej zóny *European
Drug Report: Data and statistics*
(Európska správa o drogách: údaje
a štatistické prehľady), kde sú
k dispozícii ďalšie údaje, roky,
poznámky a metaúdaje

TABUĽKA 1

OPIOIDY

	Odhad problémového užívania opioidov	Ukazovateľ dopytu po liečbe, primárna droga				Klienti absolvujúci substitučnú liečbu
		Klienti užívajúci opioidy ako % osôb vstupujúcich do liečby		% klientov užívajúcich opioidy injekčne (hlavný spôsob užívania)		
		Všetky osoby stupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát stupujú do liečby	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby	
Krajina	Počet prípadov na 1 000 obyvateľov	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)	počet
Belgicko	–	34,5 (2 335)	17,1 (290)	21,7 (480)	12,4 (35)	17 351
Bulharsko	–	82,5 (1 631)	84,3 (253)	78,5 (963)	80,3 (196)	3 445
Česká republika	1,5–1,5	18,2 (1 615)	9,7 (417)	85,8 (1 370)	84,5 (348)	4 000
Dánsko	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Nemecko	3,2–3,8	40,4 (30 841)	15,9 (3 343)	–	–	75 400
Estónsko	–	93,4 (510)	85,6 (107)	80,7 (406)	79,4 (85)	1 157
Írsko	–	51,6 (3 971)	32,4 (1 058)	42,5 (1 633)	34,4 (353)	8 923
Grécko	2,6–3,2	77,5 (4 399)	68,9 (1 652)	39,7 (1 744)	36,3 (600)	9 878
Španielsko	0,9–1,0	29,7 (14 925)	13,2 (3 289)	18,1 (2 537)	12,1 (384)	76 263
Francúzsko	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	152 000
Chorvátsko	3,2–4,0	80,9 (6 357)	27,9 (313)	74,5 (4 678)	42,3 (126)	4 565
Taliansko	3,8–5,2	55,5 (16 751)	39 (5 451)	55,7 (8 507)	46,4 (2 185)	98 460
Cyprus	1,0–1,5	27,9 (278)	8,4 (41)	57,2 (159)	57,5 (23)	239
Lotyšsko	5,4–10,7	49,9 (1 071)	26,3 (104)	91,3 (935)	80,9 (76)	355
Litva	2,3–2,4	–	66 (140)	–	100 (140)	687
Luxembursko	5,0–7,6	58,8 (163)	–	44,1 (71)	–	1 226
Maďarsko	0,4–0,5	5,9 (230)	1,8 (47)	70,9 (156)	56,8 (25)	637
Malta	5,8–6,6	75,4 (1 410)	35,2 (93)	61 (840)	53,9 (48)	1 094
Holandsko	0,8–1,0	12,1 (1 302)	5,7 (352)	5,8 (45)	9 (19)	9 556
Rakúsko	5,2–5,5	58 (2 110)	35,5 (488)	46,5 (727)	33,6 (127)	16 892
Poľsko	0,4–0,7	28,7 (808)	9 (104)	62,7 (449)	39,4 (39)	1 583
Portugalsko	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	24 027
Rumunsko	–	37,4 (745)	25 (251)	89,3 (609)	86,5 (199)	531
Slovinsko	4,0–4,8	81,1 (519)	64 (189)	50,6 (212)	39,7 (48)	3 345
Slovensko	1,0–2,5	26,3 (528)	13,1 (126)	74 (382)	69,6 (87)	465
Fínsko	–	61,9 (920)	38,1 (101)	81 (728)	74 (74)	2 439
Švédsko	–	20,1 (248)	–	60,9 (148)	–	5 200
Spojené kráľovstvo	7,9–8,3	56,4 (61 737)	33,4 (13 586)	34,5 (20 804)	30,6 (4 085)	171 082
Turecko	0,2–0,5	75,4 (3 557)	67,3 (1 695)	48,7 (1 734)	43,1 (730)	28 656
Nórsko	2,1–3,9	32,6 (2 902)	–	77,1 (145)	–	7 038
Európska únia	–	45,5 (174 345)	25,0 (35 567)	38,2 (50 759)	31,8 (9 574)	698 441
EÚ, Turecko a Nórsko	–	45,5 (181 804)	25,7 (37 262)	38,5 (52 638)	32,4 (10 304)	734 135

