



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

SK

ISSN 2314-9191

Európska správa o drogách

Trendy a vývojové zmeny

2013



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

Európska správa o drogách

Trendy a vývojové zmeny

2013

| 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 spoločenských.

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, 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, 2013.

ISBN 978-92-9168-625-4

doi:10.2810/91585

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2013
Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Spain

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

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
	Staré a nové drogové problémy – situácia v európe v roku 2013
15	KAPITOLA 1
	Ponuka drog v Európe
29	KAPITOLA 2
	Užívanie drog a problémy súvisiace s drogami
47	KAPITOLA 3
	Reakcie na drogy
59	KAPITOLA 4
	Protidrogové politiky
65	PRÍLOHA
	Tabuľky s vnútroštátnymi údajmi

Predslov

Tento rok predstavujeme výročnú analýzu EMCDDA, týkajúcu sa drogovej situácie, v novom formáte. Európsku správu o drogách za rok 2013 tvorí súbor vzájomne prepojených produktov s cieľom poskytnúť spoločný úvod do činnosti EMCDDA a umožniť jednotlivým adresátom jednoduchý prístup k osobitým informáciám, ktoré požadujú. Správa obsahuje včasnejšiu, interaktívnejšiu a vzájomne prepojenejšiu analýzu. Zmeny sú potrebné, ak chceme udržať krok s rýchlo sa meniacou drogovou scénou, ako aj s rastúcimi potrebami a meniacimi sa očakávaniami adresátov.

Hlavnou časťou súboru tvoriaceho správu o drogách v Európe je táto správa (dostupná aj on-line), ktorá obsahuje najlepší prehľad trendov a vývojových zmien. Sprievodné dokumenty Výhlady v drogovej oblasti obsahujú hlbšiu analýzu dôležitých otázok, ktoré v tomto roku zahŕňajú nové prístupy k liečbe hepatitídy typu C, vysokorizikové užívanie kanabisu a kontrolu nad čoraz dostupnejšími novými psychoaktívnymi látkami. Doplnkové časti súboru tvoria štatistická ročenka a prehľady podľa krajín, ktoré obsahujú údaje a analýzy na úrovni jednotlivých krajín.

EURÓPSKA SPRÁVA O DROGÁCH ZA ROK 2013

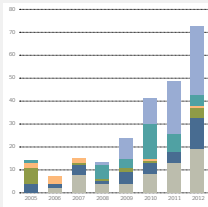
Súbor vzájomne prepojených prvkov umožňujúci úplný prístup k dostupným údajom a analýzám týkajúcim sa užívania drog v Európe



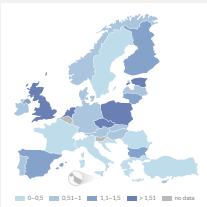
Európska správa o drogách

Trendy a vývojové zmeny

2013



Štatistická ročenka obsahuje úplné súbory údajov, vysvetľujúce grafy a metodologické informácie



Prehľady podľa krajín vnútroštátne údaje a analýzy na dosah ruky



Výhlady v drogovej oblasti interaktívne panely týkajúce sa kľúčových tém

Uplatnenie nového prístupu sa zhoduje s uvedením novej protidrogovej stratégie Európskej únie na roky 2013 – 2020, v ktorej Európska únia opätovne potvrdzuje svoju snahu o vyvážený prístup k drogovej problematike založený na dôkazoch. Dôležitou súčasťou poslania EMCDDA je pomoc pri poskytovaní informácií, ktoré sú potrebné pri vykonávaní uvedenej stratégie. Mnohé pozitívne zmeny v drogovej oblasti v Európe sú výsledkom diskusie, ktorá sa opiera o informácie vyplývajúce z čoraz dôkladnejšieho pochopenia problémov, ako aj vedecky prísneho posudzovania opatrení potrebných na ich vyriešenie. Sme hrdí na účasť EMCDDA v tejto diskusii.

Zároveň si však uvedomujeme výzvy, ktoré nás čakajú v budúcnosti. Protidrogová stratégia EÚ bude musieť reagovať na nové rozloženie politiky (viacerými rozmermi tohto rozloženia sa zaoberá táto správa) vrátane nevyhnutne potrebného zlepšenia služieb poskytovaných užívateľom drog vo väzniciach a rastúceho významu syntetických drog. Stratégia sa bude realizovať v období hospodárskej neistoty a zásadných celosvetových vývojových a spoločenských zmien. Globalizácia a technologická inovácia majú vplyv na všetky oblasti moderného života a prirodzene aj na problémy s drogami, ktoré je potrebné riešiť. Keďže sme informačnou agentúrou, naším poslaním je poskytovať aktuálne a prispôsobiteľné zdroje zahŕňajúce široký výhľad. Veríme, že Európska správa o drogách za rok 2013 predstavuje dôležitý krok vpred (z hľadiska obsahu aj formy) pri riešení súčasných problémov. Dúfame, že poslúži ako cenný a ľahko použiteľný nástroj poskytujúci prístup k veľkým zdrojom dostupným v tejto oblasti, či už je to rýchly prístup k strategickým prehľadom o drogovej situácii, alebo žiadaná hĺbková analýza štatistických údajov.

João Goulão

predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Riaditeľ EMCDDA

Úvodná poznámka a poďakovanie

Táto výročná správa čerpá z informácií, ktoré EMCDDA poskytli členské štáty EÚ, kandidátske krajiny Chorvátsko a Turecko a Nórsko.

Štatistické údaje uvedené v správe sa týkajú roku 2011 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 v štatistickej ročenke EMCDDA za rok 2013, kde sú uvedené informácie o metodológii, 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, Nórsku, kandidátskych krajinách 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

Súčasný trh s drogami sa javí ako nestabilnejší a dynamickejší a svojim zložením sa menej zameriava na látky rastlinného pôvodu, ktoré sa na spotrebiteľské trhy v Európe dovážajú zo vzdialených miest

Staré a nové drogové problémy – situácia v Európe v roku 2013

Hlavné črty európskej drogovej situácie sú v ostatných rokoch pomerne stabilné. V historickom meradle je užívanie drog naďalej na vysokej úrovni, pričom však existujú kladné zmeny, a to z hľadiska rekordnej úrovne poskytovania liečby, ktorú sprevádzajú určité príznaky poklesu miery injekčného užívania, počtu nových užívateľov heroínu, spotreby kokaínu a fajčenia kanabisu. Optimizmus zatiaľ nie je na mieste vzhľadom na obavy z toho, že nezamestnanosť a obmedzenie služieb povedú k obnoveniu „starých“ problémov. Navyše podrobnejšia analýza naznačuje, že drogová situácia v súčasnosti prechádza zmenami a že sa vynárajú „nové“ problémy, ktoré preveria súčasnú politiku a praktické modely: objavujú sa nové syntetické drogy a formy užívania, a to na trhu s nelegálnymi drogami, ako aj v súvislosti s nekontrolovanými látkami.

Súčasný trh s drogami sa javí ako nestabilnejší a dynamickejší a svojím zložením sa menej zameriava na látky rastlinného pôvodu, ktoré sa na spotrebiteľské trhy v Európe dovážajú zo vzdialených miest. Dôležitými hybnými silami v tejto oblasti je globalizácia a vývoj informačných technológií. Menia sa formy užívania drog v krajinách s nízkymi a strednými príjmami, čo by mohlo ovplyvniť budúce európske drogové problémy. Čoraz väčšiu výzvu predstavuje internet, a to nielen ako mechanizmus rýchleho šírenia nových trendov, ale aj ako rozvíjajúci sa anonymný trh s globálnym dosahom. Vytvára nové vzájomné prepojenie užívania drog a ich ponuky. Na druhej strane však umožňuje hľadať nové spôsoby poskytovania liečby, prevencie a intervencií na znižovanie poškodení.

Vplyv uvedených zmien na verejné zdravie zatiaľ nie je celkom objasnený. Príznaky napätia súčasných politík v určitých oblastiach treba vnímať z hľadiska vývoja drogovej situácie, ktorá bude vyžadovať prispôbenie súčasných postupov v záujme zachovania ich cielenosti a vhodnosti na daný účel.

Kanabis

Napriek niektorým dôkazom o klesajúcich trendoch, predovšetkým v krajinách s dlhou a ustálenou históriou vysokej prevalencie, ostáva užívanie kanabisu v Európe v historickom meradle vysoké, pričom existuje rozsiahly a pomerne stabilný trh s touto látkou. Rastie rozmanitosť typov dostupných kanabisových produktov. Dôležitejšiu úlohu v súčasnosti zohráva rastlinný kanabis, niekedy s vysokou účinnosťou, ktorý nedávno doplnili syntetické látky podobné kanabisu. Oba vývojové trendy sú potenciálne znepokojivé z hľadiska verejného zdravia. Kanabis je najbežnejšie užívanou drogou, a preto predstavuje dôležitú oblasť z hľadiska preventívnej práce s mladými ľuďmi, kde rastie záujem o využívanie cielených stratégií. Potvrdzuje sa, že cielené prístupy sa podľa všetkého osvedčili pri odstraňovaní problémov súvisiacich s užívaním zákonných látok, napríklad tabaku a alkoholu.

Všetky pozitívne zmeny ukazovateľov celkového užívania kanabisu v Európe treba chápať v súvislosti s pomerne rôznorodou situáciou v jednotlivých štátoch. Napríklad niektoré krajiny síce dlhodobo oznamujú nízku a stabilnú úroveň prevalencie, pričom na začiatku 21. storočia značne stúplo užívanie kanabisu v mnohých stredoeurópskych a východoeurópskych krajinách. Trendy treba takisto vnímať so zreteľom na odlišné formy užívania, pričom najškodlivejšie je pravidelné a dlhodobé užívanie. Európa je v súčasnosti schopná lepšie rozpoznať a pochopiť problémy súvisiace s kanabisom. Táto droga predstavuje druhú najčastejšie oznamovanú látku u klientov vstupujúcich do špecializovanej protidrogovej liečby. Väčšinu osôb, ktoré vstupujú do liečby v súvislosti s kanabisom, síce tvoria pomerne mladí muži, ale čoraz častejšie sa prejavujú problémy medzi aj staršími chronickými užívateľmi.

Kanabis je droga, ktorá štiepi verejnú mienku. V protidrogových politikách niektorých krajín sa výslovne rozlišuje kanabis a ostatné látky.

Heroín a iné opioidy

V situácii, keď sa celkovo zlepšila dostupnosť liečby pre užívateľov heroínu, súčasné ukazovatele naznačujú klesajúci trend užívania aj dostupnosti tejto drogy. Množstvo zachyteného heroínu dlhodobo klesá a nedávno sa začal znižovať aj počet záchytov. Niektoré krajiny oznámili, že v poslednom desaťročí heroín na trhu nahradili iné opioidové drogy. Iné krajiny nedávno zaznamenali problémy na trhu a nedostatok heroínu, po ktorých nasledovalo čiastočné obnovenie.

Stále klesá počet užívateľov heroínu, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby. Celkovo dochádza k starnutiu liečených užívateľov heroínu. V ostatných rokoch sa takisto znížil počet úmrtí súvisiacich s opioidmi. Historicky bolo pre heroín vždy typické injekčné užívanie, toto správanie však dlhodobo zaznamenáva pokles. Pokles injekčného užívania a vplyv intervencií pravdepodobne prispeli k zníženiu počtu nových infekcií vírusom HIV pripisovaných užívaniu drog. Varovným zistením v tejto oblasti však je, že pozitívny trend prerušilo nedávne vypuknutie epidemií HIV súvisiacich s injekčným užívaním drog v Grécku a Rumunsku. To zdôrazňuje trvalú potrebu konsolidovaných reakcií, predovšetkým pokiaľ ide o znižovanie poškodení a efektívnu protidrogovú liečbu, ktoré zaistia ďalšie znižovanie problémov v tejto oblasti v Európe. Bez ohľadu na nové trendy užívania bude heroín ešte dlho kľúčovým problémom protidrogových služieb, a to z dôvodu zložitosti tohto problému. Vzhľadom na veľký počet užívateľov drog, ktorí sú v kontakte so službami, je čoraz potrebnéjšie zamerať sa na kontinuitu starostlivosti, služby sociálnej reintegrácie a dosiahnutie konsenzu v otázke, aké majú byť realistické dlhodobé výsledky obnovenia.

Kokaín

Problémy s užívaním krekového kokaínu oznámilo len niekoľko krajín. Tam kde sa takéto problémy vyskytujú, sa často prekrývajú s problematickým užívaním iných látok vrátane heroínu. Oveľa bežnejšie je užívanie práškoveho kokaínu, má však tendenciu sústreďovať sa v pomerne malom počte západoeurópskych krajín. Pokiaľ ide o užívanie kokaínu a ukazovatele ponuky, celkovo vykazujú klesajúci trend. Prudký pokles objemu záchytov je pravdepodobne čiastočne ovplyvnený tým, že skupiny organizovanej trestnej činnosti diverzifikujú obchodné cesty a techniky. Dôležitým miestom z hľadiska záchytov (aj keď v menšej miere ako v minulosti) ostáva Pyrenejský polostrov. Obavy a otázky týkajúce sa ďalšieho rozptýlenia užívania však vyvolávajú správy o záchytoch kokaínu vo východnej Európe.

V situácii, keď sa celkovo zlepšila dostupnosť liečby pre užívateľov heroínu, súčasné ukazovatele naznačujú klesajúci trend užívania aj dostupnosti tejto drogy

Údaje z prieskumov a údaje o vstupe do liečby v krajinách s vyššou prevalenciou svedčia o nedávnom poklese užívania kokaínu, aj keď v porovnaní s historickými štandardmi úroveň ostáva stále vysoká. Počet úmrtí súvisiacich s užívaním kokaínu mierne klesol, údaje v tejto oblasti však treba interpretovať opatrne. Naliehavé problémy súvisiace s užívaním kokaínu viedli k tlaku na pohotovostné nemocničné oddelenia v niektorých častiach Európy, naša schopnosť monitorovať problémy v tejto oblasti je však obmedzená. Pokiaľ ide o liečbu, problémoví užívatelia kokaínu vo viacerých krajinách majú k dispozícii špecializované služby, pričom súčasná dôkazová základňa v tejto oblasti podporuje používanie psychosociálnych intervencií.

| Syntetické stimulanty

Pochopenie celkových trendov užívania syntetických stimulačných drog komplikuje skutočnosť, že sa často vzájomne nahrádzajú a spotrebiteľský výber je ovplyvnený dostupnosťou, cenou a vnímanou „kvalitou“. Medzi najbežnejšie používané syntetické stimulanty v Európe naďalej patrí amfetamín a extáza, ktoré do určitej miery konkurujú kokaínu. Amfetamín tvorí dôležitú zložku spotreby drog v mnohých krajinách a injekčné užívanie amfetamínu historicky tvorilo významnú časť problému chronického užívania drog v mnohých severných krajinách. Väčšina amfetamínových ukazovateľov si z historického hľadiska udržiava stabilnú úroveň, nedávne údaje však naznačujú zvýšenú dostupnosť metamfetamínu, pričom na niektorých trhoch táto látka v súčasnosti nahrádza amfetamín. Existujú určité dôkazy o poklese obľúbenosti extázy v uplynulých rokoch, ktoré zrejme odrážajú skutočnosť, že viaceré tablety predávané ako extáza neobsahovali látku MDMA alebo mali nízku čistotu. V poslednom čase sa výrobcom extázy darí efektívnejšie získavať látku MDMA a podľa toho sa zmenil aj obsah tabliet. Uvidí sa, či to povedie k oživeniu záujmu o túto drogu, niektoré počiatočné dôkazy však ukazujú týmto smerom.

Stimulanty, najmä vo vysokých dávkach, môžu mať nepriaznivé zdravotné následky a každoročne s nimi súvisí niekoľko úmrtí. Prvým miestom kontaktu užívateľov stimulantov, ktorí pociťujú problémy, so službami často bývajú pohotovostné oddelenia nemocníc. Pripravujú sa európske projekty na zlepšenie monitorovania v tejto oblasti a poskytovanie usmernení týkajúcich sa efektívnej reakcie na kritické situácie súvisiace s drogami v nočných podnikoch. Aj keď úmrtia súvisiace so stimulantmi nie sú bežné, vyvolávajú vážne znepokojenie, najmä vtedy, keď k nim dochádza u mladých a inak zdravých ľudí. Ďalšie komplikácie prinášajú nové psychoaktívne látky s neznámou

toxicitou. Najnovším príkladom je výskyt nekontrolovanej stimulačnej látky 4-MA, ktorá bola na trhu s nezákonnými drogami prvýkrát zaznamenaná v roku 2009 a predávala sa buď ako amfetamín, alebo v zmesi s amfetamínom. Skupinové úmrtia súvisiace s touto látkou iniciovali spracovanie hodnotenia rizík a sformulovanie následných odporúčaní na zavedenie kontroly na európskej úrovni.

| Nové psychoaktívne látky

V Európe sa zvyšuje počet nových psychoaktívnych látok, ktoré majú často napodobovať účinky kontrolovaných drog. Niektoré látky sa predávajú priamo na nezákonnom trhu, pričom iné, dosiaľ nekontrolované psychoaktívne látky (tzv. legal highs), sa predávajú otvorenejšie. Táto oblasť sa vyznačuje prudkým vývojom a rýchlym výskytom nových látok. Z času na čas sa objaví látka, vďaka ktorej sa zmes stane alternatívnou drogou na nezákonnom trhu. Najnovším príkladom takejto drogy je mefedrón. Systém včasného varovania EÚ v roku 2013 stále dostáva správy približne o jednej novej látke týždenne. V uplynulých rokoch prevažovalo prenikanie nových syntetických agonistov kanabinoidových receptorov (CRA), fenetylaminov a katinónov, ktoré do veľkej miery odzrkadľujú najobľúbenejšie nezákonné drogy. V ostatnom čase sa však čoraz častejšie oznamujú látky, ktoré pochádzajú z menej známych a nejasnejších chemických skupín. Veľa predávaných produktov obsahuje zmesi látok a keďže nie je k dispozícii dostatok farmakologických a toxikologických údajov, ťažko sa dajú posúdiť dlhodobé zdravotné následky ich užívania. Čoraz viac údajov ukazuje, že niektoré z uvedených látok spôsobujú problémy vyžadujúce klinické intervencie a boli zaznamenané aj úmrtia.

Európska komisia pripravuje nový návrh na posilnenie reakcie EÚ na nové psychoaktívne látky. Hoci užívanie nových psychoaktívnych látok prevažuje medzi mladými rekreačnými užívateľmi, došlo k čiastočnému preniknutiu do populácií problémových užívateľov drog. Krajiny, ktoré oznámili nedostatok heroínu, zaznamenali určité nahradenie opioidov syntetickými stimulantmi, najmä katinónmi. Motivácia prechodu od injekčného užívania heroínu ku katinónom nie je jasná, môže však súvisieť s dostupnosťou a vnímanou vysokou kvalitou nových drog. Existujú obavy v oblasti verejného zdravia týkajúce sa zvýšenej miery injekčného užívania, problémov v oblasti duševného zdravia a psychických porúch. Krajiny doteraz skúšali rôzne kontrolné opatrenia, ktorými reagovali na problém nových drog. Menej rozvinutá, ale rovnako dôležitá, je potreba určiť a zaviesť vhodné reakcie na zníženie dopytu.

1

**Najčastejšie zachytenou drogou v Európe
je kanabis, čo odráža vysokú prevalenciu
užívania tejto drogy**

Ponuka drog v Európe

Európa je významnou destináciou kontrolovaných látok a zohráva takisto obmedzenú 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, dynamika moderného drogového trhu však zvyšuje význam ostatných svetových regiónov. 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 drogových trhoch je zvyšujúca sa 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 on-line 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, ako aj súdne analýzy záchytov drog. Úplné súbory údajov a rozšírené metodické poznámky sú súčasťou štatistickej ročenky. 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.

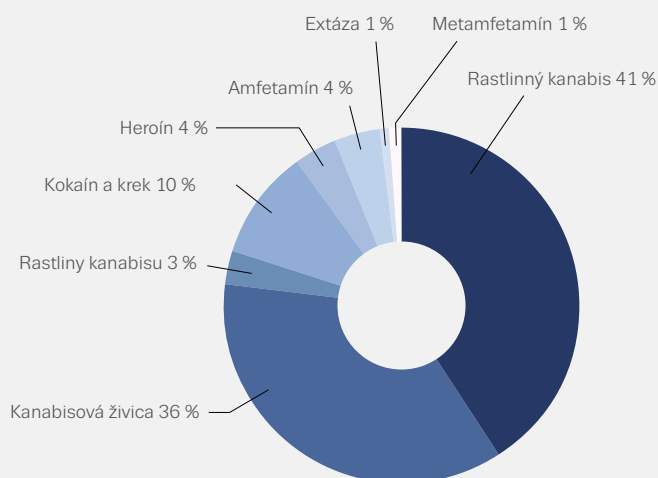
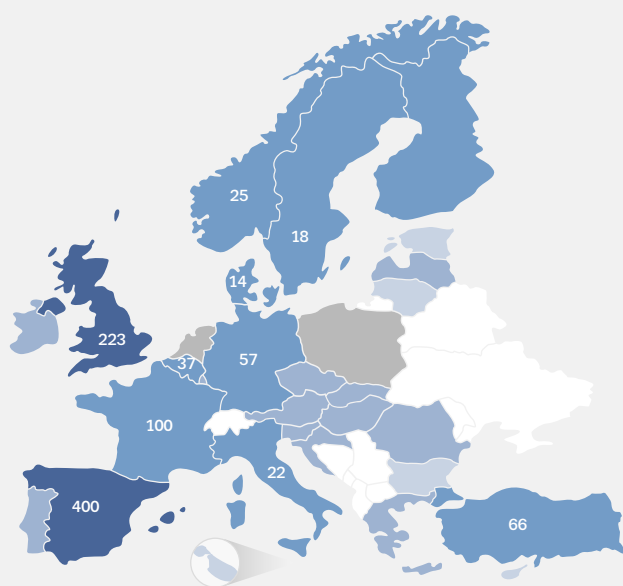
Jeden milión záchytov nezákonných drog v Európe

Prejavuje sa zásadné zvýšenie dlhodobého trendu počtu záchytov nezákonných drog v Európe, pričom v roku 2011 bol hlásený jeden milión záchytov. Vo väčšine prípadov išlo o malé množstvo drogy zabavenej u požívateľov, celkové množstvo však zahŕňa aj viackilogramové zásielky zachytené u obchodníkov alebo výrobcov.

Väčšinu záchytov za rok 2011 oznámili dve krajiny – Španielsko a Spojené kráľovstvo, pomerne vysoké množstvo uviedlo aj Belgicko a štyri severské krajiny. Ďalšou dôležitou krajinou z hľadiska záchytov drog je Turecko, kde bola časť zachytených drog určená na

OBRÁZOK 1.1

Počet oznámených záchytov podľa krajín (vľavo) a podiel záchytov pre hlavné drogy (vpravo) 2011



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.

spotrebu v iných krajinách, a to v Európe a na Strednom východe.

Najčastejšie zachytenou drogou v Európe je kanabis, čo odráža vysokú prevalenciu užívania tejto drogy (obr. 1.1). Na druhom mieste je kokaín, pri ktorom je počet záchytov dvakrát vyšší ako počet oznámených záchytov amfetamínov alebo heroínu. Počet záchytov extázy je nižší a v ostatných rokoch značne klesol.

Kanabis: zmeny v ponuke

Na európskom drogovom trhu možno bežne nájsť dva rôzne kanabisové produkty: rastlinný kanabis (marihuana) a kanabisovú živicu (hašiš). Ročnú spotrebu týchto produktov možno odhadnúť na približne 2 500 ton.

Rastlinný kanabis dostupný v Európe sa pestuje doma aj predáva zo susediacich krajín, v niektorých hláseniach sa však uvádzajú rastliny pochádzajúce z iných oblastí vrátane Afriky. Väčšina kanabisovej živice sa dováža po mori alebo letecky z Maroka. Záchyty živice v Európe sú z hľadiska veľkosti priemerne väčšie ako záchyty rastlín.

Za posledných desať rokov počet záchytov rastlín prevýšil počet záchytov živice a v súčasnosti predstavuje viac ako polovicu všetkých záchytov kanabisu (obr. 1.3). To čiastočne odzrkadľuje rastúcu dostupnosť domáceho

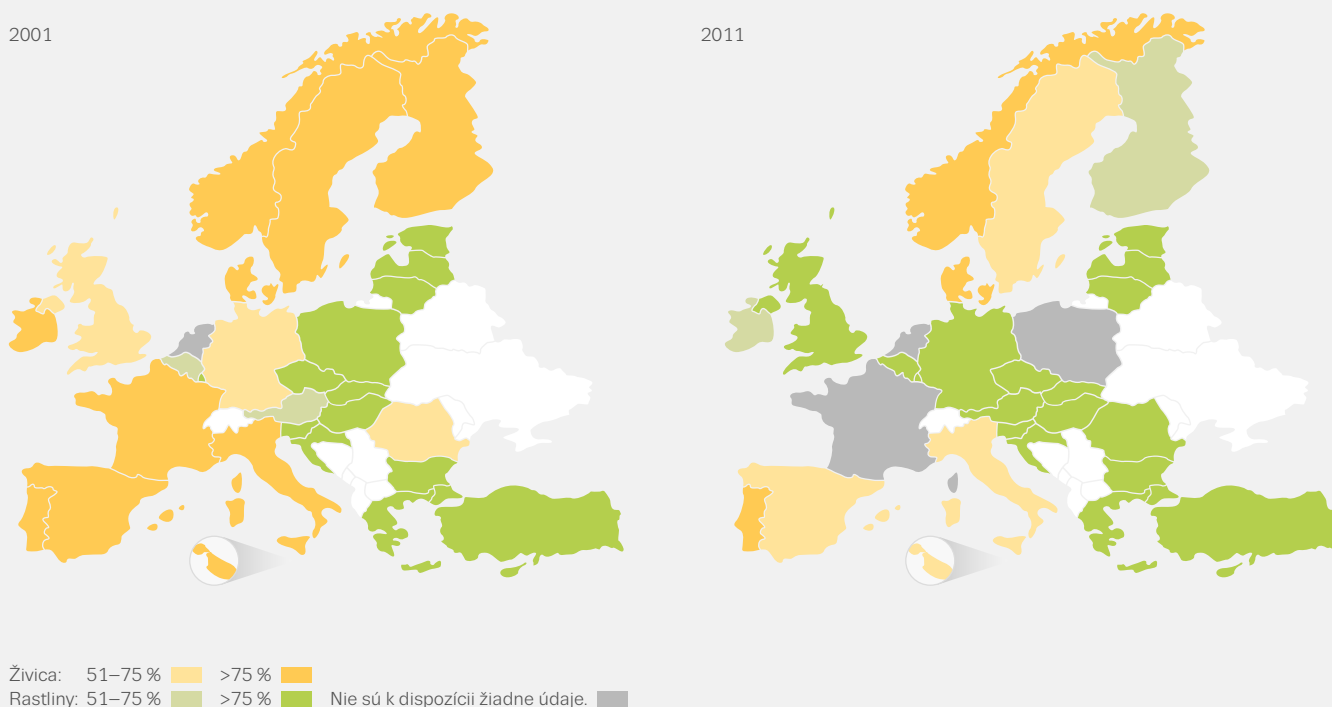
rastlinného kanabisu v mnohých krajinách. Množstvo zachytenej kanabisovej živice, ktoré v ostatných rokoch kleslo, je však stále oveľa vyššie ako množstvo oznámeného rastlinného kanabisu (483 ton oproti 92 tonám v roku 2011).

Európske trendy záchytov kanabisu treba chápať vzhľadom na skutočnosť, že význam údajov od obmedzeného počtu krajín je nerovnomerný (obr. 1.4). Napríklad Španielsko, ktoré je veľmi blízko k Maroku a má veľký vnútorný trh, oznámilo približne dve tretiny množstva zachytenej živice v Európe v roku 2011. 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, Turecko.

