



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

ISSN 1830-0758

ZPRÁVA ZA ROK 2007

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2007

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

Právní upozornění

Tato publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je chráněna autorským právem. EMCDDA odmítá jakoukoli občanskoprávní či jinou odpovědnost za jakékoli důsledky vyplývající z použití údajů uvedených v tomto dokumentu. Obsah této publikace nemusí nutně vyjadřovat oficiální názory partnerů EMCDDA, členských států EU či jakékoli instituce nebo agentury Evropské unie nebo Evropských společenství.

Na internetu je k dispozici množství dalších informací o Evropské unii, které jsou dostupné prostřednictvím serveru Evropa (<http://europa.eu>).

Europe Direct je služba, která vám pomůže odpovědět na otázky týkající se Evropské unie.

Bezplatná telefonní linka (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Někteří operátoři mobilních sítí neumožňují přístup k číslům 00800 nebo mohou tyto hovory účtovat.

Tato zpráva je k dispozici v bulharštině, španělštině, češtině, dánštině, němčině, estonštině, řečtině, angličtině, francouzštině, italštině, lotyštině, litevštině, maďarštině, holandštině, polštině, portugalštině, rumunštině, slovenštině, slovinštině, finštině, švédštině, turečtině a norštině. Všechny překlady byly provedeny Překladatelským střediskem pro instituce Evropské unie.

Katalogové údaje jsou uvedeny v závěru této publikace.

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2007

ISBN 978-92-9168-284-3

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2007

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Belgium

VYTIŠTĚNO NA NEBĚLENÉM PAPIŘE



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvodní poznámka	9
Komentář – drogová situace v Evropě	11
Kapitola 1	
Protidrogové politiky a legislativa	18
Kapitola 2	
Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled	28
Kapitola 3	
Konopí	37
Kapitola 4	
Amfetaminy, extáze a LSD	48
Kapitola 5	
Kokain a crack	57
Kapitola 6	
Užívání opiátů a injekční užívání drog	63
Kapitola 7	
Trendy užívání nových a nově se rozmáhajících drog a opatření proti novým drogám	72
Kapitola 8	
Infekční nemoci a úmrtí související s drogami	77
Literatura	89



Předmluva

Toto je dvanáctá výroční zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Stejně jako předchozí zprávy poskytuje komplexní aktuální přehled současné situace v oblasti užívání drog v Evropě. Je také dokladem toho, jakých úspěchů bylo v Evropě dosaženo v rámci zavádění metodicky podloženého, udržitelného a komplexního informačního systému pro sledování užívání drog.

Zpráva se zabývá dvěma zásadními otázkami: Co víme o užívání drog v Evropě a o problémech, které vyvolává? A jaká poučení jsme získali o účinných opatřeních k řešení problémů souvisejících s drogami? Tyto otázky jsou důležité, protože bez ohledu na politické přesvědčení nebo ideologický názor si tvůrci protidrogových politik v Evropě uvědomili, že problém drog představuje složitý soubor otázek, který nemá jednoduché řešení. Uvědomují si, že cesta vpřed spočívá v analýze dostupných důkazů o rozsahu a povaze problému a nákladech a přínosech různých intervenčních přístupů. V tomto ohledu je zpráva rovněž dokladem závazku Evropy k vyvážené a fakticky podložené tvorbě politik a k dlouhodobému vytrvalému úsilí namísto spoléhání se na řešení šitá horkou jehlou. V důsledku toho může být Evropa hrdá na to, že její odpověď na tuto obtížnou a mnohdy emotivní otázku je jak racionální, tak lidská.

V této zprávě se také zamýšlíme nad pokrokem, kterého bylo dosaženo v řešení drogového problému v Evropě. To je zvláště případné v letošním roce, neboť jak v Evropě, tak na mezinárodní scéně budeme brzy posuzovat výsledky v této oblasti. V roce 2008 Evropská komise zahájí vyhodnocení dopadů současného evropského akčního plánu pro boj proti drogám a Komise OSN pro omamné látky (CND) bude projednávat pokrok dosažený v naplňování cílů stanovených na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN v roce 1998.

V Evropě představuje drogová situace i nadále vážnou výzvu pro zdravotní a sociální politiku i oblast prosazování

práva. Není těžké najít oblasti, které vzbuzují nejvíce obav. Pevně však věříme, že je také důležité mít na paměti pokroky, jichž bylo dosaženo. Čím dál více členských států EU přijímá strategické a plánované přístupy k řešení drogové problematiky. Došlo také k dramatickému nárůstu investic do činností v rámci prevence, léčby a minimalizace škod a ke zlepšení spolupráce a důslednějšímu zaměření v rámci snižování nabídky drog. Míra užívání drog obecně zůstává z historického hlediska vysoká, avšak ve většině oblastí se ustálila a v rámci vývoje v některých oblastech jsou dokonce patrné známky, jež vzbuzují opatrný optimismus. Evropská unie a její členské státy poskytují značnou podporu mezinárodním programům a v celosvětovém kontextu můžeme s uspokojením konstatovat, že v řadě důležitých oblastí se evropská situace jeví jako poměrně pozitivní.

Jako monitorující orgán pracujeme s fakty a čísly. Ctíme vědeckou přesnost a nestrannost a dostupné informace interpretujeme bez předsudků a předem vyvozených závěrů. To je naše úloha a jako předseda správní rady a ředitel v této pozici nehodláme polevit a jsme hrdí na vysoké standardy, které v rámci své činnosti udržujeme. Avšak i když v naší práci hrají zásadní roli přesné vědecké údaje, nikdy nesmíme zapomenout na to, že za čísly, která vykazujeme, se skrývají skutečné lidské bytosti, jejichž životy jsou zasaženy a někdy zničeny v důsledku problémů s drogami. Za suchými statistikami o počtech žádostí o léčbu, úmrtích souvisejících s drogami a trestné činnosti jsou truchlící rodiny, promrhaný potenciál a děti vyrůstající v nebezpečném prostředí. Vývoj účinných opatření v rámci problematiky drog od nás vyžaduje, abychom ke svým údajům přistupovali nezaujatě, nikdy však nesmíme být lhostejní k samotnému tématu.

Marcel Reimen

Předseda správní rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Ředitel EMCDDA



Poděkování

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

- vedoucím národních kontaktních míst sítě Reitox a jejich pracovníkům,
- subjektům v jednotlivých členských státech, které shromáždily vstupní údaje pro tuto zprávu,
- členům správní rady a vědeckého výboru EMCDDA,
- Evropskému parlamentu, Radě Evropské unie – zejména její horizontální pracovní skupině pro drogy – a Evropské komisi,
- Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropské agentuře pro léčivé přípravky (EMA) a Europolu,
- skupině Pompidou Rady Evropy, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Regionálnímu úřadu pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Interpolu, Světové celní organizaci, projektu ESPAD a Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN) a Evropskému centru pro epidemiologické monitorování AIDS,
- Překladačskému středisku pro instituce Evropské unie a Úřadu pro úřední tisky Evropských společenství,
- společnosti Prepress Projects Ltd.

Národní kontaktní místa sítě Reitox

Reitox je evropská informační síť pro drogy a drogovou závislost. Je tvořena národními kontaktními místy v členských státech EU, v Norsku, v kandidátských zemích a kontaktním místem při Evropské komisi. Kontaktní místa, za která zodpovídají příslušné vlády, jsou vnitrostátní orgány, jež poskytují informace Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).

Kontaktní údaje o národních kontaktních místech naleznete na adrese:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Úvodní poznámka

Tato výroční zpráva vychází z informací, které EMCDDA poskytly členské státy EU, kandidátské země a Norsko (jež se na činnosti EMCDDA podílí od roku 2001) v podobě národních zpráv. Zde uváděné statistické údaje se vztahují k roku 2005 (nebo k poslednímu roku, za který byly k dispozici). Grafy a tabulky obsažené v této zprávě se mohou týkat podskupiny zemí EU: výběr je proveden na základě zemí, z nichž jsou k dispozici údaje pro příslušné období.

On-line verze výroční zprávy je k dispozici ve 23 jazycích na internetové adrese <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Statistický věstník 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) obsahuje kompletní soubor zdrojových tabulek, z nichž vychází statistická analýza v této zprávě. Rovněž obsahuje další podrobné údaje o použité metodice a více než 100 dalších statistických grafů.

Přehledy údajů jednotlivých zemí (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) poskytují souborné grafické shrnutí klíčových aspektů drogové situace v příslušné zemi.

K této zprávě jsou přiloženy tři podrobné studie, které se zabývají následujícími otázkami:

- drogy a řízení vozidel,
- užívání drog mezi nezletilými,
- kokain a crack: rostoucí problém veřejného zdraví.

Tato vybraná témata jsou k dispozici v tištěné podobě a na internetu (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), avšak pouze v angličtině.

Národní zprávy kontaktních míst sítě Reitox, které podrobně popisují a analyzují drogovou problematiku v jednotlivých zemích, jsou k dispozici na internetové stránce EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentář – drogová situace v Evropě

Evropa sehrává stále významnější úlohu v podpoře globálních opatření v rámci řešení drogové problematiky

Trendy v užívání drog ani lidé, kteří se podílejí na jejich výrobě a obchodování s nimi, nerespektují státní ani geografické hranice. Je proto důležité si uvědomit, že evropská drogová problematika je součástí širšího celosvětového jevu a že vzorce užívání drog v Evropě jsou ovlivněny drogovou situací jinde ve světě a zároveň ji samy ovlivňují. Z toho vychází i současný protidrogový akční plán EU, který se zabývá potřebou posílení evropské koordinace v mezinárodních záležitostech a potřebou podporovat programy ke snižování poptávky po drogách a nabídky drog v sousedních zemích a zemích, kde se drogy vyrábějí. Evropské investice na podporu mezinárodních opatření jsou v současnosti značné – z nedávného auditu Evropské komise vyplývá, že Evropské společenství nyní financuje opatření ke snižování poptávky a nabídky ve třetích zemích v objemu nejméně 750 milionů eur. Navíc je nyní EU hlavním mezinárodním sponzorem podporujícím práci Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC).

Vedle finanční podpory existují také důkazy o tom, že evropské země berou vážně závazky přijaté na mezinárodní úrovni s cílem vyvíjet vhodná opatření k řešení problematiky drog. V roce 2008 bude mezinárodní společenství hodnotit globální pokrok v rámci plnění cílů stanovených v roce 1998 na zvláštním zasedání OSN o boji proti celosvětovému problému drog. Pro doplnění údajů dostupných na mezinárodní úrovni EMCDDA podpoří proces hodnocení tím, že poskytne podrobnější vyhodnocení situace v Evropě. Jak je vidět z údajů uvedených v této zprávě, členské státy EU v průběhu posledních deseti let vytvářely stále komplexnější mechanismy koordinace na národní i celoevropské úrovni, obvykle založené na strategiích a akčních plánech. Vedle toho dramaticky zlepšily dostupné informace o drogové situaci a zvýšily investice do intervencí jak na straně nabídky, tak na straně poptávky. Ačkoli si uvědomujeme, že užívání drog stále zůstává jedním z hlavních problémů v oblasti veřejného zdraví a sociální politiky v Evropě, je důležité zmínit se také o tomto pozitivním vývoji.

Zasazení Evropy do celosvětového kontextu

Užívání drog je celosvětový problém a užitečný náhled na relativní rozsah drogové problematiky v Evropě lze

získat porovnáním evropských údajů s informacemi z jiných zemí. Potíž je v tom, že komplexní a solidní informace jsou dostupné pouze v několika málo dalších částech světa. Smysluplné srovnávací body pro odhady prevalence užívání drog v posledním roce mohou poskytnout USA, Kanada a Austrálie. Odhady UNODC ukazují, že prevalence užívání opiátů v těchto zemích je v zásadě obdobná jako v Evropské unii a pohybuje se v rozmezí 0,4 % až 0,6 %, přičemž u Kanady je tento údaj o něco nižší a v případě USA naopak vyšší. Odhadovaný rozsah užívání konopí je v průměru výrazně nižší v Evropské unii než v USA, Kanadě nebo Austrálii. Co se týká stimulačních drog, míra užívání extáze je v zásadě podobná po celém světě, i když vysokou prevalenci hlásí zejména Austrálie, a v případě amfetaminu je prevalence vyšší v Austrálii a USA než v Evropské unii a Kanadě. Prevalence užívání kokainu je vyšší v USA a Kanadě než v Evropské unii a Austrálii. Kvůli nedostatku srovnatelných údajů je posouzení zdravotního dopadu užívání drog v různých zemích obtížné, i když opatrné porovnání odhadovaných počtů nově diagnostikovaných infekcí HIV v souvislosti s injekčním užíváním drog v roce 2005 naznačuje méně než 10 případů na milion obyvatel v Austrálii, Kanadě a Evropské unii a asi 36 případů na milion obyvatel v USA.

Vyčíslování složitosti: stanovení smysluplných cílů a vytváření užitečných souhrnných měřítek

Cílem všech evropských protidrogových strategií je omezit užívání drog a škody, které mohou drogy způsobit, a to jak těm, kdo je užívají, tak komunitám, v nichž žijí. Tento cíl protidrogové politiky lze jednoduše vyhlásit, je však důležité si uvědomit, že užívání drog je mnohostranný a složitý jev a každý pokus o hodnocení dopadu politik v této oblasti se musí s touto zásadní skutečností vyrovnat. Pozitivním závěrem této zprávy je to, že evropské protidrogové politiky začínají citlivěji zohledňovat nutnost soustředit se na konkrétní činnosti a stanovovat si smysluplné cíle. To se v Evropě projevuje v celkovém posunu k národním protidrogovým strategiím doprovázeným konkrétnějšími a časově vymezenými akčními plány boje proti drogám a na úrovni evropské koordinace pak v každoročním posouzení aktuálního protidrogového akčního plánu EU, kdy na základě vyhodnocení výkonnosti ukazatelů dochází k jejich vypuštění nebo úpravám.

Pro hodnocení opatření je posun ke konkrétněji zaměřenému přístupu jednoznačně přínosný. Je však užitečné rovněž disponovat určitými souhrnnými měřítky, která umožňují snazší popsání komplexních problémů. I když sestavení takových stupnic a měřítek je obtížné, řada nejnovějších kroků v této oblasti vypadá slibně. V této zprávě uvádíme novou analýzu údajů o evropských veřejných výdajích na protidrogovou politiku. Přestože údaje jsou kusé, poskytují přehled o tom, jak vysoké částky se v Evropě každým rokem vynakládají na snižování poptávky po drogách a nabídky drog: jedná se o sumu někde mezi 13 a 36 miliardami eur. Navíc je třeba mít na paměti, že tato čísla nezahrnují sociální náklady spojené s užíváním drog.

Mezi pokroky, které v tomto směru mohou být přínosné, patří vývoj indexů, které se snaží zachytit různé náklady a škody spojené s užíváním nezákonných drog, jako je například index drogových škod (*drug harm index*, DHI) vyvinutý nedávno ve Spojeném království. Škoda je také klíčovým pojmem v indexu nezákonných drog (*illicit drug index*, IDI), který v nedávné době navrhl UNODC. Takové přístupy se mohou v budoucnosti ukázat jako užitečné pro účely analýzy protidrogové politiky, avšak závisejí na kvalitě dat, z nichž souhrnný ukazatel vychází, a na tom, do jaké míry mohou tyto údaje obsáhnout cílový koncept.

Minimalizace škod je nyní jednou ze součástí evropského přístupu

Mezi evropskými zeměmi jsou nadále značné rozdíly v povaze a rozsahu národní drogové problematiky a také v šíři a pojetí jejího řešení. Bez ohledu na to panuje výrazná shoda o všeobecných základech: protidrogové politiky by měly být vyvážené, komplexní a založené na důkazech. V rámci snižování poptávky všichni uznávají potřebu činností v oblasti prevence, léčby a společenské rehabilitace. Téma minimalizace škod ovšem bylo v minulosti poněkud kontroverzní. To se však mění a minimalizace škod jako součást komplexního souboru opatření ke snížení poptávky se nyní podle všeho stala pevně zakotvenou součástí evropského přístupu. Je to patrné ze skutečnosti, že prakticky ve všech členských státech EU dnes najdeme substituční léčbu závislosti na opiátech a programy výměny jehel a stříkaček, i když rozsah poskytování služby se značně liší. Vyplývá to rovněž z nedávné zprávy Evropské komise, která došla k závěru, že v rámci zintenzivnění rozvoje a rozšiřování činností k minimalizaci škod ze strany členských států sehrálo určitou roli doporučení Rady ze dne 18. června 2003.

Věznice: služby pro uživatele drog nadále zůstávají nedostatečné

Jedním z důležitých závěrů vyplývajících z vyhodnocení provádění doporučení Rady bylo, že navzdory pokrokům, jichž bylo dosaženo v jiných oblastech, jsou služby všech typů poskytované v prostředí věznic obvykle nedostatečně rozvinuté. Ačkoli některé členské státy zavedly programy, jež u pachatelů, kteří mají problémy s drogami, upřednostňují léčení namísto trestního postihu, osoby s problémovým užíváním drog nadále představují významný podíl vězeňské populace prakticky ve všech zemích. EMCDDA v současnosti spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) na vytvoření databáze pro sběr ukazatelů týkajících se zdraví ve věznicích. Obecná zásada, že lidé ve věznicích by měli mít přístup ke stejným možnostem zdravotní péče, jaké jsou k dispozici v širší společnosti, zůstává pro problémové uživatele drog v mnoha oblastech nenaplněna. Nejenže mnoho těch, kteří přicházejí do věznic, má problémy s drogami, ale studie ukazují, že užívání drog ve věznicích mnohdy pokračuje. Nedostatek služeb pro uživatele drog ve věznicích vzbuzuje vážné obavy nejen kvůli tomu, že se ztrácí příležitost pro intervence s cílem omezit užívání drog a další trestnou činnost v budoucnu, ale také proto, že nedostatek služeb v těchto zařízeních může podkopat zdravotní výsledky dosažené jinde.

Identifikace a sdílení poznatků o tom, co funguje

Diskuse o nejrůznějších činnostech s cílem snížení poptávky po drogách se čím dál více zaměřují na identifikaci průkazně účinných intervencí, které nemají žádné negativní dopady. Jelikož při špatné realizaci se i sebelepší intervence může stát neúčinnou, či dokonce kontraproduktivní, další rovina v rámci tohoto úsilí spočívá ve vymezení správné praxe a opatření pro kontrolu kvality. Nové nařízení o EMCDDA zdůrazňuje význam identifikace a šíření správné praxe. Hlavní obtíž v této souvislosti spočívá v prostředí reálného světa, v němž se intervence ke snížení poptávky uplatňují. Věrohodné kontrolované studie, zlatý standard většiny lékařských zásahů, je mnohdy obtížné navrhnout nebo je prostě nelze uskutečnit. Složitost posuzování důkazů účinnosti a identifikace standardů kontroly kvality jsou tématem kapitoly 2 této zprávy.

Konopí: oblíbenost drogy už možná dosáhla vrcholu – s rostoucím vědomím problémů veřejného zdraví

Téměř čtvrtina všech dospělých někdy ve svém životě vyzkoušela konopí a jeden ze čtrnácti ho užil v posledním roce, což znamená, že konopí je nejběžněji konzumovanou

Orientační přehled – odhady užívání drog v Evropě

(Upozorňujeme, že tyto odhady se vztahují k dospělé populaci a že se jedná o nejaktuálnější čísla, která jsou momentálně k dispozici. Kompletní údaje a podrobný metodický komentář viz Statistický věstník 2007.)

Konopí

Celoživotní prevalence: nejméně 70 milionů, resp. každý pátý dospělý Evropan

Užití za poslední rok: přibližně 23 milionů dospělých Evropanů, resp. jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití za posledních 30 dní: přes 13 milionů Evropanů

Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v užití za poslední rok: 1,0–11,2 %

Kokain

Celoživotní prevalence: nejméně 12 milionů, resp. kolem 4 % dospělých Evropanů

Užití za poslední rok: 4,5 milionů dospělých Evropanů, resp. jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití za posledních 30 dní: přibližně 2 miliony

Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v užití za poslední rok: 0,1–3 %

Extáze

Celoživotní prevalence: přibližně 9,5 milionů dospělých Evropanů (3 % dospělé populace Evropy)

Užití za poslední rok: 3 miliony, resp. jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití za posledních 30 dní: více než 1 milion

Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v užití za poslední rok: 0,2–3,5 %

Amfetaminy

Celoživotní prevalence: téměř 11 milionů, resp. přibližně 3,5 % dospělých Evropanů

Užití za poslední rok: 2 miliony, resp. jedna pětina celoživotních uživatelů

Užití za posledních 30 dní: méně než 1 milion

Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v užití za poslední rok: 0,0–1,3 %

Opiáty

Problémové užívání opiátů: jeden až osm případů na 1 000 dospělých osob (věk 15–64 let)

Přes 7 500 náhlých úmrtí souvisejících s drogami, přičemž podle příslušných zjištění se opiáty podílejí na přibližně 70 % těchto případů (údaje z roku 2004)

Hlavní droga u přibližně 50 % všech žádostí o léčbu

V roce 2005 absolvovalo více než 585 000 uživatelů opiátů substituční léčbu.

nezákonnou drogou v Evropě. Avšak ještě více než v běžné populaci je zdaleka nejčastěji užívanou drogou mezi mladými a velmi mladými lidmi. Užívání drog u těch, kdo se vyvíjejí fyzicky i sociálně, může být zvláště závažným problémem a touto otázkou se podrobněji zabývá vybrané téma o užívání drog mezi nezletilými. Důležitost pochopení důsledků raného nástupu užívání konopí a toho, jak na tento jev vhodně reagovat, představuje jednu ze součástí složitého souboru otázek, které rozšířené užívání konopí klade na politiku veřejného zdraví a kontroly drog v Evropě.

Obecným trendem protidrogové politiky v Evropě je posun od trestněprávních sankcí za držení a užívání malých množství konopí k přístupům zaměřeným na prevenci nebo léčbu. Navzdory tomu během období let 2000 až 2005 počet hlášených trestných činů v souvislosti s konopím značně vzrostl (36 %) a ve většině zemí je konopí drogou, která bude nejpravděpodobněji figurovat v obviněních za užívání nebo držení drog. Tato situace se může v brzké době změnit, jelikož většina zemí nyní hlásí určitý pokles v počtu hlášených trestných činů v souvislosti s konopím – což možná svědčí o tom, že orgány pro prosazování práva se na užívání konopí již tolik nezaměřují.

I přes rozsáhlou veřejnou a mediální debatu na toto téma je obtížné najít nějaký přímý nebo jednoduchý vztah mezi politikami pro prosazování práva a celkovou prevalencí užívání konopí. Ačkoli z hlediska času a rozsahu byly mezi zeměmi rozdíly, došlo v 90. letech 20. století v Evropě k podstatnému nárůstu užívání konopí, po němž následoval stabilnější, avšak i nadále vzestupný trend po roce 2000. V důsledku toho je dnes obraz užívání konopí v Evropě více homogenní, než tomu bylo v minulosti. Vedle toho nejnovější údaje, zvláště v zemích s vysokou prevalencí, nasvědčují tomu, že užívání konopí přechází do stabilnější fáze, nebo dokonce klesá. A přestože data jsou relativně slabá, existují určité důkazy, že obliba drogy mezi mladšími věkovými skupinami v některých zemích klesá. I když se národní trendy celkově různí, je možné s opatrným optimismem říci, že eskalace užívání konopí, která v Evropě probíhala od 90. let 20. století, možná nyní dosáhla svého vrcholu.

Jestliže Evropa vstupuje do období stabilnějšího užívání konopí, nelze opomenout skutečnost, že současná míra užívání je podle historických standardů velmi vysoká. A přestože jen relativně malý podíl uživatelů konopí užívá drogu pravidelně a intenzivně, i nadále se jedná o významný počet jedinců. Rostoucí soubor důkazů z výzkumu a klinických zkušeností nyní umožňuje lépe pochopit potřeby těch, kteří mají problémy s konopím, i když otázka, do jaké míry mezi

uživatelé konopí obecně dochází ke vzniku problémů, stále nebyla dostatečně zodpovězena. Údaje o léčbě, které nashromáždila agentura EMCDDA, naznačují, že počet hlášených nových žádostí o léčbu závislosti na konopí se od roku 1999 téměř ztrojnásobil, i když tento trend se nyní podle všeho ustaluje. Interpretovat tento trend je složité z mnoha důvodů, mezi něž patří rozšíření služeb v oblasti problémů s konopím a lepší povědomí o nich a rovněž vysoký podíl direktivních doporučení, uložených budto orgány trestní justice, nebo jinými institucemi sociální péče. Ukazuje se také, že potřeby uživatelů konopí, kteří přijdou do styku s léčebnými službami, se liší, stejně tak jako realizovaná opatření – která sahají od krátkodobých a preventivně zaměřených intervencí po formálnější léčebné přístupy.

Současnou situaci v oblasti konopí v Evropě komplikují také tržní faktory a tento problém zamlžuje nedostatek kvalitních údajů o relativním podílu a dostupnosti jednotlivých konopných produktů v EU. Evropa zůstává celosvětově hlavním odbytištěm pro konopnou pryskyřici, z níž většina se vyrábí v severní Africe. Rostlinné konopí je v Evropě také dostupné, i když objem zachycené pryskyřice je více než desetkrát vyšší než rostlinného konopí. Tento obrázek se však může měnit: záchyty konopné pryskyřice v roce 2005 mírně poklesly, zatímco záchyty rostlinného konopí nadále rostou, stejně jako tomu bylo v případě rostlin konopí. Polovina evropských zemí hlásila v roce 2005 nějakou domácí produkci. Některé formy podomácku produkovaného konopí mohou mít zvláště vysokou potenci a pěstování podomácku má také dopad na činnosti protidrogové kontroly.

Užívání konopí přináší řadu složitých otázek pro protidrogovou a sociální politiku a politiku veřejného zdraví v Evropě. Jednou z kladných stránek vývoje je to, že členské státy nyní podle všeho začínají lépe chápat důsledky rozšířeného užívání této drogy a debata o něm je nyní přesněji zaměřena a méně náchylná k podhodnocení nebo nadhodnocení problému.

Kokain: odhady užívání znovu stoupají

Odhad počtu Evropanů, kteří užili kokain v posledním roce, EMCDDA v této zprávě upravuje ze 3,5 milionu (údaj uvedený ve výroční zprávě za rok 2006) na 4,5 milionu osob. Celkový obraz zklidňující se situace uváděný v loňské zprávě rovněž zpochybňují nové údaje, které upozorňují na celkový nárůst užívání. Čerstvé údaje potvrzují, že kokain je v Evropě druhou nejběžněji užívanou nezákonnou drogou, hned po konopí a před extází i amfetaminy, a to v rámci všech měření, přičemž odhady užití kokainu v posledním měsíci jsou nyní ve srovnání s extází více než dvojnásobné.

I když poslední odhady nasvědčují tomu, že významnou populaci uživatelů kokainu nyní hlásí více zemí, rozdíly mezi jednotlivými státy zůstávají velké. Nízké míry užívání kokainu přitom hlásí většina zemí ve východní Evropě.

Zvýšené hodnoty prevalence jsou patrné také v nových údajích ze Španělska a Spojeného království, což jsou dvě země s nejvyšší prevalencí v Evropě – i když ani v jednom případě se nejedná o nárůsty dramatické. V obou zemích je prevalence užití v posledním roce mezi mladými dospělými podobná jako v USA nebo vyšší. Je znepokojující, že v obou zemích je poměrně vysoká míra užívání kokainu mezi mladými (4–6 % osob ve věku 15–16 let). Ve Španělsku analýzy nasvědčují tomu, že nedávný vzestup způsobilo užívání drogy ve věkové skupině 15 až 24 let. Je důležité poznamenat, že odhady počtu lidí, kteří mají závažné problémy s kokainem, jsou mnohem nižší. Odhady problémového užívání kokainu jsou bohužel dostupné pouze pro tři země (Španělsko, Itálie, Spojené království), nicméně pohybují se v rozmezí 0,3 % až 0,6 % dospělé populace. Užívání cracku zůstává i nadále v celé Evropě vzácné, avšak tam, kde se objeví, působí závažné lokální problémy.

Také ostatní ukazatele vykazují vzestupný trend, což potvrzuje rostoucí význam kokainu v evropské drogové problematice. Rostou objemy i počty záchytů, což je možná odrazem důslednějšího zaměření se na evropské trhy, případně zesílení represivních aktivit. Zvyšuje se také intenzita koordinovaných opatření proti obchodování s kokainem v Evropě, přičemž v Portugalsku bude sídlit nová mezivládní pracovní skupina, což odpovídá rostoucímu významu této země z hlediska represí proti kokainu. Ačkoli rekordní záchyty podle všeho neovlivnily cenové trendy, které jsou i nadále sestupné, měly možná vliv na čistotu drogy.

Zvýšené hodnoty prevalence užívání kokainu dosud měly jen omezený dopad na zdravotní ukazatele, ale to se možná v blízké budoucnosti změní. Každý rok je v Evropě hlášeno asi 400 úmrtí v souvislosti s kokainem a existuje podezření, že úmrtí na kardiovaskulární choroby, v nichž byl kokain přitěžujícím faktorem, možná zůstávají z valné části neodhalena. Počet žádostí o léčbu drogové závislosti pro problémové uživatele kokainu stoupá. V roce 2005 byl kokain hlavní drogou asi u 13 % klientů žádajících o léčbu, a dokonce u ještě vyššího podílu těch, kdo žádali o léčbu poprvé (22 %). Hlášený počet nových žádostí o léčbu se během posledních pěti let zhruba ztrojnásobil a nyní přesáhl číslo 33 000. Kokain byl také hlášen jako sekundární droga asi v 15 % případů a roste povědomí o tom, že souběžné užívání kokainu v některých zemích komplikuje

léčbu problémového užívání opiátů. Celkově je však počet žádostí o léčbu u kokainu nižší než počet žádostí v souvislosti s konopím a značně nižší, než je tomu u problémového užívání opiátů.

HIV: celkové hodnocení kladné, avšak nové případy nákazy zdůrazňují nutnost pokračovat v úsilí

Zkušenost nebo potenciální hrozba rozsáhlé epidemie HIV se v 90. letech 20. století stala katalyzátorem rozvoje služeb pro tuto skupinu. S jejich rozšířením se tak z valné části podařilo vyhnout epidemii HIV, která Evropu trápila v dřívějších letech, i když v určitých zemích, především v pobaltských státech a v některých zemích dříve zasažených touto epidemií, zůstávají hodnoty prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog dosti vysoké. Význam injekčního užívání drog jako způsobu přenosu HIV celkově poklesl, nicméně EMCDDA odhaduje, že v roce 2005 mělo na svědomí asi 3 500 nově diagnostikovaných případů HIV v Evropské unii. Toto číslo se může v porovnání s historickými standardy zdát nízké, v rámci veřejného zdraví se ovšem nadále jedná o závažný problém.

Analýza nejnovějších údajů nasvědčuje tomu, že ve většině zemí jsou počty nových případů nákazy v souvislosti s injekčním užíváním nízké a že ve většině regionů EU prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog v letech 2001 až 2005 poklesla. V důsledku toho, zvláště v oblastech, kde prevalence byla dosud vysoká, bude problém infekcí způsobených injekčním užíváním drog pravděpodobně odeznívat. Situace v Estonsku, Lotyšsku a Litvě zůstává i nadále znepokojivá, ale i zde většina údajů ukazuje na relativní pokles počtu případů nových infekcí.

Důležitou výhradou k tomuto hodnocení je skutečnost, že data jsou v některých oblastech relativně slabá a že studie časových trendů za posledních pět let uváděly v některých oblastech nebo vzorcích vzestup asi v jedné třetině zemí. Vedle toho v několika zemích existuje důvod k obavám, a to buď kvůli relativně vysokému výskytu nových infekcí, nebo proto, že v poslední době došlo k určitému mírnému nárůstu v prevalenci, i když celkové hodnoty zůstávají nízké. Jelikož z nedávných zkušeností víme, jak rychle se problém HIV může šířit v ohrožených populacích, je zřejmá potřeba

Afghánistán – může být řešením opatření zaměřené na alternativní rozvoj?

Udržitelnost celkově stabilní či zlepšující se situace, jež je patrná u užívání heroínu v Evropě, je poněkud relativizována rostoucí produkcí opia v Afghánistánu. Z odhadů pro rok 2006 vyplývá, že v důsledku výrazného rozšíření pěstební plochy došlo k navýšení produkce o 43 %.

Záchyty opiátů a likvidace laboratoří ukazují na skutečnost, že opium produkované v Afghánistánu je v rostoucí míře již v této zemi zpracováváno na morfin a heroin a teprve následně vyváženo (CND, 2007). Heroin se tedy do Evropy dostává dvěma hlavními dopravními cestami: starou balkánskou cestou, jež v pašování heroínu hraje stále nejdůležitější roli, a novější „hedvábnou“ cestou (viz kapitola 6).

Rozdíly mezi jednotlivými regiony na území Afghánistánu ukazují na potenciál pro hospodářský růst vedoucí ke snížení pěstování máku, ale zároveň vypovídají o tom, jak může být tento růst podkopáván nedostatečnou politickou stabilitou, korupcí a špatnou infrastrukturou. Poklesu pěstování lze dosáhnout rychle, ale zrovna tak rychle je možné tento vývoj zvrátit. V provincii Nangarhár na východě země klesla například míra pěstování opiového máku v období 2004–2005 o 96 %. Stejně jako v mnoha dalších regionech se však i zde jeho pěstování od té doby vrátilo na původní úroveň, a to zčásti v reakci na potřebu hustě zalidněných oblastí, jež se nebyly schopny přeorientovat na jiné výnosné plodiny a na nezemědělské výdělečné aktivity (Mansfield, osobní sdělení, 2007).

Oproti tomu v jiných částech východu země zůstane míra pěstování pravděpodobně zanedbatelně nízká a i v jižních provinciích Kandahár a Helmand je možné očekávat snížení pěstování v oblastech nacházejících se poblíž centra provincie. Zdá se, že jako podpůrné faktory se zde uplatňují větší kontrola ze strany státu a vyšší diverzifikace zemědělské produkce. To jsou faktory, které umožnily zavedení relativně výnosných plodin a zřízení dopravní a odbytové infrastruktury. Na severu a severovýchodě země je setí máku eliminováno nejen v důsledku zvyšujících se mezd a klesajících cen opia, ale také některé výnosné druhy zeleniny přinášejí ve skutečnosti vyšší zisky než mák. V těchto oblastech je diverzifikace zemědělských plodin podporována protidrogovými aktivitami a výraznější účastí vlády, což vede k celkovému povědomí o tom, že opatření k zákazu opia budou uplatňována v praxi.

Rostoucí mzdové náklady a klesající ceny v současnosti znamenají, že zisky z opiového máku nejsou nepřekonatelné a v některých oblastech je pak možné vytvářet vyšší příjmy z alternativních produktů, zejména tam, kde existují rovněž příležitosti k výdělku z jiných než zemědělských činností. Tyto zákonné příležitosti k výdělku však nejsou dostupné všem a v mnoha oblastech jsou možnosti zemědělců limitovány vysokými náklady na dopravu, špatnými komunikacemi a problémy vyvstávajícími ze špatné bezpečnostní situace. Korupce a nedostatečná bezpečnost snižuje v těchto oblastech příležitosti k obchodování se zákonným zbožím, a brání tak ekonomickému rozvoji a snahám o podněcování diverzifikace plodin, a to i v oblastech, které se nacházejí v relativní blízkosti center jednotlivých provincií.

nadále sledovat a rozvíjet služby k oslovení těch, kdo jsou tomuto riziku vystaveni.

Hepatitida C zůstává skrytou epidemií Evropy

EMCDDA odhaduje, že v Evropě může být až 200 000 lidí žijících s infekcí HIV, kteří v současné době injekčně užívají drogy nebo je injekčně užívali v minulosti. Ačkoli má veřejnost dobré povědomí o rizicích HIV při injekčním užívání drog, je důležité si uvědomit, že mezi lidmi se zkušeností s injekčním užíváním drog je odhadem jeden milion osob nakažených virem hepatitidy C (HCV) – včetně významného podílu těch, kteří už drogy neužívají.

Hepatitida C může mít závažné zdravotní důsledky, včetně rakoviny a úmrtí, a naplňování potřeb lidí nakažených HCV pravděpodobně bude klást zvýšené nároky na rozpočty zdravotnictví. V celé Evropě je výskyt HCV v populaci injekčních uživatelů drog vysoký a studie ukazují, že mladí injekční uživatelé drog se touto chorobou i dnes většinou nakazí už v počáteční fázi užívání drog, což omezuje příležitosti k intervencím. Na rozdíl od hepatitidy B, kde jsou intervence podle všeho přínosné, není z údajů o HCV patrný žádný trend, i když rozdíly mezi zeměmi mohou napovědět, co by v této oblasti mohlo být účinným opatřením.

Užívání heroinu je stabilní, existují však obavy z nárůstu problémů se syntetickými opiáty

Odhaduje se, že potenciální celosvětová produkce heroinu, většinou v Afghánistánu, v roce 2006 znovu vzrostla, a to na více než 600 tun. To staví Evropu před otázku, jaký dopad bude mít tento nárůst na problematiku drog. Zvýšená produkce heroinu se dosud neprojevila ve většině ukazatelů užívání heroinu, které jsou již po nějakou dobu celkově stabilní. Důkazy z analýzy údajů o počtech žádostí o léčbu a počtu případů předávkování drogami nasvědčují tomu, že populace uživatelů heroinu v Evropě dále stárne, i když tento obrázek je ve východoevropských zemích méně zřetelný. Celkové odhady problémového užívání drog také obecně poukazují na stabilní situaci. Avšak klesající ceny drogy a nárůst počtu mladých uživatelů heroinu na léčení v některých zemích podtrhují nutnost nepolevit v ostražitosti.

Ačkoli v současnosti nejsou k dispozici jasné důkazy o tom, že by užívání heroinu získávalo větší oblibu u mladých lidí,

v různých zprávách se objevily náznaky, že v některých částech Evropy může být rostoucím problémem užívání syntetických opiátů, a že některé syntetické opiáty dokonce mohou v určitých zemích nahrazovat heroin. V Rakousku mezi klienty žádajícími o léčbu ve věku do 25 let roste podíl osob, kteří vyhledávají pomoc z důvodu problémů souvisejících s užíváním opiátů, které měly původně sloužit k legitimním účelům. Určitý nárůst nezákonného užívání metadonu hlásí Belgie a v Dánsku bývá metadon běžně uváděn ve zprávách o úmrtích souvisejících s drogami. Také buprenorfin, droga mnohými považovaná za málo atraktivní na nelegálním trhu, se podle dostupných údajů stále častěji užívá (a to i injekčně) v České republice. Ve Finsku už možná nahradila heroin a znepokojení související s nezákonným užíváním této drogy vzbuzují rovněž výsledky sledování ve Francii, jež odhalily i injekční užívání mladými lidmi, kteří užívání opiátů zahájili přímo s buprenorfinem, a nikoli heroinem.

Sestupný trend úmrtí z předávkování drogami odeznívá

EMCDDA pravidelně podává zprávy o náhlých úmrtích souvisejících s drogami v Evropě – jedná se především o úmrtí z předávkování, kde obvykle figurují heroin nebo jiné opiáty, i když ve většině případů jde o užití několika látek. Úmrtí z předávkování představují významnou příčinu úmrtnosti mezi mladými dospělými, které bylo možné předejít.

Od roku 2000 hlásí mnoho zemí EU pokles počtu úmrtí souvisejících s drogami, což je možná odrazem zvýšeného rozsahu poskytování služeb nebo změn v počtu injekčních uživatelů heroinu. Tento trend však v letech 2004 a 2005 nepokračoval. Důvodem k obavám je zvláště to, že v několika zemích v rámci těchto případů úmrtí roste podíl mladších osob. Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami je důležitým cílem veřejného zdravotnictví a je zapotřebí odhalit příčiny přerušování sestupného trendu.

Úmrtí z předávkování není jediným zdravotním rizikem, kterému se problémoví uživatelé drog vystavují. Studie ukazují, že mezi problémovými uživateli drog je zvýšená úmrtnost ze všech příčin: až desetkrát vyšší než v běžné populaci. Chceme-li dosáhnout významného snížení nemocnosti a úmrtnosti související s chronickým užíváním drog, je nezbytné vyvinout komplexnější přístup k řešení potřeb tělesného i duševního zdraví této skupiny.



Kapitola 1

Protidrogové politiky a legislativa

V této kapitole jsou popsány protidrogové politiky v EU jako celku a v jednotlivých členských státech a také vztah mezi těmito dvěma úrovněmi tvorby politik. Sběr dat, která předkládá EMCDDA ve sledovaném období, umožňuje získat přehled současných národních protidrogových strategií a institucionálních rámců v celé Evropě. Oddíl věnovaný veřejným výdajům souvisejícím s drogami se zabývá odhady společenských nákladů v souvislosti s drogami. Na základě údajů o národních veřejných výdajích hlášených členskými státy je provedena první aproximace celkové částky vynaložené evropskými vládami na fenomén drog. Legislativní změny zaměřené na snížení nabídky a legislativní přístupy k drogovým testům jsou popsány v oddílu věnovaném nejnovějším změnám ve vnitrostátních právních předpisech. Oddíl o trestné činnosti související s drogami podává přehled nejnovějších statistik trestné činnosti spojené s drogami a trendů v kriminalitě související s opiáty a konopím. Kapitulu uzavírá oddíl o výzkumu v oblasti drog v Evropě.

Národní protidrogové strategie

Celková situace a nový vývoj

Počátkem roku 2007 měly všechny členské státy EU s výjimkou Itálie, Malty a Rakouska národní protidrogovou strategii, v některých případech doplněnou akčním plánem. V té době bylo v Evropě v účinnosti celkem přes 35 různých národních plánovacích protidrogových dokumentů, které pokrývaly časové období od dvou let (akční plán České republiky) po více než deset let (protidrogová strategie Nizozemska).

Zřetelným trendem posledních let je posun od jediného národního plánovacího dokumentu k přijetí dvou vzájemně se doplňujících instrumentů: strategického rámce a akčního plánu. Tento přístup, který umožňuje lepší koncepci krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých cílů, se nyní používá téměř v polovině členských států EU, a je dokonce běžnější v těch, jež vstoupily do EU v roce 2004 a 2007: osm z těchto dvanácti zemí má jak protidrogovou strategii, tak akční plán.

Politika kombinování protidrogové strategie s akčními plány umožňuje podrobnější definice cílů, opatření, odpovědnosti a termínů. Některé země, jako například Kypr, Lotyšsko a Rumunsko, začlenily do svých protidrogových strategií a akčních plánů podrobné implementační procesy. Tento přístup, který už nějakou dobu uplatňují ostatní členské státy (např. Španělsko, Irsko, Spojené království), se dále rozšiřuje a byl také zaveden v současném akčním plánu EU pro boj proti drogám.

V roce 2006 přijaly nové protidrogové strategie nebo akční plány čtyři členské státy (Řecko, Polsko, Portugalsko, Švédsko) a dále Turecko a také Severní Irsko ve Spojeném království. V žádném z těchto případů se nejednalo o první krok tohoto druhu a v každém z těchto případů národní zprávy uváděly, že nové dokumenty protidrogové politiky čerpaly z těch dřívějších. V roce 2007 mají přijmout nové protidrogové strategie dva členské státy, Malta a Rakousko, a dále Norsko, zatímco Česká republika, Estonsko, Francie a Maďarsko budou implementovat nové akční plány.

Obsah

Snížit užívání drog obecně a zvláště problémové užívání drog je klíčovým cílem národních protidrogových strategií a akčních plánů všech členských států EU, kandidátských zemí a Norska. Také cíl prevence a snižování individuálních i kolektivních škod v důsledku užívání drog sdílejí všechny země. Dalším společným rysem je „komplexní“ přístup, kdy jsou propojeny intervence zaměřené na snižování nabídky a intervence zaměřené na snižování poptávky po drogách. Rovněž velmi rozšířený je „vyvážený“ přístup, který dává prioritou jak snižování nabídky, tak snižování poptávky. Všechny tyto prvky jsou také součástí protidrogové strategie Evropské unie.

Rozsah psychoaktivních látek zahrnutých do národních protidrogových strategií je oblastí, v níž se vyskytují výrazné rozdíly mezi evropskými zeměmi. To je patrné v nových dokumentech přijatých v roce 2006. Z nich se dva zabývají hlavně nezákonnými drogami (Polsko, Portugalsko), i když s určitým propojením protidrogové strategie se strategií

Nové nařízení EMCDDA

Dne 12. prosince 2006 podepsaly Evropský parlament a Rada Evropské unie přepracované nařízení o EMCDDA, které vstoupilo v platnost v lednu 2007.

Nové nařízení podtrhuje význam klíčových indikátorů a konstatuje, že jejich implementace je nezbytným předpokladem pro plnění povinností, které jsou centru uloženy. Důraz je rovněž kladen na potřebu vývoje informačního systému, který bude schopen reagovat na nové a vznikající trendy.

Nový dokument zvyšuje rozsah činností EMCDDA. Zvláštní pozornost je aktuálně věnována poskytování informací o kombinovaném užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek a o příkladech správné praxe z jednotlivých členských zemí. EMCDDA může rovněž vytvářet nástroje a prostředky, které mohou jednotlivým členským zemím pomáhat při monitorování a vyhodnocování národních protidrogových politik a jejichž prostřednictvím může totéž provádět Evropská komise

na úrovni EU. Na základě všech těchto nových prvků bude agentura schopna poskytnout komplexnější obraz o drogovém fenoménu.

V zájmu dosažení co nejvyšší efektivnosti klade nové nařízení větší důraz na spolupráci s partnerskými agenturami, zejména s Europelem, v případě monitorování nových psychoaktivních látek, a s dalšími partnery, např. WHO, OSN nebo příslušnými statistickými orgány. V novém nařízení je také přesně uvedeno, kterým státům může EMCDDA na žádost Evropské komise a se souhlasem správní rady předávat své know-how.

V novém dokumentu je jasněji vymezena role národních kontaktních míst sítě Reitox. Nová verze také upravuje nařízení ve vztahu k vědeckému výboru. Agentura tak bude mít k dispozici kompaktní nezávislý orgán tvořený předními vědeckými kapacitami. Vedle zajištění vyšší kvality práce EMCDDA poskytne současně spojení s širší komunitou vědeckých a výzkumných pracovníků.

boje proti alkoholu a tabáku, dva se zabývají nezákonnými drogami a alkoholem (Řecko, Severní Irsko ve Spojeném království) a jeden (Turecko) se zabývá všemi návykovými látkami. Vedle toho Švédsko zároveň přijalo dva vzájemně propojené akční plány, jeden pro alkohol a jeden pro nezákonné drogy. Kroky směřující k integraci politik boje proti zákonným a nezákonným drogám jsou v některých zemích zřejmé už několik let (např. Německo, Francie) ⁽¹⁾. Rozsah budoucích protidrogových strategií a jejich možné integrace do ostatních strategií veřejného zdraví pravděpodobně zůstane v nadcházejících letech významným tématem.