TABUĽKA 2

KOKAÍN

	Odhady prevalencie			Ukazovateľ dopytu po liečbe, primárna droga			
	Všeobecná populácia		Školská populácia	Klienti užívajúci kokaín ako % osôb vstupujúcich do liečby		% klientov užívajúcich kokaín injekčne (hlavný spôsob užívania)	
	Celoživotne, dospelí (15 – 64)	Ostatných 12 mesiacov, mladí dospelí (15 – 34)	Celoživotne, študenti (15 – 16)	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby
Krajina	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)
Belgicko	–	2,0	4	15,3 (1 031)	16,3 (277)	7,4 (72)	2,2 (6)
Bulharsko	0,9	0,3	3	0,5 (9)	1 (3)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,3	0,5	1	0,2 (19)	0,2 (10)	0 (0)	0 (0)
Dánsko	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Nemecko	3,4	1,6	3	6,1 (4 620)	6 (1 267)	–	–
Estónsko	–	1,3	2	–	–	–	–
Írsko	6,8	2,8	3	8,5 (654)	9,1 (297)	1,5 (9)	0 (0)
Grécko	0,7	0,2	1	4,1 (235)	4,2 (101)	19,4 (45)	8,9 (9)
Španielsko	8,8	3,6	3	40,4 (20 335)	42,5 (10 637)	1,9 (371)	0,9 (97)
Francúzsko	3,7	1,9	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	9,9 (192)	4,1 (16)
Chorvátsko	2,3	0,9	2	1,9 (147)	4,3 (48)	3,5 (5)	2,2 (1)
Taliansko	4,2	1,3	1	24,2 (7 299)	30 (4 187)	4,1 (282)	3,4 (134)
Cyprus	1,3	0,6	4	12,1 (121)	6,2 (30)	2,5 (3)	0 (0)
Lotyšsko	1,5	0,3	–	0,3 (6)	0,5 (2)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,9	0,3	2	–	–	–	–
Luxembursko	–	–	–	12,6 (35)	–	39,4 (13)	–
Maďarsko	0,9	0,4	2	1,6 (62)	1,6 (41)	11,5 (7)	7,5 (3)
Malta	0,4	–	4	13,4 (251)	28 (74)	30,7 (75)	14,5 (10)
Holandsko	5,2	2,4	2	26,5 (2 867)	21,7 (1 328)	0,1 (2)	0,1 (1)
Rakúsko	2,2	1,2	–	8,3 (301)	10,2 (140)	6,5 (19)	1,5 (2)
Poľsko	0,9	0,3	3	2,4 (69)	2,7 (31)	6,1 (4)	3,2 (1)
Portugalsko	1,2	0,4	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunsko	0,3	0,2	2	1,2 (23)	1,9 (19)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	2,1	1,2	3	4,8 (25)	4,2 (8)	40 (10)	12,5 (1)
Slovensko	0,6	0,4	2	0,5 (11)	0,9 (9)	0 (0)	0 (0)
Fínsko	1,7	0,6	1	–	–	–	–
Švédsko	3,3	1,2	1	1,8 (16)	–	0 (0)	–
Spojené kráľovstvo	9,0	3,3	4	12,6 (13 787)	16,9 (6 887)	2,1 (279)	0,9 (58)
Turecko	–	–	–	1,7 (82)	2 (50)	0 (0)	0 (0)
Nórsko	–	–	1	0,8 (67)	–	0 (0)	–
Európska únia	4,2	1,7	–	14,3 (54 824)	18,4 (26 150)	3 (1 413)	1,5 (341)
EÚ, Turecko a Nórsko	–	–	–	13,9 (54 973)	18,1 (26 200)	3 (1 413)	1,5 (341)