**Za posledných desať rokov
počet záchytov rastlín
prevýšil počet záchytov živice
a v súčasnosti predstavuje viac
ako polovicu všetkých záchytov
kanabisu**

OBRÁZOK 1.2

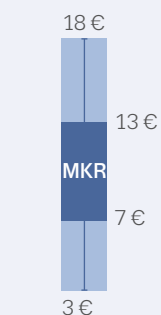
Prevažujúci druh kanabisu, živica alebo rastlina, v rámci počtu záchytov v rokoch 2001 a 2011



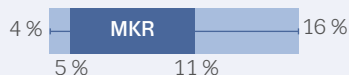
KANABIS

Živica

483 zachytených ton
504 zachytených ton vrátane Turecka
345 000 záchytov
353 000 záchytov vrátane Turecka



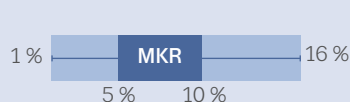
Cena (EUR/g)



Účinnosť (% THC)

Rastliny

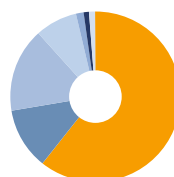
92 zachytených ton
147 zachytených ton vrátane Turecka
398 000 záchytov
439 000 záchytov vrátane Turecka



Cena (EUR/g)

Účinnosť (% THC)

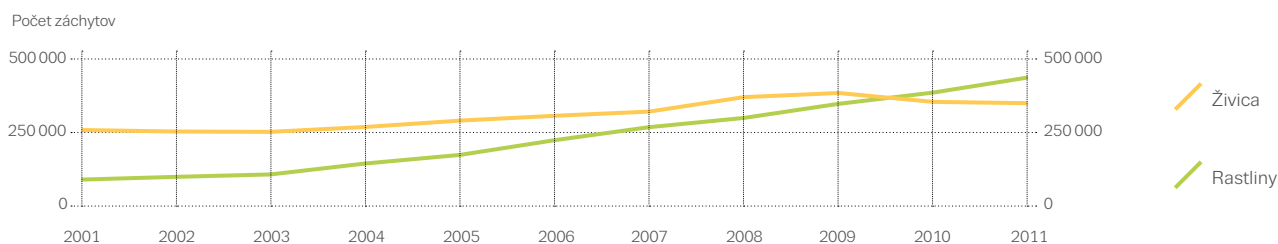
113 000 oznámených trestných činov súvisiace s ponukou
61 % trestných činov obchodovania v súvislosti so šiestimi hlavnými drogami



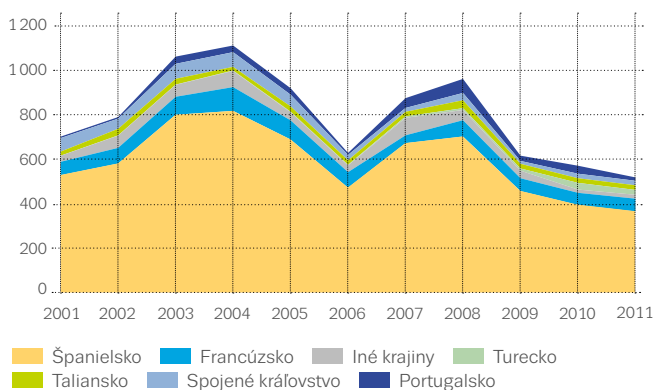
Cena a účinnosť kanabisových produktov: priemerné vnútroštátne hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).
 Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 1.3

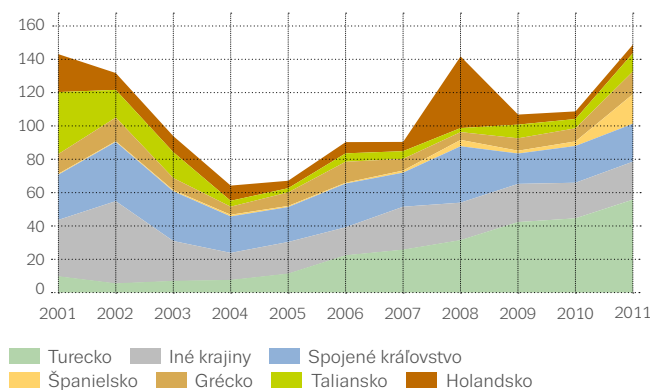
Počet záchytov kanabisu a zachytené množstvo v tonách: živica a rastliny 2001 – 2011



Živica (Tony)



Rastliny (Tony)



Záchyty rastlinného kanabisu možno chápať ako ukazovateľ domácej výroby, aj keď kvalita údajov dostupných v tejto oblasti spôsobuje problémy z hľadiska porovnania. V roku 2011 bolo v Európe hlásených 31 000 záchytov kanabisových rastlín. Hlásenia zahŕňajú správy o počte zachytených rastlín (spolu 4,4 milióna), ako aj o množstve (33 ton). Najväčší počet zachytených rastlín oznámilo Holandsko (2 milióny), Taliansko (1 milión) a Spojené kráľovstvo (627 000), zatiaľ čo najväčší počet záchytov podľa hmotnosti oznámilo Španielsko (26 ton) a Bulharsko (5 ton).

Nový rozmer: syntetickí agonisti kanabinoidových receptorov

Trh s kanabisom sa rozšíril o nový rozmer, ktorým je najnovšia dostupnosť produktov obsahujúcich syntetických agonistov kanabinoidových receptorov (CRA) napodobňujúcich účinky prírodných psychoaktívnych zlúčenín obsiahnutých v kanabise. Tieto produkty, ktoré môžu byť mimoriadne účinné, boli hlásené prakticky zo všetkých európskych krajín. Viackilogramové množstvá vo forme prášku sa zvyčajne dovážajú z Ázie a následne sa spracúvajú a balia v Európe. Existuje niekoľko dôkazov o prevoze zdrojových chemických látok cez Európu, napríklad nedávny záchyt takmer 15 kilogramov čistého práškoveho CRA s pôvodom v Číne prevážaného do Ruska.

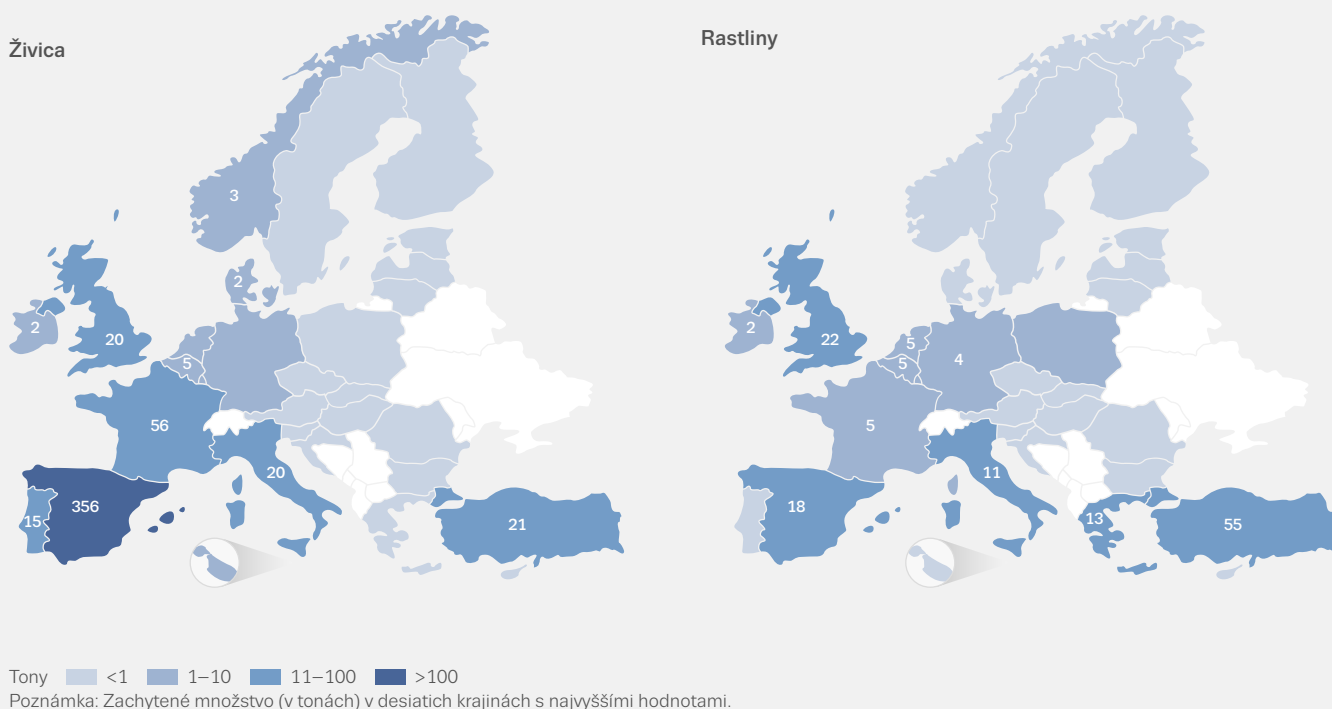
Heroín: príznaky poklesu

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.

Množstvo zachyteného heroínu v roku 2011 predstavuje najmenšie oznámené množstvo v poslednom desaťročí a zodpovedá len polovici množstva zachyteného v roku 2001

OBRÁZOK 1.4

Množstvo zachytenej kanabisovej živice (vľavo) a rastlinného kanabisu (vpravo) 2011



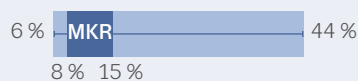
Najväčším nezákonným výrobcom ópia na svete je stále Afganistan a väčšina heroínu v Európe bola vyrobená v Afganistane a v menšej miere v susednom Iráne alebo Pakistane. Existujú dve približne vymedzené obchodné cesty, ktorými sa heroín prepravuje do Európy: historicky má väčší význam tzv. balkánska cesta, ktorá smeruje na západ cez Turecko, do balkánskych štátov (Bulharsko, Rumunsko alebo Albánsko) a do strednej, južnej a západnej Európy. Novšia obchodná cesta je tzv. severná

alebo hodvábná, ktorá smeruje na sever do Ruska cez bývalé sovietske stredoázijské republiky. Vo všeobecnosti sa však situácia stáva premenlivejšou, pričom dodávky heroínu z Iránu a Pakistanu sa dodávajú do Európy letecky alebo po mori, a to buď priamo alebo cez západoafrické a východoafrické krajiny.

HEROIN

6,1 zachytených ton
13,4 zachytených ton vrátane Turecka

40 500 záchytov
43 800 záchytov vrátane Turecka



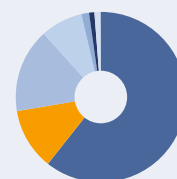
Čistota (%)



Cena (EUR/g)

23 300 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou

12 % trestných činov obchodovania so šiestimi hlavnými drogami



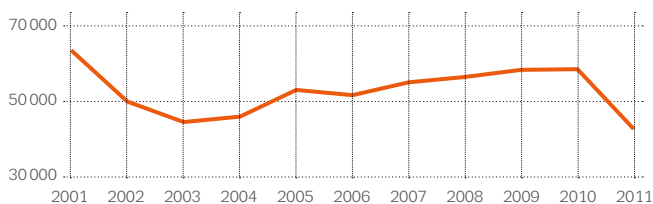
Cena a čistota tzv. hnedého heroínu: vnútroštátne priemerné hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).

Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

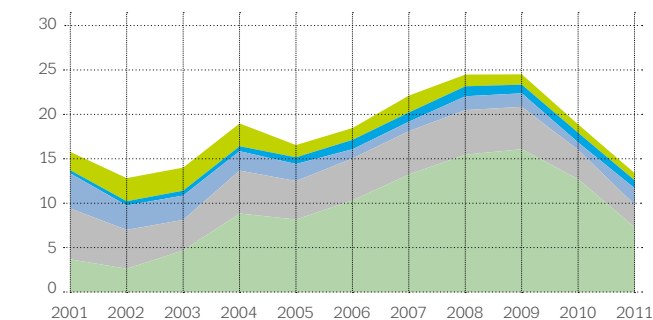
OBRÁZOK 1.5

Počet záchytov heroínu a zachytené množstvo 2001 – 2011

Počet záchytov



Tóny



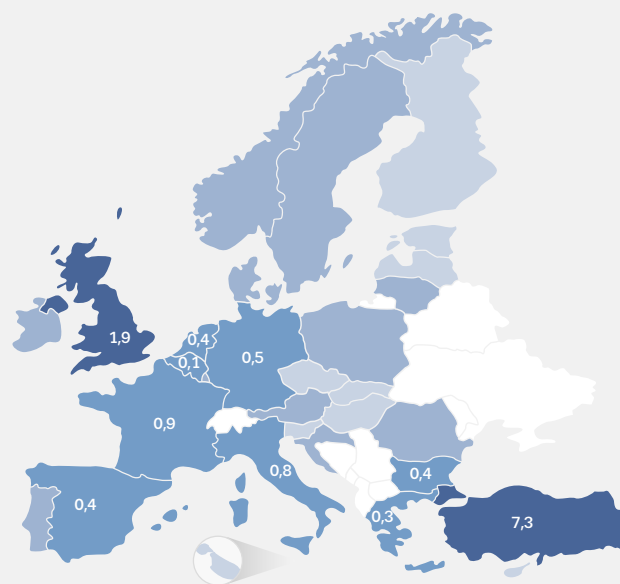
Turecko Iné krajiny Spojené kráľovstvo
Francúzsko Taliansko

Množstvo zachyteného heroínu v roku 2011 (6,1 tony) predstavuje najmenšie oznámené množstvo v poslednom desaťročí a zodpovedá len polovici množstva zachyteného v roku 2001 (12 ton). Klesol aj počet oznámených záchytov v rovnakom období (2001 – 2011), a to z vrcholnej hodnoty 63 000 v roku 2001 na odhadovanú hodnotu 40 500 v roku 2011. Do určitej miery možno tento pokles vysvetliť zvýšením počtu záchytov v rokoch 2002 – 2009 v Turecku, ktoré od roku 2006 trvalo zachytáva túto drogu vo väčšom množstve ako všetky ostatné krajiny spolu (obr. 1.5). Turecko však v rokoch 2010 a 2011 oznámilo zásadný pokles zachyteného množstva.

Okrem poklesu záchytov heroínu a trestných činov ponuky drog boli oznámené naliehavšie krátkodobé otrasy trhu, pravdepodobne vyplývajúce z úspešného prohibičného úsilia na balkánskej ceste. Viacero krajín s pomerne veľkou populáciou užívateľov heroínu zaznamenalo citeľný nedostatok heroínu koncom roku 2010 a začiatkom roku 2011, z ktorého sa zjavne zotavili len niektoré trhy.

OBRÁZOK 1.6

Množstvo zachyteného heroínu 2011



Tóny <0,01 0,01–0,10 0,11–1,0 >1,0

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

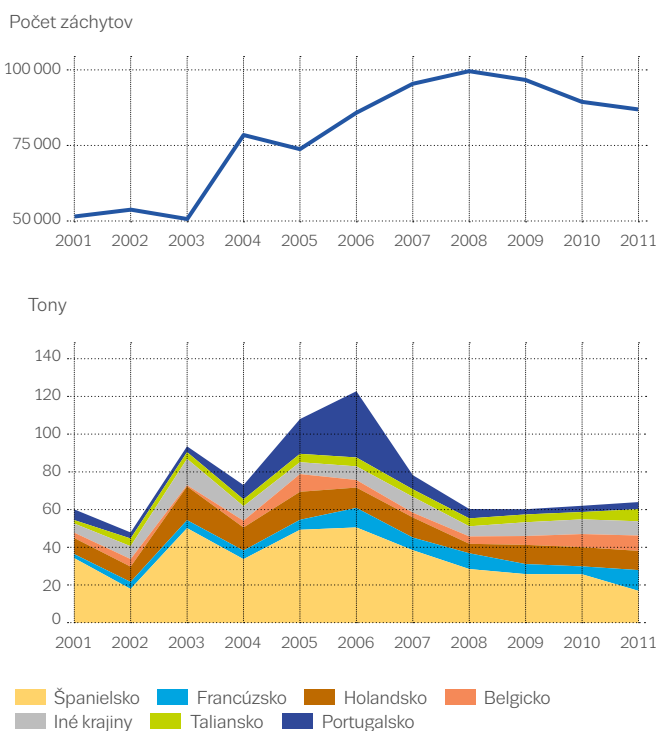
Kokaín: zmeny v obchodovaní?

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 dováža sa do Európy vzdušnými a námornými trasami. Zdá sa, že hlavná obchodná trasa do Európy vedie cez Pyrenejský polostrov (Španielsko a Portugalsko), aj keď čoraz častejšie využívanie kontajnerových dodávok vedie k tomu, že rastie význam veľkých prístavov v Belgicku, Holandsku a ďalších západoeurópskych krajinách. Najnovšie príznaky prebiehajúcej diverzifikácie obchodných kokaínových trás do Európy zahŕňajú rozsiahle jednotlivé záchyty v bulharských, gréckych, rumunských a pobaltských krajinách.

Časť kokaínu dovezeného do Európy nie je vo forme určenej priamo na predaj a v Európe bolo v posledných rokoch zlikvidovaných viacero nezákonných „laboratórií“. Španielsko v období rokov 2008 – 2010 odhalilo a zlikvidovalo 73 zariadení, pričom väčšinu z nich tvorili laboratória na sekundárnu extrakciu, ktoré sa využívali na extrakciu kokaínu z iných materiálov, v ktorých bol skrytý, napríklad zo včelieho vosku, hnojív, plastov, potravín či odevov.

OBRÁZOK 1.7

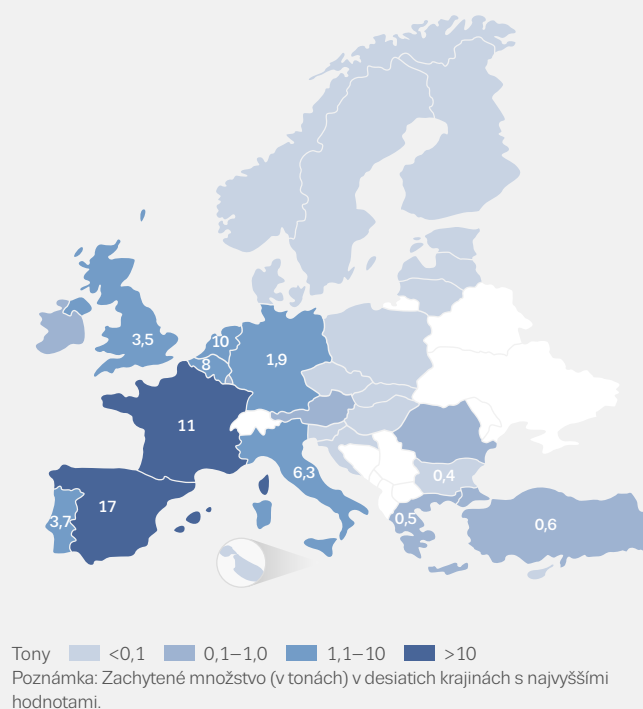
Počet záchytov kokaínu a zachytené množstvo 2001 – 2011



V roku 2011 bolo v Európe oznámených takmer 86 000 záchytov kokaínu a približný objem zachytenej drogy dosiahol 62 ton. To znamená pokles takmer o 50 % v porovnaní so 120 tonami kokaínu zachytenými v kulminačnom roku 2006. Znížil sa tiež počet záchytov (hoci nie tak prudko), ktorý vyvrcholil v roku 2008 (100 000 záchytov) (obr. 1.7). Zníženie množstva zachyteného kokaínu je najvýraznejšie na Pyrenejskom polostrove, kde celkové množstvo zachytené Španielskom a Portugalskom

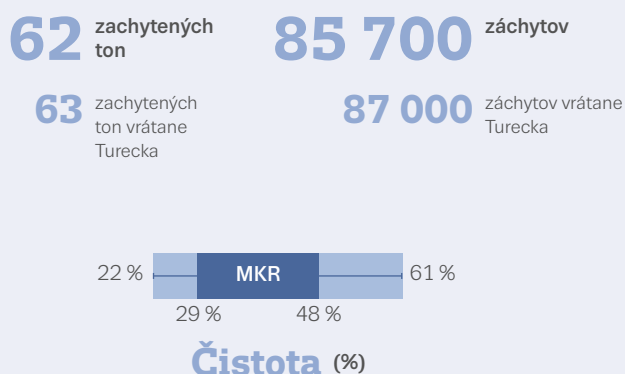
OBRÁZOK 1.8

Množstvo zachyteného kokaínu 2011

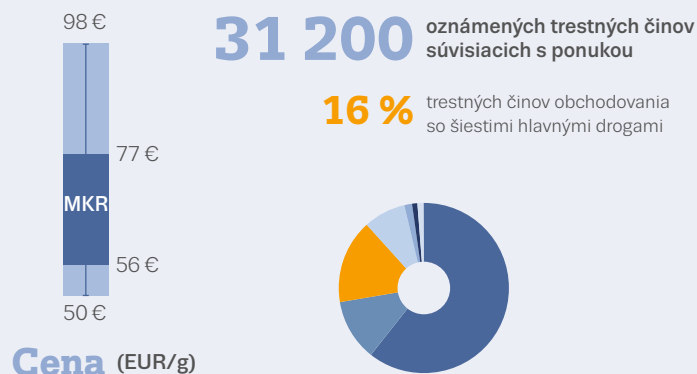


kleslo z 84 ton v roku 2006 na 20 ton v roku 2011. Ide o podobné množstvo, aké bolo zachytené v Holandsku a Belgicku, ktoré v roku 2011 oznámili kombinované záchyty tejto drogy s objemom 18 ton. Rekordné záchyty kokaínu oznámilo v roku 2011 Francúzsko (11 ton) a Taliansko (6 ton). Nie je jasné, do akej miery zmeny zachyteného množstva kokaínu v Európe odrážajú celkové zmeny ponuky na európskom trhu, zmeny praxe pri presadzovaní právnych predpisov či uplatňovanie nových operačných prístupov zo strany organizácií, ktoré obchodujú s drogami.

KOKAÍN



Cena a čistota kokaínu: priemerné vnútroštátne hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).



Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

Amfetamíny: príznaky väčšieho množstva metamfetamínu

Metamfetamín a amfetamín sú úzko súvisiace syntetické stimulanty, ktoré boli pôvodne vyvinuté na liečebné účely a druhovo sú známe ako amfetamíny. V Európe bol 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. Výrobné techniky môžu byť pomerne komplikované, čo vedie k rozsiahlejším výrobným postupom. Rovnaké zariadenia a personál je možné použiť na výrobu ďalších syntetických látok, napríklad MDMA (extázy). Je známe, že veľké množstvo týchto látok sa vyrába v Belgicku a Holandsku, ako aj v Poľsku a pobaltských štátoch; laboratóriá sa našli aj v ďalších krajinách vrátane Bulharska, Nemecka a Maďarska. Veľký počet výrobní metamfetamínu oznámila Česká republika, pričom väčšinu z nich tvoria malé výrobné určené na výrobu drog pre vlastnú spotrebu osôb podieľajúcich sa na výrobe, hoci bolo zaznamenaných aj niekoľko rozsiahlejších prevádzok, v ktorých sa vyrábal metamfetamín na domácu spotrebu aj na vývoz do susediacich krajín. Zdá sa, že sa zintenzívnila výroba metamfetamínu v pobaltských štátoch, ktorá sa zameriava na výrobu drog na vývoz do škandinávskych krajín, kde zrejme začína nahrádzať amfetamín.

Po období vyššej úrovne z hľadiska počtu záchytov a množstva sa záchyty amfetamínu v roku 2011 vrátili na približne rovnakú úroveň ako v roku 2002

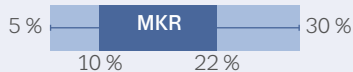
AMFETAMÍN

5,9 zachytených ton

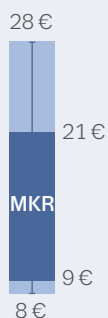
6,2 zachytených ton vrátane Turecka

35 600 záchytov

35 600 záchytov vrátane Turecka



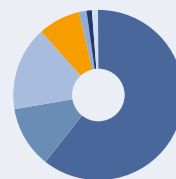
Čistota (%)



Cena (EUR/g)

16 000 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou

8 % trestných činov obchodovania so šiestimi hlavnými drogami

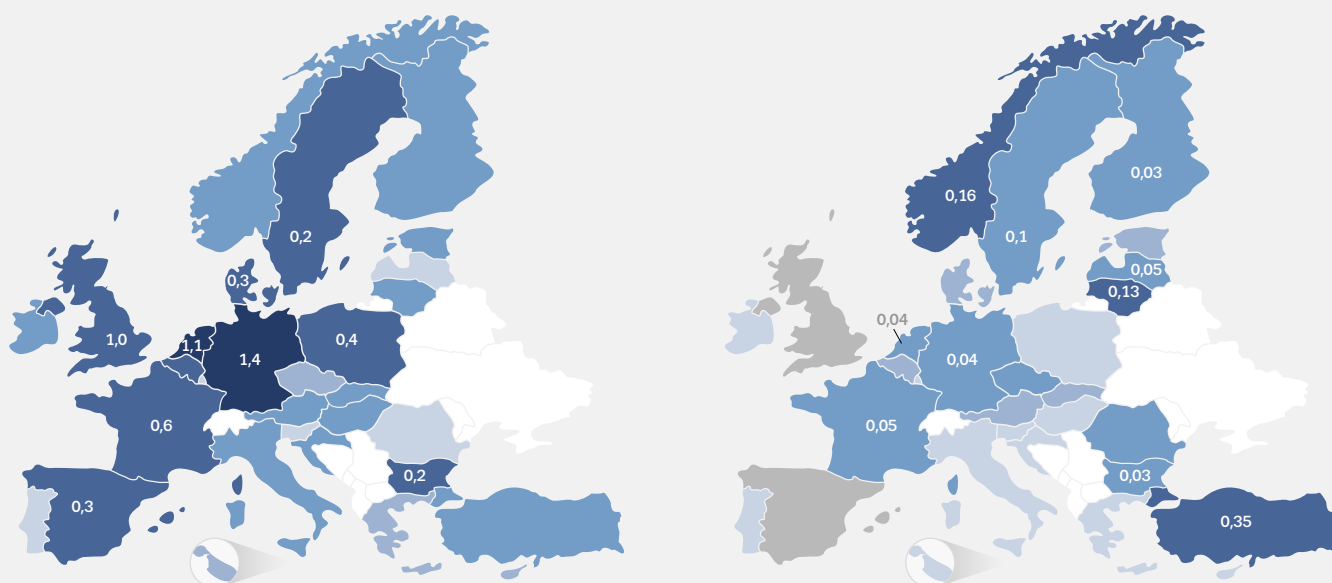


Cena a čistota amfetamínu: priemerné vnútroštátne hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).

Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 1.9

Množstvo zachyteného amfetamínu (vľavo) a metamfetamínu (vpravo) 2011



V roku 2011 bolo v Európe hlásených 45 000 záchytov amfetamínov. Ide o 35 600 záchytov a 5,9 tony amfetamínu a 9 400 záchytov s objemom 0,7 tony metamfetamínu. Po období vyššej úrovne z hľadiska počtu záchytov a množstva sa záchyty amfetamínu v roku 2011 vrátili na približne rovnakú úroveň ako v roku 2002 (obr. 1.10). V rovnakom období sa však zvýšila úroveň

záchytov metamfetamínu, aj keď ich počet a množstvo nie sú veľké (obr. 1.11).

METAMFETAMÍN

0,7 zachytených ton

1,0 zachytených ton vrátane Turecka

9 400 záchytov

9 500 záchytov vrátane Turecka

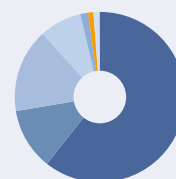


MKR



2 200 oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou

1 % trestných činov obchodovania so šiestimi hlavnými drogami



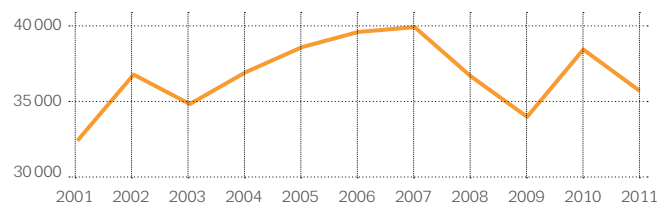
Cena a čistota metamfetamínu: priemerné vnútroštátne hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).

Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

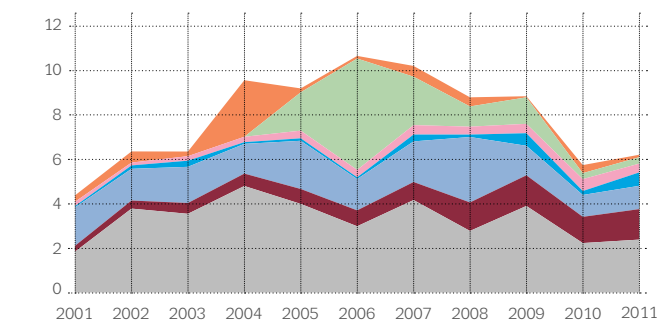
OBRÁZOK 1.10

Počet záchytov amfetamínu a zachytené množstvo 2001 – 2011

Počet záchytov



Tony

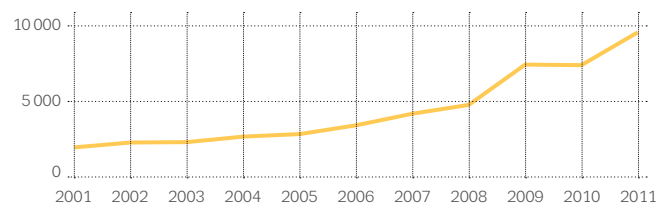


Iné krajiny Nemecko Spojené kráľovstvo
 Francúzsko Poľsko Turecko Belgicko

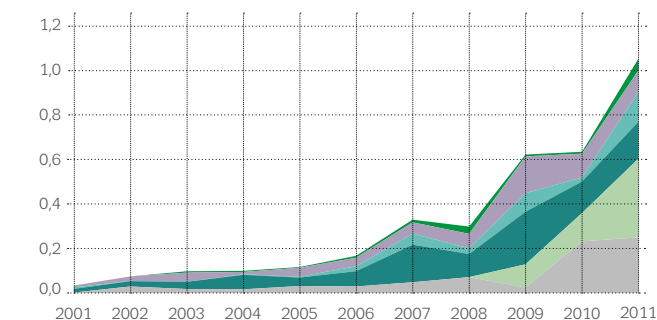
OBRÁZOK 1.11

Počet záchytov metamfetamínu a zachytené množstvo 2001 – 2011

Počet záchytov



Tony



Iné krajiny Turecko Nórsko Litva
 Švédsko Lotyšsko

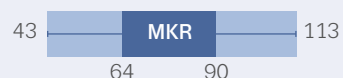
| Extáza: návrat?

Pojmom extáza sa zvyčajne označuje syntetická látka MDMA, 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 nepríbuzné chemické látky.

Výroba extázy v Európe vyvrcholila v roku 2000, keď bolo oznámené zničenie 50 laboratórií. V roku 2010 sa ich počet znížil na tri a v roku 2011 na päť, čo naznačuje, že úroveň výroby v Európe klesla. Najvyšší počet zničených laboratórií v minulom desaťročí oznámilo Holandsko a Belgicko, čo zrejme geograficky vyjadruje, kde sa nachádza hlavná oblasť výroby tejto drogy.

EXTÁZA

4,3 miliónov zachytených tabliet
5,7 miliónov zachytených tabliet vrátane Turecka
10 000 záchytov
13 000 záchytov vrátane Turecka

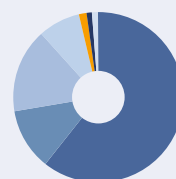


Čistota (MDMA mg/tableta)



Cena (EUR/tableta)

3 000 počet oznámených trestných činov súvisiacich s ponukou
1 % trestných činov obchodovania so šiestimi hlavnými drogami



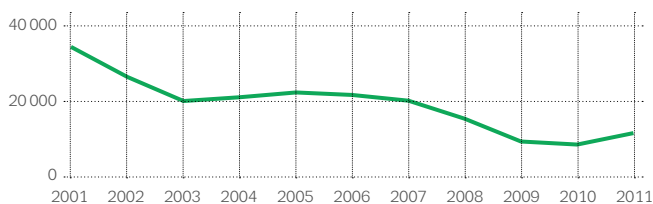
Cena a čistota tabliet extázy: priemerné vnútroštátne hodnoty, minimum, maximum a medzikvartilové rozpätie (MKR).

Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

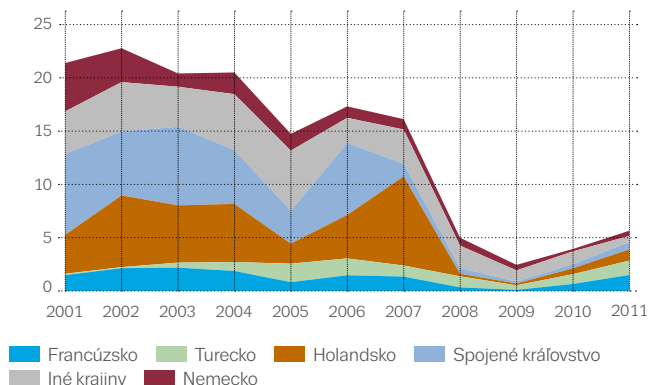
OBRÁZOK 1.12

Počet záchytov extázy a zachytených tablet 2001 – 2011

Počet záchytov



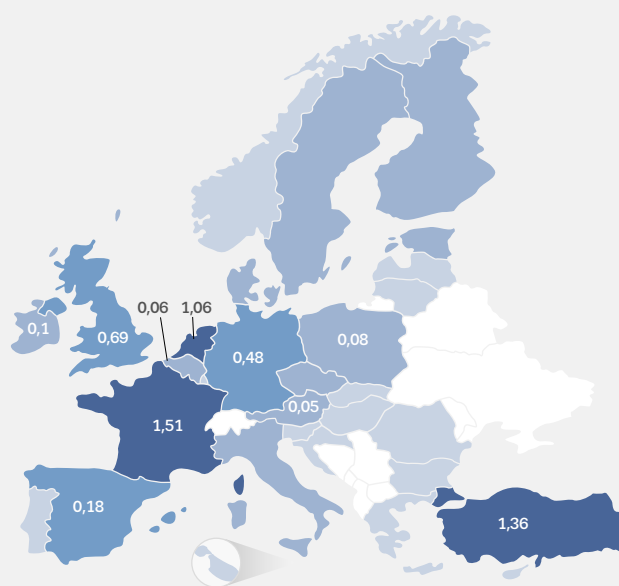
Tablety (milióny)



Počet záchytov extázy od roku 2007 prudko klesá (obr. 1.12) a súčasný počet 4,3 milióna zachytených tablet extázy predstavuje len zlomok počtu vo vrcholnom roku 2002 (23 miliónov). Došlo tiež k prudkému zníženiu počtu trestných činov ponuky drog súvisiacich s extázou, ktorý sa v rokoch 2006 – 2011 znížil o dve tretiny a v súčasnosti predstavuje asi 1 % trestných činov súvisiacich s ponukou hlavných drog. Klesajúce trendy sa pripisujú posilneniu kontroly a cieľným záchytom látky PMK, ktorá predstavuje hlavný chemický prekursor pri výrobe MDMA. Odráža sa to aj v podstatnej zmene obsahu tablet „extázy“ dostupných v Európe, keďže najväčšiu časť tablet analyzovaných v roku 2009 tvorili látky podobné MDMA len v troch krajinách. Existujú síce náznaky nedávneho oživenia trhu s extázou, ale nie na predchádzajúcej úrovni. Zdá sa, že látka MDMA je čoraz bežnejšia a v určitých častiach Európy je dostupný veľmi čistý prášok. Výrobcom extázy zrejme zareagovali na kontroly prekursora a začali používať tzv. pre-prekursory alebo maskované prekursory – základné chemické látky, ktoré možno legálne doviesť ako nekontrolované látky a následne zmeniť na prekursorové chemikálie potrebné na výrobu MDMA.

OBRÁZOK 1.13

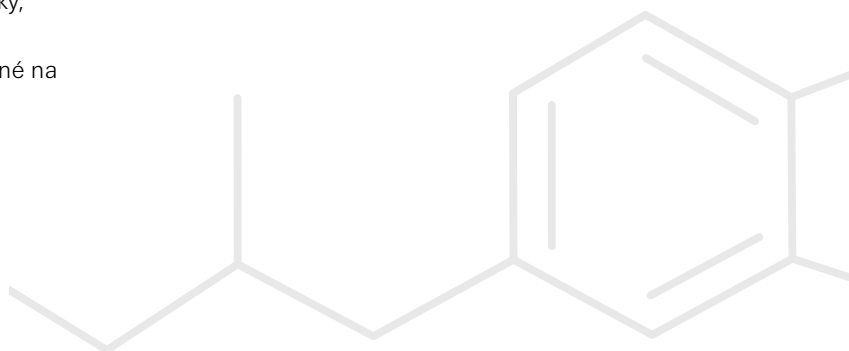
Množstvo zachytenej extázy 2011



Tablety (milióny) <0,01 0,01–0,1 0,11–1,0 >1,0

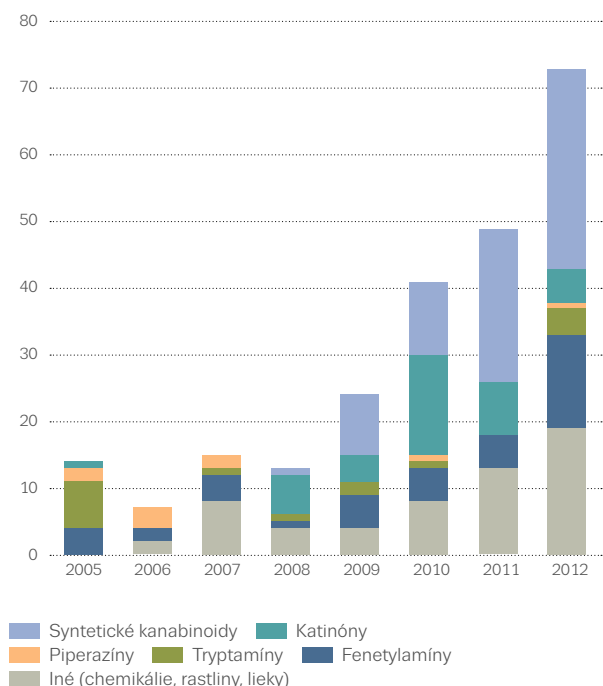
Poznámka: Zachytené množstvo (v počte tablet) v desiatich krajinách s najvyššími hodnotami.

Počet záchytov extázy od roku 2007 prudko klesá a súčasný počet 4,3 milióna zachytených tablet extázy predstavuje len zlomok počtu vo vrcholnom roku 2002



OBRÁZOK 1.14

Počet a hlavné skupiny nových psychoaktívnych látok oznámených v systéme včasného varovania EÚ 2005 – 2012



**V roku 2012 členské štáty
oznámili prostredníctvom
európskeho systému
včasného varovania
prvý výskyt 73 nových
psychoaktívnych látok**

Nové drogy: k dispozícii je viac látok

Analýzu drogového trhu komplikuje výskyt nových drog (nových psychoaktívnych látok) — chemických alebo prírodných látok, ktoré nie sú kontrolované medzinárodným právom a ktoré sa 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 atraktívne balia a uvádzajú na trh v Európe ako dosiaľ nekontrolované psychoaktívne látky (legal highs). Termín legal highs je nesprávny, keďže látky môžu byť v niektorých členských štátoch kontrolované alebo ich predaj na účely spotreby 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.

V roku 2012 členské štáty oznámili prostredníctvom európskeho systému včasného varovania prvý výskyt 73 nových psychoaktívnych látok (obr. 1.14). Tridsať z nich tvorili syntetickí agonisti kanabinoidových receptorov, čo odráža dopyt spotrebiteľov po produktoch podobných kanabisu. Devätnásť zlúčenín sa nepodobalo žiadnym ľahko rozpoznateľným chemickým skupinám (vrátane rastlín a liekov), pričom zároveň bolo oznámených 14

nových substituovaných fenetylamínov, čo je najvyšší počet od roku 2005.

Keďže dôležitým miestom predaja nových psychoaktívnych látok je internet, EMCDDA pravidelne pripravuje prehľady s cieľom monitorovať počet on-line predajní ponúkajúcich uvedené produkty európskym spotrebiteľom. Počet zistených predajní stále rastie – v januári 2012 bolo zistených 693 on-line predajní.

Po prijatí kontrolných opatrení je väčšina nových psychoaktívnych látok rýchlo nahradená, čo predstavuje mimoriadnu výzvu pre intervenčné opatrenia v tejto oblasti. Ojedinelým príkladom novej drogy, pri ktorej sa kombinovaná látka stala vyhľadávanou látkou na trhu s nezákonnými stimulantmi, je mefedrón. Napriek kontrolám v celej Európskej únii je táto droga v niektorých krajinách naďalej dostupná a predáva sa na nezákonnom trhu. Hoci pravdepodobne existujú zásoby nadobudnuté pred zákazom a uskutočňuje sa tajný dovoz, varujúcou skutočnosťou je nedávne objavenie výroby mefedrónu v Poľsku s väzbami na skupiny medzinárodnej organizovanej trestnej činnosti a dôkazmi o obchodovaní s inými európskymi krajinami.

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2012

Cannabis production and markets in Europe, EMCDDA Prehľady č. 12.

2011

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

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications. Súhrnná správa zo zasadnutia EMCDDA o najnovších trendoch , 18. – 19. októbra 2011.

Reakcia na nové psychoaktívne látky, Pozornosť upriamená na drogy č. 22.

Publikácie EMCDDA a Europolu

2013

Annual report on the Implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EU Drug markets report: a strategic analysis.

2011

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

**Minimálne 85 miliónov dospelých
Európanov niekedy v živote užilo
nezákonnú drogu, čo predstavuje
približne štvrtinu dospelaj európskej
populácie**

Užívanie drog a problémy súvisiace s drogami

Monitorovanie užívania drog a súvisiacich poškodení komplikuje viacero skutočností. Spôsoby užívania nezákonných drog sa veľmi líšia, napríklad spôsoby spotreby zahŕňajú experimentovanie, príležitostnú spotrebu a každodennú a dlhodobú spotrebu. Riziká, ktorým sú vystavení jednotliví užívatelia, tvorí viacero faktorov, medzi ktoré patrí: užitá dávka, spôsob užitia, súčasné užitie ďalších látok, počet a dĺžka epizód užívania drog a individuálna zraniteľnosť.

Monitorovanie užívania drog a problémov súvisiacich s drogami

Monitorovanie užívania drog a poškodení, ktoré s drogami súvisia, sa v Európe zakladá predovšetkým na piatich kľúčových epidemiologických ukazovateľoch: užívanie drog v rámci všeobecnej populácie, problémové užívanie drog, úmrtia súvisiace s drogami a mortalita, infekčné choroby súvisiace s drogami a dopyt po protidrogovej liečbe. Informácie o týchto ukazovateľoch vrátane metodických poznámok nájdete na webovej lokalite EMCDDA v častiach Portál kľúčových ukazovateľov a Štatistická ročenka.

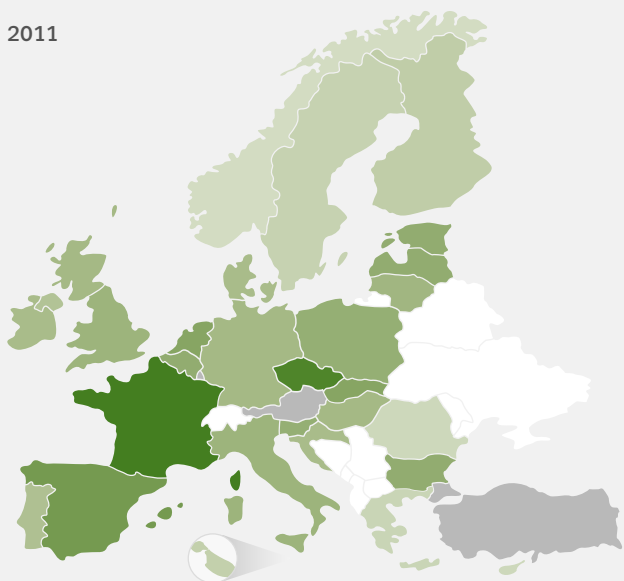
Štvrtina dospelých Európanov užila nezákonné drogy

Minimálne 85 miliónov dospelých Európanov niekedy v živote užilo nezákonnú drogu, čo predstavuje približne štvrtinu dospelých európskej populácie. Najväčší počet z nich užil kanabis (77 miliónov), oveľa nižšie sú odhady celoživotného užívania iných drog: 14,5 milióna osôb v prípade kokaínu, 12,7 milióna pri amfetamíne a 11,4 milióna pri extáze. Označené úrovne celoživotného užívania drog v Európe sa podstatne líšia: približne tretina dospelých v Dánsku, Francúzsku a Spojenom kráľovstve a menej ako jeden z desiatich v Bulharsku, Grécku, Maďarsku, Rumunsku a Turecku.

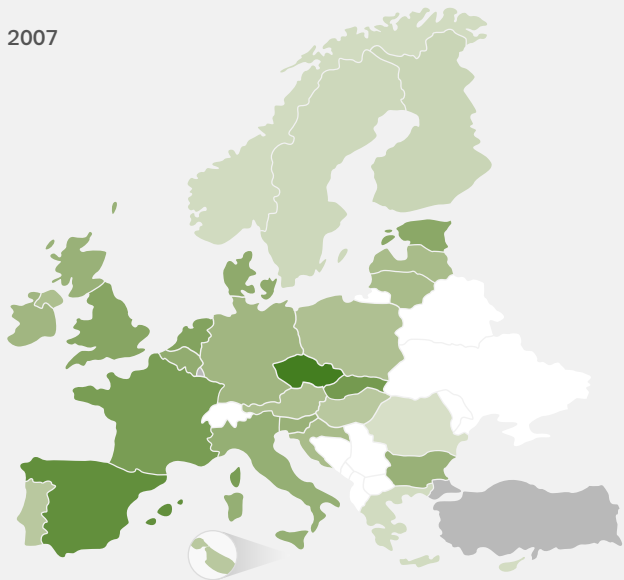
OBRÁZOK 2.1

Celoživotná prevencia užívania kanabisu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov

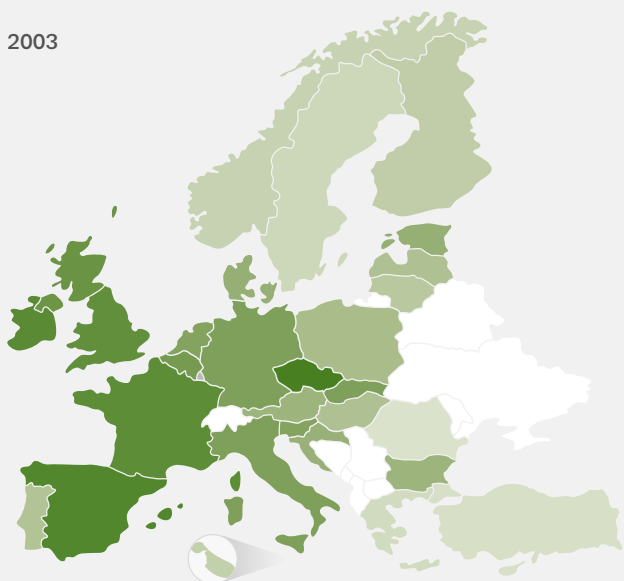
2011



2007



2003



2 % 10 20 30 40 45 % Nie sú k dispozícii žiadne údaje

Poznámka: Údaje ESPAD a národné prieskumy za Španielsko a Spojené kráľovstvo.

Kanabis: stabilný alebo klesajúci trend v krajinách s vyššou prevenciou

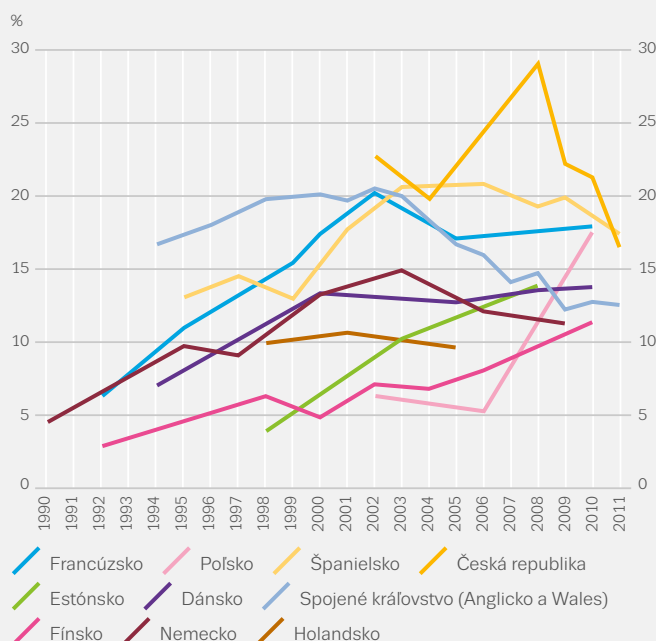
Kanabisové produkty sa vo všeobecnosti fajčia a bežne miešajú s tabakom. Spôsoby užívania kanabisu zahŕňajú príležitostné alebo experimentálne užívanie, ale aj pravidelné užívanie a závislosť, pričom problémy súvisiace s kanabisom úzko súvisia s frekvenciou užívania a vyšším užitým množstvom. Zdravotné následky zahŕňajú respiračné problémy, problémy s duševným zdravím a závislosť. Niektoré z nových syntetických agonistov kanabinoidových receptorov môžu byť mimoriadne účinné a čoraz častejšie sú hlásené akútne nepriaznivé následky.

Kanabis je nezákonná droga, ktorú najčastejšie skúšajú európski študenti. Podľa prieskumov ESPAD z roku 2011 dosahovalo celoživotné užívanie kanabisu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov rozpätie od 5 % (Nórsko) do 42 % (Česká republika) (obr. 2.1). Líši sa aj rodový pomer: na jedno dievča pripadá 2,5 chlapca. Z hľadiska celkového európskeho trendu užívanie kanabisu medzi študentmi vzrástlo v rokoch 1995 – 2003, mierne kleslo v roku 2007 a odvtedy si zachováva stabilnú úroveň. V tomto období sa výrazne prejavil trend obmedzenia užívania kanabisu v mnohých krajinách, ktoré v predchádzajúcich prieskumoch uviedli vysokú úroveň prevencie. V rovnakom období sa zvýšila úroveň užívania kanabisu medzi študentmi vo viacerých krajinách strednej a východnej Európy, čo ukazuje istý stupeň zblížovania v rámci celej Európy. V šiestich krajinách, ktoré oznámili výsledky národných školských prieskumov realizovaných po vypracovaní štúdie ESPAD (2011/12), sa prevencia užívania kanabisu udržiava na stabilnej úrovni alebo mierne klesá.

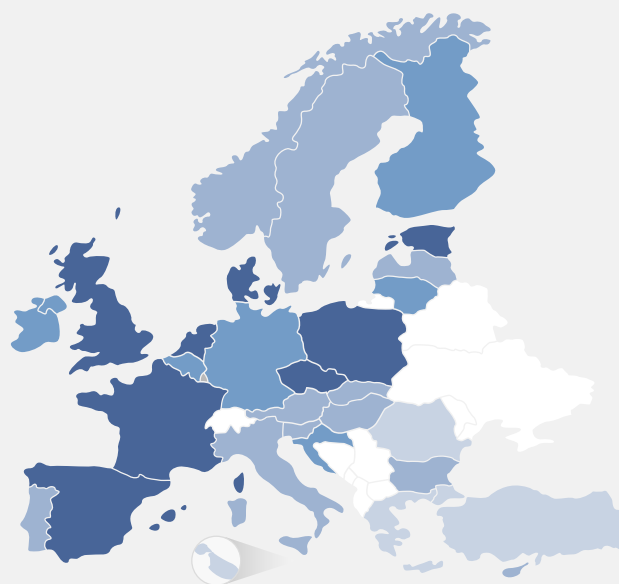
Odhaduje sa, že v minulom roku užilo kanabis 15,4 milióna mladých Európanov (vo veku 15 – 34 rokov) (11,7 % tejto vekovej skupiny), pričom 9,2 milióna z nich bolo vo veku 15 – 24 rokov (14,9 %). Užívanie kanabisu je všeobecne rozšírenejšie u mužov. Dlhodobejšie trendy medzi mladými dospelými sú v podstate podobné trendom u študentov, pričom užívanie sa postupne zvyšuje v niektorých krajinách s nižšou prevenciou a zároveň dochádza k poklesu v krajinách s vyššou prevenciou. Krajiny, v ktorých sa nedávno uskutočnil prieskum (2010 alebo neskôr) (s výnimkou Poľska a Fínska) oznamujú stabilný alebo klesajúci trend medzi mladými dospelými (obr. 2.2). Niekoľko národných prieskumov v súčasnosti oznamuje užívanie syntetických agonistov kanabinoidných receptorov, pričom v týchto krajinách je úroveň prevencie vo všeobecnosti nízka.

OBRÁZOK 2.2

Prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými v uplynulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



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



% 0–4 4,1–8 8,1–12 >12

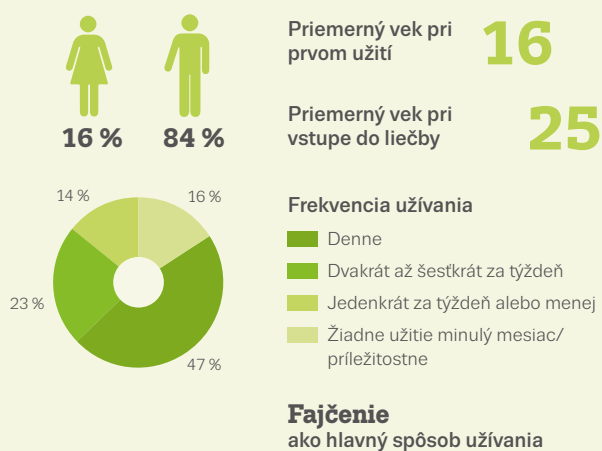
Viac ako 3 milióny každodenných užívateľov kanabisu a zvýšený dopyt po liečbe

Významná menšina užívateľov kanabisu konzumuje túto látku intenzívne. Každodenné alebo takmer každodenné užívanie kanabisu sa vymedzuje ako užívanie 20 alebo viac dní za mesiac, ktorý predchádzal prieskumu.

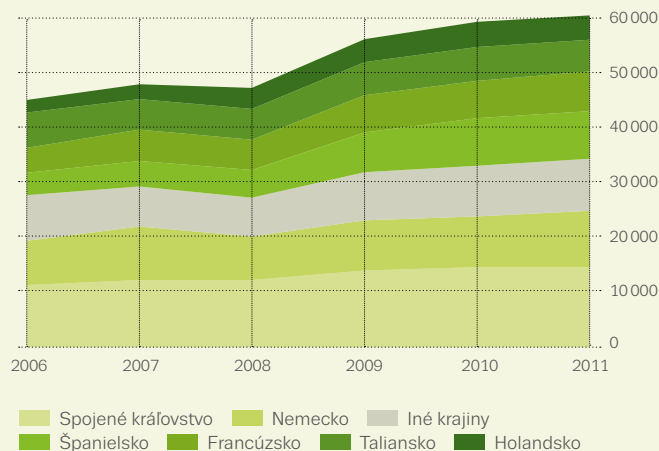
Údaje z 22 krajín naznačujú, že približne 1 % dospelých (minimálne tri milióny) uvádza užívanie drogy týmto spôsobom. Viac ako dve tretiny z nich sú vo veku 15 – 34 rokov, pričom v tejto vekovej skupine tvoria viac ako tri štvrtiny muži.

LIEČENÍ UŽÍVATELIA KANABISU

Základné údaje



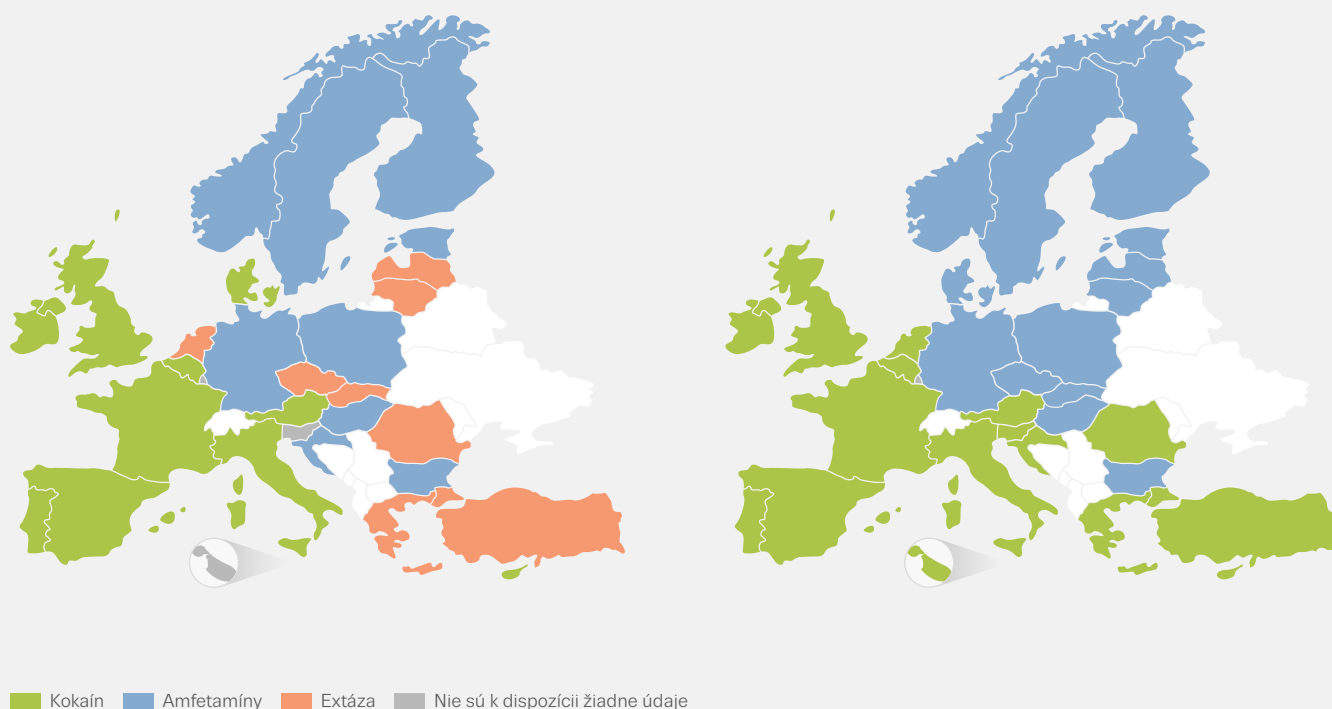
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby



Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré vstúpia do liečby, pričom primárnou drogou je kanabis. Trendy sa týkajú osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby, pričom primárnou drogou je kanabis. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.3

Prevažujúca stimulačná droga podľa minuloročnej prevalence v skupine osôb vo veku 15 – 34 rokov (vľavo) a podľa primárnej drogy u osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby (vpravo)



V roku 2011 bol kanabis druhou najčastejšie oznamovanou primárnou drogou (po heroíne) u klientov, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v Európe (109 000) a najčastejšie uvádzanou drogou medzi osobami, ktoré vstúpili do liečby prvýkrát. Prejavujú sa však značné národné rozdiely, v rozpätí od 4 % všetkých klientov protidrogovej liečby, ktorí uvádzajú túto drogu ako dôvod vstupu do liečby v Bulharsku, po 69 % v Maďarsku. Tieto rozdiely možno vysvetliť rozdielmi v postupoch pri odosielaní do liečby, druhu dostupných liečebných služieb a národných úrovni prevalence. Európa zaznamenala zvýšenie počtu klientov závislých od kanabisu, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby, a to zo 45 000 v roku 2006 na 60 000 v roku 2011.

**Kanabis... najčastejšie
uvádzanou drogou medzi
osobami, ktoré vstúpili do
liečby prvýkrát**

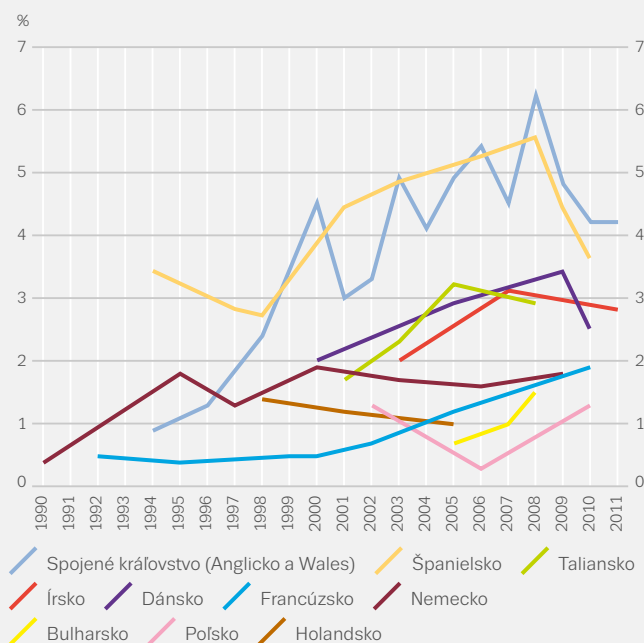
Nezákonné stimulanty v Európe: regionálne formy užívania

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

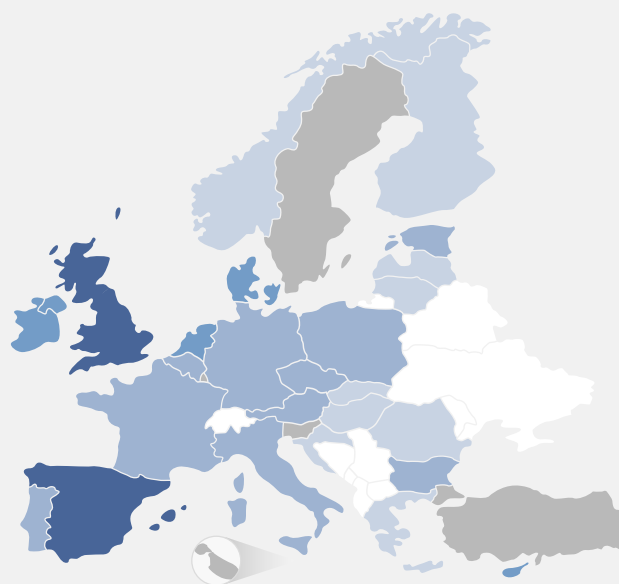
Údaje o prevalencii ilustrujú geografickú rozmanitosť trhu so stimulantmi v Európe, pričom kokaín prevažuje v južnej a západnej Európe, amfetamíny sú bežnejšie v stredných a severných krajinách a extáza je najčastejšie užívaným stimulantom v krajinách na juhu a východe (obr. 2.3). Údaje o liečbe závislosti od kokaínu a amfetamínu sú podobné, zatiaľ čo počet osôb vstupujúcich do liečby v súvislosti s problémami s extázou je nízky.