Národní protidrogové strategie a akční plány obecně zahrnují intervence v oblastech prevence, léčby a resocializace, minimalizace škod a snižování nabídky. Rozsah těchto různých intervencí a jim přiřkládaný význam se však mezi zeměmi liší ⁽²⁾. To lze vysvětlit rozdíly ve velikosti a charakteristice drogového problému, ale také různorodostí sociálních a zdravotních politik v Evropě. Finanční zdroje, veřejné mínění a politická kultura jsou rovněž významnými faktory a je patrné, že země, které mají určité společné rysy, přijímají podobné protidrogové politiky (Kouvonen a kol., 2006).

Hodnocení

To, že v EU existují rozmanité národní protidrogové strategie se společnými cíli, lze vnímat jako přednost, protože umožňují srovnávací analýzu typově různých přístupů. Hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů je tudíž

důležité nejen pro posouzení úsilí na národní úrovni, ale také pro lepší celkové pochopení efektivnosti protidrogových strategií. EU a její členské státy již investovaly do této oblasti významné zdroje.

Téměř všechny evropské země uvádějí cíl hodnocení své národní protidrogové strategie. Vlády chtějí vědět, zda jsou jejich politiky implementovány a zda dosahují očekávaných výsledků. Ve dvou členských státech (Belgie, Slovinsko) se rozsah hodnocení omezil na několik vybraných projektů. Ve většině ostatních zemí a na úrovni EU se implementace opatření vymezených v národní protidrogové strategii systematicky monitoruje. To umožňuje provádět průběžné posouzení, jehož závěry mohou být využity ke zlepšení nebo obnovení existujících protidrogových strategií nebo akčních plánů.

Globální hodnocení, zabývající se procesy, výstupy, výsledky a dopady, jsou v Evropě méně častá. Některé země (Estonsko, Řecko, Španělsko, Polsko, Švédsko) hlásí plánování interního hodnocení na základě průběžných posouzení implementace a dalších dostupných epidemiologických a kriminologických údajů. V některých případech (Lucembursko, Portugalsko) bude toto hodnocení provádět externí subjekt.

Vyžděno souhrnně, průběžná posouzení implementace národních protidrogových strategií a akčních plánů se stávají v Evropě standardem. Další krok, kterým je hodnocení výstupů a dopadů, je zatím v raném stadiu a příkladem by mohlo být

⁽¹⁾ Viz vybrané téma „Evropské protidrogové politiky: přesahují rámec nezákonných drog?“ z roku 2006.

⁽²⁾ Viz kapitola 2.

budoucí hodnocení dopadu protidrogového akčního plánu EU na roky 2005–2008, pro něž Evropská komise zadala studii zaměřenou na vypracování metodiky. Určitá činnost probíhá také v oblasti vývoje indexů určených k hodnocení dopadu národních protidrogových strategií nebo celkové drogové situace. Na tomto poli vyvíjí značné úsilí Spojené království a Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC).

Indexy protidrogové politiky

Britský index drogových škod (*drug harm index*, DHI) je určen k tomu, aby zachycoval společenské náklady škod způsobených problematickým užíváním kterékoli nezákonné drogy. Zahrnuje čtyři typy škod: zdravotní dopady, společenské škody, domácí drogovou kriminalitu a komerční drogovou kriminalitu. Nemá však být úplným souhrnným vyjádřením drogové situace země, protože ukazatele se omezují pouze na ty, pro něž existují pevné údaje, a výstupní počty a trendy se používají jako referenční základní hodnota, vůči níž se poměruje budoucí postup (MacDonald a kol., 2005). Index nezákonných drog (*illicit drug index*, IDI) Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu spojuje tři rozměry drogového fenoménu: výrobu drog, obchodování s drogami a zneužívání drog. Výstupem je celkové skóre na základě „faktoru škod/rizik na obyvatele“, které by mělo vyjadřovat rozsah všech drogových problémů, jež se objevují v dané zemi (UNODC, 2005).

Konceptualizace obou nástrojů přinesla zajímavý vývoj v metodice a umožnila prvotní vhled do využití celkových indexů k hodnocení protidrogových strategií a monitorování celkové drogové situace. Prvním závěrem je to, že takové nástroje mohou být užitečné pro průběžné sledování národní situace, avšak pro pochopení toho, co se skutečně děje, je třeba výsledek uvést do kontextu s analýzou jednotlivých ukazatelů uvnitř indexů. Použití celkového indexu pro srovnání mezi zeměmi by mohlo být obtížnější vzhledem k omezením existujících souborů dat a absenci kontextových proměnných (např. geografické situace) v analýze.

Koordináční mechanismy

I když dnes téměř ve všech členských státech EU a v Norsku existují oficiální koordináční mechanismy protidrogové politiky, vyznačují se stávající systémy značnou různorodostí, která je výrazem rozdílů v politické struktuře mezi zeměmi. Přesto však lze popsat některé obecné rysy.

Většina zemí má koordináční mechanismy protidrogové politiky jak na národní, tak na regionální nebo místní úrovni. Na národní úrovni je obvykle mezirezortní protidrogový

výbor, který často doplňuje národní protidrogová koordináční agentura a/nebo národní protidrogový koordinátor zodpovědný za každodenní koordináční činnost. Na regionální nebo místní úrovni existují ve většině zemí protidrogové koordináční agentury a/nebo protidrogoví koordinátoři.

Evropské země se liší v tom, jak jsou koordináční mechanismy na národní úrovni propojeny s mechanismy na úrovni regionální nebo místní. V některých zemích, zvláště v těch se spolkovou strukturou (např. Belgie, Německo), se používají vertikální koordináční systémy, aby byla možná spolupráce mezi jednotlivými koordináčními orgány, které působí nezávisle. V jiných zemích (např. Finsko, Portugalsko) je koordinace na regionální nebo místní úrovni přímo pod dohledem národních koordináčních orgánů.

Srovnávací analýzu koordináčních mechanismů protidrogové politiky v EU ztěžuje různorodost existujících systémů. Avšak studie zadaná agenturou EMCDDA ukázala, že koordináční systémy lze posuzovat, a to zaměřením na jejich „implementační kvalitu“, což je pojem označující zjišťování jejich schopnosti vytvářet koordináční výstupy (Kenis, 2006). Tento přístup bude dále rozvíjen, aby jej bylo možné využít pro hodnocení národních systémů koordinace protidrogové politiky.

Veřejné náklady související s drogami

Veřejné výdaje na řešení drogového problému hlášené evropskými zeměmi se pohybují v rozmezí od 200 000 eur do 2 290 milionů eur⁽³⁾. Tak velké rozdíly lze částečně vysvětlit nestejnou velikostí členských států a částečně odlišnostmi v typech hlášených výdajů a úplnosti dat mezi jednotlivými zeměmi. Většina zemí hlásila pouze výdaje vzniklé v souvislosti s prováděním programů národních protidrogových politik a další výdaje v oblasti snižování nabídky a poptávky podrobně neuváděla. Navíc ne vždy byly zahrnuty všechny hlavní oblasti veřejných výdajů na řešení fenoménu drog, kdy pouze 15 z 23 zemí poskytlo podrobné informace o výdajích na aktivity „zdravotní a sociální péče“ (léčba, minimalizace škod, zdravotní výzkum, osvětové, preventivní a sociální aktivity) a pouze čtrnáct zemí hlásilo výdaje na „prosazování práva“ (aktivity policie, armády, soudů, věznic, celní správy a finančních úřadů). Informace o výdajích v jiných oblastech (např. správa, koordinace, monitorování a mezinárodní spolupráce) byly ještě vzácnější (sedm zemí), stejně jako informace o regionálních a obecních rozpočtech (šest zemí).

(3) Celková data o veřejných výdajích souvisejících s drogami v roce 2005 v členských státech EU a Norsku stanovila příslušná národní kontaktní místa.

Náklady užívání drog

Studie mapující náklady užívání drog mohou být důležitým zdrojem informací při tvorbě a řízení protidrogových politik.

Náklady související s užíváním drog je možné rozdělit do dvou hlavních kategorií: na přímé a nepřímé náklady. Přímé náklady tvoří vynaložené finanční prostředky, kam obvykle spadají výdaje v oblasti prevence, léčby, minimalizace škod a represe. Nepřímé náklady obnášejí hodnotu produktivních činností, jež nebyly v důsledku užívání drog vykonány, a obvykle je tvoří ušlá produktivita zaviněná nemocností a úmrtností související s drogami. Náklady spojené s užíváním drog mohou rovněž zahrnovat nehmotné náklady v podobě bolesti a utrpení, obvykle ve formě stanovené míry kvality života, nicméně tato nákladová kategorie bývá často opomíjena, neboť je obtížné ji přesně vyčíslit v penězích.

Nákladové studie je možné koncipovat z různých hledisek, kdy každé může zahrnovat různé náklady, například náklady pro společnost jako celek, státní správu, zdravotnictví, subjekty přispívající do zdravotního systému a pro uživatele drog a jejich rodiny.

Společenské hledisko

Společenské náklady související s užíváním drog tvoří úhrn veškerých nákladů, ať už přímých nebo nepřímých, které společností vzniknou v důsledku užívání drog. Výstupem vyjádřeným v peněžních prostředcích je odhad celkové zátěže, které užívání drog představuje pro společnost (Single a kol., 2001).

Stanovování společenských nákladů užívání drog je prospěšné z několika důvodů. Za prvé ukazuje, jaký objem finančních prostředků daná společnost věnuje na problematiku užívání drog, a implicitně pak vyjadřuje částku, kterou by bylo možné ušetřit, pokud by užívání drog bylo zcela vymýceno. Za druhé určuje různé nákladové složky a rozsah finanční účasti jednotlivých sektorů společnosti. Pomocí těchto informací je možné optimalizovat vynakládání finančních prostředků na základě vytipování případných neefektivních oblastí, a dosáhnout tak úspor.

Hledisko veřejných výdajů

Termínem „veřejné výdaje“ se označuje hodnota zboží a služeb pořizovaných orgány státní správy příslušné země (tj. na centrální, krajské a místní úrovni) za účelem výkonu jejich jednotlivých funkcí (tj. zdravotní péče, justice, veřejný pořádek, vzdělání, sociální služby). Analýza veřejných výdajů příslušného státu poskytuje užitečné informace o tom, jak efektivně a účinně je jeho vláda schopna vynakládat finanční prostředky.

Kalkulace veřejných výdajů souvisejících s užíváním drog se provádí jinak než v případě vyčíslování společenských nákladů. Veřejné výdaje představují pouze určitý podíl společenských nákladů, převážně ve formě přímých nákladů; nepřímé náklady jsou z této částky jednoznačně vyňaty, stejně jako náklady vynaložené soukromými zainteresovanými subjekty (např. soukromými zdravotními pojišťovnami). Přímé veřejné výdaje výslovně označované jako „související s drogami“ je možné od počátku vysledovat na základě zevrubného přezkoumání oficiálních finančních výkazů (např. rozpočtových přehledů nebo výročních finančních zpráv). Provádění těchto odhadů je komplikované v případě, že příslušné prostředky nefigurují jako výdaje související s drogami, ale jsou součástí programů s širšími cíli (např. celkového rozpočtu na policejní operace). V takovém případě je nutné přímé, blíže nespecifikované výlohy související s drogami vypočítávat na základě modelů.

Prvořadým cílem kalkulací společenských nákladů je poměřit zátěž, kterou drogová problematika představuje pro společnost, s prostředky, jež společnost vynakládá na řešení těchto problémů (včetně možných nepřímých dopadů), což v konečném důsledku vede k otázce efektivnosti a účinnosti, tj. zda jednotlivé vlády vynakládají své finanční prostředky uvážlivě a na řešení těch správných problémů. Někteří autoři (Reuter, 2006) se však vyjadřují v tom smyslu, že z hlediska politiky jsou veřejné výdaje relevantnější než společenské náklady. Pomocí rozpočtu na řešení drogové problematiky je možné popsat jednotlivé politiky, které určitá vláda uplatňuje za účelem snížení míry užívání drog a souvisejících problémů, což je první krok, na jehož základě je možné rozhodnout o adekvátnosti úrovně a obsahu takových politik.

Šest zemí poskytlo podrobné údaje o výdajích spojených s bojem proti drogám (tab. 1). V těchto zemích představovaly veřejné výdaje související s drogami od 0,11 % do 0,96 % celkových všeobecných státních výdajů v daném roce (střední hodnota 0,32 %) nebo od 0,05 % do 0,46 % národního hrubého domácího produktu (HDP) (střední hodnota 0,15 %). Aktivity „prosazování práva“ představovaly 24 až 77 % celkových výdajů, zatímco zbývající prostředky byly vynaloženy na aktivity „zdravotní a sociální péče“.

Evropské země společně hlásily celkové veřejné výdaje související s drogami ve výši 8,1 miliardy eur. Toto číslo pravděpodobně nevyjadřuje plnou výši veřejných výdajů souvisejících s drogami, protože hlášené údaje jsou ve velké míře neúplné. Šest zemí uvedených v tabulce 1 tvoří 76 % celkových veřejných výdajů hlášených členskými státy EU a Norskem. Na základě údajů poskytnutých těmito šesti zeměmi bylo vypočteno, že celkové veřejné výdaje evropských zemí související s drogami se pohybují někde mezi

Tabulka 1: Srovnání vybraných zemí s úplnými údaji a dalšími podrobnostmi o skladbě jejich veřejných výdajů souvisejících s drogami

Země	Celkové hlášené výdaje			Podíl celkových výdajů věnovaný na	
	částka (milionů EUR)	podíl na celkových veřejných výdajích ⁽¹⁾ (%)	podíl na HDP ⁽²⁾ (%)	zdravotní a sociální péči ⁽³⁾ (%)	vymáhání zákona ⁽⁴⁾ (%)
Belgie ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Maďarsko	43,5	0,11	0,05	23	77
Nizozemsko	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finsko	272,0	0,36	0,18	76	24
Švédsko (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Spojené království	2290,0	0,29	0,13	51	49

(¹) Celkové všeobecné státní výdaje v daném roce (zdroj: Eurostat).
(²) Hrubý domácí produkt v daném roce (zdroj: Eurostat).
(³) Výdaje na zdravotní a sociální péči včetně léčby, minimalizace rizik, zdravotní výzkum a vzdělávací, preventivní a sociální intervence. V případě Finska uvedená částka zahrnuje vedle „prevence zneužívání létek“ ještě majetkové škody, monitorování a výzkum.
(⁴) Výdaje na vymáhání zákona zahrnují výdaje na policii, soudní stráž, vězeňskou službu, celní správu a finanční policii.
(⁵) Belgie rovněž alokovala 3 % celkových hlášených výdajů na „aktivity řízení protidrogové politiky“.
Zdroje: Národní kontaktní místa a Eurostat.

13 miliardami eur a 36 miliardami eur ⁽⁴⁾. Tato čísla představují 0,12 až 0,33 % HDP Evropské unie (25 zemí) v roce 2005.

Na úrovni EU poskytne Evropská komise v rámci nového rozpočtu na období 2007–2013 významné finanční prostředky na řešení problému drog. Projednává se nový finanční nástroj pro drogovou prevenci a osvětu ve výši 21 milionů eur, který by mohl být přijat na konci roku 2007 a který by letos uvolnil 3 miliony eur na nadnárodní projekty. Ostatní nové finanční nástroje, jako například Program předcházení trestné činnosti a boj proti ní, Program veřejného zdraví 2007–2013 a 7. rámcový program pro výzkum a technologický rozvoj 2007–2013, rovněž poskytují příležitost financování pro organizace pracující s různými aspekty problematiky drog. Vedle toho od roku 2005 ES a členské státy spolufinancovaly projekty pomoci související s drogami ve třetích zemích v hodnotě přes 750 milionů eur.

V reakci na akční plán EU pro boj proti drogám na období 2005–2008 agentura EMCDDA v současné době pracuje na vývoji metodiky, která umožní členským státům, kandidátským zemím a Norsku shromažďovat standardizovaná data o výdajích souvisejících s drogami. To pomůže EMCDDA odhadnout jednak celkové veřejné výdaje alokované na drogy, tak i jejich rozdělení mezi jednotlivé aktivity.

Vývoj v oblasti právních předpisů a politik na úrovni EU

Na konci roku 2006 Evropská komise předložila své první průběžné posouzení ⁽⁵⁾ implementace akčního plánu EU pro boj proti drogám (2005–2008). V něm hodnotila, do jaké míry se podařilo realizovat aktivity plánované pro rok 2006 a zda byly dosaženy cíle plánované pro rok 2006. EMCDDA k tomu přispěla vypracováním souboru zpráv. Podobný krok proběhne v roce 2007, ještě před závěrečným hodnocením dopadu akčního plánu EU pro boj proti drogám, které Evropská komise předloží v roce 2008.

Vykazování společenských nákladů užívání drog

Údaje o společenských nákladech užívání drog uvádí pouze malý počet států. Ve Finsku (data z roku 2004) byly nepřímé náklady související s užíváním drog, včetně zneužívání léků, vyčísleny na hodnotu pohybující se v rozmezí 400–800 milionů eur, z čehož 306–701 milionů eur bylo připisováno nákladům v podobě ztráty života následkem předčasného úmrtí, zatímco ušlá produktivita dosáhla výše 61–102 milionů eur. Ve Francii se v roce 2003 společenské náklady odhadovaly na 907 milionů eur a v Lucembursku v roce 2004 na 29,7 milionů eur.

(⁴) Z těchto šesti zemí čtyři (Maďarsko, Nizozemsko, Finsko a Švédsko) poskytly podrobné vzorové metodické přístupy týkající se jejich údajů. Jestliže na zbývající země aplikujeme hodnotu prvního a čtvrtého kvantilu distribuce percentuální části celkových státních výdajů (0,18 %, resp. 0,69 %) a percentuální části HDP (0,08 %, resp. 0,37 %) vynaložených v rámci veřejných výdajů v těchto šesti vybraných zemích, dostaneme interval celkových úhrnných výdajů.

(⁵) http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

V červnu 2006 Evropská komise v souladu s akčním plánem pro boj proti drogám vydala Zelenou knihu o úloze občanské společnosti v protidrogové politice v Evropské unii (6). Cílem tohoto dokumentu je prozkoumat, jak nejlépe uspořádat průběžný dialog s organizacemi občanské společnosti, které aktivně působí v drogové oblasti. Zainteresované strany byly vyzvány, aby se vyjádřily ke dvěma možnostem strukturovaného dialogu: k fóru občanské společnosti o drogách jako platformě pro pravidelné neformální konzultace nebo k tematickému propojení existujících sítí.

Zapojení občanské společnosti do protidrogové politiky EU je také jedním z hlavních cílů konkrétního programu protidrogové prevence a osvěty 2007–2013 (7), který Evropská komise navrhla v rámci všeobecného programu pro základní práva a spravedlnost. Cílem protidrogového programu je pomoci učinit Evropu svobodným, bezpečným a spravedlivým místem, a to zlepšením informací o účincích užívání drog a prevencí a snižováním užívání drog, závislosti a škod souvisejících s drogami. Pro období 2007–2013 má tento program celkový rozpočet 21 milionů eur. Protidrogový program se ještě projednává v Evropském parlamentu a Radě vzhledem k jeho přijetí v rámci spolurozhodovací procedury.

Nová národní legislativa

Snižování nabídky

V loňském roce členské státy provedly četné legislativní změny v oblasti snižování poptávky, ale mnoho zemí také zavedlo opatření pro zlepšení právních rámců, které řeší obchodování s drogami a otázky související se snižováním nabídky.

V Irsku patří k podstatným změnám zavedení zákona o trestní justici z roku 2006, který vymezuje nové trestné činy dodávání drog vězňům, ustanovení zabývající se protispolečenským jednáním a návrhy posilující ukládání povinného minimálního trestu deseti let odnětí svobody za obchodování s drogami v tržní hodnotě 13 000 eur a více. Být členem „zločinného spolčení“ (které je definováno v zákoně) a napomáhat mu, je trestné a byl vytvořen rejstřík pachatelů drogových deliktů, který vyžaduje, aby osoby odsouzené za obchodování s drogami sdělily policii svou adresu po svém propuštění z vězení. Naproti tomu procedurální změny byly zavedeny v Maďarsku, kde nařízení o národní policejní centrále mělo za cíl kodifikovat všechny policejní činnosti související s drogami a prekursorů v jediném, komplexním zákoně, který by pomohl potlačit drogovou kriminalitu.

Byly také zřízeny nebo zdokonaleny procedury týkající se použití určitých nástrojů k boji proti obchodování s drogami. V Estonsku byl v květnu 2005 novelizován zákon o omamných a psychotropních látkách a související zákony, čímž se rozšířil rozsah dohledu. V Rumunsku zákon účinný od června 2006 zavedl evropský zatykač a stanovil procedury pro jeho uplatnění a dále opatření ke zlepšení soudní spolupráce, dohledu a přeshraničního stíhání a přenosu právních procedur. V Bulharsku nový trestní řád zavedený v říjnu 2005 reguluje kontrolované dodání, důvěrné transakce a tajné vyšetřování. Existují také ustanovení o dočasné ochraně svědků v případech drogové kriminality a za určitých okolností o ochraně totožnosti svědků a dále zvláštní pravidla pro vyslýchání těchto svědků a nasazení tajných policistů.

Obdobné nástroje jsou k dispozici státním zástupcům i v jiných zemích. V České republice se při stíhání drogové trestné činnosti často používají ustanovení trestního řádu, která umožňují ochranu totožnosti svědků a sledování osob. Zákon o ochraně svědků také nachází hojné uplatnění v případech drogové kriminality na Kypru.

Nedávný vzestup obchodování s kokainem obrátil pozornost ke karibské oblasti. V Nizozemsku je od začátku roku 2003 v provozu zvláštní soud s vězeňským zařízením na letišti Schiphol. Od počátku roku 2005 probíhá stoprocentní kontrola všech letů z klíčových zemí v Karibiku. V roce 2004 bylo zatýkáno v průměru 290 drogových kurýrů měsíčně; tento počet do začátku roku 2006 klesl na 80 měsíčně. Ve Francii zákon přijatý v říjnu 2005 posiluje spolupráci s karibským regionem, s cílem zachytit dovoz nezákonných drog leteckou a námořní cestou.

Regulace drogových testů

Řada zemí hlásila zavedení legislativy, která umožňuje, definuje nebo reguluje drogové testy řidičů, zatčených osob, vězňů nebo zaměstnanců v různých situacích.

Náhodné silniční kontroly řidičů s využitím přenosných zařízení pro rychlé testování jsou nyní povoleny v Litvě podle usnesení, kterým byl schválen Národní program bezpečné silniční dopravy 2005–2010, a v Lucembursku podle návrhu zákona z roku 2004 upravujícího zákon o silničním provozu. V Lotyšsku novelizovaný trestní zákon nyní postihuje řidiče podezřelé z řízení vozidla pod vlivem omamných látek, kteří se odmítnou podrobit testu, s možností uložit trest odnětí svobody v případě opakovaného odmítnutí během jednoho roku. Rovněž v Lotyšsku upravený zákon „o policii“ nyní

(6) http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

(7) KOM(2006) 230 v konečném znění.

stanoví, že osoba může být převezena do zdravotnického zařízení k tomu, aby bylo zjištěno, zda požíla alkohol nebo omamné, psychotropní nebo toxické látky, a odkazuje na vládní nařízení, které tuto proceduru podrobně upravuje. Procedury týkající se drogových testů řidičů jsou dále popsány ve vybraném tématu drogy a řízení vozidel z roku 2007.

Určité skupiny zatčených osob mohou být nyní testovány na drogy ve Skotsku, v souladu s postojem Anglie a Walesu k této otázce, a nový návrh vězeňského řádu zveřejněný v Irsku v červnu 2005 ministerstvem pro spravedlnost, rovnost a právní reformu zavádí možnost povinných drogových testů pro vězně. Uvádí se, že je to v zájmu pořádku, bezpečnosti, zdraví a ostrahy, a testy se budou provádět na vzorcích moči, ústních tekutin a/nebo vlasů.

V Norsku už nadále neplatí, že drogové testy na pracovišti mohou být prováděny za předpokladu, že k nim dá zaměstnanec nebo uchazeč o práci souhlas. Od doby, kdy vstoupil v platnost paragraf 9 odst. 4 zákona o pracovním prostředí z roku 2005, může zaměstnavatel požadovat, aby zaměstnanec nebo uchazeč o práci podstoupil drogový test pouze za okolností vymezených v nařízeních a předpisech, nebo jestliže výkon práce pod vlivem omamných látek s sebou nese zvláště vysoké riziko, nebo jestliže se zaměstnavatel domnívá, že testování je nezbytné k ochraně života a zdraví zaměstnanců nebo třetí strany. Nová vyhláška finské vlády o drogových testech na pracovišti uvádí komplexní seznam ustanovení upravujících otázku souhlasu a také požadavků na kvalitu zkušebních laboratoří, vzorků a výsledků testů.

V České republice jsou pravidla upravující použití drogových testů policií, vězeňským personálem nebo zaměstnavateli nyní definována v zákoně 379/2005 Sb., „o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami“. Odborné vyšetření je povinné, jestliže lze důvodně předpokládat, že užití látek uvádí osobu do stavu, v níž může sobě nebo ostatním přivodit újmu. Uvádí se také, kdy policie, vězeňský personál nebo zaměstnavatelé mají právo provést dechovou zkoušku nebo odebrat vzorek slin. Lékařské vyšetření dechovou zkouškou a ze vzorků biologického materiálu se smí provádět pouze v lékařských zařízeních s odpovídající odbornou a provozní kompetencí.

Trestná činnost související s drogami

Potřeba předcházet trestné činnosti související s drogami stojí vysoko na žebříčku evropské politické agendy, což ilustruje skutečnost, že současná protidrogová strategie EU vymezuje tento cíl jako klíčovou oblast kroků k naplnění záměru dosáhnout vysoké míry bezpečnosti pro širokou veřejnost.

Mezi úkoly stanovenými pro rok 2007 v akčním plánu EU pro boj proti drogám na období 2005–2008 je přijetí společné definice „trestné činnosti související s drogami“ na základě návrhu Evropské komise, který vychází ze studií předložených agenturou EMCDDA. Význam pojmu „trestná činnost související s drogami“ se liší podle oboru a odborníků, ale může být vnímán tak, že zahrnuje čtyři široké kategorie: *psychofarmakologická kriminalita* (trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky), *hospodářská kompulzivní kriminalita* (trestné činy spáchané s cílem získat peníze, zboží nebo drogy na podporu drogového návyku), *systémová kriminalita* (trestné činy spáchané v rámci fungování trhů s nezákonnými drogami) a *kriminalita porušující protidrogové právní předpisy* (včetně užívání, držení, obchodování, distribuce atd.) (viz též EMCDDA, 2007a).

Definice těchto prvních tří aspektů trestné činnosti související s drogami je někdy obtížné uplatnit v praxi a údaje jsou vzácné a útržkovité. Údaje o „hlášení“⁽⁸⁾ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy jsou dostupné ve všech evropských zemích analyzovaných v této zprávě. Promítají se do nich rozdíly v národních legislativách, ale také různorodost způsobů, kterými jsou tyto zákony uplatňovány a vymáhány, a rozdíly v prioritách a zdrojích alokovaných orgány trestní justice na konkrétní trestné činy. Navíc mezi národními systémy informací o porušování protidrogových právních předpisů existují odlišnosti, zvláště co se týká postupů hlášení a evidence – tj. co se eviduje, kdy a jak. V důsledku toho může být obtížné provádět porovnání mezi zeměmi; proto je vhodnější porovnávat trendy spíše než absolutní čísla a při analýze průměrných evropských trendů brát v úvahu velikost populace dané země. Na úrovni EU počet „hlášení“ o porušování protidrogových právních předpisů celkově v letech 2000 až 2005 vzrostl v průměru o 47 % (obr. 1). Údaje ukazují rostoucí trendy ve všech sledovaných zemích s výjimkou Lotyšska, Portugalska a Slovinska, které za pětileté období hlásily celkový pokles⁽⁹⁾.

⁽⁸⁾ Výraz „hlášení“ je v kontextu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy uváděn v uvozovkách, protože označuje různé koncepty v různých zemích (policijní zprávy osob podezřelých z porušení protidrogové legislativy, obvinění vznesená pro porušení protidrogové legislativy atd.). Přesnou definici pro každou zemi naleznete v metodických poznámkách k trestným činům porušujícím protidrogové právní předpisy ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁾ Viz tab. DLO-1 ve Statistickém věstníku 2007.

Poměr mezi počtem trestných činů souvisejících s užíváním a počtem trestných činů souvisejících s obchodováním je různý, přičemž většina evropských zemí hlásí, že převážná část trestných činů souvisí s užíváním drog nebo s jejich držením pro vlastní potřebu, když toto číslo za rok 2005 dosahuje až 91 % ve Španělsku ⁽¹⁰⁾. Avšak v České republice, Lucembursku, Nizozemsku, Turecku a Norsku převažují trestné činy porušující protidrogové právní předpisy týkající se nezákonného zacházení a obchodování s drogami, které tvoří až 92 % (Česká republika) všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy hlášených v roce 2005.

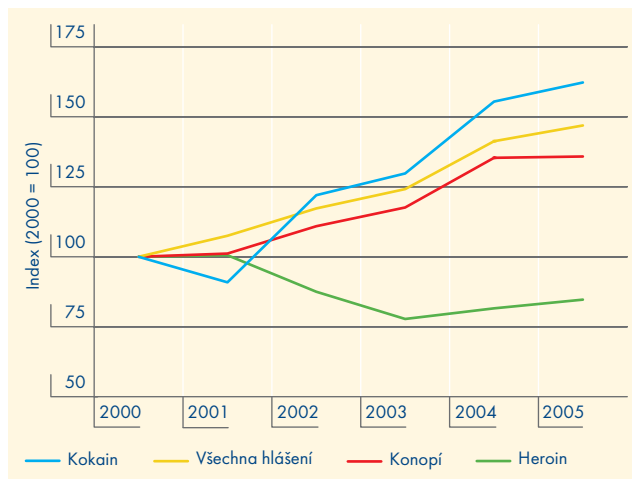
Ve většině evropských zemí je konopí drogou nejčastěji související s hlášenými trestnými činy porušujícími protidrogové právní předpisy ⁽¹¹⁾. V zemích, kde tomu tak je, tvořily v roce 2005 trestné činy související s konopím 42 až 74 % všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. V České republice převažovaly trestné činy související s metamfetaminem, které tvořily 53 % všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, zatímco v Lucembursku byl nejčastěji hlášenou látkou kokain (prokázán v 35 % trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy).

Během pětiletého období 2000–2005 počet „hlášení“ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s konopím zůstal stejný nebo vzrostl ve většině sledovaných zemí, což v průměru vedlo k celkovému nárůstu o 36 % na úrovni EU (obr. 1). Sestupné trendy však hlásily Česká republika (2002–2005) a Slovinsko (2001–2005).

Ve všech sledovaných zemích s výjimkou Lucemburska a Nizozemska je konopí drogou nejčastěji spojenou s trestnými činy užívání nebo držení drogy. Nicméně podíl trestných činů souvisejících s užíváním konopí se od roku 2000 v několika zemích snížil (Řecko, Itálie, Kypr, Rakousko, Slovinsko a Turecko) a v posledním roce, za který jsou údaje dostupné (2004–2005), ve většině sledovaných zemí klesl, což zřejmě naznačuje, že v těchto zemích se orgány činné v trestním řízení možná zaměřují na konopí méně než na jiné drogy ⁽¹²⁾.

Počet trestných činů souvisejících s kokainem za období 2000–2005 vzrostl ve všech evropských zemích s výjimkou

Obr. 1: Indexované trendy počtu hlášených případů porušení protidrogových právních předpisů v členských státech EU, 2000–2005



Poznámka: Trendy vyjadřují dostupné informace o národním počtu případů porušení protidrogových právních předpisů (trestných nebo nikoli) hlášeném všemi orgány pro prosazování práva v členských státech EU. Všechny řady jsou indexovány k bázi 100 v roce 2000 a váženy podle velikosti populace, čímž je dán celkový trend EU.

Protože definice a jednotky studií se mezi zeměmi značně liší, používá se obecný termín „hlášení případů porušení protidrogových právních předpisů“; více informací viz „Trestné činy porušující protidrogové právní předpisy: metody a definice“ ve Statistickém věstníku 2007.

Země, kde chyběly údaje za období dvou nebo více po sobě následujících let, nejsou do výpočtu trendu zahrnuty: celkový trend vychází ze 24 zemí, trend pro heroin vychází z údajů čtrnácti zemí, pro kokain ze čtrnácti a pro konopí z patnácti.

Další informace viz obr. DLO-6 ve Statistickém věstníku.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox a pro údaje o populaci <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Německa, kde počet zůstává relativně stálý. Průměr EU za stejné období vzrostl o 62 % (obr. 1).

Počet „hlášení“ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s heroinem v letech 2000 až 2005 ukazuje odlišný obrázek než v případě konopí nebo kokainu, když v Evropské unii celkově poklesl v průměru o 15 %, hlavně v letech 2001 až 2003. Národní trendy v trestné činnosti související s heroinem se však za dané období odchylují, když jedna třetina zemí hlásila vzestupné tendence ⁽¹³⁾.

Výzkum drogové problematiky

Financování

Výzkum související s drogami v Evropě, jak hlásí národní kontaktní místa, je financován ze státních a evropských

⁽¹⁰⁾ Viz tab. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹⁾ Viz tab. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹²⁾ Stojí za zmínku, že v některých zemích, kde podíl trestných činů souvisejících s užíváním konopí klesá, absolutní počty trestných činů souvisejících s konopím rostou.

⁽¹³⁾ Důvodem skutečnosti, že evropský průměr nereflexuje nárůst počtu trestných činů souvisejících s heroinem, jež se vyskytují v polovině sledovaných zemí, je hlavně to, že země, pro něž chybějí údaje za dva po sobě jdoucí roky, nejsou do evropského průměru zahrnuty, ale také proto, že evropský průměr zohledňuje velikost populace jednotlivých zemí (tudíž dává větší váhu údajům z některých zemí oproti jiným).

veřejných financí. Několik členských států hlásí, že výzkum drog financují z všeobecných státních výzkumných fondů (Německo, Nizozemsko, Finsko, Spojené království), výzkumných fondů ministerstva zdravotnictví (Itálie) nebo z fondů řízených národním koordinačním orgánem protidrogové politiky (Francie, Švédsko). V Rumunsku je výzkum financován prostřednictvím mezinárodních organizací, jako je Globální fond.

Výzkumná činnost

Vezmeme-li recenzované vědecké publikace za ukazatele vědecké činnosti, pak analýza těchto publikací v letech 2005 a 2006, citovaných v národních zprávách, ukazuje určitý vzorec priorit tematicky zaměřeného výzkumu, které se mezi zeměmi liší.

Léčba závislosti se jeví jako významné téma výzkumu, přičemž většina studií zkoumá různé aspekty substituční léčby. Výzkum prevence tvoří mnohem menší část vědecké literatury citované v národních zprávách. Z pěti klíčových ukazatelů EMCDDA jsou nejpočetnější publikace o infekčních chorobách, po nichž následují publikace o prevalenci užívání drog mezi mladými lidmi.

Vědecké publikace citované v národních zprávách se mezi zeměmi liší. Výzkum léčby, zejména uživatelů drog s hepatitidou C, je citován zvláště často v německé zprávě, zatímco nizozemská zpráva se soustředí na nové metodiky léčby. Výzkumné studie citované ze Spojeného království se zabývají hlavně problémovým užíváním drog, otázkami kriminality a drogového trhu. Nepříliš početné odkazy na neurologický výzkum jsou především nizozemské; v této oblasti však financoval řadu výzkumných projektů také francouzský MILDT.

Nedávno zahájené výzkumné programy poskytují důkazy o podobných národních výzkumných prioritách v členských státech. Současné financování národního výzkumu

v Německu je určeno k optimalizaci léčebných služeb tak, aby vyhověly poptávce po léčbě, včetně základního výzkumu. V roce 2006 Nizozemsko zahájilo výzkumný program „Rizikové chování a závislost“. Ve Spojeném království byly nedávno zahájeny studie kvality léčebných systémů a studie velmi mladých problémových uživatelů drog. Nové členské státy se hlavně soustředí na budování vědecké základny pro své monitorovací systémy, například prostřednictvím průzkumů mezi mladistvými.

Výzkum na úrovni EU

Financování výzkumu souvisejícího s drogami zajišťuje EU prostřednictvím rámcových programů výzkumu, z nichž ten nejnovější, 7. rámcový program (2007–2013), byl zahájen na konci roku 2006. Výzkumné projekty, které hlásily jejich výsledky v letech 2005–2006, čerpaly z tématu „Kvalita života“ v 5. rámcovém programu EU pro výzkum (1998–2002). Mezi nimi jsou „kvazimandatorní léčba drogově závislých pachatelů trestné činnosti v Evropě“ (QCT), „potřeby podpory pro uživatele kokainu a cracku v Evropě“ (COCINEU) a „integrováné služby zaměřené na duální diagnózu a optimální vyléčení ze závislosti“ (ISADORA).

Drogy a řízení vozidel, vybraná témata EMCDDA 2007

Psychoaktivní látky mohou negativně ovlivnit schopnost člověka řídit vozidlo v míře, která zvyšuje riziko nehod a zranění. Příspěvek na vybrané téma drog a řízení motorových vozidel poskytuje přehled výsledků různých typů studií věnujících se této oblasti, přičemž zvláštní pozornost je věnována konopným drogám a benzodiazepinům, jakož i preventivním a právním způsobům řešení tohoto problémového chování.

Toto vybrané téma je k dispozici v tištěné podobě a na internetu (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) pouze v angličtině.



Kapitola 2

Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Akční plán EU pro boj proti drogám 2005–2008 výslovně vyzývá členské státy, aby zvýšily poskytování efektivních a diverzifikovaných metod prevence, léčby, minimalizace škod a sociální reintegrace, které jsou snadno dostupné. Tyto faktory drogové problematiky v Evropě podrobněji rozebírá následující kapitola.

Strategie prevence lze zaměřit na různé skupiny – od celkové populace ke konkrétním rizikovým skupinám – a podle toho se liší použité metody. Uživatelům drog a drogově závislým je k dispozici také léčba a opatření k minimalizaci škod, přičemž v mnoha zemích byla jejich efektivnost hodnocena studii výstupů. Opatření k minimalizaci škod se zaměřují na prevenci úmrtí souvisejících s drogami a snížení zdravotních škod, například infekcí HIV nebo hepatitidy C. Závislost na heroinu se obvykle léčí substituční metodou a pro závislost na konopí, amfetaminu a kokainu byly vytvořeny speciální programy. V případě úspěšné léčby je dalším krokem sociální reintegrace. Životní podmínky mnoha uživatelů drog jsou špatné a strategie sociální reintegrace musejí často překonávat značné problémy.

Pro každý typ intervence jsou uvedeny příklady z různých zemí a jsou diskutovány výsledky výzkumu dokládající jejich účinnost, nebo naopak neúčinnost.

Prevence

Účinky jednotlivých strategií prevence nelze obecně měřit změnami v prevalenci užívání drog v populaci. Avšak každou strategii prevence lze porovnávat s nashromážděnými důkazy, a zjistit tak, zda se jedná o intervenci založenou na důkazech, či nikoli. K tomu jsou třeba kvalitní informace o obsahu, záběru a počtu preventivních intervencí.

Zlepšování dostupných informací: monitorování, kontrola jakosti a hodnocení

Členské státy v rostoucí míře monitorují preventivní intervence, a poskytují tedy údaje o obsahu a dostupnosti intervencí. Záběr informací rozšířily Německo, Nizozemsko a Norsko. Řecko, Kypr, Litva a Itálie monitorují školní prevenci, zatímco

v Řecku, Polsku, Švédsku a Finsku probíhají studie služeb prevence na úrovni komunit a Francie vytvořila centralizovaný systém pro monitorování protidrogové prevence. Některé země (Česká republika, autonomní oblast Galicie ve Španělsku, Maďarsko a Norsko) se již zaměřují na důkazní bázi při posuzování žádostí o financování intervencí a zvažují zavedení systémů akreditace. Portugalsko, Finsko a Rumunsko mají pro programy prevence stanovena minimální kvalitativní kritéria.

Informace z Maďarska a Nizozemska nasvědčují tomu, že existence systémů monitorování prevence a kvalitativních kritérií vede k lepšímu hlášení projektů a hodnocení a vyšší kvalitě intervencí.

Většina programů prevence se nevyhodnocuje. Ty, které jsou hodnoceny, bývají obvykle posuzovány z hlediska „rozsahu a přijetí intervence“ spíše než podle toho, „do jaké míry bylo dosaženo cílů“ (řecká národní zpráva).

V posledních letech probíhala posouzení účinnosti prevence v Německu (Bühler a Kröger, 2006) a ve Spojeném království (Canning a kol., 2004; Jones a kol., 2006) a prováděla je také Světová zdravotnická organizace (WHO) (Hawks a kol., 2002). Posouzení pomáhají definovat správnou praxi ve strategiích prevence. Nejnovější a nejrozsáhlejší studie (Bühler a Kröger, 2006) hodnotila 49 velmi kvalitních přehledů, jako například recenzí a metaanalýz, o prevenci zneužívání látek a dospěla k několika závěrům ohledně efektivních strategií protidrogové prevence. V dalších oddílech je rozebírána účinnost těchto různých typů prevence na základě výsledků této studie a studií dalších.

Kampaně v médiích

Hawks a kol. (2002) v souladu s HDA (2004) dochází k závěru, že „použití hromadných sdělovacích prostředků samo o sobě, zvláště v přítomnosti jiných protichůdných vlivů, nebylo shledáno účinným způsobem snižování různých typů užívání psychoaktivních látek. Bylo však zjištěno, že zlepšuje informovanost a poskytuje podporu iniciativám protidrogové politiky.“ Nicméně další důkazy svědčí o tom, že kampaně

Praxe založená na důkazech

Praxe založená na důkazech zahrnuje intervence (např. léčbu drogové závislosti), u nichž se na základě vědeckého výzkumu (např. prostřednictvím výzkumných studií) jednoznačně prokázalo, že u klienta vedou k požadovaným výsledkům (např. ke snížení míry užívání drog). Jako kritérium, pomocí něhož se určuje, zda je určitou intervencí možné považovat za praxi založenou na důkazech, se běžně užívá její účinnost a efektivnost (Brown a kol., 2000; Flay a kol., 2005).

Účinnost je měřítkem úspěšnosti intervence v ideálních výzkumných podmínkách. Účinnost se ideálně určuje provedením kontrolované klinické studie, během níž jsou někteří její účastníci vystaveni testované intervenci, zatímco kontrolní skupina absoluuje jinou intervenci, případně není vystavena žádné intervenci, nebo ještě lépe v rámci randomizované kontrolované studie, při níž jsou účastníci náhodně rozděleni do skupin, v nichž jsou vystaveni jedné z těchto dvou intervencí (Cochrane Collaboration, 2007). Obecně se má za to, že jedině na základě randomizované kontrolované studie nebo kontrolované studie, pokud možno v kombinaci s evaluací procesu, je možné stanovit účinnost určité intervence, a poskytnout tak východisko pro budoucí praxi a politiku.

Náhodné rozřazení účastníků takovým způsobem, aby byli buď vystaveni určité intervenci, nebo tvořili kontrolní skupinu, však není vždy realizovatelné.

Efektivnost je měřítkem úspěšnosti intervence v běžných podmínkách. Intervence, které vykazují slibné výsledky při kontrolovaných studiích, jsou následně realizovány v každodenní praxi, aby se zjistilo, jak budou fungovat za běžných okolností.

Studie efektivnosti, např. národní studie výsledků léčby, se primárně soustředí na zkoumání dopadu intervence na zdraví, případně na jiné relevantní výsledky, aby tak shromáždily důkazy o tom, co v praxi funguje.

Proces zajišťování takových důkazů však komplikuje rozdílnost názorů na způsob posuzování kvality výzkumných studií hodnotících účinnost či efektivnost a na to, která výzkumná metoda (např. kvantitativní nebo kvalitativní) je při pořizování příslušných důkazů o fungování jednotlivých intervencí nejvhodnější. Závěry ohledně toho, co funguje, se proto mohou lišit. Zůstává obtížné určit, jak hodnotit a porovnávat různé zdroje důkazů v rozhodovacím procesu. Ještě obtížnější situace pak bude v případě intervencí, které se zatím nemohou opřít o komplexní korpus výzkumem ověřených poznatků, ale o jejichž efektivitě vypovídají dosavadní zkušenosti.

Přes tyto problémy se i nadále vychází z předpokladu, že výzkumem ověřených poznatků je možné zdokonalit zdravotnickou praxi a politiku a že je zapotřebí dále rozvíjet diskusi o postupech založených na těchto ověřených skutečnostech, a to společně s jasnými kritérii pro hodnocení takových důkazů.

EMCDDA chce přispět k této výměně a dalšímu šíření praxe založené na ověřených poznatcích, a pracuje proto na vývoji on-line portálu, který bude poskytovat přehled o nejnovějších dostupných vědeckých poznatcích ohledně efektivnosti různých intervencí a nástrojů, jichž je možné využít ke zvýšení kvality jednotlivých intervencí, a současně o konkrétních příkladech nejlepší praxe realizovaných v členských státech EU. Významným zdrojem informací pro tento portál bude Cochrane Collaboration.

v hromadných sdělovacích prostředcích mohou mít pozitivní účinek, jestliže jsou využity jako podpůrný prostředek k posílení ostatních strategií (Bühler a Kröger, 2006).

Při hodnocení skotské kampaně proti kokainu nazvané „Know the score“ autoři Binnie a kol. (2006) zjistili, že 30 % uživatelů mělo po shlédnutí reklamy nižší pravděpodobnost užití kokainu, avšak 56 % uvedlo, že kampaň nezvrátila jejich úmysl užívat kokain a 11 % tvrdilo, že naopak tím spíše kokain užívat bude. Navíc nedávné přehodnocení kampaně americké vlády proti konopí potvrdilo dřívější zjištění, že zatímco kampaň (přes pozitivní míru odezvy (recall rates) a diferenciaci podle cílových skupin) neměla žádný účinek na postoje mladých neuzivatelů k užívání konopí, bylo působení kampaně spojeno s nežádoucími účinky v tom, jak mladiství vnímali užívání marihuany u ostatních (GAO, 2006).

V několika ojedinělých případech však došlo k posunu od důrazu kladeného na zlepšení znalostí (cíl většiny kampaní v hromadných sdělovacích prostředcích) k předání

sociálně-emocionálního sdělení (pokus změnit pohled např. na užívání konopí). Například v Nizozemsku kampaň přinášela sdělení „Nejsi blázen, když nekouříš konopí, protože 80 % všech mladých lidí ho také nekouří“⁽¹⁴⁾. Některé prvky irské národní kampaně drogové prevence navíc mají rozptýlit určité mýty, které se kolem konopí objevují, jako například tvrzení, že je „organické“ a „přírodní“.