TABUĽKA 3

AMFETAMÍNY

	Odhady prevalencie			Ukazovateľ dopytu po liečbe, primárna droga			
	Všeobecná populácia		Školská populácia	Klienti užívajúci amfetamíny ako % osôb vstupujúcich do liečby		% klientov užívajúcich amfetamíny injekčne (hlavný spôsob užívania)	
	Celoživotne, dospelí (15 – 64)	Ostatných 12 mesiacov, mladí dospelí (15 – 34)	Celoživotne, študenti (15 – 16)	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby
Krajina	%	%	%	% (počet)	% (počet)	% (počet)	% (počet)
Belgicko	–	–	5	9,4 (639)	7,4 (125)	15,4 (86)	9,8 (12)
Bulharsko	1,2	1,3	6	2,2 (43)	8 (24)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,5	0,8	2	67,4 (5 999)	71 (3 040)	80,1 (4 761)	75,2 (2 255)
Dánsko	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Nemecko	3,1	1,8	4	13,1 (9 959)	16,7 (3 498)	–	–
Estónsko	–	2,5	3	2,4 (13)	2,4 (3)	75 (9)	66,7 (2)
Írsko	4,5	0,8	2	0,6 (45)	0,8 (25)	0 (0)	0 (0)
Grécko	0,1	0,1	2	0,1 (7)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španielsko	3,3	1,1	2	1,2 (595)	1,5 (363)	0,3 (2)	0 (0)
Francúzsko	1,7	0,5	4	0,3 (98)	0,2 (22)	22,5 (18)	15,8 (3)
Chorvátsko	2,6	1,6	2	1,1 (85)	2 (22)	1,2 (1)	0 (0)
Taliano	1,8	0,1	1	0,1 (33)	0,2 (22)	0 (0)	0 (0)
Cyprus	0,7	0,4	4	–	–	–	–
Lotyšsko	2,2	0,6	–	19,8 (426)	27,1 (107)	60,4 (223)	56,3 (54)
Litva	1,2	0,5	3	–	5,7 (12)	–	75 (9)
Luxembursko	–	–	–	0,7 (2)	–	0 (0)	–
Maďarsko	1,8	1,2	6	12,3 (476)	11,1 (285)	20 (94)	16 (45)
Malta	0,4	–	3	0,3 (5)	0,4 (1)	20 (1)	0 (0)
Holandsko	3,1	–	3	5,9 (633)	6,1 (372)	1,8 (6)	0,5 (1)
Rakúsko	2,5	0,9	–	3,2 (117)	4,3 (59)	0 (0)	0 (0)
Poľsko	2,9	1,4	4	21,7 (611)	22,4 (260)	10,1 (60)	3,5 (9)
Portugalsko	0,5	0,1	3	0,03 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunsko	0,1	0,0	2	0,5 (9)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	0,9	0,8	2	1 (5)	2,1 (4)	0 (0)	0 (0)
Slovensko	0,5	0,3	2	44,7 (895)	49,3 (474)	27,8 (244)	19,2 (90)
Fínsko	2,3	1,6	1	12,2 (181)	9,8 (26)	80,4 (135)	68 (17)
Švédsko	5,0	1,5	1	14,9 (130)	–	76,5 (176)	–
Spojené kráľovstvo	10,6	1,1	2	2,8 (3 084)	3,3 (1 329)	26,1 (744)	19,4 (241)
Turecko	0,3	–	–	–	–	–	–
Nórsko	–	–	1	11,9 (1 057)	–	70,2 (203)	–
Európska únia	3,4	0,9	–	6,5 (24 553)	7,2 (10 229)	48 (6 569)	43 (2 738)
EÚ, Turecko a Nórsko	–	–	–	6,5 (25 610)	7,1 (10 229)	48,5 (6 772)	43 (2 738)