OBRÁZOK 2.4

Prevalencia užívania kokaínu medzi mladými dospelými v uplynulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



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

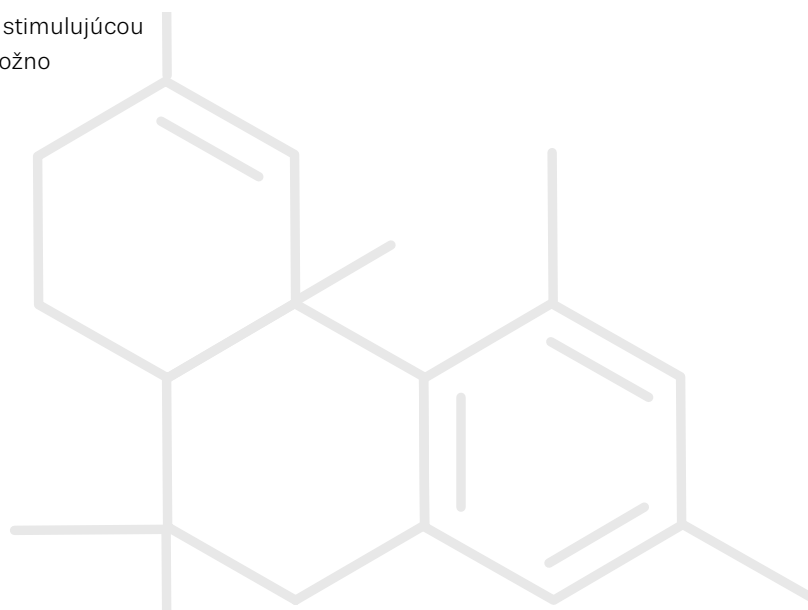


Kokaín: klesajúce užívanie v krajinách s vysokou prevalenciou

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 úrazu a závislosti. Najvyššie zdravotné riziká vrátane prenosu infekčných chorôb súvisia s injekčným užívaním kokaínu a s užívaním krekú.

Kokaín je najbežnejšie užívanou nezákonnou stimulujúcou drogou v Európe, aj keď väčšinu užívateľov možno

**Najčastejšie užívanými
nezákonnými stimulantmi
v Európe sú kokaín,
amfetamíny a extáza**



najst v pomerne malom počte krajín. Odhaduje sa, že v uplynulom roku užilo kokaín približne 2,5 milióna mladých Európanov (1,9 % v tejto vekovej skupine). Pomerne vysokú úroveň užívania kokaínu medzi mladými dospelými (2,5 – 4,2 %) v uplynulom roku oznámili Dánsko, Írsko, Španielsko a Spojené kráľovstvo (obr. 2.4). Úroveň užívania kokaínu v uplynulom roku medzi mladými dospelými v krajinách s vyššou prevalenciou a s novšími prieskumami dosiahla vrchol na prelome rokov 2008/2009 a odvtedy vykazuje mierny pokles alebo stabilizáciu. V iných krajinách sa udržala pomerne nízka a stabilná úroveň užívania kokaínu, aj keď Francúzsko a Poľsko v roku 2010 oznámili zvýšenie.

Príznamy zníženia 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 2009 medzi dospelou populáciou: Španielsko odhadlo „intenzívne užívanie kokaínu“ na úrovni 0,45 %; Nemecko odhadlo „problémy súvisiace s kokaínom“ na úrovni 0,20 % a Taliansko uviedlo odhad „potenciálne problémového užívania kokaínu“ na úrovni 0,34 %. V rokoch 2009 – 2010 odhadovalo Spojené kráľovstvo užívanie krekového kokaínu v Anglicku na úrovni 0,54 %, uviedlo však, že mnohí z užívateľov užívali zároveň krek aj opioidy.

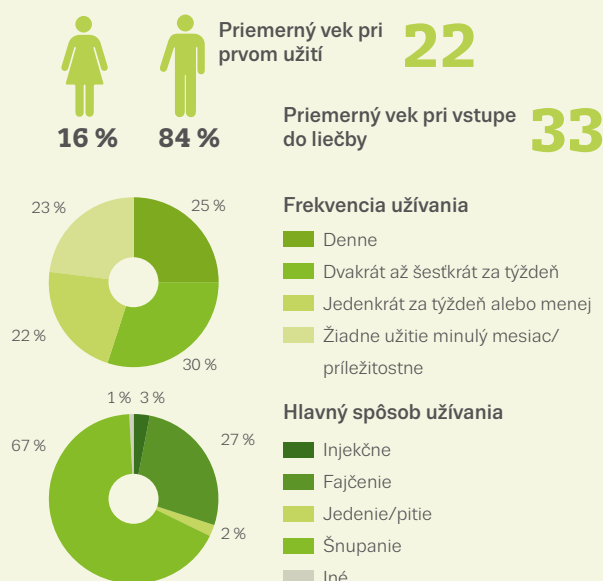
Kokaín bol uvedený ako primárna droga u 14 % všetkých nahlásených klientov, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v roku 2011 (60 000), a 19 % osôb, ktoré prvýkrát vstúpili do liečby (31 000). Existujú veľké rozdiely medzi krajinami, pričom 90 % všetkých klientov závislých od kokaínu uviedlo len päť krajín (Nemecko, Španielsko, Taliansko, Holandsko a Spojené kráľovstvo). Počet klientov, ktorí prvýkrát v živote vstupujú do liečby závislosti od kokaínu ako primárnej drogy, sa v roku 2009 zvýšil približne z 35 000 na 37 000 a potom v roku 2011 klesol na 31 000 (23 krajín). Španielsko zaznamenalo nepatrné, ale stabilné zníženie počtu kokaínových klientov, ktorí vstúpili do liečby od roku 2005, Spojené kráľovstvo od roku 2008 a Taliansko od roku 2009. V Európe v roku 2011 vstúpilo do liečby len 3 000 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.

Dlhodobejšie zvýšenie prípadov pohotovostného nemocničného ošetrovania súvisiacich s kokaínom

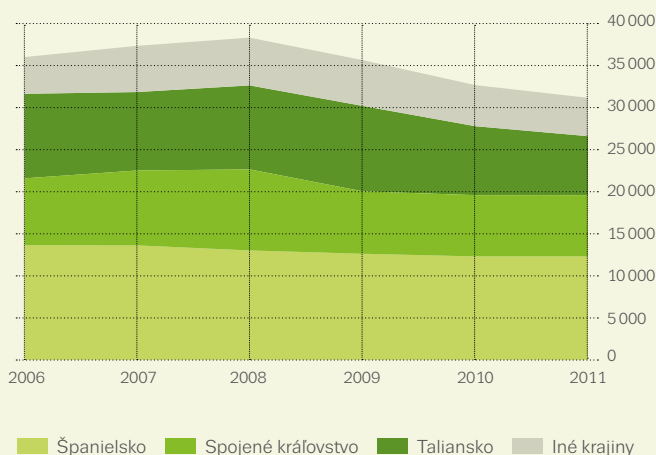
V nedávnom európskom prieskume sa zistilo, že v niektorých krajinách sa od konca 90. rokov strojnásobil počet pohotovostných nemocničných ošetrovaní súvisiacich s kokaínom, pričom najvyšší počet dosiahli približne v roku 2008 v Španielsku a Spojenom kráľovstve (Anglicku). Najčastejšie pohotovostne ošetrovanými osobami v súvislosti s užitím kokaínu sú mladí muži. Úmrtia

LIEČENÍ UŽÍVATELIA KOKAÍNU

Základné údaje



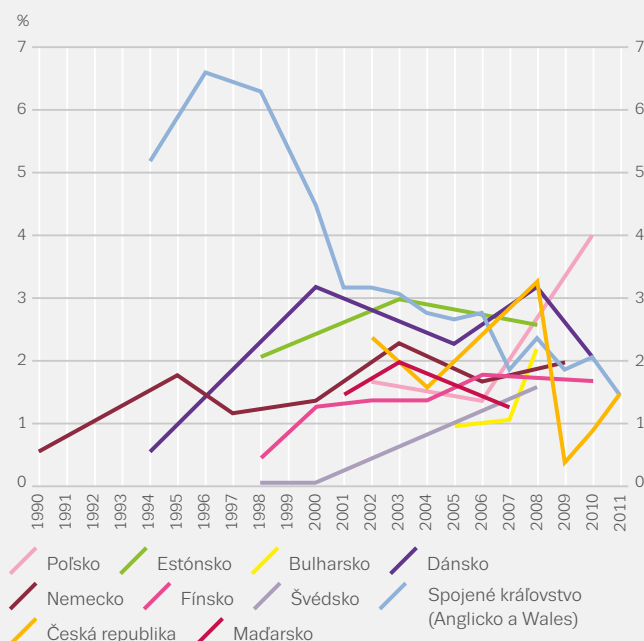
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby



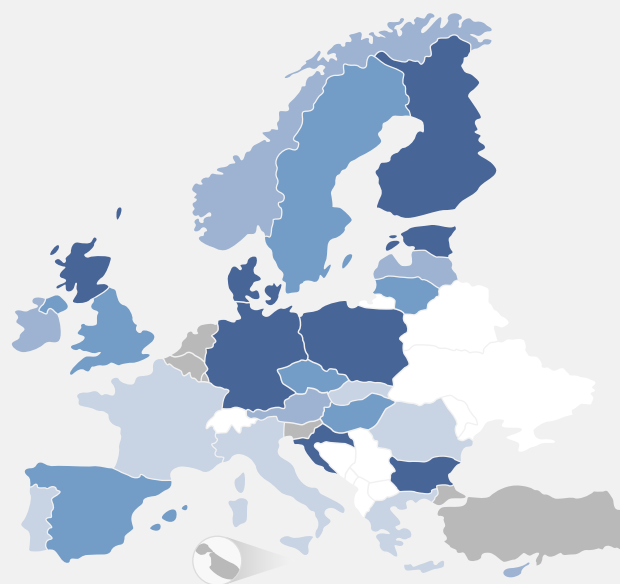
Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré vstúpia do liečby, pričom primárnou drogou je kokaín/krek. Trendy sa týkajú osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby, pričom primárnou drogou je kokaín/krek. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.5

Prevalencia užívania amfetamínov medzi mladými dospelými v uplynulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



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



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

zapríčinené akútnou otravou kokaínom sú pomerne neobvyklé. V roku 2011 bolo v 17 krajinách zaznamenaných minimálne 475 úmrtí súvisiacich s kokaínom, aj keď často v kombinácii s inými drogami. Z nedávnych údajov zo Španielska a Spojeného kráľovstva vyplýva, že počet úmrtí súvisiacich s kokaínom od roku 2008 klesá. Kokaín pravdepodobne zohral úlohu pri niektorých úmrtiach súvisiacich s o srdcovocievny problémami, údaje v tejto oblasti sú však obmedzené.

Amfetamíny: užívanie je stabilné, ale zdravotné riziká pretrvávajú

V Európe je dostupnejší amfetamín než metamfetamín, ktorého užívanie sa tradične obmedzuje na Českú republiku a najnovšie aj na Slovensko. Amfetamíny sa zvyčajne užívajú orálne alebo šnupaním, v niektorých krajinách je však pomerne bežné injekčné užívanie týchto drog medzi problémovými užívateľmi a liečenými klientmi.

Väčšina štúdií o nepriaznivých zdravotných dôsledkoch užívania amfetamínov pochádza z Austrálie a Spojených štátov amerických, kde prevažuje fajčenie kryštalického metamfetamínu, výsledky týchto výskumov nemusí byť možné priamo preniesť do európskej situácie. V uvedených štúdiách sa vymedzujú dôsledky vrátane srdcovocievnych, pľúcnych a neurologických problémov a problémov súvisiacich s duševným zdravím, ktoré zahŕňajú úzkosť,

agresivitu a depresie až akútnu paranoidnú psychózu, a injekčné užívanie predstavuje riziko z hľadiska infekčných chorôb. Úmrtia súvisiace s amfetamínmi uviedli niektoré krajiny, predovšetkým s pomerne veľkou populáciou užívajúcou amfetamíny, aj keď v porovnaní s úmrtiami súvisiacimi s opioidovými drogami ide o zriedkavý jav. Oveľa ťažšie však môže byť identifikovať predávkovanie amfetamínmi, keďže príznaky sú menej špecifické. Tento problém komplikuje výskyt nových stimulačných drog. Napríklad viac ako 20 úmrtí v roku 2011 a 2012 súviselo so 4-metylamfetamínom (zlúčeninou príbuznou amfetamínu), čo podnietilo EMCDDA a Europol, aby vypracovali hodnotenie rizík na celoeurópskej úrovni a Európsku komisiu, aby odporučila celoeurópske kontrolné opatrenia.

**V Európe je dostupnejší
amfetamín než
metamfetamín**

Odhaduje sa, že v uplynulom roku užilo amfetamíny približne 1,7 milióna (1,3 %) mladých dospelých osôb (vo veku 15 – 34 rokov). V rokoch 2006 – 2011 sa vo väčšine európskych krajín udržala pomerne nízka a stabilná úroveň užívania amfetamínov medzi mladými dospelými v uplynulom roku, pričom prevencia vo všetkých krajinách podávajúcich správy dosiahla úroveň približne 2 % alebo menej, okrem Bulharska (2,1 %), Estónska (2,5 %) a Poľska (3,9 %). Všetky krajiny, v ktorých sa nedávno uskutočnili prieskumy (2010 alebo neskoršie) uviedli stabilnú alebo klesajúcu úroveň prevencie amfetamínov, s výnimkou Poľska, ktoré oznámilo zvýšenie (obr. 2.5).

Zvýšenie dopytu po liečbe závislosti od metamfetamínu

Len dve krajiny pripravili najnovšie odhady počtu problémových užívateľov metamfetamínu, ktoré v prípade dospelých osôb (vo veku 15 – 64 rokov) odhadujú úroveň približne 0,42 % v Českej republike (2011) a približne 0,21 % na Slovensku (2007). Náznaky existencie problémového užívania metamfetamínu nedávno zaznamenalo Nemecko, Grécko, Cyprus a Turecko.

Približne 6 % klientov, ktorí v roku 2011 v Európe nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu, uviedlo ako primárnu drogu amfetamíny (približne 24 000 klientov, z toho 10 000 vstúpilo do liečby prvýkrát v živote). Značnú časť zaznamenaných prípadov prvého vstupu do liečby

tvoria užívatelia amfetamínu ako primárnej drogy len v Lotyšsku, Poľsku a Švédsku. Metamfetamín uvádza ako primárnu drogu veľká časť klientov, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby v Českej republike a na Slovensku. V období rokov 2006 – 2011 sa udržal prevažne stabilný trend prvého vstupu do liečby užívateľov amfetamínov, s výnimkou Českej republiky a Slovenska, kde oznámili zvýšenie počtu klientov, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby a užívajú metamfetamín.

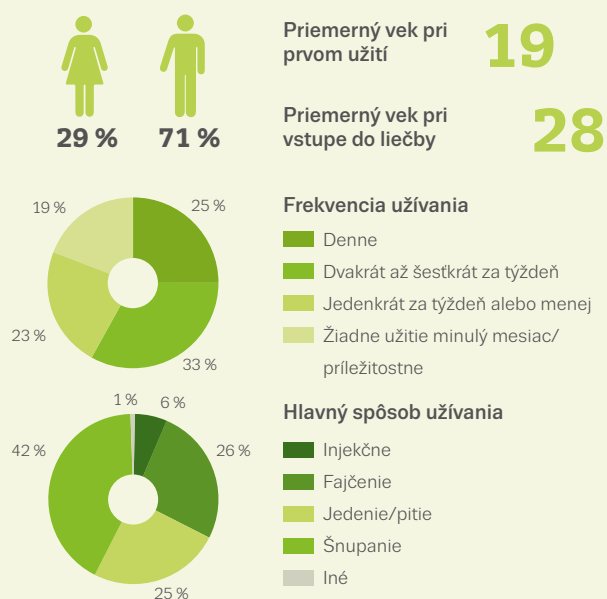
Extáza: slabý dopyt po liečbe

Extáza zvyčajne označuje syntetickú látku MDMA. Droga sa väčšinou používa vo forme tabliet, niekedy je dostupná ako prášok, môže sa prehŕtať, šnupať alebo (zriedkavo) užívať injekčne. Užívanie extázy historicky súvisí so scénou elektronickej tanečnej hudby a sústreďuje sa medzi mladými dospelými osobami, predovšetkým mladými mužmi. Problémy súvisiace s užívaním tejto drogy zahŕňajú akútnu hypertermiu a problémy týkajúce sa duševného zdravia. Úmrtia súvisiace s extázou sú zriedkavé.

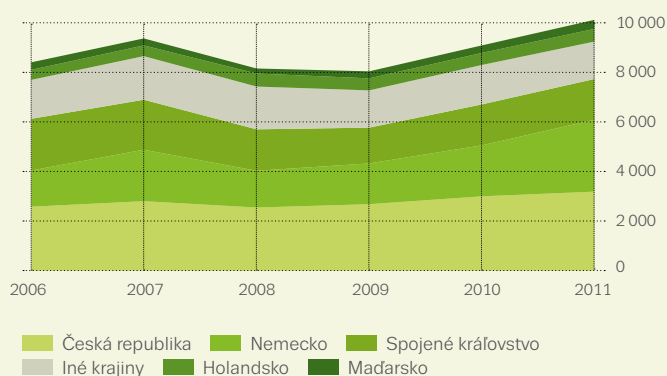
Odhaduje sa, že v uplynulom roku užilo extázu 1,8 milióna mladých dospelých, pričom národné odhady uvádzajú rozpätie 0,1 – 3,1 %. Spotreba tejto drogy typicky vyvrcholila v období od začiatku do polovice prvého desaťročia 21. storočia a následne klesla (obr. 2.6). V období rokov 2006 – 2011 väčšina krajín uvádzala stabilné alebo klesajúce trendy užívania extázy. Tento

LIEČENÍ UŽÍVATELIA AMFETAMÍNŮV

Základné údaje



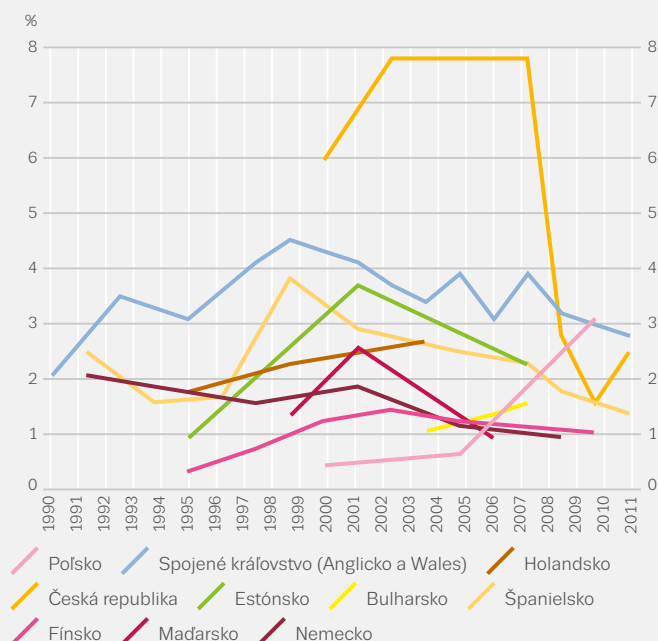
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby



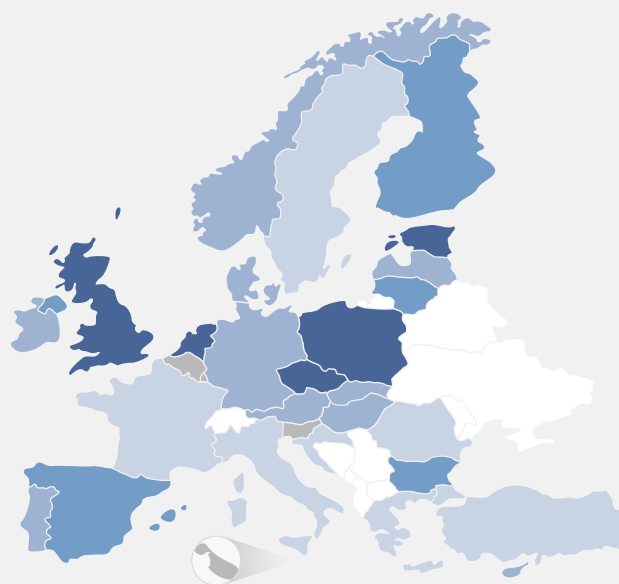
Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré vstúpia do liečby, pričom primárnou drogou sú amfetamíny. Trendy sa týkajú osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby, pričom primárnou drogou sú amfetamíny. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.6

Prevalencia užívania extázy medzi mladými dospelými v uplynulom roku: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



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



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

pokles sa prejavuje aj v údajoch z krajín, ktoré oznamujú výsledky prieskumov od roku 2010 (okrem Poľska). V roku 2011 vstúpilo niekoľko užívateľov do liečby v súvislosti s problémami týkajúcimi sa extázy: extázu ako primárnu drogu uviedlo menej ako 1 % oznámených osôb, ktoré prvýkrát vstúpili do liečby v Európe (približne 600 klientov).

syntetických katinónov medzi skupinami problémových drogových užívateľov a liečených klientov závislých od drog (Maďarsko, Rakúsko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo).

Mefedrón: nový uchádzač o trh so stimulantmi

Ukazuje sa, že podiel na trhu s nezákonnými stimulantmi získali syntetické katinóny vrátane mefedrónu. Opakované prieskumy zahŕňajúce tieto drogy v súčasnosti uskutočňuje len Spojené kráľovstvo. Podľa najnovších údajov uviedlo užívanie mefedrónu v uplynulom roku 1,1 % dospelých osôb (vo veku 16 – 59 rokov) v Anglicku a Walese, čo znamená, že mefedrón sa stal štvrtou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou. Medzi osobami vo veku 16 – 24 rokov dosiahla prevalencia v uplynulom roku rovnakú úroveň ako prevalencia extázy (3,3 %), čo je droga s treťou najväčšou prevalenciou v tejto vekovej skupine. V porovnaní s prieskumami v rokoch 2010 – 2011 bol však zaznamenaný pokles úrovne užívania vo všetkých skupinách.

Všeobecnejšie sú v Európe naďalej hlásené prípady mortality a morbidoty súvisiace s mefedrónom, aj keď na pomerne nízkej úrovni. Niektoré krajiny takisto uvádzajú injekčné užívanie mefedrónu, MDPV a ďalších

Podiel na trhu s nezákonnými stimulantmi získali syntetické katinóny vrátane mefedrónu

Halucinogénne látky, GHB a ketamín: stále v hre

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 je dlhodobo nízka a stabilná. V národných prieskumoch sa odhaduje minuloročná prevalence užívania halucinogénnych húb medzi mladými dospelými osobami (vo veku 15 – 34 rokov) v rozpätí 0 – 2,2 % a užívania LSD v rozpätí 0 – 1,7 %.

Od polovice 90. 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 močových ciest súvisiace s dlhodobým užívaním ketamínu. Riziká súvisiace s užívaním GHB predstavuje strata vedomia a závislosť, dokonca boli zdokumentované abstinenčné príznaky. V tých krajinách, kde sa GHB a ketamín užívajú, ostáva prevalence u dospelých i školskej populácie nízka. V Spojenom kráľovstve uviedlo užitie ketamínu v minulom roku 1,8 % osôb vo veku 16 – 24 rokov. Po zvýšení z úrovne 0,8 % v roku 2006 sa v rokoch 2008 – 2012 udržala stabilná úroveň. Vyššiu úroveň celoživotnej prevalence zaznamenali prieskumy zamerané na nočné podniky, napríklad prieskum medzi návštevníkmi dánskych nočných klubov uvádza, že ketamín vyskúšalo 10 % osôb. 40 % respondentov internetového prieskumu v Spojenom kráľovstve, ktorí boli označení ako pravidelní návštevníci klubov, uviedlo, že v minulom roku užilo ketamín a 2 %, že v minulom roku užili GHB.

Opioidy: viac ako 1,4 milióna problémových užívateľov

Užívanie opioidov má naďalej veľký podiel na morbidite a mortalite vyplývajúcej z užívania drog v Európe. Hlavným opioidom užívaným v Európe je heroín, ktorý sa môže fajčiť, šnupať alebo užívať injekčne. Na trhu s nezákonnými drogami sú k dispozícii ďalšie opioidy, napríklad buprenorfín, metadón a fentanyl. Väčšina užívateľov opioidov užíva viaceré drogy a údaje o prevalencii sú vyššie v mestských oblastiach a marginalizovaných skupinách. Užívatelia opioidov vstupujúci do liečby vo všeobecnosti uvádzajú okrem zdravotných problémov vyššiu úroveň bezdomovectva a nezamestnanosti a nižšiu úroveň vzdelania v porovnaní s užívateľmi iných drog.

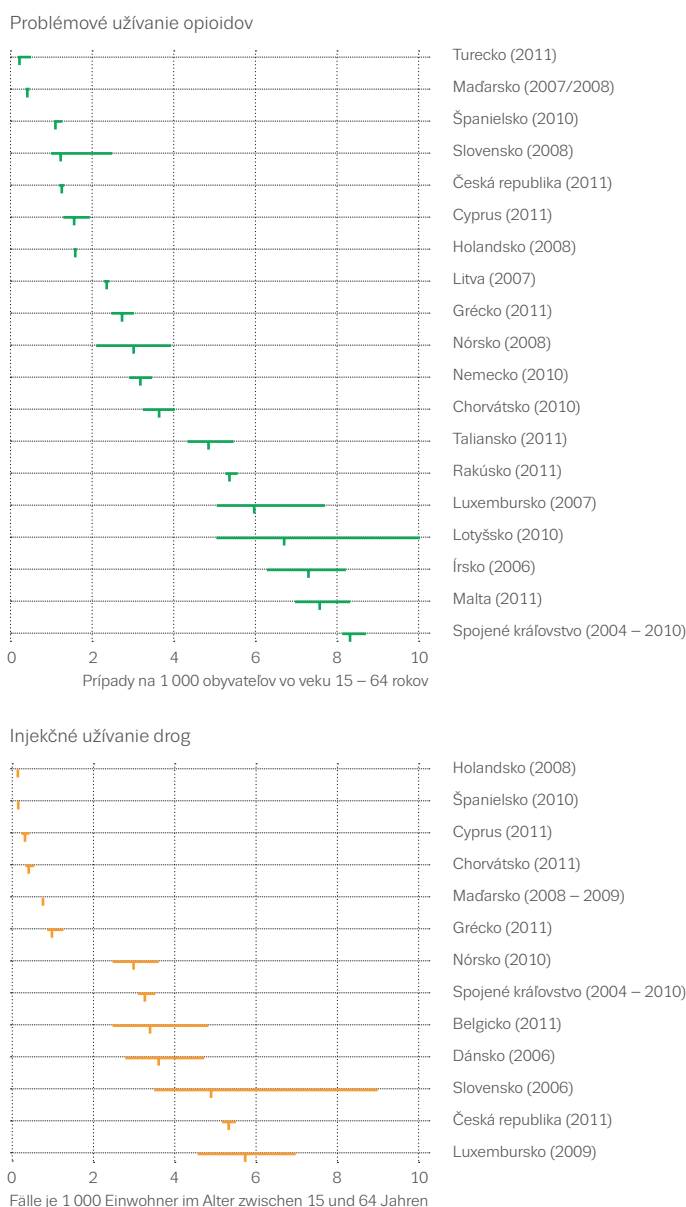
Európa zažila rôzne vlny heroínovej závislosti, pričom prvá ovplyvnila od polovice 70. rokov viacero západoeurópskych

krajin a druhá koncom 90. rokov strednú a východnú Európu. Aj keď sa v uplynulom desaťročí trendy celkovo líšili, zdá sa, že počet nových užívateľov heroínu klesá.

Priemerná prevalence problémového užívania opioidov medzi dospelými osobami (vo veku 15 – 64 rokov) sa odhaduje na 0,41 %, čo zodpovedá 1,4 miliónu problémových opioidových užívateľov v Európe v roku 2011. Odhady prevalence problémového užívania opioidov zahŕňajú rozpätie od menej ako jedného prípadu po približne osem prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obr. 2.7).

OBRÁZOK 2.7

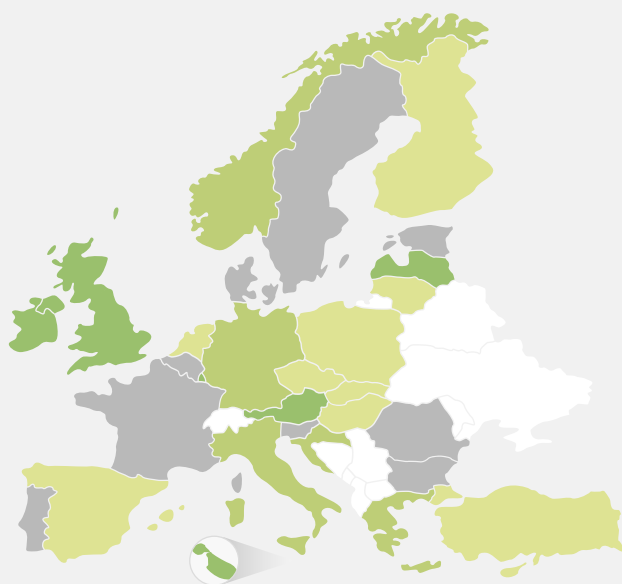
Národné odhady prevalence problémového užívania opioidov a injekčného užívania drog



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

OBRÁZOK 2.8

Odhady problémového užívania opioidov v Európe



Miera na 1 000 obyvateľov 0,0–2,5 2,51–5,0 >5,0 Nie sú k dispozícii žiadne údaje
Poznámka: Údaje pre Poľsko a Fínsko z roku 2005.