Strategie zaměřené na prostředí u legálních látek

Zvyšování ceny látky a/nebo zákonem stanovené věkové hranice pro její konzumaci má prokazatelně kladný účinek na snižování je spotřeby, avšak je použitelné pouze v případě legálních látek, jako je alkohol a tabák (Bühler a Kröger, 2006). Takovéto strategie zaměřené na prostředí dosud byly spíše fenoménem severovýchodních zemí a USA, přičemž se soustředily především na alkohol, a to se slibnými výsledky (Lohrmann a kol., 2005; Stafström a kol., 2006). Stále hojněji se však objevují komplexní přístupy na úrovni komunit, kdy

⁽¹⁴⁾ Viz <http://www.drugsinfo.nl>

jsou alkohol a tabák chápány podobně jako nezákonné látky. Belgie, Bulharsko, Dánsko, Litva, Lucembursko, Nizozemsko, Polsko, Slovensko a Norsko nyní vesměs hlásí existenci strategií na úrovni komunit nebo diskuse o dalším zdanění alkoholu a tabáku nebo zákonech regulujících jejich dostupnost. Cílem těchto strategií je snížit spotřebu mezi mladými lidmi, vytvořit bezalkoholové zóny nebo zvýšit bezpečnost v nočních podnikách. Co se týká škol, nedávné studie z Evropy (Kuntsche a Jordan, 2006) a jiných zemí (Aveyard a kol., 2004) potvrzují, že normativní klima a neformální sítě silně ovlivňují chování spotřebitelů legálních drog a konopí. O zavedení školních norem se nyní ve větší míře uvažuje v Německu, Irsku a Itálii⁽¹⁵⁾.

Všeobecná prevence

Interaktivní programy založené na modelu sociálního vlivu nebo získání životních dovedností se ukázaly jako účinné ve školách, avšak jednotlivá opatření prováděná izolovaně (například pouze sdělování informací, emocionální výchova nebo jiná neinteraktivní opatření) byla hodnocena negativně (Bühler a Kröger, 2006). Z organizačních důvodů za školní prevenci obvykle zodpovídají místní orgány, zvláště v severských zemích, Francii a Polsku.

Někteří komentátoři tvrdí, že všeobecné zdravotní programy spojené s doplňkovými programy zaměřenými na životní dovednosti vedou ke větším změnám než dovednostní výchovné programy samy o sobě, což nasvědčuje tomu, že intervence je nejlepší začlenit do kvalitně zpracované osnovy zdravotní výchovy (Hawks a kol., 2002). To se podle všeho podařilo ve většině členských států. Navíc několik členských států (např. Itálie, Litva, Nizozemsko, Slovensko, Spojené království) řeší drogovou prevenci spolu se zdravotními a sociálními aspekty, jako je např. násilí, problémy duševního zdraví, sociální vyloučení, prospěchové problémy a užívání tabáku a alkoholu v rámci prevence veřejného zdraví, což také obrací větší pozornost k řešení konkrétních potřeb ohrožených skupin.

Často uváděným důvodem, proč nerealizovat modelové programy, je to, že by nebyly přizpůsobitelné místním podmínkám a neřešily by individuální potřeby komunit (Ives, 2006). Proti tomu však stojí argument, že standardizované programy prevence přináší tu výhodu, že jejich protokoly dávají jasné pokyny pro zajištění stabilních realizačních infrastruktur a vytvoření vzdělávacích systémů pro učitele, což

umožňuje společné standardy implementace, a to i tam, kde jsou podmínky ve školách a komunitách velmi nesourodé.

V mnoha členských státech (Bulharsko, Itálie, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Rakousko, Rumunsko) se obsah programů prevence soustředí na zvyšování povědomí, poskytování informací a pořádání izolovaných akcí (např. návštěv odborníků)⁽¹⁶⁾, bez ohledu na důkazy, které svědčí o tom, že jiné metody jsou pravděpodobně účinnější.

Programy sociálního vlivu ve školách jsou velmi rozšířené, zvláště ve Spojeném království a v zemích nabízejících standardizované programy, mezi nimiž jsou např. Německo, Irsko, Řecko, Španělsko, Norsko a k nimž bude brzy patřit také Dánsko.

Co se týká prevence v komunitách, dvanáct členských států hlásí, že ve většině obcí nebo ve všech obcích jsou k dispozici protidrogové plány, v deseti zemích tyto plány představují politickou prioritu. Tyto programy mají převážně formu informačních akcí, v menší míře pak zajišťování alternativních aktivit pro trávení volného času. Všeobecnou prevenci v rodinách většinou tvoří rodičovská setkání nebo informační přístupy, méně často pak intenzivní kurzy pro rodiče.

Selektivní prevence

Členské státy věnují stále větší pozornost strategiím prevence zaměřeným na celé ohrožené komunity⁽¹⁷⁾. To znamená, že tyto komunity je třeba identifikovat, například s použitím standardizovaných nástrojů hodnocení, jako je třeba britský index vícenásobné deprivace (index of multiple deprivation), nebo pomocí socioekonomických ukazatelů, jako je například úroveň bydlení nebo vzdělání (počet žáků, kteří zaostávají se školní docházkou, nebo počet žáků pobírajících příspěvek na vzdělání).

Jakmile jsou vymezeny cílové komunity (např. ve Francii se rozlišují „citlivé městské zóny“ nebo v případě škol „zóny s výchovnými prioritami“), mohou být k těmto deprivovaným skupinám nasměrovány dodatečné finanční prostředky. V Irsku, na Kypru a ve Spojeném království jsou projekty selektivní prevence již realizovány ve většině těchto oblastí, Portugalsko na provádění takové strategie pracuje. Typy působení sahají od poradenských služeb v Estonsku, Řecko, Francii a na Slovensku až k projektům terénní práce v Lucembursku a Rakousku, přičemž se někdy zaměřují na konkrétní etnické skupiny. Dále některé členské státy (Bulharsko, Maďarsko, Litva, Polsko a Rumunsko) hlásí

⁽¹⁵⁾ Viz též <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Údaje z SQ 22 a 25.

⁽¹⁷⁾ Více informací o selektivní prevenci, zvláště o rizikových skupinách a faktorech, viz dřívější výroční zprávy a vybrané téma o užívání drog mezi nezletilými z roku 2007.

rozsáhlé intervence zaměřené na ohrožené rodiny. Středem pozornosti ve většině členských států je užívání látek v rodině, i když několik málo zemí (Řecko, Litva, Maďarsko a Spojené království) se vydalo cestou širšího záběru se zaměřením na všechny sociálně znevýhodněné rodiny.

Přístupy založené na vrstevnických skupinách, třebaže se používají i ve všeobecné prevenci, jsou v rostoucí míře hlášeny při provádění selektivní prevence (Irsko, Nizozemsko, Rakousko, Polsko a Norsko). Autoři Parkin a McKeganey (2000) ve svém přehledu vrstevnických programů došli k závěru, že tyto programy mají největší dopad na samotné vedoucí skupin místo na cílovou skupinu. Zdá se, že tyto přístupy mohou být účinnější při změně znalostí a postojů než při změně chování. Vrstevnické projekty jsou málokdy vůbec hodnoceny, ale pokud jsou (např. Free Style v Norsku), pak typicky hodnotí pouze úspěch při náboru mladých vedoucích skupin ve školách a zda došlo k upevnění znalostí nebo postojů vedoucích skupin.

Přestože selektivní prevence nabývá na popularitě, je třeba postupovat opatrně, zvláště při zapojování rizikových mladých lidí do vrstevnických programů (Cho a kol., 2005; Dishion a Dodge, 2005), protože mezi ohroženými skupinami může dojít k negativnímu „efektu nakažení“. Tyto nezamýšlené efekty, které způsobí sama intervence, mohou vést ke zvýšenému užívání látek nebo rizikovému chování. Avšak tyto nežádoucí účinky se nevztahují pouze na selektivní prevenci, ale jsou zaznamenávány rovněž v případě osvěty v hromadných sdělovacích prostředcích i při jednotlivých preventivních akcích (viz výše).

Léčebné postupy a minimalizace škod

Nejnovější vývoj v léčebných systémech

Léčba uživatelů drog většinou probíhá ambulantně, včetně ordinací praktických lékařů. Rozšíření sítí ambulantní léčby v posledních letech pokračovalo a další geografické rozšíření proběhlo v několika zemích, včetně Bulharska, Estonska, Řecka, Litvy, Rumunska a Řecka. Naproti tomu počet lůžkových zařízení zůstal ve většině zemí neměnný.

K zemím, v nichž je geografické pokrytí území specializovanými zařízeními pro léčbu drogové závislosti velmi sporé, patří Lotyšsko, Maďarsko, Slovensko a Rumunsko. I přes nedávné rozšíření sítě poskytovatelů služeb v Řecku a také v Maďarsku a Polsku i nadále existují pořadníky na substituční léčbu.

Léčba v lůžkových zařízeních, jež dříve byla převažujícím přístupem v léčbě užívání heroínu v mnoha evropských zemích, je dnes relativně méně běžná a většina uživatelů opiátů se léčí ambulantně. Lůžkové služby však nabývají na významu v péči o starší a dlouhodobé uživatele drog s komplexními potřebami léčby z důvodu závažné somatické a psychologické komorbidity. Filozofie lůžkových zařízení a způsob jejich práce se během let značně změnily podle měnících se potřeb. Společné umístění léčby drogové závislosti a lékařské péče, včetně psychiatrické léčby, vysoce aktivní antiretrovirální léčby a léčby onemocnění jater, se stalo běžnějším a vzrostlo také uplatnění udržovací léčby při stabilizaci klientů.

Charakteristika ambulantně léčených uživatelů drog

Údaje z ukazatele počtu žádostí o léčbu lze použít pro charakterizaci socioekonomického statutu pacientů docházejících do středisek léčby a v určité míře všech uživatelů drog⁽¹⁸⁾. Protože přístup k ambulantní léčbě je v mnoha zemích snazší a méně výběrový, je vhodné provést extrapolaci z této skupiny klientů na všechny uživatele drog jako celek.

V roce 2005 poskytlo dvacet z 29 evropských zemí informaci o tom, že do ambulantních středisek léčby drogové závislosti dochází 3 15 000 klientů. Údaje pocházely z více než 4 000 léčebných zařízení. Přibližně polovina (53 %) ambulantních klientů se léčí pro primární užívání opiátů a druhá polovina pro užívání jiných primárních drog, zvláště konopí (22 %) a kokainu (16 %). To, která droga je nejčastěji užívána jako primární, se mezi zeměmi liší.

Asi 80 % ambulantně léčených klientů jsou muži, průměrně ve věku kolem 30 let (28 let u nových pacientů v léčbě) a jejich životní podmínky jsou obecně špatné ve srovnání s běžnou populací ve stejném věku. Kolem 60 % ambulantních klientů má pouze základní vzdělání, z toho asi jedna desetina klientů základní vzdělání ani nedokončila. Asi polovina klientů měla před zahájením ambulantní léčby stálé zaměstnání, druhá polovina byla nezaměstnaná; většina ambulantních klientů má stálé bydlení (85 %), z nich 40 % bydlí se svými rodiči a 19 % samostatně. Významná menšina ambulantně léčených klientů (15 %) žije s dětmi, buďto samostatně nebo se svou družkou/druhem, což představuje komplikující skutečnost v životě uživatele drog a rizikový faktor pro děti.

Informace o socioekonomické situaci drogově závislých klientů v léčbě doplňují národní informace z některých zemí v rozdělení podle hlavní užívané látky. Například

⁽¹⁸⁾ Více podrobností o číslech uvedených v tomto oddílu viz tabulky a grafy TDI ve Statistickém věstníku 2007.

v Německu je 67 % uživatelů heroínu nezaměstnaných nebo ekonomicky neaktivních, ve srovnání s 53 % uživatelů kokainu a 35 % uživatelů konopí, a 74 % uživatelů opiátů má nízký stupeň vzdělání, ve srovnání s 63 % uživatelů kokainu (Sonntag a kol., 2006).

Nové trendy

V několika zemích byla nově vytvořena specializovaná zařízení zaměřená na konkrétní skupiny uživatelů drog, např. ženy, injekční uživatelé drog bez domova, sexuální pracovnice, nebo mladé a velmi mladé uživatelé drog (viz vybrané téma o užívání drog mezi nezletilými z roku 2007). V jiných zemích byly rozšířeny možnosti farmakologické léčby, aby odpovídaly potřebám specifických skupin uživatelů s cílem zvýšit pokrytí léčbou. Například udržovací léčba buprenorfinem je nyní povolena na Maltě⁽¹⁹⁾.

Léčba různých skupin uživatelů drog

Členské státy v rostoucí míře uznávají důležitost poskytování odpovídajících léčebných služeb problematickým uživatelům konopí a kokainu. V případě konopí se programy léčby, poradenství a prevence v Evropě mnohdy vzájemně prolínají, aby oslovily velký počet uživatelů. Zavádějí se nové komunikační strategie, například využití internetu, ve snaze oslovit uživatele konopí, jejichž užívání drog spadá do kategorie někde mezi experimentálním a problematickým. V současné době se připravují specifické služby a programy pro léčbu závislosti na konopí, které dosud v Evropě nebyly příliš rozšířené (viz kapitola 3).

Navíc členské státy, které se potýkají s vysokým počtem žádostí o léčbu závislosti na kokainu, začínají zadávat výzkum v této oblasti, přičemž věc komplikuje skutečnost, že uživatelé práškového kokainu a cracku jsou obvykle příslušníky výrazně vymezených sociálních skupin (viz kapitola 5). V současnosti je však kvůli nedostatku specifických služeb velká většina uživatelů psychostimulantů, včetně uživatelů amfetaminu, léčena v tradičních službách orientovaných na opiáty, přičemž je patrná potřeba školení personálu léčebných zařízení a klinických pracovníků v celé Evropě.

Léčba závislosti na heroínu

Poté, co získala politickou podporu pro léčbu užívání heroínu v druhé polovině 80. let 20. století, stala se substituční léčba ve většině zemí hlavním způsobem léčby závislosti na opiátech (obr. 2).

Právní rámce substituční léčby

V roce 2006 byl v rámci specializované sítě legislativních zpravodajů proveden průzkum zaměřený na zjištění bližších informací o zákonech a oficiálních předpisech ohledně přijímacích kritérií pro substituční léčbu a také ohledně praxe při předepisování a vydávání příslušných preparátů. Výsledky byly obdrženy ze 17 zemí a staly se součástí zprávy Evropské databáze zákonů o drogách za rok 2003⁽¹⁾.

Šíře právního rámce se v jednotlivých členských státech výrazně liší. V některých zemích, např. v Belgii, je substituční léčba upravena zvláštním zákonem parlamentu, zatímco jinde, např. na Kypru, podléhá její realizace výkladu zákonů týkajících se kontrolovaných látek. Existuje kompromis mezi striktností rámce a flexibilitou.

Látky, které je možné použít k substituční léčbě, jsou běžně vymezeny zákonem. Ve většině případů lze předepisovat jen metadon a buprenorfin nebo pouze metadon, i když v několika zemích jsou povoleny i další látky, např. morfin nebo kodein. Podobně jsou téměř ve všech zemích upravována zákonem, ministerskými vyhláškami nebo směrnicemi kritéria pro zařazení osoby do substituční léčby. Nejběžnějšími kritérii jsou diagnóza závislosti a minimální věk, i když se objevuje také nutnost předchozí neúspěšné abstinenci léčby. V některých zemích je postih za porušení pravidel léčby specifikován přímo v legislativě daného státu, zatímco jinde je řešení těchto prohrěšků v kompetenci jednotlivých léčebných center.

V zákonech se také obvykle stanoví, kdo může substituční preparáty předepisovat. Převážně se jedná o lékaře v léčebných centrech, třebaže v některých státech může předepisovat jakýkoli lékař nebo příslušně vyškolení či akreditovaní lékaři. V praxi však lékaři mimo léčebná centra iniciují substituční léčbu jen zřídka⁽²⁾. Také maximální dávky jsou zákonem stanoveny jen málokdy. Jako obrana proti duplicitnímu předepisování substitučních preparátů se ve většině zemí používají speciální preskripční formuláře, i když v několika státech fungují centrální registry a některé pak vystavují speciální identifikační průkazy. Autorizované výdejny jsou také obvykle specifikovány v legislativě, přičemž většinou jsou to lékárny nebo léčebná centra, i když některé země umožňují, aby preparáty vydávali sami lékaři. Ve většině zemí pak byl na základě zákona, směrnice či prostě tolerance zaveden systém, kdy si lidé dávky odnášejí domů, občas je však tato praxe výslovně zakázána.

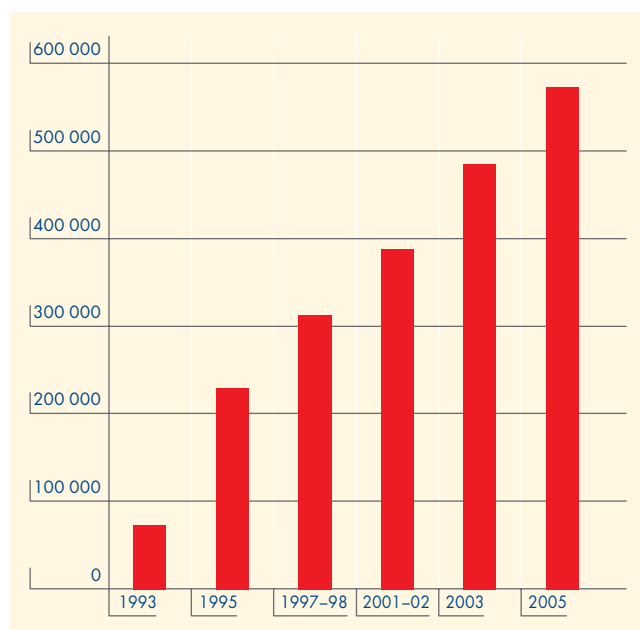
(1) Bližší informace jsou k dispozici na adrese <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>.

(2) Viz tab. HSR-6 ve Statistickém věstníku 2007.

Jako hlavní substituční drogy se používají metadon a buprenorfin. V ideálním případě by farmakologická léčba

(19) Viz „Praxe předepisování substituční léčby v Evropě“, str. 66.

Obr. 2: Odhadovaná dostupnost substituční léčby závislosti na opiátech v zemích evropské patnáctky, 1993–2005



Poznámka: Více informací viz tab. HSR-7 a HSR-8 a obr. HSR-1 a HSR-5 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní kontaktní místa a zprávy; podrobný seznam zdrojů viz obr. HSR-5 ve Statistickém věstníku 2007.

měla být kombinována s psychologickým poradenstvím a sociální podporou. Substituční léčba obvykle probíhá ambulantně ve specializovaných zařízeních pro léčbu drogové závislosti, avšak v rostoucí míře ji provádějí také lékaři v soukromé praxi. V některých zemích, např. v Německu, Francii a Spojeném království, se na léčbě uživatelů drog významně podílejí praktičtí lékaři. V jiných zůstává míra zapojení lékařů ordinujících v obcích nadále omezena, buďto z legislativních důvodů, nebo z nedostatku zájmu o léčbu závislosti⁽²⁰⁾. Kontrola kvality je rovněž na pořadu dne v několika zemích, což vedlo ke zpřísnění předpisů, zvýšení kvalifikačních požadavků nebo zavedení většího dohledu a monitorování⁽²¹⁾. Léčbou závislosti na opiátech se podrobněji zabývá kapitola 6.

Postupy minimalizace škod

Prevence infekčních chorob a snížení počtu drogových úmrtí jsou ústředními cíli EU při řešení drogové problematiky. Současný akční plán stanoví cíl zvýšení dostupnosti a přístupnosti služeb a zařízení pro prevenci a snižování zdravotních škod.

V dubnu 2007 Evropská komise předložila Radě a Evropskému parlamentu zprávu o implementaci doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování škod na zdraví spojených s drogovou závislostí⁽²²⁾. Tato zpráva dokládá, že minimalizace škod je definovaným cílem veřejného zdravotnictví na národní úrovni ve všech členských státech. Podkladový dokument, který byl zadán, aby podpořil zprávu Komise, podává ucelený obraz politik minimalizace škod a intervencí v Evropě. Vychází z informací, které poskytli hlavně tvůrci politik, odborníci sítě Reitox a místní organizace. Podkladový dokument obsahuje rozsáhlé soupisy po jednotlivých zemích⁽²³⁾.

Doporučení Rady vedlo k tomu, že více zemí sladilo své národní protidrogové politiky s evropskou strategií, a to položením většího důrazu na rozšíření poskytovaných služeb minimalizace škod. Ukazuje se, že zvláště velký vliv má v zemích, které vstoupily do EU v roce 2004.

Sociální reintegrace

Nejisté bydlení, nestálé zaměstnání a několik trestů odnětí svobody jsou známkami sociálního vyloučení, které charakterizují život mnoha uživatelů drog. V řadě evropských zemí je počet problémových uživatelů drog, kteří jsou osloveni, udrženi v léčbě a podstupují substituční léčbu, větší než dosud, což má za následek, že poptávka po bydlení, vzdělání, zaměstnání a právní pomoci významně stoupla. Systémy péče se proto potýkají s nutností nacházet neotřelá řešení pro nové profily klientů, jež často charakterizují mnohočetné potřeby. Sociální reintegrace se nyní stala důležitým určujícím faktorem dlouhodobého úspěchu léčby.

V některých zemích se oblasti reintegrace dostává v rostoucí míře politické pozornosti a investic a v několika zemích normy pro udržovací léčbu předpokládají, že služby sociální péče a reintegrace mají být klientům k dispozici. Například průběžné posouzení irské protidrogové strategie doporučilo zahrnout resocializaci do strategie jako její pátý pilíř, zatímco v Dánsku ministerstvo práce a ministerstvo sociálních věcí zahájilo nové programy pro ohrožené skupiny („sdílená odpovědnost“). Dalším příkladem je strategie norské vlády pro prevenci a potlačování bezdomovectví, která stanoví měřitelné cíle, jako například snížit počet případů vystěhování a zlepšit přístup k trvalému bydlení, aby se dočasné bydlení stalo výjimkou. Rovněž

⁽²⁰⁾ Viz „Právní rámce substituční léčby“ (str. 32) a <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Viz také str. 67.

⁽²²⁾ Doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování škod na zdraví spojených s drogovou závislostí; Úřední věstník L 165, 3.7.2003, str. 31–33.

⁽²³⁾ Oba dokumenty jsou k dispozici na stránce: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

v Norsku je součástí akčního plánu pro potlačení chudoby grantový program, který v roce 2006 rozdělil 6,5 milionu eur na zajištění následných rezidenčních služeb pro osoby bez domova a pro uživatele alkoholu a drog. Vedle toho se Řecko, Francie, Itálie, Litva, Rakousko, Portugalsko a Slovensko podílejí na iniciativě EQUAL Evropské komise v oblasti zaměstnání a sociálního začlenění⁽²⁴⁾.

EU také podpořila vytvoření rámce nazvaného „otevřená metoda koordinace“ (Open Method of Coordination, OMC), v němž členské státy koordinují své politiky potírání chudoby a sociálního vyloučení prostřednictvím procesu výměny politik a vzájemného poučení.

Reintegrační opatření odrážejí různou národní sociokulturní a hospodářskou realitu v Evropě, avšak vykazují také určitou rozmanitost z hlediska cílů, cílových skupin a podmínek. Například Bulharsko a Rumunsko jsou jedinými zeměmi, které uvádějí konkrétní projekty sociální reintegrace pro děti z ulice.

Programy a opatření v mnoha zemích nejsou konkrétně zaměřeny na uživatele drog, ale oslovují ohrožené sociální skupiny obecně a probíhají typicky na místní nebo regionální úrovni. Proto se „plans de prévention de proximité“ (PPP), vytvořené valonskou vládou v roce 2003, zabývají místně chudobou a závislostí jako dvěma vzájemně propojenými problémy, zatímco v Dánsku zákon o sociálních službách zavazuje obce k tomu, aby nabídly všem uživatelům drog sociální akční plán. Obdobně také místní správa v Polsku má zákonnou povinnost sociálně reintegrovat uživatele drog a v Nizozemsku vzniká většina nových sociálních reintegračních služeb z popudu obcí. A konečně v Německu se o poskytování příštřeší, vzdělání a bydlení starají spolkové země nebo obce, přičemž jsou k dispozici spolkové programy pro osoby s postižením na podporu profesní integrace uživatelů drog.

Pomoc s bydlením sahá od nouzových nocleháren přes ubytovny a krátkodobá ubytovací zařízení až po byty na půl cesty, asistované bydlení a příspěvky na nájemné. Aby se

Národní studie výsledků léčby

Tři členské státy (Irsko, Itálie, Spojené království) uskutečnily národní studie výsledků léčby, jež byly zaměřeny na zkoumání léčebných výsledků prostřednictvím sledování kohorty problémových uživatelů drog po určitou dobu v různých léčebných modalitách a prostředích. U těchto studií je důležité, že zkoumají výsledky léčby v rámci existujících služeb za každodenních klinických podmínek. Mezi běžně zkoumané léčebné modalitativy patří metadonová udržovací léčba, metadonová redukční léčba, detoxifikace a abstinenční intervence, např. terapeutické komunity a poradenství. Hlavními proměnnými užívanými při hodnocení výsledku léčby jsou užívání drog, fyzické a psychické zdraví, udržení pacienta v léčbě a kriminální chování.

Cílem italské studie Vedette (1998–2001) byla evaluace efektivnosti léčby nabízené ve státních léčebných centrech po celé zemi. Hlavními výsledkovými proměnnými bylo udržení v léčbě a úmrtnost mezi uživateli heroinu. Tři studie zaměřené na výsledek léčby byly doposud realizovány ve Spojeném království. První byla národní výzkumná studie výsledků léčby (National Treatment Outcome Research Study, NTORS) provedená Národním střediskem pro závislosti (National Addiction Centre) v Anglii a Walesu v letech 1995 a 2000. Tento výzkumný projekt se zabýval zkoumáním výsledků léčby v ústavních a komunitních léčebných programech. Dospělo se k některým pozitivním zjištěním, mezi něž patřila vyšší míra abstinence od nezákonných drog, snížení frekvence užívání drog, snížení kriminality a zlepšení zdraví. Některé dlouhodobé výsledky, jež byly během pětiletého období zaznamenány, však

byly méně uspokojivé – například prvotní zlepšení v užívání cracku zaznamenalo po čtyřech až pěti letech zčásti negativní obrát a mnozí uživatelé drog se uchýlili k nadměrné konzumaci alkoholu (Gossop a kol., 2001).

Studie NTORS bude aktualizována prostřednictvím výzkumné studie výsledků protidrogové léčby (Drug Treatment Outcomes Research Study, DTORS), kterou v současnosti realizuje University of Manchester. Studie byla zahájena v roce 2006 a má sledovat uživatele drog z celé Anglie po dobu prvních 12 měsíců. Jejím cílem je vyhodnotit dopad protidrogové léčby na širokou škálu výsledkových parametrů a zároveň se zaměřuje na analýzu různých typů léčebných postupů z hlediska jejich optimálního přínosu pro konkrétní podskupiny uživatelů drog. V roce 2001 byla zahájena skotská výzkumná studie výsledků protidrogových programů (Drug Outcome Research Study, DORIS), realizovaná University of Glasgow. Tato studie zkoumá dopad a efektivnost služeb protidrogové léčby poskytovaných v léčebných zařízeních, včetně služeb poskytovaných ve věznicích. Uživatelé drog byli průběžně sledováni po dobu až 33 měsíců.

Irská výsledková studie (Research Outcome Study, ROSIE), kterou provádí National University of Ireland v Maynooth, byla zahájena v roce 2003 a hodnotí efektivnost protidrogové léčby prostřednictvím průběžného sledování uživatelů opiátů nastupujících léčbu po dobu až tří let, během níž se dokumentují pozorované změny (Cox a kol., 2006). Na základě katamnézy po jednom roce bylo v rámci studie zjištěno markantní snížení míry užívání drog a trestné činnosti, nižší mortalita a určitě pozitivní výsledky, co se týče stížností účastníků ohledně tělesného a duševního zdraví.

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

zabránilo „zaseknutí“ klienta do závislosti na dlouhodobých službách, zkoumají se v oblasti podporovaného bydlení nebo finančního řízení nové přístupy. Například v Dánsku je klientům v reintegračních bytech nabízen kurz bydlení, který má omezit možné budoucí problémy v době, kdy budou muset spravovat svůj vlastní byt, a ve Spojeném království klienti dostávají rady, jak nakupovat, vařit a vyjít s rozpočtem domácnosti.

Zatímco vytváření nových příležitostí pro odbornou přípravu a přístup ke vzdělání je v mnoha zemích hlášeno jako běžné, získat placenou práci je pro tyto skupiny obtížnější. Pro cílovou skupinu je však přitom zvláště významná, protože dává nejen ekonomickou stabilitu, ale také sebedůvěru, společenské postavení a pravidelný rytmus života. Mezi nové způsoby začlenění klientů do placené práce patří vytváření partnerství se soukromými podniky, mentorské programy a poskytování pobídek, jako jsou například dotace mezd zaškolených osob nebo

poskytování půjček pro začátek podnikání. V několika zemích zahájila zařízení pro léčbu drogové závislosti své vlastní socioekonomické podnikání s placeným zaměstnáváním svých klientů. Další iniciativy se soustřeďují na zlepšení výhledu získání pracovního místa vhodnější přípravou profilů, očekávání a dovedností na realitu pracovního života. Například Vídeňská burza práce funguje jako zprostředkovatel mezi klienty, protidrogovými institucemi a úřady práce, přičemž poskytuje specifické poradenství s cílem zvýšit úspěšnost v práci. Pomáhá rovněž najít řešení pro klienty, pro něž reintegrace do zaměstnání už nepřípadá v úvahu.

V některých zemích (např. Bulharsko, Česká republika, Řecko, Slovinsko) jsou strukturované reintegrační programy poskytovány pouze jako pokračování po úspěšném absolvování abstinenční léčby drogové závislosti a specifická reintegrační opatření pro klienty v udržovací léčbě v současnosti k dispozici nejsou.



Kapitola 3

Konopí

Úvod: mění se obraz užívání konopí v Evropě

Konopí je v celosvětovém měřítku nejužívanější nelegální drogou a látkou, která je v Evropě předmětem debat o drogách už od šedesátých let 20. století, kdy se její užívání stalo prakticky synonymem vznikající alternativní kultury mladých lidí. Navzdory tomu, že jde o skutečnosti všeobecně známé, pochopení vzorců užívání konopí v Evropě je složitým úkolem. Jeden z důležitých prvků tohoto obrazu představují různé druhy konopných produktů v současnosti dostupných na evropském trhu. Z historického hlediska je v Evropě běžné užívání tří hlavních forem konopí: konopné pryskyřice, rostlin konopí a, mnohem méně běžného, konopného oleje. Pro mnohé zůstává kouření konopné pryskyřice s tabákem obvyklým způsobem užívání drogy, ačkoli v jiných částech světa je tento vzorec užívání relativně vzácný. Zatímco Evropa zůstává dominantním globálním trhem pro konopnou pryskyřici, na některých trzích se stávají stále běžnějšími a převažujícími produkty z rostlin konopí. V posledních letech se tento obraz stává komplikovanějším v souvislosti se zvětšující se dostupností konopí produkovaného na území Evropy, jehož určitá část je pěstována v kontrolovaných podmínkách a nezřídka se vyznačuje relativně vysokou potencí. Tento druh konopí se stal sám o sobě specifickým produktem v mnoha zemích a komplikuje posouzení vlivu měnících se vzorců užívání konopí na veřejné zdraví.

Nabídka a dostupnost

Produkce a obchodování

Vzhledem k tomu, že konopí lze pěstovat v řadě odlišných prostředí a v mnoha částech světa roste také divoce, je velmi obtížné vypracovat spolehlivý odhad globální produkce. V důsledku vzestupného trendu během několika posledních let, při zohlednění informace o diverzifikaci produkce konopí, UNODC snížila svůj odhad globální produkce rostlin konopí ze 45 000 tun v roce 2004 na 42 000 tun v roce 2005, převážně v důsledku klesajících odhadů produkce na severoamerickém kontinentu zapříčiněných zvýšeným

Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu

Záchyty drog v zemi jsou obvykle považovány za nepřímý ukazatel nabídky a dostupnosti drog, i když odrážejí také prostředky na vynucování zákonů, priority a strategie, i to, do jaké míry jsou překupníci s drogami zasažitelní národními a mezinárodními aktivitami ke snižování nabídky drog, a také evidenční praxi. Zabavená množství mohou meziročně velmi kolísat, například jestliže v jednom roce jsou některé ze zachycených zásilek velmi velké. Z tohoto důvodu je někdy lepším ukazatelem trendu počet záchytů. Ve všech zemích mají na celkovém počtu záchytů velký podíl malé záchyty na spotřebitelské úrovni (ulice). Tam, kde je známo místo původu a místo určení zadržovaných drog, mohou tyto údaje ukazovat, o které obchodní cesty a oblasti produkce jde. Většina členských zemí nahlašuje i cenu a čistotu/potenci drog na spotřebitelské úrovni. Údaje však pocházejí z nejrůznějších pramenů, které nejsou vždy srovnatelné, takže přesné porovnání jednotlivých zemí je obtížné.

Aby bylo možné nahlédnout na evropské záchyty drog v širším kontextu, souhrnné informace obsažené v této zprávě zohledňují celosvětovou situaci. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu vydává každoročně zprávu o mezinárodní situaci v oblasti drog. Tento materiál je hlavním zdrojem, který byl použit ke stanovení celosvětových odhadů obsažených v tomto textu. Čtenáři by měli mít na paměti, že shromažďování informací tohoto typu je velmi obtížné a že v mnoha částech světa jsou k dispozici jen nedokonalé informační systémy. Tato data by proto měla být považována za nejbližší možné hodnoty, které je při kvalitě současných informačních zdrojů možné získat.

úsilím při likvidaci konopí. V současné době se odhaduje, že přibližně polovina veškerého konopí je pěstována na obou amerických kontinentech (46 %), dále pak 26 % v Africe a 22 % v Asii (UNODC, 2007).

Maroko zůstává v pozici hlavního mezinárodního výrobce konopné pryskyřice, a přestože z nedávného výzkumu vyplynulo, že v letech 2004 až 2005 se plocha využívaná pro pěstování konopí zmenšila asi o 40 %, stále se odhaduje, že tato země produkuje zhruba 70 % konopné pryskyřice spotřebované v Evropě. Na základě odhadů celkové

pěstební plochy mělo Maroko v roce 2005 potenciál produkce 1 066 tun, přičemž většina zdejšího konopí směřovala na evropský a severoamerický trh (CND, 2007; UNODC a vláda Maroka, 2007). Konopná pryskyřice je pašována do Evropy přes Iberský poloostrov. Ačkoli je Maroko zdaleka nejdůležitějším producentem pryskyřice pro evropský trh, je rovněž hlášen výskyt pryskyřice původem z jiných zemí (Moldavsko a Indie), a to zejména v zemích střední Evropy.

Pozorujeme-li u konopné pryskyřice v Evropě tendenci být poměrně uniformním produktem, nelze totéž říci o rostlinném konopí. Mezi zeměmi původu záchyťů hlášených v roce 2005 jsou Albánie, Nizozemsko, země bývalé Jugoslávie, Angola a Jižní Afrika. Přestože domácí produkci rostlin konopí je obtížné systematicky monitorovat, byla v roce 2005 uváděna v polovině sledovaných zemí. Určitá část konopí evropského původu se pěstuje pod širým nebem a dá se považovat za téměř nerozlišitelné od importovaných rostlin. Nicméně v mnoha zemích patrně nabývá na důležitosti konopí o relativně vysoké potenci pěstované intenzivně a jeho podíl na trhu pravděpodobně roste a zařízení umožňující

uživatelům vyrábět konopí v domácích podmínkách je nyní široce dostupné prostřednictvím internetu, nebo jej lze v některých zemích získat u specializovaných dodavatelů. Skutečnost, že tato forma drogy je pěstována v uzavřených prostorách a nezřídka v těsné blízkosti zamýšleného trhu, může znamenat nižší procento záchyťů, a tím menší sledovatelnost v dostupných údajích.

Záchyty

V roce 2005 činily záchyty konopné pryskyřice celosvětově 1 302 tun ve srovnání s 4 644 tunami rostlin konopí, přičemž oba údaje byly nižší ve srovnání s rokem 2004. V západní a střední Evropě nadále docházelo k záchyťům pryskyřice (70 %), zatímco záchyty rostlin konopí zůstaly soustředěny v Severní Americe (64 %) (UNODC, 2007).

V roce 2005 bylo v Evropě zaznamenáno odhadem 303 000 záchyťů konopné pryskyřice, což představuje 909 tun⁽²⁵⁾, z čehož asi polovina záchyťů a zhruba tři čtvrtiny celkového zachyceného množství byly hlášeny ve Španělsku⁽²⁶⁾. Mírný nárůst v počtu hlášených záchyťů pryskyřice v roce 2005 byl pokračováním vzestupného

Konopí pro vlastní potřebu: legislativní situace

Ať už se legislativní systémy jednotlivých členských států staví k problematice konopných drog jakkoli⁽¹⁾, v Evropě je možné sledovat trend rozvoje alternativ k trestnímu odsouzení v případech užívání a držení menšího množství konopí pro vlastní potřebu bez přitěžujících okolností. Konopí se v současnosti často odděluje od jiných nelegálních látek, ať už ze zákona, na základě metodických pokynů pro orgány obžaloby nebo v soudní praxi. Ve většině evropských zemí dochází k odklonu od trestů odnětí svobody ve prospěch peněžitých trestů, napomenutí, probačního dohledu, upuštění od potrestání a poradenství. Příklady tohoto trendu lze najít v řadě opatření z poslední doby, např. zrušení trestů odnětí svobody v Lucembursku v roce 2001 a v Belgii v roce 2003, snížení trestů odnětí svobody v Řecku v roce 2003 a ve Spojeném království v roce 2004. Příslušné metodické pokyny byly pro policii a orgány obžaloby vydány v roce 2003 a 2005 v Belgii, v roce 2005 ve Francii a v roce 2004 a 2006 ve Spojeném království. V České republice v roce 2006 téměř došlo k ustanovení různých tříd látek užívaných pro jiné než lékařské účely, ale návrh příslušného trestního zákona byl nakonec z jiných důvodů zamítnut. Počet hlášených deliktů souvisejících s konopnými drogami přesto nadále v Evropě stoupá (viz kapitola 1).

Konopí zůstává kontroverzním tématem a značná neshoda také nadále panuje ohledně příslušných nákladů a přínosů

různých akcí ze strany systému péče o veřejné zdraví a trestní justice. Odráží se to také ve skutečnosti, že ne všechna opatření se ubírají směrem liberalizace sankcí, naopak v některých zemích byly sankce zpřísněny nebo je stávající situace kriticky přehodnocována. V Dánsku byla v roce 2004 vydána směrnice ukládající žalobcům, aby místo napomenutí sahalí k peněžitým trestům, a v Itálii bylo v roce 2006 zrušeno legislativní dělení látek pro jiné než lékařské využití, čímž se fakticky přestává rozlišovat mezi tzv. „měkkými“ a „tvrdými“ drogami. Jiné země přehodnocují svůj stávající přístup ke konopí – v Nizozemsku byla například v roce 2005 publikována konkrétní strategie pro oblast konopných drog a v Německu byla provedena evaluace zavádění sankcí za pouhé držení konopí.

Politika v oblasti konopných drog zůstává tématem, které vyvolává značnou veřejnou diskusi a rozdílné názory. Je možné se o tom přesvědčit na základě zjištění aktuálního průzkumu Eurobarometr (2006), při kterém byli občané Evropy dotázáni, zda souhlasí s výrokem, že konopné drogy pro vlastní potřebu by měly být v celé Evropě legalizovány. Něco málo přes dvě třetiny respondentů (68 %) byly proti, přičemž přibližně čtvrtina (26 %) s tímto návrhem souhlasila. Přestože podíl respondentů v příslušném výběrovém souboru preferujícím pokračující prohibici se lišil, ve všech zemích se vždy jednalo o většinové mínění.

(1) Podrobnější zpracování problematiky viz tematický přehled ELDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(25) Údaje o záchytech drogy v Evropě, z nichž vychází tento oddíl, jsou uvedeny v tab. SZR-1, SZR-2, SZR-3 a SZR-4 ve Statistickém věstníku 2007.

(26) Toto je třeba porovnat s chybějícími údaji za rok 2005, až budou k dispozici. Pro účely odhadu byly chybějící údaje za rok 2005 nahrazeny údaji z roku 2004.

trendu sledovaného od roku 2000. To však nelze říci o množství zachycené pryskyřice, které v roce 2005 naopak pokleslo po období nárůstu v letech 2000–2004.

Vzájemný poměr pryskyřice a rostlin konopí lze vidět ze skutečnosti, že v roce 2005 bylo zaznamenáno přibližně pouze o polovinu více záchyťů rostlin konopí (152 000) a méně než jedna desetina zadržného objemu (66 tun). Počet záchyťů rostlin konopí v Evropě v posledních pěti letech trvale vzrůstal, ačkoli obraz zadržovaných množství se jeví méně jasný, s možným nárůstem v roce 2005 po období klesajících objemů v letech 2001 až 2004. Závěry zde uváděné je třeba považovat za předběžné, neboť Spojené království, země s nejvyšším počtem záchyťů rostlin konopí jak co do počtu rostlin, tak objemu, dosud nenahlásilo údaje za rok 2005.

V roce 2005 odhadovaných 13 500 záchyťů v Evropě představovalo přibližně 24 milionů rostlin konopí (většina z nich v Turecku) a 13,6 tun rostlin konopí (většina ve Španělsku). Celkově vykazuje počet záchyťů rostlin konopí v Evropě od roku 2000 trvale vzestupný trend. V členských zemích EU množství zachycených rostlin konopí dosáhlo vrcholu v roce 2001 a od roku 2003 má opět rostoucí tendenci, zatímco v Turecku po nárůstu v letech 2001–2003 počet zachycených rostlin konopí v roce 2004 poklesl a v roce 2005 znovu stoupl.

Cena a potence

V roce 2005 se průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena konopné pryskyřice a rostlin konopí lišila jak mezi jednotlivými zeměmi, tak i v rámci každé země, přičemž většina zemí uváděla ceny konopných produktů v rozpětí 4–10 eur za gram⁽²⁷⁾. Nicméně hlášené průměrné nebo obvyklé ceny za oba typy konopí se pohybovaly mezi 2 až 15 eury za gram. Průměrné ceny konopné pryskyřice při zohlednění inflace v období 2000–2005 klesly ve všech sledovaných zemích s výjimkou Polska, kde ceny zůstaly neměnné. Průměrné ceny rostlinného konopí při zohlednění inflace rovněž klesly, případně zůstaly na stejné úrovni ve shodném období ve všech sledovaných zemích, vyjma Slovinska⁽²⁸⁾.

Potence konopných produktů je dána obsahem delta-9-tetrahydrocannabinolu (THC), jejich hlavní účinné složky (EMCDDA, 2004). V roce 2005 se hlášený průměrný nebo obvyklý obsah THC v konopné pryskyřici na úrovni prodeje spotřebiteli pohyboval v rozmezí od necelého 1 % do 17 %; takové rozdíly jsou jen stěží vysvětlitelné vzhledem k tomu, že většina evropské pryskyřice pochází ze shodného

Průzkumy – důležitý nástroj k pochopení vzorců a trendů užívání drog v Evropě

Údaje o užívání drog v běžné a školní populaci se zjišťují prostřednictvím průzkumů, jejichž výstupem je odhadovaný procentuální podíl osob, které uvádějí, že v průběhu určitého období – za život, za poslední rok nebo za poslední měsíc – užily nějaké drogy.

EMCDDA v součinnosti s národními odborníky vytvořilo soubor společných hlavních položek (Evropský vzorový dotazník, *European Model Questionnaire*, EMQ) pro průzkumy v dospělé populaci a ten byl zaveden ve většině členských států EU. Podrobnosti o dotazníku EMQ jsou uvedeny v publikaci „Handbook for surveys about drug use among the general population“ („Příručka pro zpracování průzkumu užívání drog běžnou populací“) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Mezi zeměmi jsou však nadále rozdíly v metodice a roku sběru dat; drobné odlišnosti mezi zeměmi je třeba interpretovat obezřetně⁽¹⁾.

Jelikož provádění průzkumů je finančně náročné, jen málo zemí sbírá příslušné informace každý rok. Údaje uváděné v této zprávě vycházejí z nejaktuálnějšího dostupného výzkumu a ve většině případů spadají do období 2003 až 2006.

Data zjišťovaná v rámci průzkumů se běžně vykazují pomocí tří parametrů užívání drog za určité časové období. Nejširším je celoživotní užití neboli prevalence. Tento parametr se běžně užívá k popisování skupin velmi nízkého věku, například školní mládeže. Menší hodnotu má však z hlediska reflektování aktuální situace mezi dospělou populací, i když se jeho prostřednictvím mohou lépe poznat vzorce užívání a incidence. V této zprávě je důraz kladen na uváděné užívání za poslední rok a za poslední měsíc, neboť tyto dva parametry lépe odrážejí současnou situaci, přičemž druhá jmenovaná kategorie často slouží jako zástupný údaj za pravidelné užívání. Je důležité jasně zjistit, kteří lidé užívají drogy pravidelně nebo kteří mají se svým užíváním drog problémy, přičemž určitého pokroku bylo v tomto ohledu dosaženo na základě vytvoření stupnic k posuzování intenzivnějších forem užívání; tam, kde jsou tyto údaje k dispozici, jsou rovněž uvedeny (viz rámeček týkající se problematiky vývoje psychometrických stupnic, s. 42).

(1) Standardní věkové rozpětí EMCDDA: všichni dospělí (15 až 64 let) a mladí dospělí (15 až 34 let). Data z některých zemí se vztahují k nepatrně jiným věkovým pásmům (např. 16–64, 18–64, 16–59 let). Více informací o metodice průzkumů v populaci a metodice použité v jednotlivých národních průzkumech viz *Statistický věstník 2007*.

zdroje. Potence rostlinného konopí se pohybovala v rozpětí od necelého 1 % do více než 15 %. V dostupných údajích není možné odlišit místně produkované a importované rostliny

(27) Viz tab. PPP-1 ve *Statistickém věstníku 2007*.

(28) Údaje o cenách konopné pryskyřice a rostlin konopí byly analyzovány u 19 zemí (u nichž byly údaje dostupné po dobu alespoň tří po sobě jdoucích let).

konopí, nicméně v Nizozemsku činila ohlášená potence místně produkovaných rostlin konopí 17,7 %⁽²⁹⁾.

Prevalence a vzorce užívání konopí

V rámci celé populace

Údaje získané nedávným průzkumem potvrzují obraz konopí jako nejběžněji užívané nelegální látky v Evropě. V průběhu 90. let 20. století došlo k nárůstu v jejím užívání zejména mladými lidmi prakticky ve všech zemích. Nicméně některé čerstvější údaje naznačují, že vzrůstající trend se zpomaluje, byť na historicky nejvyšší úrovni. Dalším důležitým úkolem je prozkoumání trendů u intenzivních a dlouhodobých uživatelů. Zde jsou údaje méně spolehlivé, avšak existují obavy, že konopí tímto způsobem užívá větší počet mladých lidí a že tato skutečnost se může částečně odrážet v nárůstu potřeby léčby v souvislosti s užíváním konopí, jež je pozorována v některých zemích.

Podle konzervativního odhadu konopí užije alespoň jednou (celoživotní prevalence) více než 70 milionů dospělých Evropanů, což je v průměru téměř čtvrtina (22 %) všech obyvatel ve věku 15 až 64 let⁽³⁰⁾. Národní údaje se pohybují mezi 2 % a 37 %, přičemž nejnižší celoživotní prevalenci hlásí Bulharsko, Malta a Rumunsko, a naopak nejvyšší údaje Dánsko (36,5 %), Francie (30,6 %), Spojené království (29,8 %) a Itálie (29,3 %)⁽³¹⁾. Navzdory tomuto širokému celkovému rozpětí hlásilo celoživotní prevalenci v rozsahu 10–25 %⁽³²⁾ dvanáct evropských zemí z 26, které poskytly informace.

Pokud od celoživotní prevalence přejdeme ke zkušenosti s drogou v posledním roce, objem užívání konopí klesá, ale nadále zůstává značný. Podle odhadů v posledním roce užilo konopí více než 23 milionů dospělých Evropanů, což představuje průměrně asi 7 % populace ve věkovém rozmezí 15 až 64 let. Národní údaje se pohybují mezi 1 % a 11,2 %, přičemž nejnižší hodnoty hlásí Bulharsko, Řecko a Malta a naproti tomu nejvyšší Itálie (11,2 %), Španělsko (11,2 %), Česká republika (9,3 %) a Spojené království (8,7 %). Opět, i přes celkově široké rozmezí hodnot, se odhad prevalence

užití v posledním roce ve třinácti zemích z 25, které poskytly údaje, pohyboval mezi 4 % a 9 % (obr. 3).

Odhady užití konopí v posledním měsíci zahrnují spotřebitele užívající konopí pravidelněji, což však nemusí nutně znamenat intenzivně. Odhaduje se, že 13,4 milionu dospělých Evropanů užilo drogu v uplynulém měsíci, průměrně okolo 4 % populace ve věkovém rozmezí 15 až 64 let. Národní údaje se pohybují mezi 0,5 % a 8,7 %. Nejnižší hodnoty byly hlášeny z Bulharska, Malty, Litvy a Švédska, nejvyšší naopak ze Španělska (8,7 %), Itálie (5,8 %), Spojeného království (5,2 %) a Francie (4,8 %). Ve třinácti zemích z 26, které poskytly informace, spadají hodnoty do rozmezí 2 % až 6 %⁽³³⁾.

Užívání konopí mezi mladými dospělými

Míra užívání konopí mladými lidmi se v závislosti na sledované zemi diametrálně liší, přičemž údaje se pohybují mezi 3 % a 49,5 % mladých dospělých Evropanů (15 až 34 let), kteří užili drogu alespoň jednou v životě, 3–20 % těch, kteří ji užili v posledním roce, a 1,5–15,5 % mladých dospělých, kteří konopí užívali v posledním měsíci. Nejvyšší celoživotní prevalence je hlášena z Dánska, Francie, Spojeného království a Španělska, nejvyšší hodnoty užití drogy v posledním roce pak ze Španělska, České republiky, Francie a Itálie. V průměru 30 % mladých dospělých hlásí užití drogy alespoň jednou za život, 13 % v posledním roce a více než 7 % v posledním měsíci. Pro srovnání, odhady užití drogy v posledním roce a v posledním měsíci mezi dospělými ve věku 35 až 64 let jsou 3 %, resp. 1,6 %⁽³⁴⁾.

Omezíme-li pozornost na mladé lidi ve věku 15 až 24 let, pak se odhady celoživotní prevalence pohybují mezi 3 % a 44 % (přičemž většina zemí hlásí údaje mezi 20 a 40 %). Údaje o prevalenci užití v posledním roce spadají do rozmezí 4 % až 28 % (ve většině zemí 10–25 %) a o prevalenci užití v posledním měsíci se pohybují v rozpětí 1 % až 19 % (ve většině zemí 5–12 %). U osob mužského pohlaví v této věkové skupině jsou uváděné odhady ještě vyšší. Užití drogy alespoň jednou v životě připustilo 11–51 % mladých mužů (ve většině zemí 25–45 %), v posledním roce 5–35 % (ve většině zemí 15–30 %) a v posledním měsíci 1,7–23,7 % (ve většině zemí 6–20 %)⁽³⁵⁾.

⁽²⁹⁾ Údaje o potenci konopí lze nalézt v tab. PPP-2 a PPP-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽³⁰⁾ Průměrný podíl byl vypočítán jako průměr národních prevalencí upravený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Celkové počty byly vypočítány vynásobením prevalence v příslušné populaci v každé zemi a zemím, z nichž nebyly k dispozici žádné údaje, byla přiřazena průměrná prevalence. Zde uvedené údaje patrně představují minimum, jelikož mohlo dojít k nahlášení nižších údajů.

⁽³¹⁾ V tomto textu jsou údaje za Spojené království z praktických důvodů založeny na průzkumu kriminality v Británii za rok 2006 (Anglie a Wales). Dále jsou k dispozici odhady za Skotsko a Severní Irsko a společný odhad za Spojené království (uvedeny ve Statistickém věstníku 2007).

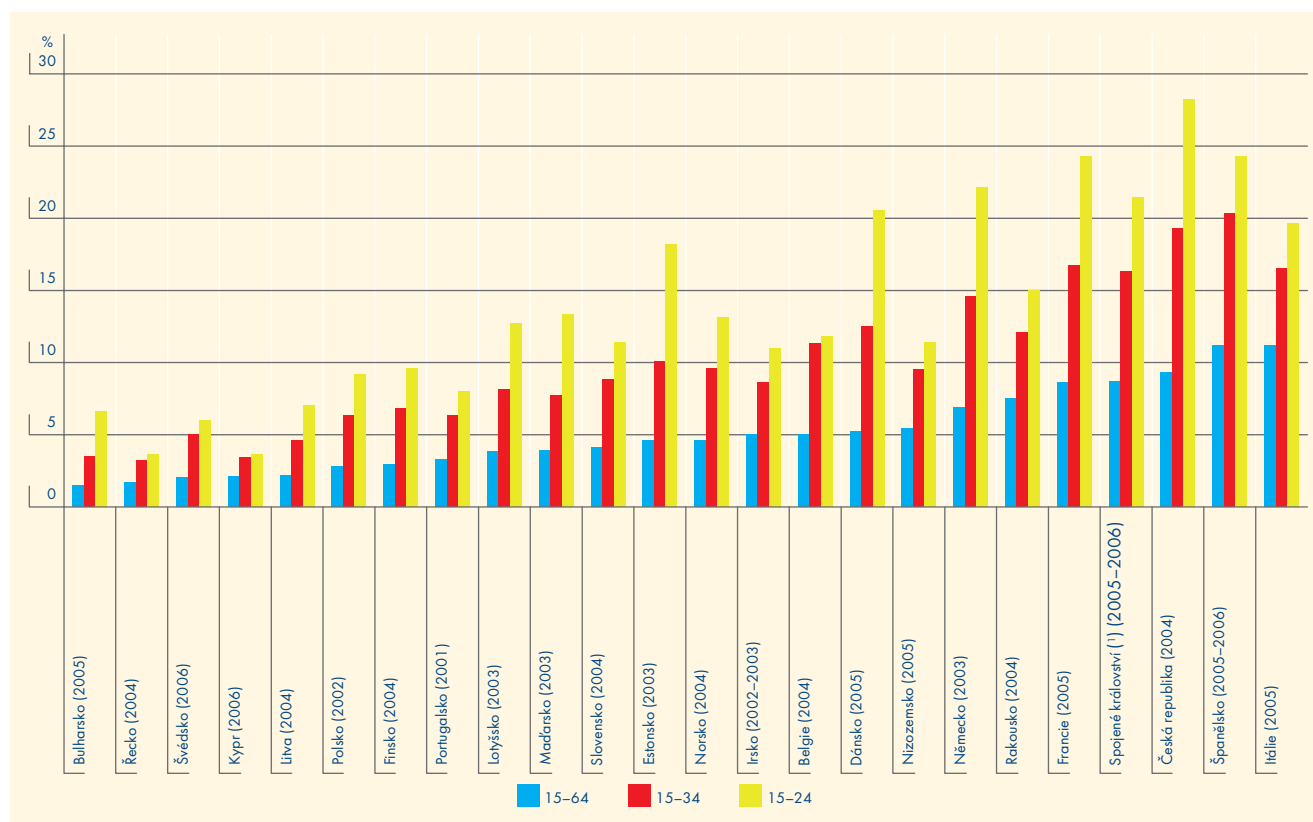
⁽³²⁾ Viz tab. GPS-8 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽³³⁾ Viz tab. GPS-12 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽³⁴⁾ Viz tab. GPS-9, GPS-11 a GPS-13 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽³⁵⁾ Viz tab. GPS-17, GPS-18 a GPS-19 a obr. GPS-1, GPS-3, GPS-7 a GPS-12 ve Statistickém věstníku 2007.

Obr. 3: Prevalence užití konopí v minulém roce mezi všemi dospělými (ve věku 15 až 64 let) a mladými dospělými (ve věku 15 až 34 a 15 až 24 let)



(¹) Anglie a Wales.

Poznámka: Údaje jsou z nejnovějších národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Země jsou seřazeny podle celkové prevalence (mezi všemi dospělými). Další informace viz tab. GPS-10, GPS-11 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy sítě Reitox (2006), převzato ze zpráv o průzkumech populace nebo z vědeckých článků.

Vzorce užívání konopí

Jak je zmíněno výše, míra užívání konopí, podobně jako většina ostatních nelegálních drog, je výrazně vyšší u mladých lidí, ačkoli i zde lze sledovat značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Konopí rovněž daleko více užívají muži než ženy, přestože tento rozdíl je méně zjevný u mladých lidí. Obecně se poměr počtu mužů k počtu žen zvyšuje, pokud jde o užití drogy v nedávné době, avšak opět lze pozorovat značné rozdíly mezi zeměmi. Např. poměr zastoupení pohlaví počtu osob uvádějících užití konopí v posledním měsíci se pohybuje od 1,5 v případě Itálie až po 1,14 v Litvě (viz vybrané téma o užívání drog z hlediska pohlaví 2006).

Mnozí uživatelé konopí zpravidla přestávají drogu užívat po krátkém období experimentování a míra jejího užívání obecně klesá s rostoucím věkem jedince. Sledovat drogovou kariéru uživatelů konopí v dostupných údajích a určit změny

ve vzorcích užívání v průběhu času je však obtížné. Určitý vzhled do této problematiky může nabídnout porovnání hlášené celoživotní prevalence s údaji o užití drogy v poslední době. V průměru z této analýzy vyplývá, že 32 % veškerých dospělých (ve věku 15 až 64 let), kteří někdy v životě užili konopí, tak učinilo v posledním roce a 18 % v posledním měsíci. Tyto poměrné údaje, které se rovněž označují jako „míra pokračujícího užívání“, se mezi zeměmi významně liší a jsou ovlivněny mnoha faktory, včetně historického vývoje užívání konopí v dané zemi a počtu nových případů. Nicméně znalost poměrného počtu uživatelů konopí, kteří se stávají pravidelnými či dlouhodobými uživateli drogy, má zřejmě zásadní význam pro pochopení potenciálního vlivu užívání této látky na veřejné zdraví. I přes rostoucí znepokojení nad pravidelným či intenzivním (³⁶) užíváním konopí je k dispozici značně omezené množství informací, které by byly nutné k prozkoumání této problematiky.

(³⁶) Dosud neexistuje žádná obecně přijímaná definice „intenzivního užívání konopí“. Jedná se však o široký termín, jímž se označuje užívání konopí, jež překračuje jistý práh četnosti. Nemusí sice nezbytně znamenat existenci „závislosti/zneužívání“ či jiných problémů, ale má se za to, že zvyšuje riziko negativních důsledků, a to včetně závislosti. V této kapitole se údaje vztahují ke „každodennímu nebo téměř každodennímu užívání“ (jež je definováno jako užívání látky 20 či více dnů za posledních 30 dnů). Tento orientační bod se ve studiích často používá a je odvozen z evropského vzorového dotazníku. Pokračující metodologické studie (národní a EMCDDA) napomohou lepšímu pochopení vztahů mezi intenzivním/častým užíváním a problémy (viz rámeček o vyvíjených psychometrických stupnicích, str. 42).

Vývoj psychometrických stupnic pro zjišťování intenzivních, závislých a problémových uživatelů konopí na základě dat získaných v rámci průzkumů

Popisy užívání drog na základě průzkumů vycházejí z údajů o chování za různě dlouhá časová období uváděných samotnými respondenty. Každodenní užívání se doposud systematicky nemonitorovalo, zčásti proto, že ve většině zemí byla prevalence užívání konopí nízká. Přístup omezení pozornosti na údaje o užívání za poslední měsíc navíc neumožňuje pořizovat nijak přesné odhady počtu intenzivních uživatelů. S ohledem na vzestup užívání konopí v Evropě a rostoucí obavy z problémů, jež konopné drogy obnášejí, bylo však nutné tento přístup přehodnotit. Téměř všechny evropské země tak v současnosti sbírají informace o tom, během kolika dní došlo k užití drogy v měsíci předcházejícím rozhovoru. Na základě těchto informací se odhaduje, že přibližně 3 miliony lidí zřejmě užívají konopí denně nebo téměř denně.

EMCDDA spolupracuje s odborníky z jednotlivých států na dokonalejším zpracování údajů o tomto druhu intenzivního užívání získaných na základě populačních průzkumů. Stále však není k dispozici účinný nástroj, jehož prostřednictvím by bylo možné určit ty osoby, které se v důsledku užívání konopí potýkají s problémy nebo trpí závislostí. Tyto informace mají zásadní význam pro pochopení dopadu konzumace konopných drog na veřejné zdraví a jsou v současnosti klíčovým tématem pro skupinu EMCDDA pro odborný průzkum.

V současnosti se pracuje na vývoji metodického a koncepčního rámce nezbytného k monitorování „intenzivních forem užívání drog“, který by se dal uplatnit při populačních průzkumech, aby tak bylo možné identifikovat osoby, jež se potýkají s problémy. V některých zemích se v současnosti začíná měřit „závislost“ na konopí nebo „problémové užívání konopí“ mezi běžnou populací. Takové průkopnické projekty se realizují ve Francii, Německu, Nizozemsku, Polsku, Portugalsku, Spojeném království a nejnověji také ve Španělsku.

Příklad důležitosti této práce lze najít ve zkušenosti z francouzského průzkumu z roku 2005, jehož součástí byla experimentální stupnice CAST (screeningový test zneužívání konopných drog): v rámci tohoto parametru z předběžné analýzy vyplynulo, že až 16 % osob, které užily konopí v posledním roce, a 58 % každodenních uživatelů by mohlo vykazovat riziko problémového užívání.

EMCDDA v současnosti úzce spolupracuje s několika členskými státy na vývoji lepšího metodického přístupu k této problematice. Podle hrubého odhadu EMCDDA

za rok 2004 provedeného na základě omezených údajů možná 1 % dospělých Evropanů, tj. zhruba 3 miliony lidí, je každodenními či téměř každodenními uživateli konopí. V blízké budoucnosti se očekává aktualizace tohoto odhadu. Z některých zemí jsou k dispozici informace o nárůstu pravidelného nebo intenzivního užívání konopí, avšak pouze Španělsko uvádí podobné údaje o každodenním užívání⁽³⁷⁾, které vzrostlo z 0,7 % v roce 1997 na 2 % v roce 2006.

Dalším důležitým úkolem v této oblasti je lepší pochopení faktorů souvisejících s ukončením užívání drogy. Jak je uvedeno výše, většina uživatelů konopí s užíváním této drogy po určité době končí. Pochopení faktorů spojených s ukončením užívání má nesporný význam pro návrh opatření v této oblasti. Některé informace již začínají být k dispozici, např. průzkumem obyvatelstva ve Francii v roce 2005 se zjistilo, že ti, kteří někdy ve svém životě užili konopí, avšak neužili jej v posledním roce, uvádějí ve většině případů (80 %) jako důvod neuzívání drogy prostý nezájem o ni, a to navzdory skutečnosti, že většina dospělých (téměř 60 %) připustila, že by získání konopí v případě jejich zájmu bylo snadné.

Trendy v užívání konopí dospělými

Sledování trendů užívání drog v Evropě komplikuje nedostatek spolehlivých údajů v časových řadách. Od začátku 90. let 20. století však stále více zemí začíná provádět průzkumy, z nichž některé nyní začínají přinášet cenné poznatky o vývoji trendů.

Časové řady získané z průzkumů mohou vnést světlo do problematiky užívání konopí v Evropě. Jedno ze zjištění odhaluje významné časové rozdíly mezi vlnami popularity v různých zemích pozorovanými u užívání drogy od 60. let 20. století, kdy se droga začala šířit⁽³⁸⁾. Například údaje ze Švédska (národní zpráva Reitox 2005) dokládají relativně vysokou míru experimentování u branců a studentů v 70. letech, následovanou významným poklesem v letech osmdesátých a poté novým vzestupem popularity drogy v průběhu 90. let až zhruba na úroveň 70. let, po němž následoval propad zaznamenaný v nedávné době. Obdobný fenomén lze pozorovat rovněž v údajích o hlavních drogových vlnách ve Finsku – první v 60. letech a další opět v letech devadesátých.

Na základě důkazů získaných průzkumy lze vyvodit závěr, že výrazný vzestup užívání konopí zaznamenaly v průběhu

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005–2006 (2 %). Tato míra (užívání po 30 dní v průběhu posledních 30 dní) se liší od původně užívané míry „každodenní nebo téměř každodenní užívání“ (užívání po 20 dní a déle v průběhu posledních 30 dní), které přinese vyšší odhady. Ve Francii je „pravidelný uživatel“ definován jako ten, kdo užil drogu „desetkrát a více za posledních 30 dní“ (4,3 % dospělých mužů, 1,3 % dospělých žen). Ve Spojeném království je „častým užíváním“ označováno „užívání drogy více než jednou za měsíc v posledním roce“. Tato definice není slučitelná s měřítky užitými v tomto oddílu.

⁽³⁸⁾ Viz také obr. 4 ve výroční zprávě 2004.

90. let 20. století téměř všechny země EU. Tento nárůst pokračoval v mnoha zemích až do nedávné doby, ačkoli v některých státech lze nyní sledovat známky stabilizace, zejména u osob, jež lze zařadit do skupiny s vysokou prevalencí. Dokladem toho je Spojené království, které je obecně považováno za „vedoucího běžce“ v oblasti trendů užívání drog. Na počátku 90. let bylo Spojené království zemí s vysokou prevalencí, když ve většině údajů dosahovalo nejvyšších prevalencí v Evropě. Úroveň prevalence užívání drogy v posledním roce se však mezi mladými dospělými (16 až 34 let) od roku 1998 stabilizovala a v letech 2003 až 2006 zaznamenala pokles (z 20,0 % na 16,3 %). Zajímavostí je, že v nejmladší věkové skupině (16 až 24 let) je od roku 1998 pozorován trvalý pokles, z čehož lze vyvozovat klesající popularitu konopí u mladých lidí⁽³⁹⁾.

Úrovně užívání konopí ve Francii, Španělsku a Itálii se v nedávných letech začaly přibližovat prevalenci ve Spojeném království (2002, 2003 a 2005) po období stabilního růstu. Opět se začíná projevovat určité ustálení: Francie hlásila pokles v užívání v roce 2005, ačkoli Španělsko eviduje mírný nárůst do roku 2006, obecně existují v nejčerstvějších údajích náznaky tendence ke stabilizaci. V případě České republiky, země s vysokou mírou prevalence, je obtížné odhadovat trendy na základě dostupných dat – i když údaje o mladých dospělých naznačují, že hodnoty prevalence možná mírně poklesly.

Mezi zeměmi se střední a nízkou prevalencí užívání drogy v posledním roce u mladých dospělých (16 až 34 let) vykazují poslední údaje z Dánska a Nizozemska mírný pokles, zatímco úroveň užívání je stále na vzestupu v Estonsku, Německu, Maďarsku, na Slovensku a v Norsku⁽⁴⁰⁾, i když nárůst ve většině těchto zemí je malý a obecně méně zřetelný v novějších odhadech.

Finsko a Švédsko nadále patří mezi země, v nichž je zaznamenávána nejnižší úroveň užívání konopí. I když odhady prevalence vzrostly, neexistují náznaky konvergence s úrovní zemí s vyšší prevalencí. Vzestup pozorovaný ve Švédsku v letech 2000 až 2004, pokud jde o užívání drogy v posledním roce mezi mladými dospělými (1,3 % až 5,3 %), lze, navzdory jeho významnosti, jen obtížně interpretovat z důvodu metodických změn ve způsobu provádění průzkumu. Odhady prevalence v průzkumech z let 2004, 2005 a 2006 signalizují stabilní situaci.

Mezi studenty

Dalším užitečným zdrojem informací o vzorcích a trendech užívání konopí jsou údaje z průzkumů prováděných ve školách, které dokumentují rostoucí tendenci v užívání konopí v mnoha zemích EU na konci 90. let 20. století a na počátku tohoto století.

Celkový obraz získaný ze školních průzkumů je podobný výsledkům průzkumů mezi dospělými. Nejvyšší podíl celoživotní prevalence v užívání konopí mezi studenty ve věku 15 až 16 let v Evropě hlásí Belgie, Česká republika, Irsko, Španělsko, Francie a Spojené království – u těchto zemí se jedná o hodnoty 30 % až 44 %. Hodnoty přesahující 25 % jsou hlášeny z Německa, Itálie, Nizozemska, Slovinska a Slovenska. Tyto údaje kontrastují s údaji o celoživotní prevalenci v Řecku, na Kypru, v Rumunsku, Švédsku, Turecku a Norsku, odkud jsou hlášeny hodnoty pod 10 %.

Analýza dat ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) z prvních tří kol tohoto průzkumu (1996–2003) ukázala významné geografické rozdíly v trendech celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15 až 16 let. Státy lze rozdělit do tří geografických skupin. V Irsku a ve Spojeném království, zemích s dlouhou historií užívání konopí, je celoživotní prevalence vysoká, avšak v posledním desetiletí zůstává na neměnné úrovni. V případě členských států východní a střední Evropy spolu s Dánskem, Španělskem, Francií, Itálií a Portugalskem došlo ke značnému nárůstu celoživotní prevalence užívání konopí v rozmezí let 1995 a 2003. Ve třetí skupině členských zemí (Finsko a Švédsko na severu a Řecko, Kypr a Malta na jihu) a v Norsku setrvávají odhady životní prevalence mezi studenty na relativně nízké úrovni (okolo 10 % a méně). Údaje z dalšího kola studie ESPAD by měly být k dispozici v příštím roce.

Nové údaje z národních školních průzkumů v roce 2005 jsou k dispozici pouze ze čtyř zemí (Itálie, Polsko, Švédsko, Spojeného království) a Belgie zaslala výsledky průzkumu ve Flandrech. Situace ve Švédsku se zdála být stabilní a v ostatních čtyřech průzkumech byly zaregistrovány mírné poklesy.

Konopí: údaje o žádostech o léčbu⁽⁴¹⁾

Vzorce žádostí o léčbu celkově

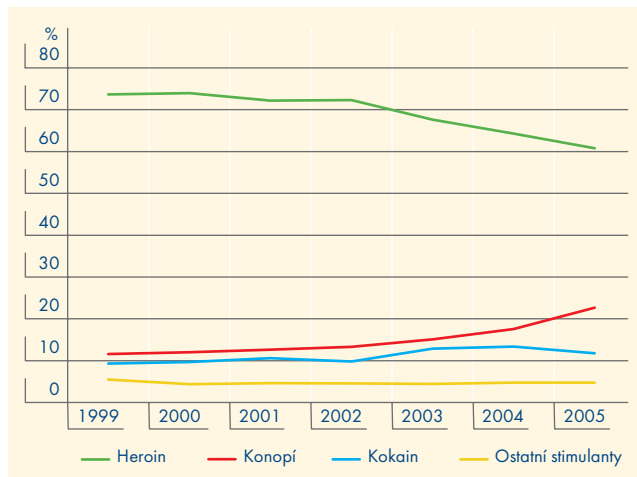
Z celkového počtu 326 000 žádostí o léčbu hlášených v roce 2005 (k dispozici byla data z 21 zemí) bylo konopí primární příčinou zahájení léčby přibližně ve 20 % všech případů, což z konopí činí druhou nejčastěji uváděnou drogu po heroinu.

⁽³⁹⁾ Viz obr. GPS-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁴⁰⁾ Viz obr. GPS-4 a GPS-8 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁴¹⁾ Analýza celkové distribuce a trendů vychází z údajů o klientech žádajících o léčbu ve všech léčebných zařízeních. Analýza profilů klientů a vzorců užívání drog vychází převážně z údajů ambulantních léčebných center.

Obr. 4: Trendy ve vzorci využívání léčebných služeb (1999–2005) – hlavní droga, kvůli níž klienti žádají o léčbu jako procento celkového počtu žádostí



Poznámka: Na základě údajů z 21 členských států EU: Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Německo, Irsko, Řecko, Španělsko, Francie, Itálie, Kypr, Litva, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Nizozemsko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Finsko, Švédsko a Spojené království. Chybějící údaje byly získány interpolací z každé země zachováním průměrného trendu EU v dostupných datech za každý rok. Další informace a podrobné poznámky viz obr. TDI-3 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Nejvyšší poptávka, pokud jde o léčbu ze závislosti primárně na konopí, je obvykle po ambulantní léčbě⁽⁴²⁾.

V případě klientů podrobujících se ústavní léčbě jde často také o užívání jiných drog v kombinaci s primární drogou, v souvislosti s níž žádají o léčbu; avšak zřídka je tomu tak u uživatelů konopí, kteří jsou většinou registrováni jako uživatelé pouze této jedné látky. Nicméně někteří skutečně konopí užívají v kombinaci s dalšími drogami, nejčastěji s alkoholem (37 %) a amfetaminy či extází (28 %). Konopí je u léčených osob uváděno jako druhá nejčastěji hlášená sekundární látka po alkoholu (38 %) (43).

Rostoucí počet žádostí o léčbu

Ze zhruba 130 000 nových žádostí o léčbu ze závislosti na droze představují klienti užívající konopí 29 % veškerých nových klientů, což se těsně blíží podílu nových žádostí o léčbu ze závislosti na heroínu (35 % na základě dostupných údajů z 22 zemí) (44). Přestože kvůli problémům s dostupností údajů je přesný popis trendů obtížný, lze hlavní trendy v žádostech o léčbu ze závislosti na konopí určit. Celkový počet hlášených nových i všech žádostí o léčbu v souvislosti s konopím se mezi lety 1999 až 2005 ztrojnásobil.

Z nejnovějších údajů však vyplývá, že dochází ke stabilizaci této vzestupné tendence. Ve všech zemích (s výjimkou Litvy) je v případě nových klientů podíl osob žádajících o léčbu z důvodu užívání primárně konopí vyšší, nežli je tomu u všech klientů (45).

Podíl klientů požadujících léčbu z primární závislosti na konopí vzrostl v období let 1999–2005 ve všech zemích, z nichž jsou údaje k dispozici (obr. 4). Existují zajímavé rozdíly mezi zeměmi, pokud jde o procento klientů uvádějících konopí jako důvod k nastoupení léčby, přičemž v Bulharsku, Litvě, Polsku a Rumunsku tento podíl činí méně než 5 % všech klientů nastupujících léčbu, naproti tomu v Maďarsku a ve Francii více než 30 %. U zbývajících zemí se podíl závislých na konopí ve dvanácti státech pohybuje mezi 5 % a 20 % a v sedmi mezi 21 % a 29 %. Obdobně existují podstatné rozdíly mezi zeměmi u nových žádostí o léčbu, přičemž konopí uvádí méně než 10 % nových klientů v Bulharsku, Litvě, Lucembursku, Polsku a Rumunsku a více než 50 % v Dánsku, Německu, Francii a Maďarsku (46).

Zvýšená poptávka po léčbě ze závislosti na konopí nemá zjevně jednoduché vysvětlení. Do jaké míry je zvýšení poptávky po léčbě výsledkem nárůstu prevalence intenzivního užívání konopí a s tím spojených problémů v populaci a zvýšeného vnímání rizik, to zůstává nejasné. Svou roli mohly sehrát rovněž jiné faktory, včetně lepšího pokrytí údajů od center ambulantní léčby pro klienty závislé na konopí, jež se léčbou závislosti na konopí zabývají nejčastěji, a také snad větší počet diagnóz a hlášení o problematickém užívání konopí. Rovněž je třeba vzít v úvahu vliv dalších dvou možných příčin: diverzifikace nabídky léčby, např. otevření center pro léčbu závislosti na konopí ve Francii ke konci roku 2004, a také nárůstu počtu pacientů, kterým je léčba uložena v rámci systému trestní justice. V prvním případě, v reakci na zvyšující se poptávku po léčbě závislosti na konopí, zavedly některé země specifické programy pro adolescenty či mladé lidi s nabídkou léčby zaměřenou více na uživatele konopí; zde vyvolala zvýšená poptávka rozšíření nabídky, což ovšem mohlo poptávku dále zesílit. V druhém případě uživatelé, kterým byla léčba uložena v rámci systému trestní justice, často spáchali nějaký trestný čin v souvislosti s užíváním konopí; výsledky průzkumu ukazují, že většina osob poslaných na léčbu jako alternativu trestního řízení má konopí jako primární drogu. Podle tohoto scénáře tedy ke zvýšené poptávce po léčbě

(42) Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2007.

(43) Viz tab. TDI-22 a TDI-23 (část i) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2007.

(44) Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2007.

(45) Viz tab. TDI-3 (část iii) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

(46) Viz tab. TDI-5 (část ii) a TDI-4 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

ze závislosti na konopí přispěl zvýšený počet osob, jimž je uložena léčba v rámci systému trestní justice.

Profily klientů

Ať už je vysvětlení nárůstu počtu žádostí o léčbu ze závislosti na konopí jakékoli, bylo by zajímavé znát charakteristiky žadatelů o léčbu, ačkoli nelze očekávat, že takto malý zlomek celé populace užívající konopí bude reprezentativním vzorkem. Pohledem na profil lidí nastupujících ambulantní léčbu primární závislosti na konopí zjistíme, že se nejčastěji jedná o mladé muže, studující spíše než zaměstnané či nezaměstnané a žijící s rodiči spíše než ve svém vlastním obydlí⁽⁴⁷⁾. Ve srovnání s klienty závislími na ostatních drogách jsou mezi osobami nastupujícími léčbu kvůli primární závislosti na konopí nejvíce zastoupeni muži a příslušníci nejmladší věkové kategorie (průměrný věk 24,5 roku). Ti, kteří nastupují léčbu poprvé, jsou dokonce mladší než skupina všech klientů závislých na konopí (průměrně 23,8 roku); a analogicky, 67 % osob ve věku 15 až 19 let a 80 % osob mladších 15 let představuje nové klienty závislé na konopí. V posledních třech letech jsou však pozorovány signály zvyšujícího se průměrného věku nových klientů závislých na konopí⁽⁴⁸⁾. Obecně lze klienty závislé na konopí rozřadit do tří skupin na ty, kteří je užívají příležitostně (34 %), jednou až několikrát týdně (27 %) a denně (39 %).

Je pravděpodobné, že tyto rozdíly v udávané četnosti užívání konopí jsou výsledkem odlišných cest, kterými jsou klienti posíláni na léčení, a lze spekulovat, že nárůst počtu uživatelů, jimž byla léčba uložena v rámci systému trestní justice, může být v některých případech spojován s osobami s nižší spotřebou drogy nastupujícími léčbu. Mezi zeměmi jsou rozdíly v četnosti užívání konopí, přičemž z poloviny zemí je hlášeno více než 30 % klientů jako každodenních uživatelů konopí a u druhé poloviny méně než 30 %. Nizozemsko, Dánsko a Španělsko vykazují nejvyšší podíl pravidelných uživatelů mezi léčenými klienty, zatímco Maďarsko, Německo a Itálie hlásí nejvyšší zastoupení příležitostných uživatelů⁽⁴⁹⁾. Kromě toho, jak je uvedeno dále, reakce na intenzivní užívání konopí se patrně zaměřuje na prevenci spíše než léčbu a takové rozdíly v jednotlivých národních praxích mohou ovlivňovat celkovou úroveň hlášení; tím lze částečně vysvětlit, proč některé země s vysokou prevalencí udávají relativně nízké počty případů léčby závislosti na konopí.

Řešení problematiky užívání konopí

Údaje o léčbě závislosti na konopí je třeba nahlížet v kontextu skladby léčebného systému v Evropě, jenž v současnosti zahrnuje širokou škálu opatření od krátkodobých opatření až po ústavní léčení. Některé programy se orientují jak na prevenci a snižování rizika poškození zdraví, tak na léčbu problémů spojených s užíváním drogy.

Vymezení rizikových jedinců a včasné intervence jsou důležitými složkami všech protidrogových programů, přičemž učitelé by mohli jako první zachytit užívání konopí u svých žáků. V Německu, Itálii a Polsku vznikly programy pro učitele, které jim mají pomáhat správně reagovat na užívání konopí a v případech potřeby vyhledat specializovanou pomoc.

Neexistují spolehlivé informace o léčbě závislosti na konopí v praxi a studie v této oblasti se zpravidla omezují na zkušenosti z Ameriky či Austrálie a jsou na nich většinou založeny. Mezi nejobvyklejší udávané přístupy k řešení problémů spojených s užíváním konopí v Evropě se řadí: krátkodobé služby ambulantních center, poradenství, školní programy a terénní aktivity zaměřené na prevenci. Obecně lze říci, že opatření bývají založena na krátkodobém přístupu za využití motivačních rozhovorů, v kombinaci s kognitivně behaviorálními prvky. Ačkoli neexistuje pevná shoda v otázce, jak by měl vypadat efektivní praktický postup, některé studie naznačují, že takový přístup může být užitečný. Jednou z evropských aktivit v této oblasti je projekt INCANT, v rámci něhož spolupracují Belgie, Francie, Německo, Nizozemsko a Švýcarsko na posouzení významu multidimenzionální rodinné terapie (MDFT) u uživatelů konopí. Po kladném hodnocení jeho pilotní fáze (Rigter, 2005) byl tento projekt rozšířen do podoby multicentrické randomizované kontrolované studie srovnávající MDFT se standardními metodami léčby poruch souvisejících s užíváním konopí.

Pouze 13 členských zemí uvádí dostupnost specializovaných léčebných zařízení pro problémové uživatele konopí, což nasvědčuje tomu, že většina uživatelů konopí je zachycena ve všeobecných protidrogových programech nebo všeobecných zdravotních zařízeních nebo zařízeních pro mládež. V tomto ohledu vyvstávají obavy, zda je vhodné léčit mladé uživatele konopí ve všeobecných zařízeních pro drogově závislé, neboť dochází ke kontaktu klientů se staršími problémovými uživateli jiných drog. To, do jaké míry tato skutečnost představuje problém, zůstává sice nejasné, avšak jedná se o důležitou otázku při plánování služeb v této oblasti.

⁽⁴⁷⁾ Viz tab. TDI-13, TDI-14 a TDI-21 (část i) a (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁴⁸⁾ Viz tab. TDI-10 (část i), (část ii) a (část ix) ve Statistických věstnících 2005, 2006 a 2007.

⁽⁴⁹⁾ Viz tab. TDI-18 (část iii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2007.

Jako vzor poskytování specializovaných služeb pro uživatele konopí může sloužit Francie, kde v roce 2005 vznikla síť 250 poradenských center pro řešení závislosti na konopí. Do těchto center nyní dochází odhadem 2 900 klientů za měsíc, přičemž přibližně ve třetině případů (31 %) se jedná o klienty, kteří vyhledali tyto služby sami, nebo jim byly doporučeny (31 %), a dále více než třetina klientů přišla do těchto zařízení na základě soudního rozhodnutí (38 %). Mezi další příklady léčebných programů navržených pro uživatele konopí se řadí Mariánské centrum pro mládež (Maria Youth Centre) ve Švédsku, nabízející mladým problematickým uživatelům konopí poradenské aktivity doprovázené podpůrnými akcemi. A konečně v Německu se od ledna 2006 při Výzkumném ambulantním centru v Drážďanech rozvíjí modulární terapie poruch souvisejících s užíváním konopí pro dospívající (Candis).

Kvazimandatorní intervence

Navzdory všeobecnému posunu ke směřování uživatelů konopí, kteří přicházejí do styku se systémem trestní justice, k léčebným a poradenským službám namísto trestního postihu se dostupnost a struktura těchto mechanismů mezi evropskými zeměmi podstatně liší, přičemž jen málo zemí (Německo, Francie, Lucembursko, Rakousko a Švédsko) nabízí strukturované programy či služby.

Pro uživatele konopí, kterým léčbu uložil soud, nejsou léčebná opatření jediným uváděným řešením. Příležitostným uživatelům jsou v některých zemích nabízeny intenzivní kurzy, například Německo, Rakousko a Lucembursko vesměs

hlásí kurzy zaměřené na změnu postojů a vzorců užívání konopí⁽⁵⁰⁾.

Nové komunikační strategie k oslovení uživatelů konopí

Nové komunikační nástroje pro oslovení uživatelů konopí se v Evropě snaží prozkoumat řada inovačních programů. V některých zemích (Německo, Spojené království) funguje na internetu program krátkodobé intervence umožňující uživatelům konopí posoudit jejich současnou závislost a určit vlastní problémy. Dokladem tohoto přístupu je německý projekt „skonči s tím svinstvím“ („quit the shit“)⁽⁵¹⁾, nabízející pomoc uživatelům, kteří by rádi ukončili svou závislost na konopí. Hodnotící studie zjistila, že ti, kteří této služby využili, udávali snížení konzumace konopí jak ve spotřebovaném množství, tak v počtu dnů, kdy konopí užívali.

V Dánsku vznikl anonymní projekt nazvaný SMASH, nabízející pomoc a rady mladým uživatelům konopí s cílem minimalizovat škodlivé účinky drogy, poskytovat informace a podporovat klienty v jejich úsilí přestat kouřit konopí⁽⁵²⁾. Základem projektu je objednávka zaslání dvou balíčků SMS zpráv. První z nich (fakta o hašiši) poskytuje faktické informace o užívání konopí a druhý nabízí podporu a motivaci těm, kteří se pokoušejí s drogou přestat. Mladým lidem je rovněž nabízena možnost osobního vedení prostřednictvím textových zpráv, které jim mají pomoci ukončit jejich závislost nebo snížit její úroveň. Obdobná služba je dostupná také v Irsku, ačkoli tam je důraz kladen spíše na šíření informací.

Užívání drog mezi nezletilými, vybraná témata EMCDDA 2007

Příslušné pojednání na téma užívání drog u velmi mladých Evropanů (mladších 15 let) dochází k závěru, že prevalence užívání drog mezi příslušníky této věkové skupiny je nízká a reflektuje hlavně experimentální užívání. Pravidelné užívání drog velmi mladými lidmi je vzácné a často se týká vysoce problematického segmentu populace.

Primární opatření v reakci na užívání drog u osob mladších patnácti let se z větší části soustředí na prevenci nebo strategie časné intervence. Ve zmíněném materiálu se nicméně uvádí,

že podle odhadů podstupuje v Evropě přibližně 4 000 velmi mladých lidí léčbu drogové závislosti. Léčba drogové závislosti uzpůsobená specifickým potřebám mladých lidí je výjimkou, nicméně většina evropských zemí si je vědoma potřeby takových programů.

Tento materiál na vybrané téma se rovněž zabývá tím, jakým způsobem byly poznatky o spojitosti mezi konzumací zákonných a nezákonných psychoaktivních látek v mladém věku a látkovou závislostí v pozdějším věku zapracovány do evropských politik týkajících se veřejného zdraví.

Toto vybrané téma je k dispozici v tištěné podobě a na internetu (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) pouze v angličtině.

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



Kapitola 4

Amfetaminy, extáze a LSD

V mnoha evropských zemích je druhou nejčastěji užívanou nezákonnou látkou nějaká forma synteticky vyráběné drogy, i když v celoevropském měřítku je nyní více uživatelů kokainu. Užívání těchto látek v běžné populaci je typicky nízké, avšak prevalence v mladších věkových skupinách jsou významně vyšší a v některých sociálních prostředích nebo kulturních skupinách může být míra užívání těchto drog zvláště vysoká. Celkově patří amfetaminy (amfetamin a metamfetamin) a extáze k syntetickým nezákonným drogám s nejvyšší prevalencí.

Amfetamin a metamfetamin jsou stimulanty centrální nervové soustavy. Z těchto dvou drog je v Evropě mnohem dostupnější

Amfetamin a metamfetamin: rozdíly a podobnosti

Hlavními představiteli skupiny amfetaminů jsou na trhu s nelegálními drogami amfetamin a metamfetamin (a jejich soli) – dvě úzce příbuzné syntetické látky patřící mezi fenetylaminy. Obě látky jsou stimulanty centrální nervové soustavy a vyznačují se stejným mechanismem působení, behaviorálními účinky, tolerancí, odvykacím stavem a (chronickými) účinky dlouhodobého užívání. Amfetamin má nižší potenci než metamfetamin, ale za nekontrolovaných podmínek jsou účinky téměř nerozlišitelné.

Amfetaminové a metamfetaminové produkty se většinou vyskytují ve formě prášku, ale používá se také tzv. „sníh“, čistá krystalická hydrochloridová sůl metamfetaminu. Na tabletách obsahujících buď amfetamin nebo metamfetamin mohou být vyznačena loga podobně jako na MDMA a jiných tabletách extáze.

Vzhledem k tomu, v jaké formě jsou amfetamin a metamfetamin k dispozici, je možné je užívat perorálně, šňupat, inhalovat, případně aplikovat injekčně. Na rozdíl od sulfátové soli amfetaminu je metamfetamin hydrochlorid, zejména jeho krystalická forma (sníh), dostatečně volatilní na to, aby se dal kouřit.

Zdroj: Internetové stránky EMCDDA – profily jednotlivých drog <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>.

amfetamin, zatímco významná míra užívání metamfetaminu se omezuje na Českou republiku a Slovensko.

Jako extáze se označují syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné s amfetaminy, ale v některých účincích se liší. Nejznámějším členem skupiny drog zvaných extáze je 3,4-metylendioxy-metamfetamin (MDMA), avšak občas se v tabletách extáze objevují i další analogické sloučeniny (MDA, MDEA). Prevalence užívání extáze v EU od 90. let 20. století stoupá.

Z historického hlediska je zdaleka nejznámější halucinogenní drogou dietylamid kyseliny lysergové (LSD), avšak míra jeho spotřeby byla po značnou dobu nízká a vcelku stabilní. V nedávné době se začaly objevovat důkazy o zvýšené dostupnosti a užívání halucinogenních látek vyskytujících se v přírodě, zejména halucinogenních hub.

Nabídka a dostupnost ⁽⁵³⁾

Amfetamin

Celosvětová produkce amfetaminu byla v roce 2005 odhadována na 88 tun (UNODC, 2007). Přestože se nezákonná výroba rozšířila do ostatních částí světa, i nadále se soustřeďuje do západní a střední Evropy. Laboratoře vyrábějící nelegálně amfetamin byly v roce 2005 zlikvidovány v Belgii, Bulharsku, Německu, Estonsku, Litvě, Nizozemsku a Polsku. Amfetamin zachycený v Evropě podle hlášení pochází hlavně z Belgie, Nizozemska a Polska, v menší míře z Estonska a Litvy.

V roce 2005 dosáhly záchyty amfetaminu celosvětově 12,9 tun, z toho většinou ve dvou regionech: v západní a střední Evropě a východní a jihovýchodní Asii.

V Evropě v roce 2005 proběhlo odhadem 40 300 záchytů amfetaminu v celkovém množství 6,6 tun. Do roku 2004 Spojené království soustavně vykazovalo největší počet záchytů a největší množství amfetaminu zajištěného v Evropě.

⁽⁵³⁾ Informace o interpretaci údajů o záchytech drog a dalších údajích o trhu viz str. 37. Údaje o záchytech a zajištěných množstvích amfetaminu, extáze a LSD nejsou za rok 2005 k dispozici pro všechny země; více informací viz tabulky záchytů ve Statistickém věstníku 2007.

Mezinárodní opatření proti výrobě a zneužívání prekurzorů drog

Jako prevence úniku prekurzorů užívaných k výrobě nelegálních drog vzniklo několik mezinárodních iniciativ: projekt Cohesion se zaměřuje na permanganát draselný (používaný při výrobě kokainu) a acetanhydrid (užívaný při výrobě heroinu), zatímco projekt Prism se zabývá prekurzory syntetických drog⁽¹⁾. Všechny údaje uvedené níže pocházejí ze zprávy INCB o prekurzorech (INCB, 2007b).

V roce 2005 byly celosvětové záchyty permanganátu draselného největší, jaké kdy byly INCB hlášeny, přičemž 16 zemí zachytilo 183 tun, z nichž téměř vše bylo zadrženo mimo Evropu.

Na 22 400 litrech acetanhydridu zachyceného celosvětově v roce 2005 se Evropa opět podílela jen malým dílem.

V roce 2005 byly INCB nahlášeny záchyty 41 tun efedrinu a pseudoefedrinu, klíčových prekurzorů metamfetaminu, většinou z Číny, zatímco členské státy EU (hlavně Řecko, Bulharsko, Rumunsko a Česká republika) spolu s Ruskou federací zachytily 1,7 tuny.

Celosvětové záchyty 1-fenyl-2-propanonu (P-2-P), využívaného při nelegální výrobě metamfetaminu a amfetaminu, dosáhly v roce 2005 objemu 2 900 litrů, přičemž evropské země přispěly záchyty v objemu 1 700 litrů (hlavně v Německu a Nizozemsku).

Podíl Evropy na celosvětových záchytech 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP-2-P), který se používá k výrobě MDMA, v roce 2005 poklesly na 38 %, když bylo hlášeno celkem 5 100 litrů (většinou ve Francii a v Nizozemsku). Rostoucí objemy záchytů 3,4-MDP-2-P v ostatních regionech podle všeho svědčí o tom, že nelegální výroba MDMA se rozšiřuje mimo Evropu.

(1) Všechny uvedené v seznamu I Úmluvy OSN z roku 1988.

I přes určité výkyvy od roku 2000 na evropské úrovni celkový počet záchytů amfetaminu a zajištěná množství vzrostla⁽⁵⁴⁾. V roce 2005 však většina sledovaných zemí zaznamenala sestupný trend v počtu provedených záchytů amfetaminu. Tento obrázek je třeba potvrdit porovnáním s údaji za rok 2005 ze Spojeného království, až budou k dispozici.

Průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena amfetaminu se v roce 2005 pohybovala od 7 eur za gram do 37,5 eur za gram, přičemž většina evropských zemí hlásila ceny

10 až 20 eur za gram⁽⁵⁵⁾. V období 2000–2005 průměrné ceny amfetaminu upravené o inflaci poklesly ve většině ze sedmnácti zemí, které poskytly dostatek údajů.

Průměrná nebo obvyklá čistota amfetaminu v roce 2005 se značně lišila, avšak většina evropských zemí hlásila čistotu 15 % až 50 %⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamin

Celosvětová výroba metamfetaminu se v roce 2005 odhadovala na 278 tun. Většinou probíhá ve východní a jihovýchodní Asii a v Severní Americe. V Evropě se nelegální výroba metamfetaminu do značné míry omezuje na Českou republiku (kde je znám pod názvem „pervitin“), i když výroba je hlášena rovněž v Litvě, Moldavsku a na Slovensku (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

V roce 2005 celosvětové záchyty metamfetaminu vzrostly na odhadovaných 17,1 tuny, z nichž více než polovinu hlásila východní a jihovýchodní Asie (Čína, Thajsko) a třetinu Severní Amerika (Spojené státy). Ve stejném roce bylo hlášeno v patnácti evropských zemích odhadem 2 200 záchytů v celkovém množství asi 104 kg metamfetaminu⁽⁵⁷⁾. Největší počet záchytů i zajištěných množství metamfetaminu zaznamenalo Norsko a Švédsko.

Průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena metamfetaminu (hlášená pouze několika zeměmi) se v roce 2005 pohybovala v rozmezí od 5 eur do 35 eur za gram. Většina zemí hlásila průměrnou nebo obvyklou čistotu metamfetaminu na spotřebitelské úrovni v rozmezí 30 % až 65 %⁽⁵⁸⁾.

Extáze

Celosvětová produkce extáze v roce 2005 se odhadovala na 113 tun (UNODC, 2007). Evropa zůstává hlavním centrem výroby extáze, ačkoli její relativní význam patrně klesá s tím, jak se v posledních letech výroba extáze šíří do dalších částí světa, zejména do Severní Ameriky, východní a jihovýchodní Asie a Oceánie (CND, 2006; UNODC, 2006). V Evropě probíhá výroba extáze hlavně v Nizozemsku (i když jsou tam hlášeny známky poklesu výroby), po němž následuje Belgie. Extáze zachycená v Evropě v roce 2005 podle hlášení pochází z těchto dvou zemí, v menší míře pak z Polska a ze Spojeného království.

(54) Viz tab. SZR-11 a SZR-12 ve Statistickém věstníku 2007.

(55) Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2007.

(56) Viz tab. PPP-8 ve Statistickém věstníku 2007. Je třeba uvést, že hlášené průměrné úrovně čistoty amfetaminu mohou zakrývat široký rozptyl čistoty analyzovaných vzorků.

(57) Kvůli absenci údajů ze Spojeného království za rok 2005 byla pro účely odhadu uvažována data za rok 2004. Viz tab. SZR-17 a SZR-18 ve Statistickém věstníku 2007.

(58) Viz tab. PPP-4 a PPP-8 ve Statistickém věstníku 2007.

Z odhadovaných 5,3 tun extáze zachycených celosvětově v roce 2005 je i nadále převážná většina zajištěna v západní a střední Evropě (38 %), po níž následuje Oceánie (27 %) a Severní Amerika (20 %).

Odhadovaných 26 500 záchytů vedlo v roce 2005 v Evropě k zabavení asi 16,3 milionů tablet extáze⁽⁵⁹⁾. Největší množství extáze je i nadále zachycováno ve Spojeném království, v Belgii, Nizozemsku a Německu. Poté, co dosáhl v roce 2001 vrcholu, počty záchytů extáze v Evropě od roku 2003 znovu stoupají. Celkové množství extáze zachycené v letech 2000 až 2004 se pohybovalo kolem 20 milionů tablet ročně. Údaje o množstvích zachycené extáze ve většině zemí v roce 2005 však ukazují pokles. Tento obrázek je třeba potvrdit porovnáním s údaji za rok 2005 ze Spojeného království, až budou k dispozici.

V roce 2005 se průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena tablet extáze pohybovala od méně než 3 eur za tabletu až po 15 eur⁽⁶⁰⁾. Během let 2000 až 2005 střední spotřebitelské ceny extáze upravené o inflaci klesly ve většině z 21 zemí, které poskytly dostatek údajů.

V Evropě většina tablet extáze i nadále v roce 2005 obsahovala MDMA nebo jinou látku podobnou extázi (MDEA, MDA), obvykle jako jedinou psychoaktivní látku přítomnou v tabletě. V deseti členských státech tyto tablety tvořily více než 80 % celkového počtu analyzovaných tablet. Existují však určité výjimky z tohoto zjištění: ve Slovinsku se MDMA/MDEA/MDA častěji vyskytují v kombinaci s amfetaminem a/nebo metamfetaminem, zatímco v Polsku se v tabletách častěji vyskytuje amfetamin a/nebo metamfetamin jako jediná psychoaktivní látka. Obsah MDMA v tabletách extáze značně kolísá mezi jednotlivými várkami (dokonce i mezi těmi se stejným logem), a to jak v rámci jedné země, tak mezi jednotlivými zeměmi. V roce 2005 se průměrný nebo obvyklý obsah MDMA v tabletě extáze ve sledovaných zemích pohyboval od 2 do 130 mg, i když ve většině zemí byl průměr mezi 30 a 80 mg MDMA.

LSD

Po několik let trvajícím poklesu počty záchytů i množství zachyceného LSD od roku 2003 stoupají⁽⁶¹⁾. Přestože výroba LSD a obchodování s ním probíhají v mnohem

menším měřítku, než je tomu v případě ostatních syntetických drog, bylo v Evropě v roce 2005 provedeno odhadem 800 záchytů, které představují množství 850 000 dávek LSD, přičemž asi 75 % celkového zachyceného množství si připsalo Nizozemsko. Průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena jedné dávky LSD se pohybovala mezi 4 a 30 eury⁽⁶²⁾.

Prevalence a vzorce užívání v běžné populaci a mezi mladistvými

Z hlediska míry užití v nedávné době je extáze nejběžněji užívanou syntetickou drogou v sedmnácti evropských zemích a amfetamin v devíti⁽⁶³⁾. Celoživotní prevalence užití amfetaminů bývá vyšší, což odpovídá nedávnému výskytu extáze na trhu nelegálních drog v Evropě. Údaje ze školních průzkumů nasvědčují tomu, že užití extáze, amfetaminů a psychotropních drog jiných než konopí mezi studenty se akumuluje kolem několika málo jednotlivců. Například ti studenti, kteří vyzkoušeli extázi, rovněž vykazují prevalence užívání kokainu a halucinogenních drog dvacetkrát vyšší než v běžné populaci studentů škol⁽⁶⁴⁾ a asi pětikrát vyšší než mezi těmi, kteří někdy vyzkoušeli konopí.

Z členských států EU se užívání amfetaminů nebo extáze ukazuje jako relativně vysoké pouze v několika zemích: v České republice, Estonsku a ve Spojeném království; v menší míře pak v Lotyšsku a Nizozemsku.

Amfetaminy

Nejnovější průzkumy v dospělé populaci ukazují, že celoživotní prevalence užití amfetaminů v Evropě se pohybuje od 0,1 % do 3,6 % všech dospělých (15 až 64 let), s výjimkou Dánska (6,9 %) a Spojeného království (Anglie a Walesu), kde dosahuje 11,5 % (což odráží dříve vysokou míru užívání, zatímco současná míra užívání je více v souladu s ostatními zeměmi). Zeměmi s nejvyššími čísly jsou dále Norsko (3,6 %), Německo a Španělsko (3,4 %). V průměru téměř 3,5 % všech dospělých v Evropě užilo amfetaminy nejméně jednou⁽⁶⁵⁾. Prevalence užití během posledního roku je mnohem nižší: v průměru 0,7 % (rozptyl 0 až 1,3 %). Údaje z průzkumů v běžné populaci ukazují, že amfetaminy vyzkouší zhruba 11 milionů lidí a asi 2 miliony Evropanů užily tuto drogu v posledním roce.

⁽⁵⁹⁾ Viz tab. SZR-13 a SZR-14 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁶⁰⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁶¹⁾ Viz tab. PPP-15 a SZR-16 ve Statistickém věstníku 2007.

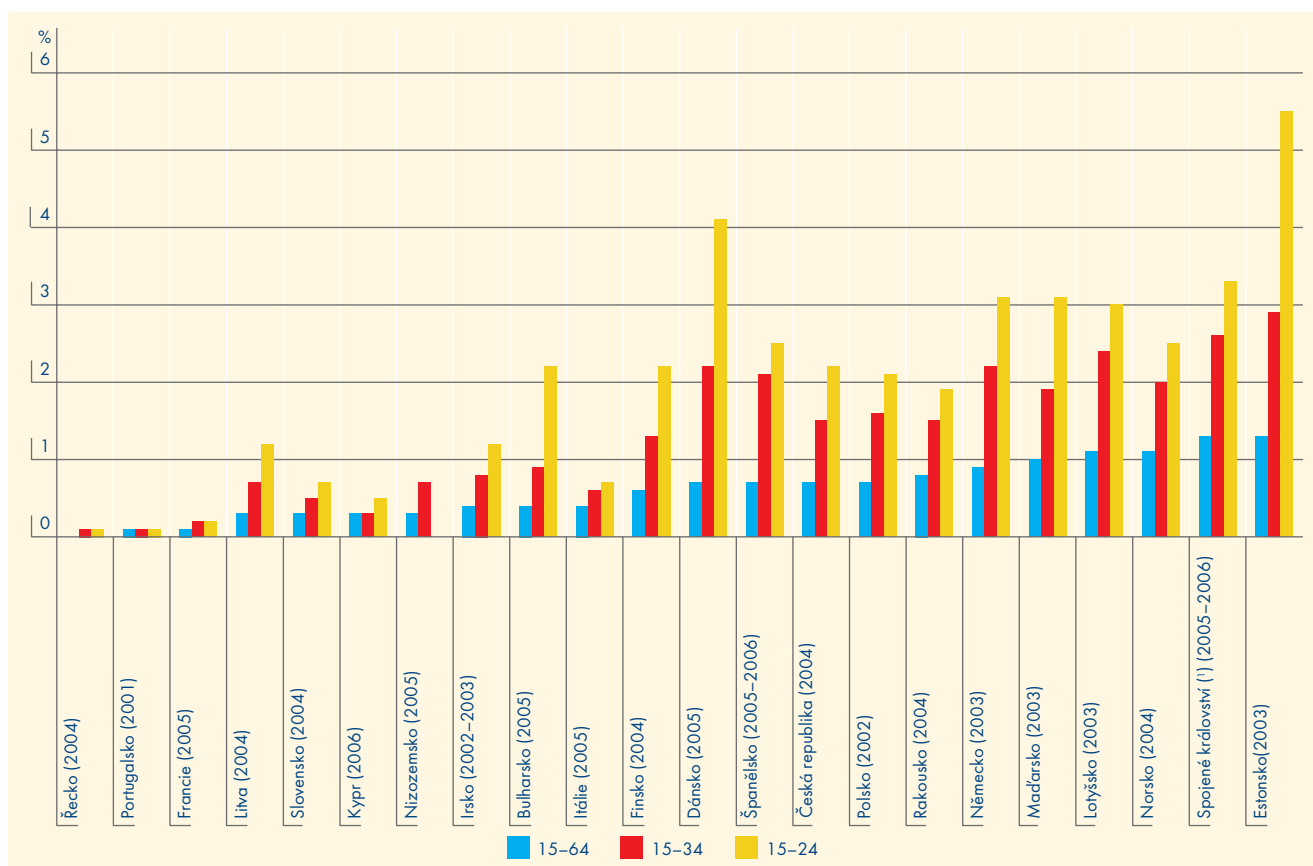
⁽⁶²⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁶³⁾ Údaje z průzkumu „užívání amfetaminu“ často nerozlišují mezi amfetaminem a metamfetaminem. Typicky se však vztahují k užívání amfetaminu (sulfátu nebo dexamfetaminu), jelikož užívání metamfetaminu není příliš rozšířené.

⁽⁶⁴⁾ Viz obr. EYE-1 (část iv) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁶⁵⁾ Metoda výpočtu viz poznámka pod čarou⁽³⁰⁾.

Obr. 5: Prevalence užití amfetaminů v minulém roce mezi všemi dospělými (ve věku 15 až 64 let) a mladými dospělými (ve věku 15 až 34 let a 15 až 24 let)



(*) Anglie a Wales.

Poznámka: Údaje jsou z nejnovějších národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Země jsou seřazeny podle celkové prevalence (mezi všemi dospělými). Další informace viz tab. GPS-10, GPS-11 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy sítě Reitox (2006), převzato ze zpráv o průzkumech populace nebo z vědeckých článků.

Mezi mladými dospělými (15–34) se uvádí celoživotní prevalence užití amfetaminů 0,2 až 16,8 %, ovšem jestliže jsou čísla ze Spojeného království (Anglie a Walesu) (16,8 %) a Dánska (12,7 %) uvažována samostatně, snižuje se rozmezí na 0,2 až 5,9 %⁽⁶⁶⁾. Polovina zemí poskytujících údaje má hodnoty prevalence pod 4 %, přičemž nejvyšší hodnoty po Spojeném království a Dánsku uvádí Norsko (5,9 %), Německo (5,4 %) a Lotyšsko (5,3 %). V průměru vyzkoušelo amfetaminy 5,1 % mladých dospělých v Evropě⁽⁶⁷⁾. Prevalence užití v posledním roce se pohybuje od 0,1 % do 2,9 %, přičemž nejvyšší hodnoty prevalence uvádí Estonsko (2,9 %), Spojené království (2,6 %) a Lotyšsko (2,4 %) (obr. 5). Je pozoruhodné, že z hlediska prevalence užití v posledním roce jsou čísla ze Spojeného království a Dánska více v souladu s údaji ostatních zemí. Odhaduje se, že v průměru 1,5 % mladých dospělých v Evropě vyzkoušelo amfetaminy v posledním roce.

Pouze Finsko může podat současný odhad problémového užívání amfetaminu (definovaného jako injekční a dlouhodobé/pravidelné užívání), který se v roce 2002 pohyboval v rozmezí 10 900 až 18 500 problémových uživatelů amfetaminu (3,1 až 5,3 případů na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let), což je trojnásobek počtu problémových uživatelů opiátů.

Metamfetamin

Míra užívání metamfetaminu v Evropě se jeví jako omezená oproti mezinárodní scéně, která v posledních letech zaznamenala nárůst užívání této drogy. Evropské země jsou však znepokojeny možností nárůstu užívání této drogy v členských státech, což podněcuje vznik předběžných opatření; například ve Spojeném království bylo rozhodnuto reklasifikovat metamfetamin a zařadit ho mezi neškodlivější drogy (třída A).

⁽⁶⁶⁾ Viz tab. GPS-19 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁶⁷⁾ Viz obr. GPS-15 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

Z historického hlediska se užívání metamfetaminu v Evropě soustředilo v České republice a v určité míře také na Slovensku. Problémové užívání metamfetaminu podle nedávných odhadů hlásí dvě země (Česká republika, Slovensko). V roce 2005 bylo podle odhadu v České republice 18 400 až 24 000 uživatelů metamfetaminu (2,5 až 3,2 případu na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let), což byl téměř dvojnásobek počtu problémových uživatelů opiátů, a na Slovensku 6 000 až 14 000 uživatelů metamfetaminu (1,5 až 3,7 případu na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let), tedy o něco méně než odhadovaný počet uživatelů opiátů. Metamfetamin se stal nejčastější primární drogou mezi osobami poprvé žádajícími o léčbu na Slovensku a vysoká míra užívání metamfetaminu je nyní hlášena v určitých subpopulacích v Maďarsku.

V ostatních částech Evropy není významná míra užívání metamfetaminu hlášena. Jsou zde však dvě důležité výhrady: většina průzkumů neumožňuje rozlišovat užívání metamfetaminu od amfetaminu a metamfetamin byl několikrát zjištěn v tabletách prodávaných jako extáze, a proto mohl být konzumován nevědomě ⁽⁶⁸⁾.

Extáze

Extázi vyzkoušelo 0,3 až 7,2 % všech dospělých Evropanů. Polovina zemí hlásí celoživotní prevalenci 2,5 % nebo méně, přičemž nejvyšší hodnoty prevalence hlásí Spojené království (7,2 %), Česká republika (7,1 %), Španělsko (4,4 %) a Nizozemsko (4,3 %). Prevalence užívání extáze v poslední roce se pohybuje od 0,2 % do 3,5 % dospělých, přičemž nejvyšší hodnoty uvádí Česká republika (3,5 %), Estonsko (1,7 %) a Spojené království (1,6 %), i když polovina zemí hlásí prevalenci 0,5 % nebo méně. Odhaduje se, že téměř 9,5 milionu Evropanů (v průměru 3 %) extázi vyzkoušelo a téměř 3 miliony ji užily v posledním roce.

Mezi mladými dospělými (15 až 34 let) se celoživotní prevalence užívání pohybuje od 0,5 % do 14,6 %, přičemž nejvyšší hodnoty uvádí Česká republika (14,6 %), Spojené království (13,3 %) a Nizozemsko (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. V průměru přes 5 % mladých dospělých Evropanů extázi už vyzkoušelo.

Ve věkové skupině 15 až 24 let se celoživotní prevalence užívání extáze pohybuje od 0,4 % do 18,7 %, přičemž nejvyšší údaje hlásí Česká republika (18,7 %), Spojené

království (10,4 %) a Maďarsko (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Prevalence užívání v posledním roce se v této věkové skupině pohybuje od 0,3 % do 12 %, přičemž nejvyšší hodnoty uvádí Česká republika (12,0 %) a Estonsko (6,1 %) (obr. 6).

Ve věkové skupině 15 až 24 let je vyšší celoživotní prevalence užívání extáze mezi muži (0,3 až 23,2 %) než mezi ženami (0,3 až 13,9 %). V nedávných školních průzkumech byly v hojně míře zjištěny nárůsty celoživotní prevalence užívání extáze souběžně mezi hochy i dívkami ve školách, i když s rostoucím věkem se rozdíl mezi pohlavími postupně prohlubuje. Mezi mladými lidmi se i s mírným nárůstem věku může objevovat výrazný nárůst prevalence, například údaje dostupné ze šestnácti zemí ukazují, že ve srovnání s mladšími studenty je celoživotní prevalence užívání extáze mezi sedmnácti- až osmnáctiletými studenty ve většině případů výrazně vyšší ⁽⁷¹⁾.

LSD

Celoživotní prevalence užívání LSD mezi dospělými se pohybuje od 0,2 % do 5,5 %, přičemž dvě třetiny zemí hlásí hodnoty celoživotní prevalence mezi 0,4 % a 1,7 %. Mezi mladými dospělými (15 až 34 let) se celoživotní prevalence užívání LSD pohybuje od 0,3 % do 7,6 % a ve věkové skupině 15 až 24 let se pohybuje v rozmezí od 0 do 4,2 %. Prevalence užívání této drogy v posledním roce je nízká a ve věkové skupině 15 až 24 let přesahuje 1 % jen v sedmi zemích (Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Itálie, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko).

Trendy

Celkově v Evropě i nadále důkazy svědčí o trendech stabilizace, nebo dokonce i poklesu ve spotřebě amfetaminu a extáze. Užívání amfetaminu mezi mladými dospělými (15 až 34 let) podstatně pokleslo od roku 1996 ve Spojeném království (Anglii a Walesu), v menší míře pak v Dánsku a v České republice, zatímco v ostatních zemích se hodnoty prevalence jeví převážně jako stabilní, i když jsou hlášeny určité drobné vzestupy ⁽⁷²⁾.

Poněkud různorodější je situace v užívání extáze mladými dospělými (15 až 34 let) ⁽⁷³⁾. Po všeobecném vzestupu během 90. let 20. století v posledních letech několik zemí, včetně dvou s vysokou prevalencí, kterými jsou Španělsko a Spojené království, hlásí určité ustálení, nebo dokonce mírný pokles. V některých zemích je pozorován pokles prevalence

⁽⁶⁸⁾ Viz oddíl „Amfetamin a metamfetamin: rozdíly a podobnosti“, str. 48.

⁽⁶⁹⁾ Viz obr. GPS-26 ve Statistickém věstníku 2007.

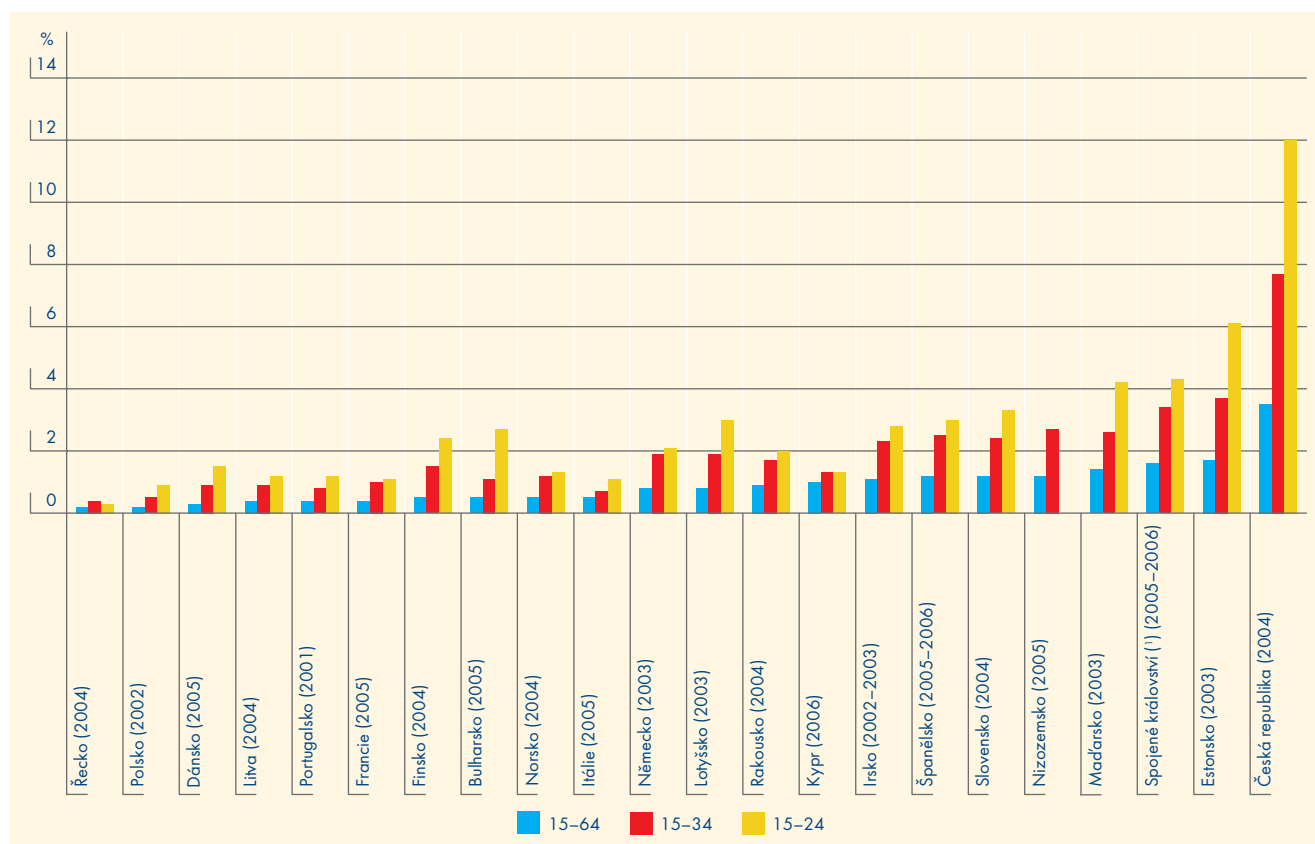
⁽⁷⁰⁾ Viz tab. GPS-22 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷¹⁾ Viz obr. EYE-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷²⁾ Viz obr. GPS-17 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷³⁾ Viz obr. GPS-21 ve Statistickém věstníku 2007.

Obr. 6: Prevalence užití extáze v minulém roce mezi všemi dospělými (ve věku 15 až 64 let) a mladými dospělými (ve věku 15 až 34 let a 15 až 24 let)



(*) Anglie a Wales.

Poznámka: Údaje jsou z nejnovějších národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Země jsou seřazeny podle celkové prevalence (mezi všemi dospělými). Další informace viz tab. GPS-10, GPS-11 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy sítě Reitox (2006), převzato ze zpráv o průzkumech populace nebo vědeckých článků.

ve věkové skupině 15 až 24 let, avšak ne mezi lidmi ve věku 15 až 34 let⁽⁷⁴⁾, což nasvědčuje poklesu popularity drog v mladších věkových skupinách. Otázkou, kterou vyvolávají údaje z některých zemí (Španělsko, Dánsko, Spojené království), je to, zda amfetaminy a extázi nenahrazuje jako upřednostňovaný stimulant kokain⁽⁷⁵⁾.

V nově dostupných národních nebo regionálních školních průzkumech hlášených v roce 2006 (Itálie, Polsko, Švédsko, Flandry v Belgii) byly zaznamenány nulové změny, nebo dokonce určitý pokles v celoživotní prevalenci užití amfetaminů a extáze⁽⁷⁶⁾.

Prostředí zábavních podniků

Studie užívání drog v prostředí zábavních podniků, jako jsou například taneční akce, mohou nabídnout užitečný vhled do chování těch, kdo pravidelně a intenzivně užívají stimulační

drogy. Míra užívání drog v těchto zařízeních je typicky vysoká, avšak nelze ji zobecnit na širší populaci. Například studie osob sledovaných ve vybraných podnicích taneční hudby uvádějí vysokou míru užívání extáze a nižší, avšak stále vysokou míru užívání amfetaminů⁽⁷⁷⁾.

Každoroční čtenářský průzkum, který provádí britský hudební časopis *Mixmag*, jehož čtenářskou obec tvoří pravidelní návštěvníci tanečních klubů, uvádí, že podíl těch, kteří byli definováni jako častí uživatelé extáze (obvykle spotřebovávají více než čtyři tablety během jedné akce), se v letech 1999 až 2003 více než zdvojnásobil, ze 16 % na 36 % (McCambrige a kol., 2005). Přestože reprezentativnost tohoto vzorku je sporná, průzkum podporuje všeobecnou obavu, že došlo k nárůstu počtu tablet extáze spotřebovávaných určitou skupinou uživatelů. Stále intenzivnější užívání extáze a užívání více drog současně

⁽⁷⁴⁾ Viz tab. GPS-4 a GPS-15 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷⁵⁾ Viz tab. GPS-20 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷⁶⁾ Viz obr. EYE-4 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷⁷⁾ Viz vybrané téma užívání drog v rekreačních zařízeních z roku 2006.

zkušenými uživateli rovněž hlásí britská internetová studie (Scholey a kol., 2004). Stojí však za zmínku, že zprávy z Amsterdamu svědčí o tom, že užití extáze v minulém roce a v předcházejícím měsíci v letech 1998 až 2003 pokleslo o 20 % a průměrné množství extáze spotřebované při každé akci rovněž v tomto období pokleslo (národní zprávy sítě Reitox 2005). Podle průzkumu z roku 2005 mezi návštěvníky hostinců v Amsterdamu extázi během noční akce užila pouze 3 %.

I když dostupnost údajů o kombinovaném užívání drog a alkoholu zůstává omezená, spotřeba alkoholu v prostředí zábavních tanečních podniků, mnohdy v množstvích považovaných za nebezpečná zdraví a v kombinaci se stimulačními drogami, je důvodem k rostoucím obavám.

Údaje o žádostech o léčbu

Počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním amfetaminů a extáze je relativně malý. Obecně bývá tato forma užívání drog jen zřídka primárním důvodem pro léčbu drogové závislosti ve většině z 21 zemí, pro něž jsou údaje k dispozici ⁽⁷⁸⁾. Tyto žádosti o léčbu se většinou vztahují k primárnímu užívání amfetaminů a jen velice malý počet k extázi ⁽⁷⁹⁾.

Existuje určitý počet zemí s netriviálním poměrem mezi počtem uživatelů amfetaminů a extáze a celkovým počtem klientů užívajících drogy; tyto země lze rozdělit do tří skupin. Česká republika a Slovensko hlásí významný podíl žádostí o léčbu souvisejících s primárním užíváním amfetaminů (které odpovídají 58 %, respektive 24 % všech klientů), přičemž se většinou vztahují k problému užívání metamfetaminu jako primární drogy; Švédsko, Finsko a Lotyšsko hlásí, že asi třetina všech klientů nastupuje léčbu pro užívání amfetaminů jako primární drogy; Irsko, Nizozemsko, Spojené království a Francie hlásí, že asi 1 % až 5 % pacientů nastupuje léčbu pro užívání extáze jako primární drogy ⁽⁸⁰⁾.

Ve všech zemích s výjimkou Řecka a Švédska je podíl nových klientů nastupujících léčbu kvůli užívání amfetaminů a extáze jako primární drogy vyšší než podíl všech klientů léčených ze závislosti na těchto drogách ⁽⁸¹⁾. I když to může mít řadu vysvětlení, je tato skutečnost v souladu s údaji o trendech: v letech 1999 až 2005 počet prvních žádostí o léčbu kvůli

užívání amfetaminů a extáze jako primární drogy vzrostl o více než 3 000, ze 6 500 na 10 000 ⁽⁸²⁾.

Klientům, kteří nastupují léčbu kvůli užívání stimulantů jiných než kokain, je v průměru 27 let (26 let, pokud nastupují léčbu poprvé) a tuto drogu užili poprvé průměrně ve věku 19 let ⁽⁸³⁾. Klienti užívající extázi jsou spolu s uživateli konopí nejmladší skupinou nastupující léčbu drogové závislosti. V Nizozemsku je hlášen největší podíl žen v léčbě drogové závislosti mezi klientkami užívajícími extázi. Podíl žen mezi klienty užívajícími amfetaminy je vyšší než u ostatních drog, přičemž nejvyšší podíl ambulantně léčených klientek je hlášen v nejmladší věkové skupině ⁽⁸⁴⁾.

Klienti užívající amfetaminy obvykle berou drogu v kombinaci s jinými látkami, hlavně konopím a alkoholem, a v některých zemích je běžně hlášeno injekční užívání ⁽⁸⁵⁾. V České republice se uvádí zajímavá geografická odchylka, kdy je více uživatelů hlášeno na území mimo hlavní město; to je podobné zprávám z USA, kde oblasti mimo metropole mají vyšší počty osob přijímaných k léčbě kvůli užívání metamfetaminu a amfetaminu (Dasis, 2006).

Řešení problému užívání drog v zábavních podnicích

Aktivity protidrogové prevence

Všeobecně došlo v přístupech k prevenci k posunu, kdy se více uznává klíčová úloha, kterou sehrávají faktory životního stylu při utváření postojů k užívání drog, a důležitost, jakou má zpochybňování představ, že brát drogy představuje normální nebo přijatelné chování. Takový přístup je zvláště relevantní pro preventivní práci v prostředích, jejichž kultura je spjata s braním drog. Vysoká prevalence užívání drog v některých zábavních zařízeních, jako jsou například kluby, bary a taneční akce, znamená, že tato místa byla vymezena jako vhodné cíle pro iniciativy ke snižování poptávky. Potřebu dále rozvíjet preventivní aktivity v zábavních zařízeních zmiňuje také protidrogový akční plán EU (2005–2008).

Jedním z přístupů je rozdávat v zábavních podnicích informační materiály, které přinášejí sdělení o prevenci a někdy o minimalizaci škod. Materiál je obvykle vytvořen

⁽⁷⁸⁾ Viz obr. TDI-2 (část ii) a tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁷⁹⁾ Viz tab. TDI-113 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸⁰⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸¹⁾ Viz tab. TDI-4 (část ii) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸²⁾ Viz tab. TDI-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸³⁾ Viz tab. TDI-10, TDI-11 a TDI-102 to TDI-109 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸⁴⁾ Viz tab. TDI-21 a TDI-25 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁸⁵⁾ Viz tab. TDI-4, TDI-5 (část ii), TDI-24, TDI-116 a TDI-117 ve Statistickém věstníku 2007.

v uživatelsky přátelském stylu, který odpovídá mládežnické kultuře cílové skupiny, a někdy ho rozdávají mobilní terénní týmy. Při oslovení mladých lidí terénní týmy obvykle zaujímají neodsuzující postoj, a i když konstatují, že nejbezpečnější volbou je drogy nebrat vůbec, mohou také poskytnout radu, jak minimalizovat škody (Belgie, Česká republika, Portugalsko, Rakousko).

Vedle opatření, která směřují k informování a přesvědčování jednotlivců, aby nebrali drogy, začíná rostoucí počet členských států také rozvíjet přístupy k lepší regulaci zábavních zařízení. Některé z těchto přístupů, včetně pořádání výslovně bezdrogových akcí, se pokoušejí změnit názor některých lidí, že konzumace drog jim aktivity volného času umožňuje. Zdá se, že v rostoucím počtu zemí (Belgie, Dánsko, Irsko, Itálie, Litva, Nizozemsko, Švédsko, Spojené království, Norsko) je mezi obcemi zájem vytvořit těsnější styky se zábavním průmyslem a vyvinout přístupy, kterými se omezí dostupnost drog a sníží zdravotní rizika v prostředí taneční hudby a jinde. Například v řadě zemí nyní vznikají doporučení pro bezpečný noční život, jako třeba ve Spojeném království ⁽⁸⁶⁾.

Mezi nejčastěji používané postupy proti užívání extáze, amfetaminů a psychotropních drog patří cílené veřejné informační kampaně a v rostoucí míře internetové stránky. Preventivní strategie využívají internetu pro navázání nízkoprahového kontaktu s mladými lidmi, kteří berou extázi, amfetaminy nebo jiné psychotropní drogy nebo kteří možná uvažují o tom, že si je vezmou. V mnoha členských státech se pro poskytování informací a prevenci využívají internetové stránky, které vedou mladé lidi k tomu, aby kriticky uvažovali o svém vlastním chování konzumenta. Tyto stránky poskytují rady, například na témata, jak se chodit bavit „rozumně“, bezpečný sex, rizika silničního provozu, zdravé stravování, večírková turistika a právní záležitosti (Belgie) ⁽⁸⁷⁾.

Léčba drogové závislosti

Léčba uživatelů extáze, amfetaminů a dalších psychotropních drog je obecně poskytována prostřednictvím služeb pro léčbu drogové závislosti, které slouží problémovým uživatelům drog, nebo prostřednictvím specializovaných služeb pro uživatele kokainu a dalších stimulačních drog. Další informace o službách léčení drogové závislosti v EU viz kapitola 2 a kapitola 5.

⁽⁸⁶⁾ Viz vybrané téma užívání drog v rekreačních zařízeních z roku 2006.

⁽⁸⁷⁾ Odkazy na některé z nich lze nalézt na stránce <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Kapitola 5

Kokain a crack

Vzhledem k tomu, že spotřeba kokainu vzrostla, stalo se užívání této drogy závažným tématem evropské protidrogové politiky. U vědomí rostoucího významu této problematiky se vzorci užívání podrobně zabývá vybrané téma o kokainu (2007).

Nabídka a dostupnost ⁽⁸⁸⁾

Výroba a obchodování

Kokain je po konopí druhou nejčastěji obchodovanou nelegální drogou na světě. Celosvětové záchyty kokainu v roce 2005 nadále stoupaly až na nynějších celkem 756 tun, přičemž největší množství této drogy byla zachycena v Jižní Americe, po níž následuje Severní Amerika.

Zdaleka největším zdrojem nelegálního kokainu na světě zůstává Kolumbie, po níž následují Peru a Bolívie (UNODC, 2007). Většina kokainu zachyceného v Evropě pochází z Jižní Ameriky, buďto přímo, nebo přes Střední Ameriku, Karibik a západní Afriku.

Hlavním vstupním bodem v Evropě zůstává Iberský poloostrov, přičemž patrně vzrůstá význam Portugalska. Kokain se do dalších zemí dováží také přímo a Nizozemsko je i nadále klíčovým vstupním bodem. Za hlavní distribuční centra drogy jsou považovány Španělsko a Nizozemsko. Zásilky pocházející odjinud než z Evropy také hlásí řada dalších zemí, včetně Belgie, Německa, Francie a Spojeného království, a distribuce se může také diverzifikovat, jak nasvědčují zprávy o zvýšené aktivitě přes východní a střední Evropu a o sousedních zemích, které jsou dnes někdy hlášeny jako sekundární tranzitní země.

Záchyty

V roce 2005 bylo v Evropě provedeno 70 000 záchytů kokainu v celkovém množství 107 tun. Většinu záchytů

kokainu i nadále hlásí západoevropské země, zvláště Španělsko, které si připsalo asi polovinu záchytů a množství kokainu zachyceného v Evropě ⁽⁸⁹⁾. Během období 2000–2005 na evropské úrovni celkově vzrostly jak počty záchytů, tak i množství zabaveného kokainu ⁽⁹⁰⁾. Způsobily to především výrazné nárůsty ve Španělsku a Portugalsku, přičemž Portugalsko se dostalo v roce 2005 před Nizozemsko jako země s největšími záchyty kokainu po Španělsku.

Cena a čistota

V roce 2005 průměrná nebo obvyklá spotřebitelská cena kokainu v Evropě značně kolísala, a to od 45 eur do 120 eur za gram, přičemž většina zemí hlásila ceny 50 až 80 eur za gram ⁽⁹¹⁾. Průměrné ceny kokainu upravené o inflaci vykazovaly v období 2000–2005 celkový sestupný trend ve většině z 19 zemí, které poskytly dostatek údajů.

Průměrná nebo obvyklá čistota kokainu na spotřebitelské úrovni se v roce 2005 pohybovala mezi 20 % a 78 %, přičemž většina zemí hlásí čistoty v rozmezí 30 až 60 % ⁽⁹²⁾. Údaje dostupné za období 2000–2005 svědčí o celkovém poklesu průměrné čistoty kokainu ve většině z 21 sledovaných zemí.

Prevalence a vzorce užívání kokainu

Kokain je nyní po konopí druhou nejběžněji užívanou nelegální drogou v mnoha členských státech EU a v Evropské unii jako celku. Na základě nedávných národních průzkumů populace v EU a Norsku se odhaduje, že kokain za svůj život užilo alespoň jednou (celoživotní prevalence) více než 12 milionů Evropanů, což představuje téměř 4 % všech dospělých ⁽⁹³⁾. Národní údaje o hlášené celoživotní prevalenci se pohybují od 0,2 do 7,3 %, přičemž tři země

⁽⁸⁸⁾ Viz oddíl „Interpretace údajů o záchytech a dalších údajů o trhu“, str. 37.

⁽⁸⁹⁾ To je třeba porovnat s chybějícími údaji za rok 2005, až budou k dispozici. Pro účely odhadu byly chybějící údaje za rok 2005 nahrazeny údaji z roku 2004.

⁽⁹⁰⁾ Viz tab. SZR-9 a SZR-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹¹⁾ Viz tab. PPP-3 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹²⁾ Viz tab. PPP-7 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹³⁾ Metoda výpočtu viz poznámka pod čarou ⁽³⁰⁾.

hlásí hodnoty vyšší než 5 % (Španělsko, Itálie, Spojené království) ⁽⁹⁴⁾.

Užití kokainu v posledním roce uvádí nejméně 4,5 milionu Evropanů (v průměru 1,3 %). Prevalence užití kokainu v posledním roce se pohybuje od 0,1 % v Řecku do 3,0 % ve Španělsku, přičemž Itálie a Spojené království rovněž hlásí prevalenci vyšší než 2 % ⁽⁹⁵⁾. Odhady průzkumů nasvědčují tomu, že 2 miliony Evropanů (v průměru 0,6 %) užíly kokain v posledním měsíci ⁽⁹⁶⁾.

Prevalence užívání kokainu, stejně jako dalších nelegálních drog, se soustředí mezi mladé dospělé (ve věku 15 až 34 let). Zhruba 7,5 milionu mladých dospělých Evropanů (v průměru 5,3 %) jej užílo nejméně jedenkrát v životě, přičemž pět zemí hlásí prevalenci 5 % nebo vyšší (Německo, Itálie, Dánsko, Španělsko, Spojené království) ⁽⁹⁷⁾. Odhady užívání kokainu po kratší referenční období ⁽⁹⁸⁾ svědčí o tom, že v posledním roce drogu užílo 3,5 milionu (2,4 %) mladých dospělých a 1,5 milionu (1 %) ji užílo v posledním měsíci.

Mezi studenty škol jsou celkové prevalence užívání kokainu mnohem nižší než v případech užívání konopí. Ve většině zemí je celoživotní prevalence užití kokainu mezi patnácti- až šestnáctiletými studenty 2 % nebo nižší, přičemž stoupá na 6 % pouze ve Španělsku a Spojeném království ⁽⁹⁹⁾. Údaje o sedmnácti- až osmnáctiletých studentech dostupné ze 16 zemí ukazují značně vyšší odhady celoživotní prevalence užití kokainu ve starší věkové skupině ve Španělsku, ačkoli podle předběžných údajů u této země v poslední době dochází k poklesu ⁽¹⁰⁰⁾. Ve většině z ostatních 15 zemí je prevalence vyšší mezi staršími studenty, avšak rozdíl je méně výrazný. Je však třeba poznamenat, že prevalence užití kokainu v posledním roce a v posledním měsíci jsou mnohem nižší.

Užívání kokainu se neomezuje na určité sociální skupiny, naopak užívání této drogy sociálně integrovanými mladými dospělými v prostředí zábavních podniků může dosahovat vyšších hodnot, než jaké jsou hlášeny v průzkumech běžné populace. Studie zabývající se prostředím taneční hudby v několika evropských zemích ukázaly celoživotní prevalenci užití kokainu v rozmezí od 10 % do 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Vzorové užívání kokainu se mezi jednotlivými skupinami uživatelů značně liší. Mezi sociálně integrovanými uživateli je obvyklé šňupání drogy; mnozí rovněž užívají další látky, včetně alkoholu, tabáku, konopí a stimulantů jiných než kokain ⁽¹⁰²⁾, a tento druh konzumace více drog může vést ke zvýšeným zdravotním rizikům.

Užívání cracku v Evropě celkově zůstává relativně neobvyklé a soustředí se mezi marginalizované a sociálně vyloučené subpopulace v některých městech. Kuřáci kokainu se však významně podílejí na počtu žádostí o léčbu, i když zůstávají v menšině. Mezi těmi, kdo jiné drogy neužívají injekčně, se injekční užívání kokainu nejeví jako běžné, a to dokonce ani mezi léčenými klienty (viz níže). V rostoucí míře se však objevují zprávy o injekčních uživateli heroinu, kteří injekčně užívají také kokain, nebo směsi kokainu a heroinu.

Odhady prevalence problémového užívání kokainu ⁽¹⁰³⁾ jsou dostupné pouze pro tři země (Španělsko, Itálie, Spojené království). Odhady získané v těchto zemích se pohybují v rozmezí 3 až 6 problémových uživatelů kokainu na 1 000 dospělých (ve věku 15 až 64 let) ⁽¹⁰⁴⁾.

Trendy užívání kokainu

Známky stabilizace užívání kokainu mezi mladými dospělými zmíněné ve výroční zprávě za rok 2006 nejsou potvrzeny nejnovějšími údaji. Nárůst prevalence užití kokainu v posledním roce ve věkové skupině 15 až 34 let byl zaznamenán ve všech zemích poskytujících údaje z nedávných průzkumů, i když ve Španělsku a Spojeném království (Anglii a Walesu), což jsou dvě země s nejvyššími prevalencemi, mohlo dojít k určitému ustálení. Výrazné nárůsty hlásily rovněž Itálie a Dánsko (obr. 7).

Analýza údajů ze zemí s delšími časovými řadami a prevalencemi umožňuje zachycení trendů v rámci podskupin populace. Ve Španělsku a Spojeném království byl nárůst prevalence obecně vyšší mezi muži než mezi ženami. Hlášený nárůst prevalence užití kokainu v posledním roce ve Španělsku od roku 2001 lze připsat zvýšené míře užívání ve věkové skupině 15 až 24 let, spíše než ve věkové skupině 15 až 34 jako celku.

⁽⁹⁴⁾ Viz tab. GPS-8 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁵⁾ Viz tab. GPS-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁶⁾ Viz tab. GPS-12 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁷⁾ Viz tab. GPS-9 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁸⁾ Viz tab. GPS-11 a GPS-13 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽⁹⁹⁾ Viz tab. EYE-3 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Viz tab. EYE-2 ve Statistickém věstníku 2007.

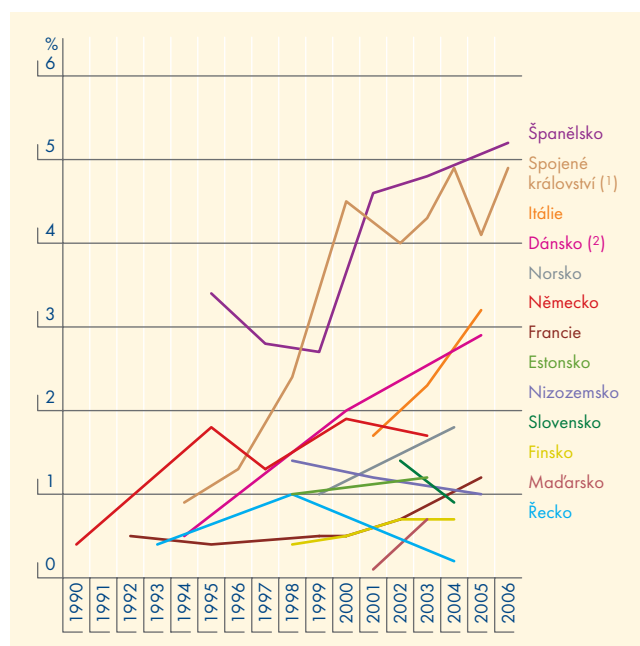
⁽¹⁰¹⁾ Viz vybrané téma užívání drog v rekreačních zařízeních z roku 2006.

⁽¹⁰²⁾ Viz obr. 15 ve výroční zprávě 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definováno jako dlouhodobé a/nebo pravidelné a/nebo injekční užívání kokainu.

⁽¹⁰⁴⁾ Viz tab. PDU-2 ve Statistickém věstníku 2007 a vybrané téma o kokainu z roku 2007.

Obr. 7: Trendy prevalence užití kokainu v minulém roce mezi mladými dospělými (ve věku 15 až 34 let)



(1) Anglie a Wales.

(2) V případě Dánska hodnota za rok 1994 odpovídá „tvrdým drogám“.
Poznámka: Údaje jsou z nejnovějších národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tab. GPS-4 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy sítě Reitox (2006), převzato ze zpráv o průzkumech populace nebo vědeckých článků.

Byla vyslovena domněnka, že v některých evropských zemích mohlo dojít k „nahrazení“ dalších stimulantů kokainem ⁽¹⁰⁵⁾.

Údaje z průzkumů prováděných mezi mladými lidmi v prostředí tanečních klubů je třeba brát opatrně z důvodu vysoce výběrové povahy vzorku. Mohou však poskytnout vhled do chování pravidelných uživatelů drog a studie provedené v Nizozemsku nasvědčují tomu, že v některých lokalitách kokain překonal extázi mezi uživateli navštěvujícími kluby jako nejběžněji používaný stimulant, přičemž míra přijatelnosti této drogy v některých skupinách vzrostla.

Kokain: údaje o žádostech o léčbu

Po opiátech a konopí je v Evropě jako důvod vyhledání léčby nejčastěji uváděn kokain. V roce 2005 bylo hlášeno přibližně 48 000 žádostí o léčbu závislosti na kokainu jako primární droze, které představovaly téměř 13 % všech hlášených žádostí o léčbu v celé EU ⁽¹⁰⁶⁾, a kokain rovněž

hlásí jako sekundární drogu asi 15 % všech ambulantně léčených klientů ⁽¹⁰⁷⁾. Celkový počet zastírá široký rozptyl mezi zeměmi, přičemž většina zemí hlásí nízké podíly uživatelů kokainu mezi klienty léčenými z drogové závislosti, zatímco vysoké podíly uživatelů kokainu mezi klienty užívajícími drogy uvádí Nizozemsko (35 %) a Španělsko (41 %, v roce 2004). Mezi nově léčenými je podíl klientů užívajících kokain vyšší, kdy celkově asi 22 % všech nových žádostí o léčbu (33 000 jednotlivců, údaj na základě hodnot z 22 zemí) je hlášeno v souvislosti s kokainem.

Trend stoupajícího počtu klientů vyhledávajících léčbu kvůli užívání kokainu v předchozích letech pokračuje. V letech 1999 až 2005 podíl nových klientů žádajících o léčbu kvůli užívání kokainu vzrostl z 11 % na 24 % všech nových klientů užívajících drogy a počet hlášených případů stoupl ze 13 000 na 33 000 ⁽¹⁰⁸⁾. Podrobnější analýza trendů poptávky po léčbě kvůli užívání této drogy je uvedena ve vybraném tématu o kokainu z roku 2007.

Evropská data o uživatelích drog nastupujících léčbu kvůli užívání kokainu jako primární drogy se vztahují hlavně ke kokainovému prášku (85 %) a pouze 15 % ke cracku; téměř veškerá hlášená léčba závislosti na kokainu probíhá v ambulantních střediscích (94 %) ⁽¹⁰⁹⁾. Je však třeba poznamenat, že údaje o počtu žádostí o léčbu závislosti na kokainu poskytované v lůžkových zařízeních a v ordinacích praktických lékařů jsou neúplné.

Uživatelé kokainu, kteří přicházejí do ambulantních středisek, jsou s věkovým průměrem 31 let podle hlášení nejstaršími klienty hned po uživatelích opiátů ⁽¹¹⁰⁾. Jedná se převážně o muže, přičemž poměr počtu mužů k počtu žen je ze všech různých typů uživatelů drog jedním z nejvyšších (z celkového počtu klientů připadá na jednu ženu téměř pět mužů a z počtu nových klientů šest mužů na jednu ženu) ⁽¹¹¹⁾. Většina uživatelů kokainu léčených ambulantně začala brát tuto drogu mezi patnáctým a čtyřicetým rokem věku ⁽¹¹²⁾.

Léčba závislosti na kokainu

Poskytování specializovaných služeb pro problémové uživatele kokainu a cracku v Evropě zůstává omezené, a jak bylo uvedeno výše, většinu hlášených případů léčby závislosti na kokainu si připisují Španělsko a Nizozemsko. Avšak mezi

⁽¹⁰⁵⁾ Viz kapitola 4 této zprávy.

⁽¹⁰⁶⁾ Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Viz tab. TDI-22 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁰⁸⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁰⁹⁾ Viz tab. TDI-24 a TDI-115 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Viz tab. TDI-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹¹⁾ Viz tab. TDI-21 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹²⁾ Viz tab. TDI-11 (část i) až (část iv) ve Statistickém věstníku 2007.

těmito zeměmi s významnými populacemi uživatelů kokainu se ukazuje rostoucí zájem o poskytování specializovaných služeb. Není překvapením, že v zemích s nízkou prevalencí není poskytování specifických služeb léčení závislosti na kokainu uváděno jako prioritní protidrogová politika. Na rozdíl od léčby závislosti na opiátech, kde je cílová populace relativně homogenní, se léčba závislosti na kokainu v Evropě potýká s nutností poskytovat intervence širšímu spektru uživatelů. Mezi uživateli kokainu jako primární drogy je šňupání hlavním způsobem podání, který uvádějí ambulantně léčení klienti, po něm následují kouření nebo vdechování, přičemž relativně málo (méně než 10 %) klientů uvádí injekční užívání drogy. Mezi nově léčenými klienty je výskyt injekčního užívání ještě nižší (5 %) ⁽¹¹³⁾. Kolem 16 % klientů užívajících kokain uvádí, že jej užívají v kombinaci s opiáty, a v některých zemích mnoho klientů léčených ze závislosti na opiátech bude také užívat kokain, přinejmenším občas.

Léčebné služby proto pravděpodobně budou čelit nutnosti poskytovat péči třem populacím, které lze zjednodušeně charakterizovat takto: za první, sociálně integrovaní uživatelé kokainu, kteří případně mohou také mít v anamnéze pravidelné „rekreační“ užívání více drog včetně alkoholu; za druhé, uživatelé kokainu, kteří mohou mít také problémy s opiáty; a za třetí, vysoce marginalizovaní a problematičtí uživatelé cracku.

Potřeby těchto tří skupin se budou pravděpodobně lišit a budou vyžadovat různé přístupy poskytovatelů služeb. Hlášená léčba závislosti na kokainu většinou v Evropě probíhá v ambulantních zařízeních, která v mnoha případech budou zaměřena na potřeby uživatelů opiátů. Je sporné, jak přitažlivé tyto služby jsou pro relativně dobře integrované uživatele kokainu, kteří se dostali do problémů rekreačním užíváním drogy. A je pravděpodobné, že určitá část této skupiny vyhledá pomoc buďto prostřednictvím poskytovatelů všeobecné zdravotní péče, jako jsou například praktičtí lékaři nebo zdravotní poradny nebo, pokud budou moci, prostřednictvím soukromých specializovaných klinik.

Na rozdíl od léčby závislosti na opiátech jsou farmakologické možnosti léčby závislosti na kokainu omezené, i když preskripce může být užitečná pro zajištění úlevy od souvisejících symptomů. V současnosti není k dispozici žádná farmakologická účinná látka, která by uživatelům pomohla dosáhnout nebo zvládnout abstinenci od kokainu – ačkoli v tomto směru se do budoucna rýsuje určitá možnost. V Evropě je kladen důraz na poskytování psychosociálních intervencí, které většinou vycházejí z kognitivně behaviorálních přístupů.

Důkladný podrobný přehled možností léčby závislosti na kokainu lze nalézt ve vybraném tématu o kokainu a v technickém přehledu EMCDDA (EMCDDA, 2007b).

Nízká prevalence a geograficky vysoce omezená povaha problémového užívání cracku v Evropě znamená, že zkušenosti s naplňováním potřeb této skupiny uživatelů drog jsou mnohem menší. Existuje rozsáhlá literatura na základě amerických zkušeností s problémovým užíváním cracku, ale i nadále není jasné, do jaké míry ji lze přímo použít v evropském kontextu. Ve Spojeném království, které ve srovnání s dalšími evropskými zeměmi hlásí relativně vysokou míru problematického užívání cracku, vznikly pokyny pro odborníky, které vyslovují myšlenku, že léčba závislosti na cracku by měla být poskytována v kontextu strukturovaného programu léčby drogové závislosti, jejíž součástí jsou abstinenci opatření a minimalizace škod (NTA, 2002). Nedávné hodnocení poskytovaných služeb ve Spojeném království rovněž uvedlo některé pozitivní výsledky u klientů užívajících crack, kteří absolvovali ústavní léčení (Weaver, 2007).

Snižování rizik a minimalizace škod

Rekreačním uživatelům kokainu nehrozí pouze riziko vzniku drogové závislosti, ale také riziko vyplývající z interakcí kokainu s dalšími drogami nebo při souběžných kardiovaskulárních potížích. Většina evropských zemí hlásí, že uživatelé kokainu mají přístup k informacím o kokainu prostřednictvím různých informačních zdrojů, jako např. internetových stránek, linek pomoci a prostřednictvím dalších médií. Je pozoruhodné, že Evropské sdružení linek pomoci zaměřených na drogové poradenství hlásí během let 2005 a 2006 nárůst počtu hovorů vztahujících se ke kokainu ⁽¹¹⁴⁾.

Kokain může také souviset s vysoce rizikovou sexuální aktivitou nebo působením v sexuálním průmyslu. Studie uvádějí, že ženy užívající crack mohou být zvláště ohrožené a mohou podstupovat vysoce rizikové sexuální chování buďto pro peníze, nebo pro drogy; v některých zemích programy minimalizace škod a terénní programy pracují konkrétně se sexuálními pracovníci, kdy se zaměřují jak na rizikové sexuální chování, tak na rizikové braní drog.

Přestože uživatelé cracku nejsou početní, pravděpodobně jsou vystaveni zvláště vysokému riziku problémů a může být obtížné je zapojit do léčby a dalších služeb. V některých městech, kde crack působí významné problémy, se programy minimalizace škod pokoušely o intervenci

⁽¹¹³⁾ Viz tab. TDI-17 (část ii) a (část vi) a tab. TDI-110 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

poskytováním terénních kontaktů, krizové intervence, pomoci s akutními zdravotními problémy a doporučením do strukturovaných služeb. Například ve Vídni jsou prostřednictvím ambulantních služeb k dispozici místnosti, které slouží jako bezpečný prostor pro uživatele kokainu a cracku, kteří často trpí úzkostí, a kde je jim nabídnuta základní zdravotní péče a doporučení do dalších služeb. V těch zemích, které poskytují aplikační místnosti pro injekční uživatele drog, je tento typ poskytované péče někdy rozšířen pro uživatele cracku, jako například v Německu,

kde jsou speciální zařízení pro kuřáky cracku ve Frankfurtu a v Hamburku.

Přístupy zaměřené na minimalizaci škod u injekčních uživatelů kokainu nejsou obecně odlišné od služeb poskytovaných injekčním uživatelům ostatních drog (viz kapitola 8), ačkoli některé studie nasvědčují tomu, že uživatelé stimulantů budou více užívat drogy injekčně, a proto jsou vystaveni potenciálně většímu riziku. Navíc v souvislosti s injekčním užíváním cracku existují specifická rizika, jestliže nebyl správně připraven.

Kokain a crack: rostoucí problém veřejného zdravotnictví, vybraná témata EMCDDA 2007

V posledních letech se objevují známky toho, že užívání kokainu je v Evropě rostoucím problémem. Toto vybrané téma ukazuje, že v některých evropských zemích došlo k výraznému nárůstu v užívání kokainu, v počtu žádostí o léčbu závislosti na kokainu a v záchytech této drogy. Zkoumá se, do jaké míry může mít užívání kokainu zásadní vliv na veřejné zdraví. Zvláštní pozornost

je věnována zdravotním důsledkům užívání kokainu, které mnohdy nejsou dostatečně podchyceny v existujících systémech hlášení. Vybrané téma se podrobně zaměřuje na výzvy v poskytování efektivní léčby závislosti na kokainu a cracku, které se ukázaly jako zvláště obtížné, v neposlední řadě z důvodu značně rozdílných typů uživatelů kokainu a jejich odlišných potřeb.

Toto vybrané téma je k dispozici v tištěné podobě a na internetu, avšak pouze v angličtině (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 6

Užívání opiátů a injekční užívání drog

Nabídka a dostupnost heroinu ⁽¹¹⁵⁾

Z historického hlediska se importovaný heroin používá v Evropě ve dvou formách: jako běžně dostupný hnědý heroin (jeho základní chemická forma) zejména původem z Afghánistánu a jako méně běžný a obvykle dražší bílý heroin (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie – ačkoli tato forma drogy se nyní stává čím dál vzácnější. Malé množství opiátových drog se vyrábí v Evropě, ale výroba se v roce 2005 omezovala hlavně na podomácku získávané produkty z máku (např. maková stébla, koncentrát z drcených stvolů máku nebo makovic) v několika východoevropských zemích (Lotyšsko, Litva, Polsko).

Výroba a obchodování

Heroin užívaný v Evropě se vyrábí převážně v Afghánistánu, který zůstává největším dodavatelem nelegálního opia na světě, následován Myanmarem. Odhaduje se, že v roce 2006 bylo vyrobeno asi 6 610 tun opia, z toho 92 % v Afghánistánu. To představuje nárůst 43 % ve srovnání s odhadem za rok 2005, a to v důsledku podstatného rozšíření oblastí pěstování. Celosvětová potenciální produkce heroinu se v roce 2006 odhadovala na 606 tun oproti 472 tunám v roce 2005 (UNODC, 2007). Záchyty opiátů a počet zlikvidovaných laboratoří naznačují, že opium vyráběné v Afghánistánu se ve stále větší míře ještě před exportem přeměňuje na morfin nebo heroin (CND, 2007).

Heroin se dostává do Evropy dvěma hlavními cestami. Historicky významná a nejkratší balkánská cesta i nadále hraje v pašování heroinu zásadní úlohu. Po tranzitu přes Pákistán, Írán a Turecko se cesta dále rozděluje na jižní větev, vedoucí přes Řecko, Bývalou jugoslávskou republiku Makedonii, Albánii, Itálii, Srbsko, Černou Horu a Bosnu a Hercegovinu, a severní větev, která vede přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Rakousko, Německo a Nizozemsko, přičemž to funguje jako sekundární distribuční centrum pro další západoevropské země. Od poloviny 90. let 20. století

je heroin v rostoucí míře (avšak v menším rozsahu než balkánskou cestou) pašován do Evropy také „hedvábnou stezkou“ přes středoasijské republiky, Kaspické moře a Ruskou federaci, Bělorusko nebo Ukrajinu do Estonska, Lotyšska, některých skandinávských zemí, Německa a Bulharska. Ačkoli jsou tyto cesty nejvýznamnější, staly se země na Arabském poloostrově (Omán, Spojené arabské emiráty) tranzitními místy heroinových zásilek z jihozápadní a jihovýchodní Asie (INCB, 2006), přičemž jejich část se pak dále pašuje přes východní Afriku (Etiopie, Keňa, Mauricius) a někdy také přes západní Afriku (Nigérie) a končí na nelegálních trzích v Evropě a v menší míře v Severní Americe (INCB, 2007a). Existují také zprávy o pašování heroinu z jihozápadní Asie do Evropy přes země jižní a východní Asie (Indie, Bangladěš, Srí Lanka, Čína).

Záchyty

V roce 2005 bylo celosvětově zachyceno 342 tun opia, 32 tun morfinu a 58 tun heroinu. Asie (Čína, Afghánistán, Írán, Pákistán) nadále zůstala oblastí celosvětově největších zabavených množství heroinu (54 %), po ní následovala Evropa (38 %) (UNODC, 2007).

V roce 2005 záchyty v odhadovaném počtu 52 000 vedly k zajištění přibližně 16,8 tun heroinu v členských státech EU a kandidátských zemích a Norsku. Spojené království (na základě údajů za rok 2004) zůstalo i nadále zemí s největším počtem záchytů v Evropě, následováno Španělskem, Německem a Řeckem, zatímco Turecko zajistilo největší množství (následováno Spojeným královstvím, Itálií a Nizozemskem), které představovalo téměř polovinu celkově zachyceného objemu v roce 2005 ⁽¹¹⁶⁾. V období 2000 až 2003 záchyty heroinu celkově poklesly a podle údajů ze sledovaných zemí od té doby znovu stoupají. V letech 2000 až 2005 celková množství zachycená v členských státech EU kolísala s mírně sestupným trendem, zatímco za stejné období hlásí Turecko značný nárůst ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Viz oddíl „Interpretace údajů o záchytech a dalších údajů o trhu“, str. 37.

⁽¹¹⁶⁾ To je třeba porovnat s chybějícími údaji za rok 2005, až budou k dispozici. Pro účely odhadu byly chybějící údaje za rok 2005 nahrazeny údaji z roku 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Viz tab. SZR-7 a SZR-8 ve Statistickém věstníku 2007.

Cena a čistota

Zjišťování trendů ceny a čistoty ztěžuje nedostatek konzistentních údajů, a údaje proto vycházejí pouze z omezeného počtu zemí⁽¹¹⁸⁾. Většina zemí hlásila průměrnou nebo obvyklou spotřebitelskou cenu hnědého heroínu v rozmezí 35–80 eur za gram. V letech 2000 až 2005 průměrné ceny heroínu upravené o inflaci poklesly ve většině z osmnácti zemí poskytujících srovnatelné údaje. Průměrná nebo obvyklá čistota hnědého heroínu na spotřebitelské úrovni podle hlášení značně kolísala, přičemž většina zemí hlásila hodnoty od 15 % do 50 %; tam, kde byly k dispozici údaje o čistotě bílého heroínu, byly hodnoty vyšší (30 až 70 %). Průměrná čistota heroinových produktů ve většině z osmnácti sledovaných zemí od roku 2000 kolísá.

Odhady prevalence problémového užívání opiátů

Údaje v tomto oddílu jsou odvozeny z ukazatele problémového užívání drog (PUD) agentury EMCDDA, který zahrnuje hlavně odhady injekčního užívání drog a užívání opiátů, i když v několika málo zemích tvoří jeho významnou složku také uživatelé amfetaminů⁽¹¹⁹⁾. Odhadování počtu problémových uživatelů opiátů je obtížné a ke zjištění prevalence z dostupných zdrojů dat jsou nutné složité analýzy. Navíc, protože většina studií vychází z geograficky vymezené oblasti, jako je například město nebo okres, je extrapolace k vytvoření národních odhadů obtížná.

Odhad komplikuje také to, že vzorce problémového užívání drog v Evropě se podle všeho stávají rozmanitějšími. Například problémové užívání více drog postupně nabývá na významu ve většině zemí a některé země, kde historicky převažovalo problémové užívání opiátů (téměř výhradně heroínu), nyní hlásí přechod k jiným drogám, jako je například kokain.

Nedávné odhady prevalence problémového užívání opiátů na národní úrovni se pohybují zhruba mezi jedním a šesti případy na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let. Pro srovnání, plná prevalence PUD se odhaduje na jeden až šest případů na tisíc obyvatel. Některé z nejnižších dobře podložených dostupných odhadů jsou z nových zemí EU, i když to neplatí pro Maltu, kde byla hlášena relativně vysoká prevalence (5,8 až 6,7 případů na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let) (obr. 8).

Z omezeného množství dostupných údajů lze odvodit průměrnou prevalenci problémového užívání opiátů mezi čtyřmi a pěti případy na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let. To v přepočtu znamená asi 1,5 milionu (1,3 až 1,7 milionu) problémových uživatelů opiátů v EU a Norsku. Tyto odhady nejsou však ani zdaleka pevné a je třeba rozsáhlejších dat.

Časové trendy v problémovém užívání opiátů

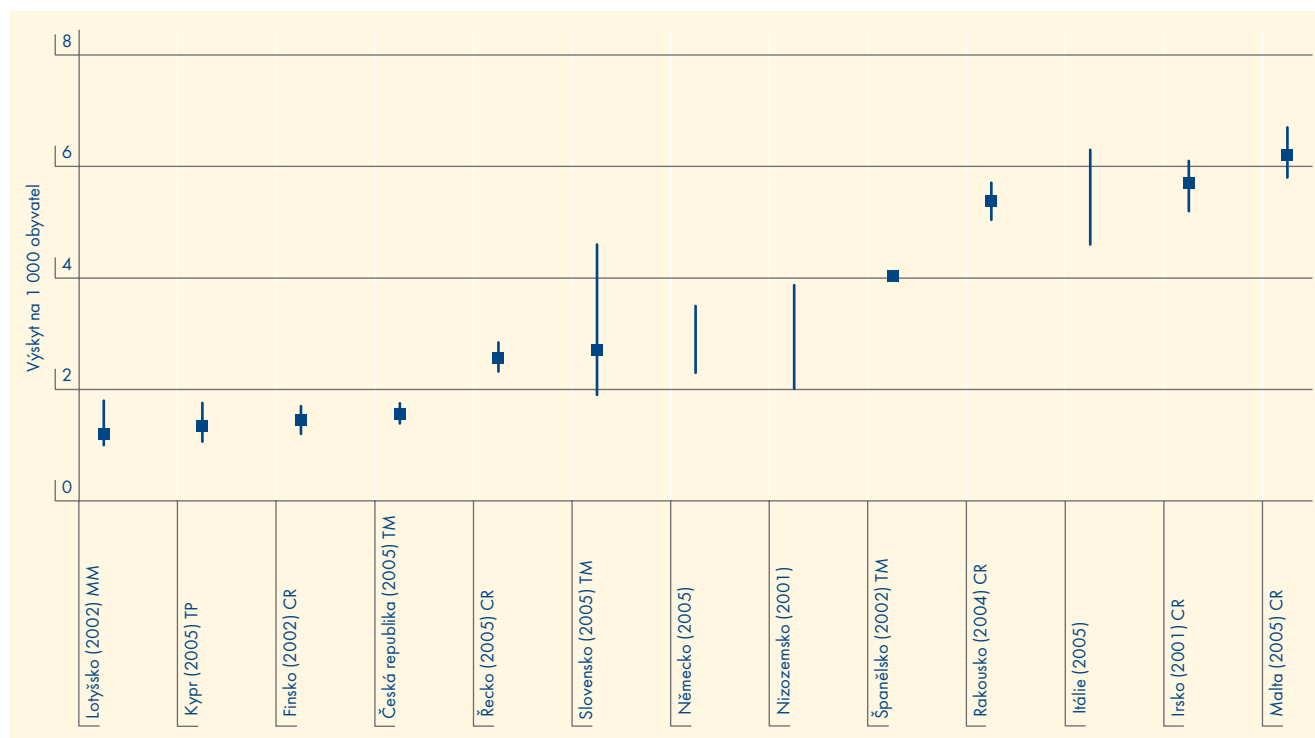
Hodnocení časových trendů problémového užívání opiátů komplikuje nedostatek spolehlivých historických údajů, a proto je třeba trendy interpretovat obezřetně. Zprávy z některých zemí naznačují, že se možná v průměru problémové užívání opiátů během posledních let poněkud ustálilo. Data z opakovaných odhadů problémového užívání opiátů za období 2001 až 2005 jsou dostupná pouze z osmi zemí a podávají relativně neměnný obraz, přičemž pouze jedna země (Rakousko) vykazuje jasný nárůst⁽¹²⁰⁾.

I když obecně se jeví, že celkový trend v prevalenci užívání opiátů je relativně stálý, existují náznaky o nárůstu záchytů heroínu (viz výše), což možná souvisí s větší dostupností heroínu na evropském trhu, a množí se zprávy o zneužívání opiátů určených k legálním účelům. V Itálii odhady incidence užívání heroínu na základě údajů o počtu žádostí o léčbu svědčí o nárůstu od roku 1998 po období poklesu, přičemž roční incidence v roce 2005 byla asi 30 000 nových uživatelů heroínu. Také v Rakousku vzrostl podíl osob mladších 25 let na počtu nových klientů substituční léčby, což svědčí o stoupajícím počtu mladých lidí, kteří se dostávají do problémů v souvislosti s únikem a nekontrolovaným užíváním předepsaných opiátů. Podobně také, po období poklesu, hlásí Česká republika vzestup injekčního užívání zneužitě látky (v tomto případě buprenorfinu) a informace dostupné z Belgie nasvědčují tomu, že došlo k nárůstu v nelegálním užívání metadonu. Nedávné monitorování nízkoprahových služeb ve Francii zvyšuje obavy o nelegálním užívání buprenorfinu, včetně injekčního užívání, a užívání této látky mezi mladými lidmi, u kterých vzniklo problémové užívání drog právě kvůli buprenorfinu namísto heroínu. Obavy vyvolávají také zprávy o některých nových podskupinách mladých a marginalizovaných injekčních uživatelů drog. Ukazuje se, že ve Finsku buprenorfin výrazně předstihuje heroin v nových žádostech o léčbu a čím dál více je zmiňován ve zprávách o úmrtích z předávkování.

⁽¹¹⁸⁾ Viz tab. PPP-2 a PPP-6 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Ačkoli technická definice, kterou používá EMCDDA pro problémové užívání drog, je „injekční užívání drog nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu a/nebo amfetaminů“, odhady problémového užívání drog se týkaly především užívání heroínu. V několika málo zemích, kde je hlášeno problémové užívání amfetaminů, jsou k dispozici dobře podložené odhady. Odhady problémového užívání kokainu jsou vzácné a ukazatel problémového užívání drog je kromě zemí s vysokou prevalencí pravděpodobně pro tuto drogu méně spolehlivý.

⁽¹²⁰⁾ Viz obr. PDU-4 (část ii) ve Statistickém věstníku 2007.

Obr. 8: Odhady prevalence problémového užívání opiátů (výskyt na 1 000 obyvatel ve věku 15 až 64 let), 2001–2005

Poznámka: Symbol označuje bodový odhad; sloupec označuje interval nejistoty vyplývající z postupu odhadů, kterým může být buď 95% interval spolehlivosti, nebo interval založený na analýze citlivosti (podrobné informace viz tab. PDU-3). Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod odhadů a zdrojů dat, proto je nutné provádět srovnání opatrně. Tam, kde není vyznačena žádná metoda, představuje daná čára interval mezi nejnižší dolní mezí všech existujících odhadů a jejich nejvyšší horní mezí. Metody odhadu: CR = metoda zpětného zachytu; TM = léčebný násobitel; TP = zkrácené Poissonovo rozdělení; MM = násobitel úmrtnosti. Více informací viz tab. PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku.

Zdroje: Národní kontaktní místa.

Injekční užívání drog

Injekčním uživatelům drog (IUD) hrozí velmi vysoké riziko zdravotních problémů v důsledku užívání drog, jako jsou krví přenášené infekční choroby (např. HIV/AIDS, hepatitida) nebo předávkování. I přes jejich významnost z hlediska veřejného zdraví jen málo zemí v současnosti dokáže poskytnout odhady míry injekčního užívání drog (obr. 9), a zlepšit monitorování této specifické populace je proto důležitou výzvou v rozvoji zdravotních monitorovacích systémů v Evropě.

Nepřímé odhady prevalence injekčního užívání drog

Většina dostupných odhadů injekčního užívání drog je odvozena buďto z počtu smrtelných předávkování nebo z údajů o infekčních chorobách (jako je HIV). Mezi sledovanými zeměmi je značný rozptyl, přičemž národní odhady z léta 2001 až 2005 se typicky pohybují v rozmezí 0,5 až 6 případů na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let. Výjimkou je Estonsko, kde byl hlášen mnohem vyšší odhad 15 případů na tisíc obyvatel. Z ostatních zemí schopných poskytnout údaje byly nejvyšší údaje hlášeny z České republiky, Slovenska, Finska a Spojeného království, a to

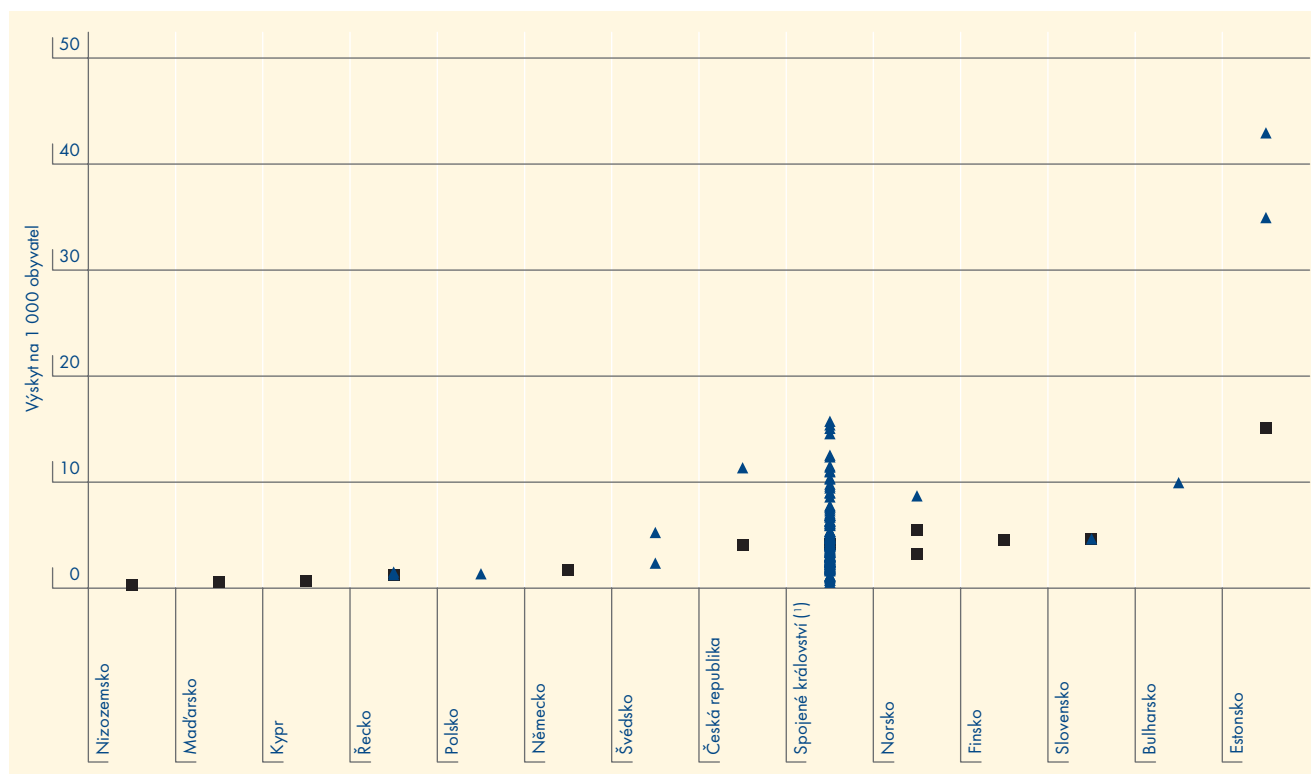
mezi čtyřmi až pěti případy na tisíc obyvatel ve věku 15 až 64 let, a nejnižší údaje z Kypru, Maďarska a Nizozemska, a to méně než jeden případ na tisíc obyvatel.

Extrapolace z omezených dostupných údajů musí být provedena obezřetně, avšak naznačuje průměrnou prevalenci (současného) injekčního užívání drog mezi třemi a čtyřmi případy na tisíc obyvatel v dospělé populaci. To by znamenalo, že dnes by v EU a Norsku mohlo být kolem 1,1 milionu (0,9 až 1,3 milionu) injekčních uživatelů drog. Jedná se převážně o injekční uživatele opiátů, i když mohou užívat i další drogy, a některé země hlásí významný problém s injekčním užíváním amfetaminu nebo metamfetaminu (Česká republika, Slovensko, Finsko, Švédsko).

Trendy v injekčním užívání drog podle údajů o počtech žádostí o léčbu

Kvůli nedostatku údajů je obtížné dojít k nějakým závěrům ohledně trendů injekčního užívání drog, i když určitý vhled do tohoto chování poskytují údaje o počtu uživatelů drog, kteří vyhledali léčbu. Počty žádostí mezi uživateli opiátů například mohou naznačit vzorce užívání v širší populaci. Podíl injekčních uživatelů drog mezi všemi primárními uživateli

Obř. 9: Odhady z národních a územních studií prevalence injekčního užívání drog (výskyt na 1 000 obyvatel ve věku 15 až 64 let), 2001–2005



(*) Anglické regionální odhady za období 2004–2005.

Poznámka: Černý čtverec = vzorek s celostátním pokrytím; modrý trojúhelník = vzorek s pokrytím menším než celostátním.

Vzorec odhadů podnárodní prevalence závisí do značné míry na dostupnosti a umístění studií v rámci země. Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku rozdílných metod studií a zdrojů dat, proto je nutné provádět srovnání opatrně.

Více podrobností viz tab. PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní kontaktní místa.

heroinu, kteří vyhledali léčbu (2001–2005), ukazuje výrazné rozdíly v míře injekčního užívání mezi zeměmi. Celkově tyto údaje nasvědčují tomu, že injekční užívání se možná stalo méně populárním, když jeho pokles zaznamenaly Dánsko, Irsko, Řecko, Maďarsko, Spojené království a Turecko. V některých zemích (Španělsko, Nizozemsko, Portugalsko) nyní užívá drogu injekčně relativně malý podíl léčených uživatelů heroinu. Takový obrázek však není zaznamenáván všude, například v několika nových členských státech injekční užívání nadále zůstává hlavním způsobem užívání heroinu. Je třeba uvést, že trendy v injekčním užívání mezi osobami neužívajícími heroin mohou být odlišné.

Léčba závislosti na opiátech

Udržovací léčba

Relativně pevná důkazní báze podepřená daty ze studií výsledků léčby a kontrolovaných studií nyní existuje pro efektivnost substituční léčby drogové závislosti při léčbě závislosti na heroinu nebo dalších opiátech (recenze viz Gossop, 2006). Byly prokázány pozitivní účinky na snížení

spotřeby nelegálních drog, zdravotně rizikové chování a kriminalitu a zlepšené sociální fungování. Programy substituční léčby obvykle zahrnují vedle prvku preskripce i další intervence na podporu behaviorální změny. Obecně v této oblasti panuje shoda, že správnou praxí je integrovat programy do širšího rámce lékařské péče a sociální pomoci.

Praxe předepisování substituční léčby v Evropě

V posledních patnácti letech zaznamenalo poskytování léčby závislosti na heroinu v EU velký rozmach. Podle dostupných údajů je to hlavně z důvodu více než sedminásobného nárůstu poskytování substituční léčby v zemích evropské patnáctky od roku 1993.

S výjimkou pěti zemí (České republiky, Francie, Lotyšska, Finska, Švédska) je metadon lékem zdaleka nejběžněji užívaným pro účely substituce, přičemž tvoří asi 72 % všech případů substituční léčby⁽¹²¹⁾. Metadonová léčba se obecně soustředí kolem specializovaných ambulantních středisek, ale v některých zemích může být také poskytována v ordinacích praktických lékařů nebo, jakmile jsou pacienti stabilizováni, v prostředí komunitní péče. Preskripční praxe u metadonu se

⁽¹²¹⁾ Viz tab. HSR-7, HSR-9 a HSR-11 ve Statistickém věstníku 2007.

Zajišťování kvality a substituční léčba

Účinnost každé služby bude záviset na kvalitě poskytované péče. Objevily se obavy, že některé programy substituční léčby mají nízkou kvalitu, když se aktivity příliš soustředí na preskripci a dostatečná pozornost není věnována poskytování komplexnějšího souboru sociální a lékařské podpory. Kritika se rovněž týkala nedostatečnosti odpovídajícího klinického monitorování, nesprávné preskripční praxe, která vede k úniku drog na nelegální trh, a toho, že nízkodávkové programy léčby nejsou v souladu s klinickými důkazy o účinnosti (Loth a kol., 2007; Schifano a kol., 2006; Strang a kol., 2005).

Mnoho zemí vzalo tyto obavy vážně a Dánsko, Německo a Spojené království vesměs hlásí, že u nich probíhá přehodnocení s cílem zvýšit kvalitu poskytované péče. Podobně Dánsko nedávno dokončilo tříletý projekt, který měl dokumentovat dopad širší psychologické podpory v substituční léčbě a ověřit průběh procesů zajišťování kvality.

V Německu dvě nedávné studie zkoumaly praxi substituční léčby a zaměřily se na možnosti zlepšení léčby (COBRA). Zkoumaly otázky zajišťování kvality, což vedlo k vytvoření nové příručky pro praktické lékaře (ASTO). Ve Spojeném království proběhl nedávno v Anglii audit k analýze praktik v preskripci a klinickém managementu a posouzení toho, do jaké míry jsou v souladu s existujícími klinickými doporučeními.

Dostupnost národních klinických doporučení, standardů a protokolů léčby je důležitá pro zajišťování kvality substituční léčby. Příprava nebo probíhající revize národních klinických pokynů a protokolů léčby jsou hlášeny v Dánsku, Irsku, Maďarsku, Portugalsku, Spojeném království a Norsku a Slovensko vydalo v roce 2004 pokyn k poskytování metadonové léčby. V Nizozemsku je nyní udržovací léčba v rostoucí míře poskytována podle standardů medicínské léčby a podávání metadonu v první fázi léčby podléhá dohledu. V Rakousku byly v roce 2005 vypracovány dva návrhy vyhlášek, které upravují rámec lékařsky asistované léčby, s cílem zlepšit substituční léčbu a zavést opatření o aplikaci pod dohledem a také regulaci lékařů pracujících v této oblasti.

Národní monitorovací systém pro hlášení o klientech v programech substituční léčby také poskytuje informace užitečné pro posouzení kvality a dostupnosti služeb. V současné době existují takovéto programy v 17 členských státech a národní registry substituční léčby se připravují v Belgii a Lucembursku, zatímco v České republice probíhá rozšíření stávajícího registru na všechna střediska zdravotní péče.

různí – někdy je dostupný pouze ze specializovaných center a jeho podávání probíhá pod dohledem, avšak v některých zemích, jako například ve Spojeném království, hrají důležitou

roli také lékárny, a předepsaný metadon může být povoleno užívat doma.

V posledních letech vzrůstá v celé EU zájem o další farmakologické látky pro léčbu drogové závislosti, a užívání zejména buprenorfinu se stalo běžnějším. Slovinsko (v roce 2005) a Malta (v květnu 2006) se připojily k evropským zemím, které povolují udržovací léčbu buprenorfinem ve specializovaných odděleních⁽¹²²⁾. Jedinými zeměmi, kde tato možnost léčby není k dispozici, jsou v současnosti Bulharsko, Maďarsko, Polsko a Rumunsko.

Jedním z důvodů zájmu o uplatnění buprenorfinu je to, že je snad farmakologicky vhodnější volbou než metadon pro použití v praktické komunitní péči. Tato otázka je složitá a podrobně se jí zabývá vybrané téma o buprenorfinu. Buprenorfin mohou ve většině zemí předepisovat pouze školení, akreditovaní lékaři a podléhá předpisům odpovídajícím jeho zařazení mezi kontrolované látky podle mezinárodních úmluv (seznam III Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1988).

Buprenorfin se dodává na trh ve formě sublingválních tablet, a i když není považován za látku, která by byla nějak zvláště atraktivní pro injekční užívání, existují zprávy o tom, že tablety jsou rozpouštěny a podávány injekčně. Potenciál zneužívání buprenorfinu dokládají zprávy z některých zemí o úniku drogy na nelegální trh. K odvrácení nelegálního užívání buprenorfinu bylo vyvinuto nové složení přípravku, a v to v kombinaci s naloxonem. Toto složení pod názvem suboxon získalo povolení pro evropský trh v roce 2006.

V lednu 2007 Nizozemsko zavedlo asistovanou léčbu heroinem jako možnou alternativu léčby závislosti na opiátech, přičemž rozšířilo počet míst léčení na zhruba tisíc, a tím se připojilo ke Spojenému království jako jedné ze dvou evropských zemí, kde je tato možnost k dispozici. Počet klientů dostávajících heroin je v Evropě velmi malý a léčba je obvykle vyhrazena pro zvláště chronické případy, v nichž ostatní způsoby terapie selhaly. Účinnost heroínu jako substituční látky zkoumal experimentální výzkum ve Španělsku (March a kol., 2006) a Německu (Naber a Haasen, 2006). Obě studie uváděly pozitivní výsledky léčby, když naznačovaly, že tento přístup se může osvědčit jako vhodný způsob léčby pro sociálně vyloučené uživatele opiátů se závažnými problémy, u nichž byla zaznamenána slabá odezva na ostatní způsoby léčby. Spolu s dřívějšími pracemi tyto studie o předepisování heroínu podnítily debatu o potřebě, aby tato varianta léčby byla dostupná v širším měřítku.

⁽¹²²⁾ Viz obr. HSR-1 a tab. HSR-8 ve Statistickém věstníku 2007.

Postup pro udělování rozhodnutí o registraci léčivých přípravků v EU

Evropská agentura pro léčivé přípravky (EMA) zodpovídá za vědecké hodnocení žádostí o vydání rozhodnutí o registraci léčivých přípravků pro území EU. Léky schválené centralizovaným postupem získají registrační povolení, které je platné ve všech členských státech Evropské unie.

Všechny schválené léčivé přípravky jsou také monitorovány z hlediska bezpečnosti. To se provádí prostřednictvím evropské sítě národních agentur pro léčivé přípravky, v těsné součinnosti se zdravotnickými odborníky a samotnými farmaceutickými společnostmi.

Agentura EMA vydává Evropskou veřejnou zprávu o hodnocení (*European public assessment report*, EPAR) pro každý centrálně povolený výrobek, kterému je uděleno rozhodnutí o registraci. Zprávy EPAR jsou publikovány na internetové stránce agentury EMA (<http://www.ema.europa.eu/>) a jejich souhrny pro veřejnost jsou k dispozici ve všech úředních jazycích EU. Agentura EMA také pracuje v partnerství s EMCDDA a Europelem, aby podpořila práci na odhalování nových drogových nebezpečí v Evropě v kontextu rozhodnutí Rady (viz kapitola 7).

Údaje o léčbě

Pro popis léčby v Evropě EMCDDA shromažďuje dva druhy informací. Ukazatel počtu žádostí o léčbu vychází z monitorování charakteristik klientů nastupujících léčbu v celé Evropě. Vedle toho jsou členské státy vyzvány, aby poskytly údaje, které popisují celkovou strukturu a dostupnost služeb.

Údaje o ukazateli počtu žádostí o léčbu

Údaje z monitorování klientů nastupujících léčbu v Evropě poskytují vhled nejen do širší epidemiologické situace z hlediska vzorců užívání a trendů, ale také do relativní poptávky a dostupnosti různých forem léčby. To může působit těžkosti při interpretaci dostupných informací, protože nárůst počtu osob léčených z určitého drogového problému může ukazovat, že stoupla poptávka po službách nebo že vzrostla dostupnost určitého druhu služby. Jako pomůcka při analýze se rozlišuje mezi novými a všemi žádostmi o léčbu, přičemž se předpokládá, že počty nových žádostí o léčbu lépe odrážejí změny v širších vzorcích užívání drog a počty všech žádostí o léčbu lépe odrážejí celkovou poptávku v oboru léčby drogové závislosti jako celku.

Informace dostupné z ukazatele počtu žádostí o léčbu (*treatment demand indicator*, TDI) nepokrývají všechny osoby léčené z drogové závislosti, jejichž počet je výrazně vyšší; zaznamenáni jsou pouze klienti, kteří ve sledovaném roce požádali o léčbu, avšak nyní v roce 2007 probíhá pilotní projekt, který má rozšířit sběr evropských dat o klienty v probíhající léčbě⁽¹²³⁾ a posoudit pokrytí národními evidenčními systémy.

V mnoha zemích zůstávají opiáty, především heroin, hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. Z celkového počtu 326 000 žádostí o léčbu hlášených v roce 2005 v rámci ukazatele počtu žádostí o léčbu byly opiáty zaznamenány jako hlavní droga přibližně ve 40 % případů, přičemž asi 46 % těchto klientů uvádělo injekční užívání drogy⁽¹²⁴⁾.

Některé země hlásí významný podíl žádostí o léčbu souvisejících s opiáty jinými než heroin. Ve Finsku jsou hlášeny jiné opiáty, zvláště buprenorfin, jako primární droga u 41 % klientů s drogovou závislostí, ve Francii 7,5 % všech klientů uvádí, že užívá buprenorfin. Ve Spojeném království a Nizozemsku jsou hlášena asi 4 % klientů užívajících metadon jako primární drogu. Ve Španělsku, Lotyšsku a Švédsku vyhledává léčbu asi 5 % až 7 % klientů s drogovou závislostí kvůli primárnímu užívání nespécifikovaných opiátů jiných než heroin nebo metadon⁽¹²⁵⁾. A v Maďarsku, kde má užívání podomácku získaných produktů opiového máku dlouhou tradici, se asi 4 % žádostí o léčbu vztahují k opiu.

Většinu uživatelů opiátů hlásí ambulantní léčebná zařízení, nicméně ve Švédsku je 71 % klientů závislých na opiátech hlášeno z lůžkových zařízení, což svědčí o tom, že služby jsou v této zemi strukturovány odlišně. Malý podíl (3 %) počtu žádostí o ústavní léčbu od klientů závislých na opiátech hlásí rovněž Spojené království⁽¹²⁶⁾. V několika málo zemích poskytujících údaje o počtu žádostí o léčbu v nízkoprahových institucích významný podíl klientů závislých na drogách vyhledá léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů⁽¹²⁷⁾.

V souboru dat ukazatele TDI stoupá relativní podíl žádostí od klientů užívajících jiné látky než opiáty a skutečné počty nových klientů žádajících o léčbu kvůli užívání opiátů rovněž v mnoha zemích klesají, přičemž absolutní počet hlášených nových žádostí o léčbu kvůli primárnímu užívání heroínu klesl z 80 000 v roce 1999 na 51 000 v roce 2005⁽¹²⁸⁾.

⁽¹²³⁾ Viz <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (zpráva ze schůze 2006).

⁽¹²⁴⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹²⁵⁾ Viz tab. TDI-114 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹²⁶⁾ Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹²⁷⁾ Viz tab. TDI-119 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹²⁸⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2007.

Rozšířenost substituční léčby drogové závislosti

Odhaduje se, že v členských státech EU a Norsku činil v roce 2005 počet žádostí o substituční léčbu drogové závislosti nejméně 585 000. Tento odhad vychází z monitorování léčby prováděné ve většině zemí a podává obecný obraz dostupnosti služeb. Tato čísla jsou pravděpodobně minimálním odhadem, protože u některých druhů léčby je pravděpodobná nízká úroveň hlášení, například v případě léčby poskytované praktickými lékaři nebo léčby ve vězeňských zařízeních.

Převážnou část léčených klientů (97 %) hlásí členské státy evropské patnáctky, které rovněž tvoří většinu (80 %) z celkového počtu žádostí o léčbu hlášeného v souboru dat ukazatele TDI. To představuje více než sedminásobný nárůst od roku 1993, kdy se počet případů substituční léčby odhadoval asi na 73 000 (Farrell, 1995). Údaje ukazují vzestup počtu klientů v EU a Norsku asi o 15 % od roku 2003 do roku 2005, většinou v důsledku nárůstu v Německu (odhadovaný nárůst 8 300 případů), Francii (5 706), Itálii (6 234), Portugalsku (4 168) a Spojeném království (41 500) ⁽¹²⁹⁾. V roce 2005 bylo hlášeno ustálení počtu klientů v substituční léčbě v Nizozemsku (122 případů na 100 000 obyvatel) a Lucembursku (355 případů na 100 000 obyvatel).

Největší relativní nárůst v letech 2003 až 2005 zaznamenaly některé nové členské státy (avšak nejen ony), přičemž k zemím, které hlásily podstatný nárůst (přes 40 %) patřily Bulharsko, Estonsko, Řecko, Litva, Rumunsko a Norsko. K těmto nárůstům došlo souběžně se zeměpisným rozšířením dostupnosti substituční léčby v mnoha těchto zemích. K nárůstu poskytování substituční léčby nedošlo ve všech nových členských státech: Maďarsko, Polsko a Slovensko hlásily relativně stabilní situaci, zatímco počty klientů v lotyšském vysokoprahovém metadonovém programu ve skutečnost poklesly z 67 na 50. Ve dvou zemích s historicky vysokou rozšířeností substituční léčby, ve Španělsku a na Maltě, v poslední době její poskytování pokleslo, což možná odráží celkový počet žádostí o léčbu v těchto zemích.

Vzájemný vztah mezi počty opakovaných žádostí o léčbu, počty případů udržovací léčby a prevalencí problémového užívání opiátů je složitý. Počty klientů s opakovanými žádostmi o léčbu a počty klientů v programech udržovací léčby jsou dány historickým vývojem incidence a prevalence užívání opiátů a také organizací a typem léčebných služeb.

U několika zemí je možné použít odhady prevalence užívání opiátů ke kalkulaci poměru mezi počtem klientů v udržovací léčbě a počtu problémových uživatelů opiátů.

Pro země EU, kde byly k dispozici odhady problémového užívání opiátů za rok 2005, byla vypočtena rozšířenost substituční léčby mezi problémovými uživateli opiátů (obr. 10). Výsledky ukazují významné rozdíly mezi zeměmi, přičemž se pohybují od méně než 10 % (Slovensko) až po asi 50 % uživatelů opiátů (Itálie). Tyto údaje však svědčí o nutnosti revidovat dostupnost možností léčby ve všech zemích, aby bylo možné dostatečně zabezpečit naplnění odhadovaných potřeb.

I přes nedávný vzestup substituční léčby v pobaltských státech a zemích střední Evropy zůstává její rozšířenost nízká ve srovnání s odhadovaným počtem uživatelů opiátů v těchto členských státech, s výjimkou Slovinska. Odhad z Estonska nasvědčuje tomu, že pouze 5 % počtu uživatelů heroinu ve čtyřech největších městských centrech je pokryto programy substituční léčby a že na národní úrovni je tento podíl pouze 1 %.

Žádosti o léčbu závislosti na opiátech

Podíl počtu žádostí o léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů odráží do jisté míry relativní prevalenci nelegálních opiátů jako problémové drogy vyžadující (další) léčbu, i když ji ovlivňuje organizace léčebných služeb a systému hlášení.

Podíl klientů vyhledávajících léčbu kvůli závislosti na opiátech se mezi zeměmi liší. Na základě nejnovějších dostupných údajů tvoří uživatelé opiátů 40 až 70 % celkového počtu žádostí o léčbu ve dvanácti zemích, méně než 40 % v sedmi zemích a více než 70 % v šesti zemích ⁽¹³⁰⁾.

Procento všech žádostí o léčbu drogové závislosti, které tvořily všechny žádosti kvůli heroinu, pokleslo, a to ze 74 % v roce 1999 na 61 % v roce 2005. Jediné země, které nehlásily pokles, jsou Bulharsko a Spojené království ⁽¹³¹⁾.

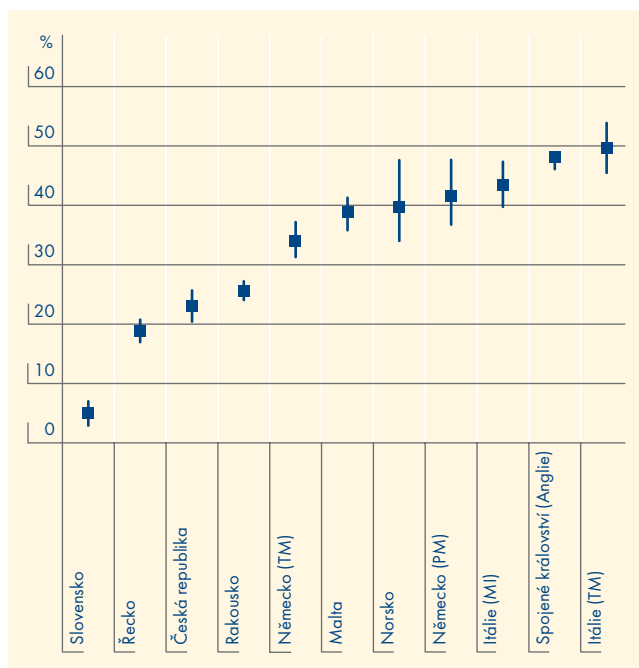
Absolutní pokles počtu nových žádostí o léčbu závislosti na opiátech, především heroinu, potvrzuje pohled na trend nových klientů užívajících heroin: všechny země s výjimkou Bulharska a Řecka uvádějí v posledních sedmi letech pokles podílu nových žádostí kvůli primárnímu užívání heroinu na celkovém počtu nových klientů užívajících drogy. V letech 1999 až 2005 procento nových klientů závislých na heroinu kleslo ze 70 % na 37 %.

⁽¹²⁹⁾ Viz tab. HSR-7 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹³⁰⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹³¹⁾ Viz obr. TDI-3 ve Statistickém věstníku 2007.

Obř. 10: Počet klientů v udržovací léčbě závislosti na opiátech jako procento odhadovaného počtu problémových uživatelů opiátů, 2005



Poznámka: Tato informace je k dispozici pouze pro devět zemí. Symbol označuje bodový odhad; sloupec označuje interval nejistoty vyplývající z postupu odhadů; počet uživatelů opiátů se odhaduje různými metodami: TM = léčebný násobitel; PM = policejní násobitel; MI = multivariační indikátor. Tam, kde není vyznačena žádná metoda, představuje daná čára interval mezi nejnižší dolní mezí všech existujících odhadů a jejich nejvyšší horní mezí. Více informací viz obr. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní kontaktní místa.

Klienti žádající o léčbu

Ti, kdo vyhledají léčbu kvůli problémovému užívání opiátů, jsou relativně starší oproti těm, kdo vyhledají pomoc kvůli problémům s jinými drogami⁽¹³²⁾, a také obvykle udávají horší sociální podmínky. Míra nezaměstnanosti mezi klienty užívajícími heroin je obecně vysoká, úroveň vzdělání nízká a podle hlášení je 10 % až 18 % z nich bez domova.

Většina klientů (60 %) uvádí, že začali užívat opiáty před dvacátým rokem věku; první užití opiátů po pětadvacátém roce věku je velmi neobvyklé⁽¹³³⁾. V průměru bylo hlášeno uplynutí 7 až 8 let od prvního užití opiátů k prvnímu kontaktu s léčbou drogové závislosti; průměrný věk na začátku užívání opiátů byl 22 let a průměrný věk v době první žádosti o léčbu 29 až 30 let. Věk žadatelů o ústavní léčbu byl typicky o něco nižší než věk žadatelů o ambulantní péči a údaje naznačují poměrně krátký interval mezi prvním kontaktem s léčbou a následnými léčeními.

Na jednu ženu připadají tři muži mezi uživateli opiátů léčenými ambulantně a čtyři mezi uživateli opiátů léčenými v lůžkových zařízeních. Mezi zeměmi však existují rozdíly, s typicky vyšším zastoupením mužů v léčené populaci v jihoevropských zemích.

Z počtu uživatelů opiátů v celé Evropě, kteří vyhledají léčbu a u nichž je znám způsob podávání, v průměru 58 % látku užívá injekčně (53 % u nově léčených). Podíl injekčních uživatelů je nejvyšší v Rumunsku, České republice a Finsku a nejnižší v Nizozemsku, Dánsku a Španělsku⁽¹³⁴⁾.

Většina klientů užívajících opiáty užívá více drog současně, kdy užívá opiáty v kombinaci s další, sekundární látkou, především opiáty (35 %), kokainem (23 %) a konopím (17 %)⁽¹³⁵⁾.

Některé země hlásí vysokou míru souběžného výskytu závislosti na opiátech a jiných psychických poruch mezi uživateli opiátů. Totéž zjištění se objevilo v mnoha klinických studiích, které svědčí o tom, že deprese, úzkostné poruchy, antisociální a hraniční poruchy osobnosti jsou mezi uživateli opiátů relativně běžné (Mateu a kol., 2005).

⁽¹³²⁾ Viz tab. TDI-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹³³⁾ Viz tab. TDI-11, TDI-107 a TDI-109 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹³⁴⁾ Viz tab. TDI-4 a TDI-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹³⁵⁾ Viz tab. TDI-23 ve Statistickém věstníku 2007.



Kapitola 7

Trendy užívání nových a nově se rozmáhajících drog a opatření proti novým drogám

Trendy nově se rozmáhajících drog často zrcadlí, rozvíjejí nebo nahrazují dříve populární drogové trendy a přinášejí otázku, proč jsou psychoaktivní látky konzumovány. Proto je třeba pochopit nové trendy v konzumaci drog a alkoholu nejen ve vztahu ke změnám, které provádějí vlády v protidrogové politice, ale také ve vztahu mezi nimi vzájemně a v širším kontextu současných módních vln a sociokulturních změn v aktivitách volného času.

Vývoj informačních technologií a komunikačních médií, zvláště internetu, poskytuje komunikační kanály, které usnadňují šíření nových trendů a umožňují lidem, aby vyjadřovali různé názory na užívání drog a s ním spojená rizika.

Nové nebo měnící se vzorce užívání drog obvykle vznikají na místní úrovni nebo na úrovni měst a jen velmi málo členských států má například monitorovací systémy, které by naznačovaly počet případů fatálních a nefatálních intoxikací v důsledku užívání nových nebo nově se rozmáhajících psychoaktivních látek. V kontextu nevyhnutelně neúplného obrazu se nashromážděné informace o trendech nově se rozmáhajících drog v Evropě posuzují triangulací údajů ze širokého spektra různých zdrojů.

Tato kapitola podává přehled o nejnovějším vývoji v nezákonném užívání psychoaktivních látek, kterými se klíčové drogové ukazatele běžně nezabývají a které byly teprve nedávno tvůrci politik identifikovány jako možný důvod k obavám nebo přitáhly pozornost hromadných sdělovacích prostředků.

Piperaziny: nové psychoaktivní látky

Nejvýznamnější skutečností ve vývoji v posledních letech, co se týká nových psychoaktivních látek, je šíření různých nových piperazinových derivátů, jichž se v Evropě v letech 2004 až 2006 objevilo několik.

Tato skupina syntetických látek je odvozena ze sloučeniny piperazinu a zahrnuje BZP (1-benzylpiperazin) a mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazin). Tyto dvě látky se dají běžně

získat od dodavatelů chemikálií a na internetu a nezákonná výroba se hlavně omezuje na výrobu tablet nebo kapslí.

BZP

Studie přirovnávaly fyziologické a subjektivní účinky BZP k účinkům amfetaminu a nasvědčují tomu, že BZP má asi jednu desetinu potence dexamfetaminu.

V posledních letech začaly být produkty obsahující BZP agresivně nabízeny jako legální alternativa extáze různými obchodníky v tištěných médiích, na internetových stránkách, ve vyhrazených obchodech a stáncích v klubech a na festivalech, a možná jsou prodávány jako „extáze“. BZP se nabízí v různých kombinacích s dalšími piperaziny a má se za to, že některé produkty, zejména BZP v kombinaci s TMFPP (¹³⁶), mají napodobit účinky extáze. Tyto produkty obvykle bývají viditelně označeny jako výrobky obsahující piperazin, avšak mnohdy jsou mylně považovány za „přírodní“ nebo „bylinné“.

Důkazy shromážděné v EU o nastupujících trendech v užívání drog nasvědčují tomu, že možná zrcadlí spotřebitelské trendy na legálních trzích – například prodej plně syntetických látek jako BZP s tvrzením, že jde o látky „přírodní“ nebo „bylinné“, se může podbízet širšímu zájmu spotřebitelů o přírodní produkty. Navíc dojem bezpečnosti BZP posiluje skutečnost, že tyto produkty se mnohdy prodávají ve vyhrazených maloobchodech nebo specializovaných prodejnách, a ne na ulici.

BZP bylo zjištěno ve 14 členských státech EU (Belgie, Dánsko, Německo, Irsko, Řecko, Francie, Malta, Nizozemsko, Rakousko, Portugalsko, Španělsko, Švédsko, Finsko, Spojené království) a v Norsku.

Existují určité důkazy o zdravotních rizicích souvisejících s BZP, který má podle všeho úzký bezpečnostní profil při rekreačním užívání. Ve Spojeném království byly hlášeny případy, kdy byla klinicky zjištěna otrava BZP a BZP byl toxikologicky potvrzen jako jediná požitá psychoaktivní látka, při nichž uživatelé trpěli závažnými vedlejšími

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluoromethylfenyl)piperazin.

účinky, a některé vedly k urgentním příjmům pacientů. Nedošlo však k žádným případům úmrtí, která by bylo možné přímo připisat BZP. V březnu 2007 EU reagovala na rostoucí obavy z užívání BZP tím, že oficiálně požádala o posouzení zdravotních a sociálních rizik, která tato látka představuje ⁽¹³⁷⁾.

MCPP

MCPP byl popsán jako látka se stimulačními a halucinogenními účinky podobnými účinkům extáze (MDMA). Tablety obsahující mCPP bývají často vyrobeny tak, aby jako extáze vypadaly, a téměř vždy se s nimi jako s extází obchoduje a obě drogy se někdy vyskytují v kombinaci. Dá se předpokládat, že přidání mCPP má zvyšovat nebo zlepšovat účinky MDMA.

Od roku 2004 byl mCPP zjištěn ve 26 členských státech (všech kromě Kypru) a v Norsku; jako takový se stává nejčastěji zjišťovanou novou psychotropní látkou v EU od samého počátku činnosti evropského systému včasného varování v roce 1997.

V souvislosti s mCPP nebyly hlášeny v Evropské unii žádné vážné otravy ani případy úmrtí. Nic nenasvědčuje tomu, že by se jednalo o zvláště nebezpečnou látku z hlediska akutní toxicity, i když chronická toxicita (při dlouhodobém užívání) nebyla stanovena.

Sexuální útok s použitím drog

Případy sexuálního útoku, kdy pachatel skrytě přidá do nápoje drogu, aby oběť zbavil síly, se stále častěji objevují v médiích a lékařské literatuře od 80. let 20. století. Je však nechvalně známou skutečností, že se forenzní důkazy o trestném činu tohoto typu velmi těžko získávají. Forenzní studie ukazují, že v případech údajného sexuálního útoku (ve více než 80 % případů z Francie a 30 % případů ze Spojeného království) jsou obvykle zjišťovány vysoké koncentrace alkoholu a léků na předpis obsahujících benzodiazepin, ale úzké časové okno, kdy je možné zjistit drogu jako GHB, je omezujícím faktorem při získávání důkazů v případech údajných trestných činů, které nejsou ohlášeny rychle. Forenzní důkazy dostupné ze studií provedených od roku 2000 (ve Spojeném království, Francii, Spojených státech amerických a Austrálii) naznačují, že tajné podání drogy pro účely sexuálního útoku se jeví jako neobvyklé, i když skutečná incidence může být vyšší než zjištěná kvůli neohlášení nebo pozdnímu ohlášení.

GHB

Veřejný prodej GHB ⁽¹³⁸⁾ na internetu je od doby, kdy byla tato látka v březnu 2001 zařazena na seznam IV Úmluvy OSN o psychotropních látkách, zakázán, a proto jsou všechny země EU povinny ji kontrolovat podle své legislativy upravující psychotropní látky. GHB se používal terapeuticky při anestezii ve Francii a v Německu a při léčbě abstinence od alkoholu v Rakousku a Itálii. V červnu 2005 Výbor pro humánní léčivé přípravky (*Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP*) agentury EMEA doporučil udělit rozhodnutí o registraci léčivému přípravku Xyrem (jehož je GHB účinnou látkou) pro léčbu kataplexie u dospělých pacientů s narkolepsií (EMEA, 2005) ⁽¹³⁹⁾.

GHB se snadno vyrábí ze svých prekurzorů gama-butyrolaktonu (GBL) a 1,4-butandiolu (1,4-BD), které jsou rozpouštědly široce používanými v průmyslu a jsou komerčně dostupné. Některé země, vědomy si možného zneužití těchto prekurzorů, se rozhodly kontrolovat jednu nebo obě látky v rámci protidrogové nebo obdobné legislativy (Itálie, Lotyšsko, Švédsko). Protože GBL není ve většině členských států kontrolován a prodejci chemických látek na internetu k němu zajišťují snadný přístup, někteří uživatelé GHB zřejmě přešli na GBL. Kvalitativní analýzy internetových diskusních serverů o GHB a drogách ve Spojeném království, Německu a Nizozemsku svědčí o tom, že uživatelé získávají GBL od dodavatelů chemických látek, kteří prodávají GBL pro různé legální účely.

Prevalence a vzorce užívání

Všechny dostupné informační zdroje nasvědčují tomu, že prevalence užívání GHB je obecně nízká, přičemž významné úrovně užívání se omezují na některé specifické subpopulace. Internetový průzkum provedený ve Spojeném království zjistil, že GHB se běžněji užívá doma (67 %) než v prostředí nočních podniků (26 %) (Sumnall a kol., 2007). Průzkum mezi 408 návštěvníky hostinců v Amsterdamu v roce 2005 uváděl odhady celoživotní prevalence užití GHB, které byly významně vyšší mezi klientelou gay barů a módních kaváren (17,5 %, resp. 19 %) než mezi návštěvníky běžných a studentských hostinců a kaváren (5,7 %, resp. 2,7 %) (Nabben a kol., 2006).

⁽¹³⁷⁾ Viz <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

⁽¹³⁸⁾ Termín GHB zde označuje i možné užívání GBL nebo 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Viz „Postup pro udělování rozhodnutí o registraci léčivých přípravků v EU“, str. 68.

Internet jako zdroj informací o trendech nově se rozmáhajících drog

V roce 2004 více než třetina mladých lidí v EU uváděla, že pokud by se chtěli dozvědět více o drogách, podívali by se na internet (Eurobarometr, 2004). Jestliže mladí lidé vyhledávají informace o drogách on-line, pak vyvstává skutečná otázka, do jaké míry budou informace, které najdou, nezaujaté a přesné. Otázkám užívání drog se věnuje mnoho internetových stránek, některé z nich financuje vláda, jiné lobbistické skupiny, sítě spotřebitelů nebo zastánců. Vedle toho, že působí jako zdroj informací o drogách, vytvořil internet také místo pro obchodování jak s legálními, tak s nelegálními drogami, kde se na stránkách nabízejí nelegální drogy a jejich legální alternativy. Internetoví prodejci, kteří těží z marketingového potenciálu internetu využitím on-line marketingových strategií, jež dobře reagují na požadavky uživatelů a mění se právní a tržní situaci, mají možnost šířit nové praktiky v užívání drog nebo produkty.

V rámci projektu E-POD (*European perspectives on drugs*) EMCDDA zkoumá způsoby využití internetu jako zdroje informací o trendech nově se rozmáhajících drog. Také na úrovni EU probíhají činnosti, které mají zajistit spolehlivé informace o otázkách veřejného zdraví: nový portál EU pro veřejné zdraví tvoří vstupní bránu k řadě evropských zdrojů o zdravotnictví, včetně informací souvisejících s drogami (¹).

(¹) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Trendy

Kvůli nedostatku informací je obtížné posuzovat trendy v užívání GHB, i když dostupné důkazy naznačují, že užívání GHB se i nadále omezuje na některé menší podskupiny populace. Údaje z průzkumů na tanečních akcích z Belgie, Nizozemska a Spojeného království nasvědčují tomu, že užívání GHB snad dosahovalo vrcholu kolem období 2000–2003 a následně pokleslo. Zůstává však nejasné, v jakém rozsahu toto zjištění platí pro ostatní podskupiny. Lze konstatovat, že v roce 2005 byly poprvé hlášeny hovory o GBL na protidrogových poradenských telefonních linkách ve Finsku (FESAT, 2005).

Zdravotní rizika

Hlavním zdravotním rizikem spojeným s užíváním GHB se jeví vysoké riziko ztráty vědomí, zvláště když je droga kombinována s alkoholem nebo jinými sedativními drogami. Užívání GHB může také vést k dalším problémům včetně kómatu, poklesu tělesné teploty, hypotonie, halucinací, nevolnosti, zvracení, bradykardie a respirační deprese. Fyzická závislost na GHB byla sledována po

dlouhodobém užívání a další zdravotní rizika může představovat možná přítomnost rozpouštědel nebo kontaminace těžkými kovy.

Od roku 1993 hlásilo agentuře EMCDDA úmrtí v souvislosti s GHB pět členských států a Norsko: Dánsko a Itálie (po jednom případě), Finsko a Norsko (po třech případech) a Švédsko a Spojené království (asi 40 úmrtí v souvislosti s GHB).

V Amsterdamu dosáhl v roce 2005 počet nefatálních urgentních příjmů kvůli užití GHB 76 případů, čímž stejně jako v předchozích letech překročil počet urgentních přijetí připisovaných užívání halucinogenních hub (70 případů), extáze (63 případů), amfetaminu (3 případy) a LSD (1 případ). Ve srovnání s ostatními látkami si vysoký počet případů GHB (84 %) vyžádal převoz do nemocnice. Počet dotazů na informace o GHB adresovaných Národnímu toxikologickému informačnímu středisku v Nizozemsku vzrostl v roce 2005 oproti roku 2004 o 27 % (představoval 241 dotazů z celkového počtu 1 383).

Snižování rizik

Opatření proti užívání GHB nejčastěji zajišťují projekty na národní nebo obecní úrovni zaměřené na prostředí nočních podniků, a obvykle spočívají ve školení personálu klubů a šíření informací o rizicích užívání GHB (Německo, Francie, Nizozemsko, Rakousko, Spojené království). Z informací šířených o GHB jsou hlavní rady o tom, jak se v prostředí nočních podniků vyhnout konzumaci „řezaných“ nápojů a co dělat v případě předávkování. Na velké akce jsou čím dál více nasazovány týmy, které poskytují první pomoc při řešení problémů s drogami a alkoholem, aby tak reagovaly na případy související s GHB nebo jinými drogami.

Nové psychoaktivní látky

Rozhodnutí Rady 2005/387/JHA ze dne 10. května 2005 o výměně informací, odhadu rizik a kontrole nových psychoaktivních látek vytváří mechanismus pro rychlou výměnu informací o nových psychoaktivních látkách, které mohou představovat hrozbu pro veřejné zdraví a hrozbu sociální. EMCDDA a Europolu, v těsné spolupráci s jejich sítěmi – národními kontaktními místy sítě Reitox, resp. národními jednotkami Europolu – byla určena hlavní úloha při zavádění systému včasného varování pro detekci nových psychoaktivních látek (¹).

(¹) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>

Ketamin

Ketamin je monitorován v EU od doby, kdy se v roce 2000 poprvé objevily obavy z jeho zneužívání (EMCDDA, 2002). Na národní úrovni ketamin podléhá protidrogové legislativě (oproti regulaci léků) téměř v polovině členských států EU; ve Švédsku a ve Spojeném království byl ketamin zařazen mezi omamné látky v roce 2005, resp. 2006. Nedávný kritický přehled provedený WHO došel k závěru, že mezinárodní regulace ketaminu by v odlehlých částech světa způsobila problémy s dostupností látky určené k použití v humánní medicíně a ve veterinárním lékařství, protože neexistuje žádná vhodná náhrada (WHO, 2006). Po tomto přehledu

v březnu 2007 návrh usnesení Komise pro omamné látky OSN o potírání hrozby, kterou představuje zneužívání a únik ketaminu, vybídl členské státy k přijetí systému předběžných opatření, jež by využívaly jejich státní instituce k zajištění včasné detekce úniku ketaminu.

O užívání ketaminu existuje jen málo epidemiologických dat, i když nedávný školní průzkum ve Spojeném království zjistil celoživotní prevalenci užití menší než 0,5 %. Některé údaje jsou rovněž dostupné z průzkumů prováděných v prostředí taneční hudby a mezi různými studii této vysoce rizikové populace byly hlášeny celoživotní prevalence užití ketaminu v rozmezí od 7 % v české studii do 21 % v maďarském vzorku.



Kapitola 8

Infekční nemoci a úmrtí související s drogami

Infekční nemoci související s drogami

Z údajů poskytnutých Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) a Evropskému centru pro epidemiologické monitorování AIDS (EuroHIV, 2006) vyplývá, že na konci roku 2005 byl přenos HIV mezi injekčními uživateli drog ve většině zemí Evropské unie nízký. To může být přinejmenším částečně dáno zvýšenou dostupností prevence, léčby a opatření na minimalizaci škod včetně substituční léčby a výměny injekčních jehel a stříkaček, ačkoli významný podíl na tom mohly mít i jiné faktory, například pokles injekčního užívání drog zaznamenaný v některých zemích. Je však pravděpodobné, že v některých zemích a regionech Evropské unie docházelo v roce 2005 k přenosu HIV souvisejícímu s injekčním užíváním drog nadále v relativně vysoké míře⁽¹⁴⁰⁾, což dokládá potřebu celoplošné a účinné prevence na místní úrovni.

Sledování infekčních nemocí souvisejících s drogami u injekčních uživatelů drog v Evropě se v současné době soustřeďuje na HIV/AIDS a virovou hepatitidu (B a C). Sestává ze dvou vzájemně se doplňujících systémů – údaje o případech (neboli „hlášení“, tj. absolutní počet nově uváděných/hlášených případů) a „monitorování seroprevalence“ (neboli tzv. „sentinel surveillance“, tj. procento pozitivních nálezů v testech injekčních uživatelů drog) (obr. 11)⁽¹⁴¹⁾. Oba systémy pravděpodobně nejsou dokonalé a dostupnost údajů v jednotlivých zemích se liší. Avšak zatímco údaje poskytnuté samostatně jedním z těchto dvou systémů je třeba brát s určitou rezervou, spojíme-li údaje z obou zdrojů dohromady, získáme ucelenější obrázek o nejnovějších epidemiologických trendech.

Ukazatele výskytu a prevalence HIV

Hlášení případů HIV

Důležitý ukazatel počtu (výskytu) nových infekcí u injekčních uživatelů drog představují hlášení nově diagnostikovaných

infekcí HIV. Při výkladu těchto údajů je třeba mít na paměti několik skutečností: infikované injekční uživatele drog není možné diagnostikovat, pokud se nedostanou do kontaktu se zdravotnickými službami; nové infekce nemusí být nutně způsobeny injekčním užíváním drog; a počet identifikovaných případů může být ovlivněn rozdíly v testování a hlášení případů v jednotlivých zemích a v různých časových obdobích.

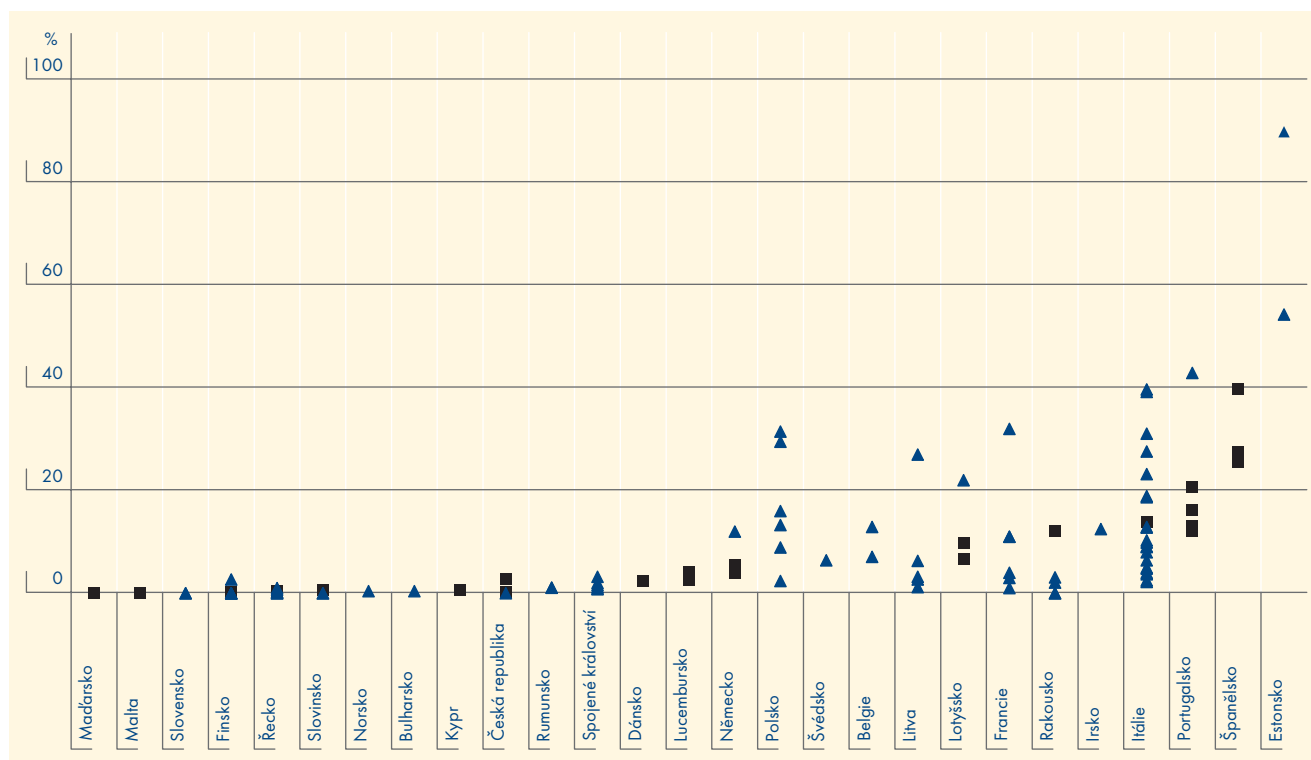
Dostupné údaje naznačují, že v roce 2005 byl ve většině zemí počet nových infekcí souvisejících s injekčním užíváním drog nízký. Je však třeba upozornit, že v několika zemích s vysokou prevalencí (Estonsko, Španělsko, Itálie, Rakousko) nejsou nejnovější hlášení k dispozici. V devatenácti členských státech, z nichž většina nikdy nezaznamenala větší epidemii HIV u injekčních uživatelů drog, se v roce 2005 počet hlášených případů souvisejících s injekčním užíváním drog pohyboval pod pět případů na milion obyvatel. Vyšší počty byly hlášeny z Irska a Lucemburska, kde bylo nahlášeno 16, respektive 15 nových případů na milion obyvatel. V Portugalsku, které vykázalo nejvyšší počet případů ze zemí, jež údaje týkající se injekčního užívání drog dodaly (85 nových případů na milion obyvatel běžné populace v roce 2005), se zdá být současná situace stabilizována po poklesu v letech 2000 až 2003⁽¹⁴²⁾. V Lotyšsku, Litvě a zřejmě i v Estonsku počet hlášených nových infekcí souvisejících s injekčním užíváním drog výrazně poklesl oproti kulminaci epidemie v období 2001–2002, i nadále však zůstává vysoký ve srovnání s většinou dalších zemí. V Lotyšsku došlo ke snížení z 283 nových případů na milion obyvatel v roce 2001 na 49 nových případů na milion obyvatel v roce 2005. V Litvě byla po vypuknutí epidemie ve věznicích zaznamenána kulminace v roce 2002 (109 případů na milion), po níž následoval pokles na 25 nových případů na milion v roce 2005. Ačkoli v Estonsku došlo k výraznému poklesu infekcí HIV, tato země i nadále vykazuje nejvyšší počet nových infekcí HIV v Evropské unii. I když pro Estonsko

⁽¹⁴⁰⁾ Viz obr. INF-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Některé studie prevalence v této oblasti jsou malé – v této části jsou uváděny pouze vzorky zahrnující více než 50 osob a statisticky významné ($p < 0,05$) časové trendy.

⁽¹⁴²⁾ Nárůst v roce 2004 (případy HIV) a v roce 2005 (případy AIDS) v Portugalsku může být způsoben zvýšenou pozorností a hlášení odborných pracovníků následujícími po diskusi o změně povinného hlášení HIV v roce 2005.

Obr. 11: Odhady z národních a podnárodních studií prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog, 2004–2005



Poznámka: Černý čtverec = vzorek s celostátním pokrytím; modrý trojúhelník = vzorek s pokrytím menším než celostátním (včetně místního nebo regionálního). Odhady pro Španělsko a Švédsko zahrnují údaje z roku 2006, údaje z Irska a Lotyšska jsou z roku 2003, údaje ze Slovenska jsou z let 2003–2004. Země jsou uvedeny podle rostoucí prevalence, na základě průměru národních dat, nebo, pokud nejsou dostupná, dat podnárodních. Srovnání mezi zeměmi je třeba interpretovat opatrně kvůli různým typům prostředí a metodám studií, národní strategie výběru vzorků se liší – více informací viz obr. INF-3 ve Statistickém věstníku 2007. Všechny hlášené velikosti vzorků jsou vyšší než 50.
Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox. Primární zdroje, podrobnosti studií a údaje před rokem 2004 viz tab. INF-8 část (i) a část (ii) a tab. INF-0 část (i) ve Statistickém věstníku 2007.

nejdou k dispozici konkrétní údaje související s injekčním užíváním drog, je pravděpodobné, že injekční užívání drog zůstává hlavním způsobem přenosu HIV v této zemi.

Prevalence HIV u mladých a nových injekčních uživatelů drog

Závěry učiněné na základě dostupných údajů z hlášení případů je možné podpořit analýzou procenta infekce HIV ve vzorcích nových injekčních uživatelů drog (osob injekčně užívajících drogy méně než 2 roky) a mladých injekčních uživatelů drog (osob mladších 25 let). Jelikož je pravděpodobné, že k infikování osob z těchto skupin došlo nedávno, představují tyto údaje zástupné ukazatele výskytu HIV. V rámci těchto podskupin (dle zjištění studií prevalence viz níže) byla zjištěna vysoká míra infekce HIV (více než 5 % v období 2004–2005), což odpovídá údajům o nedávném vysokém výskytu HIV u injekčních uživatelů drog v Portugalsku (celostátní údaje), Litvě a Estonsku (údaje regionální nebo místní), a zdá se, že totéž platí i pro jedno ze tří měst vykazujících údaje v Polsku⁽¹⁴³⁾. Je třeba mít na paměti, že velikost těchto dílčích vzorků je obecně malá a v některých

zemích nejsou údaje o seroprevalenci HIV u mladých a nových injekčních uživatelů drog k dispozici.

Trendy v prevalenci HIV

Nárůst prevalence HIV v opakovaných vzorcích injekčních uživatelů drog může být rovněž dokladem déle probíhající infekcí – ačkoli dalšími působícími faktory zde mohou být pokles úmrtnosti infikovaných injekčních uživatelů drog a snižující se počet neinfikovaných uživatelů. Většina dostupných časových řad pro Evropskou unii ukazuje stabilní prevalenci, z čehož vyplývá, že počet infikovaných injekčních uživatelů drog, kteří zemřeli, přibližně odpovídá počtu těch, kteří byli infikováni HIV. I přesto lze od roku 2001 v některých studiích časových řad pozorovat geograficky rozrůzněný nárůst prevalence v devíti zemích, který je však často provázen stabilizací nebo poklesem v jiných regionech, a tudíž je obtížné stanovit obecné trendy. Mezi tyto země patří opět Lotyšsko (národní nárůst) a Litva (nárůst v jednom městě), ale rovněž Rakousko (národní nárůst), Spojené království (nárůst v Anglii a Walesu, ale stále na nízké úrovni) a rovněž některé země, kde je prevalence stále velice nízká

⁽¹⁴³⁾ Viz tab. INF-9 a INF-10 ve Statistickém věstníku 2007. Ve výroční zprávě jsou vykazovány pouze vzorky 50 a větší.

(menší než 1 %). Tento nárůst prevalence HIV na místní nebo národní úrovni obecně naznačuje, že s ohledem na poskytování preventivních opatření injekčním uživatelům drog není vhodné polevovat.

Pokles prevalence je oproti tomu hlášen v Řecku (na národní úrovni a v jednom regionu), ve Španělsku (na národní úrovni a v jednom regionu) a Finsku (na národní úrovni). Stablně nízká prevalence od roku 2001 (menší než 1 % ve všech dostupných údajích) je dále hlášena ve čtyřech zemích, z nichž všechny jsou nové členské státy: Bulharsko (Sofie, ale prevalence narůstá), Maďarsko (na národní úrovni), Slovinsko (dvě města, ale narůstá) a Slovensko (dvě města).

Celkově vzato, ve více než devadesáti časových řadách zahrnujících měření opakované HIV prevalence ve vzorcích injekčních uživatelů drog ve 22 členských státech EU a v Norsku za období 2001–2005 vykazuje více regionů spíše klesající než rostoucí tendenci. Z těchto údajů vyplývá, že zejména v oblastech s předchozí vysokou prevalencí nyní infekce u injekčních uživatelů drog klesá a opatření na prevenci a minimalizaci škod pravděpodobně vykazují účinky⁽¹⁴⁴⁾.

Odhad pro Evropskou unii

Na základě dostupných hlášení případů a údajů o seroprevalenci a dle odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog a problémových uživatelů drog (viz kapitola 6) se předpokládá, že v Evropské unii žije přibližně 100 000 až 200 000 lidí s HIV, kteří byli v některé fázi svého života injekčními uživateli drog. Počet nově diagnostikovaných případů HIV u injekčních uživatelů drog se v EU v současné době odhaduje přibližně na 3 500 osob ročně.

Výskyt AIDS a dostupnost vysoce účinné antiretrovirové léčby

Se zavedením vysoce účinné antiretrovirové léčby (*highly active antiretroviral treatment*, HAART), která se používá od roku 1996 a účinně zastavuje rozvoj AIDS u osob infikovaných HIV, se údaje o výskytu AIDS staly méně přínosným ukazatelem přenosu HIV. Dle odhadů Světové zdravotnické organizace je míra pokrytí léčbou HAART v členských státech EU, kandidátských zemích a Norsku vysoká, a všechny tyto země vykazují pokrytí alespoň 75 %⁽¹⁴⁵⁾, třebaže konkrétní údaje pro injekční uživatele

drog nejsou k dispozici. Údaje o výskytu AIDS jsou i nadále důležité, neboť ukazují míru symptomatických onemocnění a rovněž zavádění a pokrytí léčbou HAART.

Portugalsko nadále zůstává zemí s nejvyšším výskytem AIDS souvisejícím s injekčním užíváním drog a je jedinou zemí, která zaznamenala nedávný nárůst, přičemž odhad je 36 nových případů na milion obyvatel v roce 2005 oproti 30 případům na milion v roce 2004. Celková úmrtnost na AIDS (pravděpodobně z velké části související s injekčním užíváním drog) se v období 1997 až 2002 nesnížila, což naznačuje, že dostupnost léčby HAART byla v tomto období zřejmě nízká⁽¹⁴⁶⁾. Mezi pobaltskými státy byl zaznamenán pokles výskytu AIDS v Lotyšsku, které mělo 23 nových případů na milion v roce 2005, což představuje pokles z 26 nových případů na milion v roce 2004. Estonsko sice v roce 2005 nedodalo údaje konkrétně související s injekčním užíváním drog, ale v letech 2003 až 2004 vykazovalo nárůst (ze 4 na 13 případů na milion)⁽¹⁴⁷⁾.

Infekce hepatitidy B a C

Zatímco infekce HIV u injekčních uživatelů drog v EU je převážně koncentrována v několika zemích s vysokou prevalencí, virová hepatitida a zejména infekce způsobená virem hepatitidy C (HCV) je rozložena mnohem rovnoměrněji a s vyšší prevalencí.

Míru protilátek HCV přesahující 60 % ve vzorcích injekčních uživatelů drog testovaných v období 2004–2005 vykazuje 60 studií ze 17 zemí (šest zemí z 28 neposkytlo žádné údaje)⁽¹⁴⁸⁾. U mladých injekčních uživatelů drog (mladších 25 let) byla vysoká prevalence v těchto vzorcích (vyšší než 40 % alespoň v jednom vzorku) zjištěna v sedmi zemích a u nových injekčních uživatelů drog, kde nejsou údaje v mnoha zemích k dispozici, byla vysoká prevalence zjištěna v Polsku a ve Spojeném království⁽¹⁴⁹⁾. Pouze pět zemí vykazovalo studie s prevalencí nižší než 25 %.

Na základě dostupných údajů a odhadů počtu injekčních uživatelů drog a problémových uživatelů drog (viz kapitola 6) je možné vypočítat, že v Evropské unii žije přibližně jeden milion lidí s infekcí HCV, kteří byli v některé fázi svého života injekčními uživateli drog.

Prevalence markerů infekce virem hepatitidy B se liší mnohem více než v případě markerů HCV, což je zřejmě

⁽¹⁴⁴⁾ Viz tab. INF-8, INF-9 a INF-10 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Viz obr. INF-14 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugal National Coordination for HIV/AIDS Infection („Portugalský národní koordinační orgán pro infekce HIV/AIDS“), Ministerstvo zdravotnictví, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Viz obr. INF-1 ve Statistickém věstníku 2007. Údaje za poslední dva roky představují odhady upravené o prodlevy v hlášení, které tudíž s postupem času podléhají změnám (zdroj EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Viz tab. INF-11, INF-12 a INF-13 ve Statistickém věstníku 2007. Ve výroční zprávě jsou vykazovány pouze vzorky 50 a větší.

⁽¹⁴⁹⁾ Viz obr. INF-6 (část vii) ve Statistickém věstníku 2007.

Dobré zdraví vězňů znamená dobré zdraví veřejnosti

K největším výzvám pro veřejné zdraví v posledních dvou desetiletích patří obnovený nástup přenosných chorob, jako je tuberkulóza, vzestup a rychlé šíření HIV/AIDS a zdánlivě nekontrolovatelná pandemie problematického užívání psychotropních drog. Těmito problémy nepoměrně více trpí nejzranitelnější skupiny populace. Zvláště ve vězeňské populaci je problémové užívání drog mnohdy běžné a výskyt infekčních chorob relativně vysoký. Navíc užívání drog ve věznicích často pokračuje nebo v ní někdy začíná a v tomto prostředí může být vysoce rizikové chování rozšířené. Vězňové proto mohou zvyšovat počty případů nakažení potenciálně život ohrožujícími chorobami, ale zároveň možná poskytují příležitost k intervencím u zvláště významné cílové skupiny.

Až na několik výjimek (Francie, Spojené království (Anglie a Wales), Norsko) je zdraví ve věznicích obecně nedílnou součástí systému soudnictví nebo ostrahy věznic namísto systému zdravotnictví, takže hrozí riziko, že zdravotní péče ve věznicích bude izolována od běžných přístupů veřejného zdravotnictví, a nabízejí se otázky o nezávislosti, kvalitě, dostupnosti a úrovni poskytovaných zdravotnických služeb.

Špatný zdravotní stav vězňů může mít dopady na širší veřejné zdraví, když jsou uživatelé drog propuštěni a obnovují styky se svou rodinou a dalšími lidmi v okolí. Proto zjišťování závažných přenosných chorob, jako je infekce virem HIV a tuberkulóza, mohou významně přispět k lepšímu zdravotnímu stavu komunit, z nichž títo vězňové přicházejí a do nichž se vrací. Pro ty, kteří jsou drogově závislí, mohou programy léčby ve věznicích poskytovat příležitost, jež může být přínosem nejen pro zdraví jednotlivce, ale může také snížit pravděpodobnost páčání trestné činnosti v budoucnu.

Aby se zlepšily znalosti o zdravotní situaci ve věznicích a konkrétních opatřeních, program Evropské komise nazvaný Veřejné zdraví podporuje projekt Zdraví ve věznicích (*Health in Prisons*) Regionální kanceláře Světové zdravotnické organizace pro Evropu s cílem založit databázi pro sběr relevantních ukazatelů zdravotního stavu ve věznicích a dalších určujících zdravotních faktorů. EMCDDA se podílí na společném vývoji této databáze spolu s Regionální kancelář Světové zdravotnické organizace pro Evropu a Evropskou sítí prevence drog a infekčních onemocnění ve věznicích (*European Network on Drugs and Infections in Prison, ENDIPP*)⁽¹⁾.

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

způsobeno rozdíly v míře očkování. Nejúplnější soubor údajů je k dispozici pro protilátky jadrového antigenu hepatitidy (anti-HBc), který indikuje historii infekce. V období 2004–2005 vykázalo míru prevalence vyšší než 40 % šest zemí.

Časový vývoj hlášených případů hepatitidy B a C předkládá odlišný obrázek. U hepatitidy B se zdá, že podíl injekčních

uživatelů drog v rámci všech hlášených případů obecně klesá, což možná odráží zvýšený dopad očkovacích programů. U infekcí hepatitidy C není patrný žádný obecný trend, pokud se týká podílu injekčních uživatelů drog v rámci hlášených případů⁽¹⁵⁰⁾. Tento podíl se však výrazně liší v jednotlivých zemích, z čehož vyplývá, že v přenosu hepatitidy C existují rozdíly. Pro vypracování lepších strategií prevence a minimalizace škod v této oblasti bude důležité porozumět faktorům, které se podílejí na rozdílné míře infekce v jednotlivých zemích.

Prevence infekčních nemocí

Během posledního desetiletí byl v rámci Evropské unie dosažen konsenzus ohledně základních prvků účinné reakce na infekční nemoci u injekčních uživatelů drog. V Evropě jsou nastavena preventivní opatření vícesložkového typu, jež zahrnují: dostupnost vhodné protidrogové léčby (zejména léčby substituční); programy výměny injekčních jehel a stříkaček; podávání informací a distribuci preventivních materiálů; vzdělávací aktivity zaměřené na snižování rizik (včetně vzájemného působení ve skupině vrstevníků); dobrovolnické poradenství a testování na infekční nemoci; očkování a léčbu infekčních nemocí.

Bez ohledu na vyváženost těchto opatření v rámci jednotlivých národních politik panuje shoda v tom, že pro omezení šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog je nezbytný koordinovaný a komplexní přístup v oblasti veřejného zdraví.

Pro řešení problematiky nediagnostikovaných infekcí HIV byla v letošním roce publikována nová metodika (WHO/UNAIDS, 2007). Pro podporu dobrovolného testování na HIV se doporučuje aktivnější přístup poskytovatelů zdravotnických služeb, kteří by měli doporučovat testování na HIV a poskytovat poradenství, a to zejména v zařízeních zaměřených na nejrizikovější skupiny populace, jako jsou injekční uživatelé drog. Z práce EMCDDA věnované této problematice vyplývá, že pravidelné dobrovolné lékařské prohlídky zahrnující testování a poradenství pro HIV a další infekce jsou mimořádně vhodnou službou, která by měla být nabízena injekčním uživatelům drog.

Při prevenci hepatitidy A a B sehrává důležitou úlohu očkování. V některých zemích je očkování proti hepatitidě B poskytováno celoplošně, v jiných zemích je zaměřeno na osoby pocházející z rizikových skupin. V Norsku bylo očkování proti hepatitidě A a B zrychleno poté, co propuknutí epidemie žloutenkového onemocnění jater ukázalo, že se injekční užívání drog rozšířilo i do menších obcí.

(150) Viz obr. INF-8 a INF-11 ve Statistickém věstníku 2007.

Vysoká prevalence infekce hepatitidy C u injekčních uživatelů drog zdůrazňuje potřebu vytvořit efektivnější reakce na toto onemocnění, u něhož není řešením očkování. V řadě zemí existují konkrétní programy zaměřené na prevenci hepatitidy C, přičemž jsou vyvíjeny také některé zajímavé aktivity, například kampaň s názvem „stop hepC“ probíhající od roku 2003 v Oslu, jejímž cílem je dostat se k uživatelům drog dříve, než začnou s injekčním užíváním, nebo jsou-li na samém začátku.

Organizace poskytující léčbu drogové závislosti a opatření na minimalizaci škod se musí rovněž naučit reagovat na rizika související se sexuálním chováním klientů. Kromě injekčního užívání drog mohou být uživatelé drog vystaveni zvýšenému riziku infekce HIV z důvodu svého sexuálního chování – buď kvůli sníženým rozhodovacím schopnostem, kvůli užívání drog spojených s vysoce rizikovým sexuálním chováním nebo v důsledku sexuální práce či poskytování sexuálních služeb výměnou za drogy. Ohroženou skupinou jsou zejména ženy užívající drogy, ale obavy panují rovněž u některých skupin mužů, kteří mají sex s jinými muži v důsledku užívání drog vedoucích k vysoce rizikovému sexuálnímu chování. Kromě onemocnění HIV mohou být uživatelé drog rovněž vystaveni vyššímu riziku nákazy jinou sexuálně přenosnou nemocí, přičemž pro diagnostikování nezjištěných sexuálně přenosných chorob mohou sehrát významnou úlohu organizace poskytující léčbu drogové závislosti. Například nedávná studie z Malty hovoří o nezjištěných infekcích lidským papilomavirem u žen, které byly vyšetřeny v rámci ambulantní stanice.

Programy výměny injekčních jehel a stříkaček

Začlenění programů výměny nebo distribuce injekčních jehel a stříkaček do služeb poskytovaných protidrogovými organizacemi, propojení nabídky rizikového poradenství a dalších poradenských služeb a odesílání uživatelů drog na léčbu je v Evropské unii běžné. Ve třech ze čtyř zemí EU a v Norsku byly programy výměny injekčních jehel a stříkaček označeny za prioritní opatření pro omezení šíření infekčních nemocí mezi injekčními uživateli drog⁽¹⁵¹⁾. Poskytování čistých injekčních jehel a stříkaček je hlášeno ve všech zemích s výjimkou Kypru, kde v roce 2006 toto opatření doporučila expertní skupina s cílem zamezit možnému nárůstu infekcí souvisejících s injekčním užíváním drog. Distribuce dalšího sterilního materiálu (např. lihem napuštěné vatové tampony

a suché ubrousky, voda, filtry a vaříče) spolu s čistými stříkačkami se stává běžným postupem poskytovatelů služeb. Ačkoli distribuce sterilního injekčního materiálu prostřednictvím programů výměny injekčních jehel a stříkaček již není vnímána jako kontroverzní téma, ne všechny země považují tyto programy za prioritu, přičemž pro některé země je dostačující prodej tohoto materiálu v lékárnách.

Mezi jednotlivými zeměmi panují rozdíly v povaze a rozsahu poskytování sterilního injekčního materiálu. Místa vydávající stříkačky jsou zpravidla umístěna ve specializovaných protidrogových organizacích a ve všech zemích kromě tří je tento způsob výdeje doplněn mobilními službami, které se mohou dostat ke skupinám injekčních uživatelů drog v okrajových oblastech. V deseti zemích jsou programy výměny jehel a stříkaček doplněny prodejními automaty⁽¹⁵²⁾, ale data o objemu prodeje jsou skromná a chybí výzkum účinnosti tohoto způsobu výdeje. Lucembursko se vedle Španělska a Německa stalo další z mála zemí, které realizují výměnu injekčních jehel a stříkaček ve věznicích, ačkoli v Německu je tato služba poskytována pouze v jedné věznici v Berlíně.

Široká dostupnost lékáren v obcích znamená, že programy výměny stříkaček provozované prostřednictvím lékáren mohou významným způsobem zlepšit geografickou dostupnost stříkaček, a tudíž doplňovat služby specializovaných agentur. Například ve Skotsku bylo v roce 2004 distribuováno prostřednictvím sítě 116 lékáren 1,7 milionu stříkaček. V Portugalsku se do programu zapojilo více než 1 300 lékáren, které vydaly 1,4 milionu stříkaček⁽¹⁵³⁾. Formálně organizované programy výměny nebo distribuce stříkaček v lékárnách jsou hlášeny v osmi evropských státech (Belgie, Dánsko, Španělsko, Francie, Nizozemsko, Portugalsko, Slovinsko, Spojené království).

V zemích, kde lékárny představují pro uživatele drog běžný zdroj injekčního materiálu, by mohly rovněž sehrávat významnější úlohu při poskytování dalších opatření na ochranu zdraví uživatelů drog, například poskytovat informace o rizicích infekčních onemocnění souvisejících se sexuálním chováním a injekčním užíváním drog, testování a poradenství a odesílání na léčbu. V současné době jsou aktivity, které by motivovaly pracovníky lékáren k zapojení do výměnných programů a podporovaly stávající účastníky těchto programů, hlášeny pouze ve Francii, Portugalsku a Spojeném království.

⁽¹⁵¹⁾ Viz obr. 11 ve výroční zprávě za rok 2006.

⁽¹⁵²⁾ Viz tab. HSR-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁵³⁾ Viz tab. HSR-4 ve Statistickém věstníku 2007.

V geografickém rozložení výměnných programů a v poskytování injekčního materiálu prostřednictvím těchto programů existují mezi jednotlivými zeměmi značné rozdíly. Nicméně stále větší počet zemí má celostátní programy výměny jehel a injekčních stříkaček. Dobré celostátní pokrytí výměnnými programy vykazují následující země: dva malé státy Lucembursko a Malta; Itálie, kde jsou programy výměny jehel a stříkaček běžně a pravidelně realizovány přibližně v 70 % všech místních zdravotnických obvodů; Česká republika, kde jsou dostupné ve všech 77 okresech a v hlavním městě Praze; a Finsko, kde legislativa zavazuje obce poskytovat služby prevence infekčních nemocí, včetně programů výměny injekčních jehel a stříkaček. V Portugalsku lékárenské a externí programy výměny jehel a stříkaček pokrývají přibližně 50 % území a v Dánsku tyto programy poskytuje deset ze třinácti správních obvodů. Všechna rakouská města s větším počtem injekčních uživatelů drog mají alespoň jednu výdejnu injekčních jehel a stříkaček. V Bulharsku jsou tyto služby dostupné v deseti městech s relativně vysokou mírou problémového užívání drog. V Estonsku se odhaduje, že v roce 2005 bylo v kontaktu s výměnnými programy 37 % injekčních uživatelů drog, zatímco na Slovensku a v Rumunsku jsou odhady pokrytí cílových skupin výrazně nižší (20 %, respektive 10–15 %).

V letech 2003 až 2005 byl nárůst celkového počtu stříkaček vyměněných nebo vydaných prostřednictvím specializovaných programů hlášen v několika zemích (Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Rakousko, Slovensko, Finsko) ⁽¹⁵⁴⁾.

Specializované organizace poskytující programy výměny injekčních jehel a stříkaček mohou sehrávat v oblasti veřejného zdraví další důležitou úlohu, například vyhodnocováním a zvyšováním povědomí o rizikovém chování mezi klienty, motivováním klientů pro testování a očkování, nasměrováním k primární zdravotnické péči a protidrogové léčbě. Ačkoli rozsah poskytování takovýchto služeb těmito organizacemi není známý, potřebu rozvíjet tento druh služeb dokládají zjištění národního auditu, který byl nedávno proveden v Anglii. Zpráva z tohoto auditu zjistila, že povědomí klientů o infekčních nemocech je poměrně nízké a že organizace by měly aktivněji nabízet poradenství, testování a očkování.

Úmrtí a úmrtnost související s drogami

Úmrtí související s drogami

Definice EMCDDA úmrtí souvisejících s drogami hovoří o úmrtích přímo způsobených požitím jedné nebo více drog. K úmrtím souvisejícím s drogami zpravidla dochází krátce po požití dané látky/látek. Další výrazy používané pro popis těchto úmrtí jsou „předávkování“, „otravy“, „úmrtí vyvolaná drogou“ a „náhlá úmrtí související s drogami“ ⁽¹⁵⁵⁾. Počet úmrtí souvisejících s drogami ve společnosti závisí na počtu osob užívajících drogy spojené s předávkováním (zejména opiáty). Mezi další důležité faktory patří: podíl injekčních uživatelů drog, prevalence souběžného užívání více drog, dostupnost a přístup organizací poskytujících protidrogovou léčbu a krizové služby.

Ačkoli se porovnatelnost evropských údajů v posledních letech zlepšila, přetrvávající rozdíly v kvalitě hlášení u jednotlivých zemí znamenají, že přímá srovnání je třeba provádět s velkou opatrností. Míru úmrtí souvisejících s drogami je možné vyjádřit počtem hlášených případů, počtem obyvatel nebo poměrnou úmrtností. Ačkoli existují rozdíly v kvalitě hlášení jednotlivých zemí, používají-li se po delší dobu stejné metody, je možné vysledovat určité trendy v počtech a charakteristice případů předávkování.

V letech 1990 až 2004 bylo členskými státy EU každý rok hlášeno 6 500 až 9 000 úmrtí, což celkově představuje více než 1 220 000 úmrtí během tohoto období. Tyto údaje je třeba považovat za minimální odhad ⁽¹⁵⁶⁾.

Úmrtnost populace v důsledku užívání drog se v jednotlivých zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí 3–5 ⁽¹⁵⁷⁾ až více než 50 úmrtí na milion obyvatel (průměr 18,3), přičemž úmrtnost vyšší než 20 na milion je zjištěna v 11 evropských zemích. U mužů ve věku 15–39 let je úmrtnost zpravidla třikrát vyšší (v průměru 61 úmrtí na milion obyvatel). V letech 2004–2005 tvořila úmrtí související s drogami 4 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let a v devíti zemích to bylo více než 7 % ⁽¹⁵⁸⁾.

Kromě předávkování umírají uživatelé drog z příčin, které s užíváním drog souvisejí nepřímo. Například na AIDS související s injekčním užíváním drog zemřelo v roce 2003

⁽¹⁵⁴⁾ Viz tab. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2007.

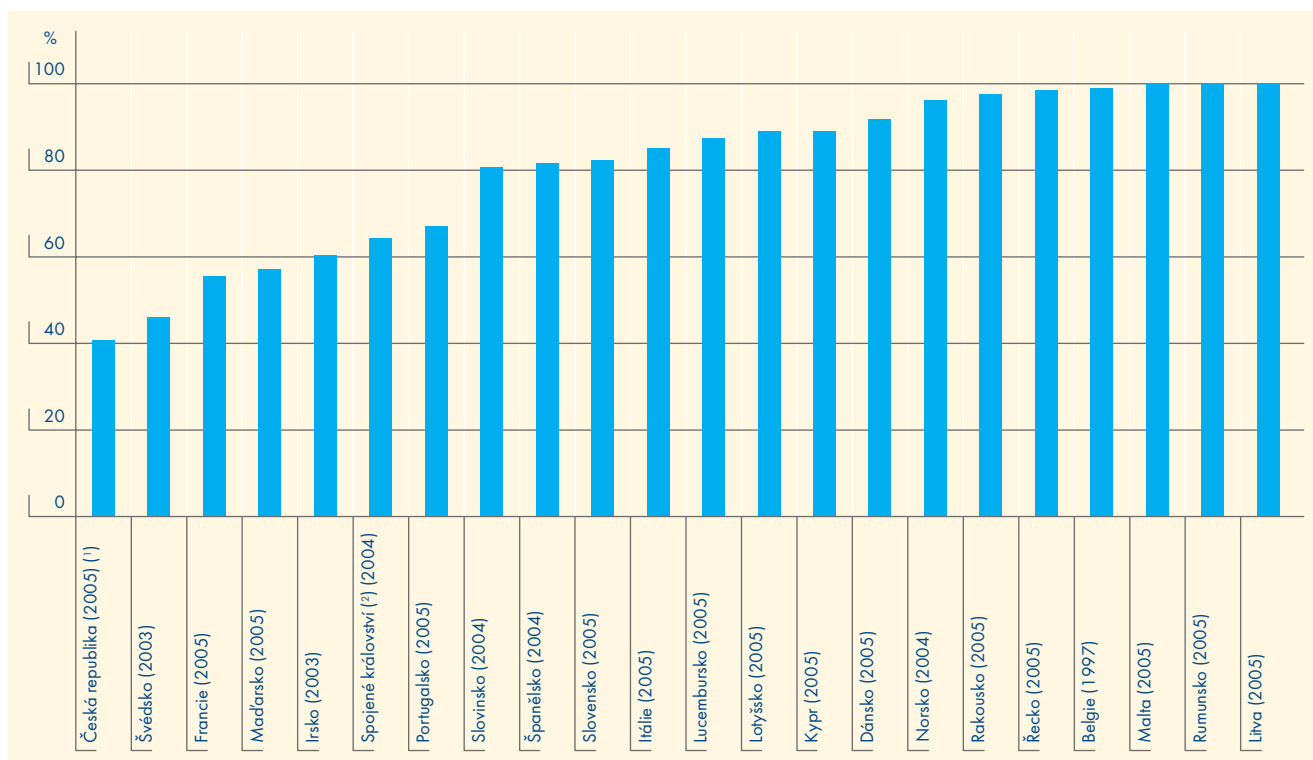
⁽¹⁵⁵⁾ Většina zemí má národní případové definice, které jsou stejné nebo velmi podobné jako definice EMCDDA, ačkoli některé země nadále zahrnují případy úmrtí v důsledku psychoaktivních léků nebo úmrtí, která nebyla způsobena předávkováním, obecně se však jedná o nízký podíl (viz Statistický věstník 2007, metodická poznámka „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues“ („Shrnutí úmrtí souvisejících s drogami: definice a metodické otázky“) a „DRD Standard Protocol, version 3.1“ („Standardní protokol DRD, verze 3.1“)).

⁽¹⁵⁶⁾ Viz tab. DRD-2 (část i), DRD-3 a DRD-4 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ Ve Francii úmrtnost činila 0,9 na milion obyvatel v roce 2005, což může naznačovat neúplnost hlášení, ale je třeba poznamenat, že tento počet byl přibližně desetkrát vyšší v roce 1994, kdy se počet úmrtí způsobených předávkováním začal snižovat.

⁽¹⁵⁸⁾ Viz tab. DRD-5 ve Statistickém věstníku 2007.

Obr. 12: Podíl akutních drogových úmrtí s přítomností opiátů



(1) Pro Českou republiku byla použita definice akutního drogového úmrtí podle EMCDDA Výběr D namísto národní definice. Národní definice zahrnuje otravu psychoaktivními léky, které tvoří většinu případů (156 případů z 218).

(2) Definice Národního statistického úřadu.

Poznámka: V některých zemích „národní definice“ drogových úmrtí zahrnují omezený počet případů úmrtí, které s užíváním drog souvisejí nepřímo.

Údaje za rok 2005 nebo poslední rok, ke kterému jsou k dispozici. Další informace viz tab. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2006), převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí.

téměř 1 400 osob (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, přičemž tento údaj je pravděpodobně podhodnocený. Počty úmrtí z jiných příčin nepřímo souvisejících s užíváním drog (např. hepatitida, násilí, sebevraždy nebo nehody) se vyhodnocují mnohem obtížněji. Odhady hovoří o tom, že v některých evropských městech by bylo možné užívání opiátů přičíst 10–20 % úmrtí u mladých dospělých, a to přímo či nepřímo (Bargagli a kol., 2006) (viz níže). Úmrtí související s dalšími formami užívání drog (např. kokainem) by tento počet mohla zvýšit, ale je obtížné je vyčíslit.

Stanovení celkové úmrtnosti související s problémovým užíváním drog na národní nebo evropské úrovni bude vyžadovat zlepšení sběru a analýzy dat. Pokus o tuto iniciativu na národní úrovni je zaznamenán v holandské národní zprávě. Extrapolaci údajů z místní studie byla odhadnuta úmrtnost související přímo či nepřímo s problémovým užíváním drog, přičemž bylo přihlédnuto k regionálním rozdílům. Ačkoli je třeba další metodická činnost, představuje tento typ studie spolu s měřením úmrtí nepřímo souvisejících s užíváním drog potenciál pro překonání možných nedostatků v hlášení úmrtí na předávkování.

Náhlá úmrtí související s opiáty

Úmrtí související s heroinem ⁽¹⁶⁰⁾

Předávkování opiáty je jednou z hlavních příčin úmrtí mladých lidí v Evropě, zejména mužů v městských oblastech. Opiáty se podílejí na většině případů náhlých úmrtí souvisejících s drogami způsobených nelegálními látkami, jež jsou hlášena v Evropské unii, přičemž tvoří 46 % až 100 % (obr. 12), a to zejména heroin nebo jeho metabolity. V Evropě je většina úmrtí souvisejících s opiáty způsobena heroinem, ale jiné látky mohou také často hrát určitou roli, zejména alkohol, benzodiazepiny či jiné opiáty a v některých zemích rovněž kokain. Dobrovolné shromažďování dat o látkách, které se podílejí na úmrtích souvisejících s drogami, jehož se v roce 2006 zúčastnilo devět zemí ⁽¹⁶¹⁾, potvrdilo, že v případě předávkování opiáty se zpravidla hovoří o více drogách (60–90 % případů) a že tato úmrtí mohou být považována za „úmrtí způsobená více drogami“.

Většinu obětí předávkování opiáty tvoří muži (59–100 %), přičemž nejvyšší podíl žen je v České republice, Polsku a na

⁽¹⁵⁹⁾ Tento údaj se týká západní a střední oblasti Evropy podle klasifikace Světové zdravotnické organizace, což zahrnuje některé státy, které nejsou členy EU, a celkový počet úmrtí v Estonsku, Lotyšsku a Litvě (východní oblast).

⁽¹⁶⁰⁾ Vzhledem k tomu, že většina případů hlášených EMCDDA jsou předávkování opiáty, používají se pro popis opiátových případů obecné charakteristiky náhlých úmrtí souvisejících s drogami.

⁽¹⁶¹⁾ Česká republika, Dánsko, Německo, Lotyšsko, Malta, Nizozemsko, Rakousko, Portugalsko a Spojené království.

Slovensku, nejnižší pak v Itálii, Litvě a Lucembursku. Většina úmrtí na předávkování zahrnuje osoby ve věku 20 až 40 let, průměrný věk obětí je ve většině zemí asi 35 let⁽¹⁶²⁾. Průměrný věk osob, které zemřely na předávkování, je nejnižší v Bulharsku, Estonsku, Lotyšsku a Rumunsku, nejvyšší je v Polsku, Finsku a ve Spojeném království. Pouze velmi málo úmrtí na předávkování je hlášeno u osob mladších 15 let, ačkoli úmrtí související s drogami by mohla být v této věkové skupině podhodnocena. Třebaže jsou některá úmrtí související s drogami vykazována u osob starších 65 let, pouze sedm zemí hlásí počet případů v této věkové skupině vyšší než 5 %. V několika členských státech, které vstoupily do EU v roce 2004, může relativně nízký střední věk úmrtí a vysoký podíl obětí předávkování mladších 25 let naznačovat, že v těchto zemích užívá heroin mladší populace⁽¹⁶³⁾.

V mnoha členských státech se věk obětí předávkování zvyšuje, což naznačuje pokles užívání heroínu u mladých lidí. Tento trend je běžný v zemích evropské patnáctky, třebaže v Rakousku a Lucembursku byl v posledních letech zaznamenán pokles. V ostatních členských státech je tento trend méně zřetelný a z důvodu malých hodnot je výklad údajů obtížný⁽¹⁶⁴⁾.

Úmrtí související s metadonem a buprenorfinem

Ačkoli výzkum prokázal, že substituční léčba snižuje riziko smrtelného předávkování, jsou každý rok hlášeny případy úmrtí spojených se zneužitím substitučních léčiv. Sledování počtu úmrtí souvisejících s metadonem a buprenorfinem a okolností těchto úmrtí může poskytnout důležité informace pro zajištění kvality substitučních programů a pro opatření v oblasti prevence a minimalizace rizik.

Přítomnost metadonu ve značném procentu úmrtí souvisejících s drogami je hlášena v několika zemích, ačkoli ne vždy je zřejmé, jakou úlohu metadon v úmrtí sehrál a zda mohly být přítomny také jiné látky. Dánsko uvedlo, že metadon byl příčinou otravy (samostatně nebo v kombinaci s jinými narkotiky) ve 43 % úmrtí souvisejících s drogami (v 89 z 206 úmrtí v roce 2005). Německo uvedlo 255 případů (ze 1 477 přičítaných „substitučním látkám“ (v 75 případech samostatně a ve 180 případech v kombinaci s jinými narkotiky) v roce 2005 oproti 345 případům v roce 2004. Spojené království uvedlo 280 případů (z celkových 1 972 dle definice drogové strategie) se „zmínkou“ o metadonu (v roce 2004). V Norsku byly stopy metadonu zjištěny při 55 pitvách. Španělsko uvedlo (Národní zprávy Reitox, 2005), že pouze málo případů smrtelných předávkování zahrnovalo metadon jako jedinou příčinu (2 %

z celkového počtu), často byl však přítomen v kombinaci s jinými narkotiky při úmrtích souvisejících s opiáty (42 %) a kokainem (20 %). Ostatní země neuvedly žádná úmrtí související s metadonem nebo uvedly velmi malé počty.

Úmrtí způsobená otravou buprenorfinem jsou vzácná, což se přičítá agonisticko-antagonistickým farmakologickým vlastnostem této drogy. Přesto jsou nějaká úmrtí evropskými zeměmi hlášena. V národních zprávách za léta 2006 a 2005 byla úmrtí související s touto látkou hlášena pouze z Francie a Finska. Ve Finsku byl v roce 2005 buprenorfin zjištěn v 83 případech (73 případů v roce 2004), obvykle v kombinaci s benzodiazepiny, sedativy nebo alkoholem, případně injekčním užitím. Ve Francii byly v roce 2005 hlášeny pouze dva případy smrtelného předávkování související s buprenorfinem (čtyři případy v roce 2004). Buprenorfin je v těchto dvou zemích hlavní substituční látkou pro opiáty, ale odhadovaný počet 70 000 až 85 000 osob užívajících tuto látku ve Francii je mnohem vyšší než počet osob léčených ve Finsku. Kromě Francie a Finska uvedly v roce 2004 případy úmrtí souvisejících s buprenorfinem tři další země (vždy se jednalo o dva až tři případy). Studie zaměřená na úmrtí se zmínkou o buprenorfinu, která byla provedena ve Spojeném království v letech 1980 až 2002, zjistila pouze 43 případů, často v kombinaci s benzodiazepiny nebo jinými opiáty (Schifano a kol., 2005).

Náhlá úmrtí související s jinými drogami než opiáty

Úmrtí související s extází a amfetaminy

Úmrtí související s extází nejsou častá, nicméně když začala být před několika lety hlášena, vyvolala značné obavy, neboť k nim často dochází nečekaně u mladých lidí integrovaných do společnosti. Omezené údaje dostupné z národních zpráv sítě Reitox za rok 2006 naznačují, že úmrtí související s extází zůstávají na podobné úrovni jako v předchozích letech. V Evropě se objevilo celkem 78 zmínek o úmrtích zahrnujících extázi⁽¹⁶⁵⁾.

Úmrtí související s amfetaminy jsou rovněž hlášena výjimečně, ačkoli v České republice bylo v roce 2004 hlášeno 16 úmrtí způsobených pervitinem (metamfetaminem) a 14 úmrtí v roce 2005, což odpovídá nárůstu odhadovaného počtu problémových uživatelů pervitinu a žádostí o léčbu. Ve Finsku bylo hlášeno 65 úmrtí souvisejících s amfetaminy, ačkoli úloha této drogy v uvedených úmrtích nebyla specifikována.

Úmrtí související s kokainem

Úmrtí na předávkování kokainem se určují obtížněji než úmrtí způsobená opiáty a často jsou považována za

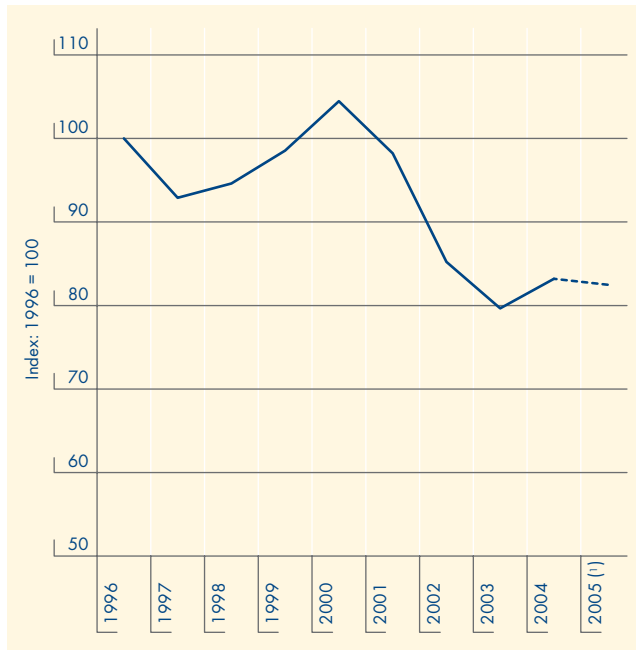
⁽¹⁶²⁾ Viz tab. DRD-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁶³⁾ Viz obr. DRD-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁶⁴⁾ Viz obr. DRD-3 a DRD-4 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁶⁵⁾ V závislosti na zemi se jedná o údaje pro extázi a kokain za rok 2004 nebo 2005.

Obr. 13: Celkový trend v akutních drogových úmrtích, 1996–2005 ve všech členských státech s dostupnými údaji



(1) Za rok 2005 je údaj provizorní, na základě srovnání let 2004 a 2005 pouze pro země s dostupnými údaji za oba dva roky.

Poznámka: Indexovaná změna je vypočtena na základě zemí s informacemi za uvedený rok a rok předcházející.

Počty úmrtí v každé zemi a poznámky k metodice viz tab. DRD-2 ve Statistickém věstníku 2007.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2006), převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí (soudních nebo policejních).

úmrtí způsobená kombinací různých příčin, ne výhradně toxicitou kokainu (¹⁶⁶). Studie odhalily, že většina úmrtí způsobených kokainem souvisí s chronickým užíváním této drogy a často k nim dochází v důsledku kardiovaskulárních a neurologických problémů způsobených dlouhodobým užíváním kokainu, zejména u uživatelů s určitou predispozicí nebo rizikovými faktory. V Evropě hlášení o úmrtích spojených s kokainem často zmiňují rovněž přítomnost jiných látek (včetně alkoholu a opiátů), což dokládá užívání kokainu v kombinaci s jinými drogami.

V zemích poskytujících údaje bylo v národních zprávách za léta 2006 a 2005 zaznamenáno více než 400 úmrtí souvisejících s kokainem. Je nutné provést další šetření s ohledem na zdravotní dopady a úmrtnost související s užíváním kokainu.

Trendy náhlých úmrtí souvisejících s drogami

Národní trendy v úmrtích souvisejících s drogami mohou pomoci pochopit vývoj vzorců problémového užívání drog v každé zemi i vývoj protidrogových opatření. Údaje

dostupné ze zemí Evropské unie naznačují některé všeobecné trendy v úmrtích souvisejících s drogami. Z dlouhodobého hlediska byl v rámci zemí evropské patnáctky a Norska zaznamenán strmý nárůst úmrtí souvisejících s drogami v průběhu 80. let a na začátku 90. let, jenž zřejmě souvisel s rozšířením užívání/injekčního užívání heroínu (¹⁶⁷). V letech 1990–2000 počet úmrtí souvisejících s drogami nadále rostl, ale nižším tempem.

Od roku 2000 vykazuje mnoho členských států EU pokles počtu úmrtí souvisejících s drogami, což pravděpodobně souvisí se zvýšením dostupnosti léčby a rozšířením iniciativ zaměřených na minimalizaci škodlivých účinků drog, ačkoli možný odklon od injekčního užívání či snížení dostupnosti heroínu mohou být rovněž důležitými faktory. Na evropské úrovni poklesl počet úmrtí souvisejících s drogami o 6 % v roce 2001, o 14 % v roce 2002 a o 5 % v roce 2003 (obr. 13). Nicméně zprávy za rok 2004 a předběžné údaje za rok 2005 naznačují, že po roce 2003 pokles počtu úmrtí souvisejících s drogami již nepokračoval.

V některých zemích se ve zprávách o úmrtích souvisejících s drogami začal objevovat znepokojující trend. Po výrazné kulminaci počtu úmrtí souvisejících s drogami v letech 1999–2001, po níž následoval zřetelný pokles trvající dva až tři roky, byl v letech 2004 a 2005 zaznamenán nárůst hlášených úmrtí (¹⁶⁸). Tento vzorec obecně popisuje trendy v úmrtích souvisejících s užíváním drog zaznamenané v nedávných letech v Irsku, Řecku, Portugalsku, Finsku a Norsku a do menší míry rovněž v Nizozemsku, Rakousku a ve Spojeném království. V Itálii byl po několika letech poklesu počtu úmrtí souvisejících s drogami zaznamenán v posledních dvou letech určitý nárůst (¹⁶⁹). Tento nedávný nárůst může být způsoben několika možnými příčinami, například souběžným užíváním více drog uživateli opiátů nebo možným zvýšením dostupnosti heroínu.

Existuje zřetelný rozdíl v trendech úmrtí souvisejících s drogami mezi zeměmi evropské patnáctky a zeměmi, které do EU vstoupily po roce 2004. V zemích evropské patnáctky probíhal od roku 1996 rámcový pokles, jenž byl velmi zřetelný v letech 2000 až 2002. To by naznačovalo dlouhodobý pokles počtu mladých lidí injekčně užívajících opiáty. Nedávné trendy v těchto zemích jsou však smíšené. V nových členských státech byl zaznamenán prudký nárůst do roku 2002, ale pokles v letech 2003–2004.

Nárůst procenta úmrtí souvisejících s drogami u uživatelů drog mladších 30 let byl zaznamenán v Řecku a u osob mladších 25 let v Estonsku, Lucembursku a Rakousku, do

⁽¹⁶⁶⁾ Pro podrobnější zprávu o úmrtích souvisejících s touto drogou viz vybrané téma o kokainu za rok 2007.

⁽¹⁶⁷⁾ Viz obr. DRD-8 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁶⁸⁾ Viz tab. DRD-2 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Viz obr. DRD-11 ve Statistickém věstníku 2007.

menší míry pak v Lotyšsku a Nizozemsku, ačkoli ve většině zemí představují mladí uživatelé drog stále se zmenšující procento předávkovaných (170).

Dále je možné v trendech úmrtí souvisejících s drogami pozorovat rozdíly mezi pohlavími (171). Podrobnější informace je možné nalézt ve vybraném tématu o užívání drog z hlediska pohlaví za rok 2006.

Celková úmrtnost problémových uživatelů drog

Informace o celkové úmrtnosti problémových uživatelů drog (přímo či nepřímo způsobené drogami) se většinou týkají uživatelů opiátů, zatímco informace o úmrtnosti související s jinými formami užívání drog zpravidla chybějí, třebaže mají stále větší význam pro veřejné zdraví, například s ohledem na pravidelné uživatele kokainu ze sociálně integrovaných vrstev.

Výzkumné studie zaměřené na uživatele opiátů v různých evropských prostředích zjistily, že úmrtnost v této skupině je ve srovnání s běžnou populací vysoká. Kolektivní studie zahájená v rámci projektu EMCDDA zjistila, že uživatelé opiátů přijatí do léčeni v osmi evropských lokalitách měli velmi vysokou úmrtnost ve srovnání se svými vrstevníky ve stejné věkové skupině (viz EMCDDA, 2006). Kohortová studie úmrtnosti provedená v České republice zjistila, že standardizovaná úmrtnost uživatelů stimulantů byla 4–6krát vyšší než u běžné populace, zatímco u uživatelů opiátů byla 9–12krát vyšší (Národní zprávy Reitox, 2005). Francouzská kohortová studie, která sledovala osoby zadržené za užívání heroínu, kokainu nebo cracku, zjistila úmrtnost mužů pětkrát vyšší a úmrtnost žen 9,5krát vyšší než u běžné populace, ovšem s klesající tendencí (Národní zprávy Reitox, 2005). Další informace o úmrtnosti uživatelů drog se očekávají z kohortových studií, které v současné době probíhají v několika evropských zemích (Bulharsko, Španělsko, Malta, Rakousko, Polsko, Rumunsko, Švédsko, Spojené království, Norsko).

Nedávné studie provedené v Nizozemsku a Norsku nezjistily žádnou souvislost mezi věkem a rizikem úmrtí na předávkování (Cruts a kol., v tisku; Ødegård a kol., 2006 citováno v Norské národní zprávě), nicméně jak uživatelé opiátů stárnou, může se úmrtnost v důsledku chronických potíží progresivně přidat k úmrtnosti v důsledku externích příčin, například sebevraždy a násilí. K vysoké úmrtnosti uživatelů drog mohou podstatným způsobem přispívat špatné životní podmínky a duševní problémy této skupiny.

V některých studiích zaměřených na uživatele drog je jako příčina úmrtí souvisejících s předávkováním uváděna sebevražda. Známé sebevraždy spolu s úmrtími bez zjištěného úmyslu představovaly 30 % všech úmrtí

Komorbidita a projekt ISADORA

Psychické poruchy se často připisují problematickému užívání drog. I když na evropské úrovni neexistuje žádný systematický sběr informací o komorbiditě, zjištění z místních průzkumů prováděných v několika evropských zemích naznačují, že u 30 % až 90 % klientů v léčbě drogové závislosti se možná vyskytuje komorbidita s psychickými onemocněními. K nejběžněji diagnostikovaným poruchám u drogově závislých patří poruchy osobnosti, deprese, antisociální osobnost, úzkost a poruchy nálady a poruchy příjmu potravy. Často bývají zmiňovány také deprese a sebevražedné sklony. Komorbidita je hlášena častěji mezi uživateli heroínu, zvláště u těch, kteří mají anamnézu dlouhodobého užívání drog a kteří zažili několik přerušeni metadonové léčby a jejichž sociální a životní podmínky se zhoršily. Obdobně závislost na drogách je běžná u lidí se závažným duševním onemocněním.

Evropský projekt ISADORA („integrované služby zaměřené na duální diagnózu a optimální vyléčení ze závislosti“) byl ukončen v roce 2005 po tříletém výzkumu (1). Projekt, který měl určit hlavní institucionální a individuální rizikové faktory komorbidity, obsáhl sedm míst v Evropě a 352 pacientů z akutních psychiatrických oddělení. Podle těchto výsledků nejsou špatná prognóza a chaotická duální diagnóza způsobeny charakteristikami klientů samých, nýbrž fragmentaritou poskytovaných služeb, která často vyústí v neúčinné rozdrobení péče. Součástí výstupů projektu ISADORA je komplexní školící příručka duální diagnózy.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

souvisejících s drogami vykázaných ve Skotsku v roce 2005. V roce 2003 tvořily sebevraždy 13 % všech úmrtí souvisejících s drogami (Skotská exekutiva, 2005). Předpokládá se, že problémy se zneužíváním omamných látek přispívají k sebevražednému chování několika způsoby. Jedná se o společné rizikové faktory, zneužívání omamných látek osobami, které mají sklony k vysoce rizikovému chování.

Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami

Pozornost věnovaná opatřením na prevenci předávkování se zvyšuje spolu s tím, jak je předávkování drogami stále více vnímáno jako problém veřejného zdraví. Třebaže léčba a další služby mohou snížit úmrtnost související s drogami, zůstává zde značný potenciál pro vytvoření opatření zaměřených konkrétně na rizika předávkování, přičemž v Evropě obecně chybí komplexní přístup k prevenci předávkování.

(170) Viz obr. DRD-9 ve Statistickém věstníku 2007.

(171) Viz obr. DRD-6 ve Statistickém věstníku 2007.

Členské státy, zejména ty se staršími epidemiemi heroinu, během posledních let výrazně zvýšily dostupnost protidrogové léčby, a nyní tak oslovují stále větší počet obtížně dosažitelných problémových uživatelů drog (viz rovněž kapitola 2 a kapitola 6). Snadnější dostupnost léčby a širší nabídka přístupů, včetně substituční léčby, zlepšují udržení v léčbě, což významným způsobem přispívá ke snížení počtu úmrtí a úmrtností související s drogami. Několik zemí snížilo práh dostupnosti pro udržovací léčbu drogové závislosti a změnilo přístup s cílem urychlit vstup a opětovné zapojení do metadonové udržovací léčby (opatření prokazatelně zvyšující přežití). Studie z vysokoprahových programů dále naznačují, že přísná kritéria přijetí a striktní pravidla léčby vedou k většímu počtu disciplinárních vyloučení, čímž se zvyšuje riziko úmrtí vyloučených osob oproti osobám, které v léčbě zůstávají (Fugelstad a kol., 2007). V Itálii probíhá v současné době longitudální studie účinnosti způsobů léčby heroinové závislosti, jež bude zkoumat souvislost mezi udržením v léčbě a úmrtností (Bargagli a kol., 2006).

Během prvních týdnů po ukončení výkonu trestu odnětí svobody nebo léčby jsou osoby, které abstinují v užívání opiátů, vystaveny zvýšenému riziku předávkování, pokud by u nich došlo k relapsu – jejich předchozí tolerance je totiž snížena. Pro minimalizaci škod je tedy důležité informovat osoby opouštějící tato zařízení o rizicích, která by představovala opětovné zahájení užívání drog, a prodiskutovat s nimi strategie snižování rizik. Důležitou úlohu zde může sehrát kontinuita péče spolu se sociální podporou a léčebnými službami, a to zejména v případě osob po výkonu trestu odnětí svobody.

Mezi další opatření na prevenci předávkování patří informování uživatelů drog o tom, jak uvést postiženého do stabilizované polohy a jak lépe reagovat v krizových situacích, dále práce s policií, ambulantními složkami a drogovými uživateli samotnými a jejich vedení k tomu, aby zavolali lékařskou pohotovostní službu v rané fázi předávkování. Z výzkumů vyplývá, že souběžné užívání více drog, zejména alkoholu a sedativ, může zvýšit riziko smrtelného předávkování opiátů. Souběžné užívání více drog je tedy důležitým tématem, jemuž by se měly příslušné organizace věnovat. Některé experimentální práce se zabývaly možností podávání opioidních antagonistů uživatelům drog; příkladem je skotský pilotní projekt, jenž zahrnuje distribuci Naloxonu uživatelům drog, jejich

rodinám a přátelům. Tento přístup zatím není v Evropě příliš rozvinutý, ale zřejmě má určitý potenciál. Dostupnost opioidních antagonistů v ambulancích, léčebných zařízeních a jiných prostorách, kde je pravděpodobnost výskytu předávkování opiátů, je běžnější, avšak ne všeobecně používaná metoda. S ohledem na účinnost těchto drog, jsou-li rychle podány, je zřejmá potřeba vyhodnotit dostupnost tohoto typu opatření v rámci posouzení opatření na prevenci předávkování.

Metodou, která vyvolává určité kontroverzní reakce, je poskytování uživatelských místností, kde mohou uživatelé drog užívat své drogy ve vyhrazených prostorách, v nichž jsou rovněž k dispozici lékařské a jiné služby. Uživatelské místnosti byly kritizovány Mezinárodním úřadem pro kontrolu omamných látek (INCB) v posledních výročních zprávách, nicméně některé členské státy je vnímají jako užitečný doplněk opatření řešících některé druhy vysoce problematického užívání drog. Argumenty ve prospěch uživatelských místností jsou takové, že tyto místnosti představují opatření na prevenci předávkování; snižují další rizika spojená s injekčním užíváním; nabízejí příležitost pro šíření informací a mohou uživatele nasměrovat k primární lékařské péči, léčbě a jiným službám řešení drogové závislosti. Uživatelské místnosti jsou někdy rovněž vnímány jako příležitost k omezení nepříjemných aspektů vyplývajících z užívání drog pro veřejnost. V současné době existuje v Evropské unii a Norsku více než 70 uživatelských místností: asi 40 v Nizozemsku, 25 v Německu, šest ve Španělsku, jedna v Lucembursku a jedna v Norsku.

Informace, osvěta a komunikace jsou metody používané v rámci iniciativ zaměřených na snižování úmrtí souvisejících s drogami v celé Evropě. Některé země uvádějí, že mezi uživateli drog, jejich vrstevníky a rodinami, případně pracovníky policie distribuují specificky zaměřené informační materiály. Kromě kurzů první pomoci pro pracovníky organizací zabývajících se drogovou závislostí a uživatele drog samotné začíná být v Evropě běžné vyhodnocování rizik předávkování a poradenství zaměřené na zvládnutí rizik, což je uváděno například ve zprávách z Rumunska, Nizozemska a Malty. Ve Skotsku byl roce 2005 spuštěn akční plán pro snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami, který zahrnuje informační DVD o předávkování, nový výzkum zaměřený na prodlevy při zavolání pomoci a národní fórum, které vyhodnotí trendy a stanoví oblasti, kde je nezbytné provést další kroky.



Literatura

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. a kol. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils“, *Social science and medicine* 58, str. 1767–1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. a kol. (2006), „VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population“, *Substance use misuse* 41, str. 1861–1879.
- Binnie, I., Kinver, A. a Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation“, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. a kol. (2000), „Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science“, *Addictive behaviours* 25, str. 955–964.
- Bühler, A. a Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, sv. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolín nad Rýnem.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. a Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londýn.
- Cho, H., Hallfors, D.D. a Sanchez, V. (2005), „Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth“, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 363–374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky: Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky: Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. a Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, Národní poradní výbor pro drogy, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. a Van Laar, M. (v tisku), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), „Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004“, *The DASIS Report*, č. 27.
- Dishion, T.J. a Dodge, K.A. (2005), „Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change“, *Journal of abnormal child psychology* 33, str. 395–400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic“, Technická zpráva (http://www.eu2007.de/e/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights č. 6, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus č. 16, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- EMA (2005), „Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion“, doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometr (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometr (2006), „Public opinion in the European Union“, *Eurobarometr* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Evropská komise, Lucemburk.
- FESAT (2005), „Monitoring project: changes during the second half of 2005“ (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. a kol. (2005), „Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination“, *Prevention science* 6, str. 151–175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. a Thiblin, I. (2007), „Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings“, *Addiction* 102, str. 406–412.
- GAO (2006), „ONDCP media campaign, contractor’s national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use“, Technická zpráva, Washington, DC, Úřad pro kontrolu vlády (Government Accountability Office).
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londýn.
- Gossop, M., Marsden, J. a Stewart, D. (2001), „NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake“, National Addiction Centre, Londýn.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. a kol. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns“, Briefing 7, Health Development Agency, Londýn (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy“, *Drugs: education, prevention and policy* 13, str. 389–391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., a kol. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EMCDDA, Lisabon (nepublikováno).
- Kouvonen, P., Skretting, A. a Rosenqvist, P. (eds) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinky.
- Kuntsche, E. a Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors“, *Drug and alcohol dependence* 84, str. 167–174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. a Younoszai, T.M. (2005), „Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use“, *Journal of drug education* 35, str. 233–253.
- London Drug Policy Forum (1996), „Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues“ (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. a van de Wijngaart, G. (2007), „Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation“, *Journal of advanced nursing* 57, 422–431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. a kol. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, ministerstvo vnitra, Londýn.
- Mansfield, D. (2007), „Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season“, zpráva pro mezirezortní útvar pro Afghánistán vlády Spojeného království.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. a kol. (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction“, *Journal of substance abuse treatment* 31, str. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. a Torrens, M. (2005), „Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento“, in Miranda, J.J.F. a Melich, M.T. (eds), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, str. 111–121.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. a Hunt, N. (2005), „Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom“, *Addiction* 100, str. 1140–1149.
- Nabben, T., Benschop, A. a Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., a Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners’ briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, Londýn.

- Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Parkin, S. a McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches“, *Drugs: education, prevention and policy* 7, str. 293–310.
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction* 101, str. 315–322.
- Rigter, H. (2005), „Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights“, in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlín, str. 117–124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) a (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. a kol. (2005), „Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002“, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, str. 343–348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. a kol. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement“, *European addiction research* 12, str. 121–127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. a kol. (2004), „Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study“, *Addictive behaviours* 29, str. 743–752.
- Skotská exekutiva (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Skotská exekutiva, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. a kol. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. a Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen“, *Sucht* 52, str. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. a kol. (2006), „A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project“, *Addiction* 101, str. 813–823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. a kol. (2005), „The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales“, *British journal of general practice* 55, str. 444–451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. a Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)“, nepublikovaná přednáška, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Spojené království.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services“, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londýn.
- WHO (2006), „Critical review of ketamine 2006“, 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), „Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities“, Světová zdravotnická organizace, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren P. a Ahlner, J. (2004), „A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden“, *Journal of analytical toxicology* 28, str. 67–70.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2007: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství

2007 – 91 stran – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-284-3

Jak získat publikace EU

Publikace vydávané Úřadem pro úřední tisky, jež jsou určeny k prodeji, lze objednat na stránkách EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu> u prodejce, kterého si zvolíte.

Můžete také zažádat o seznam prodejců z celosvětové sítě prostřednictvím faxu:
(352) 2929-42758.

O Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Bylo založeno v roce 1993, sídlo má v Lisabonu a slouží jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogové závislosti v Evropě.

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří objektivní, spolehlivé a vzájemně srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti. Svým uživatelům tak poskytuje fakty podložený obrázek tohoto jevu na celoevropské úrovni.

Publikace EMCDDA jsou hlavním zdrojem informací pro širokou škálu zájemců, včetně tvůrců politiky a jejich poradců, odborníků a výzkumných pracovníků zabývajících se drogovou problematikou, a v širším smyslu i pro sdělovací prostředky a laickou veřejnost.

Výroční zpráva EMCDDA obsahuje přehled o stavu drogové problematiky v členských státech EU a je základním referenčním materiálem pro všechny zájemce o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.