TABUĽKA 4

EXTÁZA

	Odhadý prevalence			Ukazovateľ dopytu po liečbe, primárna droga	
	Všeobecná populácia		Školská populácia	Klienti užívajúci extázu ako % osôb vstupujúcich do liečby	
	Celoživotne, dospelí (15 – 64)	Ostatných 12 mesiacov, mladí dospelí (15 – 34)	Celoživotne, študenti (15 – 16)	Všetky osoby stupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby
Krajina	%	%	%	% (počet)	% (počet)
Belgicko	–	–	4	0,5 (36)	1,1 (19)
Bulharsko	2,0	2,9	4	–	–
Česká republika	3,6	1,2	3	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánsko	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)
Nemecko	2,7	0,9	2	–	–
Estónsko	–	2,3	3	–	–
Írsko	6,9	0,9	2	0,6 (46)	1 (32)
Grécko	0,4	0,4	2	0,2 (10)	0,2 (4)
Španielsko	3,6	1,4	2	0,2 (103)	0,3 (78)
Francúzsko	2,4	0,4	3	0,5 (186)	0,2 (22)
Chorvátsko	2,5	0,5	2	0,4 (31)	0,4 (4)
Taliansko	1,8	0,1	1	0,2 (61)	0,2 (32)
Cyprus	0,9	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)
Lotyšsko	2,7	0,8	3	0,2 (4)	0,5 (2)
Litva	1,3	0,3	2	–	–
Luxembursko	–	–	–	–	–
Maďarsko	2,4	1,0	4	1,5 (57)	1,3 (34)
Malta	0,7	–	3	1,1 (20)	2,7 (7)
Holandsko	6,2	3,1	3	0,6 (66)	0,9 (58)
Rakúsko	2,3	1,0	–	0,7 (24)	0,9 (13)
Poľsko	1,1	0,3	2	0,2 (7)	0,2 (2)
Portugalsko	1,3	0,6	3	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunsko	0,7	0,4	2	0,2 (3)	0,2 (2)
Slovinsko	2,1	0,8	2	0,4 (2)	1,1 (2)
Slovensko	1,9	0,9	4	–	–
Fínsko	1,8	1,1	1	0,1 (2)	0,4 (1)
Švédsko	2,1	0,2	1	–	–
Spojené kráľovstvo	8,3	2,4	4	0,2 (270)	0,4 (166)
Turecko	0,1	0,1	–	1,1 (53)	1,6 (41)
Nórsko	–	–	1	–	–
Európska únia	3,1	1,0	–	0,2 (953)	0,3 (493)
EÚ, Turecko a Nórsko	–	–	–	0,3 (1 006)	0,4 (534)

TABUĽKA 5

KANABIS

	Odhady prevalencie			Ukazovateľ dopytu po liečbe, primárna droga	
	Všeobecná populácia		Školská populácia	Klienti užívajúci kanabis ako % osôb vstupujúcich do liečby	
	Celoživotne, dospelí (15 – 64)	Ostatných 12 mesiacov, mladí dospelí (15 – 34)	Celoživotne, študenti (15 – 16)	Všetky osoby vstupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby
Krajina	%	%	%	% (počet)	% (počet)
Belgicko	14,3	11,2	24	31,2 (2 112)	49,4 (839)
Bulharsko	7,5	8,3	21	3,4 (67)	5,7 (17)
Česká republika	27,9	18,5	42	12,5 (1 111)	17,5 (747)
Dánsko	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Nemecko	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Estónsko	–	13,6	24	2,9 (16)	8 (10)
Írsko	25,3	10,3	18	28,8 (2 216)	45,8 (1 498)
Grécko	8,9	3,2	8	15,7 (889)	24,6 (589)
Španielsko	27,4	17,0	28	25,6 (12 873)	38,9 (9 736)
Francúzsko	32,1	17,5	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)
Chorvátsko	15,6	10,5	18	12,7 (1 001)	56,3 (630)
Taliano	21,7	8,0	14	17,1 (5 176)	26 (3 629)
Cyprus	9,9	4,2	7	53,3 (532)	81,9 (399)
Lotyšsko	12,5	7,3	25	14,6 (314)	26,8 (106)
Litva	10,5	5,1	20	–	3,3 (7)
Luxembursko	–	–	–	26 (72)	–
Maďarsko	8,5	5,7	19	65,9 (2 560)	74,9 (1 927)
Malta	3,5	1,9	10	8,4 (157)	29,2 (77)
Holandsko	25,7	13,7	26	47,6 (5 143)	57,8 (3 542)
Rakúsko	14,2	6,6	–	25,3 (919)	45,4 (623)
Poľsko	12,2	12,1	23	35,6 (1 003)	53,6 (623)
Portugalsko	9,4	5,1	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunsko	1,6	0,6	7	11,1 (222)	18,1 (182)
Slovinsko	15,8	10,3	23	10,4 (54)	26,5 (50)
Slovensko	10,5	7,3	27	21,6 (432)	32 (308)
Fínsko	18,3	11,2	11	18 (267)	42,6 (113)
Švédsko	14,9	6,9	7	16 (197)	–
Spojené kráľovstvo	30,0	10,5	24	22,4 (24 498)	37,1 (15 107)
Turecko	0,7	0,4	–	15,8 (744)	22 (555)
Nórsko	19,2	7,9	5	19,2 (1 711)	–
Európska únia	21,7	11,2	–	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
EÚ, Turecko a Nórsko	–	–	–	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