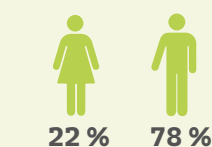
Heroín: pokles nových klientov vstupujúcich do liečby

Užívatelia opioidov (predovšetkým heroínu) predstavujú 48 % všetkých klientov, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v roku 2011 v Európe (197 000 klientov) a približne 30 % osôb, ktoré prvýkrát vstúpili do liečby. Pokiaľ ide o trendy, celkový počet nových klientov závislých od heroínu v Európe klesá z vrcholu 59 000 v roku 2007 na 41 000 v roku 2011, pričom pokles je najzreteľnejší v západoeurópskych krajinách. Celkovo sa zdá, že počet nových užívateľov heroínu sa pravdepodobne znižuje, čo sa prejavuje v dopyte po liečbe.

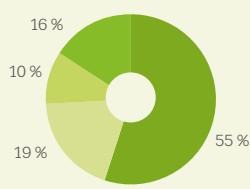
Zdá sa, že počet nových užívateľov heroínu klesá

LIEČENÍ UŽÍVATELIA HEROÍNU

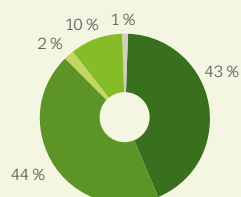
Základné údaje



Priemerný vek pri prvom užití **22**
Priemerný vek pri vstupe do liečby **35**

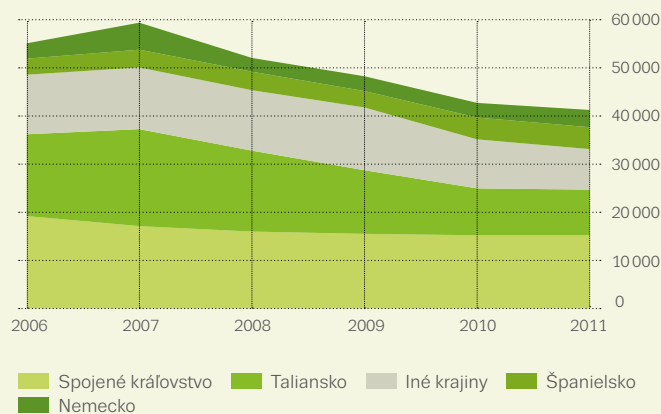


Frekvencia užívania
Denne
Dvakrát až šesťkrát za týždeň
Jedenkrát za týždeň alebo menej
Žiadne užitie minulý mesiac/príležitostne



Hlavný spôsob užívania
Injekčne
Fajčenie
Jedenie/pitie
Šnupanie
Iné

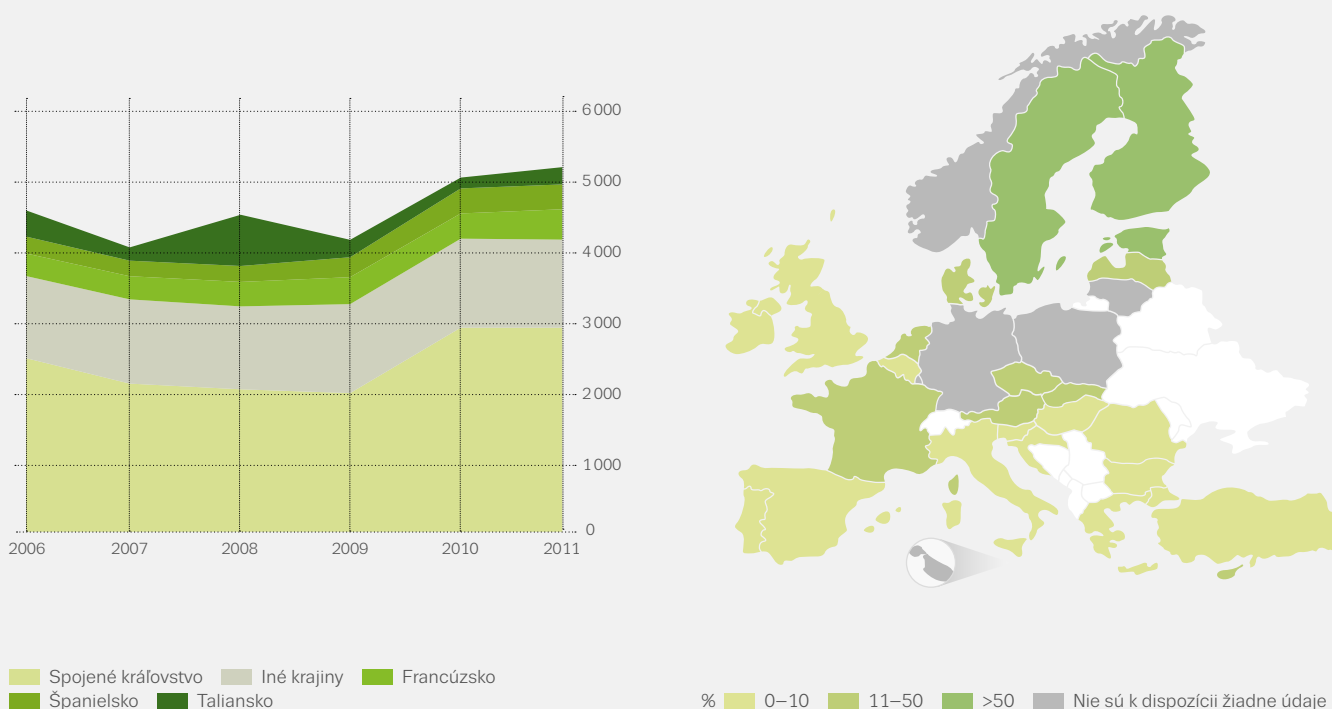
Trendy u osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby



Poznámka: Základné údaje sa týkajú všetkých osôb, ktoré vstúpia do liečby, pričom primárnou drogou je heroín. Trendy sa týkajú osôb, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby, pričom primárnou drogou je heroín. Zahrnuté krajiny sa líšia podľa ukazovateľa.

OBRÁZOK 2.9

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



Iné opioidy ako heroín: problém v niektorých krajinách

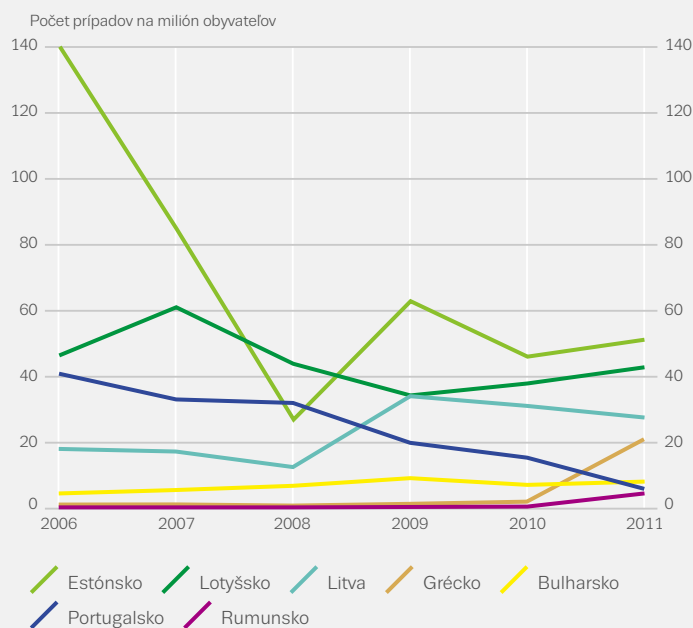
V roku 2011 oznámilo jedenásť európskych krajín, že minimálne 10 % osôb, ktoré prvýkrát nastupujú na špecializovanú protidrogovú liečbu závislosti od opioidov, užívalo iné opioidy ako heroín vrátane fentanylu, metadónu a buprenorfinu (obr. 2.9). V niektorých krajinách tieto drogy predstavujú najbežnejšiu formu užívaných opioidov: v Estónsku užívala väčšina osôb vstupujúcich do liečby závislosti od opioidov fentanyl, zatiaľ čo vo Fínsku väčšina opioidových klientov uvádza, že primárne užívali buprenorfin.

Injekčné užívanie drog: dlhodobý pokles

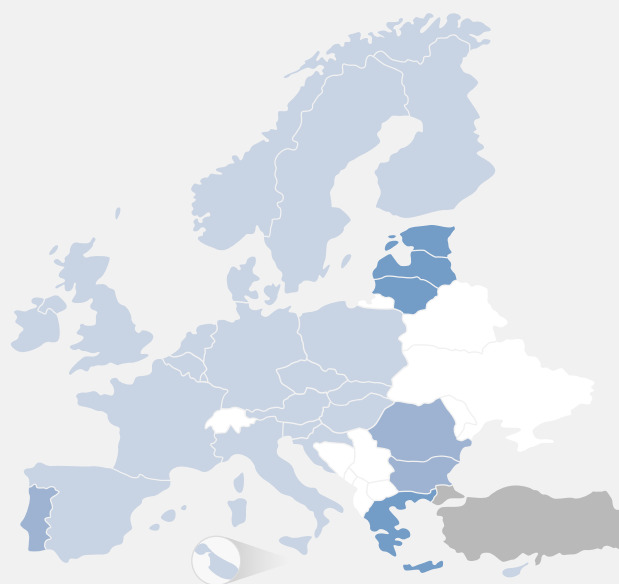
Injekční užívatelia drog patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú napríklad infekcie prenášané krvou alebo predávkovanie. Injekčné užívanie sa všeobecne spája s užívaním opioidov, aj keď v niektorých krajinách predstavuje veľký problém injekčné užívanie amfetamínov. Najnovšie odhady prevalencie injekčného užívania drog vypracovalo trinásť 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 24 % klientov užívajúcich amfetamíny. Miera injekčného užívania medzi užívateľmi opioidov sa v jednotlivých krajinách líši: menej ako 9 % v Holandsku a viac ako 93 % v Lotyšsku. V období rokov 2006 – 2011 bol zaznamenaný celkový pokles podielu injekčných užívateľov drog medzi klientmi závislými od heroínu, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby, najnovšie údaje však ukazujú mierny nárast.

OBRÁZOK 2.10

Nové diagnózy infekcie vírusom HIV súvisiace s injekčným užívaním drog: vybrané trendy (vľavo) a najnovšie údaje (vpravo)



Poznámka: Nové diagnózy infekcie vírusom HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v krajinách, ktoré uvádzajú najvyššie počty prípadov v roku 2011 (zdroj: ECDC)



Dlhodobý pokles šírenia infekcie vírusom HIV ohrozuje epidémie

Injekčné užívanie drog je stále významným mechanizmom prenosu infekčných chorôb vrátane HIV/AIDS a hepatitídy typu C. 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. 2.10). Priemerný počet nových diagnóz HIV pripísaných injekčnému užívaniu drog v roku 2011 bol 3,03 na milión obyvateľov. Hoci sa údaje podrobujú revízií, v roku 2011 bolo oznámených 1 507 nových prípadov (o niečo viac ako v roku 2010), čo narušuje celkový klesajúci trend od roku 2004.

Európske číselné údaje zakrývajú dôležité rozdiely v úrovni a trendoch nových diagnóz HIV v jednotlivých krajinách. V roku 2011 pripadlo 353 nových diagnóz na Grécko a Rumunsko, čo predstavuje 23 % celkového počtu, zatiaľ čo v roku 2010 predstavovali diagnózy HIV v uvedených krajinách len o niečo viac ako 2 % (31/1 469). Mierne zvýšenie počtu nových diagnóz infekcie vírusom HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v roku 2011 oznámili Bulharsko, Estónsko a Lotyšsko, na druhej strane pokračuje znižovanie počtu nových prípadov v Írsku, Španielsku a Portugalsku v súlade s klesajúcim trendom badateľným od roku 2004.

Injekční užívatelia drog patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog

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 2010 – 2011 sa líšia v rozpätí približne od 18 % do 80 %, pričom osem z 12 krajín s národnými údajmi uvádza mieru prevalence vyššiu ako 40 % (obr. 2.11). Prevalencia na tejto úrovni alebo nad ňou môže naznačovať, že existuje možnosť vypuknutia nových epidémií prenosu vírusu HIV súvisiaceho s injekčným užívaním drog. Z krajín, ktoré poskytli národné údaje o trendoch za obdobie rokov 2006 – 2011, oznámili klesajúcu prevalenciu HCV u injekčných užívateľov drog tri krajiny (Taliansko, Portugalsko a Nórsko), dve ďalšie zaznamenali zvýšenie (Grécko, Cyprus).

V 18 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje za obdobie rokov 2010 – 2011, predstavuje injekčné užívanie drog priemerne 58 % všetkých diagnóz HCV a 41 %

oznámených akútnych diagnóz (pri ktorých je známa riziková kategória). V prípade hepatitídy typu B tvoria injekční užívatelia drog 7 % všetkých oznámených diagnóz a 15 % 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 pravdepodobne kontaminovaných heroínom. Napríklad v období od júna 2012 do začiatku marca 2013 bolo oznámených 15 prípadov antraxovej infekcie súvisiacej s užívaním drog, pričom sedem z nich skončilo úmrtím. To môže súvisieť s predchádzajúcimi epidémiami antraxu z roku 2009/2010.

Úmrtia súvisiace s drogami: nielen predávkovanie

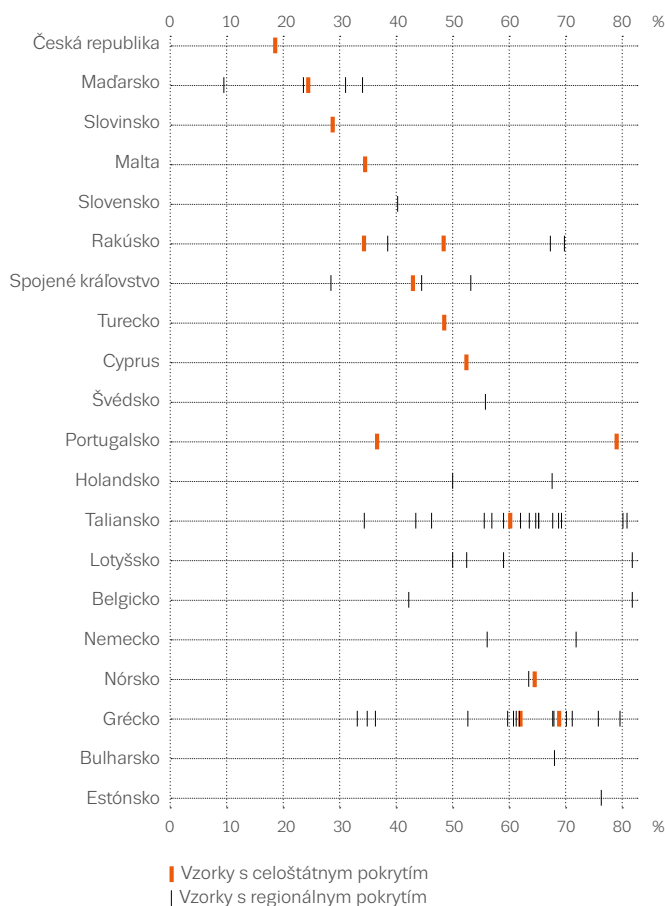
Užívanie drog predstavuje jednu z hlavných príčin úmrtnosti mladých ľudí v Európe, a to buď priamo na následky predávkovania (úmrtia spôsobené drogami), alebo nepriamo na následky chorôb a nehôd súvisiacich s drogami, následky násilia a z dôvodu samovraždy. Väčšina kohortových štúdií týkajúcich sa problémových užívateľov drog ukazuje mieru úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % ročne, čo predstavuje desaťnásobné až dvadsaťnásobné vyššiu úmrtnosť oproti predpokladom. Nedávna analýza centra EMCDDA odhadla, že v Európe každoročne zomrie 10 000 – 20 000 užívateľov opioidov. Väčšina týchto úmrtí sa týka mužov vo veku okolo tridsať rokov, aj keď vek, miera úmrtnosti a príčiny smrti sa líšia podľa jednotlivých krajín a času.

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 užívateľov drog má aj choroba pečene, predovšetkým z dôvodu infekcie HCV, často zhoršenej nadmerným užívaním alkoholu, aj keď európske číselné údaje nie sú k dispozícii. Zvýšenie mortality medzi užívateľmi drog ovplyvnili aj samovraždy, úrazy a vraždy, hoci aj v tomto prípade chýbajú spoľahlivé odhady.

Hlavnou príčinou úmrtí problémových užívateľov drog v Európe je predávkovanie drogami. Vo väčšine oznámených prípadov ide o opioidy, najmä heroín a jeho metabolity, často v kombinácii s inými látkami, napríklad alkoholom alebo benzodiazepínmi. Iné opioidy ako heroín uvádzané v toxikologických správach zahŕňajú metadón, buprenorfín a fentanyl.

OBRÁZOK 2.11

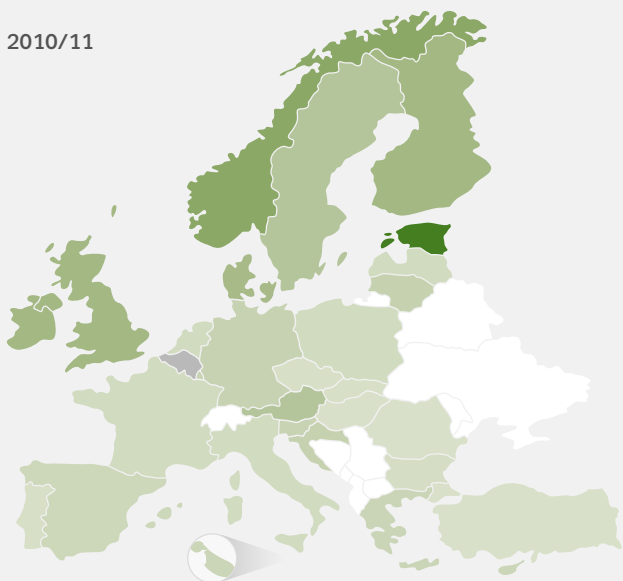
Prevalencia protilátok HCV medzi injekčnými užívateľmi drog 2010/2011



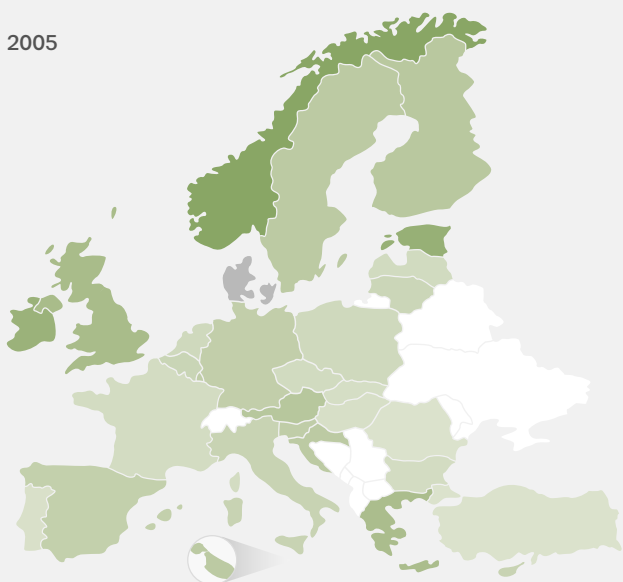
OBRÁZOK 2.12

Miera mortality spôsobenej drogami medzi mladými dospelými osobami (vo veku 15 – 64 rokov)

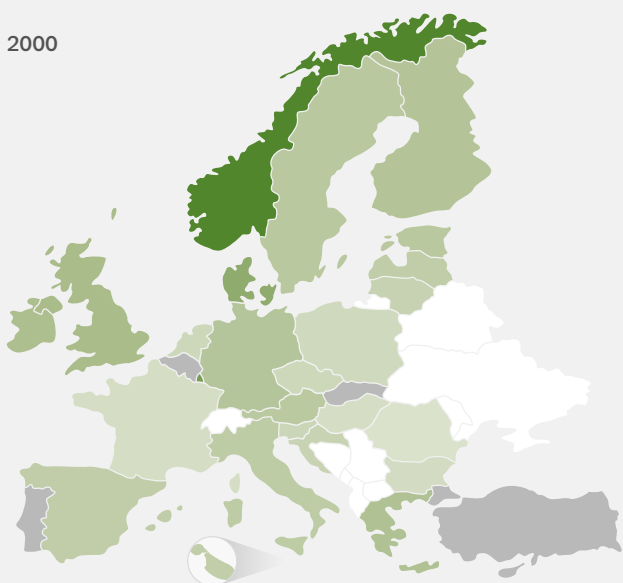
2010/11



2005



2000



1 17 51 85 119 136
Počet prípadov na milión
obyvateľov

Nie sú k dispozícii žiadne údaje.

Približne 90 % úmrtí v Európe zapríčinených predávkovaním sa vyskytuje v skupine osôb starších ako 25 rokov, pričom sa zvyšuje priemerný vek osôb, ktoré zomrú na následky predávkovania, čo naznačuje starnutie skupiny problémových užívateľov opioidov. Väčšina úmrtí na dôsledky predávkovania (80 %) sa týka mužov.

Priemerná miera mortality zapríčinennej predávkovaním sa v Európe v roku 2011 odhaduje na 18 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Mieru väčšiu ako 40 úmrtí na milión obyvateľov oznámilo šesť krajín, pričom najväčšiu mieru uviedlo Nórsko (73 na milión obyvateľov) a Estónsko (136 na milión obyvateľov) (obr. 2.12).

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 2011 oznámených približne 6 500 úmrtí na následky predávkovania, čo je pokles proti 7 000 prípadov z roku 2010 a 7 700 prípadov z roku 2009. Situácia sa líši podľa jednotlivých krajín, pričom niektoré stále oznamujú zvyšovanie.

**Spolu bolo v roku 2011
oznámených približne
6 500 úmrtí na následky
predávkovania, čo je pokles
proti 7 000 prípadov z roku
2010 a 7 700 prípadov z roku
2009**

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2012

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

Fentanyl in Europe, Štúdia 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 EMCDDA.

Publikácie EMCDDA a ESPAD

2012

Zhrnutie – Správa ESPAD za rok 2011.

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

**Reakcie na drogy možno orientačne
rozdeliť na činnosti zamerané na zníženie
dopytu po drogách a činnosti na zníženie
ponuky drog**

Reakcie na drogy

Reakcie na drogy možno orientačne rozdeliť na činnosti zamerané na zníženie dopytu po drogách a činnosti na zníženie ponuky drog. V prvom prípade ide o zdravotné a sociálne intervencie, napríklad prevenciu, znižovanie poškodení, liečbu a sociálnu reintegráciu. Druhá skupina činností zahŕňa presadzovanie protidrogových právnych predpisov, predovšetkým zo strany polície, colnej správy a súdnych orgánov s hlavným cieľom znížiť dostupnosť drog.

Monitorovanie reakcií súvisiacich s drogami

Reakcie na drogy sa v súčasnosti monitorujú tak, že sa kombinujú bežné zdroje údajov, národné hodnotenia a odborné hodnotenia. Údaje týkajúce sa zdravotnej a sociálnej reakcie zahŕňajú odhady poskytovania substitučnej liečby závislosti od opioidov a vydávania injekčných ihl a striekačiek. Informácie o účinnosti intervencií v oblasti verejného zdravia poskytujú prehľady vedeckých dôkazov, napríklad tých, ktoré sú k dispozícii v rámci Cochraneovej spolupráce. Ďalšie informácie o údajoch uvedených v tejto správe a o dôkazovej základni pre reakcie nájdete na webovej lokalite EMCDDA v štatistickej ročenke a portáli s najlepšimi postupmi.

Posun smerom k prevencii na školách založenej na dôkazoch

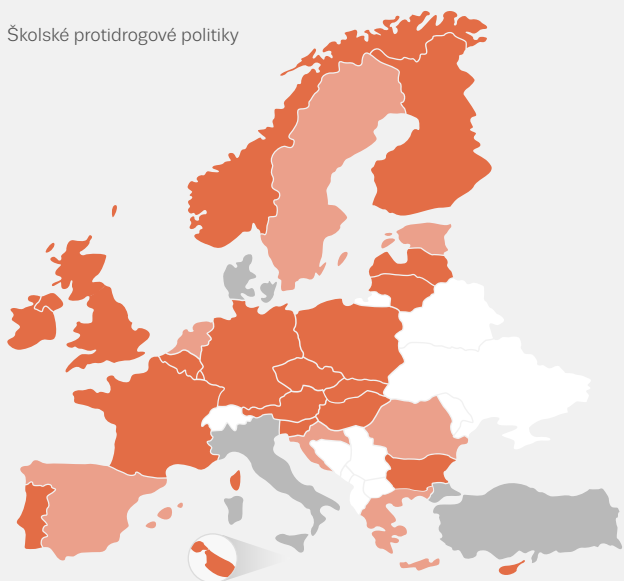
V rámci boja proti užívaniu drog a riešenia problémov, ktoré s nimi súvisia, sa využíva viacero stratégií prevencie. Cílené prístupy a univerzálne prístupy sa zameriavajú na celé populácie, selektívna prevencia je orientovaná na zraniteľné skupiny a indikatívna prevencia sa sústreďuje na jednotlivé osoby ohrozené rizikami. Väčšia časť preventívnych činností v Európe sa uskutočňuje na školách (obr. 3.1), nevynecháva však ani iné prostredia.

Dôkazy naznačujú, že cílené stratégie prevencie, ktoré si kladú za cieľ zmeniť kultúrne, sociálne, hmotné a ekonomické prostredie, môžu byť účinné, pokiaľ ide

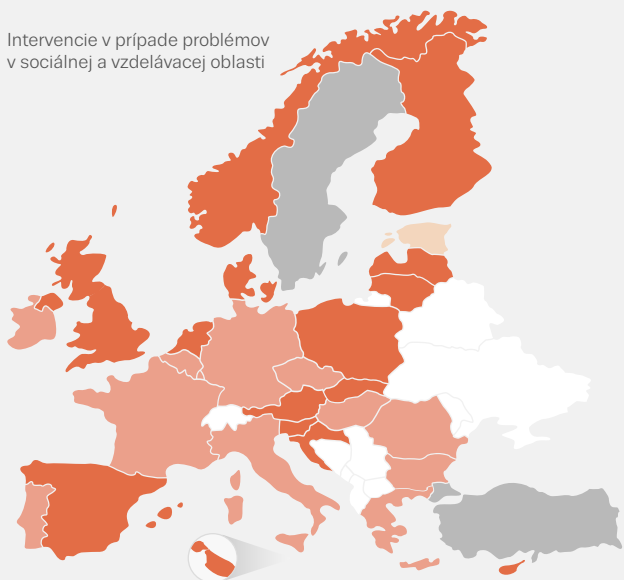
OBRÁZOK 3.1

Dostupnosť špecifických intervencií v oblasti protidrogovej prevencie na školách (hodnotenie odborníkov 2010)

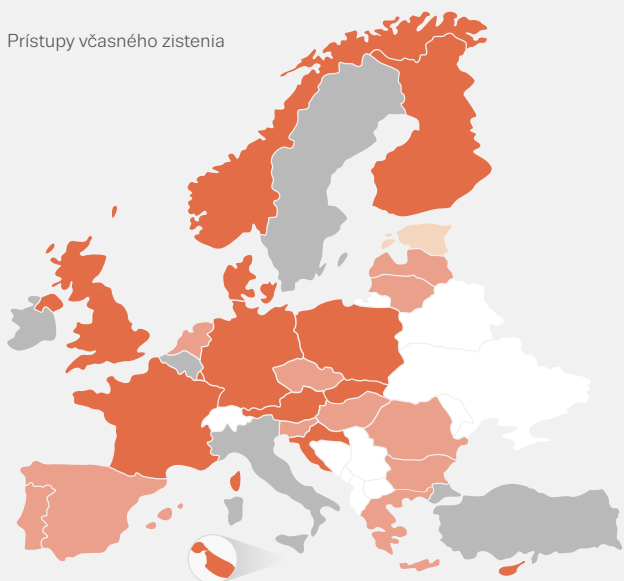
Školské protidrogové politiky



Intervencie v prípade problémov v sociálnej a vzdelávacej oblasti



Prístupy včasného zistenia



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

o zmenu normatívnych presvedčení a následné užívanie látok. V Európe ako celku sa intervencie zamerané na zmenu prostredia stále využívajú zriedkavo. Určitý pokrok sa dosiahol v niektorých oblastiach, napríklad pri podpore ochranného školského prostredia a príprave školských protidrogových politík (napríklad usmernenia pre prípady užívania alebo predaja drog žiakmi). Prejavil sa nepatrný posun smerom k užívaniu pozitívne hodnotených univerzálnych preventívnych prístupov na školách, napríklad tréningu osobných a spoločenských zručností, a upúšťa sa od aktivít, ako je poskytovanie základných informácií, ktoré poskytujú málo dôkazov o svojej účinnosti. Zvýšil sa počet správ o úspešnom prenese pozitívne hodnotených severoamerických a európskych preventívnych programov (napr. Good Behaviour Game, EUDAP (Unplugged), Örebro a Preventure).

Selektívne preventívne intervencie sa zameriavajú na zraniteľné skupiny mladých ľudí, ktorým by mohlo hroziť väčšie riziko vzniku problémov s užívaním drog. Z odborných správ vyplýva celkové zvýšenie dostupnosti intervencií pre niektoré zraniteľné skupiny v Európe, predovšetkým zintenzívnenie činnosti zameranej na žiakov so sociálnymi a vzdelávacími problémami. Školy predstavujú dôležité prostredie pre indikatívne preventívne činnosti vrátane využitia prístupov určených na včasné zistenie žiakov, ktorí majú problémy so správaním a drogami.