TABUĽKA 6

INÉ UKAZOVATELE

	Úmrtia spôsobené drogami (vo veku 15 – 64 rokov)	Diagnózy HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (ECDC)	Odhad injekčného užívania drog	Injekčné striekačky vydávané v rámci špecializovaných programov
Krajina	prípadoch na milión obyvateľov (počet)	prípadoch na milión obyvateľov (počet)	prípadoch na 1 000 obyvateľov	(počet)
Belgicko	17,4 (127)	0,4 (4)	2,5–4,8	937 924
Bulharsko	4,8 (24)	5,5 (40)	–	466 603
Česká republika	3,9 (28)	0,6 (6)	5,32–5,38	5 362 334
Dánsko	46,3 (168)	2 (11)	–	–
Nemecko	16,8 (908)	1 (81)	–	–
Estónsko	190,8 (170)	53,7 (72)	4,3–10,8	2 228 082
Írsko	70,5 (215)	2,8 (13)	–	274 475
Grécko	–	42,9 (484)	0,93–1,25	406 898
Španielsko	11,4 (360)	4,4 (166)	0,19–0,21	1 990 136
Francúzsko	6,7 (283)	1,2 (76)	–	13 800 000
Chorvátsko	16,1 (46)	0,2 (1)	0,3–0,6	256 544
Taliansko	10,1 (390)	3,4 (208)	–	–
Cyprus	12 (7)	0 (0)	0,2–0,4	0
Lotyšsko	12,4 (17)	46 (94)	–	311 188
Litva	34,7 (70)	20,6 (62)	–	196 446
Luxembursko	22,1 (8)	7,6 (4)	4,5–6,85	212 822
Maďarsko	3,5 (24)	0 (0)	0,8	420 812
Malta	16,2 (4)	0 (0)	–	376 104
Holandsko	10,2 (113)	0,4 (7)	0,21–0,22	237 400
Rakúsko	28,1 (160)	4,5 (38)	–	4 625 121
Poľsko	9,9 (271)	1,1 (42)	–	98 000
Portugalsko	4,2 (29)	5,3 (56)	–	1 341 710
Rumunsko	2 (28)	8 (170)	–	1 074 394
Slovinsko	18,4 (26)	0,5 (1)	–	553 426
Slovensko	6,2 (24)	0,2 (1)	–	11 691
Fínsko	58 (205)	1,3 (7)	–	3 539 009
Švédsko	62,6 (383)	1,7 (16)	–	73 125
Spojené kráľovstvo	38,3 (1 598)	1,8 (111)	2,9–3,2	9 349 940
Turecko	3,1 (154)	0,1 (6)	–	–
Nórsko	75,9 (250)	2,2 (11)	2,2–3,1	3 011 000
Európska únia	17,1 (5 686)	3,5 (1 771)	–	–
EÚ, Turecko a Nórsko	–	3,1 (1 788)	–	–

TABUĽKA 7

ZÁCHYTY

	Heroín		Kokaín		Amfetamíny		Extáza	
	Zachytené množstvo	Počet záchytov	Zachytené množstvo	Počet záchytov	Zachytené množstvo	Počet záchytov	Zachytené množstvo	Počet záchytov
Krajina	kg	počet	kg	počet	kg	počet	tablety (kg)	počet
Belgicko	112	1 953	19 178	3 349	58	2 641	26 874 (–)	1 015
Bulharsko	285	44	115	30	84	68	6 164 (30)	3
Česká republika	8	41	8	44	32	357	1 782 (0,01)	12
Dánsko	41	430	42	2 056	303	1 817	72 654 (–)	523
Nemecko	242	3 381	1 258	3 618	1 196	11 919	313 179 (–)	1 786
Estónsko	0,0004	1	3	49	41	319	9 210 (0,01)	56
Írsko	60	766	459	391	23	143	148 195 (6)	311
Grécko	331	2 045	201	432	0,3	22	3 253 (0,4)	7
Španielsko	229	5 822	20 754	37 880	251	2 511	175 381 (–)	2 128
Francúzsko	701	–	5 602	–	307	–	156 337 (–)	–
Chorvátsko	30	192	6	132	3	268	– (1,1)	105
Taliansko	951	2 983	5 319	6 633	12	63	19 051 (20)	138
Cyprus	1	34	7	88	0,5	50	102 (0,1)	9
Lotyšsko	1	427	1	28	30	820	847 (–)	24
Litva	0,5	112	120	10	80	119	54 (–)	8
Luxembursko	3	190	2	122	1	13	137 (–)	10
Maďarsko	3	26	13	118	30	492	12 437 (0,8)	91
Malta	1	44	143	80	0,2	3	1 080 (–)	27
Holandsko	750	–	10 000	–	681	–	2 442 200 (61)	–
Rakúsko	222	393	65	912	35	607	8 998 (–)	113
Poľsko	36	–	213	–	618	–	31 092 (0,01)	–
Portugalsko	66	971	4 020	1 238	0,2	44	867 (7)	101
Rumunsko	45	215	55	85	4	16	12 861 (0,02)	112
Slovinsko	20	439	27	251	9	203	960 (–)	16
Slovensko	0,3	82	2	19	11	607	529 (–)	16
Fínsko	0,07	47	26	147	139	2 616	23 623 (–)	513
Švédsko	7	363	34	1 010	361	3 609	38 630 (3)	441
Spojené kráľovstvo	831	10 624	3 324	18 569	1 491	6515	473 000 (–)	3 716
Turecko	13 301	4 155	476	1 434	619	108	2 961 553 (357)	4 445
Nórsko	45	1 277	67	860	317	6 801	6 579 (2)	274
Európska únia	4 977	31 625	70 997	77 291	5 802	35 842	3 979 497 (130)	11 281
EÚ, Turecko a Nórsko	18 323	37 057	71 540	79 585	6 737	42 751	6 947 629 (489)	16 000

TABUĽKA 7

ZÁCHYTY (pokračovanie)