Intervencie v prostredí nočných podnikov: potreba integrovaného prístupu

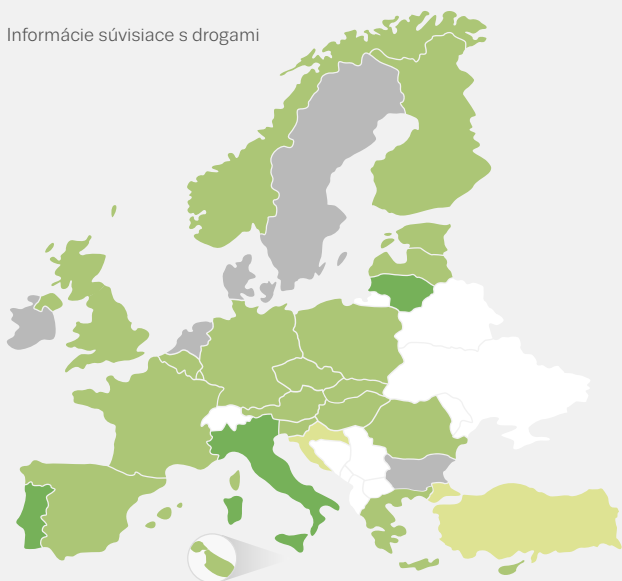
Je známe, že užívanie nezákonných drog, predovšetkým stimulantov, súvisí s prostredím nočných podnikov a že mladí ľudia navštevujúci určité typy podujatí si môžu osvojiť určité spôsoby užívania drog a alkoholu, ktoré znamenajú riziko zdravotných problémov, nehôd alebo zranení. Európska iniciatíva Healthy Nightlife Toolbox poukazuje na to, že je dôležité, aby zábavné podniky prijali komplexný súbor opatrení, ktorými zareagujú na uvedené riziká. Odporúčaný prístup zahŕňa prevenciu, znižovanie poškodení, reguláciu a intervencie na presadzovanie právnych predpisov.

Využívanie stratégií prevencie a znižovania poškodení v zábavných podnikoch uvádza približne tretina krajín. Niektoré z týchto stratégií sa zameriavajú na jednotlivcov a využívajú rozdávanie informačných letákov, vzdelávanie rovesníkmi a mobilné tímy. Ďalšie cieľové stratégie sú zamerané na konkrétne prostredie: napríklad regulácia a zavedenie licencií pre miesta, na ktorých sa predáva alkohol, podpora zodpovedného podávania alkoholu, uplatňovanie stratégií na riadenie davu a zaistenie prístupu

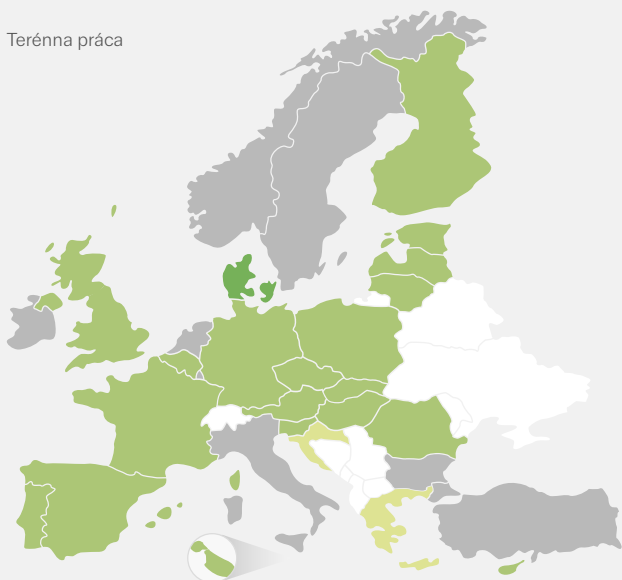
OBRÁZOK 3.2

Dostupnosť špecifických intervencií v nočných podnikoch
(odborné hodnotenia 2011)

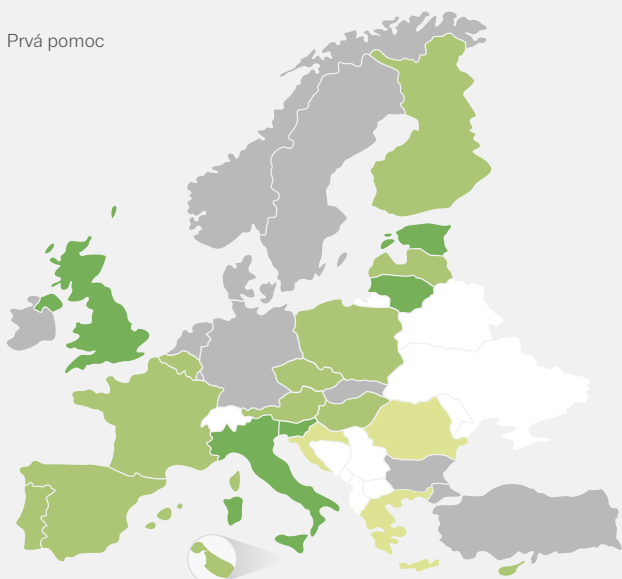
Informácie súvisiace s drogami



Terénna práca



Prvá pomoc



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

k bezplatnej vode a bezpečnej doprave v neskorých nočných hodinách. Takéto opatrenia podporuje iniciatíva club-health.eu a zavedenie označenia „kvalitné noci“ pre bezpečné večierky, ktoré zastrešuje európsky projekt „Party+“. Prehľad dostupnosti troch intervencií v nočných podnikoch – poskytovanie informačných materiálov, terénna práca a prvá pomoc – však ukazuje, že činnosti v tejto oblasti sú vo väčšine krajín stále obmedzené (obr. 3.2).

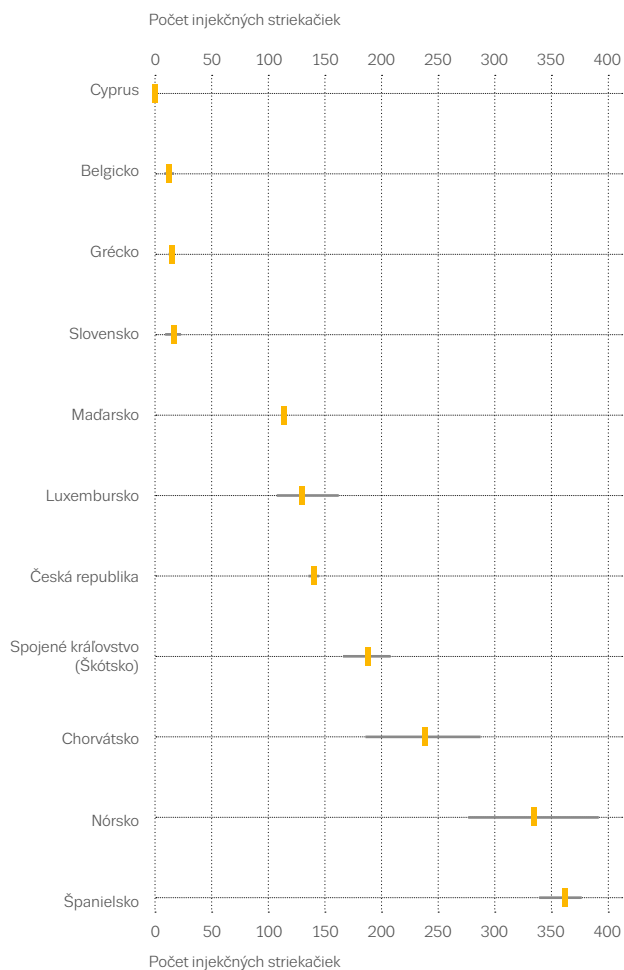
Prevenčia infekčných chorôb: liečba hepatitídy typu C vyžaduje väčšiu pozornosť

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. Niekoľko nedávnych kontrol preukázalo účinnosť substitučnej liečby injekčných užívateľov opioidov v tejto oblasti a zdá sa, že účinnosť sa zvyšuje spojením s programami na vydávanie injekčných ihl a striekačiek.

Počet injekčných striekačiek rozdанных v rámci špecializovaných programov v 23 krajinách, ktoré poskytli národné údaje za oba roky, sa zvýšil z 34,2 milióna v roku 2005 na 46,3 milióna v roku 2011. V 11 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii nedávne odhady počtu injekčných užívateľov drog, sa v roku 2011 v rámci špecializovaných programov rozдалo priemerne 127 striekačiek na každého injekčného užívateľa drog, a to v rozpätí menej než 50 až viac ako 300 striekačiek na užívateľa (obr. 3.3).

OBRÁZOK 3.3

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

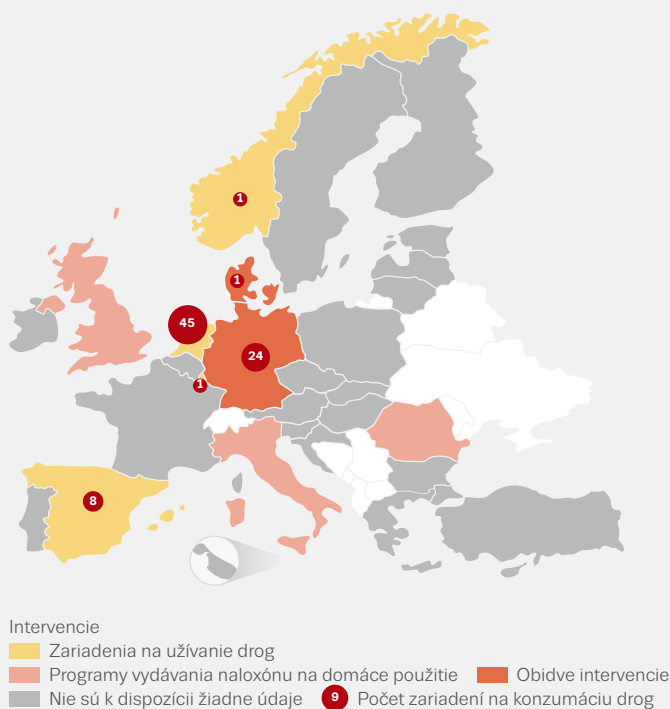


Poznámka: Údaje boli zobrazené ako bodové odhady a intervaly neurčitosti.

Existujú bezpečné a účinné očkovacie látky, ktoré bránia šíreniu vírusu hepatitídy typu B (HBV) a 25 európskych krajín ich zaradilo do svojho národného očkovacieho programu. Šestnásť krajín oznámilo osobitné programy očkovania proti hepatitíde HBV u injekčných užívateľov drog. V prípade hepatitídy typu C, pre ktorú neexistuje očkovacia látka, sa uplatňujú podobné preventívne opatrenia ako pri prenose vírusu HIV. Iniciatívy zamerané na testovanie a poradenstvo poskytované injekčným užívateľom drog o hepatitíde typu C je v niektorých európskych krajinách stále obmedzené a trpí nedostatkom finančných prostriedkov. Z modelových štúdií vyplýva, že prenos vírusu hepatitídy typu C môže obmedziť protívirusová liečba infikovaných užívateľov. Napriek tejto skutočnosti a rastúcemu počtu dôkazov o účinnosti liečby infikovaných užívateľov drog sa v Európe protívirusovej liečbe hepatitídy typu C podrobuje len niekoľko z nich.

OBRÁZOK 3.4

Krajiny s programami na vydávanie naloxónu na domáce použitie a zariadeniami na užívanie drog pod dohľadom v Európe



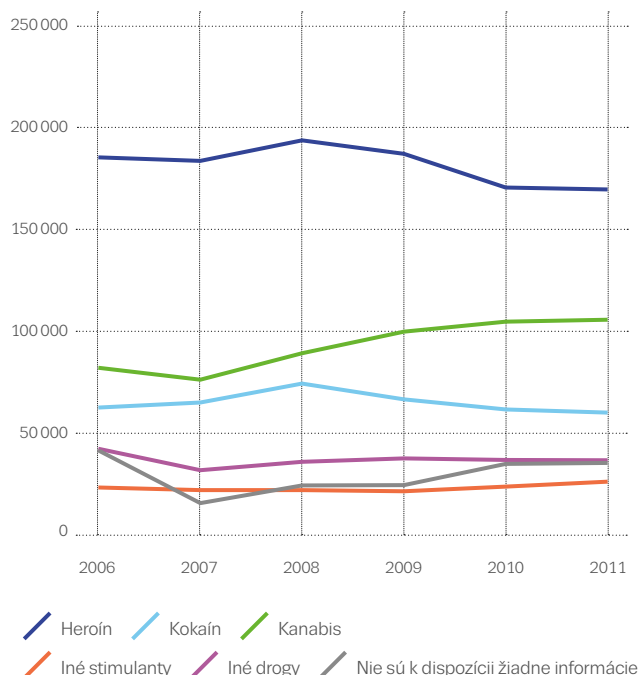
Prevenia úmrtí súvisiacich s drogami: závažný problém z hľadiska verejného zdravia

Veľkú výzvu pre politiky verejného zdravia v Európe naďalej predstavuje zníženie počtu prípadov predávkovania drogami a ďalších úmrtí súvisiacich s drogami. Riziko mortality u užívateľov drog výrazne znižuje protidrogová liečba, predovšetkým substitučná liečba závislosti od opioidov, a zlepšenie prístupu k liečbe a zotrvanie v nej možno vnímať ako dôležité preventívne opatrenie proti predávkovaniu. Je známe, že riziko predávkovania sa zvyšuje u užívateľov opioidov po prepustení z väzenia a ukončení niektorých foriem liečby, pravdepodobne z dôvodu zníženia miery znášanlivosti. Jedným z inovatívnych prístupov k riešeniu týchto rizík je širšie sprístupnenie antagonistu opioidov – lieku naloxón. Päť krajín uviedlo pilotné projekty alebo programy, v rámci ktorých vydávajú užívateľom opioidov, ich príbuzným alebo opatrovníkom dávky naloxónu na domáce použitie (obr. 3.4). Zo štúdie vypracovanej v Spojenom kráľovstve vyplynulo, že stačí minimálne školenie na to, aby si profesionálni zdravotníci vrátane protidrogových pracovníkov rozšírili poznatky, zručnosti a dôveru pri zvládaní problémov predávkovania opioidmi a poskytovania naloxónu.

Väčšina krajín uvádza sprostredkovanie informácií o riziku predávkovania problémovým užívateľom drog. Posúdenie rizika predávkovania vyškolenými protidrogovými alebo

OBRÁZOK 3.5

Počet klientov, ktorí nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu podľa primárnej drogy



zdravotníckymi pracovníkmi môže pomôcť pri včasnom určení vysoko rizikových osôb a zariadenia na užívanie drog pod dohľadom môžu osloviť skupiny marginalizovaných užívateľov drog. Takéto zariadenia existujú v šiestich krajinách a prispievajú k prevencii úmrtí z dôvodu predávkovania a obmedzeniu vplyvu predávkovaní, ktoré neskončia smrťou.

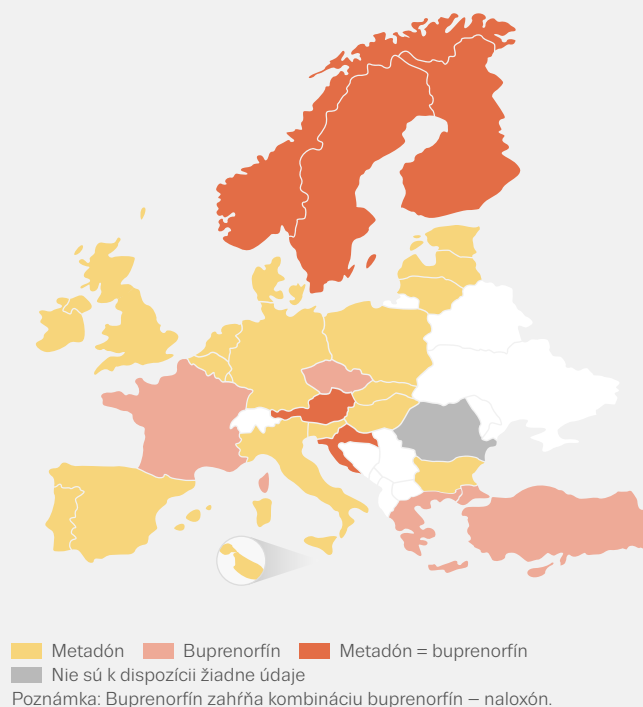
Viac ako milión Európanov na protidrogovej liečbe

Odhaduje sa, že v roku 2011 absolvovalo liečbu závislosti od nezákonných drog minimálne 1,2 milióna Európanov. Najväčšiu časť liečených osôb predstavujú užívatelia opioidov. Podľa údajov o vstupe do liečby (obr. 3.5) sa zdá, že druhou a tretou skupinou sú užívatelia kanabisu a kokaínu, pričom existujú rozdiely medzi jednotlivými krajinami.

Hlavné spôsoby liečby drogovej závislosti v Európe sú psychosociálne intervencie, substitúcia opioidov a detoxikácia, pričom väčšina liečby sa poskytuje v ambulantných zariadeniach, ako sú špecializované centrá, ordinácie praktických lekárov a nízkoprahové zariadenia. Významný, hoci čoraz menší podiel na protidrogovej liečbe majú nemocničné zariadenia.

OBRÁZOK 3.6

Prevažujúci substitučný liek pri substituцnej liečbe závislosti od opioidov podľa počtu klientov



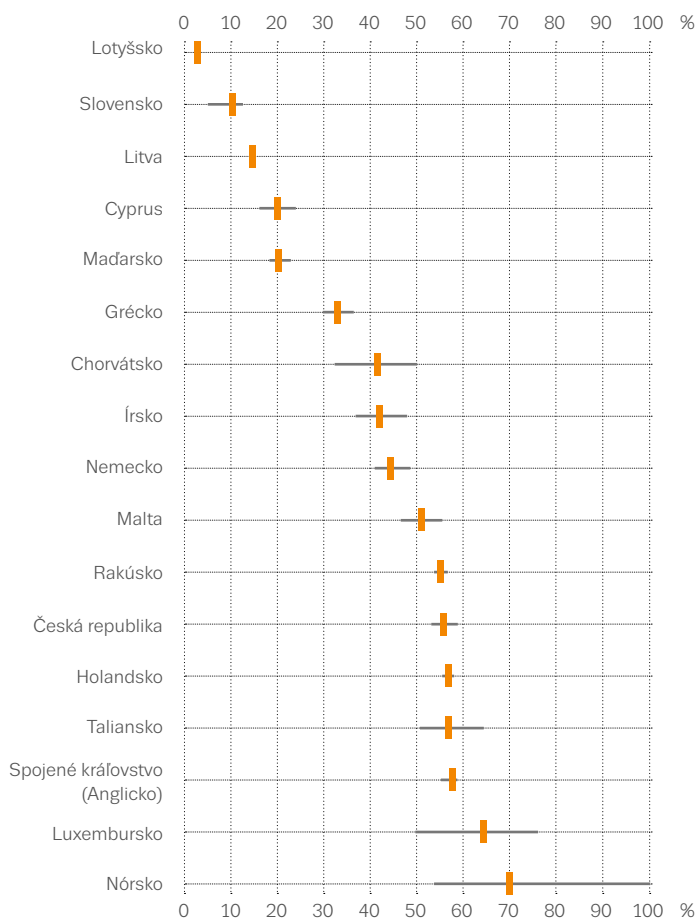
Užívatelia opioidov: prvou voľbou je substitučná liečba

Najbežnejším spôsobom liečby závislosti od opioidov v Európe je substitučná liečba, zvyčajne spojená so psychosociálnou starostlivosťou, ktorú poskytujú špecializované ambulantné strediská alebo praktickí lekári. Najčastejšie predpisovaným liekom je metadon, ktorý užívajú až tri štvrtiny klientov. Väčšine zvyšných klientov sa predpisuje buprenorphin, ktorý je hlavným substitučným liekom v piatich krajinách (obr. 3.6). Menej ako 5 % celej substituцnej liečby v Európe využíva predpisovanie iných látok, napríklad morfinu s pomalým uvoľňovaním alebo diacetylmorfinu (heroín).

Odhaduje sa, že v roku 2011 absolvovalo liečbu závislosti od nezákonných drog minimálne 1,2 milióna Európanov

OBRÁZOK 3.7

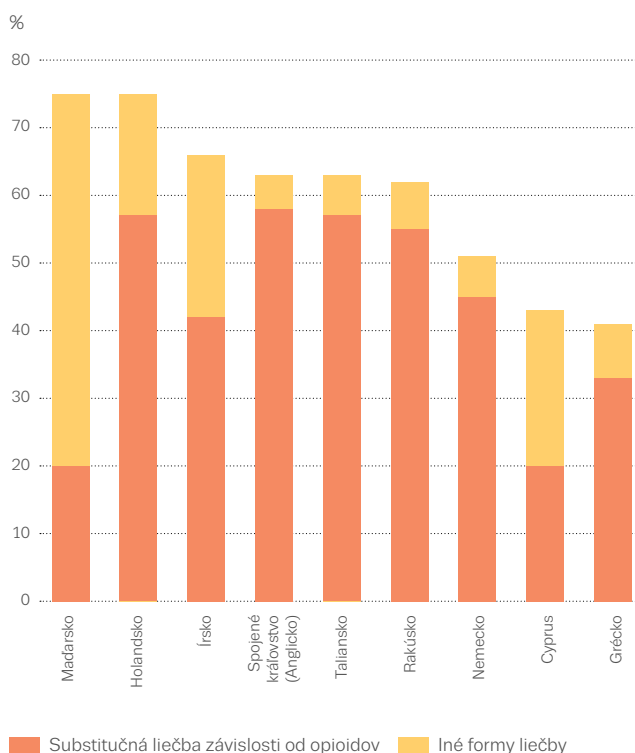
Percentuálny podiel problémových užívateľov opioidov absolvujúcich substitučnú liečbu (odhad)



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

OBRÁZOK 3.8

Percentuálny podiel problémových užívateľov opioidov absolvujúcich protidrogovú liečbu (odhad)



Substitučná liečba závislosti od opioidov Iné formy liečby

najnižšiu odhadovanú mieru (3 – 20 %) uviedli Lotyšsko, Slovensko a Litva (obr. 3.7). Päť krajín oznámilo dlhé čakacie lehoty jeden až šesť mesiacov, čakaciu lehotu dlhšiu ako šesť mesiacov uviedlo Bulharsko a Grécko. Po vypuknutí epidémie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v roku 2010 však Grécko rozšírilo poskytovanie substitučnej liečby a čakacie lehoty sa skrátili.

Dostupné dôkazy podporujú substitučnú liečbu opioidov kombinovanú so psychosociálnymi intervenciami, keďže udržuje pacientov v liečbe a obmedzuje užívanie nezákonných opioidov a poškodenia a mortalitu súvisiace s drogami. Metadón, buprenorfin a diacetylmorfin preukazujú účinnosť pri prerušení cyklu intoxikácie a abstinčných príznakov, čím pomáhajú stabilizovať pacientov a dopĺňajú ďalšie druhy intervencií (napríklad liečbu HIV/AIDS a hepatitídy). Takisto sa ukázalo, že substitučná liečba zlepšuje kvalitu života a podporuje sociálnu reintegráciu.

Celkový počet užívateľov opioidov, ktorí v roku 2011 absolvovali substitučnú liečbu v Európe, sa odhaduje na 730 000, čo je zvýšenie zo 650 000 v roku 2008. Predstavujú približne 50 % problémových užívateľov opioidov v Európe, čo je odhadovaná miera pokrytia porovnateľná s mierou pokrytia uvádzanou v Austrálii a Spojených štátoch amerických. V Európe sa však miera pokrytia výrazne líši medzi jednotlivými štátmi, pričom

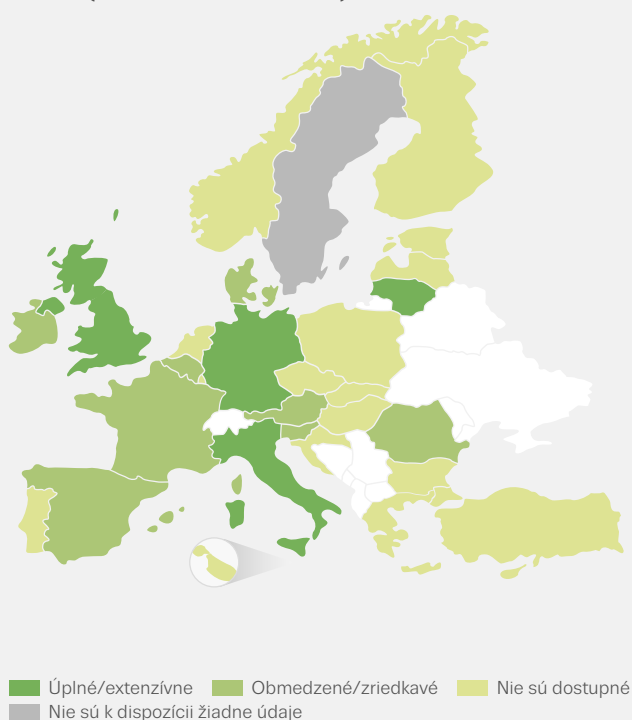
Iná liečba užívateľov opioidov: dostupná vo všetkých krajinách

Liečba bez substitučných liekov je dostupná užívateľom opioidov vo všetkých európskych krajinách. Poskytuje sa v ambulantných a pobytových zariadeniach a zahŕňa psychosociálne intervencie, napríklad kognitívno-behaviorálnu terapiu, liečebné komunity a iné prístupy. Niekedy liečbe predchádza detoxikačný program, ktorý poskytuje farmaceutickú pomoc pri zvládnutí fyzických abstinčných príznakov. Určitú účinnosť u užívateľov opioidov preukazujú kognitívno-behaviorálne intervencie, dôkazy však nie sú dostatočne presvedčivé a neumožňujú určiť, ktorá intervencia je najúčinnnejšia. Neexistujú presvedčivé dôkazy o účinnosti liečebných komunít bez drog.

Liečebné prístupy iné ako substitučná liečba zahŕňajú 5 % až viac ako 50 % všetkých problémových užívateľov opioidov v deviatich krajinách, ktoré poskytli dostatok

OBRÁZOK 3.9

Dostupnosť špecifických liečebných programov pre užívateľov kokaínu (odborné hodnotenia 2011)



údajov (obr. 3.8). Vo všetkých týchto krajinách presahuje miera pokrytia pri všetkých druhoch liečby problémových užívateľov opioidov 40 %.

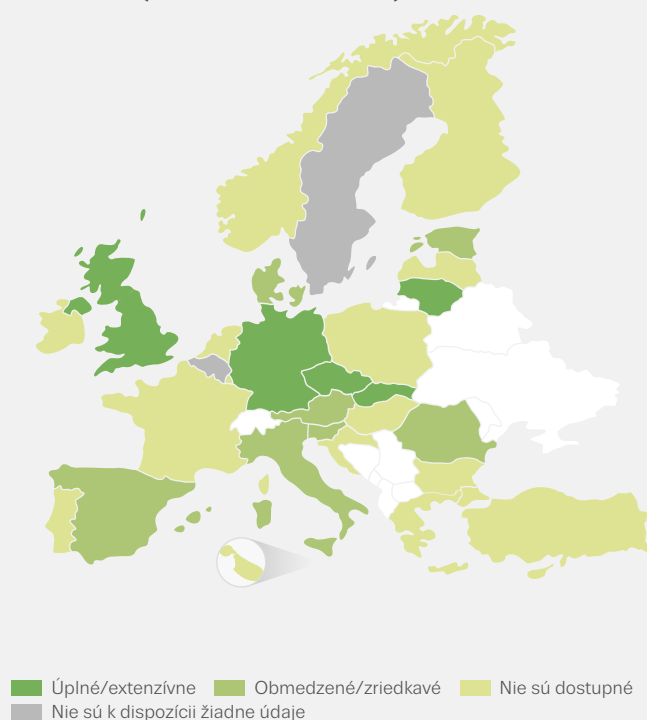
Liečba problémových užívateľov kokaínu: existujú osobitné programy

Hlavnými možnosťami liečby závislosti od kokaínu sú psychosociálne intervencie, pričom sa zdá, že najúčinnější je motivačná terapia. Pokiaľ ide o lieky, pri obmedzovaní užívania kokaínu môžu účinne pôsobiť agonisti dopamínu a antipsychotické drogy.

Osoby, ktoré majú problémy s užívaním kokaínu, sa podrobujú generickej liečbe, pričom špecializované programy pre užívateľov kokaínu alebo krekového kokaínu existujú v 12 krajinách (obr. 3.9) vrátane krajín s najvyššou úrovňou užívania kokaínu. V niektorých krajinách sa takéto programy zameriavajú na sociálne integrovaných užívateľov kokaínu, ktorí sa vzpierajú využívaniu iných služieb. V Dánsku a Rakúsku sa liečba poskytuje užívateľom kokaínu v rámci programu pre užívateľov viacerých drog. Bulharsko, Malta a Holandsko uvádzajú, že vypracovali plány na poskytovanie špecifických liečebných programov v dohľadnej budúcnosti. Osobitné usmernenia na liečbu užívateľov kokaínu pripravilo Dánsko, Nemecko a Spojené kráľovstvo.

OBRÁZOK 3.10

Dostupnosť špecifických liečebných programov pre užívateľov amfetamínov (odborné hodnotenia 2011)



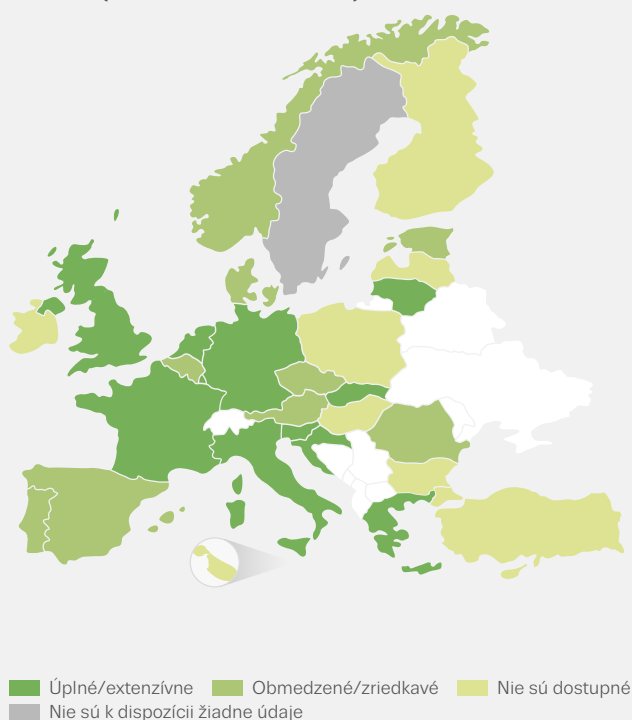
Liečba závislosti od amfetamínov: geografické rozdiely

Medzi hlavné možnosti liečby užívateľov amfetamínov patria psychosociálne intervencie poskytované v rámci ambulantných protidrogových služieb. Zdá sa, že pozitívne výsledky prináša kognitívno-behaviorálna terapia a motivačná terapia, niekedy vo vzájomnej kombinácii. Skúmalo sa niekoľko liekov na liečbu závislosti od amfetamínu a metamfetamínu, farmakologická liečba však zatiaľ nie je podložená žiadnymi presvedčivými dôkazmi.

Možnosti liečby, ktoré sú dostupné pre užívateľov amfetamínov v Európe, sa v jednotlivých krajinách výrazne líšia. Osobitne prispôsobené liečebné programy sú dostupné predovšetkým v krajinách s dlhodobou históriou liečenia užívateľov amfetamínov (obr. 3.10). Bulharsko a Maďarsko uvádzajú, že majú plány na poskytovanie špecifických liečebných programov pre užívateľov amfetamínov v dohľadnej budúcnosti.

OBRÁZOK 3.11

Dostupnosť špecifických liečebných programov pre užívateľov kanabisu (odborné hodnotenia 2011)



Z údajov o klientoch, ktorí nastúpili na protidrogovú liečbu v roku 2011, vyplýva, že väčšina z nich bola nezamestnaná a takmer každý desiaty nemal stabilné ubytovanie

GHB: preskúmané možnosti liečby

Závislosť od kyseliny gama-hydroxymaslovej (GHB) je uznávaným klinickým stavom s potenciálne závažnými abstinenčnými príznakmi pri pravidelnom alebo chronickom užívaní. Doterajší výskum sa zameriaval na opis abstinenčných príznakov a súvisiacich komplikácií, ktoré je možné v naliehavých prípadoch ťažko rozpoznať. Zatiaľ nie sú zostavené štandardné protokoly liečby abstinenčných príznakov závislosti od GHB, aj keď v Holandsku sa uskutočnil výskum kontrolovanej detoxikácie s využitím liekov obsahujúcich GHB.

Liečba závislosti od kanabisu: viaceré prístupy

Liečba užívateľov kanabisu v Európe zahŕňa široký súbor prístupov vrátane liečby prostredníctvom internetu, rýchlych intervencií, viacdimenzionálnej rodinnej terapie, kognitívno-behaviorálnej terapie a iných štruktúrovaných psychosociálnych intervencií v ambulantných alebo nemocničných zariadeniach. Pri odosielaní závislých osôb do liečby majú v niektorých krajinách veľký význam systém trestného práva, úrazové a pohotovostné ambulancie a oddelenia duševného zdravia. V posledných rokoch sa zvýšila dostupnosť štúdií hodnotiacich liečbu závislosti od kanabisu, napríklad nedávne metaanalýzy viacdimenzionálnej rodinnej terapie, ktoré vykazujú kladné výsledky, pokiaľ ide o obmedzenie užívanej látky a zotrvanie v liečbe. Realizuje sa aj výskum farmaceutických výrobkov, ktoré by mohli podporiť psychosociálne intervencie. Ide napríklad o rimonabant (agonista), ktorý dosiahol kladné výsledky pri obmedzovaní akútnych fyziologických problémov súvisiacich s fajčením kanabisu.

Viac ako polovica európskych krajín v roku 2011 uviedla, že majú k dispozícii špecifické programy na liečbu závislosti od kanabisu (obr. 3.11). Zavedenie takýchto programov plánujú Bulharsko, Cyprus, Maďarsko a Poľsko.

Sociálna reintegrácia: chýbajúci prvok?

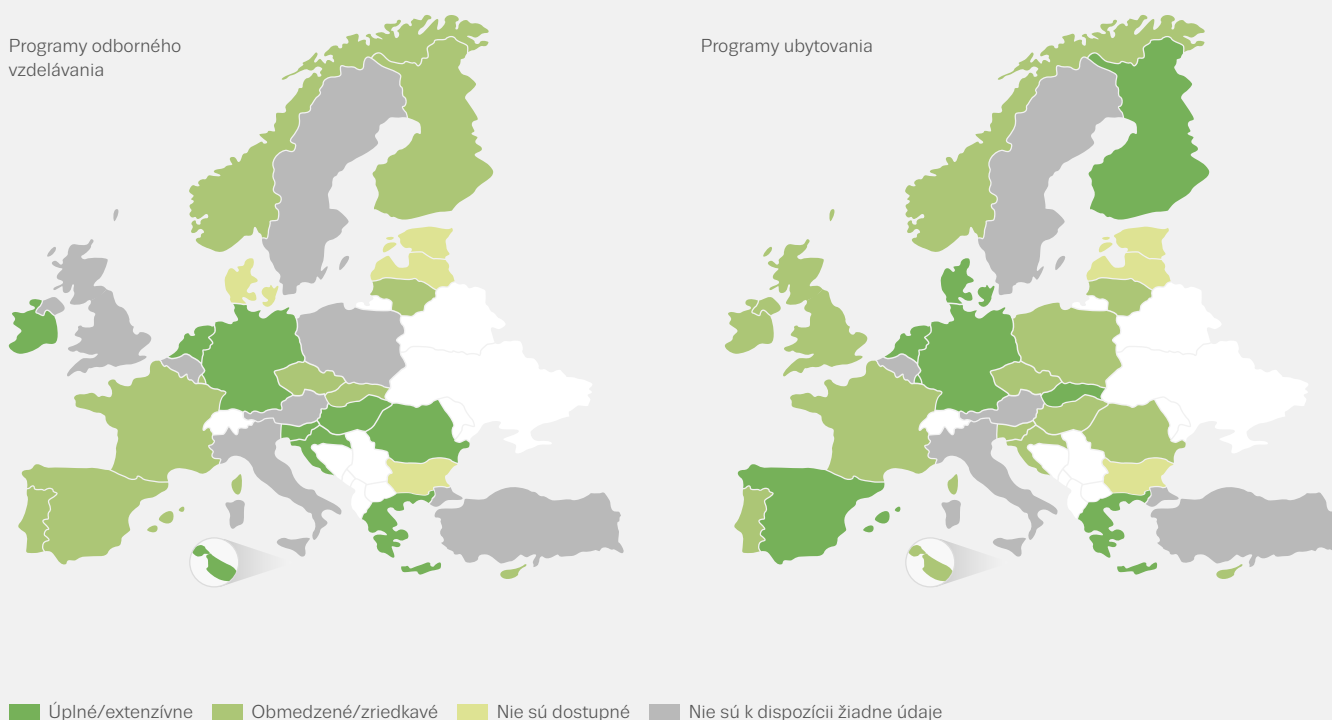
Z údajov o klientoch, ktorí nastúpili na protidrogovú liečbu v roku 2011, vyplýva, že väčšina z nich bola nezamestnaná (47 %) a takmer každý desiaty nemal stabilné ubytovanie (9 %). V tejto skupine je bežná nízka úroveň vzdelania, pričom 36 % má len základné vzdelanie a 2 % nedosiahli ani túto úroveň.

Služby sociálnej reintegrácie, ktoré zahŕňajú zlepšenie spoločenských zručností, podporu vzdelávania a zamestnanosti a poskytnutie ubytovania, sa môžu poskytovať súbežne s liečbou alebo po jej ukončení. Väčšina krajín oznámila existenciu takýchto reintegračných služieb (obr. 3.12), úroveň ich poskytovania je však vzhľadom na potreby nedostatočná. Navyše prístup k službám je často podmienený, napríklad abstinenciou alebo stabilným ubytovaním, čo môže vylučovať tie osoby, ktoré pomoc najviac potrebujú.

Úspešnosť opatrení sociálnej reintegrácie často závisí od efektívnej spolupráce medzi rôznymi druhmi pomocných služieb. Túto tému skúmal nedávny prieskum EMCDDA, v ktorom 17 z 28 krajín uviedlo existenciu nejakej formy partnerských dohôd medzi agentúrami poskytujúcimi protidrogovú liečbu a službami, ktoré ponúkajú pomoc v oblastiach ako ubytovanie či zamestnanie.

OBRÁZOK 3.12

Dostupnosť programov sociálnej reintegrácie pre liečených užívateľov drog (odborné hodnotenia 2010)



Služby pre väzňov: stále nedostatočne rozvinuté

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

Kedže väzni s drogovými problémami majú viacnásobné a zložité zdravotné potreby, ktoré môžu vyžadovať multidisciplinárny a špecializovaný prístup lekárskeho služieb, dôležitou intervenciou pred nástupom do väzenia je posúdenie potrieb. Vo väčšine krajín nadviazali partnerstvá väzenské zdravotnícke služby a poskytovatelia komunitných služieb s cieľom poskytovať zdravotnú osvetu a liečbu vo väzniciach a zabezpečiť kontinuitu starostlivosti pred nástupom do väzenia a po prepustení. Sedem európskych krajín zverilo dozor nad zdravotnou situáciou vo väzniciach ministerstvám zdravotníctva. Poskytovanie zdravotníckych služieb vo väzniciach však zaostáva za úrovňou, ktorá je dostupná širšej komunite, a to bez ohľadu na všeobecnú zásadu rovnocennej starostlivosti.

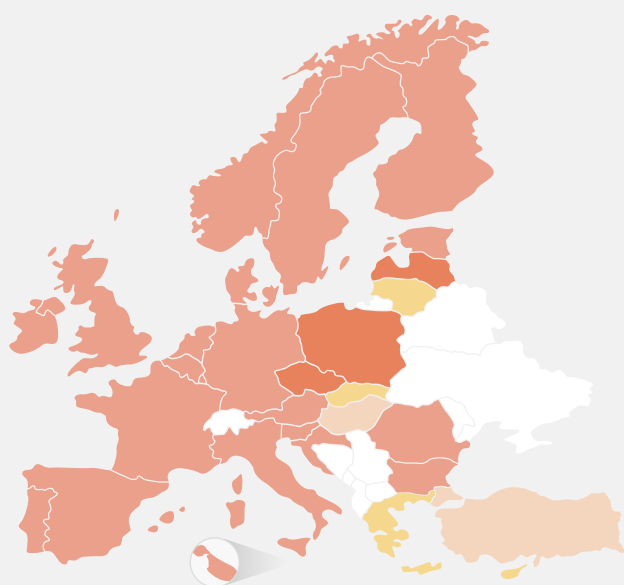
Služby súvisiace s drogami, ktoré poskytujú európske väznice, zahŕňajú rôzne intervencie: poskytovanie informácií, poradenstvo a liečbu, opatrenia na znižovanie

poškodení a prípravu na prepustenie. Vyšetrovanie infekčných chorôb, predovšetkým HIV, sa často uskutočňuje pri nástupe výkonu trestu a v niekoľkých krajinách aj pred prepustením. Existujúce testovacie programy však nie vždy zahŕňajú vyšetrenie na HCV. Čisté pomôcky na injekčnú aplikáciu drog sa vo väzniciach vydávajú zriedkavo: iba štyri krajiny oznámili, že minimálne v jednej väznici sú dostupné injekčné striekačky.



OBRÁZOK 3.13

Dostupnosť substitučnej liečby závislosti od opioidov vo väzniciach



■ Pokračovanie aj začatie liečby
■ Len pokračovanie liečby
■ Neboli uvedené žiadne prípady ■ Nie je dostupné

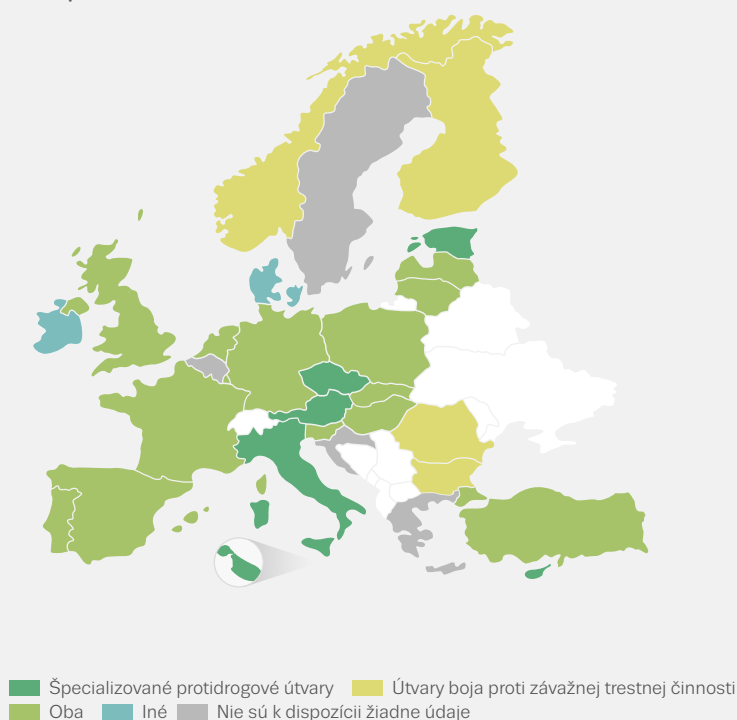
Substitučná liečba závislosti od opioidov existuje vo väzniciach väčšiny krajín, jej zavádzanie je však pomalšie ako vo zvyšku spoločnosti. Nedávne odhady naznačujú, že v minulom roku absolvovalo substitučnú liečbu minimálne 74 000 väzňov, aj keď úroveň poskytovania sa v jednotlivých krajinách výrazne líši. Existujú aj obmedzenia, napríklad niektoré krajiny poskytujú substitučnú liečbu len väzňom, ktorí ju dostávali pred uväznením (obr. 3.13).

Znižovanie ponuky drog: odklon od protidrogových útvarov

Aj keď sa bežne zaznamenávajú intervencie na zníženie dopytu, systematický zber údajov o činnostiach zameraných na zníženie ponuky je zriedkavejší, a to napriek tomu, že sa na tieto činnosti často vynakladá väčšia časť finančných prostriedkov zo štátnych rozpočtov. Kľúčovým prvkom zníženia ponuky je presadzovanie protidrogových právnych predpisov. Centrum EMCDDA nedávno iniciovalo pilotný projekt s cieľom skvalitniť opis a pochopenie organizácie činností v tejto oblasti. Východiskom projektu sa stalo mapovanie formálne ustanovených orgánov presadzovania práva, ktorých prvoradým poslaním je zisťovanie a vyšetrovanie prípadov porušenia protidrogových právnych predpisov. Ide o dva druhy orgánov: špecializované protidrogové útvary a útvary

OBRÁZOK 3.14

Druhy špecializovaných organizácií presadzovania práva v Európe



■ Špecializované protidrogové útvary ■ Útvary boja proti závažnej trestnej činnosti
■ Oba ■ Iné ■ Nie sú k dispozícii žiadne údaje

na boj proti organizovanej trestnej činnosti s osobitným mandátom v oblasti drogovej ponuky.

Minimálne jeden z týchto dvoch orgánov existuje v 26 krajinách, ktoré uviedli spolu viac ako 1 000 útvarov s osobitnými mandátmi na presadzovanie protidrogových právnych predpisov (obr. 3.14). Odhadovaný počet pracovníkov v orgánoch presadzovania protidrogových právnych predpisov, ktorí sa špecializujú na oblasť nezákonných drog, dosiahol v 23 krajinách minimálne 17 000 špecializovaných pracovníkov, väčšinou z radov policajných síl. Hoci uvedené počty nie sú vždy priamo porovnateľné, špecializovaní pracovníci tvoria približne 0,2 – 3,3 % všetkých pracovníkov orgánov presadzovania práva.

Väčšina protidrogových útvarov a útvarov boja proti organizovanej trestnej činnosti s mandátom znižovať ponuku drog je pridružená k policajným silám, len menší počet je pripojený k colným službám. Navyše 11 krajín uviedlo existenciu spolupráce medzi viacerými orgánmi, zvyčajne v podobe spoločných policajných a colných útvarov či orgánov. Niekedy sa do spolupráce zapájajú ďalšie orgány, napríklad pobrežné hliadky alebo oddiely pohraničnej kontroly, z celkového počtu 1 000 uvedených orgánov je ich však len 42.

Existenciu špecializovaných protidrogových útvarov síce uviedlo 21 krajín, údaje však naznačujú, že celkovo je forma špecializovaných útvarov v Európe na ústupe v prospech zriaďovania súbornejších orgánov pre závažnú a organizovanú trestnú činnosť. To do určitej miery odráža vývoj na úrovni EÚ, v rámci ktorého sa ponuka drog čoraz častejšie pokladá za jeden z niekoľkých vzájomne prepojených rozmerov boja proti organizovanej trestnej činnosti. Takto je chápaná v posúdení hrozby závažného a organizovaného zločinu v EÚ, ktoré vypracoval Europol, ako aj v rámci politického cyklu Európskej rady pre organizovanú a závažnú medzinárodnú trestnú činnosť.

**Odhadovaný počet
pracovníkov v orgánoch
presadzovania
protidrogových právnych
predpisov, ktorí sa
špecializujú na oblasť
nezákonných drog, dosiahol
v 23 krajinách minimálne
17 000 špecializovaných
pracovníkov**

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2012

Znižovanie dopytu po drogách: globálne dôkazy pre lokálne opatrenia, Pozornosť upriamená na drogy, č. 23.

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

New heroin-assisted treatment, EMCDDA Prehľady.

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

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

Treatment and care for older drug users, Vybraná téma.

2009

Internet-based drug treatment interventions, EMCDDA Prehľady.

2008

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

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

Politiky kontroly drog v Európe fungujú v celkovom kontexte, ktorý vytvára medzinárodný systém kontroly založený na troch dohovoroch Organizácie Spojených národov

Protidrogové politiky

Národné vlády a parlamenty v Európe zodpovedajú za prijímanie právnych, strategických, organizačných a rozpočtových rámcov potrebných pri riešení problémov súvisiacich s drogami a protidrogové právne predpisy, viacročné stratégie a akčné plány Európskej únie vytvárajú rámec pre koordinovanú činnosť. Všetky uvedené zložky spoločne tvoria protidrogové politiky, ktoré umožňujú krajinám pripravovať a realizovať intervencie zamerané na znižovanie dopytu po drogách a ponuky drog uvedené v tejto správe.

Monitorovanie protidrogových politík

Kľúčové rozmery politík, ktoré je možné monitorovať na európskej úrovni, zahŕňajú: protidrogové právne predpisy a ich porušovanie, 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 centra EMCDDA: národných kontaktných miest a legislatívnych spravodajcov. Údaje a metodické poznámky o porušovaní protidrogových právnych predpisov sa nachádzajú v štatistickej ročenke a súhrnné informácie o európskej protidrogovej politike a právnych predpisoch sú dostupné on-line.

Protidrogové právne predpisy: spoločný rámec

Politiky kontroly drog v Európe fungujú v celkovom kontexte, ktorý vytvára medzinárodný systém kontroly založený na troch dohovoroch Organizácie Spojených národov. Tento systém stanovuje rámec pre reguláciu výroby, predaja a prechovávaní viac ako 240 psychoaktívnych látok, z ktorých väčšina sa využíva v medicíne. Dohovory zaväzujú jednotlivé krajiny, aby postihovali neoprávnenú ponuku ako trestný čin. Rovnaká povinnosť sa týka prechovávaní drog pre vlastnú spotrebu, je však obmedzená „ústavnými zásadami“ konkrétnej krajiny „a základnými koncepciami jej právneho systému“. Interpretácia tejto doložky zo strany európskych krajín nie je jednotná, čo sa odráža v rozmanitosti právnych prístupov v tejto oblasti.

Prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu: odklon od trestov odňatia slobody

Prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu (a v niektorých prípadoch užívanie drog) je vo väčšine európskych krajín trestným činom, za ktorý sa ukladajú tresty odňatia slobody. V niektorých krajinách sa však takéto prechovávanie postihuje inými ako trestnými sankciami, napríklad pokutami alebo pozastavením platnosti vodičského preukazu. Okrem toho je dôležité, o akú drogu ide. Vnútroštátne právne predpisy v dvoch tretinách európskych krajín predpisujú rovnaké postihy za trestný čin prechovávania drog pre vlastnú spotrebu bez ohľadu na to, o akú látku ide. Vo zvyšných krajinách sa prípadný postih líši podľa látky.

Celkovo sa od roku 2000 prejavuje celoeurópska tendencia obmedzovať možnosť uloženia trestu odňatia slobody za prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu. Niektoré krajiny zmenili svoje právne predpisy tak, aby odstránili tresty odňatia slobody (napríklad Portugalsko, Slovinsko, Bulharsko a nedávno Chorvátsko), zatiaľ čo iné vydali vnútroštátne smernice pre políciu a žalobcov, aby namiesto trestov odňatia slobody uprednostňovali sankcie. Veľkú medzinárodnú pozornosť vyvolal prístup Portugalska. Opatrenia zavedené v roku 2001 obmedzili dôraz kladený na trest a orientujú užívateľov drog na sieť „komisií pre odrádzanie od užívania drog“, ktoré spravuje ministerstvo zdravotníctva.

Vo väčšine európskych krajín sa prevažná časť oznámených prípadov porušenia protidrogových právnych predpisov týka užívania drog alebo prechovávania drog pre vlastnú spotrebu. V roku 2011 bolo takýchto prípadov jeden milión, čo znamená nárast o 15 % v porovnaní

s rokom 2006. Viac ako dve tretiny týchto trestných činov sa týkajú kanabisu (obr. 4.1).

Prax pri ukladaní trestov do určitej miery vysvetľuje vykonávanie a skutočné výsledky týkajúce sa trestných činov užívania drog alebo prechovávania drog pre vlastnú spotrebu v Európe. Z údajov zhromaždených centrom EMCDDA v roku 2009 vyplynulo, že v mnohých krajinách sa za prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu ukladajú pokuty, výstrahy alebo tresty verejnoprospešných prác, aj keď v niektorých stredoeurópskych a východoeurópskych krajinách, napríklad v Bulharsku, Poľsku, Rumunsku, na Slovensku a v Chorvátsku, sa častejšie ukladajú tresty odňatia slobody.

Ponuka drog: rozdiely v trestoch

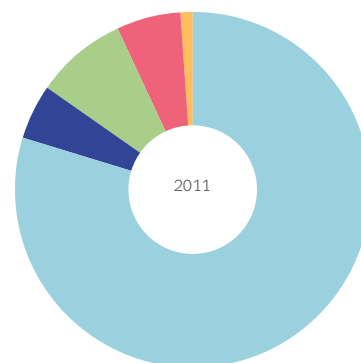
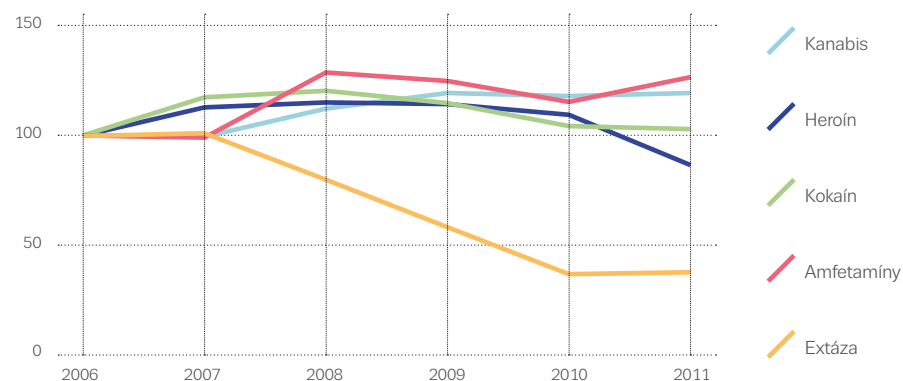
Nezákonná ponuka drog je v Európe vždy trestným činom, existujú však rozdiely, pokiaľ ide o maximálne možné tresty. V niektorých krajinách sa môže trestný čin ponuky drog postihovať jediným trestom so širokým rozpätím (až doživotné odňatie slobody). V iných krajinách sa rozlišuje trestný čin malej a veľkej ponuky drog, a to podľa takých skutočností, ako napríklad množstvo nájdenej drogy, s príslušnými maximálnymi postihmi. V 14 z 30 krajín, na ktoré sa zameriava táto správa, sa postihy líšia podľa príslušnej drogy (obr. 4.2).

Počet oznámených trestných činov ponuky drog sa od roku 2006 zvýšil o jednu štvrtinu a v roku 2011 dosiahol viac ako 225 000 prípadov. Pokiaľ ide o trestné činy prechovávania drog pre vlastnú spotrebu, vo väčšine oznámených trestných činov išlo o kanabis. V prípade kokaínu, heroínu

OBRÁZOK 4.1

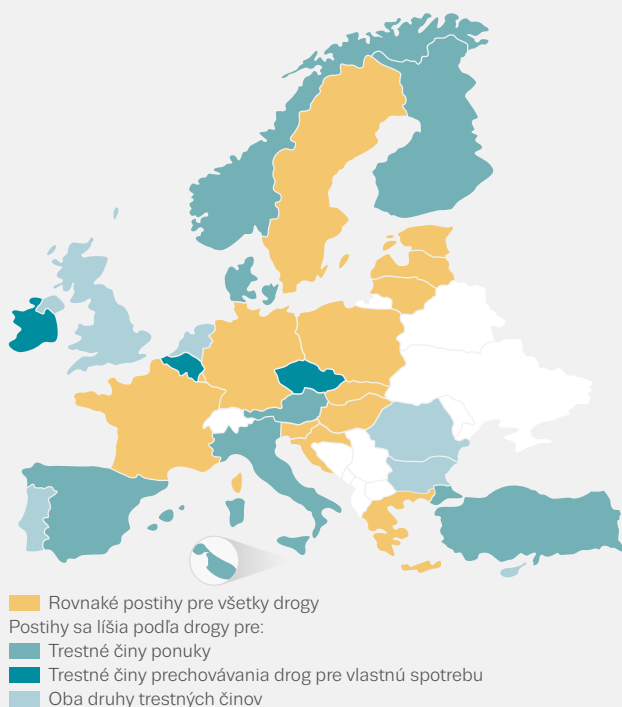
Oznámené trestné činy týkajúce sa užívania drog alebo prechovávania drog pre vlastnú spotrebu v Európe, trendy a rozdelenie podľa jednotlivých drog (hlavné drogy)

Index (2006 = 100)



OBRÁZOK 4.2

Postihy za porušenie protidrogových právnych predpisov: rozdiely podľa jednotlivých drog

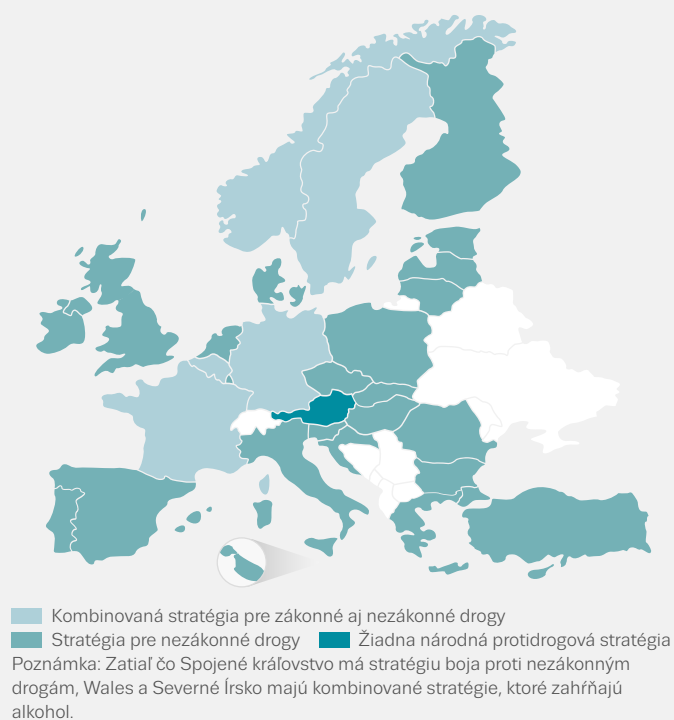


a amfetamínov prevažujú trestné činy ponuky nad trestnými činmi prechovávania drog pre vlastnú spotrebu (obr. 4.3).

Zo štatistiky postihov vo vybratých krajinách od roku 2009 vyplýva, že trest odňatia slobody bol častejšie uložený za trestný čin ponuky než za trestný čin prechovávania drog pre vlastnú spotrebu. Zriedkakedy boli (alebo vôbec neboli) uložené maximálne tresty, priemerné tresty odňatia slobody boli krátke a často pozastavené, čo naznačuje, že len malý počet páchatelov bol považovaný za veľkých

OBRÁZOK 4.4

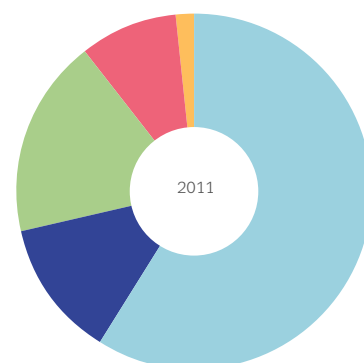
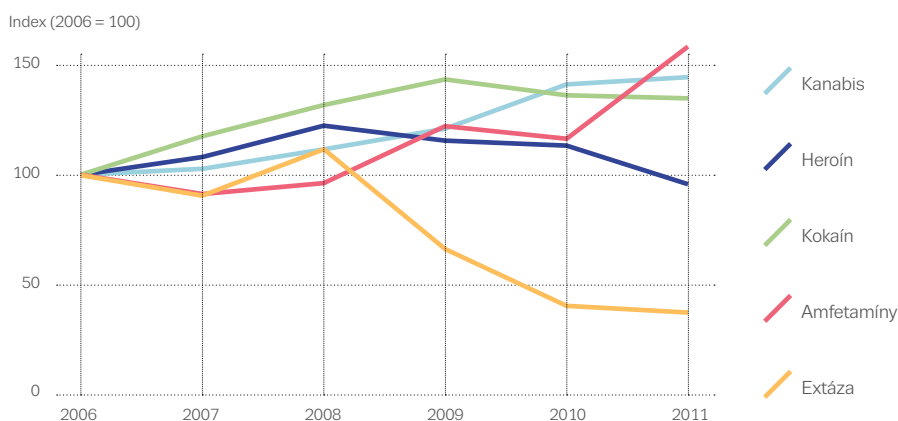
Národné protidrogové stratégie a akčné plány, dostupnosť a rozsah



priekupníkov. Výsledky takisto naznačujú, že priemerné tresty sa líšia podľa druhu drogy, a to dokonca aj v tých krajinách, ktorých právne predpisy pristupujú ku všetkým drogám rovnako.

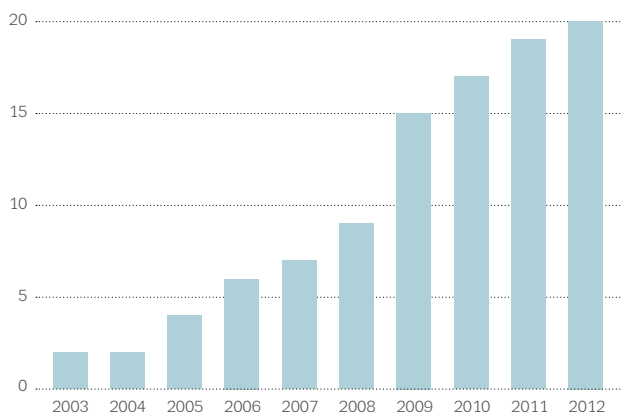
OBRÁZOK 4.3

Oznámené trestné činy týkajúce sa ponuky drog v Európe, trendy a rozdelenie podľa jednotlivých drog (hlavné drogy)



OBRÁZOK 4.5

Kumulatívny počet krajín s hodnotenou národnou protidrogovou stratégiou



Národné protidrogové stratégie: európsky štandard

Od konca 90. rokov sa stalo 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. Päť krajín prijalo národné stratégie a akčné plány, ktoré zahŕňajú zákonné aj nezákonné drogy (obr. 4.4).

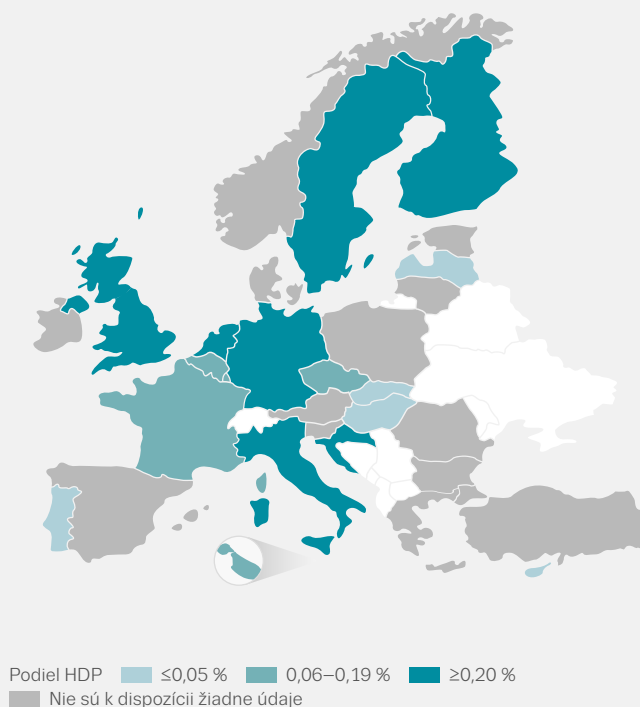
Podpora protidrogových stratégií: mechanizmy koordinácie a hodnotenia

Súbežne s prípravou národných protidrogových stratégií sa v jednotlivých krajinách ustanovili mechanizmy na koordináciu vykonávania protidrogovej politiky. Vo väčšine krajín existujú medziministerské výbory pre drogy na vnútroštátnej úrovni a ich pôsobenie dopĺňa národný protidrogový koordinálny orgán zodpovedný za každodenné riadenie činností. V 14 krajinách je tento orgán pridružený k ministerstvu zdravotníctva, inde je súčasťou úradu vlády alebo premiéra, ministerstva vnútra alebo iných ministerstiev. Dvadsaťdva krajín uviedlo, že bol formálne vymenovaný národný protidrogový koordinátor, ktorý je často vedúcim národného koordináčneho orgánu. Národní koordinátori sa stretávajú na úrovni EÚ.

Vo väčšine krajín existujú protidrogové koordinčné agentúry, protidrogoví koordinátori alebo oba orgány na regionálnej alebo miestnej úrovni. V niektorých krajinách (najmä s federálnym usporiadaním) podporujú spoluprácu medzi národnou a miestnou úrovňou vertikálne koordinčné orgány. V iných krajinách dozerať na

OBRÁZOK 4.6

Najnovšie odhady verejných výdavkov súvisiacich s drogami (% HDP)



koordináciu na regionálnej alebo miestnej úrovni priamo národné orgány.

Európska únia a čoraz väčší počet krajín začali v uplynulých rokoch pripravovať záverečné hodnotenia protidrogových stratégií alebo akčných plánov (obr. 4.5). Cieľom takéhoto hodnotenia je spravidla posúdiť dosiahnutú úroveň realizácie, ako aj zmeny v celkovej drogovej situácii a získať informácie na prípravu ďalšej stratégie. Väčšina hodnotení v celej Európe má internú povahu, pripravujú ich agentúry alebo inštitúcie zodpovedné za príslušný plán, čoraz väčší počet krajín však zadáva spoločné alebo externé hodnotenia. V súčasnosti má väčšina európskych krajín plány na uskutočnenie záverečného hodnotenia aktuálnych protidrogových stratégií.

Vo väčšine krajín existujú medziministerské výbory pre drogy a ich pôsobenie dopĺňa národný protidrogový koordinálny orgán zodpovedný za každodenné riadenie činností

Ekonomické hodnotenie: potreba lepších údajov

Ekonomické hodnotenie, ktoré skúma porovnateľné náklady a prínosy alternatívnych spôsobov činnosti, môže byť dôležitým nástrojom politického hodnotenia. Množstvo a kvalita dostupných informácií o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami v Európe je veľmi obmedzené, čo do veľkej miery bráni analýze nákladovej účinnosti. Zvýšil sa však počet krajín, ktoré sa snažia (minimálne raz za desať rokov) odhadnúť, koľko finančných prostriedkov vláda vynakladá na protidrogovú politiku. Uvedené krajiny uvádzajú odhady výdavkov v rozpätí 0,01 – 0,7 % HDP (obr. 4.6). Porovnanie jednotlivých krajín je však ťažké, keďže rozsah a kvalita odhadov sa veľmi líši. Napriek uvedeným obmedzeniam sa podľa dostupných informácií zdá, že najväčšia časť verejných výdavkov súvisiacich s drogami sa vo väčšine krajín týka činností zameraných na znižovanie ponuky drog.

Podobne ako veľa iných častí sveta aj Európa stále čelí dôsledkom nedávneho hospodárskeho poklesu. Prejavujú sa záporným hospodárskym rastom, zvýšenou mierou nezamestnanosti, predovšetkým medzi mladými ľuďmi, a znižovaním verejných výdavkov. Hospodársky pokles nepriaznivo ovplyvňuje výšku finančných prostriedkov vyčlenených na zdravotníctvo, verejný poriadok a bezpečnostné opatrenia – teda oblasti, z ktorých pochádza najviac verejných výdavkov súvisiacich s drogami. Zdá sa, že súčasný rozsah fiškálnej konsolidácie alebo úsporných opatrení a ich vplyv sa v jednotlivých európskych štátoch zásadne líši. Medzi krajiny s najväčším obmedzením verejných výdavkov patria Lotyšsko, Litva a Estónsko. Viacero európskych krajín uvádza škrty v programoch a službách súvisiacich s drogami.

VIAC INFORMÁCIÍ

Publikácie EMCDDA

2013

Drug policy profiles: Ireland.

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.

2006

European drug policies: extended beyond illicit drugs?, Vybraná téma.

2005

Illicit drug use in the EU: legislative approaches, Tematický dokument.

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 zo štatistickej ročenky EMCDDA za rok 2013 a tvoria jej čiastkový súbor. V štatistickej ročenke 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	–	36,8 (2 176)	18 (403)	19,7 (399)	16,3 (60)	17 701
Bulharsko	–	79,3 (1 877)	93,2 (275)	85,9 (1 300)	84,2 (223)	3 452
Česká republika	1,2–1,3	19,4 (1 791)	9,9 (443)	86,3 (1 528)	83,1 (359)	5 200
Dánsko	–	17,5 (663)	7,1 (102)	33,9 (193)	23 (20)	7 600
Nemecko	2,9–3,4	44,3 (31 450)	19,2 (3 576)	36,2 (13 827)	33,2 (1 491)	76 200
Estónsko	–	91,4 (486)	80,4 (131)	84,5 (410)	84 (110)	1 076
Írsko	6,2–8,1	57,9 (4 930)	39 (1 457)	31 (1 488)	22,9 (327)	8 729
Grécko	2,5–3,0	80,6 (4 693)	73,4 (1 886)	41,3 (1 930)	38,7 (729)	6 783
Španielsko	1,1–1,3	34,3 (18 374)	18,2 (4 881)	15,8 (2 756)	10,2 (481)	82 372
Francúzsko	–	40,7 (14 987)	20,2 (2 042)	17,7 (2 097)	12,3 (226)	145 000
Taliansko	4,3–5,4	55,3 (23 416)	42,4 (9 706)	57,5 (12 566)	50,5 (4 603)	109 987
Cyprus	1,3–2,0	36,7 (365)	10,8 (48)	52,6 (191)	46,8 (22)	188
Lotyšsko	5,0–9,9	52,9 (1 044)	34,1 (126)	93,3 (935)	88,4 (107)	277
Litva	2,3–2,4	–	72,1 (181)	–	98,6 (136)	798
Luxembursko	5,0–7,6	67,4 (151)	–	58,9 (89)	–	1 228
Maďarsko	0,4–0,5	6,8 (325)	2,3 (75)	66,8 (203)	49,3 (34)	639
Malta	6,9–8,2	78,7 (1 434)	45,4 (83)	62,5 (893)	59 (49)	1 107
Holandsko	1,6–1,6	12,8 (1 674)	6 (461)	8,9 (91)	16 (46)	10 085
Rakúsko	5,2–5,5	64,5 (2 426)	41,3 (566)	42,2 (987)	26,8 (146)	16 782
Poľsko	–	48,2 (643)	14,7 (53)	77 (488)	46,2 (24)	2 200
Portugalsko	–	70,1 (2 637)	54,4 (980)	15,4 (147)	13,1 (80)	26 531
Rumunsko	–	35 (648)	29,6 (339)	91,5 (590)	90,2 (305)	742
Slovinsko	–	86,6 (451)	74,9 (155)	56,8 (256)	49,7 (77)	3 557
Slovensko	1,0–2,5	33,7 (691)	22,7 (217)	75,7 (514)	63,1 (137)	500
Fínsko	–	62,2 (898)	43,8 (109)	81,8 (719)	66,7 (72)	2 000
Švédsko	–	24,8 (1 541)	16,5 (255)	55,7 (857)	26,6 (69)	3 115
Spojené kráľovstvo	8,0–8,6	59,3 (68 112)	40 (18 005)	33,2 (22 081)	29,2 (5 156)	177 993
Chorvátsko	3,2–4,0	80,9 (6 198)	29,8 (343)	74,5 (4 530)	53,3 (171)	4 074
Turecko	0,2–0,5	70,3 (1 488)	64,7 (701)	50,9 (746)	48 (333)	8 074
Nórsko	2,1–3,9	37,5 (2 884)	–	73,1 (160)	–	6 640

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	4	12,9 (764)	13,6 (304)	6,0 (37)	1,2 (3)
Bulharsko	1,7	1,5	3	0,8 (20)	1,4 (4)	30 (3)	0 (0)
Česká republika	1,4	1,1	1	0,3 (30)	0,3 (14)	3,4 (1)	0 (0)
Dánsko	4,4	2,5	2	5,1 (193)	5,8 (84)	10,1 (17)	0 (0)
Nemecko	3,3	1,8	3	5,9 (4 212)	6,2 (1 164)	19,8 (3 007)	8,7 (256)
Estónsko	–	1,3	–	–	–	–	–
Írsko	6,8	2,8	3	10 (850)	13,3 (496)	1,3 (11)	0,4 (2)
Grécko	0,7	0,2	1	4,3 (248)	4,2 (109)	19 (47)	10,1 (11)
Španielsko	8,8	3,6	3	41,4 (22 131)	45,3 (12 148)	2,3 (480)	1,4 (167)
Francúzsko	3,66	1,85	4	6,9 (2 544)	5,1 (519)	10,2 (215)	4,4 (21)
Taliansko	4,2	1,3	2	24,3 (10 271)	30,3 (6 938)	5,3 (516)	4,1 (273)
Cyprus	3	2,2	4	10,1 (100)	7 (31)	1 (1)	0 (0)
Lotyšsko	1,5	0,3	4	0,4 (7)	0,3 (1)	0 (0)	0 (0)
Litva	0,5	0,3	2	–	0,8 (2)	–	0 (0)
Luxembursko	–	–	–	18,3 (41)	–	39 (16)	–
Maďarsko	0,9	0,4	2	1,6 (78)	1,6 (52)	2,7 (2)	0 (0)
Malta	0,4	–	4	12,5 (228)	28,4 (52)	24,8 (56)	17,6 (9)
Holandsko	5,2	2,4	2	24,6 (3 220)	20,3 (1 560)	0,3 (6)	0 (0)
Rakúsko	2,2	1,2	–	6 (226)	7,6 (104)	7 (15)	3 (3)
Polsko	1,3	1,3	3	1,3 (17)	2,2 (8)	0 (0)	0 (0)
Portugalsko	1,9	1,2	4	10,5 (397)	14,4 (259)	3,6 (8)	1 (2)
Rumunsko	0,3	0,2	2	1,2 (22)	1,6 (18)	4,8 (1)	5,9 (1)
Slovinsko	–	–	3	3,5 (18)	3,9 (8)	44,4 (8)	25 (2)
Slovensko	0,6	0,4	2	0,8 (17)	1,6 (15)	0 (0)	0 (0)
Fínsko	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	–	–
Švédsko	3,3	1,2	1	1,5 (91)	1,7 (27)	0 (0)	0 (0)
Spojené kráľovstvo	9,6	4,2	3	12,3 (14 077)	16 (7 185)	2,1 (284)	1 (68)
Chorvátsko	2,3	0,9	2	1,6 (126)	2,6 (30)	1,7 (2)	3,6 (1)
Turecko	–	–	–	2,2 (46)	2,3 (25)	2,2 (1)	4 (1)
Nórsko	2,5	0,6	1	1 (78)	–	25 (2)	–

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	9,8 (581)	11,2 (250)	9,1 (50)	5 (12)
Bulharsko	2,1	2,1	6	1,4 (33)	1,7 (5)	0 (0)	0 (0)
Česká republika	2,1	0,8	2	65,2 (6 008)	69,6 (3 122)	77,4 (4 601)	71,9 (2 210)
Dánsko	6,2	2	2	9,5 (358)	10,3 (149)	3,1 (9)	0 (0)
Nemecko	3,7	1,9	4	11 (7 785)	15,2 (2 839)	1,7 (246)	0,7 (31)
Estónsko	–	2,5	3	–	–	61,5 (8)	50 (4)
Írsko	4,5	0,8	2	0,6 (53)	0,9 (33)	6 (3)	6,3 (2)
Grécko	0,1	0,1	2	0,1 (6)	0,1 (2)	0 (0)	0 (0)
Španielsko	3,3	1,4	2	1 (517)	1,2 (320)	0,6 (3)	0,6 (2)
Francúzsko	1,69	0,46	4	0,3 (107)	0,3 (31)	14,9 (13)	0 (0)
Taliansko	1,8	0,1	1	0,1 (38)	0,1 (16)	0 (0)	0 (0)
Cyprus	0,7	0,7	4	0,2 (2)	0,2 (1)	50 (1)	0 (0)
Lotyšsko	2,2	1,9	4	19,3 (380)	28,2 (104)	60,9 (206)	53,9 (48)
Litva	1,6	1,1	3	–	2 (5)	–	60 (3)
Luxembursko	–	–	–	0,4 (1)	–	0 (0)	–
Maďarsko	1,8	1,2	6	11,9 (567)	11 (354)	23,3 (130)	19,2 (67)
Malta	0,4	–	3	0,2 (3)	–	33,3 (1)	–
Holandsko	3,1	–	3	6,2 (818)	6,5 (499)	0,6 (3)	1 (3)
Rakúsko	2,5	0,9	–	2,2 (83)	3,5 (48)	3,7 (3)	2,2 (1)
Poľsko	4,2	1,3	4	21,4 (285)	26,7 (96)	9,4 (25)	8,4 (8)
Portugalsko	0,9	0,4	3	0 (1)	0,1 (1)	–	–
Rumunsko	0,1	0	2	0,6 (12)	0,9 (10)	0 (0)	0 (0)
Slovinsko	–	–	2	0,4 (2)	0,5 (1)	50 (1)	0 (0)
Slovensko	0,5	0,7	2	38,2 (784)	41,9 (400)	32,1 (243)	25,4 (99)
Fínsko	2,3	1,6	1	14,1 (204)	11,6 (29)	78,6 (154)	64,3 (18)
Švédsko	5	1,5	1	27,8 (1 728)	19,4 (301)	68,6 (1 137)	49,7 (149)
Spojené kráľovstvo	11,5	1,4	2	3 (3 486)	3,6 (1 615)	22,1 (714)	16 (241)
Chorvátsko	2,6	–	2	1 (80)	2,2 (25)	0 (0)	0 (0)
Turecko	0,3	–	–	0,9 (18)	0,8 (9)	5,6 (1)	0 (0)
Nórsko	3,8	0,8	1	0 (0)	–	75,1 (205)	–

TABUĽKA 4

EXTÁZA

	Odhady prevalencie			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	0,6 (38)	1 (23)
Bulharsko	1,7	1,6	4,0	0,3 (6)	0,3 (1)
Česká republika	5,8	2,5	3,0	0,1 (6)	0,1 (3)
Dánsko	2,1	0,8	1,0	0,3 (13)	0,5 (7)
Nemecko	2,4	1,0	2,0	0 (0)	0 (0)
Estónsko	–	2,3	3,0	–	–
Írsko	6,9	0,9	2,0	0,6 (51)	0,6 (24)
Grécko	0,4	0,4	2,0	0,2 (9)	0,2 (5)
Španielsko	3,6	1,4	2,0	0,2 (98)	0,2 (66)
Francúzsko	2,4	0,4	3,0	0,3 (118)	0,2 (24)
Taliansko	1,8	0,1	1,0	0,3 (129)	0,5 (107)
Cyprus	2,0	1,0	3,0	0,3 (3)	0,2 (1)
Lotyšsko	2,7	0,8	4,0	0,1 (2)	0 (0)
Litva	2,1	1,9	2,0	–	–
Luxembursko	–	–	–	–	–
Maďarsko	2,4	1,0	4,0	1 (50)	1,2 (38)
Malta	0,7	–	3,0	0,7 (13)	1,6 (3)
Holandsko	6,2	3,1	3,0	0,5 (69)	0,8 (58)
Rakúsko	2,3	1,0	–	0,5 (19)	1,2 (16)
Poľsko	3,4	3,1	2,0	0,1 (1)	0,3 (1)
Portugalsko	1,3	0,9	3,0	0,1 (4)	0,2 (4)
Rumunsko	0,7	0,4	2,0	0,5 (9)	0,6 (7)
Slovinsko	–	–	2,0	0,2 (1)	0,5 (1)
Slovensko	1,9	0,9	4,0	0,1 (2)	0,2 (2)
Fínsko	1,8	1,1	1,0	0,3 (4)	0,8 (2)
Švédsko	2,1	0,2	1,0	0,3 (17)	0,5 (7)
Spojené kráľovstvo	8,6	2,8	3,0	0,2 (229)	0,3 (141)
Chorvátsko	2,5	0,5	2,0	0,3 (23)	0,5 (6)
Turecko	0,1	0,1	–	0 (1)	0,1 (1)
Nórsko	1,0	0,6	1,0	0 (0)	–

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 stupujúce do liečby	Osoby, ktoré prvýkrát vstupujú do liečby
Krajina	%	%	%	% (počet)	% (počet)
Belgicko	14,3	11,2	24	31 (1 832)	48,2 (1 077)
Bulharsko	7,3	6	21	4,3 (101)	3,1 (9)
Česká republika	24,9	16,1	42	13,2 (1 214)	18,7 (839)
Dánsko	32,5	13,5	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)
Nemecko	25,6	11,1	19	33 (23 418)	54,9 (10 236)
Estónsko	–	13,6	24	5,3 (28)	–
Írsko	25,3	10,3	18	22,9 (1 951)	35,7 (1 336)
Grécko	8,9	3,2	8	12,8 (746)	20,2 (518)
Španielsko	27,4	17	32	21 (11 210)	32,3 (8 653)
Francúzsko	32,12	17,54	39	47,8 (17 621)	71,1 (7 193)
Taliansko	21,7	8	13	18,8 (7 957)	25,2 (5 781)
Cyprus	11,6	7,9	7	48,8 (485)	78,1 (346)
Lotyšsko	12,5	7,3	24	11,8 (232)	19,8 (73)
Litva	11,9	9,9	20	–	3,6 (9)
Luxembursko	–	–	–	12,9 (29)	–
Maďarsko	8,5	5,7	19	69,4 (3 321)	77,3 (2 492)
Malta	3,5	1,9	10	6,7 (122)	20,8 (38)
Holandsko	25,7	13,7	26	48,3 (6 334)	58 (4 446)
Rakúsko	14,2	6,6	–	22,5 (848)	41,8 (574)
Poľsko	17,3	17,1	23	23,5 (313)	44,4 (160)
Portugalsko	11,7	6,7	14	13,9 (525)	25,4 (457)
Rumunsko	1,6	0,6	7	8,6 (160)	11,3 (130)
Slovinsko	–	6,9	23	8,4 (44)	18,8 (39)
Slovensko	10,5	7,3	27	19,2 (394)	27,3 (260)
Fínsko	18,3	11,2	11	13,4 (193)	32,9 (82)
Švédsko	21,4	6,1	6	24,9 (1 550)	45,1 (699)
Spojené kráľovstvo	31	12,3	21	20,3 (23 378)	32,4 (14 559)
Chorvátsko	15,6	10,5	18	12,5 (957)	52,7 (607)
Turecko	0,7	0,4	–	17,1 (363)	22,1 (240)
Nórsko	14,6	7	5	20,3 (1 561)	–

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	19,6 (142)	1 (11)	2,5–4,8	938 674
Bulharsko	4,8 (24)	8,4 (63)	–	643 377
Česká republika	3,8 (28)	0,9 (9)	5,1–5,5	5 398 317
Dánsko	49,8 (181)	1,8 (10)	2,8–4,7	–
Nemecko	17,9 (966)	1,1 (90)	–	–
Estónsko	135,7 (123)	51,5 (69)	–	2 130 306
Írsko	51,8 (159)	3,6 (16)	–	1 097 000
Grécko	–	21,7 (245)	0,9–1,3	119 397
Španielsko	12,5 (392)	4,5 (148)	0,2–0,2	2 672 228
Francúzsko	7,9 (331)	1,3 (87)	–	–
Taliansko	9,1 (362)	2,7 (161)	–	–
Cyprus	16,3 (9,66)	0 (0)	0,3–0,5	42
Lotyšsko	7,9 (11)	40,4 (90)	–	3hm i l h
Litva	20,9 (43)	26,5 (86)	–	181 408
Luxembursko	17,1 (6)	0 (0)	4,5–6,9	246 858
Maďarsko	2 (14)	0 (0)	0,8	648 269
Malta	17,3 (5)	0 (0)	–	289 940
Holandsko	9,1 (101)	0,2 (4)	0,2–0,2	–
Rakúsko	35,3 (201)	4,3 (36)	–	4 329 424
Poľsko	8,4 (232)	1,2 (47)	–	175 902
Portugalsko	2,7 (19)	5,8 (62)	–	1 650 951
Rumunsko	1 (15)	5 (108)	–	901 410
Slovinsko	16,9 (24)	0 (0)	–	632 462
Slovensko	3,9 (15)	0,2 (1)	3,5–8,9	15 064
Fínsko	53,3 (189)	1,5 (8)	–	3 539 009
Švédsko	35,5 (217)	1,3 (12)	–	244 493
Spojené kráľovstvo	52,3 (2 153)	2,1 (131)	3,1–3,5	–
Chorvátsko	19,8 (59)	0,7 (3)	0,4–0,6	340 357
Turecko	1,9 (93)	0,1 (5)	–	0
Nórsko	73,1 (238)	2 (10)	2,5–3,6	2 639 000

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	počet
Belgicko	140	2 176	7 999	3 263	112	2 699	64 384	838
Bulharsko	385	41	4	22	233	38	7 879	11
Česká republika	5	34	16	44	1,20	3	13 000	15
Dánsko	37	484	43	1 756	255	1 733	16 000	197
Nemecko	498	4 361	1 941	3 335	1 368	9 131	484 992	1 322
Estónsko	0,048	5	1	34	42	215	11 496	44
Írsko	32	752	179	476	23	104	97 882	272
Grécko	307	2 477	463	466	1,84	17	70	8
Španielsko	412	7 587	16 609	42 659	278	3 178	183 028	2 123
Francúzsko	883	4 834	10 834	4 538	601	387	1 510 500	781
Taliano	811	3 588	6 342	6 859	19	124	14 108	114
Cyprus	0,6	49	3	79	0,011	5	653	13
Lotyšsko	0	329	81	25	0,1	29	3 592	13
Litva	11	234	10	23	13	46	303	5
Luxembursko	24	244	24	94	3	15	91	6
Maďarsko	3	22	13	108	24	483	270	22
Malta	4	39	5	86	0,50	1	2 171	30
Holandsko	400	–	10 000	–	1 074	–	1 059 534	–
Rakúsko	65	640	139	970	13	383	45 780	90
Poľsko	51	–	78	–	395	–	75 082	–
Portugalsko	73	1 169	3 678	1 385	0,2	26	7 791	95
Rumunsko	13	314	161	73	0,4	28	7 594	96
Slovinsko	4	503	2	272	1	204	34	14
Slovensko	0	33	35,3	30	13,22	10	27	5
Fínsko	1,0	3	4	81	71	3 157	17 800	300
Švédsko	21	314	89	618	168	3 542	17 060	189
Spojené kráľovstvo	1 850	9 174	3 468	17 751	1 048	6 801	686 000	3 346
Chorvátsko	33	185	4	142	15	372	2 898	75
Turecko	7 294	3 306	592	1 457	14	6	1 364 253	2 587
Nórsko	15	1 364	46	840	75	2 894	5 327	198

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	5 020	5 156	5 095	21 784	337 955 (–)	1 070
Bulharsko	16,8	11	1 035	168	7 456 (4 658)	24
Česká republika	2	24	441	508	62 817 (–)	240
Dánsko	2 267	8 403	168	891	– (1 452)	710
Nemecko	1 748	7 285	3 957	27 144	– 133 650	1 804
Estónsko	46	22	53	409	– (29,3)	25
Írsko	1 814	722	1 865	1 833	6 606 (–)	582
Grécko	122	172	13 393	5 774	33 242 (–)	460
Španielsko	355 904	199 770	17 535	140 952	– (26 108)	1 436
Francúzsko	55 641	85 096	5 450	12 155	73 572 (–)	2 146
Taliansko	20 258	6 244	10 908	4 007	1 008 215 (–)	1 208
Cyprus	1	33	76	758	86 (–)	27
Lotyšsko	283	55	34	399	– (497)	7
Litva	168	31	43	311	– (–)	0
Luxembursko	2	171	11	833	81 (–)	5
Maďarsko	18	63	209	2 073	14 121 (–)	192
Malta	89	48	1,5	32	44 (–)	7
Holandsko	1 000	–	5 000	–	2 000 000 (–)	–
Rakúsko	75	1 197	621	5 272	– (219)	261
Polsko	–	–	1 265	–	52 914 (–)	–
Portugalsko	14 633	3 093	108	460	5 523 (–)	304
Rumunsko	18	328	252	1 365	897 (–)	9
Slovinsko	4,2	89	613	3 306	12 836 (–)	178
Slovensko	0,0	22	137	1 512	10 045 (18)	45
Fínsko	860	1 829	97	4 281	16 400 (42)	3 187
Švédsko	950	7 465	264	5 272	– (–)	92
Spojené kráľovstvo	19 665	15 094	22 402	149 411	626 680 (–)	16 672
Chorvátsko	2	373	421	3 684	4 136 (–)	195
Turecko	21 141	8 192	55 251	43 217	– (–)	7 318
Nórsko	2 548	11 232	219	3 631	1 099 (214)	381

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Európska správa o drogách 2013: trendy a vývojové zmeny

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie

2013 — 72 s. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-625-4

doi:10.2810/91585

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

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 so *Štatistickou ročenkou*, *Prehľadmi podľa krajín* a *Výhľadmi v drogovej oblasti* tvorí súbor publikácií s názvom *S Európska správa o drogách za rok 2013*.

O centre EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je centrálnym referenčným miestom pre informácie o drogách v Európe. Jeho poslaním je poskytovať EÚ a jej členským štátom faktické, objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách, drogovej závislosti a ich súvisiacich následkoch. Centrum, ktoré je jednou z decentralizovaných agentúr EÚ, bolo zriadené v roku 1993 a svoje brány otvorilo v roku 1995 v Lisabone. V agentúre pôsobí tím vysokokvalifikovaných odborníkov z rôznych odvetví, ktorí poskytujú tvorcom politik podklady potrebné na vypracovanie právnych predpisov a stratégií súvisiacich s drogami. Pomáha tiež odborníkom a výskumným pracovníkom pri presnom stanovovaní najlepších postupov a nových oblastí na realizáciu analýz.