	Kanabisová živica		Rastlinný kanabis		Rastliny kanabisu	
	Zachytené množstvo	Počet záchytov	Zachytené množstvo	Počet záchytov	Zachytené množstvo	Počet záchytov
Krajina	kg	počet	kg	počet	rastliny (kg)	počet
Belgicko	1 338	4 500	5 635	19 672	330 675	1 111
Bulharsko	15 967	4	1 319	127	13 072 (2 517)	26
Česká republika	21	24	563	558	90 091 (–)	259
Dánsko	1 334	9 239	223	1 287	– (1 401)	675
Nemecko	2 386	6 490	4 942	28 744	97 829 (–)	2 204
Estónsko	5	48	25	466	– (7)	12
Írsko	1 185	527	1 020	1 843	11 601 (–)	542
Grécko	44	145	22 383	6 262	34 040 (–)	831
Španielsko	325 563	179 993	10 457	150 206	– (39 932)	1 677
Francúzsko	51 118	–	3 270	–	131 307 (–)	–
Chorvátsko	23	343	1 070	4 098	6 703 (–)	211
Taliansko	21 893	6 184	21 496	4 660	4 122 617 (–)	1 216
Cyprus	0,1	20	100	863	385 (–)	39
Lotyšsko	117	64	74	414	– (335)	4
Litva	424	23	96	242	– (–)	–
Luxembursko	1	83	30	774	39 (–)	9
Maďarsko	3	103	1 777	2 092	7 382 (–)	193
Malta	16	96	3	50	46 (–)	5
Holandsko	2 200	–	12 600	–	1 400 000 (–)	–
Rakúsko	174	1 192	812	5 732	– (173)	210
Poľsko	39	–	1 489	–	61 585 (–)	–
Portugalsko	18 304	3 298	49	554	7 788 (–)	397
Rumunsko	27	1 492	335	262	3 125 (300)	30
Slovinsko	3	66	706	3 350	11 166 (–)	174
Slovensko	1	17	177	1 242	2 927 (–)	38
Fínsko	714	1 870	–	5 036	18 150 (66)	3 339
Švédsko	1 091	6 761	641	7 611	–	–
Spojené kráľovstvo	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625	15 846
Turecko	27 413	6 881	124 673	57 744	–	3 646
Nórsko	1 605	10 985	314	4 402	– (133)	364
Európska únia	457 424	239 942	104 535	394 891	6 906 153 (44 730)	29 048
EÚ, Turecko a Nórsko	486 442	257 808	229 522	457 037	6 906 153 (44 863)	33 058

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Európska správa o drogách 2014: trendy a vývojové zmeny

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie

2014 — 80 s. — 21 × 29,7 cm

ISBN: 978-92-9168-709-1

doi:10.2810/3881

AKO ZÍSKAŤ PUBLIKÁCIE EÚ

Bezplatné publikácie

prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop
(<http://bookshop.europa.eu>)

na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej únie.
Ich kontaktné údaje nájdete na <http://ec.europa.eu>
alebo si ich môžete vyžiadať faxom na číslo
+352 2929-42758

Platené publikácie

prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop
(<http://bookshop.europa.eu>)

Predplatné

(napr. ročné série *Úradného vestníka EÚ*, zbierky
rozhodnutí Súdneho dvora Európskej únie)

prostredníctvom obchodných distribútorov Úradu pre
vydávanie publikácií EÚ (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sk.htm)

O tejto správe

Správa s názvom *Trendy a vývojové zmeny* ponúka prehľad drogovej problematiky v Európe na najvyššej úrovni. Pozornosť sa v nej zameriava na ponuku drog, ich užívanie, problémy súvisiace s verejným zdravím, ako aj na protidrogovú politiku a reakcie v tejto oblasti. Spolu s on-line *European Drug Report: Data and statistics* (Európska správa o drogách: údaje a štatistické prehľady), *Prehľadmi podľa krajín* a *Výhľadmi v drogovej oblasti* tvorí súbor publikácií s názvom *Európska správa o drogách za rok 2014*.

Čo je EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je hlavným zdrojom a schváleným orgánom pre problémy súvisiace s drogami v Európe. Vyše 20 rokov zhromažďuje, analyzuje a šíri vedecky odôvodnené informácie o drogách a drogovej závislosti a ich následkoch, čím poskytuje svojim cieľovým skupinám na dôkazoch založený obraz o drogovej problematike na celoeurópskej úrovni.

Publikácie EMCDDA sú hlavným zdrojom informácií pre široké spektrum cieľových skupín vrátane: tvorcov politík a ich poradcov; profesionálov a výskumníkov pracujúcich v oblasti drog a všeobecnejšie médií a širokej verejnosti. EMCDDA so sídlom v Lisabone je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie.