



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ SPRÁVA 2007

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právne upozornenie

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

Na internete je k dispozícii množstvo ďalších informácií o Európskej únii. Sú prístupné cez server Európa (<http://europa.eu>).

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

Bezplatné telefónne číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Niektorí operátori mobilných sietí nepovoľujú prístup k číslam 00800 alebo tieto hovory fakturujú.

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

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločností, Luxemburg 2007.

ISBN 978-92-9168-302-4

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2007.

Reprodukcia sa povoľuje za predpokladu, že sa uvedie zdroj.

Printed in Belgium

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



**Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť**

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

Predslov	5
PodĎakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár – drogová situácia v Európe	11
Kapitola 1	
Politiky a právne predpisy	18
Kapitola 2	
Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad	28
Kapitola 3	
Kanabis	37
Kapitola 4	
Amfetamíny, extáza a LSD	48
Kapitola 5	
Kokaín a krak	57
Kapitola 6	
Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog	63
Kapitola 7	
Nové a vznikajúce drogové trendy a opatrenia týkajúce sa nových drog	72
Kapitola 8	
Infekčné choroby a úmrtia súvisiace s drogami	77
Literatúra	89



Predslov

Toto je 12. výročná správa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť. Podobne ako predchádzajúce správy poskytuje komplexný aktuálny prehľad súčasnej situácie v oblasti užívania drog v Európe. Okrem toho je dôkazom úspechu Európy pri realizovaní metodicky správneho, udržateľného a komplexného informačného systému na monitorovanie užívania drog.

Správa rieši dve základné otázky. Čo vieme o užívaní drog v Európe a o problémoch, ktoré spôsobuje? A aké poučenie sme získali o účinnom reagovaní na problémy súvisiace s drogami? Tieto otázky sú dôležité, pretože bez ohľadu na politické presvedčenie alebo ideologický názor dospelí politickí činitelia v celej Európe k poznaniu, že problém s drogami predstavuje zložitý súbor otázok, pre ktorý neexistuje jednoduché riešenie. Uznávajú, že cesta dopredu spočíva v analyzovaní dostupných dôkazov týkajúcich sa veľkosti a charakteru problému a nákladov a prínosov vyplývajúcich z rôznych intervenčných prístupov. V tomto smere je správa tiež vyjadrením záväzku Európy k vyváženej tvorbe politiky založenej na dôkazoch a k trvalému úsiliu v priebehu času namiesto toho, aby sa spoliehala na „rýchle“ riešenia. V dôsledku toho môže byť Európa hrdá na to, že jej reakcia na túto ťažkú a často emotívnu otázku je racionálna a humánna.

V tejto správe uvádzame aj pokrok dosiahnutý pri riešení drogového problému v Európe. Osobitne sa to týka tohto roku, pretože v Európe a v medzinárodnom meradle budeme čoskoro vyhodnocovať výsledky v tejto oblasti. V roku 2008 začne Európska komisia svoju úlohu vyhodnocovania vplyvu terajšieho európskeho protidrogového akčného plánu a Komisia OSN pre omamné látky (CND) bude diskutovať o pokroku, ktorý sa urobil pri dosahovaní cieľov stanovených na osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia OSN v roku 1998.

V Európe predstavuje drogová situácia ešte stále vážnu výzvu pre zdravotnú a sociálnu politiku a pre presadzovanie práva. Nie je ťažké nájsť oblasti, ktoré vzbudzujú osobitné

obavy. Napriek tomu silno pociťujeme, že je tiež dôležité oceniť pokrok, ktorý sa dosiahol. V Európe čoraz viac členských štátov prijíma strategické a plánované prístupy k riešeniu problému s drogami. Existuje aj dramatické zvýšenie investovania do prevencie, liečby a činností na znižovanie škôd a zlepšená spolupráca a upriamenie väčšej pozornosti na znižovanie ponuky. Užívanie drog zostáva vo všeobecnosti na historicky vysokých úrovniach, ale vo väčšine oblastí sa stabilizovalo a v niektorých oblastiach existujú dokonca známky, ktoré si zaslúžia opatrný optimizmus. Európska únia a jej členské štáty poskytujú významnú podporu medzinárodným programom a v globálnom kontexte môžeme uspokojivo konštatovať, že vo viacerých dôležitých oblastiach vyzerá európska situácia relatívne pozitívne.

Ako monitorovacia agentúra sa zaoberáme faktmi a údajmi; našim záväzkom je byť vedecky prísni a nestranní a interpretovať dostupné informácie bez predsudkov alebo s dopredu vytvoreným stanoviskom. Toto je naša úloha a ako predseda správnej rady a riaditeľ neprijímame žiadny kompromis v súvislosti s týmto stanoviskom a sme hrdí na vysoké štandardy, ktoré udržiavame. Hoci je vedecká prísnosť pre našu prácu podstatná, nikdy nesmieme zabudnúť, že za údajmi, ktoré poskytujeme, sú skutočné ľudské bytosti, ktorých životy sú ovplyvňované a niekedy ničené drogovými problémami. Za suchou štatistikou o dopyte po liečbe, úmrtiach súvisiacich s drogami a trestnej činnosti sú smútiace rodiny, stratený potenciál a deti vychovávané v nebezpečných spoločenstvách. Vyvinutie účinnej reakcie na problém s drogami si od nás vyžaduje, aby sme nezaujato pristupovali k našim údajom, nikdy však nesmieme byť k tejto téme ľahostajní.

Marcel Reimen

Predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest siete Reitox a ich pracovníkom;
- inštitúciám každého členského štátu, ktoré zozbierali vstupné údaje pre túto správu;
- členom správnej rady a vedeckému výboru EMCDDA;
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii;
- Európskemu centru pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC), Európskej agentúre pre lieky (EMA) a Europolu;
- Pompidouovej skupine Rady Európy, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Regionálnemu úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu, Interpolu, Svetovej colnej organizácii, projektu ESPAD, Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN) a Stredisku pre epidemiologické monitorovanie AIDS;
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev;
- Prepress Projects Ltd.

Národné kontaktné miesta siete Reitox

Reitox je európska informačná sieť o drogách a drogovej závislosti. Sieť pozostáva z národných kontaktných miest v členských štátoch EÚ, Nórsku, kandidátskych krajinách a Európskej komisii. Kontaktné miesta, za ktoré zodpovedajú ich vlády, sú vnútroštátnymi orgánmi, ktoré poskytujú EMCDDA informácie o drogách.

Podrobnosti o spojeniach s národnými kontaktnými miestami možno nájsť na: <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré vo forme národných správ poskytli EMCDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny a Nórsko (ktoré sa zúčastňuje na práci EMCDDA od roku 2001). Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2005 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Grafy a tabuľky môžu niekedy zobrazovať podskupinu štátov EÚ: výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie.

Online verzia výročnej správy je dostupná v 23 jazykoch a možno ju nájsť na <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Štatistická ročenka 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a viac ako 100 ďalších štatistických grafov.

Profily údajov podľa krajín (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) poskytujú najlepší grafický prehľad hlavných aspektov drogovej situácie pre každú krajinu.

Túto správu sprevádzajú tri hĺbkové analýzy, ktoré skúmajú nasledujúce otázky:

- drogy a riadenie vozidiel;
- drogy užívané medzi maloletými osobami;
- kokaín a krak: narastajúci problém pre zdravotníctvo.

Vybrané otázky sú dostupné v tlačenej forme a online (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) iba v angličtine.

Národné správy kontaktných miest siete Reitox poskytujú podrobný opis a analýzu drogových problémov v každej krajine a sú dostupné na internetovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Komentár – drogová situácia v Európe

Európa hrá čoraz dôležitejšiu úlohu v podpore celosvetových opatrení na zníženie drogových problémov

Ani trendy v užívaní drog ani ľudia, ktorí sa podieľajú na výrobe drog a obchodovaní s nimi, nerešpektujú štátne či geografické hranice. Preto je dôležité uznať, že európsky drogový problém je súčasťou širšieho celosvetového javu, pričom formy užívania drog v Európe sú ovplyvňované týmto problémom v iných oblastiach sveta a zároveň ho ovplyvňujú. Túto skutočnosť uznáva aj súčasný protidrogový akčný plán EÚ, v ktorom sa rieši potreba väčšej európskej koordinácie v medzinárodných záležitostiach a potreba podpory programov na zníženie dopytu po drogách a ponuky drog v susedných krajinách a v krajinách, kde sa drogy vyrábajú. Európske investície na podporu medzinárodných opatrení sú v súčasnosti značné, pričom počas nedávneho auditu Európskej komisie bolo navrhnuté, aby Európske spoločenstvo teraz financovalo opatrenia na zníženie dopytu a ponuky v treťích krajinách vo výške aspoň 750 miliónov eur. Okrem toho je EÚ teraz hlavným medzinárodným sponzorom podporujúcim prácu Úradu OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC).

Okrem finančnej podpory existujú tiež dôkazy o tom, že európske krajiny berú vážne záväzky prijaté na medzinárodnej úrovni, že budú rozvíjať primerané reakcie na drogové problémy. V roku 2008 bude medzinárodné spoločenstvo hodnotiť celosvetový pokrok pri dosahovaní cieľov vytýčených na osobitnom zasadnutí Organizácie spojených národov venovanom boju proti celosvetovému drogovému problému, ktoré sa konalo v roku 1998. Aby sa doplnili údaje dostupné na medzinárodnej úrovni, EMCDDA bude podporovať proces preskúmania poskytnutím detailnejšieho zhodnotenia situácie v Európe. Ako je zrejmé z údajov predložených v tejto správe, v priebehu posledných 10 rokov členské štáty EÚ vypracovali komplexné koordinačné mechanizmy na národnej úrovni aj na úrovni EÚ, ktoré sú obvykle založené na stratégiách a akčných plánoch. Okrem toho podstatne zlepšili dostupné informácie o drogovej situácii a zvýšili investície v oblasti zásahov na strane ponuky drog aj na strane dopytu po drogách. Hoci si uvedomujeme, že užívanie drog zostáva hlavnou výzvou pre politiku verejného zdravia a sociálnu politiku v Európe, je tiež dôležité uznať tento pozitívny vývoj.

Európa v celosvetovom kontexte

Užívanie drog je celosvetový problém a užitočný pohľad na relatívny rozsah drogového problému v Európe môžeme

získať porovnaním európskych údajov s informáciami z iných krajín. Problém je v tom, že relatívne komplexné a rozsiahle informácie sú dostupné len v niekoľkých iných častiach sveta. USA, Kanada a Austrália môžu poskytnúť vierohodné porovnávacie body o odhadoch prevalencie užívania drog v poslednom roku. Odhady UNODC ukazujú, že prevalencia užívania opiátov v týchto krajinách je zhruba podobná ako v Európskej únii a pohybuje sa v rozmedzí 0,4 % až 0,6 %, pričom v Kanade je tento údaj trochu nižší a v USA trochu vyšší. Odhadované užívanie kanabisu je v Európskej únii v priemere podstatne nižšie ako v USA, Kanade alebo Austrálii. Pokiaľ ide o stimulačné drogy, úrovne užívania extázy sú v celom svete zhruba podobné, hoci Austrália uvádza vysoké úrovne prevalencie a v prípade amfetamínu je prevalencia vyššia v Austrálii a USA ako v Európe a Kanade. Prevalencia užívania kokaínu je v USA a Kanade vyššia ako v Európskej únii a Austrálii. Nedostatok porovnateľných údajov sťažuje hodnotenie vplyvu užívania drog na zdravie v jednotlivých krajinách, hoci opatrné porovnanie odhadovaných mier novo diagnostikovaných infekcií HIV súvisiacich s injekčným užívaním drog v roku 2005 naznačuje miery v Austrálii, Kanade a Európskej únii pod 10 prípadov na milión obyvateľov a približne 36 prípadov na milión v USA.

Kvantifikovanie zložitosti: stanovenie zmysluplných cieľov a rozvoj užitočných súhrnných mier

Cieľom všetkých európskych protidrogových stratégií je znížiť užívanie drog a škody, ktoré môžu drogy spôsobovať, a to nielen pre ľudí, ktorí ich užívajú, ale aj pre spoločenstvá, v ktorých žijú. Tento cieľ politiky je jednoduché stanoviť, ale je dôležité si uvedomiť, že užívanie drog je mnohostranný a zložitý jav a akákoľvek snaha hodnotiť vplyv politik v tejto oblasti musí odrážať túto základnú realitu. Pozitívnym záverom tejto správy je, že európske protidrogové politiky sa stávajú citlivejšími na potrebu upriamiť sa na osobitné činnosti a vyvinúť zmysluplné ciele. Táto skutočnosť sa v Európe odrazila v celkovom posune smerom k národným protidrogovým stratégiám, ktoré sú sprevádzané špecifickejšími a časovo obmedzenejšími akčnými plánmi, a na úrovni európskej koordinácie, v každoročnom preskúmaní súčasného protidrogového akčného plánu EÚ, s ukazovateľmi, ktoré sa znižujú alebo menia na základe preskúmania ich výkonnosti.

Pre hodnotenie opatrení je posun smerom k cielenejšiemu prístupu jednoznačne prínosom. Je však tiež užitočné

mať k dispozícii nejaké súhrnné miery, ktoré umožňujú jednoduchší opis zložitých otázok. Hoci vytvorenie takýchto stupníc a mier je ťažké, nedávny vývoj v tejto oblasti je sľubný. V tejto správe uvádzame novú analýzu údajov o európskych verejných výdavkoch na boj proti drogám. Hoci tieto údaje sú čiastkové, ilustrujú značné finančné čiastky vynaložené v Európe každý rok na znižovanie dopytu po drogách a ponuky drog: niekde medzi 13 a 36 miliardami eur. Okrem toho treba mať na zreteli, že tieto údaje nezahŕňajú sociálne náklady súvisiace s užívaním drog.

Pokrok, ktorý môže byť nápomocný v tomto smere, zahŕňa vývoj indexov, ktoré sa snažia zachytiť rôzne náklady a škody súvisiace s užívaním nezákonných drog, ako je index škodlivosti drog vyvinutý nedávno v Spojenom kráľovstve. Škody spôsobené užívaním drog sú tiež jednou z hlavných koncepcií zahrnutých do indexu nezákonných drog (IDI) UNODC, ktorý bol navrhnutý nedávno. Tieto prístupy sa môžu v budúcnosti ukázať ako užitočné na účely analýzy politik, ale závisia od kvality údajov, z ktorých takáto súhrnná miera vychádza, a od rozsahu, v akom tieto údaje zahŕňajú cieľovú koncepciu.

Znižovanie škôd spôsobených užívaním drog je teraz jednoznačnou súčasťou európskeho prístupu

Medzi európskymi krajinami stále existujú značné rozdiely v charaktere a veľkosti ich národných drogových problémov a tiež v rozsahu a konfigurácii reakcie na ne. Napriek tomu existuje podstatná zhoda vo všeobecnejších základných skutočnostiach: že protidrogové politiky by mali byť vyvážené, komplexné a založené na dôkazoch. V oblasti znižovania dopytu všetky krajiny akceptujú potrebu činností prevencie, liečby a sociálnej rehabilitácie. Ale z historického hľadiska je téma znižovania škôd spôsobených užívaním drog kontroverzejšia. Tu dochádza k zmene a teraz sa zdá, že znižovanie škôd spôsobených užívaním drog ako súčasť komplexného balíka opatrení na znižovanie dopytu po drogách sa stáva jednoznačnejšou súčasťou európskeho prístupu. To je viditeľné na skutočnosti, že substitučná liečba závislosti od opiátov a programy výmeny injekčných ihliel a striekačiek sú v súčasnosti zavedené prakticky vo všetkých členských štátoch EÚ, hoci úroveň poskytovania služieb značne kolíše. Jasne to vyplýva aj z nedávnej správy Európskej komisie, v ktorej sa zistilo, že odporúčanie Rady z 18. júna 2003 hralo úlohu v podporovaní členských štátov v tom, aby rozvíjali a rozširovali činnosti zamerané na znižovanie škôd spôsobených užívaním drog.

Väznice: služby pre užívateľov drog sú stále málo rozvinuté

Dôležitým záverom odvodeným z preskúmania pokroku, ktorý sa vykonal pri vykonávaní odporúčania Rady, bolo to,

že napriek pokroku vykonanému v iných oblastiach sú služby všetkých druhov poskytované vo väzenských zariadeniach obvykle slabo rozvinuté. Hoci niektoré členské štáty zaviedli programy na nasmerovanie páchatel'ov, ktorí majú problémy s drogami, na liečbu ako alternatívu trestných sankcií, ľudia, ktorí majú problémy s drogami, naďalej predstavujú významný podiel vo väzenskej populácii prakticky vo všetkých krajinách. EMCDDA v súčasnosti spolupracuje so Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) na vytváraní databázy na zhromažďovanie ukazovateľov zdravia vo väznicach. Všeobecná zásada, že ľudia vo väznicach by mali mať prístup k rovnakým možnostiam zdravotnej starostlivosti, aké sú dostupné v širšom spoločenstve, sa nezabezpečuje v mnohých oblastiach pre ľudí, ktorí majú problémy s drogami. Nielenže mnohí ľudia, ktorí prichádzajú do väzníc, majú problémy s drogami, ale štúdie ukazujú, že užívanie drog často pokračuje aj vo väznicach. Nedostatok služieb pre užívateľov drog vo väznicach zvyšuje vážne obavy, že nielenže sa stráca príležitosť zasiahnuť, aby sa znížilo užívanie drog a trestná činnosť v budúcnosti, ale nedostatok služieb v tomto zariadení môže oslabiť zdravotné výsledky dosiahnuté inde.

Identifikovanie a zdieľanie poznatkov o tom, čo sa osvedčilo

Diskusie o všetkých druhoch činností na znižovanie dopytu po drogách sa čoraz viac zameriavajú na identifikovanie tých zásahov, pri ktorých existujú dôkazy o ich účinnosti a ktoré nemajú neúmyselné negatívne dôsledky. Podobne ako akýkoľvek iný zásah, ak sa nesprávne zrealizuje, pravdepodobne nebude účinný alebo môže byť dokonca kontraproduktívny; preto druhým bodom tejto práce je identifikovať dobrú prax a opatrenia kontroly kvality. Nové nariadenie o EMCDDA zdôrazňuje dôležitosť identifikovania a šírenia dobrej praxe. Hlavnú ťažkosť tu predstavujú zariadenia v reálnom svete, v ktorých sa uplatňujú zásahy na znižovanie dopytu. Vierohodné kontrolované štúdie, ktoré sú zlatým štandardom pre väčšinu lekárskeho zásahov, je často ťažké navrhnuť alebo sú jednoducho neuskutočniteľné. Zložitou hodnotenia dôkazov pre účinnosť a identifikovanie noriem kontroly kvality sa zaoberá Kapitola 2 tejto správy.

Kanabis: popularita už možno dosiahla vrchol, ako narastá uznávanie otázok verejného zdravia

Takmer jedna štvrtina všetkých dospelých niekedy vo svojom živote okúsila kanabis a jeden zo štyroch ho užil v poslednom roku, čím sa táto droga stala najbežnejšie konzumovanou nezákonnou drogou v Európe. Ale v oveľa väčšej miere ako medzi všeobecnou populáciou sa kanabis užíva medzi mladými a veľmi mladými ľuďmi. Užívanie drog medzi tými,

Orientačný prehľad – odhady užívania drog v Európe

(Upozorňujeme, že tieto odhady sa vzťahujú na dospelú populáciu a sú najnovšími dostupnými odhadmi. Úplné údaje a podrobné metodické poznámky si pozrite v štatistickej ročenke 2007)

Kanabis

Celoživotná prevencia: najmenej 70 miliónov alebo každý piaty dospelý Európan

Užívanie v poslednom roku: asi 23 miliónov dospelých Európanov alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Používanie v minulých 30 dňoch: viac ako 13 miliónov Európanov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: 1,0 – 11,2 %

Kokaín

Celoživotná prevencia: najmenej 12 miliónov alebo asi 4 % dospelých Európanov

Užívanie v poslednom roku: 4,5 milióna dospelých Európanov alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulých 30 dňoch: asi 2 milióny

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: 0,1 – 3 %

Extáza

Celoživotná prevencia: asi 9,5 milióna dospelých Európanov (3 % dospelých Európanov)

Užívanie v poslednom roku: 3 milióny alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulých 30 dňoch: viac ako 1 milión

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: 0,2 – 3,5 %

Amfetamíny

Celoživotná prevencia: takmer 11 miliónov alebo asi 3,5 % dospelých Európanov

Užívanie v poslednom roku: 2 milióny, jedna pätina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulých 30 dňoch: menej ako 1 milión

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: 0,0 – 1,3 %

Opiáty

Problémové užívanie opiátov: medzi jedným a ôsmimi prípadmi na tisíc dospelých príslušníkov populácie (vo veku 15 – 64 rokov)

Viac ako 7 500 akútnych úmrtí súvisiacich s drogami, pričom opiáty sa našli v približne 70 % z nich (údaje z roku 2004)

Hlavná droga v asi 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu

Viac ako 585 000 užívateľov opiátu dostalo v roku 2005 substitučnú liečbu

ktorí sa telesne a sociálne vyvíjajú, môže byť zvlášť veľkým problémom a podrobne sa ním zaoberá sprievodná vybraná otázka o užívaní drog maloletými. Dôležitosť pochopenia dôsledkov začatia užívania kanabisu v ranom veku a tiež toho, čo by mohlo predstavovať vhodné reakcie, je súčasťou zložitého súboru otázok, ktoré rozšírené užívanie kanabisu kladie pre politiku verejného zdravia a politiku kontroly drog v Európe.

Všeobecným trendom politiky v Európe je posun od reakcií trestného súdnicstva na prechovávanie a užívanie malých množstiev kanabisu smerom k prístupom orientovaným na prevenciu alebo liečbu. Napriek tomu v období rokov 2000 – 2005 sa uvádzaný podiel trestných činov súvisiacich s kanabisom značne zvýšil (36 %) a vo väčšine krajín je kanabis drogou, ktorá sa najpravdepodobnejšie vyskytuje pri obvineniach z užívania alebo prechovávanie drog. Táto situácia sa možno zmení, pretože väčšina krajín teraz uvádza istý pokles zaznamenaných trestných činov súvisiacich s kanabisom, čo naznačuje, že orgány činné v trestnom konaní sa v menšej miere zaoberajú užívaním kanabisu.

Napriek rozsiahlej diskusii medzi verejnosťou a v médiách o tejto téme ťažko môžeme vidieť nejaký priamy alebo jednoduchý vzťah medzi politikami presadzovania práva a celkovou prevenciou užívania kanabisu. Hoci existovali rozdiely medzi časovým rámcom a mierou užívania kanabisu medzi jednotlivými krajinami, v Európe nastal podstatný nárast užívania kanabisu počas deväťdesiatych rokov minulého storočia, po ktorom nasledoval stabilnejší, ale celkove stále narastajúci trend po roku 2000. Tým sa teraz vytvoril homogénnejší európsky obraz ako kedykoľvek predtým v histórii. Okrem toho najnovšie údaje naznačujú, že najmä v krajinách s vysokou prevenciou prechádza užívanie kanabisu do stabilnejšej etapy, či dokonca klesá. Hoci údaje sú stále pomerne nedostatočné, existujú isté dôkazy o tom, že popularita tejto drogy medzi mladšími vekovými skupinami v niektorých krajinách klesá. Hoci národné trendy celkove kolíšu, môžeme byť prezieravo optimistickí v tom, že eskalácia užívania kanabisu, ktorú Európa zažíva od deväťdesiatych rokov, možno teraz dosiahla svoj vrchol.

Ak Európa vstupuje do obdobia stabilnejšieho užívania kanabisu, je tiež zrejmé, že súčasné úrovne sú v porovnaní s historickými normami veľmi vysoké a hoci len pomerne malá časť užívateľov kanabisu užíva túto drogu pravidelne a intenzívne, aj táto časť predstavuje významný počet jednotlivcov. Narastajúce množstvo výskumných dôkazov a klinických skúseností teraz umožňuje lepšie pochopiť potreby ľudí s problémami súvisiacimi s kanabisom, hoci rozsah, v akom užívatelia kanabisu vo všeobecnosti vytvárajú problémy s užívaním drog, je ešte stále nedostatočne rozpracovaný. Údaje o liečbe, ktoré zhromaždila EMCDDA,

ukazujú, že počet uvádzaných nových dopytov po liečbe pre užívateľov kanabisu sa od roku 1999 takmer strojnásobil, hoci sa zdá, že tento trend sa v súčasnosti stabilizoval. Interpretácia tohto trendu je komplikovaná z viacerých dôvodov, ktoré zahŕňajú nielen nárast služieb, ale aj informovanosť o problémoch súvisiacich s kanabisom, a pretože významný podiel odporúčaní na liečbu je vo forme príkazu, či už zo strany súdu alebo iných sociálnych agentúr. Tiež sa zdá, že potreby užívateľov kanabisu prichádzajúcich do styku s liečebnými službami sú rôzne, tak ako reakcie, ktoré sa poskytujú, a siahajú od krátkych zásahov orientovaných na prevenciu až po oficiálnejšie prístupy liečby.

Situácia v Európe týkajúca sa kanabisu je tiež skomplikovaná trhovými faktormi a tento problém je znásobený nedostatkom kvalitných údajov o relatívnom podiele a dostupnosti rôznych kanabisových produktov v EÚ. Európa zostáva hlavným globálnym trhom pre kanabisovú živicu, ktorá sa väčšinou vyrába v severnej Afrike. Trávový kanabis je v Európe tiež dostupný, hoci objem zachytenej živice je viac ako 10-krát väčší než objem zachyteného trávového kanabisu. Tento obraz sa však môže meniť: zachytenia kanabisovej živice v roku 2005 mierne poklesli, kým zachytenia trávového kanabisu ďalej rastú, rovnako ako zachytenia rastlín kanabisu. V roku 2005 polovica európskych krajín uvádzala nejakú domácu produkciu kanabisu. Niektoré formy domácky vyrobeného kanabisu môžu mať pomerne vysokú potenciú a domáca produkcia má tiež dôsledky pre činnosť kontroly drog.

Užívanie kanabisu vyvoláva zložitý súbor otázok pre protidrogovú politiku, politiku verejného zdravia a sociálnu politiku v Európe. Pozitívnym vývojom je, že členské štáty zrejme začínajú lepšie chápať dôsledky rozšíreného užívania tejto drogy a diskusia sa stáva čoraz cielenejšou a menej náchylnou na podceňovanie alebo preceňovanie problému.

Kokaín: odhady o užívaní opäť narastajú

EMCDDA prehodnotila svoj odhad o užívaní kokaínu v tejto správe na 4,5 milióna Európanov, ktorí užili túto drogu v minulom roku, z 3,5 milióna vo výročnej správe za rok 2006. Celkový obraz uvádzaný v minulom roku o stabilizujúcej sa situácii tiež spochybňujú nové údaje, ktoré poukazujú na celkový nárast užívania. Nové údaje potvrdzujú, že kokaín je v Európe celkove druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou po kanabise a pred extázou a amfetamínmi vo všetkých mierach a odhady užívania kokaínu v poslednom mesiaci sú teraz viac ako dvojnásobne vyššie ako pri extáze. Hoci nedávne zvýšenia znamenajú, že viac krajín teraz uvádza významnú populáciu užívajúcu kokaín, rozdiely medzi krajinami zostávajú vysoké, pričom

nízke miery užívania kokaínu uvádza väčšina krajín východnej Európy.

Zvýšené miery prevalencie sa tiež uvádzajú v nových údajoch dostupných zo Španielska a Spojeného kráľovstva, teda z dvoch krajín s najvyššou prevalenciou v Európe – hoci zvýšenia nie sú v žiadnom v týchto prípadoch dramatické. V oboch krajinách sú miery prevalencie v poslednom roku medzi mladými dospelými podobné alebo vyššie ako miery prevalencie zistené v USA. Je znepokojivé, že v oboch krajinách je užívanie kokaínu medzi mládežou pomerne vysoké (okolo 4 – 6 % medzi 15- až 16-ročnými). V Španielsku analýza naznačuje, že nedávne zvýšenie je spôsobené užívaním kokaínu vo vekovej skupine 15 až 24 rokov. Je dôležité poznamenať, že odhady počtu ľudí, ktorí majú vážne problémy s užívaním kokaínu, sú oveľa nižšie. Hoci odhady problémového užívania kokaínu sú dostupné len pre tri krajiny (Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo), tento údaj sa pohybuje medzi 0,3 % a 0,6 % dospelaj populácie. Užívanie kraku zostáva v Európe zriedkavé, ale tam, kde sa vyskytuje, spôsobuje vážne lokalizované problémy.

Iné ukazovatele tiež ukazujú vzostupný trend, čo potvrdzuje narastajúcu dôležitosť kokaínu v európskom drogovom probléme. Množstvá aj počty zachytení sa zvyšujú, čo odráža zvýšenú zameranosť európskeho trhu, ale možno zvýšené prohibičné činnosti. Koordinované opatrenia proti obchodovaniu s kokaínom v Európe narastajú a nová medzivládna pracovná skupina má byť umiestnená v Portugalsku, čo sa zdá byť vhodné vzhľadom na narastajúci význam tejto krajiny v boji proti kokaínu. Hoci sa zdá, že rekordné zachytenia neovplyvnili cenové trendy, ktoré stále idú smerom dolu, môžu mať vplyv na úrovne čistoty.

Doteraz mali zvýšené úrovne konzumácie kokaínu len mierny dopad na ukazovatele súvisiace so zdravím, ale to sa môže zmeniť. Každý rok sa v Európe zaznamená okolo 400 úmrtí súvisiacich s kokaínom a existuje podozrenie, že úmrtia v dôsledku kardiovaskulárnych problémov, pri ktorých bol kokaín prirátaným faktorom, môžu zostať väčšinou nezistené. Počet žiadostí o protidrogovú liečbu podávanú ľuďmi, ktorí majú problémy s kokaínom, narastá. V roku 2005 bol kokaín prvotnou drogou asi u 13 % klientov žiadajúcich o liečbu, pričom tento podiel bol dokonca vyšší u ľudí, ktorí boli v liečbe noví (22 %). Počet uvádzaných nových dopytov po liečbe sa v priebehu posledných piatich rokov približne strojnásobil a teraz je na úrovni vyše 33 000. Kokaín sa tiež uvádzal ako druhotná droga približne v 15 % prípadov a je čoraz viac informácií o tom, že v niektorých krajinách súčasné užívanie kokaínu komplikuje liečbu problémov s opiátmi. Celkový počet žiadostí o liečbu závislosti od kokaínu je nižší ako počet žiadostí súvisiacich s kanabisom a podstatne nižší ako pri problémoch s opiátmi.

HIV: celkové hodnotenie je pozitívne, ale nové infekcie zdôrazňujú potrebu neustáleho úsilia

Počas deväťdesiatych rokov minulého storočia bola skúsenosť so šíriacou sa epidémiou HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, alebo jej potenciálna hrozba, katalyzátorom pre rozvíjanie služieb pre túto skupinu. S rozšírením služieb sa epidémiám HIV, ktoré sme spočiatku zažili v Európe, väčšinou predišlo, hoci v niektorých krajinách sú pozorované lokalizované problémy; najmä v pobaltských štátoch a v niektorých krajinách postihnutých počiatočnými epidémiami zostávajú miery prevalencie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog dosť vysoké. Hoci injekčné užívanie drog ako spôsob prenosu HIV má celkovo klesajúcu tendenciu, EMCDDA odhaduje, že v roku 2005 malo na svedomí asi 3 500 novo diagnostikovaných prípadov HIV v Európskej únii. Tento údaj môže byť nízky v porovnaní s historickými normami, ale stále predstavuje značný problém verejného zdravia.

Analýza najnovších údajov naznačuje, že vo väčšine krajín sú miery nových infekcií súvisiacich s injekčným užívaním

drog nízke a že vo väčšine regiónov EÚ prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v rokoch 2001 až 2005 klesla. V dôsledku toho je pravdepodobné, že najmä v oblastiach, kde je prevalencia vysoká, bude bremeno infekcie spôsobenej injekčným užívaním drog klesať. Situácia v Estónsku, Lotyšsku a Litve zostáva znepokojujúca, ale tu opäť väčšina najnovších údajov poukazuje na relatívny pokles výskytu nových infekcií.

Dôležité námietky proti tomuto hodnoteniu sú, že údaje v niektorých dôležitých oblastiach sú nedostatočné a že štúdie časových trendov za posledných päť rokov uvádzajú zvýšenia v niektorých oblastiach alebo štatistických vzorkách asi v tretine krajín. Okrem toho v niektorých krajinách existuje dôvod na obavu, buď kvôli pomerne vysokým úrovňam výskytu nových infekcií alebo preto, lebo v poslednom období nastal určitý malý nárast prevalencie, hoci celkové miery výskytu zostávajú nízke. Keďže nedávna história ukazuje, ako rýchlo sa môžu problémy s HIV šíriť v zraniteľných populáciách, toto zdôrazňuje potrebu naďalej rozvíjať služby a zameriavať ich na osoby, u ktorých existuje toto riziko.

Afganistan — môže byť riešením opatrenie zamerané na alternatívny vývoj?

Udržiateľnosť všeobecne stabilnej alebo zlepšujúcej sa situácie, ktorú vidno v užívaní heroínu v Európe, bola spochybnená narastajúcou produkciou ópia v Afganistane. Odhady pre rok 2006 naznačujú, že produkcia sa zvýšila o 43 % v dôsledku podstatného zvýšenia obrábanej plochy.

Zdá sa, že zacytencia opiátov a zničené laboratória naznačujú, že ópium produkované v Afganistane sa v čoraz väčšej miere mení na morfín alebo heroín v tejto krajine skôr, ako je exportované (CND, 2007). Heroín potom vstupuje do Európy dvoma hlavnými cestami: starou balkánskou cestou, ktorá je stále dôležitá z hľadiska pašovania heroínu a novšou „hodvábnu“ cestou (pozri kapitolu 6).

Regionálne rozdiely v Afganistane poukazujú na potenciálny hospodársky rast vedúci k zníženiu pestovania maku siateho, ale zároveň poukazujú aj na to, ako môže byť tento rast oslabený chýbaním politickej bezpečnosti, korupciou a problémami s infraštruktúrou. Zníženie pestovania je možné dosiahnuť rýchlo, ale rovnako rýchlo je možné tento vývoj zvrátiť. Napríklad v provincii Nangarhár na východe krajiny poklesla úroveň pestovania maku siateho na ópium o 96 % v období rokov 2004/2005, ale odvtedy sa, ako v mnohých iných okresoch, vrátila na predchádzajúce úrovne, čiastočne kvôli hospodárskym potrebám husto osídlených oblastí, ktoré nie sú schopné prejsť na iné hodnotné plodiny a na príjmové príležitosti, ktoré nesúvisia s poľnohospodárstvom (Mansfield, osobné oznámenie a rok 2007).

Naopak, v iných častiach východného regiónu zostávajú úrovne pestovania pravdepodobne zanedbateľné a dokonca v južných provinciách Kandahár a Helmand možno očakávať zníženie pestovania v oblastiach blízko provinčného centra. Zdá sa, že podporujúcimi faktormi je tu väčšia vládna kontrola a väčšia rôznorodosť poľnohospodárskej výroby, čo sú faktory, ktoré umožňujú, aby sa zaviedli plodiny s relatívne vysokou hodnotou, spolu s vybudovaním dopravnej a trhovej infraštruktúry. Na severe a severovýchode krajiny nielenže stúpajú mzdy a klesajú ceny ópia, ktoré odrádzajú od pestovania maku siateho, ale aj niektoré rastliny s vysokou hodnotou skutočne vytvárajú vyššie príjmy ako mak siaty. V týchto oblastiach je rôznorodosť plodín podporovaná protidrogovým úsilím a väčšou angažovanosťou vlády, čo vedie k všeobecnému vnímaniu, že opatrenia na zákaz ópia budú uplatnené v praxi.

Narastajúce náklady na prácu a klesajúce ceny teraz znamenajú, že zisky z ópiovému maku siateho nie sú neprekonateľné a v niektorých oblastiach môžu byť vyššie príjmy vytvárané z alternatívnych produktov, najmä tam, kde existujú aj iné príležitosti na príjmy mimo poľnohospodárstva. Tieto príležitosti na zákonný príjem však nie sú dostupné pre všetkých a v mnohých oblastiach sú možnosti roľníkov obmedzené vysokými dopravnými nákladmi, zlými cestami a problémami vyplývajúcimi z nedostatku bezpečnosti. V týchto oblastiach korupcia a nedostatok bezpečnosti znižujú príležitosti na obchodovanie so zákonnými tovarmi a bránia hospodárskemu rastu a úsiliu podporovať diverzifikáciu plodín, dokonca aj v oblastiach, ktoré sú relatívne blízko provinčných centier.

Hepatiída C zostáva v Európe skrytou epidémiou

EMCDDA odhaduje, že v Európe môže žiť až 200 000 ľudí s infekciou HIV, ktorí sú v súčasnosti injekčnými užívateľmi drog alebo nimi boli v minulosti. Hoci verejnosť je dobre informovaná o rizikách HIV, ktoré predstavuje injekčné užívanie drog, je dôležité mať na pamäti, že existuje tiež odhadom 1 milión ľudí, ktorí niekedy injekčne užívali drogy a ktorí sú nakazení vírusom hepatitídy C (HCV) – vrátane významného podielu tých, ktorí už drogy neužívajú.

Hepatiída C môže mať vážne zdravotné dôsledky vrátane rakoviny a smrti a plnenie potrieb ľudí nakazených HCV bude pravdepodobne klásť zvýšenú záťaž na rozpočty zdravotníctva. V Európe sú miery výskytu HCV medzi injekčnými užívateľmi drog vysoké a štúdie ukazujú, že mladí injekční užívatelia drog naďalej získavajú toto ochorenie už v počiatočnej fáze užívania drog, čo obmedzuje príležitosti na zásah. Na rozdiel od hepatitídy B, kde sa zdá, že zásahy prinášajú svoje ovocie, v údajoch o HCV nie je evidentný žiadny jednoznačný trend, hoci rozdiely medzi krajinami môžu napovedať, čo by v tejto oblasti mohlo byť účinným opatrením.

Užívanie heroínu je stabilné, ale existujú obavy z narastajúcich problémov so syntetickými opiátmi

Odhaduje sa, že potenciálna celosvetová produkcia heroínu, najmä v Afganistane, sa v roku 2006 opäť zvýšila na vyše 600 ton. To vyvoláva pre Európu otázku: aký vplyv bude mať toto zvýšenie na drogový problém? Zvýšenie produkcie heroínu sa zatiaľ neprejavilo vo väčšine ukazovateľov užívania heroínu, ktorého úroveň je už istú dobu celkovo stabilná. Dôkazy z analýzy údajov o protidrogovej liečbe a predávkovania drogami naznačujú, že populácia užívajúca heroín v Európe naďalej starne, hoci tento obraz je vo východnej Európe menej jasný. Celkové odhady problémového užívania drog tiež vo všeobecnosti poukazujú na stabilnú situáciu. Napriek tomu klesajúca cena tejto drogy a stúpajúci počet mladých užívateľov heroínu v liečbe v niektorých krajinách zdôrazňujú potrebu venovať tejto otázke naďalej veľkú pozornosť.

Hoci v súčasnosti neexistujú jasné dôkazy o tom, že užívanie heroínu získava popularitu medzi mladými ľuďmi, existujú náznaky v rôznych správach, že užívanie syntetických opiátov môže byť narastajúcim problémom v niektorých

časťach Európy a že syntetické opiáty v niektorých krajinách môžu dokonca nahrádzať heroín. V Rakúsku je čoraz väčší podiel klientov žiadajúcich o liečbu vo veku pod 25 rokov a hľadajúcich pomoc kvôli problémom so zneužívaním opiátov, ktoré boli pôvodne určené na zákonné použitie. Podobne Belgicko uvádza istý nárast nezákonného užívania metadónu a v Dánsku sa metadón bežne spomína v správach o úmrtiach súvisiacich s drogami. Buprenorfín, droga, ktorú niektorí považujú za málo príťažlivú pre nezákonný trh, sa tiež uvádza ako čoraz viac užívaná v Českej republike, a to aj injekčne; táto droga možno nahrádza heroín vo Fínsku, a monitorovanie vo Francúzsku zvyšuje obavy z nezákonného užívania tejto drogy vrátane injekčného užívania medzi mladými ľuďmi, ktorí pri užívaní opiátov začali s buprenorfínom, a nie s heroínom.

Klesajúci trend v úmrtiach spôsobených predávkovaním drogami sa oslabuje

EMCDDA pravidelne informuje o náhlých úmrtiach súvisiacich s drogami v Európe – sú to najmä úmrtia spôsobené predávkovaním a obvykle ide o heroín alebo iné opiáty, hoci vo väčšine prípadov sa konzumuje viacero látok. Úmrtia spôsobené predávkovaním predstavujú významnú príčinu úmrtnosti medzi mladými dospelými, ktorej sa dalo predísť.

Od roku 2000 mnohé krajiny EÚ uvádzajú zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami, čo možno odráža zvýšené poskytovanie služieb alebo zmeny v počte injekčných užívateľov heroínu. Tento trend však nepokračoval v rokoch 2004 a 2005. Mimoriadne znepokojujúca je skutočnosť, že v niekoľkých krajinách podiel mladších ľudí spomedzi tých, ktorí zomreli, narastá. Znižovaniu počtu úmrtí súvisiacich s drogami je dôležitým cieľom verejného zdravotníctva a je potrebné identifikovať dôvody, pre ktoré sa klesajúci trend oslabuje.

Smrť predávkovaním nie je jediným zdravotným rizikom, ktorému čelia ľudia majúci problémy s drogami. Štúdie ukazujú, že nadmerná úmrtnosť z akýchkoľvek príčin je medzi problémovými užívateľmi drog značná: až 10-násobne vyššia, ako by sa očakávalo vo všeobecnej populácii. Preto je potrebné vypracovať komplexnejší prístup k riešeniu telesných a duševných zdravotných problémov tejto skupiny, ak chceme chorobnosť a úmrtnosť súvisiacu s chronickým užívaním drog výrazne znížiť.



Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

V tejto kapitole sa opisujú protidrogové politiky EÚ ako celku a jednotlivých členských štátov, ako aj vzťah medzi týmito dvoma úrovňami vytvárania politik. Vykonávanie zhromažďovania údajov predložených EMCDDA v období, za ktoré sa predkladajú správy, umožňuje prehľad súčasných národných protidrogových stratégií a inštitucionálnych rámcov v celej Európe. Odhadom nákladov súvisiacich s drogami pre spoločnosť sa zaoberá časť o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami. Na základe údajov o národných verejných výdavkoch uvádzaných členskými štátmi sa urobil prvý približný odhad celkovej čiastky, ktorú minulí európske vlády na drogový jav. Zmeny právnych predpisov zamerané na zníženie ponuky a na zákonné prístupy k testovaniu drog sú opísané v časti o súčasných zmenách vo vnútroštátnych právnych predpisoch. Prehľad najnovších štatistík o porušovaní protidrogových zákonov a trendy v porušovaní zahŕňajúce opiáty a kanabis sú uvedené v časti o trestných činoch súvisiacich s drogami. Kapitola sa končí časťou o výskume v Európe súvisiacom s drogami.

Národné protidrogové stratégie

Všeobecná situácia a nový vývoj

Začiatkom roku 2007 všetky členské štáty s výnimkou Talianska, Malty a Rakúska mali národné protidrogové stratégie, niekedy sprevádzané akčným plánom. V tom čase bolo v Európe celkom v platnosti viac ako 35 rôznych národných protidrogových plánovacích dokumentov, ktoré pokrývali časové obdobie siahajúce od dvoch rokov (český akčný plán) po viac ako desať rokov (holandská národná protidrogová stratégia).

Pozoruhodným trendom v posledných rokoch bol posun od jedného národného plánovacieho dokumentu k prijatiu dvoch dopĺňajúcich sa nástrojov: strategického rámca a akčného plánu. Tento prístup, ktorý umožňuje lepšie vytváranie krátkodobých, strednodobých a dlhodobých cieľov, sa teraz používa v takmer polovici členských štátov EÚ a je dokonca bežnejší v štátoch, ktoré vstúpili do EÚ v rokoch 2004 a 2007: osem z týchto 12 krajín má protidrogovú stratégiu aj akčný plán.

Zásada kombinovania protidrogovej stratégie s akčnými plánmi uľahčuje detailnejšie definovanie cieľov, opatrení, zodpovedností a konečných termínov. Niektoré krajiny, napríklad Cyprus, Lotyšsko a Rumunsko začlenili podrobné realizačné postupy do svojich protidrogových stratégií a akčných plánov. Tento prístup, ktorý sa už dlhšie používa v iných členských štátoch (napr. v Španielsku, Írsku, Spojenom kráľovstve), sa stáva rozšírenejším a bol použitý aj v súčasných akčných protidrogových plánoch EÚ.

V roku 2006 štyri členské štáty (Grécko, Poľsko, Portugalsko, Švédsko) a Turecko, ako aj Severné Írsko v Spojenom kráľovstve, prijali nové protidrogové stratégie alebo akčné plány. V žiadnom z týchto prípadov toto nebolo prvým takýmto uplatnením a v každom z týchto prípadov národné správy uvádzali, že nové dokumenty o protidrogovej politike využili skúsenosti z predchádzajúcich dokumentov. V roku 2007 dva členské štáty, Malta a Rakúsko, ako aj Nórsko majú prijať nové protidrogové stratégie, kým Česká republika, Estónsko, Francúzsko a Maďarsko budú realizovať nové akčné plány.

Obsah

Znižovanie užívania drog vo všeobecnosti a problémového užívania drog zvlášť je hlavným cieľom národných protidrogových stratégií a akčných plánov všetkých členských štátov EÚ, kandidátskych krajín a Nórska. Všetky krajiny zdieľajú tiež cieľ zabrániť a znížiť individuálne a kolektívne škody vyplývajúce z užívania drog. Ďalším spoločným charakteristickým rysom je „komplexný“ prístup, pri ktorom intervencie zamerané na zníženie ponuky drog a intervencie zamerané na zníženie dopytu po drogách sú navzájom spojené. „Vyvážený“ prístup, ktorý sa snaží dať prioritu zníženiu ponuky a zníženiu dopytu, je tiež veľmi rozšírený. Všetky tieto prvky sú tiež súčasťou protidrogovej stratégie EÚ.

Rozsah látok pôsobiacich na psychiku, ktoré sú zahrnuté do národných protidrogových stratégií, je oblasťou, v ktorej existujú výrazné rozdiely medzi európskymi krajinami. Možno to vidieť v nových dokumentoch prijatých v roku 2006. Dva z nich riešia najmä nezákonné drogy (Poľsko, Portugalsko), aj keď s niektorými väzbami medzi protidrogovými stratégiami a stratégiami proti

Nové nariadenie EMCDDA

Dňa 12. decembra 2006 Európsky parlament a Rada Európskej únie podpísali prepracované nariadenie EMCDDA, ktoré nadobudlo platnosť v januári 2007.

Nové nariadenie zdôrazňuje dôležitosť kľúčových ukazovateľov a poznamenáva, že ich realizácia je nevyhnutným predpokladom na vykonávanie povinností, ktoré sú stredisku pridelené. Dôraz sa kladie aj na potrebu vyvinúť informačný systém, ktorý je citlivý na nové a novovznikajúce trendy.

Nový dokument rozširuje rozsah kompetencie EMCDDA. Osobitná pozornosť sa teraz venuje poskytovaniu informácií o kombinovanom užívaní zákonných a nezákonných látok pôsobiach na psychiku a o najlepšej praxi v členských štátoch. EMCDDA môže tiež vyvinúť nástroje a pomôcky, ktoré pomôžu členským štátom monitorovať a hodnotiť národné protidrogové politiky a pomáhať Európskej komisii robiť to isté na úrovni

EÚ. Všetky tieto nové prvky umožnia agentúre poskytovať kompletnejší obraz o drogovom fenoméne.

Nové nariadenie kladie väčší dôraz na spoluprácu s partnerskými agentúrami, najmä Europolom, v prípade monitorovania nových psychotropných látok, a s inými partnermi, napríklad WHO, OSN alebo príslušnými štatistickými úradmi, aby sa dosiahla maximálna účinnosť. Nové nariadenie uvádza krajiny, do ktorých EMCDDA môže previesť svoje know-how, na požiadanie Európskej komisie a so súhlasom správnej rady.

Úloha národných kontaktných miest siete Reitox je v novom dokumente jasnejšie definovaná. Nová verzia upravuje aj nariadenie týkajúce sa vedeckého výboru. Agentúra tak bude mať k dispozícii súdržný, nezávislý orgán významných vedcov. Okrem toho, aby sa pomohlo zabezpečiť kvalitu práce EMCDDA, poskytne aj spojenie so širšou vedeckou a výskumnou komunitou.

alkoholu/tabaku, dva riešia nezákonné drogy a alkohol (Grécko, Severné Írsko v Spojenom kráľovstve) a jeden (Turecko) rieši všetky návykové látky. Okrem toho Švédsko prijalo súčasne dva navzájom prepojené akčné plány, jeden pre alkohol a jeden pre nezákonné drogy. Posuny smerom k integrácii politík pre zákonné a nezákonné drogy je zrejmý v niektorých krajinách už niekoľko rokov (napríklad Nemecko, Francúzsko) ⁽¹⁾. Rozsah budúcich protidrogových stratégií a ich možná integrácia s inými stratégiami verejného zdravotníctva pravdepodobne zostane dôležitou témou počas nadchádzajúcich rokov.

Národné protidrogové stratégie a akčné plány zahŕňajú vo všeobecnosti zásahy v oblastiach prevencie, liečby a rehabilitácie, znižovania škôd spôsobených užívaním drog a znižovania ponuky. Rozsah rôznych zásahov a dôležitosť pripisovaná každému z nich sa však medzi krajinami líši ⁽²⁾. Možným vysvetlením sú rozdiely v rámci veľkosti a charakteristik drogového problému, ale aj rôznorodosti sociálnych a zdravotných politík v Európe. Finančné zdroje, verejná mienka a politická kultúra sú tiež dôležitými faktormi a možno ukázať, že krajiny, ktoré majú určité spoločné rysy, prijímajú podobné protidrogové politiky (Kouvonen a kol., 2006).

Hodnotenie

Rôznorodosť národných protidrogových stratégií v EÚ so spoločnými cieľmi sa môže považovať za silnú stránku, pretože umožňuje porovnávaciu analýzu rôznych druhov prístupu. Hodnotenie národných protidrogových stratégií a akčných plánov je preto dôležité nielen pre hodnotenie

snáh na národnej úrovni, ale aj pre zlepšovanie celkového chápania účinnosti protidrogových stratégií. EÚ a jej členské štáty už investovali významné zdroje do tejto oblasti.

Takmer všetky európske krajiny uvádzajú cieľ hodnotenia ich národnej protidrogovej stratégie. Vlády chcú vedieť, či sa ich politiky realizujú a či sa dosahujú očakávané výsledky. V dvoch členských štátoch (Belgicko, Slovinsko) bol rozsah hodnotenia obmedzený na niekoľko vybraných projektov. Vo väčšine ostatných krajín a na úrovni EÚ sa systematicky sleduje realizácia opatrení stanovených v národnej protidrogovej stratégii. Toto umožňuje vykonávanie kontrol pokroku, ktorých zistenia sa môžu použiť na zlepšenie alebo obnovenie existujúcich protidrogových stratégií alebo akčných plánov.

Globálne hodnotenia, ktoré zahŕňajú proces, výsledok a vplyv, sú v Európe menej časté. Niektoré krajiny (Estónsko, Grécko, Španielsko, Poľsko, Švédsko) podávajú správy o plánovaní interného hodnotenia založeného na uskutočnení kontrol pokroku, realizácie a na iných dostupných epidemiologických a kriminologických údajoch. V niektorých prípadoch (Luxembursko, Portugalsko) bude takéto hodnotenie vykonávať externý orgán.

Kontroly pokroku realizácie národných protidrogových stratégií a akčných plánov sa stávajú v Európe štandardnými. Ďalší krok, ktorým je vypracovanie hodnotení výsledkov a vplyvov, je ešte stále vo svojich začiatkových etapách a hodnotenie budúcich vplyvov protidrogového akčného plánu EÚ na roky 2005 – 2008, pre ktoré Európska komisia zadala štúdiu zameranú na navrhnutie metodiky, by sa mohlo stať príkladom. Existuje tiež určitá činnosť

⁽¹⁾ Pozri vybranú otázku z roku 2006 „Európske protidrogové politiky: rozšírené nad rámec nezákonných drog?“.

⁽²⁾ Pozri kapitolu 2.

v oblasti vypracovania indexov určených na hodnotenie vplyvu národných protidrogových stratégií alebo celkovej drogovej situácie. Spojené kráľovstvo a Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) vynaložili značné úsilie v tejto oblasti.

Indexy protidrogovej politiky

Index škodlivosti drog (DHI) Spojeného kráľovstva je určený na zachytenie sociálnych nákladov na škody spôsobené problémovým užívaním akejkoľvek nezákonnej drogy. Zahŕňa štyri typy škôd: vplyvy na zdravie, poškodenia komunity, domáce trestné činy súvisiace s drogami a obchodné trestné činy súvisiace s drogami. Nie je však určený na to, aby bol úplným zhrnutím drogovej situácie v krajine, pretože ukazovatele sú obmedzené na tie typy, pre ktoré už existujú rozsiahle údaje a výsledné hodnoty a trendy sa používajú ako základ, oproti ktorému sa hodnotí budúci pokrok (MacDonald a kol., 2005). Index nezákonných drog (IDI) UNODC kombinuje tri rozmery drogového javu: výrobu drog, nezákonné obchodovanie s drogami a zneužívanie drog. Výsledkom je celkové hodnotenie založené na „faktore poškodenia/rizika na hlavu“, ktoré by malo odrážať rozsah všetkých drogových problémov, ktoré vzniknú v danej krajine (UNODC, 2005).

Vytvorenie oboch nástrojov zahŕňa zaujímavý metodický vývoj a umožňuje prvý dôkladný náhľad do používania celkových indexov, aby sa vyhodnotili protidrogové stratégie a sledovala sa celková drogová situácia. Prvé pozorovanie ukazuje, že takéto nástroje môžu byť užitočné pre priebežné sledovanie vnútroštátnej situácie, ale aby sa pochopilo, čo sa skutočne deje, výsledok by sa mal dať do kontextu s analýzou jednotlivých ukazovateľov v rámci indexov. Používanie celkového indexu pre vnútroštátne porovnanie by mohlo byť ťažšie kvôli obmedzeniam existujúcich súborov údajov a chýbaniu kontextových premenných (napr. geografickej situácie) z analýzy.

Mechanizmy koordinácie

Kým formálne mechanizmy protidrogovej koordinácie teraz existujú takmer vo všetkých členských štátoch EÚ a v Nórsku, v existujúcich systémoch je značná rôznorodosť, ktorá odráža rozdiely v politických štruktúrach medzi krajinami. Napriek tomu sa môžu opísať niektoré všeobecné rysy.

Väčšina krajín má mechanizmy protidrogovej koordinácie na národnej a regionálnej úrovni alebo na miestnej úrovni. Na národnej úrovni obvykle existuje medzirezortný výbor pre drogy, ktorý je často doplnený národnou protidrogovou koordináčnou agentúrou a/alebo národným protidrogovým koordinátorom, ktorý zodpovedá za každodennú koordináciu činností. Na regionálnej alebo miestnej úrovni

existujú vo väčšine krajín protidrogové koordináčne agentúry a/alebo protidrogoví koordinátori.

Európske krajiny sa líšia v tom, ako sú mechanizmy koordinácie na národnej úrovni spojené s mechanizmami na regionálnej alebo miestnej úrovni. V niektorých krajinách, najmä v tých s federálnym usporiadaním (napr. Belgicko, Nemecko) sa používa vertikálny koordináčny systém, aby sa umožnila spolupráca medzi rôznymi koordináčnymi orgánmi, ktoré pôsobia nezávisle. V iných krajinách (napr. vo Fínsku a v Portugalsku) dozerajú na koordináciu na regionálnej alebo miestnej úrovni priamo národné koordináčne orgány.

Porovnávaciu analýzu mechanizmov protidrogovej koordinácie je v EÚ sťažuje rôznorodosť existujúcich systémov. Avšak štúdia zadaná EMCDDA ukázala, že je možné hodnotiť koordináčne systémy zameraním sa na ich „kvalitu realizácie“, čo je koncepcia na štúdium ich možnosti vytvárať výstupy koordinácie (Kenis, 2006). Tento prístup sa bude ďalej rozvíjať, aby ho bolo možné použiť pri hodnotení národných systémov protidrogovej koordinácie.

Verejné výdavky súvisiace s drogami

Verejné výdavky na drogovú problematiku uvádzané európskymi krajinami dosahujú 200 000 eur až 2 290 miliónov eur⁽³⁾. Táto vysoká variabilita sa čiastočne vysvetľuje rôznymi veľkosťami členských štátov a čiastočne rozdielmi medzi krajinami v typoch uvádzaných výdavkov a úplnosťou údajov. Väčšina krajín uvádzala iba výdavky vynaložené v súvislosti s realizáciou národných programov protidrogovej politiky a neuvádzala podrobne iné výdavky v oblasti znižovania ponuky a dopytu. Okrem toho nie všetky hlavné oblasti štátnych výdavkov na drogový jav boli vždy zahrnuté, keď iba 15 z 23 krajín poskytlo podrobné informácie o výdavkoch na činnosti „zdravotnej a sociálnej starostlivosti“ (liečba, znižovanie škôd, zdravotný výskum, vzdelávacie, preventívne a sociálne činnosti) a iba 14 krajín poskytlo správy o výdavkoch na „presadzovanie práva“ (činnosti polície, armády, súdov, väznic, colníc a finančnej polície). Informácie o výdavkoch v iných oblastiach (napr. administratíva, koordinácia, monitorovanie a medzinárodná spolupráca) boli dokonca ešte obmedzenejšie (sedem krajín), ako aj informácie o regionálnych rozpočtoch a rozpočtoch orgánov miestnej správy (šesť krajín).

Šesť krajín poskytlo podrobné informácie o výdavkoch súvisiacich s riešením problémov s drogami (tabuľka 1). V týchto krajinách verejné výdavky súvisiace s drogami predstavovali 0,11 % až 0,96 % celkových všeobecných vládnych výdavkov za rok (medián 0,32 %) alebo 0,05 % až 0,46 % národného hrubého domáceho produktu (HDP) (medián 0,15 %). Činnosti súvisiace s „presadzovaním

⁽³⁾ Celkové údaje o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami za rok 2005 v členských štátoch EÚ a Nórsku boli identifikované príslušnými národnými kontaktnými miestami.

Náklady na užívanie drog

Štúdie o nákladoch na užívanie drog môžu byť dôležitým zdrojom informácií pre vývoj a riadenie protidrogových politík.

Náklady súvisiace s drogami sa môžu rozdeliť do dvoch hlavných kategórií: priame a nepriame. Priame náklady sú tie, pre ktoré sa vykonávajú platby a obvykle zahŕňajú výdavky v oblastiach prevencie, liečby, znižovania škôd a presadzovania práva. Nepriame náklady sú hodnotou produktívnych služieb, ktoré sa nevykonali kvôli užívaniu drog a obvykle pozostávajú zo z straty produktivity kvôli chorobnosti a úmrtnosti súvisiacej s drogami. Náklady súvisiace s drogami môžu zahŕňať aj nehmotné náklady vo forme bolesti a utrpenia, obvykle vo forme miery kvality života, ale táto kategória nákladov sa často vynecháva kvôli ťažkosti ich presnej kvantifikácie z finančného hľadiska.

Štúdiá nákladov sa môže vykonať z viacerých odlišných perspektív, z ktorých každá by mohla zahŕňať odlišné náklady, napríklad náklady spoločnosti ako celku, vlády, systému zdravotnej starostlivosti, platiteľov tretím stranám a užívateľov drog a ich rodín.

Spoločenská perspektíva

Sociálne náklady súvisiace s drogami sú sumou všetkých nákladov pre spoločnosť, priamych a nepriamych, spôsobených užívaním drog. Výsledok, ktorý je vyjadrený v peniazoch, je odhadom celkového zaťaženia, ktoré kladie užívanie drog na spoločnosť (Single a kol., 2001).

Stanovenie sociálnych nákladov na užívanie drog má viaceré výhody. Po prvé, odhaľuje, koľko minie spoločnosť na otázky súvisiace s drogami a nepriamo čiastku, ktorá by sa ušetrila, keby sa užívanie drog úplne zrušilo. Po druhé, identifikuje rôzne zložky nákladov a veľkosť príspevku každého sektora spoločnosti. Takéto informácie môžu pomôcť určiť financovanie priorit zdôrazňovaním oblastí, kde môžu existovať nedostatky a kde sa môžu dosiahnuť úspory.

Perspektíva verejných výdavkov

Výraz „verejné výdavky“ sa vzťahuje na hodnotu tovarov a služieb kúpených vládou štátu (t. j. centrálnou vládou, regionálnou a miestnou samosprávou), aby vykonávala každú zo svojich funkcií (t. j. zdravotná starostlivosť, súdnictvo, verejný poriadok, vzdelávanie, sociálne služby). Analýza štátnych verejných výdavkov poskytuje užitočné informácie týkajúce sa schopnosti vlády minúť ich efektívne a účinne.

Odhad verejných výdavkov súvisiacich s drogami sa uskutočňuje inak ako odhad sociálnych nákladov. Verejné výdavky predstavujú iba časť sociálnych nákladov, najmä vo forme priamych nákladov; nepriame náklady sú výslovne vylúčené, pretože sú to náklady od súkromných zainteresovaných osôb (napr. súkromných zdravotných poisťovní). Priame verejné výdavky, ktoré sú výslovne označené ako „súvisiace s drogami“, môžu byť od začiatku vysledované na základe dôkladného preskúmania oficiálnych finančných výkazov (napr. rozpočtov alebo koncoročných správ). Odhady sú komplikované, ak nie sú výdavky súvisiace s drogami takto označené a sú zahrnuté do programov so širšími cieľmi (napr. celkový prevádzkový rozpočet polície). V tomto prípade sa priame neoznačené výdavky súvisiace s drogami musia vypočítať prostredníctvom modelujúcich prístupov.

Prvotným cieľom výpočtov sociálnych nákladov je zväziť zaťaženie, ktoré predstavujú drogové problémy pre spoločnosť oproti nákladom spoločnosti na riešenie týchto problémov (vrátane možných nepriamych účinkov). V konečnom dôsledku to vedie k otázke o efektívnosti a účinnosti: mieniajú vlády svoje peniaze účinne a na správne problémy? Niektorí autori však (Reuter, 2006) navrhli, aby boli na účely politiky verejné výdavky relevantnejšie ako sociálne náklady. Protidrogový rozpočet pomáha opisovať, aké politiky využíva vláda na znižovanie užívania drog a súvisiacich problémov, aký je prvý krok smerom k rozhodovaniu, či sú úroveň a obsah týchto politík primerané.

práva“ predstavovali 24 – 77 % celkových výdavkov, kým zvyšok sa použil na činnosti súvisiace so „zdravotnou a sociálnou starostlivosťou“.

Európske krajiny spolu uviedli celkové verejné výdavky súvisiace s drogami vo výške 8,1 miliardy eur. Tento údaj je pravdepodobne podhodnotením celého rozsahu verejných výdavkov súvisiacich s drogami vzhľadom na vysokú úroveň nedostatočného poskytovania správ. Šesť krajín uvedených v tabuľke 1 predstavuje 76 % celkových verejných výdavkov uvádzaných členskými štátmi EÚ a Nórskom. Na základe údajov poskytnutých týmito šiestimi krajinami sa vypočítalo, že celkové verejné výdavky európskych krajín súvisiace s drogami, ležia niekde medzi 13 miliardami eur

a 36 miliardami eur⁽⁴⁾. Tieto údaje predstavujú 0,12 % až 0,33 % HDP EÚ (25 krajín) v roku 2005.

Na úrovni EÚ bude Európska komisia poskytovať rozsiahle finančné prostriedky na riešenie otázky drog podľa nového rozpočtu na obdobie 2007 – 2013. Rokuje sa o novom nástroji financovania pre prevenciu a informácie o drogách vo výške 21 miliónov eur, ktorý môže byť prijatý do konca roku 2007, čím budú k dispozícii 3 milióny eur pre nadnárodné projekty v tomto roku. Iné nové finančné nástroje, napríklad Program prevencie a boja proti trestnej činnosti, Program verejného zdravia 2007 – 2013 a 7. rámcový program RTD 2007 – 2013 tiež poskytujú príležitosti financovania pre organizácie, ktoré pracujú na iných aspektoch oblasti drog.

(4) Zo šiestich krajín štyri krajiny (Maďarsko, Holandsko, Fínsko a Švédsko) poskytli podrobné prepracované prístupy svojich údajov. Pri aplikovaní na zostávajúce krajiny hodnota prvého a tretieho kvartilu distribúcie percent celkových všeobecných vládnych výdavkov (0,18 % a 0,69 %) a percent HDP (0,08 % a 0,37 %), ktoré boli verejne vynaložené šiestimi vybranými krajinami, poskytuje interval celkových akumulovaných výdavkov.

Tabuľka 1: Porovnanie vybraných krajín s úplnými údajmi a ďalšími podrobnosťami o zložení ich verejných výdavkov súvisiacich s drogami

Krajina	Celkové uvádzané výdavky			Podiel celkových výdavkov poskytnutých na	
	výška (v miliónoch eur)	ako podiel celkových verejných výdavkov ⁽¹⁾ (%)	ako podiel HDP ⁽²⁾ (%)	zdravotnú a sociálnu starostlivosť ⁽³⁾ (%)	presadzovanie práva ⁽⁴⁾ (%)
Belgicko ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Maďarsko	43,5	0,11	0,05	23	77
Holandsko	2185,5	0,96	0,43	25	75
Fínsko	272,0	0,36	0,18	76	24
Švédsko (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Spojené kráľovstvo	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Celkové všeobecné vládne výdavky za rok (zdroj: Eurostat).
⁽²⁾ Hrubý domáci produkt za rok (zdroj: Eurostat).
⁽³⁾ Výdavky na zdravotnú a sociálnu starostlivosť zahŕňajú liečbu, znižovanie škôd, zdravotný výskum a vzdelávacie preventívne a sociálne zásahy. Pre Fínsko, okrem „prevencie zneužívania látok“, zahŕňa poskytnutá čiastka aj škody na majetku, monitorovanie a výskum.
⁽⁴⁾ Výdavky na presadzovanie práva zahŕňajú výdavky na políciu, armádu, súdy, väznice, colnice a finančnú políciu.
⁽⁵⁾ Belgicko tiež pridelilo 3 % celkových výdavkov uvádzaných na „činnosti riadenia politiky“.
Zdroje: Národné kontaktné miesta a Eurostat.

Okrem toho od roku 2005 EK a členské štáty spolufinancovali projekty pomoci súvisiace s drogami v tretích krajinách v hodnote viac ako 750 miliónoch eur.

V reakcii na protidrogový akčný plán EÚ 2005 – 2008 EMCDDA v súčasnosti pracuje na vývoji metodiky, ktorá umožní členským štátom, kandidátskym krajinám a Nórsku zhromaždiť štandardizované údaje o výdavkoch súvisiacich s drogami. Toto pomôže EMCDDA odhadnúť celkové verejné výdavky pridelené na drogy a to, ako sú rozdelené medzi rôzne činnosti.

Rozvoj v oblasti právnych predpisov a politiky EÚ

Na konci roku 2006 Európska komisia predložila svoju prvú správu o dosiahnutom pokroku ⁽⁵⁾ pri realizácii Protidrogového akčného plánu EÚ (2005 – 2008). Hodnotila v nej mieru, v akej sa dosiahli činnosti plánované na rok 2006 a či sa splnili ciele plánu na rok 2006. EMCDDA prispela k tomuto postupu vypracovaním súboru správ. Podobný postup sa uskutočnil v roku 2007 pred hodnotením konečného vplyvu protidrogového akčného plánu EÚ, ktorý predloží Európska komisia v roku 2008.

V júni 2006 vydala Európska komisia zelenú knihu o úlohe občianskej spoločnosti v protidrogovej politike v Európskej únii ⁽⁶⁾, ako je uvedená v protidrogovom akčnom pláne.

Cieľom zelenej knihy je preskúmať, ako čo najlepšie organizovať nepretržitý dialóg s organizáciami občianskej spoločnosti, ktoré sú aktívne v protidrogovej oblasti. Účastníci boli vyzvaní, aby sa vyjadrili k dvom možnostiam štruktúrovaného dialógu fóra občianskej spoločnosti o drogách ako platformy pre pravidelné neformálne konzultácie alebo tematického spájania existujúcich sietí.

Angažovanosť občianskej spoločnosti na protidrogovej politike v EÚ je tiež jedným z hlavných cieľov osobitného programu pre prevenciu drog a informácie o nich 2007 – 2013 ⁽⁷⁾, ktorý navrhla Európska komisia v rámci všeobecného programu pre základné práva a spravodlivosť.

Správy o sociálnych nákladoch na užívanie drog

Údaje o sociálnych nákladoch na užívanie drog uvádza iba malý počet krajín. Vo Fínsku (údaje z roku 2004) bolo vypočítané, že nepriame náklady súvisiace s užívaním drog vrátane zneužívania farmaceutických výrobkov predstavujú 400 – 800 miliónoch eur v regióne, z čoho 306 – 701 miliónoch eur bolo pripísaných nákladom na stratené životy kvôli predčasnému úmrtiu, kým straty produkcie boli vyčíslené na 61 – 102 miliónoch eur. Sociálne náklady na užívanie nezákonných drog boli odhadnuté na 907 miliónoch eur vo Francúzsku v roku 2003 a na 29,7 milióna eur v Luxembursku v roku 2004.

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

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

⁽⁷⁾ KOM (2006) 230 konečné znenie.

Všeobecným cieľom protidrogového programu je pomôcť vytvoriť z Európy slobodnú, bezpečnú a spravodlivú oblasť zlepšovaním informácií o účinkoch užívania drog a prevenciou a znížením užívania drog, závislosti a škôd súvisiacich s užívaním drog. Pre obdobie 2007 – 2013 má tento program celkový rozpočet 21 miliónov eur. O protidrogovom programe sa ešte stále diskutuje v Európskom parlamente a v Rade z hľadiska jeho prijatia postupom spolurozhodovania.

Nové vnútroštátne právne predpisy

Znižovanie ponuky

V minulom roku urobili členské štáty početné legislatívne zmeny v oblasti znižovania dopytu, ale rok 2006 bol aj svedkom toho, ako viacero krajín podniklo opatrenia na zlepšenie zákonných rámcov, ktoré riešia nezákonné obchodovanie s drogami a otázky týkajúce sa znižovania ponuky.

Podstatné zmeny v Írsku zahŕňali zavedenie zákona o trestnom súdnictve z roku 2006, ktorý ustanovuje nové trestné činy, ako je ponúkanie drog väzňom, ustanovenia na vyrovnanie sa s asociálnym správaním a návrhy na sprísnenie 10-ročného povinného minimálneho trestu za nezákonné obchodovanie s drogami v pouličnej hodnote 13 000 eur alebo viac. Členstvo v „zločineckej organizácii“ alebo jej napomáhanie (ako je definované v zákone) je trestané a zriadil sa register drogových páchatel'ov, ktorý požaduje od tých, ktorí boli odsúdení za nezákonné obchodovanie s drogami, aby oznámili polícii svoju adresu po prepustení z väzenia. Naproti tomu boli v Maďarsku zavedené procedurálne zmeny, kde sa opatrenie Národného policajného riaditeľstva zameralo na kodifikovanie všetkých činností polície súvisiacich s drogami a prekurzormi do jedného, komplexného zákona, aby pomohlo bojovať proti trestným činom súvisiacim s drogami.

Tiež sa stanovili alebo zlepšili postupy týkajúce sa používania niektorých nástrojov v boji proti nezákonnému obchodovaniu s drogami. V Estónsku sa zmenil a doplnil zákon o omamných a psychotropných látkach a súvisiace zákony v máji 2005, aby sa rozšíril rozsah sledovania. Zákon uplatnený v Rumunsku v júni 2006 zaviedol európsky zatykač a stanovil postupy pre jeho používanie, ako aj opatrenia na zlepšenie súdnej spolupráce, sledovania a cezhraničného vykonávania a prevodu právnych postupov. Nový trestný poriadok zavedený v Bulharsku v októbri 2005 upravuje kontrolované poskytovanie, tajné transakcie a tajné vyšetrovanie. Existujú aj ustanovenia pre dočasnú ochranu svedkov v drogových prípadoch a za určitých okolností na ochranu totožnosti svedkov, ako aj špeciálne pravidlá pre výsluch takýchto svedkov a používanie tajných agentov.

Podobné nástroje sú k dispozícii pre prokurátorov v iných krajinách. Trestné stíhanie za trestné činy súvisiace s drogami v Českej republike často uplatňuje ustanovenia trestného poriadku, ktoré umožňujú ochranu totožnosti svedkov a sledovanie osôb. Zákon o ochrane svedkov sa tiež široko uplatňuje v drogových prípadoch na Cypre.

Nedávny nárast nezákonného obchodovania s kokaínom upriamil pozornosť na Karibskú oblasť. V Holandsku pôsobí na letisku Schiphol od roku 2003 špeciálny súd s väzenskými zariadeniami. Od začiatku roku 2005 existuje 100 % kontrola všetkých letov z hlavných karibských krajín. V roku 2004 bolo priemerne mesačne uväznených 290 drogových kuriérov, ktorých počet sa začiatkom roku 2006 znížil na 80 mesačne. Zákon vydaný vo Francúzsku v októbri 2005 posilňuje spoluprácu s Karibským regiónom s cieľom zachytiť nezákonné obchodovanie s drogami letecky a po mori.

Regulovanie skúšok na drogy

Viacero krajín oznámilo zavedenie legislatívy, ktorá povoľuje, definuje alebo reguluje skúšky na drogy u vodičov, zatknutých osôb, väzňov alebo zamestnancov v rôznych situáciách.

Náhodné cestné kontroly u vodičov, pri ktorých sa používajú rýchle testovacie zariadenia na mieste, sú teraz povolené v Litve, podľa uznesenia, ktorým sa schvaľuje Národný program bezpečnej premávky na cestách 2005 – 2010 a v Luxembursku, podľa návrhu zákona z roku 2004, ktorým sa mení a dopĺňa zákon o riadení premávky. V Lotyšsku zmenený a doplnený trestný zákon teraz pokutuje vodičov, o ktorých sa predpokladá, že používajú vozidlo, keď sú pod vplyvom drog, a ktorí sa odmietnu podrobiť skúške s možnosťou uloženia trestu odňatia slobody v prípade opakovaného odmietnutia do jedného roka. V Lotyšsku zmenený zákon „o polícii“ teraz uvádza, že osoba môže byť dopravená do zdravotníckeho zariadenia, aby sa zistilo, či užila alkohol alebo omamné, psychotropné alebo toxické látky a odvoláva sa na vládne nariadenia, ktoré podrobne uvádzajú postup. Postupy týkajúce sa vykonávania skúšok na drogy u vodičov sú ďalej opísané vo vybranej otázke o drogách a riadení vozidiel z roku 2007.

Osobitné skupiny zatknutých osôb môžu byť teraz v Škótsku podrobené skúškam na drogy, v súlade so situáciou v Anglicku a Walese a nový návrh väzenského poriadku uverejnený v Írsku v júni 2005 Ministerstvom spravodlivosti, rovnosti a právnej reformy zavádza možnosť povinného vykonávania skúšok na drogy u väzňov. Uvádza sa, že je to v záujme dobrého poriadku, bezpečnosti, zdravia a ochrany a bude sa vykonávať na vzorkách moču, ústnych tekutín a/alebo vlasov.

V Nórsku už neplatí, že sa skúšky na drogy na pracovisku môžu vykonávať, len ak zamestnanec alebo uchádzač o prácu dá na to súhlas. Odkedy nadobudol platnosť odsek 9 – 4 Zákona o pracovnom prostredí z roku 2005, zamestnávateľ môže požadovať od zamestnanca alebo uchádzača o prácu, aby sa podrobil skúškam na drogy, iba za okolností stanovených v zákonoch a nariadeniach, alebo ak vykonávanie práce pod vplyvom drog prináša mimoriadne vysoké riziko, alebo ak si zamestnávateľ myslí, že skúšky sú potrebné na ochranu života a zdravia zamestnancov alebo tretej strany. Nová vyhláška fínskej vlády o skúškach na drogy uvádza komplexný zoznam ustanovení, ktoré riešia súhlas, ako aj kvalitatívne požiadavky na skúšobné laboratóriá, vzorky a výsledky skúšok.

Pravidlá v Českej republike, ktoré zahŕňajú skúšky na drogy vykonávané políciou, personálom väznic a zamestnávateľmi, sú teraz definované v zákone 379/2005 Zb. „o opatreniach na ochranu pred škodami spôsobenými tabakovými výrobkami, alkoholom a inými návykovými látkami“. Odborné vyšetrenie je povinné, ak sa dôvodne predpokladá, že užívaním látok sa osoba priviedla do stavu, v ktorom ohrozuje seba alebo iné osoby. Špecifikuje tiež, kedy polícia, personál väznic alebo zamestnávateľa sú oprávnení vykonať dychovú skúšku alebo odobrať vzorku slín. Lekárske vyšetrenia dychovou skúškou alebo na vzorkách biologického materiálu sa môže vykonávať iba v zdravotníckych zariadeniach, ktoré sú na to odborne a prevádzkovo spôsobilé.

Trestné činy súvisiace s drogami

Potreba zabrániť trestným činom súvisiacim s drogami je na poprednom mieste v agende európskej politiky, čo je ilustrované skutočnosťou, že súčasná protidrogová stratégia EÚ identifikuje tento cieľ ako hlavnú oblasť činnosti na dosiahnutie svojho cieľa, ktorým je zabezpečenie vysokej úrovne bezpečnosti pre širokú verejnosť.

Medzi úlohami naplánovanými na rok 2007 v protidrogovom akčnom pláne EÚ na roky 2005 – 2008 je prijatie spoločnej definície „trestných činov súvisiacich s drogami“ na základe návrhu Európskej komisie založenom na štúdiách, ktoré predložila EMCDDA. Na to, čo sa myslí pod „trestnými činmi súvisiacimi s drogami“, existujú medzi vednými odborníkmi a medzi odborníkmi odlišné názory, možno však predpokladať, že zahŕňajú štyri široké kategórie: *psychofarmakologické trestné činy* (trestné činy

spáchané pod vplyvom látok pôsobiacich na psychiku), *hospodársky podmienené trestné činy* (spáchané kvôli získaniu peňazí/tovaru/drog na podporu návyku na drogy), *systémové trestné činy* (spáchané v rámci fungovania trhov s nezákonnými drogami) a *porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami* (vrátane užívania, prechovávaní, dílerstva, nezákonného obchodovania atď.) (pozri aj EMCDDA, 2007a).

Definície prvých troch z týchto aspektov trestných činov súvisiacich s drogami sa niekedy v praxi ťažko aplikujú a údaje sú zriedkavé alebo útržkovité. Údaje o „správach“⁽⁸⁾ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami sú bežne dostupné vo všetkých európskych krajinách hodnotených v tejto správe. Tieto údaje však odrážajú aj rozdiely vo vnútroštátnej legislatíve a rôzne spôsoby, akými sa právne predpisy uplatňujú a presadzujú, ako aj rozdiely v stanovených prioritách a zdrojoch pridelených justičnými orgánmi na konkrétne trestné činy. Okrem toho existujú rozdiely medzi národnými informačnými systémami o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, najmä v súvislosti s postupmi poskytovania správ a evidencie, t. j. čo sa eviduje, kedy a ako. V dôsledku toho sa ťažko robia porovnania medzi krajinami; preto je vhodnejšie porovnávať trendy a nie absolútne čísla a brať do úvahy veľkosť národnej populácie pri analyzovaní európskych priemerných trendov. Celkovo sa na úrovni EÚ počet „správ“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami zvýšil v priemere o 47 % medzi rokom 2000 a 2005 (obrázok 1). Údaje odhaľujú narastajúce trendy vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Lotyšska, Portugalska a Slovinska, ktoré uvádzali celkový pokles počas päťročného obdobia⁽⁹⁾.

Rovnováha medzi trestnými činmi súvisiacimi s užívaním a s trestnými činmi súvisiacimi s nezákonným obchodovaním kolíše, pričom väčšina európskych krajín uvádza, že väčšina trestných činov súvisí s užívaním drog alebo ich prechovávaním na osobnú spotrebu a údaje v roku 2005 dosiahli až 91 % v Španielsku⁽¹⁰⁾. V Českej republike, Luxembursku, Holandsku, Turecku a Nórsku však porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahovali na dílerstvo a nezákonné obchodovanie, prevládali, pričom tieto porušenia dosahovali až 92 % (Česká republika) všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami uvádzaných v roku 2005.

Vo väčšine európskych krajín je kanabis nezákonnou drogou, ktorá je najčastejšie zahrnutá v uvádzaných porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami⁽¹¹⁾.

⁽⁸⁾ Výraz „správy“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami je uvádzaný v úvodzovkách, pretože opisuje rôzne koncepcie v rôznych krajinách (policijné správy o podozrivých porušiteľoch právnych predpisov súvisiacich s drogami, obvinenia z porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami atď.). Presnú definíciu pre každú krajinu si pozrite v metodických poznámkach o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁾ Pozri tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2007.

V krajinách, ktorých sa to týka, dosahovali v roku 2005 porušenia právnych predpisov súvisiace s kanabisom 42 – 74 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami. V Českej republike prevládali porušenia súvisiace s metamfetamínmi, keď dosiahli až 53 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, kým v Luxembursku bol najčastejšie uvádzanou látkou kokaín (obsiahnutý v 35 % porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami).

Počas päťročného obdobia 2000 – 2005 zostal počet „správ“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré zahŕňali kanabis, stabilný alebo sa zvýšil vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, čo malo za následok celkové priemerné zvýšenie o 36 % na úrovni EÚ (obrázok 1). Klesajúce trendy však uvádzali Česká republika (2002 – 2005) a Slovinsko (2001 – 2005).

Vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Luxemburska a Holandska, je kanabis drogou, ktorá je najčastejšie zahrnutá do trestných činov užívania/ prechovávanía na osobnú spotrebu. Avšak podiel porušení súvisiacich s užívaním, ktoré zahŕňali kanabis, sa od roku 2000 znižoval vo viacerých krajinách (Grécko, Taliansko, Cyprus, Rakúsko, Slovinsko a Turecko) a v úplne posledných rokoch, pre ktoré sú k dispozícii údaje (2004 – 2005), vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, čo možno naznačuje, že v týchto krajinách orgány činné v trestnom konaní sa asi zameriavajú na kanabis v menšej miere ako na iné drogy⁽¹²⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom sa počas obdobia 2000 – 2005 zvýšili vo všetkých európskych krajinách s výnimkou Nemecka, kde počet zostáva relatívne stabilný. Počas toho istého obdobia sa priemer pre EÚ zvýšil o 62 % (obrázok 1).

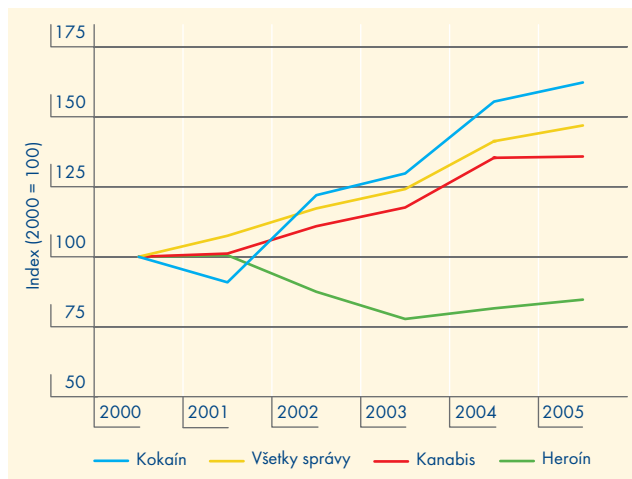
„Správy“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahujú na heroín, ukazujú medzi rokmi 2000 a 2005 odlišný obraz ako tie, ktoré sa vzťahujú na kanabis alebo kokaín, keď celkove poklesli v Európskej únii v priemere o 15 %, najmä medzi rokmi 2001 a 2003. Národné trendy porušení súvisiacich s heroínom sa však počas tohto obdobia rôznia, keď tretina krajín uvádza stúpajúce trendy⁽¹³⁾.

Výskum drogového problému

Financovanie

Výskum súvisiaci s drogami v Európe je financovaný, ako uvádzajú národné kontaktné miesta, prostredníctvom

Obrázok 1: Indexované trendy v správach o porušeníach protidrogových právnych predpisov v členských štátoch EÚ, 2000 – 2005



Poznámka: Trendy predstavujú dostupné informácie o celoštátnom počte správ o porušeníach protidrogových právnych predpisov (trestnoprávných a iných než trestnoprávných) poskytnutých orgánmi činnými v trestnom konaní v členských štátoch EÚ; všetky série sú indexované voči základu 100 v roku 2000 a vážené podľa veľkosti populácií jednotlivých krajín, aby sa vytvoril celkový trend EÚ.

Pretože definície a jednotky štúdií sa medzi jednotlivými krajinami veľmi líšia, používa sa všeobecný výraz „správy o porušeníach protidrogových právnych predpisov“; ďalšie informácie si pozrite v „Porušenia protidrogových právnych predpisov: metódy a definície“ v štatistickej ročenke 2007.

Krajiny, pre ktoré chýbajú údaje za dva alebo viac za sebou idúcich rokov, nie sú zahrnuté do výpočtov trendu: celkový trend je založený na 24 krajinách, trend pre heroín je založený na 14 krajinách, pre kokaín na 14 a pre kanabis na 15 krajinách.

Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku DLO-6 v štatistickej ročenke.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox a pre údaje o populácii <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

národných a európskych verejných fondov. Viacero členských štátov uvádza, že výskum drog je financovaný všeobecnými národnými fondmi pre výskum (Nemecko, Holandsko, Fínsko, Spojené kráľovstvo), fondmi pre výskum ministerstva zdravotníctva (Taliansko) alebo fondmi kontrolovanými národným protidrogovým koordinácnym orgánom (Francúzsko, Švédsko). V Rumunsku je výskum financovaný prostredníctvom medzinárodných organizácií, ako je Globálny fond.

Výskumná činnosť

Ak sa vezmú vedecké publikácie recenzované kolegami ako ukazovateľ vedeckej činnosti, analýza takýchto publikácií počas rokov 2005 a 2006 a citovaných v národných správach odhaľuje charakter priorit tematického výskumu, ktorý sa medzi krajinami líši.

⁽¹²⁾ V niektorých krajinách, kde podiel porušení súvisiacich s užívaním klesal, stojí za povšimnutie, že absolútne počty porušení súvisiacich s užívaním, ktoré zahŕňajú kanabis, stúpajú.

⁽¹³⁾ Skutočnosť, že európsky priemer neodráža zvýšenie porušení súvisiacich s heroínom, ktoré sa zistilo u polovice krajín, ktoré poskytli správy, je spôsobená tým, že krajiny, pre ktoré chýbajú údaje pre dva za sebou idúce roky, nie sú zahrnuté do európskeho priemeru, ale aj preto, lebo európsky priemer berie do úvahy veľkosti národných populácií (čím sa dáva väčšia váha údajom z niektorých krajín ako údajom z iných krajín).

Liečba závislosti sa zdá byť dôležitým predmetom výskumu, pričom väčšina štúdií skúma rôzne aspekty substituenej liečby. Výskum prevencie vysvetľuje oveľa menší podiel vedeckej literatúry citovanej v národných správach. Z piatich hlavných ukazovateľov EMCDDA sú najpočetnejšie publikácie o infekčných chorobách, za ktorými nasledujú publikácie o prevalencii užívania drog medzi mladými ľuďmi.

Vedecké publikácie citované v národných správach sa medzi krajinami líšia. Výskum liečby, najmä liečby užívateľov drog s hepatitídou C, sa cituje zvlášť často v nemeckej správe, zatiaľ čo holandská správa sa zameriava na nové metodiky liečby. Výskumné štúdie citované zo Spojeného kráľovstva sa zaoberajú najmä problémom užívania drog, otázkami trestných činov a trhu. Niekoľko odkazov na neurologický výskum pochádza najmä z Holandska; francúzsky MILDT však tiež financoval viacero výskumných projektov v tejto oblasti.

Výskumné programy, ktoré sa nedávno začali, poskytujú dôkazy o podobných národných výskumných prioritách medzi členskými štátmi. Finančné prostriedky súčasného národného výskumu v Nemecku sú pridelené na optimalizáciu liečebných služieb, aby sa splnil dopyt po liečbe, vrátane základného výskumu. V roku 2006 Holandsko začalo výskumný program „Rizikové správanie a závislosť“. V Spojenom kráľovstve sa nedávno začali štúdie o kvalite liečebných systémov a o veľmi mladých problémových užívateľoch drog. Nové členské štáty sa sústreďujú najmä na vybudovanie vedeckej základne pre

svoje monitorovacie systémy, napríklad prostredníctvom prieskumov medzi mládežou.

Výskum EÚ

Financovanie výskumu súvisiaceho s drogami poskytuje EÚ prostredníctvom rámcových výskumných programov, z ktorých najnovší, 7. rámcový program (2007 – 2013), sa začal koncom roka 2006. Výskumné projekty, ktoré uvádzali svoje výsledky v rokoch 2005/2006, vyplynuli z témy „Kvalita života“ v 5. rámcovom výskumnom programe EÚ (1998 – 2002). Medzi nimi je „kvázi povinná liečba páchatel'ov závislých od drog v Európe“ (QCT), „Potreba podpory potrieb pre užívateľov kokaínu a kraku v Európe“ (COCINEU) a „Integrované služby zamerané na dvojité diagnostiku a optimálne vyliečenie zo závislosti“ (ISADORA).

Drogy a riadenie vozidiel, vo vybraných otázkach EMCDDA 2007

Psychoaktívne látky môžu zhoršiť schopnosť osoby riadiť auto v takom rozsahu, že sa zvýši riziko nehôd a úrazov. Vybraná otázka o drogách a riadení vozidiel poskytuje prehľad o výsledkoch štúdií rôznych typov o tejto téme, ktoré sa zameriavajú na kanabis a benzodiazepíny, ako aj na preventívne a zákonné prístupy smerom k tomuto problémovému správaniu.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači a na internete iba v angličtine (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 2

Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad

Akčný protidrogový plán EÚ na roky 2005 – 2008 špeciálne vyzýva členské štáty, aby zvýšili poskytovanie účinných a diverzifikovaných metód prevencie, liečby, znižovania škôd a sociálnej reintegrácie, ktoré sú ľahko dostupné. Tieto stránky drogového problému v Európe budú podrobnejšie rozoberané v tejto kapitole.

Stratégie prevencie môžu byť zamerané na rôzne skupiny – siahajúce od všeobecnej populácie až po špecifické rizikové skupiny – a používané metódy sa líšia podľa nich. Liečba a opatrenia na zníženie škôd sú tiež k dispozícii pre užívateľov drog a v značnom počte krajín bola ich účinnosť posúdená prostredníctvom výsledkových štúdií. Opatrenia na zníženie škôd sa zameriavajú na prevenciu úmrtí súvisiacich s drogami a na zníženie škôd súvisiacich so zdravím, napríklad infekcií HIV alebo hepatitídy C. Heroínová závislosť sa obvykle lieči substitučnou liečbou a pre kanabisovú, amfetamínovú a kokaínovú závislosť sa vyvinuli špeciálne programy. V prípade úspešnej liečby je nasledujúcim krokom sociálna reintegrácia. Ako bude opísané nižšie, životné podmienky mnohých užívateľov drog sú biedne a stratégie sociálnej reintegrácie musia často prekonávať značné problémy.

Pre každý typ zásahu sú uvedené príklady z rôznych krajín a sú prediskutované výsledky výskumu na podporu ich účinnosti alebo na iný účel.

Prevencia

Účinky jednotlivých stratégií prevencie sa vo všeobecnosti nemôžu merať zmenami v prevalenciách užívania drog na úrovni populácie. Každá stratégia prevencie sa však môže porovnávať s nahromadeným dôkazovým materiálom s cieľom určiť, či ide o zásah založený na dôkazoch alebo nie. To si vyžaduje dobré informácie o obsahu, pokrytí a počte preventívnych zásahov.

Zlepšovanie dostupných informácií: monitorovanie, kontrola kvality a hodnotenie

Členské štáty čoraz viac monitorujú preventívne zásahy a v dôsledku toho poskytujú údaje o obsahu a dostupnosti zásahov. Nemecko, Holandsko a Nórsko rozšírili informačné pokrytie. Grécko, Cyprus, Litva a Taliansko

monitorujú prevenciu na školách, kým v Grécku, Poľsku, Švédsku a Fínsku sa skúmajú služby prevencie v rámci spoločenstiev a Francúzsko zriadilo centralizovaný systém na monitorovanie drogovej prevencie. Niektoré krajiny (Česká republika, Autonómna oblasť Galícia v Španielsku, Maďarsko a Nórsko) sa už zamerali na dôkazovú základňu pri podávaní žiadostí o financovanie zásahov a uvažujú o zavedení akreditačných systémov. Portugalsko, Fínsko a Rumunsko majú kritériá minimálnej kvality pre programy prevencie.

Informácie z Maďarska a Holandska nasvedčujú, že existencia systémov monitorovania prevencie a kritérií kvality vedie k lepšiemu poskytovaniu správ o projektoch a hodnotení a k vyššej kvalite zásahov.

Väčšina programov prevencie sa nevyhodnocuje. Tie, ktoré sú hodnotené, sa obvykle posudzujú z hľadiska „rozsahu a akceptovania zásahu“ namiesto „miery, do akej boli dosiahnuté ciele“ (grécka národná správa).

Počas minulých niekoľkých rokov sa skúmala účinnosť prevencie v Nemecku (Bühler a Kröger, 2006) a Spojenom kráľovstve (Canning a kol., 2004; Jones a kol., 2006) a v rámci Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) (Hawks a kol., 2002). Toto skúmanie pomáha pri určovaní osvedčených postupov v stratégiách prevencie. Najnovšia a najkomplexnejšia štúdia (Bühler a Kröger, 2006) vyhodnotila 49 kvalitných prehľadov, napríklad preskúmania a meta-analýzy, o prevencii zneužívania látok a vyvodila závery týkajúce sa účinných stratégií drogovej prevencie. Nasledujúce časti sa na základe výsledkov tejto a iných štúdií venujú účinnosti rôznych typov stratégie prevencie.

Kampane v masmédiách

Hawks a kol., (2002) v súlade s HDA (2004) konštatujú, že „nezistilo sa, že využívanie samotných masmédií, najmä v prítomnosti iných vyvažujúcich vplyvov, je účinným spôsobom, ako znížiť užívanie rôznych typov látok pôsobiacich na psychiku. Zistilo sa však, že zvyšuje úrovne informácií a poskytuje podporu iniciatívam politiky“. Ďalšie dôkazy však svedčia o tom, že kampane v masmédiách môžu mať pozitívne účinky, ak sa použijú ako podporné opatrenie na posilnenie iných stratégií (Bühler a Kröger, 2006)

Prax založená na dôkazoch

Prax založená na dôkazoch predstavuje zásahy (t. j. drogová liečba), v prípade ktorých sa na základe vedeckého výskumu (napr. prostredníctvom výskumných štúdií) jednoznačne preukázalo, že u klientov vedú k požadovaným výsledkom (napr. zníženiu užívania drog). Kritériá, ktoré sa bežne používajú na stanovenie toho, či sa má zásah považovať za prax založenú na dôkazoch, sú účinnosť a efektívnosť (Brown a kol., 2000; Flay a kol., 2005).

Účinnosť je miera úspešnosti zásahu za ideálnych výskumných podmienok. V ideálnom prípade sa účinnosť stanoví vykonaním kontrolovaného pokusu, pri ktorom sú niektorí účastníci podrobovaní testovanému zásahu, kým kontrolná skupina je podrobovaná inému zásahu alebo nie je podrobovaná žiadnemu zásahu alebo čo je ešte lepšie, vykonaním náhodného kontrolovaného pokusu, pri ktorom sú účastníci náhodne pridelení k jednému z dvoch zásahom (Cochraneova spolupráca, 2007). Všeobecne sa predpokladá, že iba náhodne kontrolované pokusy alebo kontrolované pokusy prednostne kombinované s vyhodnotením procesu môžu určiť účinnosť zásahu, a tak poskytnúť základ pre budúcu prax a politiku.

Náhodné pridelenie účastníkov k jednému zo zásahov nie je však vždy realizovateľné.

Efektívnosť je miera úspešnosti zásahu za bežných okolností. Zásahy, ktoré sa ukázali byť sľubné v kontrolovaných pokusoch, sa často realizujú v spoločnosti, aby sa preskúmalo, ako dobre pôsobia za bežných podmienok. Štúdie efektívnosti,

napríklad národné štúdie výsledkov liečby, sa v prvom rade zaoberajú vplyvom zásahu na zdravie alebo inými relevantnými výsledkami, ako prostriedkami na stanovenie dôkazu o tom, prečo pôsobia.

Proces stanovovania dôkazov je však komplikovaný skutočnosťou, že existujú rozchádzajúce sa pohľady na to, ako posudzovať kvalitu výskumných štúdií, ktoré skúmajú účinnosť alebo efektívnosť a na to, aký typ výskumnej metódy (napr. kvantitatívna alebo kvalitatívna) je najvhodnejší na stanovenie dôkazov o tom, čo pôsobí. V dôsledku toho sa závery o tom, čo pôsobí, môžu líšiť. Zostáva výzvou stanoviť, ako hodnotiť a vážiť rôzne zdroje dôkazov v procese rozhodovania. Toto bude dokonca ešte ťažšie v prípade zásahov, pre ktoré ešte nebol stanovený komplexný dôkazový základ, ale pre ktoré skúsenosti naznačujú, že môžu byť účinné.

Napriek týmto ťažkostiam sa aj naďalej vychádza z predpokladu, že dôkazy môžu pomôcť zlepšiť prax a politiku zdravotnej starostlivosti a že diskusiu o praxi založenej na dôkazoch je potrebné podporiť, čo je sprevádzané jasnými kritériami na hodnotenie dôkazov.

Aby EMCDDA prispela k tejto výmene a ďalšiemu šíreniu praxe založenej na dôkazoch, vyvíja portál online, ktorý bude poskytovať prehľad o najnovších dostupných dôkazoch týkajúcich sa efektívnosti rôznych zásahov, ako aj nástrojov, ktoré sú dostupné na zlepšovanie kvality zásahov a konkrétnych príkladoch najlepšej praxe realizovaných v členských štátoch EÚ. Cochraneova spolupráca bude dôležitým zdrojom informácií pre tento portál.

Pri hodnotení škótskej kampane proti kokaínu s názvom „Know the score“ Binnie a kol., (2006) zistili, že 30 % užívateľov užívalo kokaín s menšou pravdepodobnosťou po sledovaní reklám, hoci 56 % uvádzalo, že kampaň nezmenila ich úmysel užívať kokaín a 11 % tvrdilo, že ho užívalo s väčšou pravdepodobnosťou. Okrem toho nedávne prehodnotenie kampane vlády USA proti kanabisu potvrdilo predchádzajúce zistenia, že hoci kampaň (napriek pozitívnym mieram odozvy a diferenciácii cieľových skupín) nemala žiadny účinok na postoje mladých ľudí, ktorí neužívajú drogy, k užívaniu kanabisu, vystavenie kampani bolo spojené s nepriaznivými účinkami na vnímanie mládeže, že iní užívajú marihuanu (GAO, 2006).

V niekoľkých izolovaných prípadoch však nastal posun v dôraze, od rozširovania poznatkov (cieľ väčšiny kampaní masmédií) k poskytovaniu sociálno-emocionálnych informácií (pri pokuse zmeniť vnímanie, napríklad o užívaní kanabisu). Napríklad v Holandsku kampaň presadzovala posolstvo „Nie si nenormálny, ak nefajčíš kanabis, pretože 80 % mladých ľudí ho nefajčí tiež“⁽¹⁴⁾. Okrem toho niektoré prvky národnej kampane drogovej prevencie v Írsku sa snažia

rozptýliť niektoré mýty obklopujúce kanabis, napríklad tvrdenia, že je „organický“ a „prírodný“.

Environmentálne stratégie pre povolené látky

Ukázalo sa, že zvyšovanie ceny látky a/alebo zákonnej vekovej hranice pre jej spotrebu má pozitívny účinok na znižovanie užívania, ale sú k dispozícii iba v prípade povolených látok, ako sú alkohol a tabak (Bühler a Kröger, 2006). Takéto environmentálne stratégie boli až doteraz čosi ako škandinávsky alebo americký jav, zameriavajúc sa najmä na alkohol a so sľubnými výsledkami (Lohrmann a kol., 2005; Stafström a kol., 2006). Čoraz viac sa však objavujú komplexné prístupy založené na spoločenstvách, ktoré k alkoholu a tabaku pristupujú podobne ako k nezákonným látkam. Belgicko, Bulharsko, Dánsko, Litva, Luxembursko, Holandsko, Poľsko, Slovensko a Nórsko teraz uvádzajú existenciu stratégií založených na spoločenstvách alebo diskusie o dodatočných daniach alebo právnych predpisoch upravujúcich dostupnosť alkoholu a tabaku. Takéto stratégie sú zamerané na znižovanie spotreby medzi mladými ľuďmi, vytváranie zón bez alkoholu alebo zvyšovanie bezpečnosti

⁽¹⁴⁾ Pozri <http://www.drugsinfo.nl>

v nočných podnikoch. Pokiaľ ide o školy, nedávne štúdie z Európy (Kuntsche a Jordan, 2006) a z iných oblastí (Aveyard a kol., 2004) potvrdili, že normatívna klíma a neformálne siete silno ovplyvňujú správanie pri spotrebe zákonných drog a kanabisu. Zavádzaniu školských noriem sa teraz venuje väčšia pozornosť v Nemecku, Írsku a Taliansku (¹⁵).

Všeobecná prevencia

Interaktívne programy založené na modeli sociálneho vplyvu alebo na životných zručnostiach sa ukázali byť účinné v školách, ale jednotlivé opatrenia vykonané izolovane (napríklad iba oznámenie informácií, emocionálne vzdelávanie alebo iné neinteraktívne opatrenia) boli hodnotené negatívne (Bühler a Kröger, 2006). Z organizačných dôvodov za prevenciu založenú na školách zodpovedajú miestne orgány, najmä v škandinávskych krajinách, vo Francúzsku a v Poľsku.

Niektorí komentátori tvrdili, že doplnkové všeobecné programy zdravia/životných zručností vytvárajú väčšiu zmenu ako samotné programy vzdelávania založené na zručnostiach, poukazujúc na to, že zásahy sa najlepšie integrujú v rámci zdôvodneného zdravotného programu Hawks a kol. (2002). Zdá sa, že sa to dosiahlo v takmer všetkých členských štátoch. Okrem toho viacero členských štátov (napr. Taliansko, Litva, Holandsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) rieši drogovú prevenciu spolu so zdravotnými a sociálnymi aspektmi, ako je násilie, problémy s duševným zdravím, sociálne vylúčenie, zlý prospech v škole a užívanie tabaku a alkoholu pod záštitou verejnej zdravotnej prevencie, ktorá sa viac zameriava na reagovanie na špecifické potreby zraniteľných skupín.

Často uvádzaným dôvodom nerealizovania modelových programov je to, že tieto programy nie sú prispôsobiteľné miestnym podmienkam a neriešia potreby jednotlivých spoločností (Ives, 2006). Protiargumentom však je, že výhodami štandardizovaných programov prevencie sú protokoly, ktoré poskytujú jasné usmernenia, aby sa umožnilo vytvorenie infraštruktúr so stabilnou dodávkou a systémov vzdelávania učiteľov, a tým sa uľahčujú spoločné realizačné normy aj tam, kde sú školy a podmienky spoločnosti veľmi odlišné.

V mnohých členských štátoch (Bulharsko, Taliansko, Lotyšsko, Litva, Luxembursko, Rakúsko, Rumunsko) sa obsah programov prevencie zameriava na zvyšovanie povedomia tak, že poskytuje informácie a organizuje izolované podujatia (napríklad návštevy expertov) (¹⁶), napriek dôkazom, ktoré poukazujú, že iné metódy môžu byť účinnejšie.

Programy sociálneho vplyvu v školách sú veľmi rozšírené, najmä v Spojenom kráľovstve a v krajinách, ktoré ponúkajú štandardizované programy, napríklad v Nemecku, Írsku, Grécku, Španielsku a zanedlho v Dánsku.

Pokiaľ ide o všeobecnú prevenciu založenú na spoločnosti, 12 členských štátov uvádza, že protidrogové plány sú k dispozícii vo väčšine alebo vo všetkých miestnych samosprávach a v desiatich krajinách sú politickou prioritou. Takéto programy väčšinou majú formu informačných podujatí a v menšom rozsahu poskytovania alternatívnych činností vo voľnom čase. Univerzálna prevencia založená na rodine spočíva najmä na rodičovských večerach alebo informačných prístupoch a často na intenzívnych školeniach pre rodičov.

Selektívna prevencia

Členské štáty venujú čoraz viac pozornosti stratégiám prevencie zameraným na celé zraniteľné spoločnosti (¹⁷). To znamená, že takéto spoločnosti je potrebné identifikovať, napríklad pomocou štandardizovaných nástrojov hodnotenia, ako je index viacnásobnej deprivácie Spojeného kráľovstva alebo sociálno-ekonomické ukazovatele, ako sú normy bývania alebo vzdelania (počet žiakov zaostávajúcich v dochádzke do školy alebo počet podporovaných žiakov).

Len čo sa definujú cieľové spoločnosti (napr. Francúzsko rozpoznáva „citlivé mestské zóny“ alebo v prípade škôl „vzdelávacie prioritné zóny“), dodatočné finančné prostriedky sa môžu nasmerovať na tieto sociálne slabé skupiny. V Írsku, na Cypre a v Spojenom kráľovstve sa projekty selektívnej prevencie už dostali do väčšiny z týchto oblastí a Portugalsko je v procese realizácie takejto stratégie. Typy poskytovania siahajú od poradenských služieb v Estónsku, Grécku, Francúzsku a na Slovensku až po projekty práce v teréne v Luxembursku a Rakúsku, ktoré sa niekedy špeciálne zameriavajú na etnické skupiny. Okrem toho niektoré nové členské štáty (Bulharsko, Maďarsko, Litva, Poľsko a Rumunsko) uvádzajú veľa informácií o zásahoch zameraných na zraniteľné rodiny. Väčšina členských štátov sa zameriava na užívanie látok v rodine, hoci niekoľko krajín (Grécko, Litva, Maďarsko, Spojené kráľovstvo) prijalo širšie zameranie na všetky sociálne znevýhodnené rodiny.

Hoci sa vrstovnícke prístupy používajú aj v rámci všeobecnej prevencie, čoraz viac sa uvádzajú pri poskytovaní selektívnej prevencie (Írsko, Holandsko, Rakúsko, Poľsko a Nórsko). Parkin a McKeganey (2000) vo svojom prehľade vrstovníckych prístupov konštatovali, že takéto programy majú najväčší vplyv skôr na samotných vrstovníckych vychovávateľov, ako na cieľovú skupinu. Zdá sa, že takéto prístupy môžu byť účinnejšie pri zmene poznatkov a postojov,

¹⁵ Pozri aj <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

¹⁶ Údaje z SQ 22 a 25.

¹⁷ Ďalšie informácie o selektívnej prevencii, najmä rizikové skupiny a faktory si pozrite v predchádzajúcich výročných správach a vo vybranej otázke užívania drog medzi mladistvými z roku 2007.

ako pri zmene správania. Vrstovnícke projekty sa veľmi zriedkavo posudzujú, ale keď sa tak stane (napr. Voľný štýl v Nórsku), obvykle hodnotia iba úspech pri získavaní mladých vodcov v školách a či sa upevnili poznatky alebo postoje vrstovníckych vodcov.

Hoci selektívna prevencia získava popularitu, je potrebná opatrnosť, najmä pri zapájaní mladých rizikových ľudí do vrstovníckych programov (Cho a kol. 2005; Dishion a Dodge, 2005), pretože medzi zraniteľnými skupinami sa môžu vyskytnúť negatívne „nákazlivé účinky“. Tieto neúmyselné účinky, ktoré sú spôsobené samotným zásahom, môžu viesť k zvýšenému užívaniu látky alebo k rizikovému správaniu. Takéto neželané výsledky však nie sú špecifické len pre selektívnu prevenciu, ale sa pozorujú aj v prípade poskytovania informácií v masmédiách, ako aj prípadoch individuálnej prevencie (pozri vyššie).

Reakcie liečby a znižovania škôd

Nedávny vývoj v systémoch liečby

Liečba užívateľov drog prebieha väčšinou v ambulantných zariadeniach vrátane praktického lekára. V posledných rokoch pokračovalo rozširovanie sietí ambulantnej liečby a vo viacerých krajinách prebiehalo ďalšie geografické rozširovanie vrátane Bulharska, Estónska, Grécka, Litvy, Rumunska a Fínska; naopak, počet nemocničných zariadení zostal stabilný vo väčšine krajín.

Krajiny, v ktorých vnútroštátne geografické pokrytie zariadeniami špecializovanými na protidrogovú liečbu je veľmi nerovnomerné, zahŕňajú Lotyšsko, Maďarsko, Slovensko a Rumunsko. Napriek nedávnym rozšíreniam siete poskytovateľov služieb zoznamy čakateľov na substitučnú liečbu naďalej existujú v Grécku, ako aj v Maďarsku a Poľsku.

Liečba v pobytových zariadeniach, čo bol v minulosti prevládajúci prístup k liečbe užívania heroínu v mnohých európskych krajinách, je v súčasnosti relatívne menej bežná a väčšina užívateľov opiátov sa lieči v ambulantných zariadeniach. Pobytové služby sú však čoraz dôležitejšie v rámci starostlivosti o starších ľudí a dlhodobých užívateľov drog s potrebami komplexnej liečby vzhľadom na koexistenciu závažnej somatickej a psychickej chorobnosti. Filozofia nemocničných zariadení a spôsob, akým fungujú, sa v priebehu rokov značne zmenili v reakcii na meniace sa potreby. Spoločné umiestnenie liečby a lekárskej starostlivosti vrátane psychiatrickej liečby, vysoko účinnej liečby proti retrovírusom a liečby ochorení pečene sa stalo bežnejším a udržiavacia liečba užívaním drog na stabilizovanie klientov sa zvýšila.

Charakteristika užívateľov drog, ktorí sa zúčastňujú na ambulantnej liečbe

Údaje z ukazovateľa dopytu po liečbe sa môžu použiť na charakterizovanie sociálno-ekonomického postavenia pacientov, ktorí navštevujú liečebné strediská, a do určitej miery všetkých užívateľov drog⁽¹⁸⁾. Keďže prístup k ambulantnej liečbe je vo väčšine krajín ľahší a menej selektívny, je vhodné extrapolovať z tejto skupiny klientov na užívateľov drog ako celok.

V roku 2005 poskytlo 20 z 29 európskych krajín informácie o 3 15 000 klientoch užívajúcich drogy, ktorí navštevovali ambulantné liečebné strediská. Údaje prišli z viac ako 4 000 liečebných jednotiek. Približne polovica (53 %) ambulantných klientov sa liečila kvôli primárnemu užívaniu opiátov a druhá polovica kvôli primárnemu užívaniu iných drog, najmä kanabisu (22 %) a kokaínu (16 %). Droga, ktorá je najčastejšie primárnou drogou spotreby, je v jednotlivých krajinách odlišná.

Približne 80 % ambulantne liečených pacientov sú muži s priemerným vekom asi 30 rokov (28 rokov u tých, ktorí sa liečia po prvýkrát) a ich životné podmienky sú vo všeobecnosti zlé v porovnaní so všeobecnou populáciou rovnakého veku. Asi 60 % ambulantných klientov nedosiahlo vyššiu ako základnú úroveň vzdelania a asi jedna desatina týchto klientov dokonca nedokončila ani základné vzdelanie. Asi polovica klientov mala riadne zamestnanie pred nástupom do ambulantnej liečby a druhá polovica bola nezamestnaná; väčšina ambulantných klientov má stabilné ubytovanie (85 %), z čoho 40 % býva so svojimi rodičmi a 19 % býva samo. Významná menšina drogových ambulantných klientov (15 %) býva s deťmi, buď sami, alebo so svojím partnerom, čo predstavuje komplikujúci aspekt v živote užívateľa drog a predstavuje rizikový faktor pre deti.

Informácie o sociálno-ekonomickej situácii klientov užívajúcich drogy, ktorí sa liečia, sú doplnené národnými informáciami z niektorých krajín rozčlenenými podľa hlavných užívaných látok. Napríklad v Nemecku je 67 % užívateľov heroínu nezamestnaných alebo ekonomicky neaktívnych v porovnaní s 53 % klientov, ktorí užívajú kokaín, a s 35 % klientov, ktorí užívajú kanabis, a 74 % užívateľov opiátov má obmedzené školské vzdelanie v porovnaní so 63 % klientov, ktorí užívajú kokaín (Sonntag a kol., 2006).

Nový vývoj

Špecializované zariadenia, ktoré sa zameriavajú na špecifické skupiny užívateľov drog, napríklad na užívateľky drog, pouličných injekčných užívateľov drog bez domova alebo mladých a veľmi mladých užívateľov drog (pozri

⁽¹⁸⁾ Ďalšie podrobnosti o údajoch uvedených v tejto časti si pozrite v tabuľkách a grafoch TDI v štatistickej ročenke 2007.

vybranú otázku o užívaní drog medzi maloletými 2007), boli novo zriadené vo viacerých krajinách. V iných krajinách sa rozšírili možnosti farmakologickej liečby, aby sa splnili potreby špecifických skupín užívateľov s cieľom zvýšiť pokrytie liečbou. Napríklad udržiavacia liečba buprenorfinom je teraz povolená na Malte (19).

Liečba rôznych skupín užívateľov drog

Členské štáty čoraz viac uznávajú dôležitosť poskytovania služieb primeranej liečby pre problémových užívateľov kanabisu a kokaínu. V prípade kanabisu sú programy liečby, poradenstva a prevencie v Európe často prepojené, aby sa dosiahol väčší počet užívateľov. Nové komunikačné stratégie, napríklad využívanie internetu, sa realizujú v snahe dosiahnuť užívateľov kanabisu, u ktorých užívanie drogy spadá niekde medzi experimentálne a problémové. Špecifické služby a programy liečby užívania kanabisu, ktoré doteraz neboli v Európe široko poskytované, sa momentálne vyvíjajú (pozri kapitolu 3).

Okrem toho členské štáty, ktoré čelia vyššej úrovni dopytu po liečbe užívania kokaínu, začínajú zadávať výskum v tejto oblasti, pričom táto otázka je komplikovaná skutočnosťou, že užívatelia práškoveho kokaínu a krakového kokaínu sú obvykle členmi pomerne zreteľných sociálnych skupín (pozri kapitolu 5). V súčasnosti však kvôli aktuálnemu nedostatku špecifických služieb veľká väčšina užívateľov psychostimulačných látok vrátane užívateľov amfetamínu sa lieči v rámci tradičných služieb liečby orientovaných na opiáty s identifikovanou potrebou školenia personálu a lekárov pre túto liečbu v celej Európe.

Liečba heroínovej závislosti

Po politickom schválení v reakcii na užívanie heroínu v druhej polovici osemdesiatych rokov minulého storočia mala substitučná liečba úspech, aby sa stala prevládajúcou možnosťou liečby závislosti od opiátov vo väčšine krajín (obrázok 2).

Hlavnými používanými substitučnými drogami sú metadón a buprenorfin. V ideálnom prípade by sa mala farmakologická liečba kombinovať s psychologickým poradenstvom a sociálnou podporou. Substitučná liečba sa obvykle poskytuje v ambulantných zariadeniach na špecializovaných jednotkách pre protidrogovú liečbu a čoraz viac aj lekármi v súkromnej praxi. V niektorých krajinách, napríklad v Nemecku, vo Francúzsku a v Spojenom kráľovstve sa praktickí lekári vo veľkej miere podieľajú na liečbe užívateľov drog. V iných krajinách je úroveň zapojenia lekárov na miestnej úrovni stále ešte obmedzená, buď zo zákonných príčin, alebo kvôli nedostatku záujmu o liečbu

Zákonné rámce substitučnej liečby

V roku 2006 sa vykonal prieskum medzi špecializovanou sieťou legislatívnych spravodajcov, aby sa získali ďalšie informácie o právnych predpisoch a oficiálnych nariadeniach týkajúcich sa kritérií prijatia na substitučnú liečbu, ako aj o praxi predpisovania a vydávania substitučných liekov. Výsledky sa získali zo 17 krajín a stali sa súčasťou správy z roku 2003 z európskej zákonnej databázy o drogách (1).

Rozsah zákonného rámca sa medzi členskými štátmi značne líši. V niektorých krajinách, napríklad v Belgicku, je substitučná liečba pokrytá špecifickým parlamentným zákonom, kým v iných, napríklad na Cypre, jej realizácia podlieha interpretácii právnych predpisov o kontrolovaných látkach. Existuje kompromis medzi silou rámca a flexibilitou.

Látky, ktoré sa môžu používať pre substitučnú liečbu, sú obvykle určené právnym predpisom. Vo väčšine prípadov sa môžu predpisovať iba metadón a buprenorfin alebo iba metadón, hoci v niekoľkých krajinách sú povolené iné drogy, napríklad morfin alebo kodeín. Podobne v takmer všetkých krajinách sú stanovené národné kritériá prijatia na substitučnú liečbu, buď v právnych predpisoch alebo vo vládnych vyhláškach alebo usmerneniach. Najbežnejšími kritériami sú diagnóza závislosti a minimálny vek, hoci potreba predchádzajúcej neúspešnej abstinencnej liečby hrá tiež úlohu. V niektorých krajinách sú vo vnútroštátnych právnych predpisoch stanovené sankcie za porušenie pravidiel liečby, kým v iných je táto otázka na vlastnom uvážení každého jednotlivého liečebného strediska.

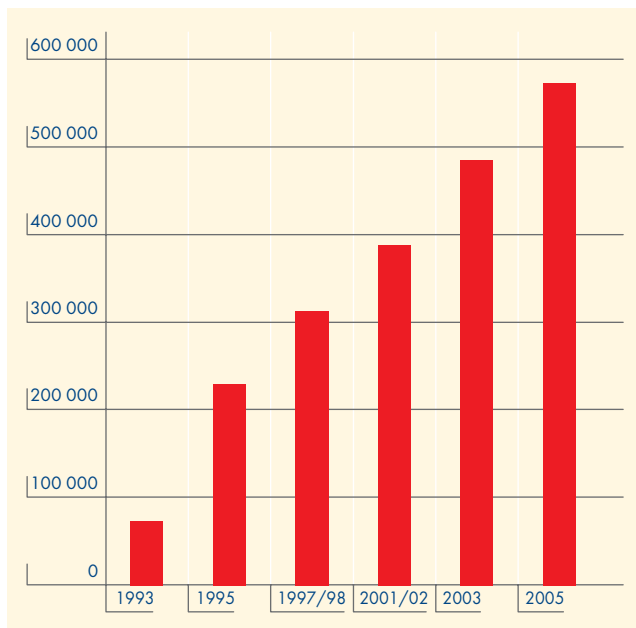
Zákonné predpisy obvykle tiež definujú, kto má povolenie predpisovať substitučné lieky. Toto sú v prvom rade lekári v liečebných strediskách, hoci v niektorých krajinách ich môže predpisovať ktorýkoľvek lekár alebo niektorí vyšskolení alebo akreditovaní lekári. V praxi lekári mimo liečebných stredísk zriedkavo iniciujú substitučnú liečbu (2). Maximálne dávky sú v právnom predpise zriedkavo definované. Aby sa zabránilo duplicitným predpisovaniu, väčšina krajín používa špeciálne lekárske predpisy, hoci vo viacerých krajinách sa nachádza centrálny register a niekoľko krajín vydáva špeciálne identifikačné karty. Oprávnené výdajne sú obvykle tiež špecifikované v legislatíve, väčšinou sú to lekárne alebo liečebné strediská, hoci niektoré krajiny tiež povoľujú vydávanie lekárom. Nakoniec vo väčšine krajín bol vytvorený zákonom, usmerneniami alebo jednoducho toleranciou systém na branie dávok domov, ale v niektorých prípadoch je to špeciálne zakázané.

(1) Ďalšie podrobnosti sú dostupné na <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(2) Pozri tabuľku HSR-6 v štatistickej ročenke 2007.

(19) Pozri „Prax predpisovania substitučnej liečby v Európe“, s. 66.

Obrázok 2: Odhadovaná dostupnosť substitučnej liečby závislosti od opiátov v členských štátoch EÚ-15, 1993 – 2005



Poznámka: Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách HSR-7 a HSR-8 a na obrázkoch HSR-1 a HSR-5 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné kontaktné miesta a správy; podrobný zoznam zdrojov sa nachádza na obrázku HSR-5 v štatistickej ročenke 2007.

závislosti⁽²⁰⁾. Kontrola kvality bola tiež na programe vo viacerých krajinách, čo viedlo k sprísneniu predpisov, zvýšeniu požiadaviek na školenia alebo vyšším úrovniam zavedeného dohľadu a monitorovaniam⁽²¹⁾. Liečba závislosti od opiátov je podrobnejšie vysvetlená v kapitole 6.

Reakcie znižovania škôd

Prevenia infekčných chorôb a zníženie úmrtí súvisiacich s drogami sú ústrednými cieľmi reakcie EÚ na drogy a súčasný akčný plán stanovuje ciele na zvyšovanie dostupnosti a prístupnosti služieb a zariadení na prevenciu a znižovanie škôd súvisiacich so zdravím.

V apríli 2007 Európska komisia predložila Rade a Európskemu parlamentu správu týkajúcu sa realizácie odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní škôd na zdraví súvisiacich s drogovou závislosťou⁽²²⁾. Táto správa dokumentuje, že znižovanie škôd je stanoveným cieľom v rámci verejného zdravia na národnej úrovni vo všetkých členských štátoch. Podporný dokument zadaný na podporu správy Komisie poskytuje komplexný európsky obraz o politikách a zásahoch na znižovanie škôd. Je založený na informáciách, ktoré sú poskytované najmä

politickými činiteľmi, expertmi siete Reitox a radovými organizáciami. V tomto podpornom dokumente sú zahrnuté rozsiahle súpisyp podľa jednotlivých krajín⁽²³⁾.

Odporúčanie Rady viedlo k tomu, že viac krajín zosúladiť svoje národné politiky s európskou stratégiou, kladúc väčší dôraz na rozširovanie poskytovania služieb na znižovanie škôd. Zdá sa, že má vplyv najmä medzi krajinami, ktoré vstúpili do EÚ v roku 2004.

Sociálna reintegrácia

Neisté bývanie, nepravidelné zamestnanie a tresty odňatia slobody v minulosti sú ukazovateľmi sociálneho vylúčenia, ktoré charakterizujú život mnohých užívateľov drog. V mnohých európskych krajinách je počet problémových užívateľov drog, ponechaných v liečbe a ktorí sa podrobujú substitučnej protidrogovej liečbe väčší ako kedykoľvek predtým, s tým výsledkom, že dopyt po bývaní, vzdelávaní, zamestnaní a právnej pomoci sa významne zvýšil. Preto sú systémy starostlivosti vyzývané, aby našli nové odozvy na nové profily klientov, často charakterizované viacnásobnými potrebami. Sociálna reintegrácia sa v súčasnosti považuje za rozhodujúci činiteľ úspechu dlhodobej liečby.

V niektorých krajinách dostáva sektor reintegrácie čoraz väčšiu politickú pozornosť a investície a vo viacerých krajinách normy pre protidrogovú udržiavaciu liečbu predpokladajú, že klientom by sa mali sprístupniť služby sociálnej starostlivosti a reintegrácie. Napríklad strednodobé preskúmanie írskych protidrogových stratégií odporúča zahrnutie rehabilitácie ako piateho piliera stratégie, kým v Dánsku začali ministerstvá zamestnanosti a sociálnych vecí nové programy pre zraniteľné skupiny („zdieľaná zodpovednosť“). Ďalším príkladom je stratégia nórskej vlády pre prevenciu a boj proti bezdomovectvu, ktorá stanovuje merateľné ciele, napríklad znižovanie vystaňovania a zvyšovanie prístupu k trvalému bývaní, takže dočasné ubytovania sa stávajú výnimkou. V Nórsku je súčasťou akčného plánu boja proti chudobe grantový program, v rámci ktorého bolo v roku 2006 rozdelených 6,5 milióna eur na zabezpečenie následných služieb bývania pre bezdomovcov a užívateľov alkoholu a drog. Okrem toho sa Grécko, Francúzsko, Taliansko, Litva, Rakúsko, Portugalsko a Slovensko zúčastňujú na iniciatíve Komisie EQUAL v oblasti zamestnanosti a sociálneho začlenenia⁽²⁴⁾.

EÚ podporila aj vytvorenie rámca nazývaného „Otvorená metóda koordinácie“ („Open Method of Coordination“, OMC), v ktorom členské štáty koordinujú svoje politiky na

⁽²⁰⁾ Pozri „Zákonné rámce substitučnej liečby (s. 32) a <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²¹⁾ Pozri aj s. 67.

⁽²²⁾ Odporúčanie Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní škôd na zdraví súvisiacich s drogovou závislosťou; *Úradný vestník L 165*, 3.7.2003 s. 0031–0033.

⁽²³⁾ Oba dokumenty sú dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

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

boj proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu prostredníctvom výmeny politik a vzájomného vzdelávania.

Reintegračné opatrenia odrážajú odlišnú národnú sociálno-kultúrnu a ekonomickú realitu v Európe, ale ukazujú aj určitú rôznorodosť, pokiaľ ide o ciele, cieľové skupiny a podmienky. Napríklad Bulharsko a Rumunsko sú jedinými krajinami, ktoré uvádzajú projekty sociálnej reintegrácie pre deti žijúce na ulici.

Programy a opatrenia sa v mnohých krajinách nezameriavajú špeciálne na užívateľov drog, ale oslovujú zraniteľné sociálne skupiny vo všeobecnosti a obvykle sa realizujú na miestnej alebo regionálnej úrovni. Takže „plans de prévention de proximité“ (PPP) vytvorené Walloonovou vládou v roku 2003 riešia miestnu chudobu a drogovú závislosť ako dve prepojené otázky, kým v Dánsku zákon o sociálnych službách zaväzuje miestne samosprávy, aby ponúkli sociálny akčný plán všetkým užívateľom drog. Podobne majú miestne samosprávy v Poľsku zákonnú povinnosť sociálne reintegrovať užívateľov drog a v Holandsku je väčšina nových sociálnych reintegračných služieb iniciovaná miestnymi samosprávami. Nakoniec v Nemecku sa o prístrešie, školskú dochádzku a bývanie starajú na úrovni spolkových krajín alebo miestnych samospráv, kým spolkové programy pre zdravotne

postihnutých ľudí sú k dispozícii na podporu profesionálneho začlenenia užívateľov drog.

Pomoc týkajúca sa bývania siaha od núdzových denných prístreší, nocľahární a zariadení na krátkodobé ubytovanie po polovičné byty, ubytovanie s podporou a príspevkami na nájomné. Aby sa zabránilo „uzamknutiu“ klientov do dlhodobej závislosti od služby, skúmajú sa inovačné prístupy v oblasti podpory bývania alebo finančného riadenia. Napríklad v Dánsku sa klientom v reintegračných bytoch ponúka školenie o bývaní, aby sa zmenšili možné problémy v budúcnosti, keď budú musieť spravovať svoje vlastné byty, a v Spojenom kráľovstve dostávajú klienti rady týkajúce sa nakupovania, varenia a spravovania rozpočtu domácnosti.

Kým vytváranie nových príležitostí pre školenia a prístup k vzdelaniu sa v mnohých krajinách uvádza ako bežné, pre tieto skupiny je ťažšie získať platenú prácu. Je to však zvlášť dôležité pre cieľovú skupinu, pretože poskytuje nielen ekonomickú stabilitu, ale aj sebaúctu, prestíž a pravidelný rytmus života. Nové spôsoby, ako dostať klientov do platenej práce, zahŕňajú vytváranie partnerstiev so súkromnými podnikmi, programy poskytovania rád a poskytovanie stimulov, napríklad dotácie na mzdy osôb vo výcviku alebo poskytovanie pôžičiek na rozbehnutie podnikania. Vo viacerých krajinách spustili zariadenia na protidrogovú liečbu

Národné štúdie výsledkov liečby

Tri členské štáty (Írsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo) vykonali národné štúdie výsledkov liečby zamerané na skúmanie výsledkov liečby sledovaním skupiny problémových užívateľov drog v priebehu času v rôznych liečebných metódach a zariadeniach. Dôležitou charakteristikou štúdií je, že skúmajú výsledky liečby v existujúcich službách za každodenných klinických okolností. Bežné skúmané metódy liečby zahŕňajú udržiavanie metadónom, znižovanie metadónom, detoxikáciu a zásahy bez drog, napríklad terapeutické komunity a poradenstvo. Užívanie drog, fyzické a duševné zdravie, ponechanie v liečbe a kriminálne správanie sú hlavné používané premenné hodnoty výsledkov.

V Taliansku sa štúdia Vedette (1998 – 2001) zamerala na hodnotenie efektívnosti liečby ponúkanej vo verejných liečebných strediskách v celej krajine. Ponechanie v liečbe a úmrtnosť medzi užívateľmi heroínu boli hlavnými premennými hodnotami výsledkov. K dnešnému dňu sa v Spojenom kráľovstve uskutočnili tri štúdie výsledkov liečby. Prvá bola Národnou výskumnou štúdiou výsledkov liečby (NTORS), ktorú vykonalo Národné stredisko pre drogovú závislosť v Anglicku a Walesu medzi rokmi 1995 a 2000. Skúmala výsledky liečby v pobytových alebo komunitných programoch liečby. Existovali určité pozitívne zistenia, napríklad zvýšené miery abstinencie v súvislosti s užívaním nezákonných drog, zníženie frekvencie užívania drog, zníženie kriminality a zlepšenie zdravia. Niektoré

dlhodobé výsledky počas päťročného obdobia však boli menej uspokojivé, napríklad počiatkové zlepšenie v užívaní kraku sa čiastočne zvrátilo po štyroch až piatich rokoch a mnohí užívatelia drog naďalej silno pijú (Gossop a kol., 2001).

Štúdia NTORS bude aktualizovaná výskumnou štúdiou výsledkov protidrogovej liečby (DTORS), ktorá sa vykonáva na Univerzite v Manchestri. Štúdia sa začala v roku 2006 a bude sledovať užívateľov drog v celom Anglicku počas počiatkovej doby 12 mesiacov. Snaží sa hodnotiť vplyv protidrogovej liečby na viacero mier výsledkov a zameriava sa na analýzu toho, ktoré typy spôsobov liečby dosahujú najlepšie výsledky pre konkrétne podskupiny užívateľov drog. V Škótsku sa v roku 2001 začala výskumná štúdia výsledkov súvisiacich s drogami (DORIS), ktorú vykonáva Univerzita v Glasgowe. Táto štúdia skúma vplyv a efektívnosť služieb protidrogovej liečby v liečebných agentúrach vrátane služieb vo väzniciach. Užívatelia drog boli sledovaní počas doby až 33 mesiacov.

V Írsku sa v roku 2003 začala výskumná štúdia výsledkov (ROSIE), ktorú vykonáva Národná írsku univerzita v Maynoothu a ktorá hodnotí účinnosť protidrogovej liečby prostredníctvom sledovania užívateľov opiátov, ktorí nastúpili na liečbu, počas obdobia troch rokov, a dokumentuje pozorované zmeny (Cox a kol., 2006). Po jednoročnom sledovaní štúdia zistila výrazné zníženia v užívaní drog a trestnej činnosti, nízku mieru úmrtnosti a niektoré pozitívne výsledky z hľadiska sťažností účastníkov týkajúce sa telesného a duševného zdravia.

vlastné sociálno-ekonomické podniky, ktoré zamestnávajú svojich klientov kvôli zarábku. Iné iniciatívy sa zameriavajú na zlepšovanie situácie zamestnanosti prostredníctvom lepšieho zladovania profilov, očakávaní a kvalifikácií s realitami pracovného života. Napríklad viedenský úrad práce pôsobí ako sprostredkovateľ medzi klientmi, protidrogovými agentúrami a sprostredkovateľňami práce, keď vykonáva špecifické poradenstvo, aby sa zvýšila úspešnosť pri výkone zamestnania. Pomáha tiež identifikovať riešenia pre klientov, pre ktorých pracovná reintegrácia už nie je možnosťou.

Reintegrácia marginalizovaných starnúcich užívateľov heroínu s vysokými úrovňami somatických a duševných chorôb predstavuje osobitnú výzvu. V Belgicku môže byť postarané o užívateľov drog s psychiatrickými problémami na jednotkách špecializovaných na narkomániu v psychiatrických alebo všeobecných nemocniciach alebo v iných zariadeniach psychiatrickej starostlivosti; Dánsko uvádza, že o užívateľov drog s psychiatrickými problémami je postarané v zariadeniach pre psychiatrickú starostlivosť

a že alternatívne domovy starostlivosti ubytovávajú starších užívateľov drog, ktorí sa nevedia o seba postarať sami kvôli užívaniu drog, demencii alebo problémovému správaniu. V Holandsku bol v roku 2007 prijatý nový zákon o sociálnej podpore vrátane drogovej závislosti pod rovnakými predpismi ako (iné) chronické psychiatrické problémy. No veľké centralizované pobytové zariadenie s ubytovacou kapacitou pre 120 užívateľov drog bez domova s psychiatrickými problémami sa stretlo s miestnymi námietkami. Pre tých, ktorí majú problémy s duševným zdravím, sa identifikovala odborná pomoc pri obnove siete podpory a kontaktných osôb ako dôležitá zložka procesu sociálnej reintegrácie.

V niektorých krajinách (napr. v Bulharsku, Českej republike, Grécku, Slovinsku) sa poskytujú štruktúrované programy reintegrácie iba ako následné programy po úspešne dokončenej protidrogovej liečbe založenej na abstinencii a špecifické reintegračné opatrenia pre klientov v udržiavacej protidrogovej liečbe v súčasnosti nie sú k dispozícii.



Kapitola 3

Kanabis

Úvod: meniaci sa obraz užívania kanabisu v Európe

Kanabis je najčastejšie užívanou nezákonnou drogou vo svete a látkou, ktorá je v centre diskusií v Európe od šesťdesiatych rokov minulého storočia, keď sa jej užívanie fakticky stalo synonymom narastajúceho protestu mládeže proti kultúre. Napriek tomuto poznatku, pochopenie foriem užívania kanabisu v Európe je komplikovanou úlohou. Jedným dôležitým prvkom v tomto obraze sú odlišné kanabisové produkty, ktoré sú teraz dostupné na európskom trhu. Z historického hľadiska sú v Európe bežné tri hlavné formy kanabisu: kanabisová živica; trávový kanabis a oveľa menej častý kanabisový olej. Pre mnohých zostáva fajčenie kanabisovej živice s tabakom obvyklou cestou podávania drogy, hoci inde vo svete je táto forma užívania relatívne zriedkavá. Kým Európa zostáva dominantným globálnym trhom pre kanabisovú živicu, zdá sa, že produkty trávového kanabisu sa stávajú bežnejšími a prevládajú na niektorých trhoch. V posledných rokoch sa tento obraz stal ešte komplikovanejším kvôli narastajúcej dostupnosti kanabisu produkovaného v rámci Európy; jeho časť sa pestuje za riadených podmienok a môže mať relatívne vysokú účinnosť. Tento druh kanabisu sa stal sám osebe špecifickým produktom v mnohých krajinách a komplikuje hodnotenie vplyvu meniacich sa foriem spotreby kanabisu na verejné zdravie.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a obchodovanie

Keďže kanabis sa môže pestovať v rôznych prostrediach a rastie divoko v mnohých častiach sveta, je mimoriadne ťažké urobiť presvedčivé odhady globálnej produkcie. Po stúpajúcom trende počas viacerých rokov, berúc do úvahy informácie o diverzifikácii produkcie kanabisu, UNODC znížil svoje globálne odhady produkcie kanabisu zo 45 000 ton v roku 2004 na 42 000 ton v roku 2005 najmä kvôli klesajúcim odhadom produkcie zo Severnej Ameriky po intenzívnom úsilí o vyhubenie kanabisu. Teraz sa odhaduje, že asi polovica všetkého kanabisu sa pestuje v Severnej a Južnej Amerike (46 %), za ktorými nasleduje Afrika (26 %) a potom Ázia (22 %) (UNODC, 2007).

Interpretovanie údajov o zachyteniach drog a o trhu

Zachytenia drog v krajine sa obvykle považujú za nepriamy ukazovateľ ponuky a dostupnosti drog, hoci odrážajú aj zdroje presadzovania práva, priority a stratégie, ako aj citlivosť priekupníkov drog na vnútroštátne a medzinárodné činnosti znižovania a ponuky a postupy poskytovania správ. Zachytené množstvá môžu z roka na rok veľmi kolísať, napríklad ak je v jednom roku niekoľko zachytení veľmi veľkých. Z tohto dôvodu je niekedy počet zachytení lepším ukazovateľom trendov. Vo všetkých krajinách zahŕňa počet zachytení veľkú časť malých zachytení na maloobchodnej (pouličnej) úrovni. Ak sú známe pôvod a miesto určenia zachytených drog, môžu naznačovať obchodné cesty a oblasti výroby. Cenu a čistotu/potenciu drog na maloobchodnej úrovni uvádza väčšina členských štátov. Údaje však prichádzajú z viacerých odlišných zdrojov, ktoré nie sú vždy porovnateľné, čo sťažuje presné porovnanie medzi krajinami.

Aby bolo možné vidieť európske zachytenia drog v širšom kontexte, v tejto správe sa uvádzajú súhrnné informácie o celosvetovej situácii. Úrad OSN pre drogy a kriminalitu vypracoval výročnú správu o medzinárodnej drogovej situácii a toto je hlavný zdroj, ktorý sa použil na celosvetové odhady, ktoré sú tu uvedené. Čitateľ by si mal uvedomiť, že zhromažďovanie informácií tohto druhu je spojené s ťažkosťami a že v mnohých častiach sveta sú informačné systémy slabo rozvinuté. Preto treba na tieto údaje hľadieť ako na najlepšie možné aproximácie z informačných zdrojov, ktoré sú momentálne k dispozícii.

Maroko zostáva hlavným medzinárodným producentom kanabisovej živice a hoci nedávny prieskum ukazuje, že plošná výmera, na ktorej sa pestuje kanabis, sa znížila asi o 40 % medzi rokmi 2004 a 2005, stále sa ešte odhaduje, že krajina produkuje asi 70 % kanabisovej živice spotrebovanej v Európe. Na základe odhadov celkovej plošnej výmery určenej na pestovanie, Maroko malo v roku 2005 potenciálnu produkciu 1 066 ton, pričom väčšina marockého kanabisu smerovala na európske a severoafričké trhy (CND, 2007; UNODC marocká vláda, 2007). Kanabisová živica sa pašuje do Európy cez Pyrenejský polostrov. Hoci Maroko je zďaleka najväčším producentom živice pre európsky trh, uvádza sa, že je dostupná aj živica z iných krajín (Moldavsko a India), najmä v stredoeurópskych krajinách.

Ak má kanabisová živica tendenciu byť v Európe takmer rovnorodým produktom, to isté sa nedá povedať o trávovom kanabise. Pôvod zachytení uvádzaných v roku 2005 zahŕňa Albánsko, Holandsko, krajiny bývalej Juhoslávie, Angolu a Južnú Afriku. Hoci je ťažké systematicky monitorovať domácu produkciu trávového kanabisu, v roku 2005 sa zaznamenal v polovici krajín, ktoré poskytli správy. Časť kanabisu produkovaného v Európe sa pestuje vonku a môže sa považovať za takmer nerozoznatelný od dovážaného trávového kanabisu. Zdá sa však, že relatívne vysoko účinný kanabis, ktorý sa pestuje za intenzívnych podmienok, sa stáva dôležitou a možno narastajúcou súčasťou trhu v mnohých krajinách a zariadenia, ktoré umožňujú užívateľom produkovať kanabis doma, sú teraz široko dostupné prostredníctvom internetu alebo v niektorých krajinách od špecializovaných dodávateľov. Skutočnosť, že táto forma drogy sa pestuje vnútri a často v blízkosti zamýšľaného trhu, môže znamenať, že je menej často zachytávaná a preto menej viditeľná v dostupných údajoch.

Zachytenia

V roku 2005 globálne zachytenia kanabisovej živice dosiahli celkom 1 302 ton v porovnaní so 4 644 tonami trávového

kanabisu; obidva celkové súčty poklesli v porovnaní s údajmi z roku 2004. Západná a stredná Európa naďalej predstavujú väčšinu zachytenej živice (70 %), kým množstvá zachyteného trávového kanabisu zostávajú sústredené v Severnej Amerike (64 %) (UNODC, 2007).

V Európe v roku 2005 sa uskutočnilo odhadom 303 000 zachytení kanabisovej živice v množstve až 909 ton⁽²⁵⁾, pričom Španielsku je pripísaná polovica všetkých zachytení a asi tri štvrtiny celkového zachyteného množstva⁽²⁶⁾. Mierne zvýšenie v počte uvádzaných zachytení živice v roku 2005 pokračovalo v stúpajúcom trende, ktorý sa pozoroval od roku 2000. Toto však neplatilo pre množstvo zachytenej živice, ktoré v roku 2005 pokleslo, po zvýšení v období 2000 – 2004.

Relatívnu pozíciu živicového a trávového kanabisu môžeme vidieť na skutočnosti, že v roku 2005 bolo o polovicu menej zachytení trávového kanabisu (1 52 000) a jeho zachytený objem predstavoval menej ako jednu desatinu (66 ton) v porovnaní so živicovým kanabisom. Počty zachytení trávového kanabisu v Európe počas minulých piatich rokoch neustále rástli, hoci obraz zachytených množstiev je menej jasný, s možným zvýšením v roku 2005, po období

Kanabis na osobnú spotrebu: právny stav

Napriek odlišným právnym prístupom ku kanabisu v členských štátoch⁽¹⁾ možno v Európe vidieť všeobecný trend vo vývoji alternatívnych opatrení namiesto odsúdenia za trestný čin pre prípady užívania a vlastníctva malých množstiev kanabisu na osobnú spotrebu bez prirážajúcich okolností. Kanabis je teraz často odlišovaný od iných nezákonných látok zákonom, nariadením prokuratúry alebo súdnou praxou. Vo väčšine európskych krajín nastáva posun od trestov väzenia smerom k pokutám, kauciam, skúšobnej dobe, výnimke z uloženia trestu a poradenstvu. Príklady tohto trendu možno nájsť vo viacerých nedávnych opatreniach vrátane zrušenia trestov väzenia v Luxembursku v roku 2001 a v Belgicku v roku 2003 a zníženia trestov väzenia v Grécku v roku 2003 a v Spojenom kráľovstve v roku 2004. Smernice pre políciu alebo prokurátorov boli vydané v Belgicku v rokoch 2003 a 2005, vo Francúzsku v roku 2005 a v Spojenom kráľovstve v rokoch 2004 a 2006. V roku 2006 sa v Českej republike takmer zaviedli odlišné triedy pre drogy, ktoré nie sú určené na lekárske účely, ale návrh trestného zákonníka bol zamietnutý z iných dôvodov. Napriek tomu, počet uvádzaných porušení zákonov v súvislosti s kanabisom v Európe naďalej rastie (pozri kapitolu 1).

Diskusia o kanabise zostáva sporná a zostáva značný rozpor v súvislosti s relatívnymi nákladmi a výhodami rôznych reakcií

zdravotníctva a trestného súdnictva. Toto sa odráža v skutočnosti, že nie všetky opatrenia išli v smere zmiernenia trestov a v niektorých krajinách sa tresty sprísnilo alebo sa súčasná situácia kriticky skúma. V roku 2004 smernica pre prokurátorov v Dánsku vyzývala na pokuty, ktoré sa majú ukladať namiesto varovania a v Taliansku sa v roku 2006 odstránilo zákonné rozlišovanie medzi drogami, ktoré nie sú určené na lekárske použitie, čo odradilo od vnímania rozdielu medzi „mäkkými“ a „tvrdými“ drogami. Iné krajiny skúmajú svoje súčasné reakcie na kanabis; napríklad Holandsko uverejnilo svoju špecifickú stratégiu pre oblasť konopných drog v roku 2005 a Nemecko vykonalo hodnotenie zavádzania trestov za jednoduché vlastníctvo kanabisu.

Politika v oblasti konopných drog zostáva otázkou, ktorá vyvoláva rozsiahlu verejnú diskusiu a rozpor. Toto možno vidieť v zisteniach nedávneho prieskumu Eurobarometer (2006), ktorý zisťoval u občanov v Európe, či súhlasia s tvrdením, že osobná konzumácia kanabisu by sa mala legalizovať v celej Európe. Čosi viac ako dve tretiny (68 %) opýtaných osôb nesúhlasili a asi štvrtina (26 %) súhlasila s týmto návrhom. Vo všetkých krajinách to bol vždy názor väčšiny, hoci podiel tých, ktorí sa zúčastnili na prieskume a schvaľovali pokračujúci zákaz, kolísal.

(1) Podrobnejšia diskusia sa nachádza v prehľade témy ELDD <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

(25) Údaje o európskych zachyteniach drog, z ktorých vychádza táto časť, možno nájsť v tabuľkách SZR-1, SZR-2, SZR-3 a SZR-4 v štatistickej ročenke 2007.

(26) Toto by sa malo skontrolovať oproti chýbajúcim údajom z roku 2005, keď budú dostupné. Na účely odhadovania boli údaje z roku 2005 nahradené údajmi z roku 2004.

klesajúcich množstiev medzi rokmi 2001 a 2004. Závery sú tu nevyhnutne predbežné, pretože Spojené kráľovstvo, krajina, ktorej možno pripísať väčšinu zachytení trávového kanabisu z hľadiska počtu a množstiev, ešte neuviedla údaje za rok 2005.

V roku 2005 odhadovaných 13 500 zachytení v Európe viedlo k zachyteniu asi 24 miliónov rastlín kanabisu (väčšina z nich v Turecku) a 13,6 ton kanabisových rastlín (väčšina z nich v Španielsku). Celkovo počet zachytení rastlín kanabisu v Európe ukazuje pokračujúci stúpajúci trend od roku 2000. Ak sa pozrieme na členské štáty EÚ, počet zachytených rastlín kanabisu vrcholil v roku 2001 a znovu sa zvýšil od roku 2003, zatiaľ čo v Turecku po zvýšení v období 2001 – 2003 sa počet zachytených rastlín kanabisu znížil v roku 2004 a znovu zvýšil v roku 2005.

Cena a potencia

V roku 2005 bola priemerná alebo typická maloobchodná cena kanabisovej živice a trávového kanabisu rôzna, a to medzi krajinami aj v rámci krajín, pričom väčšina krajín uvádzala ceny kanabisových produktov v rozsahu 4 – 10 eur za gram⁽²⁷⁾. Uvádzané priemerné alebo typické ceny oboch typov kanabisu sa však pohybovali od 2 eur za gram po viac ako 15 eur. Priemerné ceny kanabisovej živice, korigované kvôli inflácii, klesali počas obdobia 2000 – 2005 vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Poľska, kde ceny zostali stabilné. Priemerné ceny trávového kanabisu korigované kvôli inflácii tiež poklesli alebo zostali stabilné počas rovnakého obdobia vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Slovinska⁽²⁸⁾.

Potencia kanabisových výrobkov je stanovovaná obsahom Δ^9 -tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej aktívnej zložky (EMCDDA, 2004). Uvádzaný priemerný alebo typický obsah THC v kanabisovej živici na maloobchodnej úrovni sa pohyboval v roku 2005 od menej ako 1 % po 17 %; takýto rozsah kolísania sa ťažko vysvetľuje vzhľadom na spoločný zdroj väčšiny európskej živice. Potencia trávového kanabisu sa uvádzala v rozsahu od menej ako 1 % po čosi viac ako 15 %. V dostupných údajoch nie je možné rozlíšiť domácky produkovaný trávový kanabis; Holandsko však bolo schopné produkovať odhadom 17,7 % pre miestne produkovaný trávový kanabis⁽²⁹⁾.

Prevalencia a formy užívania kanabisu

V rámci celej populácie

Údaje najnovšieho prieskumu potvrdzujú obraz užívania kanabisu ako najčastejšie užíwanej nezákonnej látky v Európe. Počas deväťdesiatych rokov minulého storočia sa

Prieskumy – dôležitý nástroj na pochopenie foriem a trendov užívania drog v Európe

Užívanie drog vo všeobecnej alebo školskej populácii je posudzované prostredníctvom prieskumov, ktoré poskytujú odhady podielu ľudí, ktorí vyhlasujú, že užívali drogy počas definovaných období: celoživotne, v poslednom roku alebo v poslednom mesiaci.

EMCDDA, spoločne s národnými expertmi vypracovala súbor spoločných základných položiek („Európsky modelový dotazník“, EMQ) na použitie v prieskumoch medzi dospelými a tento sa realizoval vo väčšine členských štátov EÚ. Podrobnosti o EMQ sú zahrnuté v „Príručke pre prieskumy o užívaní drog medzi všeobecnou populáciou“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Stále však ešte existujú rozdiely medzi krajinami v metodike a v roku zhromaždenia údajov a malé rozdiely medzi krajinami by sa mali interpretovať opatrne⁽¹⁾.

Pretože vykonávanie prieskumov je nákladné, málo krajín zhromažďuje informácie každý rok. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu, ktorý je vo väčšine prípadov medzi rokmi 2003 a 2006.

Pre uvádzanie údajov prieskumu sa obvykle používajú tri miery užívania drog. Najrozšírenejšie je celoživotné užívanie alebo prevalencia. Táto miera sa obvykle používa na uvádzanie správ o skupinách veľmi mladých ľudí, napríklad deťí, ktoré chodia do školy, ale má obmedzenú hodnotu pre odrážanie súčasnej situácie medzi dospelými, hoci môže poskytovať hlboký pohľad na formy užívania a výskytu. Táto správa sa zameriava na uvádzanie údajov o užívaní v poslednom roku a v poslednom mesiaci, pretože tieto dve miery lepšie odrážajú súčasnú situáciu, pričom druhá kategória často slúži ako náhradná miera pravidelného užívania. Jasné identifikovanie tých, ktorí užívajú drogy pravidelne alebo ktorí majú problémy s užívaním drog je dôležité a v tomto ohľade sa urobil určitý pokrok pri vývoji stupnic na posudzovanie intenzívnejších foriem užívania; tieto sú zahrnuté tam, kde sú dostupné (pozri rámček o vývoji psychometrických stupnic s. 42).

(1) Štandardné vekové rozpätia EMCDDA: všetci dospelí (15 až 64 rokov) a mladí dospelí (15 až 34 rokov). Údaje z niektorých krajín pokrývajú trochu iné vekové rozpätia (napr. 16 – 64, 18 – 64, 16 – 59 rokov). Ďalšie informácie o metodike prieskumov populácie a metodike používanej v každom národnom prieskume si pozrite v štatistickej ročenke 2007.

užívanie tejto drogy, najmä medzi mladými ľuďmi, zvýšilo takmer vo všetkých krajinách. Niektoré novšie údaje však nasvedčujú, že stúpajúci trend sa ustáľuje, hoci na historicky vysokých úrovniach. Dôležitou druhotnou otázkou je preskúmanie trendov medzi tými, ktorí užívajú túto drogu

(27) Pozri tabuľku PPP-1 v štatistickej ročenke 2007.

(28) Údaje o cene kanabisovej živice a trávového kanabisu boli analyzované pre 19 krajín (v ktorých boli k dispozícii údaje aspoň pre tri za sebou idúce roky).

(29) Údaje o potencii kanabisu možno nájsť v tabuľkách PPP-2 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2007.

intenzívne a počas dlhých období. Tu sú údaje menej správne, existujú však obavy, že mladí ľudia užívajú kanabis týmto spôsobom a že táto skutočnosť sa môže čiastočne odrážať v náraste dopytu po liečbe v súvislosti s kanabismom, ktorý sa pozoroval v niektorých krajinách.

Opatrne sa odhaduje, že kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac ako 70 miliónov dospelých Európanov, čo je v priemere takmer štvrtina (22 %) všetkých 15 až 64-ročných⁽³⁰⁾. Národné údaje sa pohybujú od 2 % do 37 %, pričom najnižšie údaje sú z Bulharska, Malty a Rumunska a najvyššie z Dánska (36,5 %), Francúzska (30,6 %), zo Spojeného kráľovstva (29,8 %) a z Talianska (29,3 %)⁽³¹⁾. Napriek tomuto širokému celkovému rozsahu 12 z 26 európskych krajín poskytlo informácie, ktoré uvádzali miery celoživotnej prevalencie v rozsahu 10 – 25 %⁽³²⁾.

Ak sa referenčný bod posunie z celoživotného údaja na posledný rok, úrovne udávaného užívania kanabisu klesnú, ale stále zostanú značné. Odhady uvádzajú, že viac ako 23 miliónov dospelých Európanov užilo kanabis v poslednom roku, čo predstavuje priemerný údaj asi 7 % zo všetkých 15 – 64-ročných. Národné údaje sa pohybujú medzi 1 % a 11,2 %, pričom najnižšie údaje udávalo Bulharsko, Grécko a Malta a najvyššie Taliansko (11,2 %), Španielsko (11,2 %), Česká republika (9,3 %) a Spojené kráľovstvo (8,7 %). Opäť napriek širokému celkovému rozsahu 13 z 25 krajín, ktoré poskytli informácie, uvádzali odhady prevalencie za posledný rok medzi 4 % a 9 % (obrázok 3).

Odhady prevalencie za posledný mesiac budú zahŕňať ľudí, ktorí užívajú kanabis pravidelnejšie, hoci nie nutne intenzívnym spôsobom. Odhaduje sa, že 13,4 milióna dospelých Európanov užilo drogu v predchádzajúcom mesiaci, čo sú v priemere asi 4 % všetkých 15 – 64-ročných. Údaje podľa krajín sa pohybujú medzi 0,5 % a 8,7 %. Najnižšie údaje uvádzali Bulharsko, Malta, Litva a Švédsko a najvyššie Španielsko (8,7 %), Taliansko (5,8 %), Spojené kráľovstvo (5,2 %) a Francúzsko (4,8 %). Z 26 krajín, ktoré poskytli informácie spadajú údaje z 13 krajín do rozsahu 2 % až 6 %⁽³³⁾.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu je neúmerne vysoké medzi mladými ľuďmi pričom v závislosti od skúmanej krajiny uvádzajú 3 % až 49,5 % mladých dospelých Európanov (15 – 34-ročných), že niekedy užili kanabis, 3 – 20 %

uvádza užitie v poslednom roku a 1,5 – 15,5 % uvádza užitie v poslednom mesiaci. Najvyššie celoživotné údaje sú uvádzané z Dánska, Francúzska, Spojeného kráľovstva a Španielska, pričom najvyššie uvádzané úrovne prevalencie v poslednom roku sú zo Španielska, Českej republiky, Francúzska a Talianska. V priemere 30 % mladých dospelých uvádza celoživotné užívanie a 13 % užívanie v poslednom roku a viac ako 7 % uvádza užívanie v poslednom mesiaci. Pre porovnanie, odhady za posledný rok a posledný mesiac pre dospelých vo veku 35 až 64 rokov sú 3 % a 1,6 %⁽³⁴⁾.

Ak sa pozornosť obmedzí na mladých ľudí vo veku 15 – 24 rokov, odhady prevalencie celoživotného užívania sa pohybujú medzi 3 % a 44 % (pričom väčšina údajov, ktoré poskytli krajiny, je v rozsahu 20 – 40 %). Miery prevalencie v poslednom roku sa pohybujú od 4 % do 28 % (vo väčšine krajín 10 – 25 %); a miery prevalencie v poslednom mesiaci sú medzi 1 % a 19 % (vo väčšine krajín 5 – 12 %). Medzi mužmi tejto vekovej skupiny sú odhady prevalencie stále vyššie. Celoživotné užívanie uvádzalo 11 – 51 % mladých mužov (vo väčšine krajín 15 – 30 %) a užívanie v poslednom mesiaci 1,7 – 23,7 % (vo väčšine krajín 6 – 20 %)⁽³⁵⁾.

Formy užívania kanabisu

Ako bolo uvedené, užívanie kanabisu, podobne ako iných nezákonných drog, je výrazne vyššie medzi mladými ľuďmi, hoci aj tu možno nájsť značné rozdiely medzi krajinami. Užívanie je tiež významne vyššie u mužov ako u žien, hoci tento rozdiel má tendenciu byť menej výrazný pre mladých ľudí. Vo všeobecnosti sa v novších mierach užívania zvyšuje pomer mužov k ženám a opäť možno pozorovať značné rozdiely medzi krajinami, napríklad pomery pohlaví pre uvádzané užívanie kanabisu v poslednom mesiaci sa pohybujú od 1,5 v Taliansku do 1,14 v Litve (pozri vybranú otázku o pohlaví a užívaní drog 2006).

Mnohí obvykle prerušia užívanie kanabisu po krátkom období experimentovania a miery sa vo všeobecnosti znížia, keď jednotlivci zostarnú. No sledovanie životných osudov v dostupných údajoch a identifikovanie zmien v priebehu času vo formách konzumácie je ťažké. Určitý pohľad na túto otázku možno získať porovnaním uvádzaného celoživotného užívania s novšími mierami konzumácie. V priemere táto analýza naznačuje, že 32 % všetkých dospelých (15 – 64 rokov), ktorí niekedy užili kanabis, ho užilo v poslednom roku a 18 % v poslednom mesiaci.

⁽³⁰⁾ Priemerný podiel bol vypočítaný ako priemer národných mier prevalencie vážený podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. Celkové počty sa vypočítali vynásobením prevalencie medzi príslušnou populáciou v každej krajine a v krajinách, pre ktoré neboli informácie dostupné, prisúdením priemernej prevalencie. Údaje, ktoré sú tu uvedené, sú pravdepodobne minimálne, pretože mohlo dôjsť k určitému podhodnoteniu.

⁽³¹⁾ V tomto texte údaje pre Spojené kráľovstvo vychádzajú z Britského prehľadu trestných činov za rok 2006 (Anglicko a Wales) z praktických príčin. Existujú dodatočné odhady pre Škótsko, Severné Írsko a k dispozícii je kombinovaný odhad pre Spojené kráľovstvo (uvedený v štatistickej ročenke 2007).

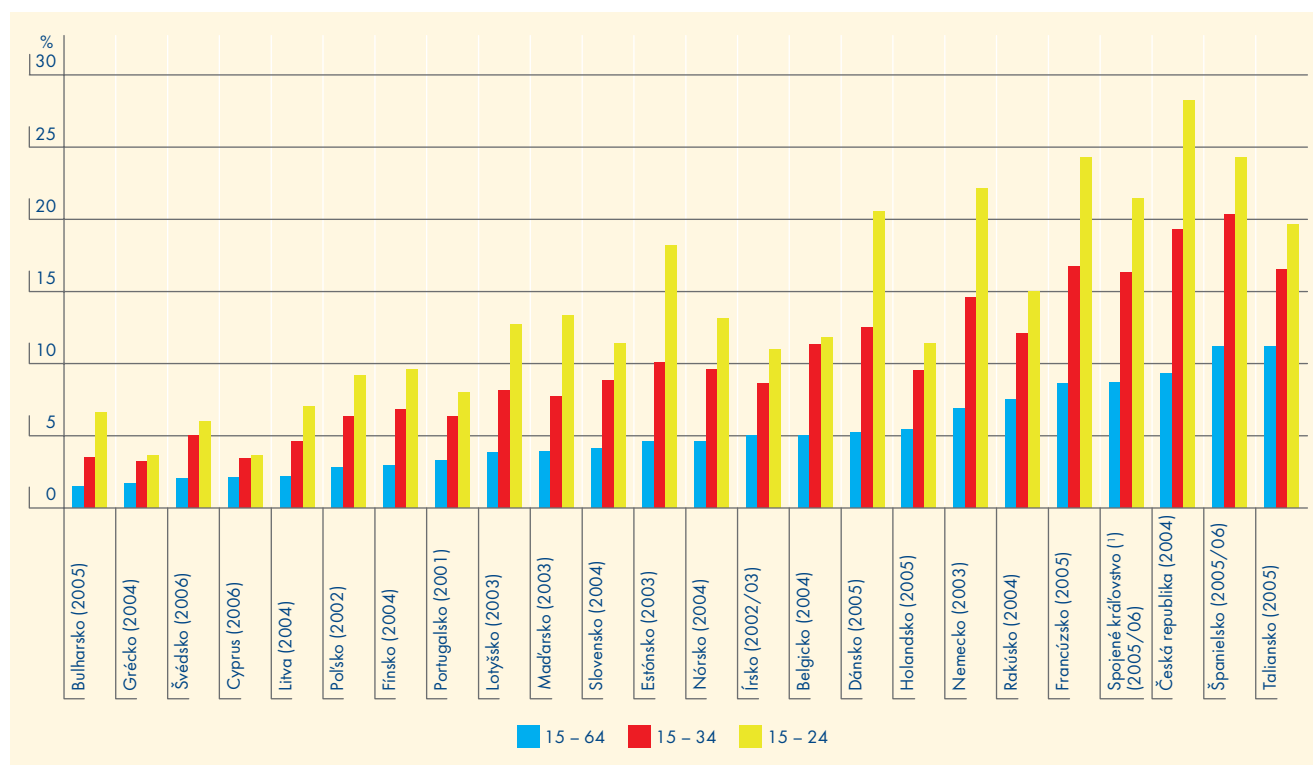
⁽³²⁾ Pozri tabuľku GPS-8 v štatistickej ročenke 2007.

⁽³³⁾ Pozri tabuľku GPS-12 v štatistickej ročenke 2007.

⁽³⁴⁾ Pozri tabuľky GPS-9, GPS-11 a GPS-13 v štatistickej ročenke 2007.

⁽³⁵⁾ Pozri tabuľky GPS-17, GPS-18 a GPS-19 a obrázky GPS-1, GPS-3, GPS-7 a GPS-12 v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 3: Prevalencia užívania kanabisu v poslednom roku medzi všetkými dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) a mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov a 15 – 24 rokov)



(1) Anglicko a Wales.

Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytnutia správy. Krajiny sú zoradené podľa celkovej prevalencie (všetci dospelí). Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľkách GPS-10, GPS-11 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2006), prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov.

Tieto podiely, ktoré sú niekedy známe ako „miery trvania“, sa medzi krajinami značne líšia a budú ovplyvňované viacerými faktormi vrátane historického vývoja užívania kanabisu v rámci krajiny a počtu nových prípadov. Napriek tomu poznanie podielu užívateľov kanabisu, ktorí pokračujú v pravidelných a dlhodobých formách užívania je pravdepodobne dôležité pre pochopenie možného vplyvu užívania tejto látky na zdravie verejnosti. Napriek obavám, že asi bude narastať počet tých, ktorí užívajú túto drogu pravidelne alebo intenzívne ⁽³⁶⁾, v súčasnosti je dostupných veľmi málo informácií, ktoré by umožnili preskúmať túto otázku. EMCDDA v súčasnosti úzko spolupracuje s viacerými členskými štátmi na vývoji lepšieho metodického prístupu k tejto otázke. Hrubý odhad, ktorý urobila EMCDDA v roku 2004, založený na obmedzených údajoch naznačuje,

že asi 1 % dospelých Európanov alebo asi 3 milióny ľudí by mohli byť „dennými alebo takmer dennými“ užívateľmi kanabisu. Plánuje sa, že tento odhad by mohol byť aktualizovaný v blízkej budúcnosti. Viacero krajín uviedlo nárasty v pravidelnom alebo intenzívnom užívaní kanabisu, ale iba Španielsko uviedlo porovnateľné údaje o „dennom užívaní“ ⁽³⁷⁾, ktoré sa zvýšilo z 0,7 % z roku 1997 na 2 % v roku 2006.

Ďalšími dôležitými informáciami, ktoré sú potrebné v tejto oblasti, je lepšie pochopenie faktorov súvisiacich s prerušovaným užívaním. Ako bolo uvedené, väčšina z tých, ktorí začnú užívať kanabis, to preruší po určitom čase. Pochopenie faktorov súvisiacich s prestaním užívania je veľmi dôležité pre návrh opatrení v tejto oblasti. Niektoré informácie

⁽³⁶⁾ Doteraz neexistuje všeobecne akceptovaná definícia „intenzívneho užívania kanabisu“. Je to však široký výraz, ktorý znamená užívanie kanabisu, ktoré presahuje určitý prah frekvencie. Neznamená nevyhnutne existenciu „závislosti/zneužívania“ alebo iné problémy, ale považuje sa za zvýšenie rizika negatívnych dôsledkov vrátane závislosti. V tejto kapitole sa údaje vzťahujú na „denné alebo takmer denné užívanie“ (definované ako užívanie v 20 alebo viac dňoch z posledných 30 dní). Toto kritérium sa často používa v štúdiách a môže byť odvodené od európskeho vzorového dotazníka. Pokračujúce metodické štúdie (národné a EMCDDA) pomôžu lepšie pochopiť vzťahy medzi intenzívnym/častým užívaním a problémami (pozri rámček o vypracovaní psychometrických stupní, s. 42).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/06 (2 %). Táto miera (užívanie 30 dní počas posledných 30 dní) sa líši od predtým používaného „denného alebo takmer denného užívania“ (užívanie 20 dní alebo viac počas posledných 30 dní), čo poskytne vyšší odhad. Vo Francúzsku sa „pravidelný užívateľ“ definuje ako užívajúci drogy „10-krát alebo viackrát za posledných 30 dní“ (4,3 % dospelých mužov, 1,3 % dospelých žien). V Spojenom kráľovstve sa za „časté užívanie“ považuje „užívanie viac ako raz za mesiac v poslednom roku“ a nie je porovnateľné s mierami používanými v tejto časti.

Vývoj psychometrických stupníc na identifikovanie intenzívneho, závislého a problémového užívania kanabisu v údajoch prieskumov

Opisy užívania drog z prieskumov sú založené na hodnotení vlastného správania počas rôznych časových intervalov. Každodenné užívanie sa doteraz nemonitorovalo systematicky, čiastočne kvôli tomu, že vo väčšine krajín bola prevalencia užívania kanabisu nízka. A prístup obmedzenej pozornosti užívaniu v minulom mesiaci neumožňuje, aby sa odhady počtu intenzívnych užívateľov urobili presne. Pretože sa však užívanie kanabisu zvýšilo v celej Európe a vzrástli obavy z problémov spôsobených kanabisom, tento prístup sa musel prehodnotiť. V skutočnosti takmer všetky krajiny EÚ teraz zhromažďujú informácie o tom, koľko dní sa užívala droga v mesiaci pred rozhovorom. Na základe týchto informácií sa odhaduje, že okolo 3 milióny ľudí možno užívajú kanabis denne alebo takmer denne.

EMCDDA spolupracuje s národnými expertmi na zlepšení poskytovania správ o tomto druhu intenzívneho užívania v údajoch prieskumu medzi populáciou. Toto však stále poskytuje iba slabý nástroj na identifikovanie tých, ktorí trpia problémami alebo závislosťou kvôli užívaniu kanabisu. Tieto informácie sú veľmi dôležité na pochopenie vplyvu konzumácie kanabisu na verejné zdravie a sú v súčasnosti kľúčovou otázkou pre skupinu expertov EMCDDA na prieskumy.

V súčasnosti prebieha práca na vývoji metodického a koncepčného rámca, ktorý je potrebný na monitorovanie „intenzívnych foriem užívania drog“, ktorý by sa mohol použiť v prieskumoch medzi populáciou na lepšie identifikovanie tých, ktorí sa stretávajú s problémami. Niektoré krajiny teraz začínajú zisťovať „závislosť“ na kanabise alebo „problémové užívanie“ kanabisu medzi všeobecnou populáciou, pričom priekopnícke projekty prebiehajú vo Francúzsku, Nemecku, Holandsku, Poľsku, Portugalsku, Spojenom kráľovstve a najnovšie v Španielsku.

Príklad, prečo je táto práca dôležitá, možno nájsť v skúsenostiach z francúzskeho prieskumu v roku 2005, ktorý zahŕňal experimentálnu stupnicu CAST (skriningový test zneužívania kanabisu) tohto zisťovania, predbežná analýza naznačila, že až 16 % tých, ktorí užívali kanabis v poslednom roku a 58 % každodenných užívateľov by mohlo byť vystavených riziku problémového užívania.

v tejto oblasti sa stávajú dostupnými, napríklad francúzsky prieskum populácie v roku 2005 zistil, že medzi tými, ktorí už niekedy užili kanabis, ale neužili ho v poslednom roku, bolo pre väčšinu (80 %) hlavným dôvodom neužívania drogy jednoducho chýbanie záujmu o drogu; toto je napriek skutočnosti, že väčšina dospelých (takmer 60 %) sa domnieva, že by mohli ľahko získať kanabis, ak by chceli.

Trendy v užívaní kanabisu medzi dospelými

Sledovanie trendov v užívaní drog v Európe sťažujú chýbajúce spoľahlivé údaje o časových postupnostiach v mnohých krajinách. Od začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia však čoraz väčší počet krajín začal prieskumy, ktoré teraz začínajú poskytovať cenné informácie týkajúce sa vývoja trendov.

Časové postupnosti poskytované prieskumami môžu vrhnúť svetlo na vývoj užívania kanabisu v Európe. Jedným zistením je, že existujú dôležité časové rozdiely medzi krajinami a vlnami popularity pozorovateľné v užívaní tejto drogy, odkedy sa stala populárnou v šesťdesiatych rokoch minulého storočia⁽³⁸⁾. Príkladom sú údaje zo Švédska (národná správa siete Reitox 2005), kde sa uvádzala relatívne vysoká úroveň experimentovania v sedemdesiatych rokoch minulého storočia medzi brancami a žiakmi škôl, po ktorej nasledoval podstatný pokles v osemdesiatych rokoch a potom nový nárast počas deväťdesiatych rokov na úrovne podobné úrovniam zo sedemdesiatych rokov, po ktorých nasledoval pokles v nedávnych rokoch. Podobné javy vidno vo fínskych údajoch s hlavnými drogovými vlnami: prvá v šesťdesiatych a potom znovu v deväťdesiatych rokoch minulého storočia.

Z dôkazov prieskumu možno konštatovať, že užívanie kanabisu sa výrazne zvýšilo počas deväťdesiatych rokov minulého storočia takmer vo všetkých krajinách EÚ. Toto zvyšovanie pokračovalo donedávna v mnohých krajinách, hoci teraz existujú v niektorých krajinách príznaky stabilizácie, najmä medzi tými, ktorí sa môžu považovať za skupinu s vysokou prevalenciou. Príkladom je Spojené kráľovstvo, ktoré sa zo všeobecného hľadiska často javí „predskokanom“ ohľadom trendov v užívaní drog. Začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia Spojené kráľovstvo vynikalo ako krajina s vysokou prevalenciou, keď uvádzalo vo väčšine mier najvyššie údaje o prevalencii v Európe. Úroveň prevalence v poslednom roku sa však od roku 1998 stabilizovali medzi mladými dospelými (16 – 34 rokov) a klesli v období medzi rokmi 2003 a 2006 (z 20,0 % na 16,3 %). Je zaujímavé, že v najmladšej vekovej skupine (16 – 24 rokov) sa od roku 1998 pozorovalo trvalé znižovanie, čo naznačuje, že užívanie kanabisu sa stalo medzi mladými menej populárne⁽³⁹⁾.

Úroveň užívania kanabisu vo Francúzsku, v Španielsku a Taliansku sa začali približovať úrovniam prevalence Spojeného kráľovstva v nedávnych rokoch (2002, 2003 a 2005), potom nasleduje obdobie trvalého stúpania. Opäť sa stávajú zjavnými niektoré dôkazy stabilizácie situácie: Francúzsko zaznamenalo pokles užívania v roku 2005; a hoci Španielsko uvádza mierny nárast do roku 2006, celkovo vo väčšine nedávnych údajov existujú príznaky,

⁽³⁸⁾ Pozri aj obrázok 4 vo výročnej správe 2004.

⁽³⁹⁾ Pozri obrázok GPS-10 v štatistickej ročenke 2007.

že trend sa môže vyrovnáť. V Českej republike, v krajine s vysokými mierami prevalencie, sa trendy ťažko hodnotia v rámci dostupných údajov – hoci informácie pre mladých dospelých naznačujú, že úrovne prevalencie mierne poklesli.

Medzi stredne a nízko hodnotenými krajinami z hľadiska prevalencie v poslednom roku medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov), najnovšie údaje z Dánska a Holandska ukazujú mierny pokles, zatiaľ čo sa stále zdá, že úrovne užívania narastajú v Estónsku, Nemecku, Maďarsku a Nórsku⁽⁴⁰⁾. Väčšina týchto nárastov je však malá a vo všeobecnosti menej výrazná v novších odhadoch.

Fínsko a Švédsko zostávajú medzi krajinami, ktoré uvádzajú najnižšie úrovne užívania kanabisu a hoci odhady prevalencie sa zvýšili, neexistuje žiadny náznak približovania sa ku krajinám s vyššou prevalenciou. Zvýšenie pozorované vo Švédsku medzi rokmi 2000 a 2004 v prevalencii v poslednom roku medzi mladými dospelými (1,3 % až 5,3 %), hoci je veľké, sa ťažko interpretuje kvôli metodickým zmenám, v spôsobe, akým sa vykonal prieskum a odhady prevalencie v prieskumoch v rokoch 2004, 2005 a 2006 naznačujú stabilnú situáciu.

Medzi žiakmi škôl

Údaje z prieskumov v školách poskytujú ďalšie užitočný pohľad na formy a trendy v užívaní kanabisu, ktoré ukazujú narastajúce úrovne užívania kanabisu v mnohých krajinách EÚ koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia a v prvých rokoch tohto storočia.

Celkovo všeobecný obraz, ktorý vyplýva z údajov prieskumu v školách, odráža to, čo sa zistilo prostredníctvom prieskumov u dospelých. Najvyššie miery celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi žiakmi škôl vo veku 15 – 16 rokov v Európe sú uvádzané Belgickom, Českou republikou, Írskom, Španielskom, Francúzskom a Spojeným kráľovstvom, z ktorých všetky uvádzajú miery medzi 30 % a 44 %. Nemecko, Taliansko, Holandsko, Slovinsko a Slovensko uvádzajú miery nad 25 %. Naopak Grécko, Cyprus, Rumunsko, Švédsko, Turecko a Nórsko uvádzajú odhady celoživotnej prevalencie nižšie ako 10 %.

Analýza údajov z prvých troch kôl prieskumu ESPAD (Európsky školský projekt v oblasti alkoholu a iných drog) (1996 – 2003) ukázala významné geografické rozdiely v trendoch celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi žiakmi škôl vo veku 15 – 16 rokov. Krajiny môžu byť kategorizované do troch geografických skupín. V Írsku

a Spojenom kráľovstve, ktoré majú dlhé histórie užívania kanabisu, je celoživotná prevalencia vysoká, ale počas posledného desaťročia zostávala stabilná.

Vo východoeurópskych a stredoeurópskych členských štátoch spolu s Dánskom, Španielskom, Francúzskom, Talianskom a Portugalskom sa medzi rokmi 1995 a 2003 celoživotná prevalencia užívania kanabisu podstatne zvýšila. V tretej skupine členských štátov (Fínsko a Švédsko na severe a Grécko, Cyprus a Malta na juhu) a v Nórsku zostali odhady celoživotnej prevalencie medzi žiakmi škôl na relatívne nízkyh úrovniach (okolo 10 % a nižšie). Údaje z nasledujúceho kola štúdie ESPAD sa očakávajú v budúcom roku.

Iba štyri krajiny (Taliansko, Poľsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) uviedli nové údaje z národných prieskumov v školách v roku 2005 a Belgicko uviedlo prieskum z regiónu Flámsko. Vo Švédsku sa zdala situácia stabilná a mierne poklesy boli pozorované v ostatných štyroch prieskumoch.

Kanabis: údaje o dopyte po liečbe⁽⁴¹⁾

Formy dopytu po liečbe celkom

Medzi celkovým počtom približne 326 000 dopytov po liečbe uvádzaným v roku 2005 (dostupné údaje z 21 krajín) bol kanabis prvotnou príčinou nástupu na liečbu v približne 20 % všetkých prípadov, čo spôsobuje, že je druhou najčastejšie uvádzanou drogou po heroíne. Najväčší dopyt po liečbe kvôli prvotnému užívaniu kanabisu je obvykle v ambulantných zariadeniach⁽⁴²⁾.

Klinickí drogoví klienti sa často uvádzajú ako problémovo užívajúci iné drogy spolu s prvotnou drogou, kvôli ktorej vyhľadávajú liečbu; toto je menej časté u užívateľov kanabisu, ktorí sú klientmi, o ktorých sa najčastejšie uvádza, že užívajú iba jednu látku (kanabis). Niektorí však užívajú kanabis v kombinácii s inými drogami, najčastejšie s alkoholom (37 %) a amfetamínmi alebo extázou (28 %). Po alkohole (38 %) je kanabis uvádzaný ako druhá najčastejšie citovaná druhotná látka tými, ktorí dostávajú liečbu⁽⁴³⁾.

Narastajúc dopyt po liečbe

Medzi približne 130 000 novými dopytmi po protidrogovej liečbe predstavujú klienti užívajúci kanabis 29 % všetkých nových klientov užívajúcich drogy, čo tesne nasleduje po podiele dopytov po novej heroínovej liečbe (35 %; údaje dostupné z 22 krajín)⁽⁴⁴⁾. Hoci problémy týkajúce sa

⁽⁴⁰⁾ Pozri obrázok GPS-4 v štatistickej ročenke 2007.

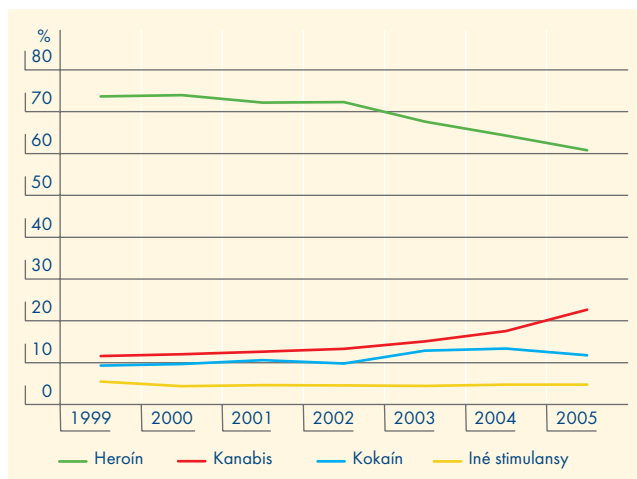
⁽⁴¹⁾ Analýza všeobecnej distribúcie a trendov je založená na údajoch o klientoch, ktorí požiadali o liečbu vo všetkých liečebných strediskách; analýza profilu klientov a foriem užívania drog je založená na údajoch z ambulantných liečebných stredísk.

⁽⁴²⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁴³⁾ Pozri tabuľky TDI-22 a TDI-23 (časť i) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁴⁴⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 4: Trendy vo forme užívania liečebných služieb (1999 – 2005) – hlavná droga, kvôli ktorej klienti žiadajú o liečbu, ako percento všetkých žiadostí



Poznámka: Na základe údajov z 21 členských štátov EÚ: Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Nemecko, Írsko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Cyprus, Litva, Luxembursko, Maďarsko, Malta, Holandsko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo. Chýbajúce údaje boli interpolované pre každú krajinu udržiavaním priemerného trendu EÚ v dostupných údajoch pre každý rok. Ďalšie informácie a podrobné poznámky sa nachádzajú na obrázku TDI-3 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox.

dostupnosti údajov sťažujú presné komentovanie trendov, hlavné trendy v dopytoch po liečbe kvôli užívaniu kanabisu je možné identifikovať. Medzi rokmi 1999 a 2005 sa celkový počet nových a uvádzaných dopytov po liečbe kvôli užívaniu kanabisu približne strojnásobil. Zdá sa však, že stúpajúci trend sa stabilizuje vo väčšine nedávnych údajov. Vo všetkých krajinách (s výnimkou Litvy), je medzi novými klientmi podiel tých, o ktorých sa uvádza, že vyhľadali liečbu kvôli prvotnému užívaniu kanabisu, vyšší ako zodpovedajúci podiel medzi všetkými klientmi ⁽⁴⁵⁾.

Počas obdobia 1999 – 2005 sa podiel klientov, ktorí vyhľadali liečbu kvôli prvotnému užívaniu kanabisu, zvýšil vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje (obrázok 4). Existujú však zaujímavé rozdiely medzi krajinami, pričom kanabis bol citovaný menej ako 5 % všetkých klientov, o ktorých sa uvádzalo, že nastúpili na liečbu v Bulharsku, Litve, Poľsku a Rumunsku a viac ako 30 % v Maďarsku a Francúzsku. Pre zostávajúce krajiny, v 12 je podiel klientov užívajúcich kanabis medzi 5 % a 20 % a v siedmich je medzi 21 % a 29 %. Podobne medzi dopytmi po novej liečbe existujú značné rozdiely medzi krajinami, pričom kanabis je citovaný menej ako 10 % nových klientov Bulharsku, Litve, Luxembursku, Poľsku a Rumunsku a viac ako 50 % v Dánsku, Nemecku, Francúzsku a Maďarsku ⁽⁴⁶⁾.

Nezdá sa, že zvýšenie dopytu po liečbe kvôli užívaniu kanabisu má jednoduché vysvetlenie. Rozsah, v akom je zvýšený dopyt po liečbe výsledkom zvýšenia prevalence intenzívneho užívania kanabisu a súvisiacich problémov v populácii a zvýšeného vnímania rizík, zostáva nejasný. Iné faktory k tomu tiež mohli prispievať, vrátane lepšieho uvádzania údajov agentúr pre ambulantnú liečbu, ktoré vyhľadávajú klientov užívajúcich kanabis, ktoré sú obvykle strediskami pre dopyt po kanabisovej liečbe, a možno väčšia diagnostika a poskytovanie správ o problémovom užívaní kanabisu. Príspevky dvoch ďalších možných príčin by sa mali tiež vziať do úvahy: diverzifikácia ponuky liečby, napríklad otváranie stredísk pre liečbu kvôli užívaniu kanabisu vo Francúzsku koncom roku 2004 a zvýšenie počtu odporúčaní zo systému trestného súdництва. V prvom prípade, v reakcii na zvyšujúci sa dopyt po liečbe kvôli užívaniu kanabisu, viacero krajín realizovalo špecifické programy pre dospievajúcich alebo mladých ľudí s ponukou liečby viac zameranou na užívateľov kanabisu; zvýšenie dopytu tu vytvára zvýšenie ponuky, ktorá naopak môže zdôrazniť dopyt. V druhom prípade odporúčania zo systému trestného súdництва často súvisia s porušeniami zákonov súvisiacimi s užívaním kanabisu. Zistenia výskumu ukazujú, že väčšina ľudí nasmerovaná na liečbu zo systému trestného súdництва, užíva kanabis ako prvotnú drogu; v tomto scenári zvýšenie počtu odporúčaní zo systémom trestného súdництва bude prispievať k zvýšeniu dopytu po liečbe kvôli užívaniu kanabisu.

Profily klientov

Nech je vysvetlenie faktorov, ktoré viedli k zvýšeniam dopytu po liečbe kvôli užívaniu kanabisu, akékoľvek, charakteristiky tých, ktorí nakoniec vyhľadajú liečbu, sú zaujímavé, hoci sa nemôže tvrdiť, že tento maličký zlomok populácie, ktorá užíva kanabis, je reprezentatívny. Pri pohľade na profil ľudí, ktorí nastúpia na ambulantnú liečbu kvôli prvotnému užívaniu kanabisu, väčšina spoločných charakteristík hovorí, že sú to mladí ľudia, mužského pohlavia, ešte stále študujúci, na rozdiel od zamestnaných alebo nezamestnaných a bývajú u svojich rodičov na rozdiel od tých, ktorí majú vlastné bývanie ⁽⁴⁷⁾. V porovnaní s inými klientmi užívajúcimi drogy, u ľudí, ktorí nastúpia na liečbu kvôli prvotnému užívaniu kanabisu, je najvyšší podiel osôb mužského pohlavia a najmladšieho veku (priemerný vek je 24,5 roka). Tí, ktorí nastúpia na liečbu po prvýkrát, sú dokonca ešte mladší ako všetci klienti užívajúci kanabis (priemerný vek 23,8 roka). Podobne 67 % a 80 % tých, ktorí majú 15 – 19 rokov alebo ktorí sú mladší ako 15 rokov, sú noví klienti užívajúci kanabis. Avšak v posledných troch rokoch sa uvádzajú náznaky zvýšenia veku nových klientov užívajúci kanabis ⁽⁴⁸⁾. Celkove

⁽⁴⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-3 (časť iii) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁴⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-4 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁴⁷⁾ Pozri tabuľky TDI-13, TDI-14 a TDI-21 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁴⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-10 (časť i), (časť ii) a (časť ix) v štatistických ročenkách 2007, 2006 a 2005.

sa klienti užívajúci kanabis môžu rozdeliť na tri skupiny: na tých, ktorí ho užívajú príležitostne (34 %), na tých, ktorí ho užívajú raz alebo niekoľkokrát za týždeň (27 %) a na tých, ktorí ho užívajú denne (39 %).

Je pravdepodobné, že tieto rozdiely v uvádzanom užívaní tejto drogy medzi klientmi užívajúcimi kanabis sú výsledkom rôznych ciest odporúčaní pre liečbu a môžu existovať dohady, že zvýšenie odporúčaní zo systému trestného súdnicstva môže súvisieť s niektorými z tých, u ktorých sa uvádzali nízke úrovne konzumácie pri nástupe na liečbu. Existujú rozdiely medzi krajinami vo frekvencii užívania kanabisu, pričom polovica krajín uvádza viac 30 % klientov ako denných užívateľov kanabisu a druhá polovica uvádza menej ako 30%. Holandsko, Dánsko a Španielsko majú najvyššie podiely pravidelných užívateľov medzi klientmi v liečbe, kým Maďarsko, Nemecko a Taliansko uvádzajú najvyšší podiel občasných užívateľov⁽⁴⁹⁾. Okrem toho, ako sa uvádza nižšie, reakcie na intenzívne užívanie kanabisu môžu byť zamerané skôr na prevenciu ako na liečbu a takéto rozdiely v národnej praxi môžu ovplyvniť celkové úrovne podávania správ; toto môže čiastočne vysvetliť, prečo niektoré krajiny s vysokou prevalenciou uvádzajú relatívne nízke údaje o liečbe súvisiacej s kanabisom.

Reagovanie na problémy súvisiace s kanabisom

Na údaje o liečbe súvisiacej s kanabisom je potrebné pozerieť v súvislosti s tým, čo tvorí liečbu súvisiacu s kanabisom v Európe, ktorá v súčasnosti pokrýva široký rad opatrení, ktoré siahajú od krátkych zásahov až po liečbu v pobytových zariadeniach. Niektoré programy sa orientujú viac na prevenciu a znižovanie škôd ako na liečbu problémov súvisiacich s drogami.

Identifikovanie tých, ktorí sú vystavení riziku a včasný zásah sa považujú za dôležité prvky všetkých protidrogových programov a učelia môžu byť medzi prvými, ktorí identifikujú kanabis medzi svojimi žiakmi. Nemecko, Taliansko a Poľsko vypracovali programy pre učiteľov, ktoré im pomáhajú reagovať na užívanie kanabisu a vyhľadať pomoc špecialistov, keď je to vhodné.

Neexistujú spoľahlivé informácie o postupe liečby súvisiacej s kanabisom a výskumné štúdie v tejto oblasti sú obmedzené a založené najmä na amerických a austrálskych skúsenostiach. V Európe najbežnejšie uvádzané prístupy k problémom súvisiacim s kanabisom zahŕňajú: krátkodobé ambulantné služby, poradenstvo, programy na školách a preventívne činnosti v teréne. Vo všeobecnosti sa zdá, že zásahy sú založené na prístupoch krátkej intervencie s použitím kombinácie motivačného rozhovoru

a kognitívno-behaviorálnych prvkov. Hoci neexistuje silná zhoda o tom, čo vytvára účinné postupy, niektoré štúdie naznačili, že tento druh prístupu môže byť užitočný. Jednou z európskych iniciatív v tejto oblasti je projekt INCANT, kde Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Holandsko a Švajčiarsko spolupracovali na skúmaní hodnoty viacdimenzionálnej rodinnej terapie (MDFT) s užívateľmi kanabisu. Po prijatí pozitívneho hodnotenia úvodnej etapy (Rigter, 2005), sa tento projekt rozšíril na viacpracoviskový randomizovaný kontrolovaný pokus, ktorý porovnáva MDFT so štandardnými liečbami porúch súvisiacich s kanabisom.

Iba 13 členských štátov uvádza dostupnosť špecializovaných liečebných zariadení pre problémových užívateľov kanabisu, čo naznačuje, že o väčšinu užívateľov kanabisu je postarané vo všeobecných protidrogových programoch alebo všeobecných zdravotníckych zariadeniach alebo zariadeniach pre mládež. Objavili sa obavy, že je asi nevhodné liečiť mladých užívateľov kanabisu vo všeobecných protidrogových zariadeniach, ak to vedie k miešaniu klientov so staršími, problémovými užívateľmi iných drog. Hoci miera, do akej je to problémom, zostáva nejasná, zostáva to dôležitou otázkou pre plánovanie služieb v tejto oblasti.

Francúzsko je príkladom poskytovania špecializovanej služby pre užívateľov kanabisu, kde bolo v roku 2005 vytvorených 250 konzultačných protikanabisových stredísk. Tieto strediská teraz navštevuje odhadom 2 900 klientov za mesiac, pričom asi tretina klientov (31 %) sa prihlásila sama alebo ich odporúčala tretia osoba (31 %) a iba niečo viac ako tretina bola odporúčaná rozhodnutím súdu (38 %). Ďalšími príkladmi špecifických liečebných programov pre užívateľov kanabisu sú Stredisko Maria pre mládež vo Švédsku, ktoré poskytuje mladým problémovým užívateľom kanabisu poradenský program, po ktorom nasledujú podporné stretnutia. V Nemecku sa od januára 2006 vyvíja modulárna terapia porúch súvisiacich s kanabisom pre dospievajúcich (Candis) vo výskumnom ambulatnom oddelení v Drážďanoch.

Kvázi povinné zásahy

Napriek všeobecnému posunu smerom k usmerňovaniu užívateľov kanabisu, ktorí prichádzajú do styku so systémom trestného súdnicstva, smerom k liečbe a poradenským službám namiesto trestných sankcií, dostupnosť a štruktúra týchto mechanizmov sa v Európe podstatne líšia, pričom málo krajín (Nemecko, Francúzsko, Luxembursko, Rakúsko, Švédsko) ponúka štruktúrované programy alebo služby.

Pre užívateľov, ktorí boli odporúčaní súdmi, liečebné zásahy nie sú jediným uvádzaným riešením. Príležitostným užívateľom sa v niektorých krajinách ponúkajú intenzívne kurzy, napríklad Nemecko, Rakúsko a Luxembursko uvádzajú

⁽⁴⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-18 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2007.

kurzy zamerané na meniace sa názory a formy užívania u užívateľov kanabisu ⁽⁵⁰⁾.

Nové komunikačné stratégie na oslovenie užívateľov kanabisu

Viacero inovačných programov sa v Európe snaží využívať nové komunikačné nástroje na oslovenie užívateľov kanabisu. V niektorých krajinách (Nemecko, Spojené kráľovstvo) sa vypracovali krátke zásahy založené na internete, ktoré umožňujú konzumentom kanabisu kontrolovať svoje súčasné užívanie a samostatne identifikovať problémy. Príkladom tohto prístupu je nemecké „zbav sa toho svinstva“ („quit the shit“) ⁽⁵¹⁾, kde sa ponúka podpora užívateľom, ktorí chcú prestať užívať kanabis. Hodnotiacia štúdia zistila, že táto

služba uvádzala zníženú konzumáciu kanabisu z hľadiska užitého množstva a počtu dní, kedy došlo ku konzumácii.

V Dánsku je SMASH anonymným podporným a poradenským projektom pre mladých užívateľov kanabisu, určeným na zníženie škodlivých účinkov, ktorý poskytuje informácie a podporu, aby im pomohol prestať s fajčením kanabisu ⁽⁵²⁾. Projekt je založený na predplatení dvoch balíkov SMS. Prvý z nich (fakty o hašiši) poskytuje faktické informácie o užívaní kanabisu a druhý ponúka podporu a motiváciu pre tých, ktorí sa snažia prestať brať drogy. Mladí ľudia môžu dostávať aj osobné vedenie cez textové správy, ktoré im majú pomôcť prestať užívať kanabis alebo znížiť jeho užívanie. Podobné služby existujú v Írsku, hoci dôraz sa kladie na šírenie informácií.

Užívanie drog medzi maloletými, vybrané otázky EMCDDA 2007

Vybraná otázka o užívaní drog veľmi mladými Európanmi (mladšími ako 15 rokov) zisťuje, že prevalencia užívania drog v tejto vekovej skupine je nízka a odráža najmä experimentálne užívanie. Pravidelné užívanie drog veľmi mladými ľuďmi je zriedkavé a obvykle sa týka vysoko problémovej časti populácie.

Primárna reakcia na užívanie drog medzi ľuďmi mladšími ako 15 rokov sa sústreďuje najmä na prevenciu alebo stratégie včasného zásahu. Napriek tomu táto vybraná otázka odhaduje,

že približne 4 000 veľmi mladým ľuďom v Európe bola poskytnutá drogová liečba. Drogová liečba prispôbená potrebám mladých ľudí je výnimkou, ale väčšina európskych krajín identifikovala potrebu takýchto programov.

Vybraná otázka tiež rieši, ako bolo rozpoznanie väzieb medzi konzumáciou zákonných a nezákonných psychoaktívnych látok v mladom veku a závislosťou na látkach v neskoršom živote bola zapracované do európskych politík verejného zdravia.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači a na internete iba v angličtine (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽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

Amfetamíny, extáza a LSD

V mnohých európskych krajinách je druhou najbežnejšie užívanou nezákonnou látkou niektorá forma synteticky vyrábanej drogy, hoci v európskom meradle je teraz viac užívateľov kokainu. Užívanie týchto látok medzi všeobecnou populáciou je obvykle nízke, ale miery prevalence medzi mladšími vekovými skupinami sú významne vyššie a v niektorých sociálnych prostrediach alebo kultúrnych skupinách môže byť užívanie týchto drog obzvlášť vysoké. Celkove patria amfetamíny (amfetamín a metamfetamín) a extáza medzi najrozšírenejšie syntetické nezákonné drogy.

Amfetamín a metamfetamín sú stimulanty centrálného nervového systému. Amfetamín je z týchto dvoch drog v Európe oveľa dostupnejší, kým významná miera užívania metamfetamínu sa obmedzuje na Českú republiku a Slovensko.

Amfetamín a metamfetamín: rozdiely a podobnosti

Na trhu s nezákonnými drogami sú hlavnými zástupcami skupiny amfetamínov amfetamín a metamfetamín (a ich soli) – dve úzko súvisiace syntetické látky, členovia skupiny fenetylaminu. Obe látky sú stimulanty centrálného nervového systému, ktoré majú rovnaký mechanizmus pôsobenia, účinky na správanie, toleranciu, účinky prerušenia a dlhodobého užívania (chronické). Amfetamín je menej potentný ako metamfetamín, ale v nekontrolovaných situáciách sú účinky takmer nerozoznateľné.

Amfetamínové a metamfetamínové výrobky väčšinou pozostávajú z práškov, ale užíva sa aj ľad, čistá kryštalická hydrochloridová soľ metamfetamínu. Na tabletkách, ktoré obsahujú buď amfetamín alebo metamfetamín, sa môžu nachádzať logá podobné logám, ktoré vidno na tabletkách MDMA a iných tabletkách extázy.

Vzhľadom na fyzikálne formy, v ktorých sú amfetamín a metamfetamín dostupné, môžu sa prehĺtať, šnupať, inhalovať a menej bežnejšie vpichovať. Na rozdiel od sulfátových solí amfetamínu je hydrochlorid metamfetamínu, najmä jeho kryštalická forma (ľad), dostatočne prchavá na to, aby sa fajčil.

Zdroj: drogové profily EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ako extáza sa označujú syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale ktoré sa do určitej miery líšia svojimi účinkami. Najznámejším členom skupiny drog extázy je 3, 4-metyldioxymetamfetamín (MDMA), ale v tabletkách extázy možno občas nájsť aj iné analógy (MDA, MDEA). Zdá sa, že prevalencia užívania extázy stúpa v EÚ od deväťdesiatych rokov minulého storočia.

Z historického hľadiska bol dietylamin kyseliny lysergovej (LSD) zďaleka najlepšie známou halucinogénnou drogou, ale celkové úrovne konzumácie boli dlho nízke a pomerne stabilné. V súčasnosti sa objavili dôkazy o zvýšenej dostupnosti a užívaní prirodzene sa vyskytujúcich halucinogénnych látok, najmä halucinogénnych húb.

Ponuka a dostupnosť ⁽⁵³⁾

Amfetamín

Z celosvetového hľadiska sa produkcia amfetamínu odhadovala v roku 2005 na 88 ton (UNODC, 2007). Hoci nezákonná výroba sa rozšírila na iné časti sveta, stále sa sústreďuje v západnej a strednej Európe. Laboratóriá, ktoré vyrábajú nezákonný amfetamín, boli zničené v roku 2005 v Belgicku, Bulharsku, Nemecku, Estónsku, Litve, Holandsku a Poľsku. Uvádza sa, že amfetamín zachytený v Európe pochádza najmä z Belgicka, Holandska a Poľska a v menšej miere z Estónska a Litvy.

Z celosvetového hľadiska sa v roku 2005 zachytilo 12,9 tony amfetamínu, väčšina z neho v dvoch oblastiach: západná a stredná Európa a východná a juhovýchodná Ázia.

Odhaduje sa, že v roku 2005 sa uskutočnilo 40 300 zachytení amfetamínu v množstve 6,6 tony. Do roku 2004 sa Spojenému kráľovstvu neustále pripisoval najväčší počet zachytení a najväčšie množstvá amfetamínu zachyteného v Európe. Napriek určitým kolísaniam na európskej úrovni, celkový počet zachytení amfetamínu a zachytené množstvá sa zvyšovali od roku 2000 ⁽⁵⁴⁾. V roku 2005 však väčšina krajín, ktoré poskytli správy, zaznamenala klesajúci trend v počte zachytení amfetamínu. Tento obraz

⁽⁵³⁾ Informácie o interpretovaní zachytení a iných údajov o trhu si pozrite na s. 37. Údaje o zachyteniach a zachytených množstvách amfetamínu, extázy a LSD nie sú k dispozícii pre všetky krajiny za rok 2005; ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách zachytení v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁵⁴⁾ Pozri tabuľky SZR-11 a SZR-12 v štatistickej ročenke 2007.

Medzinárodné opatrenia proti výrobe a zneužívaniu prekursorov drog

Vzniklo viacero medzinárodných iniciatív na zabránenie zneužívania prekursorových chemikálií, ktoré sa používajú pri výrobe nezákonných drog: projekt Cohesion sa zameriava na manganistan draselný (ktorý sa používa pri výrobe kokaínu) a anhydrid kyseliny octovej (ktorý sa používa pri výrobe heroínu), kým projekt Prism rieši prekursorov syntetických drog (¹). Všetky údaje uvedené nižšie pochádzajú zo správy INCB o prekursoroch (INCB, 2007b).

V roku 2005 boli celosvetové zachytenia manganistanu draselného najväčšie, aké sa kedy oznámili INCB, pričom 16 krajín zachytilo 183 ton, z ktorých väčšina bola zachytená mimo Európy.

Z 22 400 litrov anhydridu kyseliny octovej, ktoré boli celosvetovo zachytené v roku 2005, Európa znovu predstavovala iba malú časť.

V roku 2005 boli oznámené INCB zachytenia 41 ton efedrínu a pseudo-efedrínu, kľúčových prekursorov metamfetamínu, väčšina z nich Čínou, kým členské štáty EÚ (najmä Grécko, Bulharsko, Rumunsko a Česká republika) spolu s Ruskou federáciou predstavovali 1,7 tony.

Celosvetové zachytenia 1-fenyl-2-propanónu (P-2-P), ktorý sa používa pri nezákonnej výrobe metamfetamínu a amfetamínu, predstavovali 2 900 litrov v roku 2005, pričom európske krajiny prispeli 1 700 litrami (väčšinou v Nemecku a Holandsku).

Podiel Európy na celosvetových zachyteniach 3, 4-metyléndioxyfenyl-2-propanónu (3,4-MDP-2-P), ktorý sa používa pri výrobe MDMA, sa znížil v roku 2005 na 38 % s uvádzanými 5 100 litrami (najmä vo Francúzsku a v Holandsku). Zdá sa, že narastajúce zachytenia 3,4-MDP-2-P v iných regiónoch naznačujú, že nezákonná výroba MDMA sa rozširuje mimo Európy.

(¹) Všetky sú uvedené v tabuľke I Dohovoru OSN z roku 1988.

by sa mal opätovne potvrdiť na základe porovnania s údajmi z roku 2005 zo Spojeného kráľovstva, keď budú k dispozícii.

V roku 2005 sa priemerná alebo typická maloobchodná cena amfetamínu pohybovala od 7 eur za gram po 37,5 eura za gram, pričom väčšina európskych krajín uvádzala ceny 10 – 20 eur za gram (⁵⁵). Počas obdobia 2000 – 2005 sa priemerné ceny amfetamínu, korigované

kvôli inflácii, znižovali vo väčšine zo 17 krajín, ktoré poskytli postačujúce údaje.

Priemerná alebo typická maloobchodná čistota amfetamínu v roku 2005 značne kolísala, ale väčšina európskych krajín uvádzala čistoty medzi 15 % a 50 % (⁵⁶).

Metamfetamín

Celosvetová produkcia metamfetamínu sa v roku 2005 odhadovala na 278 ton. Vyrába sa najmä vo východnej a juhovýchodnej Ázii a v Severnej Amerike. V Európe sa nezákonná výroba metamfetamínu stále obmedzuje najmä na Českú republiku (pod miestnym názvom „pervitín“), hoci výroba sa tiež uvádza v Litve, Moldavsku a na Slovensku (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

V roku 2005 sa celosvetové zachytenia metamfetamínu zvýšili na odhadovaných 17,1 tony, z čoho viac ako polovica je uvádzaná východnou a juhovýchodnou Áziou (Čína, Thajsko) a tretina Severnou Amerikou (Spojené štáty americké). V tom istom roku sa v 15 európskych krajinách uvádzalo odhadovaných 2 200 zachytení v množstve asi 104 kg metamfetamínu (⁵⁷). Nórsku a Švédsku sa pripisujú najväčšie počty zachytení a množstvá zachyteného metamfetamínu.

Priemerná alebo typická maloobchodná cena metamfetamínu (uvádzaná iba niekoľkými krajinami) sa v roku 2005 pohybovala medzi 5 eurami a 35 eurami za gram. Väčšina krajín uvádzala priemerné alebo typické maloobchodné čistoty metamfetamínu v rozsahu 30 – 65 % (⁵⁸).

Extáza

Celosvetová výroba extázy v roku 2005 sa odhadovala na 113 ton (UNODC, 2007). Európa zostáva hlavným strediskom výroby extázy, hoci sa zdá, že jej relatívna dôležitosť klesá, keďže výroba extázy sa rozširuje do iných častí sveta, menovite do Severnej Ameriky, východnej a juhovýchodnej Ázie a Oceánie (CND, 2006; UNODC, 2006). V Európe sa výroba extázy uskutočňuje najmä v Holandsku (hoci sa tu uvádzajú príznaky znižovania výroby), za ktorým nasleduje Belgicko. Uvádza sa, že extáza zachytená v Európe v roku 2005 pochádza z týchto dvoch krajín a v menšej miere z Poľska a Spojeného kráľovstva.

Z odhadovaných 5,3 tony celosvetovo zachytenej extázy v roku 2005 bol najväčší podiel naďalej zachytený v západnej a strednej Európe (38 %), nasledovanej Oceániou (27 %) a Severnou Amerikou (20 %).

(⁵⁵) Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2007.

(⁵⁶) Pozri tabuľku PPP-8 v štatistickej ročenke 2007. Všimnite si, že uvádzané priemerné úrovne čistoty amfetamínu môžu skrývať široké kolísanie čistoty analyzovaných vzoriek.

(⁵⁷) Pre Spojené kráľovstvo, kvôli chýbaniu údajov za rok 2005, sa na účely odhadovania vzali do úvahy údaje za rok 2004. Pozri tabuľky SZR-17 a SZR-18 v štatistickej ročenke 2007.

(⁵⁸) Pozri tabuľky PPP-4 a PPP-8 v štatistickej ročenke 2007.

Odhadovaných 26 500 zachytení viedlo ku konfiškácii asi 16,3 milióna tabletiiek extázy v Európe v roku 2005 ⁽⁵⁹⁾. Najväčšie množstvá extázy boli naďalej zachytávané v Spojenom kráľovstve, Belgicku, Holandsku a Nemecku. Po vyvrcholení v roku 2001 zachytenia extázy v Európe znovu stúpali od roku 2003. Celkové množstvo zachytenej extázy sa pohybovalo okolo 20 miliónov tabletiiek za rok v období od roku 2000 do roku 2004. V roku 2005 však dostupné údaje ukazujú zníženie množstiev zachytenej extázy vo väčšine krajín. Tento obraz by sa mal potvrdiť na základe porovnania s údajmi z roku 2005 zo Spojeného kráľovstva, keď budú k dispozícii.

V roku 2005 sa priemerná alebo typická maloobchodná cena tabletiiek extázy pohybovala od menej ako 3 eurá za tabletku po 15 eur ⁽⁶⁰⁾. Počas obdobia 2000 – 2005 poklesli priemerné maloobchodné ceny extázy, skorigované kvôli inflácii, vo väčšine z 21 krajín, ktoré poskytli postačujúce údaje.

V Európe väčšina tabletiiek extázy v roku 2005 naďalej obsahovala MDMA alebo inú látku podobnú extáze (MDEA, MDA) obvykle ako jedinú prítomnú látku pôsobiacu na psychiku. V desiatich členských štátoch takéto tabletky predstavujú viac ako 80 % celkového počtu analyzovaných tabletiiek. Z tohto zistenia existujú určité výnimky: v Slovinsku sa MDMA/MDEA/MDA častejšie nachádzajú v kombinácii s amfetamínom a/alebo metamfetamínom; kým v Poľsku sa amfetamín a/alebo metamfetamín častejšie nachádzajú ako jediné látky pôsobiace na psychiku v analyzovaných tabletkách. Obsah MDMA v tabletkách extázy sa medzi jednotlivými šaržami značne líši (dokonca aj medzi tými, ktoré majú rovnaké logo) medzi krajinami aj v rámci nich. V roku 2005 sa priemerný alebo typický obsah MDMA v jednej tablete extázy pohyboval od 2 do 130 mg v krajinách, ktoré poskytli údaje, hoci vo väčšine krajín bol priemer medzi 30 a 80 mg MDMA.

LSD

Po nepretržitom poklese počas viacerých rokov sa počty zachytení a množstvá zachyteného LSD zvyšovali od roku 2003 ⁽⁶¹⁾. Hoci LSD sa vyrába a nezákonne predáva v oveľa menšom rozsahu ako iné syntetické drogy, v Európe sa urobilo v roku 2005 odhadom 800 zachytení v množstve 850 000 jednotiek LSD, pričom Holandsko predstavovalo asi 75 % celkového zachyteného množstva. Priemerné alebo

typické ceny jednotky LSD pre užívateľov sa pohybovali od 4 do 30 eur ⁽⁶²⁾.

Prevalencia a formy užívania medzi všeobecnou populáciou a mládežou

Z hľadiska miery nedávneho užívania je teraz extáza najbežnejšie užívanou syntetickou drogou v 17 európskych krajinách a amfetamíny v deviatich ⁽⁶³⁾. Dokonca aj celoživotná prevalencia amfetamínov má tendenciu byť vyššia, čo odráža nedávny výskyt extázy na trhu s nezákonnými drogami v Európe. Údaje z prieskumov na školách naznačujú, že užívanie extázy, amfetamínu a psychotropných drog, iných ako kanabis, žiakmi škôl sa sústreďuje medzi niekoľkými jednotlivcami. Napríklad žiaci škôl, ktorí okúsili extázu, uvádzajú aj miery prevalencie užívania kokaínu a halucinogénnych drog, ktoré sú viac ako 20 krát vyššie ako u všeobecnej populácie žiakov škôl ⁽⁶⁴⁾ a asi päťkrát vyššie ako medzi tými, ktorí už niekedy užívali kanabis.

Medzi členskými štátmi EÚ sa zdá byť užívanie amfetamínov alebo extázy relatívne vysoké iba v niekoľkých krajinách: v Českej republike, Estónsku a Spojenom kráľovstve; a v menšej miere v Lotyšsku a Holandsku.

Amfetamíny

Najnovšie prieskumy medzi dospelou populáciou uvádzajú, že celoživotná prevalencia užívania amfetamínov sa v Európe pohybuje od 0,1 % do 3,6 % všetkých dospelých (15 – 64 rokov), s výnimkou Dánska (6,9 %) a Spojeného kráľovstva (Anglicko a Wales), kde dosahuje 11,5 % (čo odráža vyššie užívanie v minulosti, kým užívanie v súčasnosti sa viac zhoduje s inými krajinami). Krajiny s najvyššími údajmi sú ďalej Nórsko (3,6 %), Nemecko a Španielsko (3,4 %). V priemere takmer 3,5 % všetkých dospelých Európanov užilo amfetamíny aspoň raz ⁽⁶⁵⁾. Užívanie v poslednom roku je oveľa nižšie: v priemere 0,7 % (rozsah 0 – 1,3 %). Údaje z prieskumov všeobecnej populácie naznačujú, že približne 11 miliónov ľudí okúsilo amfetamíny a asi 2 milióny Európanov užili túto drogu v poslednom roku.

Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) je uvádzané užívanie amfetamínov niekedy počas života 0,2 – 16,8 %, hoci ak sa vezmú samostatne do úvahy údaje zo Spojeného kráľovstva (Anglicko a Wales) (16,8 %) a Dánska (12,7 %),

⁽⁵⁹⁾ Pozri tabuľky SZR-13 a SZR-14 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁶⁰⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁶¹⁾ Pozri tabuľku SZR-15 a SZR-16 v štatistickej ročenke 2007.

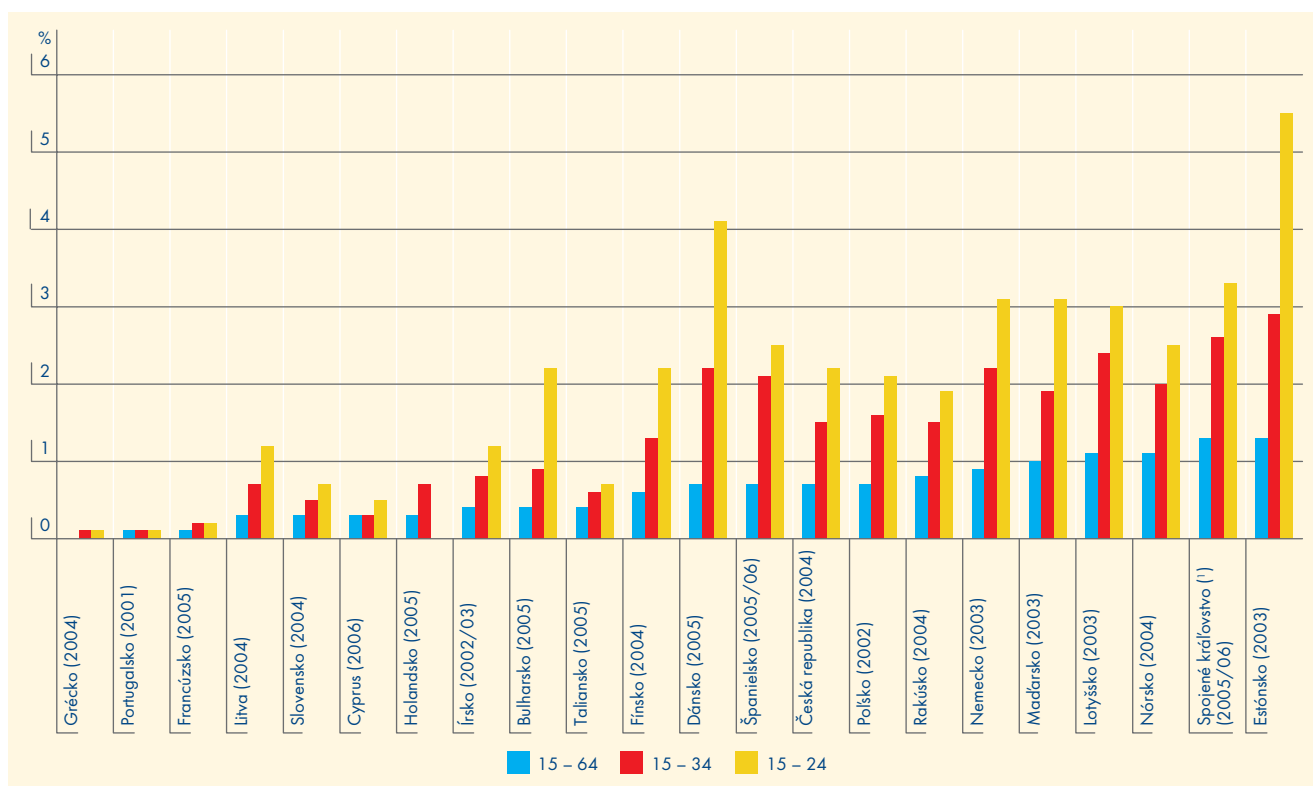
⁽⁶²⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁶³⁾ Údaje prieskumu o užívaní amfetamínu často nerozlišujú medzi amfetamínom a metamfetamínom, toto sa však bude obvykle vzťahovať na užívanie amfetamínu (sulfátu alebo dexamfetamínu), pretože užívanie metamfetamínu nie je bežné.

⁽⁶⁴⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť iv) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁶⁵⁾ Metódu výpočtu si pozrite v poznámke pod čiarou ⁽³⁹⁾.

Obrázok 5: Prevalencia užívania amfetamínov v poslednom roku medzi všetkými dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) a mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov a 15 – 24 rokov)



(1) Anglicko a Wales.

Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytnutia správy. Krajiny sú zoradené podľa celkovej prevalencie (všetci dospelí). Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľkách GPS-10, GPS-11 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroj: Národné správy siete Reitox (2006), prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov.

rozsah je obmedzený na 0,2 – 5,9 %⁽⁶⁶⁾. Polovica krajín, ktoré poskytli údaje, má miery prevalencie pod 4 %, pričom najvyššie miery po Spojenom kráľovstve a Dánsku uvádzalo Nórsko (5,9 %), Nemecko (5,4 %) a Lotyšsko (5,3 %). V priemere 5,1 % mladých dospelých Európanov okúsilo amfetamíny⁽⁶⁷⁾. Užívanie v poslednom roku sa v tejto vekovej skupine pohybuje od 0,1 % do 2,9 %, pričom Estónsko (2,9 %), Spojené kráľovstvo (2,6 %) a Lotyšsko (2,4 %) uvádzajú najvyššie miery prevalencie (obrázok 5). Je pozoruhodné, že ak sa vezme do úvahy užívanie v poslednom roku, údaje zo Spojeného kráľovstva a Dánska sú viac v súlade s údajmi z iných krajín. Odhaduje sa, že v priemere 1,5 % mladých dospelých Európanov užívalo amfetamíny v poslednom roku.

Iba Fínsko mohlo poskytnúť aktívny odhad o problémovom užívaní amfetamínov (definovaný ako injekčné užívanie alebo dlhodobé/pravidelné užívanie), ktoré sa v roku 2002 odhadovalo na 10 900 až 18 500 problémových užívateľov amfetamínu (3,1 – 5,3 prípadu na 1 000 ľudí vo veku 15 – 64 rokov), čo je asi trojnásobok počtu problémových užívateľov opiátov.

Metamfetamín

Úroveň užívania metamfetamínu sa v Európe javia ako obmedzené v porovnaní s medzinárodnou situáciou, ktorá v posledných rokoch zaznamenala nárast v užívaní tejto drogy. Európske krajiny sú však znepokojené potenciálnym nárastom užívania tejto drogy v členských štátoch a podnietili niektoré preventívne opatrenia, napríklad v Spojenom kráľovstve existuje rozhodnutie preklasifikovať metamfetamín medzi najškodlivejšie drogy (trieda A).

Z historického hľadiska sa užívanie metamfetamínu v Európe sústredilo v Českej republike a do určitej miery na Slovensku. Najnovšie odhady problémového užívania metamfetamínu uvádzajú dve krajiny, Českú republiku a Slovensko. V roku 2005 sa odhadovalo, že v Českej republike je 18 400 – 24 000 užívateľov metamfetamínu (2,5 – 3,2 prípadu na 1 000 ľudí vo veku 15 – 64 rokov), čo je takmer dvojnásobok počtu problémových užívateľov opiátov a na Slovensku je 6 000 – 14 000 užívateľov metamfetamínu (1,5 – 3,7 prípadu na 1 000 ľudí vo veku 15 – 64 rokov), čo je trochu menej ako odhadovaný počet

⁽⁶⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-19 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁶⁷⁾ Pozri obrázok GPS-18 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

užívateľov opiátov. Metamfetamín sa stal najčastejšou prvotnou drogou medzi tými, ktorí požadujú liečbu po prvýkrát na Slovensku a vysoké úrovne užívania metamfetamínu sa teraz uvádzajú medzi niektorými čiastkovými skupinami populácie v Maďarsku.

V iných častiach Európy sa významné užívanie metamfetamínu neuvádza. Sú tu však dve dôležité námietky: väčšina prieskumov neumožňuje rozlíšiť užívanie metamfetamínu od užívania amfetamínov; a metamfetamín sa občas nachádzal v tabletkách predávaných ako extáza a preto môže byť nepoznane konzumovaný ⁽⁶⁸⁾.

Extáza

Extázu vyskúšalo 0,3 – 7,2 % všetkých dospelých Európanov. Polovica krajín uvádza miery celoživotnej prevalencie 2,5 % alebo nižšie, pričom najvyššie miery prevalencie sú uvádzané Spojeným kráľovstvom (7,2 %), Českou republikou (7,1 %), Španielskom (4,4 %) a Holandskom (4,3 %). Prevalencia užívania extázy v poslednom roku sa pohybuje od 0,2 % do 3,5 % dospelých, pričom najvyššie miery sú uvádzané Českou republikou (3,5 %), Estónskom (1,7 %) a Spojeným kráľovstvom (1,6 %), hoci polovica krajín uvádza miery prevalencie 0,5 % alebo nižšie. Odhaduje sa, že takmer 9,5 milióna Európanov (v priemere 3 %) okúsilo extázu a takmer 3 milióny ju užili v poslednom roku.

Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania extázy pohybuje od 0,5 % do 14,6 %, pričom najvyššie údaje sú uvádzané pre Českú republiku (14,6 %), Spojené kráľovstvo (13,3 %) a Holandsko (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. V priemere viac ako 5 % mladých dospelých Európanov okúsilo extázu.

Vo vekovej skupine 15 až 24 rokov sa celoživotná prevalencia extázy pohybuje 0,4 % do 18,7 %, pričom najvyššie údaje uvádzali Česká republika (18,7 %), Spojené kráľovstvo (10,4 %) a Maďarsko (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Užívanie v poslednom roku sa v tejto vekovej skupine pohybovalo od 0,3 % do 12 %, pričom Česká republika (12,0 %) a Estónsko (6,1 %) uvádzali najvyššie miery (obrázok 6).

Vo vekovej skupine 15 – 24 rokov sa vyššie miery celoživotnej prevalencie extázy zistili u mužov (0,3 – 23,2 %) ako u žien (0,3 – 13,9 %). V nedávnych prieskumoch na školách sa nárasty v celoživotnej prevalencii užívania extázy vyskytli v značnej miere paralelne u žiakov škôl mužského a ženského pohlavia, hoci existuje progresívny nárast

v rozdiel medzi pohlaviami s narastajúcim vekom. Medzi mladými môžu nastať veľké zvýšenia úrovni prevalence pri malých zvýšeníach veku, napríklad údaje dostupné zo 16 krajín ukazujú, že v porovnaní s mladšími žiakmi celoživotná prevalencia užívania extázy medzi 17- až 18-ročnými žiakmi škôl je vo väčšine prípadov v značne vyššia ⁽⁷¹⁾.

LSD

Celoživotné užívanie LSD medzi dospelými sa pohybuje od 0,2 % do 5,5 %, pričom dve tretiny krajín uvádzajú miery celoživotnej prevalence medzi 0,4 % a 1,7 %. Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania LSD pohybuje od 0,3 % do 7,6 % a vo vekovej skupine 15 – 24 rokov sa pohybuje od 0 do 4,2 %. Užívanie tejto drogy v poslednom roku je nízke a veková skupina 15 – 24 rokov prekračuje 1 % iba v siedmich krajinách (Bulharsko, Česká republika, Estónsko, Taliansko, Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko).

Trendy

Celkove existujú v Európe pokračujúce dôkazy stabilizácie alebo dokonca klesajúcich trendov v konzumácii amfetamínu a extázy. Užívanie amfetamínu medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) podstatne pokleslo v Spojenom kráľovstve (Anglicku a Walese) od roku 1996 a v menšej miere v Dánsku a Českej republike, kým v iných krajinách sa úrovne prevalence zdajú zväčša stabilné, hoci sa uvádzajú nejaké malé zvýšenia ⁽⁷²⁾.

Zložitejšia je situácia v oblasti užívania extázy medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) ⁽⁷³⁾. Po všeobecných zvýšeníach užívania počas deväťdesiatych rokov minulého storočia v posledných rokoch viacero krajín vrátane dvoch krajín s vysokou prevalenciou (Španielska a Spojeného kráľovstva) uvádza určitú stabilizáciu alebo dokonca mierne poklesy. V niektorých krajinách sa zvýšenie prevalence pozorovalo vo vekovej skupine 15 – 24 rokov, ale nie medzi tými, ktorí majú 15 – 34 rokov ⁽⁷⁴⁾, čo naznačuje pokles popularity tejto drogy medzi mladšími vekovými skupinami. Otázkou vyplývajúcou z údajov v niektorých krajinách (Španielsko, Dánsko, Spojené kráľovstvo) je, či kokaín nahrádza amfetamíny a extázu ako voľba stimulačnej drogy ⁽⁷⁵⁾.

V novo dostupných celoštátnych alebo regionálnych prieskumoch na školách uvádzaných v roku 2006 (Taliansko,

⁽⁶⁸⁾ Pozri "Amfetamín a metamfetamín: rozdiely a podobnosti", s. 48.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-9 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷⁰⁾ Pozri tabuľku GPS-17 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷¹⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

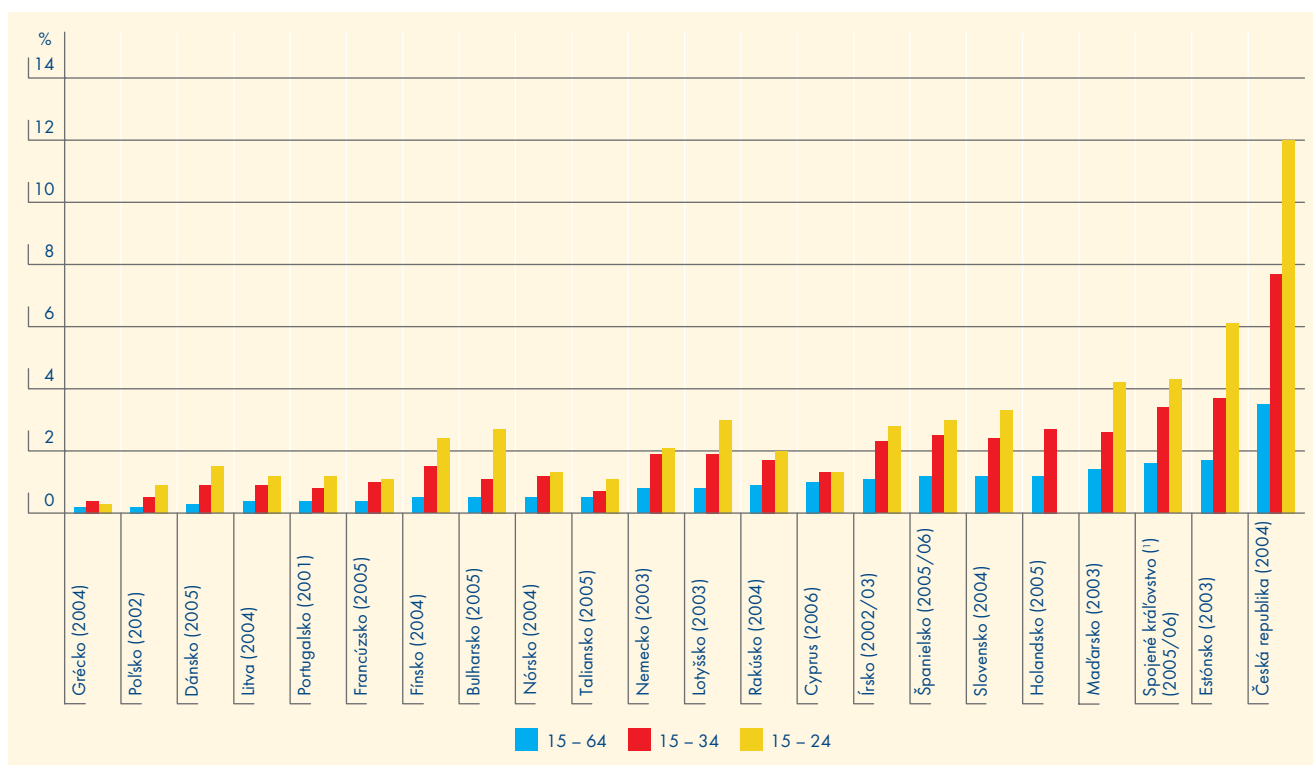
⁽⁷²⁾ Pozri obrázok GPS-8 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷³⁾ Pozri obrázok GPS-21 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷⁴⁾ Pozri tabuľky GPS-4 a GPS-15 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷⁵⁾ Pozri tabuľku GPS-20 v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 6: Prevalencia užívania extázy v poslednom roku medzi všetkými dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) a mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov a 15 – 24 rokov)



(1) Anglicko a Wales.

Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytnutia správy. Krajiny sú zoradené podľa celkovej prevalencie (všetci dospelí). Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľkách GPS-10, GPS-11 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2006), prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov.

Poľsko, Švédsko, Flámsko v Belgicku) sa nezaznamenala žiadna zmena alebo sa dokonca zaznamenal určitý pokles v celoživotnom užívaní amfetamínov a extázy (⁷⁶).

Prostredie zábavných podnikov

Štúdie užívania drog v prostredí zábavných podnikov, napríklad na tanečných podujatiach, môžu poskytnúť užitočný pohľad na správanie tých, ktorí užívajú pravidelne a intenzívne stimulačné drogy. Miery užívania drog v týchto zariadeniach sú obvykle vysoké, ale nie je možné ich zovšeobecniť na širšiu populáciu. Napríklad štúdie ľudí sledovaných vo vybraných tanečných hudobných podnikoch uvádzajú vysoké úrovne užívania extázy a nižšie, ale stále vysoké úrovne užívania amfetamínov (⁷⁷).

Ročný prieskum medzi čitateľmi, ktorý vykonal hudobný časopis Mixmag v Spojenom kráľovstve, ktorého čitateľská obec pozostáva z pravidelných návštevníkov tanečných klubov uvádza, že podiel tých, ktorí sú definovaní ako silní užívatelia extázy (ktorí obvykle konzumujú viac ako 4 tabletky na posedenie), sa viac ako zdvojnásobil medzi

rokmi 1999 a 2003, zo 16 % na 36 % (McCabrige a kol., 2005). Hoci predstavitelia tejto vzorky sú diskutabilní, podporuje to všeobecnú obavu, že existuje nárast v množstve tabletiiek extázy konzumovaných niektorými skupinami užívateľov. Čoraz intenzívnejšie užívanie extázy a užívanie viacerých drog skúsenými užívateľmi extázy sa tiež uvádza v internetovej štúdii zo Spojeného kráľovstva (Scholey a kol., 2004). Stojí však za povšimnutie, že správy z Amsterdamu naznačujú, že užívanie extázy v poslednom roku a v poslednom mesiaci sa znížilo o 20 % medzi rokmi 1998 a 2003 a priemerné množstvo extázy užitú pri každej príležitosti sa v tomto období tiež znížilo (národné správy siete Reitox 2005). Podľa prieskumu medzi návštevníkmi hostincov v roku 2005 v Amsterdame iba 3 % užilo extázu počas uplynulej noci.

Hoci dostupné údaje o kombinovanom užívaní drog a alkoholu zostávajú obmedzené, konzumácia alkoholu v prostredí zábavných tanečných podnikoch, často v množstvách považovaných za nebezpečné pre zdravie a v kombinácii so stimulačnými drogami, je príčinou narastajúcich obáv.

(⁷⁶) Pozri obrázok EYE-4 v štatistickej ročenke 2007.

(⁷⁷) Pozri vybranú otázku o užívaní drog v rekreačných zariadeniach 2006.

Údaje o dopyte po liečbe

Počet dopytov po liečbe súvisiacej s užívaním amfetamínov a extázy je relatívne malý. Vo všeobecnosti je táto forma užívania drog zriedkavo prvotnou príčinou účasti na protidrogovej liečbe vo väčšine z 21 krajín, pre ktoré sú dostupné údaje ⁽⁷⁸⁾. Takéto dopyty po liečbe sa väčšinou vzťahujú na prvotné užívanie amfetamínov a iba veľmi malý podiel na extázu ⁽⁷⁹⁾.

Existuje obmedzený počet krajín s nezanedbateľným podielom užívateľov amfetamínu a extázy medzi klientmi užívajúcimi drogy a títo sa môžu rozdeliť na tri skupiny. Česká republika a Slovensko uvádzajú podstatný podiel žiadostí o liečbu súvisiacu s prvotným užívaním amfetamínov (58 % a 24 % všetkých klientov), vzťahujú sa najmä na prvotný problém s metamfetamínom; Švédsko, Fínsko a Lotyšsko uvádzajú asi tretinu všetkých klientov užívajúcich drogy, ktorí sa zúčastňujú na liečbe kvôli prvotnému užívaniu amfetamínov; Írsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo a Francúzsko uvádzajú 1 % až 5 % pacientov, ktorí sa zúčastňujú na liečbe kvôli prvotnému užívaniu extázy ⁽⁸⁰⁾.

Vo všetkých krajinách s výnimkou Grécka a Švédska je podiel nových klientov, ktorí sa zúčastňujú na liečbe kvôli prvotnému užívaniu amfetamínov a extázy, väčší ako podiel všetkých klientov, ktorým sa poskytuje liečba kvôli týmto drogám ⁽⁸¹⁾. Hoci toto môže mať viacero vysvetlení, je to v súlade s údajmi o trendoch: od roku 1999 do roku 2005 počet žiadostí o prvú liečbu kvôli prvotnému užívaniu amfetamínu a extázy sa zvýšil viac ako o 3 000 zo 6 500 na 10 000 ⁽⁸²⁾.

Klienti, ktorí sa zúčastňujú na liečbe kvôli užívaniu iných stimulansov ako kokaín, majú v priemere asi 27 rokov (26 rokov ak sa zúčastňujú na liečbe po prvýkrát) a užili drogu po prvýkrát v priemernom veku 19 rokov ⁽⁸³⁾. Klienti, ktorí užívajú extázu, sú spolu s užívateľmi kanabisu najmladšou skupinou, ktorá sa zúčastňuje na protidrogovej liečbe. V Holandsku sa uvádza najvyšší podiel žien v protidrogovej liečbe medzi klientmi, ktorí užívajú extázu. Podiel žien medzi klientmi, ktorí užívajú amfetamíny, je väčší ako podiel pre iné skupiny, pričom najvyšší podiel ambulantných ženských klientov sa uvádza v najmladšej vekovej skupine ⁽⁸⁴⁾.

Klienti, ktorí užívajú amfetamíny, konzumujú túto drogu v kombinácii s inými látkami, najmä s kanabisom a alkoholom, a v niektorých krajinách sa bežne uvádza

injekčné užívanie ⁽⁸⁵⁾. V Českej republike sa uvádza zaujímavá geografická odchýlka, keď sa viac užívateľov uvádza mimo hlavného mesta; Toto je podobné správam z USA, kde oblasti, ktoré nie sú metropolami, majú vyššie miery prijímania na liečbu kvôli užívaniu metamfetamínov a amfetamínov (Dasis, 2006).

Reagovanie na užívanie drog v zábavných podnikoch

Činnosti na prevenciu drog

Vo všeobecnosti došlo k posunu v prístupoch k prevencii, kde sa viac uznáva kľúčová úloha, ktorú hrajú faktory životného štýlu pri formovaní prístupov k užívaniu drog, a dôležitosť spochybňovania predstavy, že užívanie drog je normálne alebo akceptovateľné správanie. Tento druh prístupu je osobitne dôležitý pre preventívnu prácu v zariadeniach, ktoré kultúrne súvisia s braním drog. Vysoká prevalencia užívania drog v niektorých zábavných podnikoch, napríklad v kluboch, baroch a na tanečných podujatiach znamená, že tieto miesta boli identifikované ako vhodné ciele pre iniciatívy znižovania dopytu po drogách. Potreba ďalšieho rozvoja preventívnych činností v prostredí zábavných podnikov je tiež uvedená v protidrogovom akčnom pláne EÚ (2005 – 2008).

Jedným z prístupov je vypracovanie informačného materiálu, ktorý prináša v zábavných podnikoch informácie o prevencii a niekedy o minimalizácii škôd. Materiál sa obvykle vypracováva v užívateľsky priateľnom štýle, ktorý odráža mládežnícku kultúru cieľovej skupiny a je niekedy distribuovaný prostredníctvom mobilných externých tímov. S cieľom zapojiť mladých ľudí externé tímy zvyčajne postupujú bez predsudkov a kým uvádzajú, že najbezpečnejšou možnosťou je nebrať drogy vôbec, môžu poskytovať aj rady, ako minimalizovať škody (Belgicko, Česká republika, Portugalsko, Rakúsko).

Okrem reakcií, ktoré sa zameriavajú na informovanie a presvedčanie jednotlivcov, aby neužívali drogy, čoraz väčší počet členských štátov vyvíja aj prístupy na lepšie regulovanie zábavných podnikov. Niektoré z týchto prístupov, vrátane prevádzkovania podujatí, ktoré sú výslovne bez drog, sa pokúsili zmeniť myslenie u niektorých, že užívanie drog uľahčuje ich činnosti vo voľnom čase. V čoraz väčšom počte krajín (Belgicko, Dánsko, Írsko, Taliansko, Litva, Holandsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo,

⁽⁷⁸⁾ Pozri obrázok TDI-2 (časť ii) a tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁷⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-113 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸¹⁾ Pozri tabuľky TDI-4 (časť ii) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸²⁾ Pozri obrázok TDI-1 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸³⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-11 a TDI-102 až TDI-109 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-21 a TDI-25 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁸⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-4, TDI-5 (časť iii), TDI-24, TDI-116 a TDI-117 v štatistickej ročenke 2007.

Nórsko) sa zdá, že existuje záujem miestnych samospráv pri nadväzovaní užšieho kontaktu s priemyslom zábavy a vyvíjaní prístupov na obmedzenie dostupnosti drog a znižovanie zdravotných rizík v tanečných, hudobných a iných zariadeniach. Napríklad teraz sa vo viacerých krajinách vypracovávajú odporúčania pre bezpečný nočný život, ako napr. v Spojenom kráľovstve ⁽⁸⁶⁾.

Medzi najčastejšie používanými reakciami na užívanie extázy, amfetamínov a drog pôsobiacich na psychiku sú cielené verejné informačné kampane a čoraz viac internetové stránky. Stratégie prevencie využívajú internet na nadviazanie nízkoprahového kontaktu s mladými ľuďmi, ktorí berú amfetamíny alebo iné drogy pôsobiace na psychiku, alebo ktorí by snád' uvažovali o ich braní. V mnohých členských štátoch sa informácie a prevencia poskytujú cez internetové

stránky, ktoré podporujú kritické myslenie mladých ľudí o ich vlastnom konzumnom správaní. Tieto stránky poskytujú rady, napríklad o tom, ako chodiť do spoločnosti „rozumne“, o bezpečnom sexe, rizikách cestnej premávky, zdravom stravovaní, skupinovom turizme a právnych otázkach (Belgicko) ⁽⁸⁷⁾.

Protidrogová liečba

Liečebné služby pre užívateľov extázy, amfetamínov a iných psychotropných drog sa vo všeobecnosti poskytujú cez služby protidrogovej liečby, ktoré slúžia problémovým užívateľom drog, alebo cez špecializovanejšie služby pre užívateľov kokaínu a iných stimulačných drog. Ďalšie informácie o protidrogových liečebných službách si pozrite v kapitole 2 a kapitole 5.

⁽⁸⁶⁾ Pozri vybranú otázku o rekreačných zariadeniach 2006

⁽⁸⁷⁾ Odkazy na niektoré z nich môžete nájsť na <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Kapitola 5

Kokaín a krak

Keďže konzumácia kokaínu sa zvýšila, užívanie tejto drogy sa stalo veľkým problémom pre európsku protidrogovú politiku. Keďže sa uznáva narastajúca dôležitosť tohto predmetu, formy užívania kokaínu sa podrobne skúmali vo vybranej otázke o kokaíne 2007.

Ponuka a dostupnosť⁽⁸⁸⁾

Výroba a obchodovanie

Kokaín je po kanabise druhou najviac obchodovanou nezákonnou drogou na svete. Celosvetové zachytenia kokaínu sa v roku 2005 naďalej zvyšovali na celkových 756 ton, pričom najväčšie množstvá tejto drogy boli zachytené v Južnej Amerike, za ktorou nasledovala Severná Amerika.

Kolumbia zostáva naďalej najväčším zdrojom nezákonnej koky na svete, za ňou nasleduje Peru a Bolívia (UNODC, 2007). Väčšina kokaínu zachyteného v Európe prichádza z Južnej Ameriky, buď priamo zo Strednej Ameriky alebo cez ňu, Karibskej oblasti a západnej Afriky.

Hlavným miestom vstupu do Európy zostáva Pyrenejský polostrov, pričom Portugalsko sa zdá byť čoraz dôležitejšie. Kokaín sa tiež priamo dováža do iných krajín, pričom Holandsko zostáva kľúčovým bodom vstupu. Španielsko a Holandsko sa považujú za hlavné distribučné strediská pre túto drogu. Dovoz z miest mimo Európy sú tiež uvádzané viacerými krajinami vrátane Belgicka, Nemecka, Francúzska a Spojeného kráľovstva; a distribúcia sa môže tiež rozširovať, pričom sú správy o zvýšenej činnosti cez východnú a strednú Európu a EÚ, a susedné krajiny sa teraz niekedy uvádzajú ako druhotné tranzitné miesta.

Zachytenia

Odhaduje sa, že v roku 2005 bolo v Európe 70 000 zachytení kokaínu v množstve 107 ton. Väčšina

zachytení kokaínu sa naďalej uvádza z krajín západnej Európy, najmä zo Španielska, ktorému sa pripisuje asi polovica zachytení a množstiev zachyteného kokaínu v Európe⁽⁸⁹⁾. Počas obdobia 2000 – 2005 sa počet zachytení a množstiev zachyteného kokaínu celkove zvýšil na európskej úrovni⁽⁹⁰⁾. Toto bolo v podstate kvôli pozoruhodným zvýšeniam v Španielsku a Portugalsku, pričom Portugalsko v roku 2005 nahradilo Holandsko a stalo sa po Španielsku druhou krajinou v poradí, pokiaľ ide o zachytenia kokaínu.

Cena a čistota

V roku 2005 priemerná alebo typická maloobchodná cena kokaínu v Európe veľmi kolísala, od 45 eur po 120 eur za gram, pričom väčšina krajín uvádza ceny 50 – 80 eur za gram⁽⁹¹⁾. Priemerné ceny kokaínu korigované kvôli inflácii ukázali celkový klesajúci trend počas obdobia 2000 – 2005 vo väčšine z 19 krajín, ktoré poskytli dostatočné údaje.

Priemerná alebo typická čistota kokaínu na užívateľskej úrovni sa v roku 2005 pohybovala od 20 % do 78 %, pričom väčšina krajín uvádzala čistoty v rozsahu 30 – 60 %⁽⁹²⁾. Údaje, ktoré sú dostupné za obdobie 2000 – 2005, naznačujú celkové zníženie priemernej čistoty kokaínu vo väčšine z 21 krajín, ktoré poskytli správy.

Prevalencia a formy užívania kokaínu

Kokaín je teraz po kanabise druhou najbežnejšie užívanou nezákonnou drogou v mnohých členských štátoch EÚ a v EÚ ako celku. Na základe nedávnych prieskumov celoštátnej populácie v EÚ a Nórsku sa odhaduje, že kokaín užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac ako 12 miliónov Európanov, čo predstavuje takmer 4 % všetkých dospelých⁽⁹³⁾. Národné údaje o uvádzanom užívaní aspoň raz za život sa pohybujú od 0,2 do 7,3 %, pričom tri krajiny

⁽⁸⁸⁾ Pozri „Interpretácia zachytení a iných údajov o trhu“, s. 37.

⁽⁸⁹⁾ Toto by sa malo skontrolovať oproti chýbajúcim údajom za rok 2005, keď budú k dispozícii. Na účely odhadovania boli chýbajúce údaje za rok 2005 nahradené údajmi za rok 2004.

⁽⁹⁰⁾ Pozri tabuľky SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹¹⁾ Pozri tabuľku PPP-3 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹²⁾ Pozri tabuľku PPP-7 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹³⁾ Spôsob komunikácie si pozrite v poznámke pod čiarou⁽³⁰⁾.

uvádzajú hodnoty viac ako 5 % (Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo) ⁽⁹⁴⁾.

Užívanie kokaínu v poslednom roku uvádza takmer 4,5 milióna Európanov (v priemere 1,3 %). Užívanie kokaínu v poslednom roku sa pohybuje od 0,1 % v Grécku po 3,0 % v Španielsku, pričom Taliansko a Spojené kráľovstvo tiež uvádzajú úrovne prevalence nad 2 % ⁽⁹⁵⁾. Odhady prieskumu naznačujú, že 2 milióny Európanov (v priemere 0,6 %) užili kokaín v minulom mesiaci ⁽⁹⁶⁾.

Ako u iných nezákonných drog, prevalencia užívania kokaínu sa sústreďuje medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov). Okolo 7,5 miliónov mladých dospelých Európanov (v priemere 5,3 %) ho užilo aspoň raz počas ich života, pričom päť krajín uvádza úrovne prevalence 5 % alebo vyššie (Nemecko, Taliansko, Dánsko, Španielsko, Spojené kráľovstvo) ⁽⁹⁷⁾. Odhady užívania kokaínu pre kratšie referenčné obdobia ⁽⁹⁸⁾ naznačujú, že v uplynulom roku z 3,5 milióna (2,4 %) mladých dospelých, ktorí užili túto drogu, ju užilo 1,5 milióna (1 %) v uplynulom mesiaci.

Medzi žiakmi škôl sú celkové miery prevalence užívania kokaínu oveľa nižšie ako prevalence užívania kanabisu. Vo väčšine krajín prevalencia užívania kokaínu aspoň raz za život medzi 15- až 16-ročnými žiakmi škôl je 2 % alebo nižšia, pričom stúpa na 6 % iba v Španielsku a Spojenom kráľovstve ⁽⁹⁹⁾. Údaje o 17- až 18-ročných žiakoch škôl, ktoré sú dostupné zo 16 krajín, ukazujú oveľa vyššie odhady celoživotnej prevalence užívania kokaínu medzi staršou vekovou skupinou v Španielsku, aj keď predbežné údaje pre túto krajinu naznačujú, že došlo v poslednej dobe k poklesu ⁽¹⁰⁰⁾. Vo väčšine ostatných 15 krajín je prevalencia vyššia medzi staršími žiakmi, ale rozdiely sú menej zreteľné. Je potrebné si však všimnúť, že úrovne prevalence užívania kokaínu v poslednom roku a poslednom mesiaci sú oveľa nižšie.

Užívanie kokaínu nie je obmedzené na určité sociálne skupiny, ale užívanie tejto drogy sociálne integrovanými mladými dospelými v rekreačných zariadeniach môže dosahovať vyššie úrovne ako sú úrovne uvádzané v prieskumoch medzi všeobecnou populáciou. Štúdie zamerané na tanečné a hudobné zariadenia vo viacerých európskych krajinách odhalili celoživotnú prevalenciu užívania kokaínu, ktorá sa pohybuje od 10 % do 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Formy užívania kokaínu sa veľmi líšia medzi skupinami užívateľov. Medzi sociálne integrovanými užívateľmi sa droga obvykle šnupe; mnohí tiež užívajú iné látky vrátane alkoholu, tabaku, kanabisu a iných stimulansov ako kokaín ⁽¹⁰²⁾ a tento druh konzumácie viacerých drog môže viesť k zvýšeným zdravotným rizikám.

Celkové užívanie kraku v Európe zostáva relatívne neznáme a sústreďuje sa medzi marginalizovanými a vylúčenými čiastkovými populáciami v niektorých mestách. Fajčiari kokaínu však naozaj predstavujú významnú časť dopytov po liečbe, aj keď zostávajú v menšine. Medzi tými, ktorí si nevpichujú iné drogy, sa nezdá injekčné užívanie kokaínu bežné, dokonca ani medzi klientmi liečby (pozri nižšie). Existuje však čoraz viac správ o injekčných užívateľoch heroínu, ktorí si vpichujú aj kokaín alebo zmesi kokaínu a heroínu.

Odhady prevalence problémového užívania kokaínu ⁽¹⁰³⁾ sú dostupné iba pre tri krajiny (Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo). Odhady získané z týchto krajín sú v rozsahu od 3 do 6 problémových užívateľov kokaínu na 1 000 dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) ⁽¹⁰⁴⁾.

Trendy v užívaní kokaínu

Najnovšie údaje nepotvrdzujú známky stabilizácie v užívaní kokaínu medzi mladými dospelými uvádzané vo výročnej správe za rok 2006. Zvýšenia prevalence užívania kokaínu v poslednom roku vo vekovej skupine 15 – 34 rokov boli zaznamenané vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje z nedávnych prieskumov, hoci môže existovať určitá vyrovnaná úroveň v Španielsku a Spojenom kráľovstve (Anglicku a Walese), čo sú členské štáty s najvyššími úrovňami prevalence. Pozoruhodné zvýšenia uvádzalo aj Taliansko a Dánsko (obrázok 7).

Analýza údajov pre krajiny s dlhšími časovými intervalmi a výraznými mierami prevalence môže umožniť zistenie trendov v rámci podskupín populácie. V Španielsku a Spojenom kráľovstve bolo zvýšenie prevalence všeobecne vyššie medzi mužmi ako medzi ženami. Udávané zvýšenie prevalence kokaínu v poslednom roku v Španielsku od roku 2001 môže byť pripísané zvýšeným úrovňam užívania vo vekovej skupine 15 – 24 rokov skôr ako u 15- až 34-ročných ako celku.

⁽⁹⁴⁾ Pozri tabuľku GPS-8 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁵⁾ Pozri tabuľku GPS-10 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-12 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľku GPS-9 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁸⁾ Pozri tabuľky GPS-11 a GPS-13 v štatistickej ročenke 2007.

⁽⁹⁹⁾ Pozri tabuľku EYE-3 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Pozri tabuľku EYE-2 v štatistickej ročenke 2007.

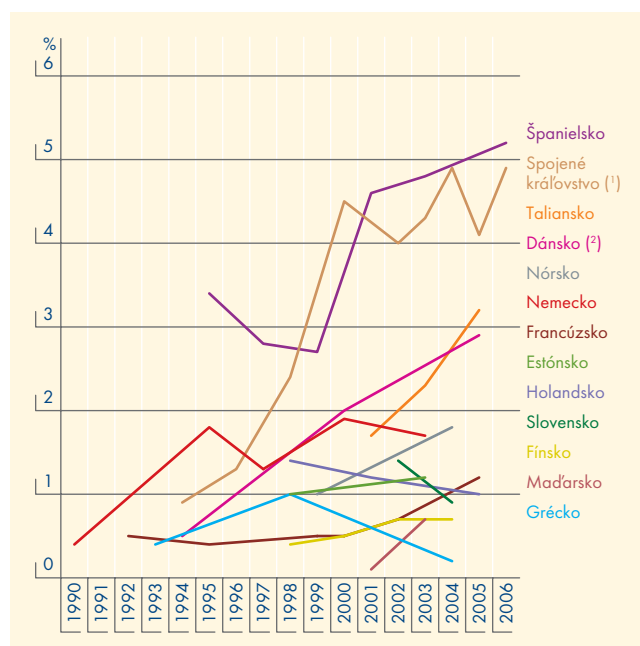
⁽¹⁰¹⁾ Pozri vybranú otázku o užívaní drog v rekreačných zariadeniach 2006.

⁽¹⁰²⁾ Pozri obrázok 15 vo výročnej správe 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definované ako dlhodobé a/alebo pravidelné a/alebo injekčné užívanie kokaínu.

⁽¹⁰⁴⁾ Pozri tabuľku PDU-2 v štatistickej ročenke 2007 a vybranú otázku o kokaíne 2007.

Obrázok 7: Trendy v prevalencii užívania kokaínu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



(¹) Anglicko a Wales.

(²) V Dánsku zodpovedá hodnota za rok 1994 „tvrdým drogám“.

Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov, ktoré boli k dispozícii v každej krajine v čase, keď sa poskytli správy. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2006), prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov.

Bolo naznačené, že v niektorých európskych krajinách môže dochádzať k „náhrade“ iných stimulansov kokaínom⁽¹⁰⁵⁾. S údajmi z prieskumov vykonaných medzi mladými ľuďmi v tanečných hudobných klubových zariadeniach je potrebné zaobchádzať opatrne kvôli vysoko selektívnemu charakteru štatistickej vzorky. Napriek tomu môžu poskytnúť pohľad na správanie pravidelných konzumentov drog a štúdie vykonané v Holandsku naznačujú, že v niektorých mestách kokaín prekonal extázu medzi návštevníkmi klubov ako najbežnejšie užívaný stimulans, pričom táto droga získala zvýšenú akceptovateľnosť medzi niektorými skupinami.

Kokaín: údaje o dopyte po liečbe

Po opiátoch a kanabise je v Európe kokaín najbežnejšou drogou uvádzanou ako príčina začatia liečby. V roku 2005 sa uvádzalo približne 48 000 dopytov po liečbe kvôli kokaínu ako prvej droge, čo predstavuje asi 13 % všetkých uvádzaných dopytov po liečbe v celej EÚ⁽¹⁰⁶⁾; kokaín uvádza

ako sekundárnu drogu aj asi 15 % všetkých ambulantných klientov⁽¹⁰⁷⁾. Celkové údaje zastierajú veľké rozdiely medzi krajinami, pričom väčšina krajín uvádza nižšie percento užívateľov kokaínu medzi klientmi v protidrogovej liečbe, kým vysoké podiely užívateľov kokaínu medzi klientmi užívajúcimi drogy sú uvádzané Holandskom (35 %) a Španielskom (42 % v roku 2004). Medzi tými, ktorí sú v liečbe noví, je podiel klientov užívajúcich kokaín vyšší, pričom celkovo asi 22 % všetkých nových dopytov po liečbe (33 000 jednotlivcov z 22 krajín) sa uvádzalo v súvislosti s kokaínom.

Trend narastajúceho počtu klientov, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli užívaniu kokaínu, uvádzaný v predchádzajúcich rokoch, naďalej pokračuje. Od roku 1999 do roku 2005 podiel nových klientov, ktorí požadovali liečbu kvôli užívaniu kokaínu, narástol z 11 % na 24 % všetkých nových klientov užívajúcich drogy a počet hlásených prípadov išiel z 13 000 na 33 000⁽¹⁰⁸⁾. Podrobnejšia analýza trendov v dopyte po liečbe kvôli tejto droge je uvádzaná vo vybranej otázke o kokaíne 2007.

Európske údaje o užívateľoch drog, ktorí sa zúčastňujú na liečbe kvôli prvotnému užívaniu kokaínu, sa vzťahujú najmä na kokaínový prášok (85 %), pričom iba 15 % uvádza krak; a takmer všetka uvádzaná liečba kvôli závislosti od kokaínu prebieha v ambulantných strediskách (94 %)⁽¹⁰⁹⁾. Je však potrebné si uvedomiť, že údaje o dopyte po liečbe závislosti od kokaínu poskytované v nemocničných strediskách a všeobecných zdravotníckych zariadeniach nie sú úplné.

Klienti užívajúci kokaín, ktorí prichádzajú do ambulantných stredísk, sú s priemerným vekom 31 rokov najstaršími klientmi, ktorí užívajú drogy, po užívateľoch opiátov⁽¹¹⁰⁾. Prevažne sú to muži, s jedným z najvyšších pomerov mužov k ženám medzi všetkými typmi klientov, ktorí užívajú drogy (takmer päť mužov na jednu ženu u všetkých klientov a šesť mužov na jednu ženu u nových klientov⁽¹¹¹⁾). Väčšina užívateľov kokaínu, ktorí sa ambulantne liečia, začala užívať túto drogu vo veku 15 až 24 rokov⁽¹¹²⁾.

Liečba závislosti od kokaínu

Poskytnutie špecializovaných služieb pre problémových užívateľov kokaínu a kraku zostáva v Európe obmedzené a ako je uvedené vyššie, Španielsku a Holandsku sa v súčasnosti pripisuje väčšina správ o liečbe závislosti od kokaínu. Medzi týmito krajinami s významnými populáciami, ktoré užívajú kokaín, sa zdá, že

⁽¹⁰⁵⁾ Pozri kapitolu 4 v tejto správe.

⁽¹⁰⁶⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-22 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁰⁸⁾ Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁰⁹⁾ Pozri tabuľky TDI-24 a TDI-115 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-10 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹¹⁾ Pozri tabuľku TDI-21 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹²⁾ Pozri tabuľku TDI-11 (časť i) až (časť iv) v štatistickej ročenke 2007.

narastá záujem o poskytovanie služieb špecialistov. Neprekvapuje, že v krajinách s nízkou prevalenciou poskytovanie špecifických služieb liečby závislosti od kokaínu sa neuvádza ako priorita politiky. Na rozdiel od liečby užívania opiátov, kde je cieľová populácia relatívne homogénna, liečba závislosti od kokaínu v Európe čelí výzve poskytovania zásahov pre väčšie spektrum užívateľov. Medzi prvotnými užívateľmi kokaínu je snupanie hlavným spôsobom užívania uvádzaným ambulantnými klientmi, po ktorom nasleduje fajčenie alebo vdychovanie, pričom relatívne málo (menej ako 10 %) klientov uvádzalo vpichovanie drogy. Medzi tými, ktorí sú v liečbe noví, úrovne injekčného užívania sú dokonca nižšie (5 %) ⁽¹¹³⁾. Okolo 16 % klientov užívajúcich kokaín uvádza jeho užívanie v kombinácii s opiátmi a v niektorých krajinách mnoho klientov, ktorí sú liečení kvôli problémom s opiátmi, užíva aj kokaín aspoň príležitostne.

Služby liečenia budú preto pravdepodobne mať za úlohu ponúkať starostlivosť trom populáciám, ktoré môžu byť jednoducho charakterizované takto: po prvé, sociálne integrovanejší užívatelia kokaínu, ktorí môžu mať aj históriu pravidelného „rekreačného“ užívania drog vrátane alkoholu; po druhé, užívatelia kokaínu, ktorí môžu mať aj problémy s opiátmi, a po tretie, veľmi marginalizovaní a problémoví užívatelia kraku.

Potreby týchto troch skupín sa pravdepodobne líšia a vyžadujú si rôzne prístupy poskytovateľov služieb. Väčšina uvádzanej liečby závislosti od kokaínu prebieha v Európe v ambulantných zariadeniach, ktoré budú v mnohých prípadoch orientované na potreby užívateľov opiátov. Je otázne, do akej miery sú tieto služby prístupné pre relatívne dobre integrovaných užívateľov kokaínu, u ktorých vznikli problémy rekreačným užívaním drogy. A je pravdepodobné, že časť tejto skupiny vyhľadá pomoc buď prostredníctvom všeobecných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, napríklad všeobecných lekárov alebo poradcov alebo, ak si to môžu dovoliť, prostredníctvom súkromných špecializovaných kliník.

Na rozdiel od liečby užívania opiátov sú farmakologické možnosti liečby užívania kokaínu obmedzené, hoci predpisovanie liekov môže pomôcť pri poskytovaní úľavy pre súvisiace symptómy. V súčasnosti nie je k dispozícii žiadny farmakologický prostriedok, ktorý by pomohol užívateľom dosiahnuť alebo zvládnuť kokaínovú abstinenciu – hoci v tomto smere môžu existovať určité budúce možnosti. V Európe sa kladie dôraz na poskytovanie psychosociálnych zásahov, ktoré sú založené najmä na kognitívno-behaviorálnych prístupoch. Hĺbkové podrobné posúdenie možností liečby závislosti od kokaínu možno nájsť

vo vybranej otázke o kokaíne 2007 a v technickom prehľade EMCDDA (EMCDDA, 2007b).

Nízka prevalencia a geograficky silno obmedzený charakter problémov s krakom v Európe znamená, že skúsenosť s reagovaním na potreby tejto skupiny užívateľov drog je oveľa viac obmedzená. Existuje veľké množstvo literatúry založenej na skúsenostiach USA s problémami súvisiacimi s kokaínom, ale miera, do akej môžu byť priamo aplikované na európsky kontext, zostáva nejasná. Spojené kráľovstvo, ktoré v porovnaní s inými európskymi krajinami uvádza relatívne vysokú úroveň problémového užívania kraku, vypracovalo usmernenia pre profesionálov, ktoré naznačujú, že liečba závislosti od kraku by mohla byť poskytovaná v súvislosti so štruktúrovaným programom protidrogovej liečby, ktorý zahŕňa abstinenciu a opatrenia na minimalizáciu škôd (NTA, 2002). Nedávne hodnotenie poskytovania služby v Spojenom kráľovstve uvádzalo aj niektoré pozitívne výsledky medzi klientmi užívajúcimi kokaín v pobytovej starostlivosti (Weaver, 2007).

Riziko a znižovanie škôd

Rekreační užívatelia kokaínu sú vystavení riziku nielen kvôli vytváraniu drogovej závislosti, ale aj prostredníctvom interakcie užívania kokaínu s inými drogami alebo s koexistujúcimi kardiovaskulárnymi problémami. Väčšina európskych krajín uvádza, že užívatelia kokaínu môžu získať informácie o kokaíne a rizikách užívania kokaínu prostredníctvom rôznych informačných zdrojov, napríklad internetových stránok, liniek pomoci a prostredníctvom iných médií. Stojí za povšimnutie, že Európska nadácia protidrogových liniek pomoci uvádza zvýšenie počtu volaní súvisiacich s kokaínom počas obdobia 2005 a 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Užívanie kokaínu môže tiež súvisieť s vysoko rizikovou sexuálnou aktivitou alebo so zapojením do sexuálneho priemyslu. Štúdie uvádzajú, že ženy, ktoré užívajú krak, môžu byť zvlášť zraniteľné a môžu sa angažovať vo vysoko rizikovom sexuálnom správaní buď kvôli peniazom alebo drogám a v niektorých krajinách programy na znižovanie škôd a terénne programy pracujú špeciálne s prostitútkami a prostitútkami a zameriavajú sa na rizikové sexuálne správanie a správanie súvisiace s braním drog.

Hoci je ich počet malý, užívatelia kraku sú pravdepodobne vystavení zvlášť vysokému riziku problémov a asi ich bude ťažké zapojiť do liečby a iných služieb. V niektorých mestách, kde existujú významné problémy s krakom, sa programy na znižovanie škôd pokúšajú zasahovať poskytovaním zásahov v teréne, krízových zásahov pomoci pri akútnych zdravotných problémoch ako aj odporúčaním pre štruktúrované služby. Napríklad vo Viedni sú k dispozícii izby prostredníctvom

⁽¹¹³⁾ Pozri tabuľku TDI-17 (časť ii) a tabuľku TDI-110 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

ambulantných služieb na poskytovanie bezpečného miesta pre užívateľov kokaínu a kraku, ktorí často trpia úzkosťou, a ponúka sa základná zdravotná starostlivosť a odporúčania pre iné služby. V tých krajinách, ktoré poskytujú izby na konzumáciu pre injekčných užívateľov drog, sa tento druh poskytovania niekedy rozširuje na užívateľov kraku, napríklad v Nemecku sa nachádzajú špeciálne zariadenia pre fajčiarov kraku vo Frankfurtu a Hamburgu.

Prístupy zamerané na znižovanie škôd k injekčným užívateľom kokaínu nie sú vo všeobecnosti odlišné od prístupov poskytovaných iným injekčným užívateľom (pozri kapitolu 8), hoci niektoré štúdie naznačili, že užívatelia stimulansov si budú vpichovať viac a budú preto potenciálne vo väčšom riziku. Okrem toho existujú špecifické riziká súvisiace s vpichovaním kraku, ak bol nesprávne pripravený.

Kokaín a krak: narastajúci problém verejného zdravia vo vybraných otázkach EMCDDA 2007

V posledných rokoch existujú príznaky, že užívanie kokaínu je v Európe narastajúcim problémom. Táto vybraná otázka ukazuje, že v niektorých európskych krajinách existuje zreteľné zvýšenie užívania kokaínu, dopytov po liečbe kvôli kokaínu a zachytení drogy. Skúma sa, či potenciál pre užívanie kokaínu má veľký vplyv na verejné zdravie. Špeciálna pozornosť sa

venuje zdravotným následkom kokaínu, ktoré často nie sú dobre rozpoznané v existujúcich systémoch podávania správ. Vybraná otázka sa pozerá podrobne na výzvy, aby sa poskytla účinná liečba kvôli závislosti od kokaínu a kraku, ktorá sa ukázala byť osobitne ťažká v neposlednom rade kvôli veľmi rozmanitým typom užívateľov kokaínu a ich líšiacim sa potrebám.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači a na internete iba v angličtine (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 6

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog

Ponuka a dostupnosť heroínu ⁽¹¹⁵⁾

V Európe sa z historického hľadiska užívajú dve formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín (jeho chemická základná forma) najmä z Afganistanu a menej bežný a drahší biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie – hoci táto forma drogy sa teraz stáva čoraz zriedkavejšou. Malé množstvo opiátových drog sa vyrába aj v Európe, ale výrobcovia boli v roku 2005 obmedzení na malú domácku výrobu výrobkov z maku siateho (napr. makovej slamy, makového koncentrátu z rozdrvených stoniek alebo makovic) vo viacerých východoeurópskych krajinách (Lotyšsko, Litva, Poľsko).

Výroba a obchodovanie

Heroín konzumovaný v Európe sa prevažne vyrába v Afganistane, ktorý zostáva svetovým lídrom v dodávke nezákonného ópia, za ním nasleduje Mjanmarsko. Odhaduje sa, že v roku 2006 sa vyrobilo asi 6 610 ton ópia, z čoho 92 % v Afganistane. Toto predstavuje 43 % zvýšenie v porovnaní s odhadom z roku 2005 kvôli podstatnému zvýšeniu výmery obrábaných plôch. Celosvetový potenciál výroby heroínu sa odhadoval v roku 2006 na 606 ton, čo je zvýšenie zo 472 ton v roku 2005 (UNODC, 2007). Zachytenia opiátov a zničené laboratória naznačujú, že ópium vyrábané v Afganistane sa čoraz viac mení na morfín alebo heroín pred jeho vývozom (CND, 2007).

Heroín vstupuje do Európy dvomi hlavnými obchodnými cestami. Historicky dôležitá a najkratšia balkánska cesta naďalej hrá rozhodujúcu úlohu v pašovaní heroínu. Po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko sa cesta potom rozdeľuje na južnú vetvu cez Grécko, Bývalú Juhoslovenskú republiku Macedónsko (BJRM), Albánsko, Taliansko, Srbsko, Čiernu horu a Bosnu a Hercegovinu a na severnú vetvu cez Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Rakúsko, Nemecko a Holandsko pričom Holandsko funguje ako druhé distribučné centrum pre ostatné západoeurópske krajiny. Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa heroín

čoraz viac pašuje (ale v menšej miere ako cez balkánsku cestu) cez „hodvábnu cestu“ cez stredoázijské republiky, Kaspické more a Ruskú federáciu, Bielorusko alebo Ukrajinu, do Estónska, Lotyšska, niektorých škandinávskych krajín, Nemecka a Bulharska. Hoci sú tieto cesty najdôležitejšie, krajiny na Arabskom polostrove (Omán, Spojené arabské emiráty) sa stávajú tranzitnými miestami pre zásielky heroínu z juhozápadnej a juhovýchodnej Ázie (INCB, 2006), pričom niektoré z nich sa potom pašujú cez východnú Afriku (Etiópiu, Keňu, Maurícius) a niekedy aj cez západnú Afriku (Nigériu), aby boli dopravené na nezákonné trhy v Európe a v menšej miere Severnej Amerike (INCB, 2007a). Existujú aj správy o heroíne z juhozápadnej Ázie pašovanom do Európy cez krajiny v južnej a východnej Ázii (India, Bangladéš, Srí Lanka, Čína).

Zachytenia

V roku 2005 sa celosvetovo zachytilo 342 ton ópia, 32 ton morfínu a 58 ton heroínu. Ázia (Čína, Afganistan, Irán, Pakistan) naďalej predstavovali najväčšie množstvá celosvetovo zachyteného heroínu (54 %), za ňou nasledovala Európa (35 %) (UNODC, 2007).

Odhadovaných 52 000 zachytení viedlo v roku 2005 k získaniu asi 16,8 tony heroínu v členských štátoch EÚ, kandidátskych krajinách a Nórsku. Spojené kráľovstvo (na základe údajov z roku 2004) naďalej predstavovalo najvyšší počet zachytení v Európe, za ním nasledovalo Španielsko, Nemecko a Grécko, kým Turecko zachytilo najväčšie množstvá (nasledované Spojeným kráľovstvom, Talianskom a Holandskom), ktoré predstavovali takmer polovicu celkového zachyteného množstva v roku 2005 ⁽¹¹⁶⁾. Zachytenia heroínu ukazovali celkový pokles medzi rokmi 2000 a 2003 a na základe dostupných údajov sa odvtedy zvyšovali. Počas obdobia 2000 – 2005 celkové množstvá heroínu zachyteného v členských štátoch EÚ kolísali v rámci mierne klesajúceho trendu, kým veľké zvýšenie sa počas rovnakého obdobia uvádza v Turecku ⁽¹¹⁷⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Pozri „Interpretovanie zachytení a iných údajov o trhu“, s. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Toto by sa malo porovnať s chýbajúcimi údajmi za rok 2005, keď budú k dispozícii. Na účely odhadu sa chýbajúce údaje za rok 2005 nahradili údajmi za rok 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2007.

Cena a čistota

Zisťovaniu trendov v cene a čistote bráni nedostatok konzistentných údajov a odhady sú preto založené iba na obmedzenom počte krajín⁽¹¹⁸⁾. Väčšina krajín uvádzala priemernú alebo typickú pouličnú cenu hnedého heroínu v rozsahu 35 – 80 eur za gram. V období medzi rokmi 2000 a 2005 sa priemerné ceny heroínu korigované kvôli inflácii znížili vo väčšine z 18 krajín, ktoré poskytli porovnateľné údaje. Uvádzalo sa, že priemerná alebo typická čistota hnedého heroínu na pouličnej úrovni značne kolísala, pričom väčšina krajín uvádzala hodnoty medzi 15 % a 50 %; údaje pre biely heroín majú tendenciu byť vyššie (30 – 70 %) tam, kde boli dostupné. Priemerná čistota heroínových výrobkov kolísala od roku 2000 vo väčšine z 18 krajín, ktoré poskytli správy.

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov

Údaje v tejto kapitole sú odvodené z ukazovateľa EMCDDA pre problémové užívanie drog (PDU), ktorý zahŕňa najmä odhady injekčného užívania drog a užívania opiátov, hoci v niekoľkých krajinách sú dôležitou zložkou aj užívatelia amfetamínov⁽¹¹⁹⁾. Odhadnutý počet problémových užívateľov opiátov je ťažké a na získanie odhadov prevalencie z dostupných zdrojov sú nevyhnutné analýzy komplikovaného charakteru. Okrem toho, keďže väčšina štúdií je založená na lokalizovanej geografickej oblasti, ako je mesto alebo okres, extrapolácia pre vytvorenie národných odhadov je ťažká.

Odhadovanie je tiež komplikované, pretože sa zdá, že formy problémového užívania drog v Európe sa stávajú rozmanitejšími. Napríklad problémy s užívaním viacerých drog sa stávajú čoraz viac dôležitejšími vo väčšine krajín a niektoré krajiny, kde problémy s opiátmi (takmer výlučne problémy s heroínom) historicky prevládali, teraz uvádzajú zmeny smerom k iným drogám, napríklad ku kokainu.

Nedávne odhady prevalencie problémového užívania opiátov na národnej úrovni sa pohybujú zhruba medzi jedným až šiestimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Pre porovnanie, plná prevalencia PDU sa odhaduje medzi jedným až ôsmymi prípadmi na 1 000 obyvateľov. Niektoré z najnižších dobre zdokumentovaných dostupných odhadov sú z nových krajín EÚ, hoci toto nie je prípad Malt, kde bola uvádzaná relatívne vysoká prevalencia (5,8 – 6,7 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov) (obrázok 8).

Z obmedzených dostupných údajov možno odvodiť priemernú prevalenciu problémového užívania opiátov medzi štyrmi až piatimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Toto znamená asi 1,5 milióna (1,3 – 1,7 milióna) problémových užívateľov opiátov v EÚ a Nórsku. Tieto odhady však nie sú zďaleka pevné a vyžadujú sa rozsiahlejšie údaje.

Časové trendy v problémovom užívaní opiátov

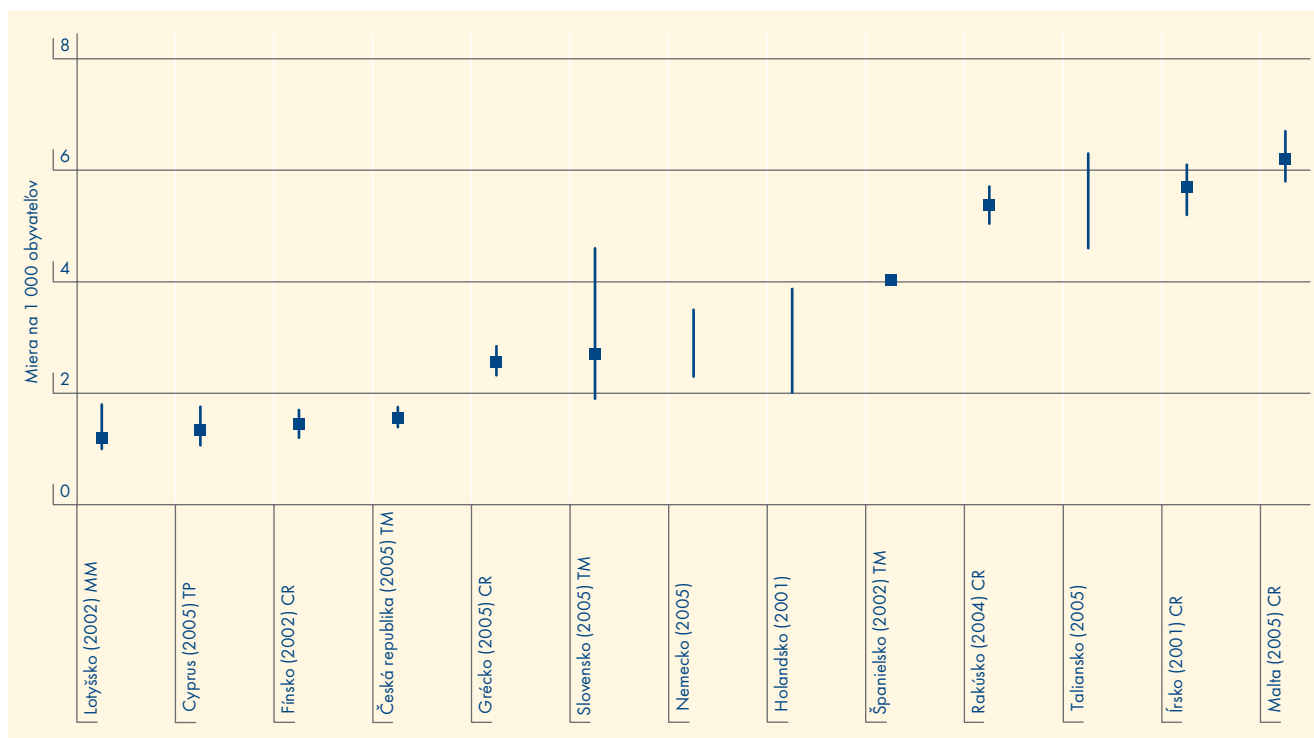
Chýbajúce spoľahlivé historické údaje komplikujú hodnotenie časových trendov v problémovom užívaní opiátov takže trendy by sa mali interpretovať opatrne. Správy z niektorých krajín naznačujú, že problémové užívanie opiátov sa v nedávnych rokoch mohlo v priemere trochu stabilizovať. Údaje z opakovaných odhadov problémového užívania opiátov za obdobie medzi rokmi 2001 a 2005 sú dostupné iba z ôsmich krajín a poskytujú relatívne stabilný obraz, s jasným zvýšením len v jednej krajine (Rakúsko)⁽¹²⁰⁾.

Napriek všeobecným náznakom, že celkový trend v prevalencii užívania opiátov je relatívne stabilný, existujú náznaky zvyšovania zachytení heroínu (pozri vyššie), čo sa možno vzťahuje na zvýšenú dostupnosť heroínu na európskom trhu a narastajúci počet správ o užívaní opiátov zneužívaných zo zákonných spôsobov používania. V Taliansku odhady výskytu užívania heroínu založené na údajoch dopytu po liečbe naznačujú stúpanie od roku 1998 po období poklesu s ročným výskytom z roku 2005 okolo 30 000 nových užívateľov heroínu. V Rakúsku sa podiel ľudí mladších ako 25 rokov tiež zvýšil medzi novými klientmi substituenej liečby, čo naznačuje zvýšenie počtu mladých ľudí, majúcimi problémy súvisiace so zneužívaním a nekontrolovaným užívaním predpísaných opiátov. Podobne po období poklesu uvádza Česká republika zvýšenie injekčného užívania látok určených na iný účel (v tomto prípade buprenorfínu) a informácie, ktoré sú dostupné z Belgicka, naznačujú, že existuje nárast v nezákonnom užívaní metadónu. Nedávne monitorovanie nízkoprahových služieb vo Francúzsku vyvolalo obavy ohľadom nezákonného užívania buprenorfínu vrátane injekčného užívania a užívania medzi mladými ľuďmi, ktorí začali svoje problémové užívanie drog s buprenorfínom namiesto heroínu; obavy ohľadom nových podskupín mladých a marginalizovaných injekčných užívateľov sa uvádzali tiež. Vo Fínsku sa heroín nahradzuje najmä buprenorfínom medzi novými dopytmi po liečbe a buprenorfín sa čoraz častejšie uvádza v správach o úmrtiach spôsobenými predávkovaním.

⁽¹¹⁸⁾ Pozri tabuľky PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹⁹⁾ Hoci technická definícia používaná EMCDDA pre PDU je „injekčné užívanie drog“ alebo dlhodobé/pravidelné užívanie opiátov, kokainu a/alebo amfetamínov“, odhady problémového užívania drog odrážali najmä užívanie heroínu. V niekoľkých krajinách, kde sa uvádzalo problémové užívanie amfetamínov sú k dispozícii dobre dokumentované odhady. Odhady problémového užívania kokainu sú zriedkavé a ukazovateľ PDU je s výnimkou niekoľkých krajín s vysokou prevalenciou pravdepodobne menej spoľahlivý pre túto drogu.

⁽¹²⁰⁾ Pozri obrázok PDU-4 (časť ii) v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 8: Odhady prevalencie problémového užívania opiátov (miera na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov), 2001 – 2005

Poznámka: Symbol udáva bodový odhad; úsečka udáva interval neurčitosti odhadu, ktorý môže byť buď 95 % intervalom spoľahlivosti alebo intervalom založeným na analýze citlivosti (podrobné informácie sa nachádzajú v tabuľke PDU-3). Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od odlišných metód odhadu a zdrojov údajov; porovnania by sa preto mali robiť opatrne. Tam, kde nie je uvedená žiadna metóda, daná čiara predstavuje interval medzi najnižšou dolnou hranicou všetkých existujúcich odhadov a najvyššou hornou hranicou odhadov. Metódy odhadu: CR = capture–recapture; TM = liečebný multiplikátor; TP = redukované Poissonovo rozdelenie; MM = multiplikátor úmrtnosti. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné kontaktné miesta.

Injekčné užívanie drog

Užívatelia, ktorí injekčne užívajú drogy (IDU), podstupujú veľké riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú infekcie prenášané krvou (napríklad HIV/AIDS, hepatitída) alebo predávkovanie drogami. Napriek ich dôležitosti pre verejné zdravie, iba málo krajín je v súčasnosti schopných poskytnúť odhady úrovni injekčného užívania drog (obrázok 9), a preto je zlepšovanie monitorovania tejto špeciálnej populácie dôležitou výzvou pre vývoj systémov monitorovania zdravia v Európe.

Nepriame odhady prevalencie injekčného užívania drog

Väčšina dostupných odhadov injekčného užívania drog je odvodená buď z mier smrteľného predávkovania alebo z údajov o infekčných chorobách (napríklad HIV). Medzi krajinami sa uvádzali značné rozdiely, pričom národné odhady sa v období 2001 – 2005 obvykle pohybovali medzi 0,5 a šiestimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Výnimkou je Estónsko, kde sa uvádzal oveľa väčší odhad, 15 prípadov na 1 000 obyvateľov. Z ostatných krajín, ktoré boli schopné poskytnúť údaje, najvyššie údaje uvádzali Česká republika, Slovensko, Fínsko a Spojené kráľovstvo, od štyroch do päť prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, najnižšie údaje uvádzali Cyprus,

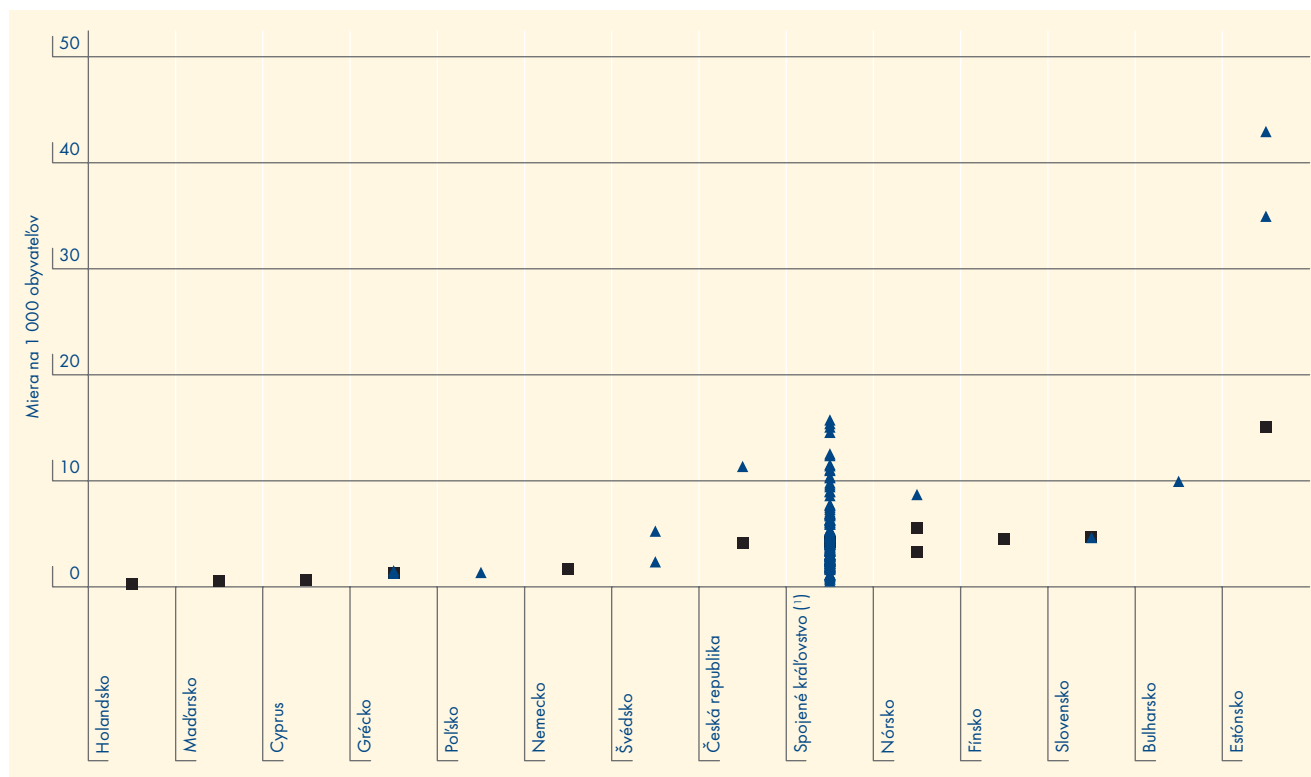
Maďarsko a Holandsko, menej ako jeden prípad na 1 000 ľudí.

Extrapolácia z obmedzených dostupných údajov sa musí robiť opatrne, ale naznačuje priemernú prevalenciu IDU (súčasných injekčných užívateľov) od troch do štyroch prípadov na 1 000 dospelých obyvateľov. To znamená, že dnes môže existovať asi 1,1 milióna (0,9 – 1,3 milióna) injekčných užívateľov v EÚ a Nórsku. Toto sú prevažne injekční užívatelia opiátov, hoci si môžu vpichovať aj iné drogy a niektoré krajiny uvádzajú významný problém s vpichovaním amfetamínu alebo metamfetamínu (Česká republika, Slovensko, Fínsko, Švédsko).

Trendy v oblasti injekčného užívania drog na základe údajov o dopyte po liečbe

Nedostatok údajov sťažuje vyvodzovanie záverov o trendoch v injekčnom užívaní, hoci jeden pohľad na toto správanie poskytujú údaje o užívateľoch drog, ktorí sa zúčastňujú na liečbe. Dopyty po liečbe medzi užívateľmi opiátov môžu napríklad poskytnúť údaje o formách užívania u širšej populácie. Podiel injekčných užívateľov medzi všetkými prvotnými užívateľmi heroínu, ktorí sa zúčastňujú na protidrogovej liečbe (2001 – 2005), ukazuje značné rozdiely v úrovniach injekčného užívania medzi krajinami.

Obrázok 9: Odhady z celoštátnych a regionálnych štúdií prevalence injekčného užívania drog (miera na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov), 2001 – 2005



(*) Anglické regionálne odhady pre rok 2004/2005.

Poznámka: Čierny štvorec = štatistická vzorka s celoštátnym pokrytím; modrý trojuholník = štatistická vzorka s regionálnym pokrytím.

Obrazec odhadov regionálnej prevalence veľmi závisí na dostupnosti a mieste vykonávania štúdií v rámci krajiny. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od odlišných metód štúdií a zdrojov údajov; preto by sa mali porovnávania robiť opatrne.

Ďalšie podrobnosti sa nachádzajú v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné kontaktné miesta.

Celkove tieto údaje naznačujú, že injekčné užívanie sa asi stáva menej populárnym, pričom poklesy sa pozorovali v Dánsku, Írsku, Grécku, Maďarsku, Spojenom kráľovstve a Turecku. V niektorých krajinách (Španielsko, Holandsko, Portugalsko) teraz injekčne užíva drogy relatívne malá časť liečených užívateľov heroínu. Tento obraz však nevidno všade, napríklad vo viacerých nových členských štátoch sa zdá, že injekčné užívanie zostáva prevládajúcim spôsobom užívania heroínu. Je potrebné uviesť, že trendy v injekčnom užívaní u užívateľov iných drog ako heroín sa môžu líšiť.

Liečba závislosti od opiátov

Udržiavacia liečba

Teraz existuje relatívne rozsiahla dôkazová základňa podporovaná údajmi zo štúdií výsledkov liečby a kontrovaných pokusov pre účinnosť protidrogovej substitučnej liečby pri liečbe závislosti od heroínu alebo iných opiátov (pozri Gossop, 2006 kvôli posúdeniu). Pozitívne účinky sa ukázali pri znižovaní užívania nezákonných drog, správania rizikového pre zdravie a kriminality a zlepšenom

sociálnom fungovaní. Programy substitučnej liečby, ako aj predpisujúci prvok, obvykle zahŕňajú iné zásahy na podporu zmeny správania. Vo všeobecnosti panuje v tejto oblasti zhoda, že je dobrou praxou integrovanie programov do širšieho rámca zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci.

Prax predpisovania substitučnej liečby v Európe

Počas minulých 15 rokov poskytovanie liečby v závislosti od heroínu zažilo v EÚ rozsiahle zvyšovanie. Podľa dostupných údajov je to najmä kvôli viac ako sedemnásobnému zvýšeniu poskytovania substitučnej liečby v členských štátoch EÚ-15 od roku 1993.

S výnimkou piatich krajín (Česká republika, Francúzsko, Lotyšsko, Fínsko, Švédsko) je metadón zďaleka najčastejšie používanou drogou na substitučné účely, ktorá predstavuje približne 72 % všetkých prípadov substitučnej liečby⁽¹²¹⁾. Vo všeobecnosti je liečba metadónom sústredená okolo špecializovaných ambulantných stredísk, ale v niektorých krajinách môže byť poskytovaná vo všeobecných zariadeniach alebo, keď sú pacienti stabilizovaní, v komunálnych zariadeniach starostlivosti. Prax vydávania

(121) Pozri tabuľky HSR-7, HSR-9 a HSR-11 v štatistickej ročenke 2007.

Zabezpečenie kvality a substitučná liečba

Účinnosť akejkoľvek služby bude závisieť od kvality poskytnutej starostlivosti. Objavili sa obavy, že niektoré programy substitučnej liečby majú horšiu kvalitu, pričom činnosti sú príliš zamerané na predpisovanie a nevenuje sa dostatočná pozornosť poskytovaniu komplexnejšieho balíka sociálnej a zdravotnej podpory. Kritika sa tiež týkala nedostatku primeraného klinického monitorovania, zlej praxe predpisovania, ktorá vedie k zneužívaniu drog na nezákonnom trhu, a toho, že programy liečby s nízkymi dávkami nie sú v súlade s klinickými dôkazmi o účinnosti (Loth a kol., 2007; Schifano a kol., 2006; Strang a kol., 2005).

Mnoho krajín berie tieto obavy vážne a Dánsko, Nemecko a Spojené kráľovstvo uvádzajú, že prebiehajú skúmania s cieľom zlepšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti. Podobne Dánsko nedávno dokončilo trojročný projekt na dokumentovanie vplyvu širšej psychosociálnej podpory substitučnej liečby a testovaniu procesov zabezpečenia kvality.

V Nemecku dve nedávne štúdie skúmali postup substitučnej terapie a zisťovali možnosti zlepšenia starostlivosti (COBRA) a skúmali otázky zabezpečenia kvality, čo viedlo k novej príručke pre všeobecných lekárov (ASTO). V Spojenom kráľovstve sa v Anglicku nedávno vykonal audit na analyzovanie praxe predpisovania a praxe klinického riadenia a na hodnotenie miery, do akej sú v súlade s existujúcimi klinickými usmerneniami.

Dostupnosť národných klinických usmernení, noriem a protokolov liečby je dôležitá pri zabezpečovaní kvality substitučnej liečby. Uvádza sa, že národné klinické usmernenia a protokoly liečby sa pripravujú alebo sú revidované v Dánsku, Írsku, Maďarsku, Portugalsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku a Slovensko uverejnilo v roku 2004 usmernenie pre poskytovanie metadónovej liečby. V Holandsku sa teraz čoraz viac realizuje udržiavacia liečba podľa noriem lekárskej liečby a podávanie metadónu je pod dozorom počas prvej etapy liečby. V Rakúsku boli navrhnuté v roku 2005 dve vyhlášky, ktoré ustanovujú rámec lekárskej asistovanej liečby, s cieľom zlepšiť substitučnú liečbu a zaradiť opatrenia pre konzumáciu pod dozorom, ako aj usmerňovanie lekárov, ktorí pôsobia v tejto oblasti.

Národný monitorovací systém pre poskytovanie správ o klientoch v programoch substitučnej liečby tiež poskytuje informácie, ktoré sú užitočné pre hodnotenie kvality a dostupnosti služieb. V súčasnosti sa uvádza, že takéto programy existujú v 17 členských štátoch a národné registre substitučnej liečby sa pripravujú v Belgicku a Luxembursku, kým rozšírenie existujúceho registra na všetky zdravotné strediská sa realizuje v Českej republike.

metadónu sa líši; niekedy ho dostať iba v špecializovaných strediskách a konzumácia je pod dohľadom, ale v niektorých krajinách, napríklad v Spojenom kráľovstve, hrajú dôležitú

úlohu aj lekárne a môže byť povolené predpisovanie metadónu na domáce použitie.

V posledných rokoch existoval v celej EÚ záujem o ďalšie farmakologické prostriedky na liečbu drogovej závislosti a najmä užívanie buprenorfinu sa stalo bežnejším. V roku 2005 sa ku skupine európskych krajín, ktoré povolili udržiavacu liečbu buprenorfinom na špecializovaných jednotkách, pripojilo Slovinsko a v máji 2006 Malta ⁽¹²²⁾, v súčasnosti sú Bulharsko, Maďarsko, Poľsko a Rumunsko jedinými krajinami, kde táto možnosť liečby nie je dostupná.

Jedným z dôvodov záujmu o používanie buprenorfinu je ten, že je možno vhodnejšou farmaceutickou možnosťou na používanie v obecnej praxi ako metadón. Táto otázka je zložitá a podrobne je prediskutovaná vo vybranej otázke o buprenorfinu 2005. Vo väčšine krajín môžu buprenorfin predpisovať iba kvalifikovaní akreditovaní lekári a podlieha regulácii primeranej jeho regulovanému stavu podľa medzinárodných dohovorov (príloha III z roku 1988 k Dohovoru OSN o psychotropných látkach).

Buprenorfin sa predáva vo forme podjazykových tabletiiek a hoci sa nepovažuje za veľmi atraktívnu látku na injekčné užívanie, existujú správy, že tabletky sa rozpúšťajú a vpichujú. Možnosť zneužitia buprenorfinu je podporovaná správami z niektorých krajín o zneužívaní tejto drogy na nezákonnom trhu. Aby sa zabránilo nezákonnému užívaniu buprenorfinu, vyvinula sa nová receptúra drogy v kombinácii s naloxónom. Tento prípravok, Suboxone, získal povolenie na predaj na európskom trhu v roku 2006.

V januári 2007 zaviedlo Holandsko asistovanú liečbu heroínom ako možnú alternatívu liečenia závislosti od opiátov a rozšírilo počet liečebných miest asi na 1 000 a tým sa pripojilo k Spojenému kráľovstvu, ako jedna z dvoch európskych krajín, kde je táto alternatíva dostupná. Celkove je v Európe počet klientov, ktorí dostávajú heroín, veľmi malý a liečba je obvykle vyhradená pre mimoriadne chronické prípady, kde sa iné terapeutické možnosti ukázali byť neúspešnými. Účinnosť heroínu ako substitučného prostriedku bola skúmaná aj v experimentálnom výskume v Španielsku (March a kol., 2006) a v Nemecku (Naber a Haasen, 2006). Obe štúdie uvádzali pozitívne zistenia liečby, čo naznačuje, že tento prístup sa môže osvedčiť ako vhodná metóda liečby pre sociálne vylúčených užívateľov opiátov s ťažkými problémami, ktorí slabo reagujú na iné možnosti liečby. Spolu s predchádzajúcou prácou tieto štúdie o predpisovaní heroínu podnietili diskusiu o potrebe širšej dostupnosti tejto možnosti liečby.

Údaje o liečbe

Na popis liečby v Európe zhromažďuje EMCDDA dva typy informácií. Ukazovateľ dopytu po liečbe je založený na

⁽¹²²⁾ Pozri obrázok HSR-1 a tabuľku HSR-8 v štatistickej ročenke 2007.

Postup pre európske povolenia na uvedenie liekov na trh

Európska agentúra pre lieky (EMA) zodpovedá za vedecké hodnotenie žiadostí o európske povolenia na uvedenie liekov na trh. Lieky schválené centralizovaným postupom získajú jednotné povolenie na uvedenie na trh, ktoré je platné vo všetkých členských štátoch Európskej únie.

Všetky schválené liečivá sú tiež monitorované kvôli bezpečnosti. Toto sa vykonáva prostredníctvom siete národných agentúr pre lieky EÚ v úzkej spolupráci s odborníkmi na zdravotnú starostlivosť a samotnými farmaceutickými spoločnosťami.

EMA uverejňuje Európsku verejnú hodnotiacu správu (EPAR) pre každý centrálny schválený produkt, ktorému sa udelí obchodné povolenie. EPAR sú uverejňované na internetovej stránke EMA (<http://www.emea.europa.eu/>) a zhrnutie pre verejnosť je dostupné vo všetkých úradných jazykoch EÚ. EMA pracuje aj v partnerstve s EMCDDA a Europolom pri podpore práce na zisťovaní nových drogových hrozieb v Európe k kontexte s rozhodnutím Rady (pozri kapitolu 7).

monitorovaní charakteristík klientov, ktorí sa zúčastňujú na liečbe v celej Európe. Okrem toho sa od členských štátov požaduje, aby poskytli údaje, ktoré opisujú celkovú štruktúru a dostupnosť služieb.

Údaje z ukazovateľa dopytu po liečbe

Údaje z monitorovania klientov, ktorí sa zúčastňujú na protidrogovej liečbe v Európe, poskytujú pohľad nielen na širšiu epidemiologickú situáciu v súvislosti s formami užívania a trendmi, ale aj na relatívny dopyt a dostupnosť rôznych foriem liečby. Toto môže spôsobiť ťažkosti pri interpretovaní dostupných informácií, pretože zvýšenie počtu tých, ktorí sa liečia kvôli konkrétnemu drogovému problému, môže udávať, že dopyt po službách stúpol alebo že dostupnosť konkrétneho druhu služby sa zvýšila. Aby sa pomohlo analyzovať tento druh údajov, rozlišuje sa medzi novými a všetkými dopytmi po liečbe s predpokladom, že nové dopyty po liečbe lepšie odrážajú zmeny v širších formách brania drog a všetky liečby lepšie odrážajú celkové dopyty v liečebnom sektore ako celku.

Dostupné informácie z ukazovateľa dopytu po liečbe (TDI) nezahŕňajú všetkých ľudí v protidrogovej liečbe, ktorých počet je značne vyšší; evidujú sa iba klienti, ktorí požiadali o liečbu počas roku, za ktorý sa poskytli správy, ale v roku

2007 sa realizuje úvodný projekt zameraný na rozšírenie zhromažďovania európskych údajov na liečbu klientov, ktorí sú v nepretržitej liečbe⁽¹²³⁾ a hodnotenie pokrytia národných systémov podávaním správ.

V mnohých krajinách zostávajú opíáty, najmä heroín, hlavnou drogou, kvôli ktorej klienti vyhľadávajú liečbu. Z celkovo 326 000 žiadostí o liečbu uvádzaných v roku 2005 podľa ukazovateľa dopytu po liečbe boli opíáty zaznamenané ako hlavná droga v asi 40 % prípadov, pričom okolo 46 % týchto klientov uvádzalo injekčné užívanie drogy⁽¹²⁴⁾.

Niektoré krajiny uvádzajú významný podiel dopytov po liečbe súvisiacich s inými opíátmi, ako je heroín. Vo Fínsku 41 % klientov užívajúcich drogy uvádza, že iné opíáty, najmä buprenorfín, sú hlavnou užívanou drogou a vo Francúzsku sa o 7,5 % všetkých klientov uvádza, že užívajú buprenorfín. V Spojenom kráľovstve a Holandsku sa asi 4 % klientov uvádzajú ako prvotní užívatelia metadónu. V Španielsku, Lotyšsku a Švédsku sa 5 % až 7 % klientov užívajúcich drogy zúčastňuje na liečbe kvôli prvotnému užívaniu nešpecifikovaných opíátov, iných ako heroín alebo metadón⁽¹²⁵⁾. A v Maďarsku, kde užívanie domácky vyrobených opiových výrobkov z maku má dlhú históriu, asi 4 % žiadostí o liečbu súvisia s opíom.

Väčšina užívateľov opíátov je uvádzaná ambulantnými liečebnými jednotkami; vo Švédsku však 71 % klientov, ktorí užívajú opíáty, uvádzajú pobytové strediská, čo naznačuje, že v tejto krajine sú služby odlišne štruktúrované. Malé percento (3 %) dopytov po nemocničnej liečbe pre klientov, ktorí užívajú opíáty, je tiež uvádzané Spojeným kráľovstvom⁽¹²⁶⁾. V niekoľkých krajinách, ktoré uviedli údaje o dopyte po liečbe v nízkoprahových agentúrach, značná časť klientov užívajúcich drogy vyhľadáva liečbu kvôli prvotnému užívaniu opíátov⁽¹²⁷⁾.

Relatívny podiel dopytov po liečbe klientmi, ktorí neužívajú opíáty, narastá v súbore údajov TDI a skutočný počet nových klientov, ktorí požadujú liečbu kvôli užívaniu opíátov, tiež klesá v mnohých krajinách, pričom absolútny počet uvádzaných nových dopytov po liečbe kvôli prvotnému užívaniu heroínu sa znížil z 80 000 v roku 1999 na 51 000 v roku 2005⁽¹²⁸⁾.

Úrovně protidrogovej substituúnej liečby

Odhaduje sa, že v členských štátoch EÚ a Nórsku bol v roku 2005 počet prípadov protidrogovej substituúnej liečby prinajmenšom 585 000. Tento odhad je založený na monitorovaní liečby vykonanom vo väčšine krajín

⁽¹²³⁾ Pozri <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (správa zo stretnutia 2006).

⁽¹²⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹²⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-114 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹²⁶⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹²⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-119 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹²⁸⁾ Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2007.

a poskytuje všeobecný obraz o dostupnosti služieb. Tieto údaje sú pravdepodobne minimálnym odhadom, pretože niektoré metódy liečby sú pravdepodobne podhodnotené, napríklad liečba poskytovaná všeobecnými lekármi alebo vo väzenských zariadeniach.

Prevažná väčšina liečených klientov (97 %) je uvádzaná členskými štátmi EÚ-15, ktoré tiež prispievajú k väčšine (80 %) všetkých dopytov po liečbe uvádzaných v súbore údajov TDI. Toto predstavuje viac ako sedemnásobné zvýšenie od roku 1993, keď sa prípady substitúcie odhadovali na približne 73 000 (Farrell, 1995). Údaje ukazujú stúpnutie asi o 15 % v počtoch klientov v EÚ a Nórsku od roku 2003 do 2005, najmä kvôli zvýšeniam v Nemecku (odhadované zvýšenie o 8 300 prípadov), Francúzsku (5 706), Taliansku (6 234), Portugalsku (4 168) a Spojenom kráľovstve (41 500) ⁽¹²⁹⁾. V roku 2005 sa stabilizácia počtu klientov v substitučnej liečbe uvádzala v Holandsku (122 prípadov na 100 000 obyvateľov) a Luxembursku (355 prípadov na 100 000 obyvateľov).

Najväčší relatívny nárast medzi rokmi 2003 a 2005 sa pozoroval (okrem iných) v niektorých nových členských štátoch, pričom tieto krajiny uvádzali podstatné zvýšenia (nad 40 %) vrátane Bulharska, Estónska, Grécka, Litvy, Rumunska a Nórska. Tieto zvýšenia sa zhodovali s geografickým rozšírením dostupnosti možnosti substitučnej liečby v mnohých z týchto krajín. Poskytovanie substitučnej liečby sa nezvýšilo vo všetkých nových členských štátoch: Maďarsko, Poľsko a Slovensko uvádzali relatívne stabilnú situáciu, kým počty klientov v lotyšskom vysokoprahovom metadónovom programe sa v skutočnosti znížili zo 67 na 50. V dvoch krajinách s históriou vysokých úrovní poskytovania, v Španielsku a na Malte, sa poskytovanie nedávno znížilo, čo možno odráža celkové úrovne dopytu v týchto krajinách.

Vzájomný vzťah medzi žiadosťami o opakovanú liečbu, úrovňami udržiavania a prevalenciou problémového užívania opiátov je komplikovaný. Úrovně žiadostí klientov o opakovanú liečbu a počty klientov v protidrogových udržiavacích programoch sú určované historickým vývojom vo výskyte a prevalencii užívania opiátov, ako aj organizácie a typu liečebnej služby. Pre niekoľko krajín je možné použiť odhadované úrovne prevalencie užívania opiátových drog na výpočet pomeru medzi klientmi v udržiavacej liečbe a počtom problémových užívateľov opiátov.

Pre krajiny EÚ, kde boli odhady problémového užívania opiátov dostupné za rok 2005, sa vypočítal rozsah substitučnej liečby medzi problémovými užívateľmi opiátov (obrázok 10). Výsledky ukazujú významné rozdiely medzi

krajinami, pričom pomery sa pohybujú od menej ako 10 % (Slovensko) po približne 50 % užívateľov opiátov (Taliansko). Údaje však naznačujú potrebu preskúmať dostupnosť možnosti liečby vo všetkých krajinách, aby sa zabezpečilo, že je dostupné postačujúce poskytovanie na splnenie odhadovaných potrieb.

Napriek nedávnym zvýšeniam substitučnej liečby v pobaltských krajinách a krajinách strednej Európy, úrovne zostávajú nízke v porovnaní s odhadovaným počtom užívateľov opiátov v týchto členských štátoch s výnimkou Slovinska. Odhad z Estónska naznačuje, že iba 5 % užívateľov heroínu v štyroch hlavných mestských centrách je zahrnutých do programov substitučnej liečby a že táto miera je nižšia ako 1 % na národnej úrovni.

Dopyt po liečbe závislosti od opiátov

Podiel dopytov po liečbe kvôli prvotnému užívaniu opiátov do určitej miery odráža relatívnu prevalenciu nezákonných opiátov ako problémovej drogy, ktorá si vyžaduje (ďalšiu) liečbu, hoci to je ovplyvnené organizáciou liečebných služieb a systémom poskytovania správ.

Podiel klientov, ktorí vyhľadali liečbu kvôli závislosti od opiátov, sa medzi krajinami líši. Na základe najnovších dostupných údajov tvoria užívatelia opiátov 40 – 70 % všetkých dopytov po liečbe v 12 krajinách, menej ako 40 % v siedmich krajinách a viac ako 70 % v šiestich krajinách ⁽¹³⁰⁾.

Percento všetkých dopytov po protidrogovej liečbe predstavované všetkými žiadosťami o liečbu závislosti od heroínu sa znížilo, keď pokleslo zo 74 % v roku 1999 na 61 % v roku 2005. Jedinými krajinami, ktoré neuvádzali pokles, boli Bulharsko a Spojené kráľovstvo ⁽¹³¹⁾.

Absolútne zníženie nových dopytov po liečbe užívania opiátov, najmä kvôli užívaniu heroínu, je potvrdené pohľadom na trend nových klientov užívajúcich heroín: všetky krajiny s výnimkou Bulharska a Grécka uvádzajú zníženie podielu nových žiadostí kvôli prvotnému užívaniu heroínu medzi novými klientmi užívajúcimi drogy v posledných siedmich rokoch. Od roku 1999 do roku 2005 percento nových klientov užívajúcich heroín medzi všetkými novými klientmi užívajúcimi drogy pokleslo zo 70 % na 37 %.

Klienti žiadajúci o liečbu

Tí, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli problémom s opiátmi, sú relatívne starí v porovnaní s tými, ktorí vyhľadávajú pomoc kvôli problémom s inými drogami ⁽¹³²⁾ a majú tiež tendenciu uvádzať horšie sociálne podmienky. Úrovně

⁽¹²⁹⁾ Pozri tabuľku HSR-7 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹³⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹³¹⁾ Pozri obrázok TDI-3 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹³²⁾ Pozri tabuľku TDI-10 v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 10: Počet klientov udržiavacej liečby závislosti od opiátov ako percento odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov, 2005



Poznámka: Tieto informácie sú dostupné iba pre deväť krajín. Symbol udáva bodový odhad; úsečka udáva interval neurčitosti vyplývajúci z postupov odhadu; Počet užívateľov opiátov sa odhaduje rôznymi metódami: TM = liečebný multiplikátor; PM = policajný multiplikátor; MI = multivariačný indikátor. Keď nie je uvedená žiadna metóda, uvedená čiara predstavuje interval medzi najnižšou dolnou hranicou všetkých existujúcich odhadov a najvyššou hornou hranicou odhadov. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku HSR-3 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné kontaktné miesta.

nezamestnanosti medzi klientmi, ktorí užívajú opiáty, sú všeobecne vysoké, úrovne vzdelania nízke a 10 % až 18 % uvádza, že sú bezdomovci.

Väčšina klientov (60 %) udáva začatie užívania opiátov pred vekom 20 rokov; prvé užitie opiátov po veku 25 rokov bolo veľmi zriedkavé⁽¹³³⁾. V priemere sa uvádzalo oneskorenie 7 – 8 rokov medzi prvým užitím opiátom a prvým kontaktom s protidrogovou liečbou. Priemerný vek na začiatku užívania opiátov bol 22 rokov a priemerný vek pri prvom dopyte po liečbe bol 29 – 30 rokov. Klienti žiadajúci o nemocničnú liečbu boli obvykle trochu starší ako tí, ktorým sa poskytla ambulantná liečba a údaje naznačujú pomerne krátky interval medzi prvým kontaktom s liečbou a následnými epizódami liečby.

Medzi ambulantnými klientmi, ktorí užívajú opiáty, je pomer troja muži na jednu ženu a štyria muži na jednu ženu medzi nemocničnými klientmi; medzi krajinami však existujú rozdiely, pričom typicky vyšší podiel mužov je medzi liečenou populáciou v juhoeurópskych krajinách.

V celej Európe, medzi tými klientmi, ktorí užívajú opiáty a vyhľadali liečbu a pre ktorých je známy spôsob ich užívania, si v priemere 58 % vpichuje látku (53 %, ak sú v liečbe noví). Podiel injekčných užívateľov je najvyšší v Rumunsku, Českej republike a Fínsku a najnižší v Holandsku, Dánsku a Španielsku⁽¹³⁴⁾.

Väčšina klientov užívajúcich opiáty sú užívatelia viacerých drog, ktorí berú opiáty v kombinácii s ďalšou sekundárnou látkou, najmä s inými opiátmi (35 %), kokaínom (23 %) a kanabisom (17 %)⁽¹³⁵⁾.

Niektoré krajiny uvádzajú vysoký stupeň spoločného výskytu závislosti od opiátov a iných psychiatrických porúch medzi užívateľmi opiátov, toto sa pozorovalo aj v mnohých klinických štúdiách, ktoré uvádzajú, že veľké depresie, poruchy súvisiace s úzkosťou, asociálne a hraničné poruchy osobnosti sú relatívne bežnými poruchami medzi užívateľmi opiátov (Mateu a kol., 2005).

⁽¹³³⁾ Pozri tabuľky TDI-11, TDI-107 a TDI-109 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹³⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-4 a TDI-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹³⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-23 v štatistickej ročenke 2007.



Kapitola 7

Nové a vznikajúce drogové trendy a opatrenia týkajúce sa nových drog

Vznikajúce drogové trendy často napodobujú, rozširujú alebo nahrádzajú predtým populárne drogové trendy a vyvolávajú otázky, prečo sa konzumujú látky pôsobiace na psychiku. Preto sa musia vznikajúce trendy v konzumácii drog a alkoholu chápať nielen vo vzťahu k zmenám politiky vlád, ale aj vo vzájomnej súvislosti a v širšom kontexte súčasných správania a sociálnokultúrnych zmien v činnostiach vo voľnom čase.

Vývoj informačných technológií a komunikačných médií, najmä internetu, poskytuje kanály na uľahčenie šírenia nových trendov a umožňuje vyjadrovanie odlišných názorov na užívanie drog a súvisiacich rizík.

Nové alebo meniace sa formy užívania drog sa obvykle objavujú na miestnej alebo mestskej úrovni a veľmi málo členských štátov má napríklad monitorovacie systémy na udávanie rozsahu fatálnych a nefatálnych intoxikácií z užívania nových alebo objavujúcich sa látok pôsobiacich na psychiku. V súvislosti s nevyhnutne čiastkovým obrazom sa nahromadené informácie o vznikajúcich drogových trendoch v Európe hodnotia kombinovaním informácií zo širokého rozsahu rôznych zdrojov.

Táto kapitola uvádza súčasný vývoj v nezákonnom užívaní psychoaktívnych látok, ktoré nie sú rutinne riešené hlavnými drogovými ukazovateľmi a politickí činitelia ich identifikovali iba nedávno ako možnú obavu alebo pritiahli pozornosť masmédií.

Piperazíny: nové psychoaktívne látky

Najvýznamnejším vývojom v nedávnych rokoch, ktorý sa týka nových psychoaktívnych látok, je rozšírenie rôznych nových derivátov piperazínu, z ktorých sa viacero objavilo v Európe v období 2004 až 2006.

Táto skupina syntetických látok je odvodená zo základnej zlúčeniny piperazínu a obsahuje BZP (1-benzylpiperazín) a mCPP (1-(3-chlorofenol) piperazín). Tieto dve látky dostať najmä od dodávateľov chemikálií a na internete a nezákonná výroba je obmedzená najmä na vyrábanie tabletiiek alebo kapsúl.

BZP

Štúdie porovnali fyziologické a subjektívne účinky BZP s účinkami amfetamínu a naznačili, že BZP má približne desatinu potencie dexamfetamínu.

V nedávnych rokoch začali rôzni maloobchodníci agresívne ponúkať na trhu výrobky, ktoré obsahujú BZP, ako zákonnú alternatívu, cez tlačové médiá, internetové stránky, vybrané predajne a stánky v kluboch a na festivaloch a asi sa s nimi obchoduje ako s „extázou“. BZP sa ponúka v rôznych kombináciách s inými piperazínmi a o niektorých sa myslí, najmä o BZP v kombinácii s TFMPP⁽¹³⁶⁾, že sú určené na napodobovanie účinkov „extázy“. Tieto výrobky sú obvykle viditeľne označené ako obsahujúce piperazín, ale často sa nesprávne označujú ako „prírodné“ alebo „rastlinné“.

Dôkazy nahromadené v EÚ o vznikajúcich trendoch v užívaní drog naznačujú, že sa môžu zhodovať s trendmi spotrebiteľov na zákonných trhoch – napríklad predaj úplne syntetických látok, ako je BZP s tvrdením, že je „prírodná“ alebo „rastlinná“, môže byť príťažlivý pre širší záujem spotrebiteľov o prírodné produkty. Okrem toho, vnímaná bezpečnosť BZP je podporovaná skutočnosťou, že tieto výrobky sú často predávané určenými maloobchodníkmi alebo v špecializovaných predajniach, a nie na ulici.

S BZP sa stretávame v 14 členských štátoch EÚ (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Írsko, Grécko, Francúzsko, Malta, Holandsko, Rakúsko, Portugalsko, Španielsko, Švédsko, Fínsko, Spojené kráľovstvo) a v Nórsku.

Existujú určité dôkazy o rizikách súvisiacich s BZP, ktorý má úzke bezpečnostné rozpätie, keď sa užíva rekreačne. V Spojenom kráľovstve sa uvádzali nehody, kde sa klinicky pozorovala intoxikácia BZP a toxikologicky sa potvrdilo, že BZP bol jedinou konzumovanou látkou pôsobiacou na psychiku, pri ktorej užívatelia zakúsili závažné vedľajšie účinky, z ktorých niektoré viedli k náhlym zdravotným príhodám. Existujú prípady, hoci nie smrteľné, ktoré sa môžu priamo pripísať BZP. V marci 2007 EÚ reagovala na vznikajúce obavy z užívania BZP oficiálnym požiadanim o hodnotenie rizika týkajúce sa zdravotných a sociálnych rizík predstavovaných touto látkou⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluorometylfenyl) piperazín.

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

mCPP

mCPP je opísaný ako prostriedok, ktorý vytvára stimulačné a halucinogénne účinky podobné účinkom extázy (MDMA). Tabletky, ktoré obsahujú mCPP, sú často navrhnuté tak, aby vyzerali ako extáza a takmer vždy sa predávajú ako extáza a tieto drogy sa niekedy nachádzajú v kombinácii. Mohlo by sa predpokladať, že pridávanie mCPP je určené na zosilnenie alebo vylepšenie účinkov MDMA.

Od roku 2004 sa mCPP našiel v 26 členských štátoch (všetkých okrem Cypru) a Nórsku; takže sa stáva najčastejšie sa vyskytujúcou novou psychotropnou látkou v EÚ, odkedy sa začal Európsky systém včasného varovania v roku 1997.

V Európskej únii neboli hlásené žiadne závažné otravy alebo smrteľné prípady súvisiace s mCPP. Existuje málo dôkazov, že je to obzvlášť nebezpečná látka z hľadiska akútnej toxicity, hoci chronická toxicita (dlhodobé užívanie) nebola stanovená.

Gama butyrolakton (GHB)

Verejný internetový predaj GHB⁽¹³⁸⁾ je obmedzený, odkedy táto látka bola pridaná do prílohy IV Dohovoru OSN o psychotropných látkach v marci 2001, a preto sú všetky krajiny EÚ povinné ju regulovať podľa svojej legislatívy, ktorá rieši psychotropné látky. GHB sa terapeuticky používa v anestézii vo Francúzku a v Nemecku a pri liečbe alkoholovej abstinenencie v Rakúsku a Taliansku. V júni 2005

Sexuálne zneužitie s použitím drog

Prípady sexuálneho zneužitia pomocou utajeného pridania drogy do nápoja, aby sa obeť urobila neschopnou, sa čoraz viac uvádzajú v médiách a lekárskej literatúre od osemdesiatych rokov minulého storočia. Je však ťažké získať súdne dôkazy pre tento druh trestného činu. Súdne štúdie odhaľujú, že vysoké koncentrácie alkoholu a tiež benzodiazepínových drog na lekárske predpis sú bežne identifikované v prípadoch údajného sexuálneho zneužitia (vo viac ako 80 % prípadov vo Francúzsku a 30 % prípadov v Spojenom kráľovstve), ale úzky pohľad na zisťovanie drog, napríklad GHB, je obmedzením pri stanovovaní dôkazov v prípadoch údajných porušení, ktoré sa rýchlo nenahlásia. Súdne dôkazy, ktoré sú k dispozícii zo štúdií, ktoré sa vykonali od roku 2000 (v Spojenom kráľovstve, Francúzsku, Spojených štátoch amerických a Austrálii) naznačujú, že utajené podávanie drog na účely sexuálneho zneužitia sa zdá byť zriedkavé, hoci skutočný výskyt môže byť vyšší, ako je identifikovaný výskyt kvôli neohláseniu alebo neskorému ohláseniu.

Výbor pre lieky na humánne použitie (CHMP) EMEA odporúča udeliť obchodné povolenie pre výrobok Xyrem (ktorého účinnou látkou je GHB) na liečbu kataplexie u dospelých pacientov s narkolepsiou (EMEA, 2005)⁽¹³⁹⁾.

GHB sa ľahko vyrába do svojich prekurzorov gama-butyrolaktonu (GBL) a 1,4-butanediolu (1,4-BD) čo sú rozpúšťadlá, ktoré sa často používajú v priemysle a sú komerčne dostupné. Niektoré krajiny, ktoré rozpoznali potenciál na zneužívanie týchto prekurzorov, sa rozhodli kontrolovať jednu alebo obidve tieto látky podľa legislatívy na kontrolu drog alebo ekvivalentnej legislatívy (Taliansko, Lotyšsko, Švédsko). Keďže GBL nie je kontrolovaný vo väčšine členských štátov a dodávatelia chemikálií online, ktorí ho ponúkajú, poskytujú ľahký prístup, zdá sa, že niektorí užívatelia GHB prešli na konzumáciu GBL. Kvalitatívne analýzy GHB on-line a drogových fór existujúcich v Spojenom kráľovstve, Nemecku a Holandsku naznačujú, že užívatelia získavajú GBL od dodávateľov chemikálií, ktorí predávajú GBL na rôzne zákonné účely.

Prevalencia a formy užívania

Všetky dostupné informačné zdroje naznačujú, že všeobecná prevalencia užívania GHB je nízka, pričom významné úrovne užívania sú obmedzené na niektoré špecifické čiastkové populácie. Internetový prieskum vykonaný v Spojenom kráľovstve zistil, že GHB sa častejšie užíva doma (67 %) v porovnaní s prostrediami pre nočný život (26 %) (Sumnall a kol., 2007). Prieskum 408 návštevníkov pohostinstiev v Amsterdame v roku 2005 uvádzal odhady celoživotnej prevalencie pre GHB, ktoré boli podstatne vyššie medzi klientelou barov pre gayov a módných kaviarní (17,5 % a 19 %) ako v bežných a študentských pohostinstvách a kaviarňach (5,7 % a 2,7 %) (Nabben a kol, 2006).

Trendy

Nedostatok informácií sťažuje hodnotenie trendov v užívaní GHB, hoci dostupné dôkazy naznačujú, že užívanie GHB zostáva obmedzené na niektoré malé podskupiny populácie. Údaje z prieskumov tanečných zábav z Belgicka, Holandska a Spojeného kráľovstva naznačujú, že užívanie GHB mohlo vrcholiť okolo rokov 2000 – 2003 a následne klesalo. Avšak miera, do akej tieto zistenia platia pre iné podskupiny, nie je jasná. Stojí za povšimnutie, že protidrogové linky pomoci vo Fínsku uvádzali telefónne hovory o GBL prvýkrát v roku 2005 (FESAT, 2005).

Zdravotné riziká

Zdá sa, že hlavným zdravotným rizikom súvisiacim s užívaním GHB je vysoké riziko straty vedomia, najmä keď sa táto droga

⁽¹³⁸⁾ Výraz GHB sa používa na zahrnutie možného užívania GBL alebo 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Pozri „Postup pre európske obchodné povolenie liečiv“, s. 68.

Internet ako zdroj informácií o novo sa objavujúcich drogových trendoch

V roku 2004 viac ako tretina mladých ľudí v EÚ uviedla, že by sa obrátili na internet, keby chceli vedieť viac o drogách (Eurobarometer, 2004). Ak mladí ľudia vyhľadávajú informácie o drogách online, vzniká reálna otázka o miere, do akej informácie, ku ktorým získajú prístup, budú neskreslené a presné. Otázkam o užívaní drog sa venujú mnohé stránky, niektoré z nich sú sponzorované vládami, iné sú prevádzkované lobistickými skupinami, spotrebiteľskými sieťami alebo sieťami ich zástancov. Okrem toho internet, ktorý pôsobí ako zdroj informácií o drogách, vytvoril trh pre zákonné aj nezákonné drogy, kde sa na stránkach ponúkajú na predaj nezákonné drogy a ich zákonné alternatívy. Využívaním marketingového potenciálu internetu používaním online marketingových stratégií, ktoré veľmi citlivo reagujú na požiadavky užívateľov a na meniace sa zákonné a trhové situácie, maloobchodníci s drogami online majú čoraz väčšiu možnosť na šírenie nových postupov brania drog alebo produktov.

V rámci projektu E-POD (European perspectives on drugs) preskúmala s EMCDDA spôsoby, ako používať internet ako zdroj informácií o novo vznikajúcich drogových trendoch. Na úrovni EÚ existuje aj vývoj na poskytovanie spoľahlivých informácií o záležitostiach verejného zdravia: nový portál EÚ pre oblasť verejného zdravia poskytuje prístup k viacerých európskym zdrojom o verejnom zdraví vrátane informácií súvisiacich s drogami (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

kombinuje s alkoholom alebo inými sedatívami. Užívanie GHB môže viesť aj k iným problémom vrátane kómy, poklesu teploty tela, hypotónii, halucináciám, nevoľnosti, zvracaniu, spomalenej srdcovej činnosti a k zníženému dýchaniu. Fyzická závislosť od GHB sa pozorovala po dlhotrvajúcom užívaní a ďalšie zdravotné riziká môžu byť spôsobené kvôli novej prítomnosti rozpúšťadiel alebo znečisťujúcich ťažkých kovov.

Od roku 1993 uvádza päť členských štátov a Nórsko pre EMCDDA úmrtia súvisiace s GHB: Dánsko a Taliansko (jeden prípad každý štát), Fínsko a Nórsko (tri prípady každý štát) ako aj Švédsko a Spojené kráľovstvo (okolo 40 úmrtí súvisiacich s GHB).

V Amsterdame bol v roku 2005 uvádzaný počet 76 naliehavých prípadov, ktoré neskončili smrťou, kvôli užívaniu GHB, čo presiahlo, podobne ako v predchádzajúcich rokoch, zdravotne naliehavé prípady pripísateľné užívaniu halucinogénnych húb (70 prípadov), extázy (63 prípadov), amfetamínu (3 prípady) a LSD (1 prípad). V porovnaní s inými látkami veľký podiel prípadov

GHB (84 %) si vyžiadala prepravu do nemocnice. Žiadosti o informácie o GHB pre Národné informačné stredisko pre otravy v Holandsku sa zvýšili o 27 % (čo predstavovalo 241 z 1 383 podaných žiadostí) v roku 2005 v porovnaní s rokom 2004.

Znižovanie rizík

Reakcie na užívanie GHB sú najbežnejšie poskytované národnými projektmi alebo projektmi spoločenstiev zameranými na prostredia nočného života a obvykle pozostávajú zo školení zamestnancov klubov a šírenia informácií o rizikách užívania GHB (Nemecko, Francúzsko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo). Rady o bezpečnostných opatreniach, ktoré majú byť prijaté v prostrediach nočného života, aby sa zamedzilo „rezaniu“ nápojov a o opatreniach, ktoré sa majú prijať v prípade možného predávkovania, sú ústredné v šírení informácií o GHB. Tímy, ktoré poskytujú prvú pomoc pri problémoch s drogami a alkoholom, sa čoraz viac rozmiestňujú pri veľkých podujatiach, aby reagovali na incidenty zahŕňajúce GHB alebo na iné incidenty súvisiace s drogami.

Ketamín

Ketamín je v EÚ monitorovaný, odkedy sa v roku 2000 po prvýkrát objavili obavy z jeho zneužívania (EMCDDA, 2002). Na národnej úrovni ketamín podlieha legislatíve o regulovaných drogách (ktorá je opakom nariadení o liekoch) v takmer polovici členských štátov EÚ, vo Švédsku a v Spojenom kráľovstve bol ketamín uvádzaný ako omamná látka v roku 2005 a 2006. Nedávno sa v kritickom preskúmaní ketamínu vykonanom WHO konštatovalo, že medzinárodné kontroly by vytvorili problémy s dostupnosťou tejto látky na používanie v humánnej medicíne vo vzdialených oblastiach sveta a vo veterinárnom lekárstve, pretože neexistuje vhodná náhrada (WHO, 2006). Po tomto preskúmaní v marci 2007 návrh uznesenia Komisie

Nové psychoaktívne látky

Rozhodnutie Rady 2005/387/JHA z 10. mája 2005 o výmene informácií, hodnotení rizík a kontrole nových psychoaktívnych látok ustanovuje mechanizmus pre rýchlu výmenu informácií o nových psychoaktívnych látkach, ktoré môžu predstavovať hrozby pre verejné zdravie a sociálne hrozby. EMCDDA a Europol v úzkej spolupráci so svojimi sieťami – národnými kontaktnými miestami siete Reitox a národnými jednotkami Europolu – majú pridelenú centrálnu úlohu pri realizácii systému včasného varovania pre zisťovanie nových psychoaktívnych látok (1).

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

OSN o omamných drogách o reagovaní na hrozbu, ktorú predstavuje zneužívanie ketamínu, povzbudilo členské štáty k tomu, aby uvažovali o prijatí systému preventívnych opatrení, ktoré by použili ich vládne agentúry na uláhčenie včasného zistenia zneužívania ketamínu.

Existuje málo epidemiologických údajov o užívaní ketamínu, hoci nedávny prieskum na školách v Spojenom

kráľovstve uvádzal miery celoživotnej prevalencie menej ako 0,5 %. Niektoré údaje sú tiež dostupné z prieskumov vykonávaných v tanečných hudobných zariadeniach a v rôznych štúdiách o tejto vysoko rizikovej populácii sa uvádzali miery užívania ketamínu aspoň raz za život v rozsahu od 7 % v českej štúdii po 21 % v maďarskej štatistickej vzorke.



Kapitola 8

Infekčné choroby a úmrtia súvisiace s drogami

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Údaje, ktoré poskytli EMCDDA a Európske stredisko pre epidemiologické monitorovanie AIDS (EuroHIV, 2006), naznačujú, že do konca roku 2005 bol prenos HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (IDU) nízky vo väčšine krajín Európskej únie. Toto môže aspoň čiastočne vyplývať zo zvýšenej dostupnosti prevencie, liečby a opatrení na znížovanie škôd vrátane substitučnej liečby a programov pre injekčné ihly a striekačky, hoci iné faktory, napríklad pokles v injekčnom užívaní drog pozorovaný vo viacerých krajinách, môžu tiež hrať dôležitú úlohu. Vo viacerých krajinách a regiónoch EÚ je však pravdepodobné, že prenos HIV súvisiaci s IDU stále pretrvával v roku 2005 na relatívne vysokých úrovniach ⁽¹⁴⁰⁾, čo zvyrazňuje potrebu zabezpečiť pokrytie a účinnosť miestnej praxe prevencie.

Sledovanie infekčných chorôb súvisiacich s drogami medzi IDU v Európe sa v súčasnosti zameriava na HIV/AIDS a vírusovú hepatitídu (B a C). Pozostáva z dvoch komplementárnych systémov, oznamovania prípadov (alebo „oznámení“: absolútne počty nových hlásených/oznámených prípadov) a „monitorovania séroprevencie“ (alebo „sledovania príznakov“: percento pozitívne testovaných v štatistických vzorkách IDU) (obrázok 11) ⁽¹⁴¹⁾. Oba systémy sú pravdepodobne nedokonalé a krajiny sa líšia v dostupnosti údajov. Hoci údaje poskytnuté ktorýmkoľvek z týchto dvoch systémov by sa mali interpretovať opatrne, spoločne poskytujú kompletnejší obraz súčasných epidemiologických trendov.

Ukazovatele výskytu a prevalencie HIV

Oznamovanie prípadov HIV

Dôležitý ukazovateľ počtu (výskytu) nových infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog poskytujú správy o prípadoch novo diagnostikovaných infekcií HIV. Pri interpretovaní týchto údajov je potrebné mať na pamäti viacero faktorov: infikovaní IDU nemusia byť diagnostikovaní, ak nie sú v kontakte so zdravotnými službami; nové infekcie nemusia byť nutne

pripísané injekčnému užívaniu drog; a počet identifikovaných prípadov môže byť ovplyvnený rozdielmi v testovaní a uvádzaní mier medzi krajinami alebo v priebehu času.

Dostupné údaje naznačujú, že do roku 2005 vo väčšine krajín miery novej infekcie súvisiacej s IDU boli nízke. Námietkou k tejto analýze je, že vo viacerých krajinách s vysokou prevalenciou nie sú nové údaje o uvádzaní prípadov k dispozícii (Estónsko, Španielsko, Taliansko, Rakúsko). V 19 členských štátoch, z ktorých väčšina nikdy nezažila veľké epidémie HIV medzi IDU, miery uvádzaných prípadov súvisiacich s IDU zostávali v roku 2005 pod piatimi prípadmi na milión obyvateľov. Vyššie údaje udávané Írskom a Luxemburskom so 16 a 15 novými prípadmi na milión obyvateľov. V Portugalsku, ktoré uvádzalo najvyššiu mieru medzi krajinami, kde sú k dispozícii údaje súvisiace s IDU (85 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2005), sa zdá byť súčasná situácia stabilizovaná po poklese medzi rokmi 2000 a 2003 ⁽¹⁴²⁾. V Lotyšsku, Litve a pravdepodobne aj v Estónsku miery uvádzaných nových infekcií súvisiacich s IDU silno poklesli od epidemických vrcholov v období 2001 – 2002, hoci sú stále ešte vysoké v porovnaní s väčšinou iných krajín. V Lotyšsku poklesla miera z 283 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2001 na 49 na milión obyvateľov v roku 2005. V Litve, po vypuknutí medzi väzňami, za vrcholom, ktorý sa pozoroval v roku 2002 (109 na milión obyvateľov), nasledoval pokles na 25 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2005. Hoci existoval silný pokles v infekcii HIV v Estónsku, táto krajina stále uvádza najvyššiu mieru infekcií HIV v EÚ. A hoci pre Estónsko nie sú dostupné údaje špecifické pre IDU, je pravdepodobné, že injekčné užívanie drog zostáva hlavnou prenosovou cestou pre HIV v tejto krajine.

Prevalencia HIV medzi mladými a novými IDU

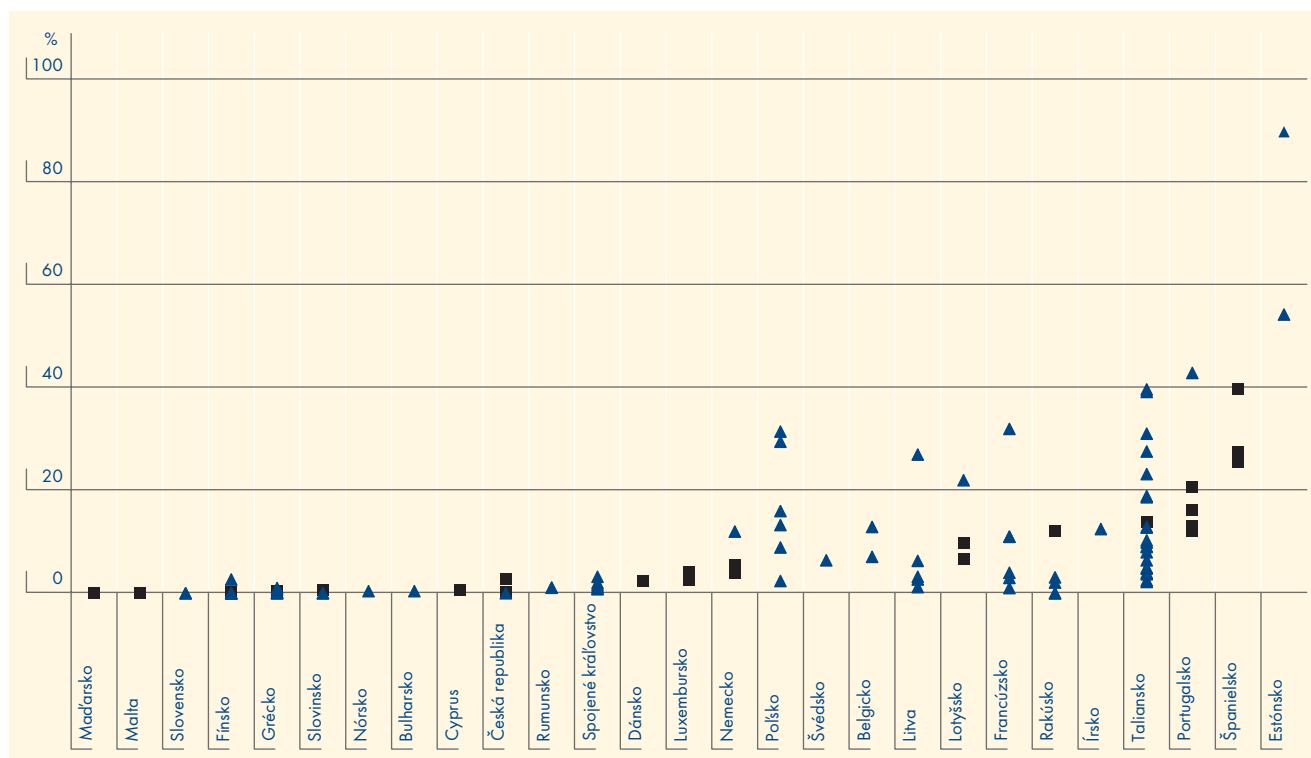
Závery odvodené z dostupných údajov o hlásení prípadov možno podporiť analyzovaním úrovni infekcie HIV v štatistických vzorkách nových IDU (tých, ktorí injekčne užívajú drogy kratšie ako 2 roky) a mladých IDU (pod 25 rokov). Pretože je pravdepodobné, že infekcie v týchto

⁽¹⁴⁰⁾ Pozri obrázok INF-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Niektoré štúdie prevalencie v tejto oblasti sú malej miery: v tejto časti sa uvádzajú iba štatistické vzorky väčšie ako 50 ľudí a štatisticky významné ($p < 0,05$) časové trendy.

⁽¹⁴²⁾ Zvýšenia v roku 2004 (prípady HIV) a 2005 (prípady AIDS) v Portugalsku môžu byť kvôli zvýšenej pozornosti a poskytovaniu správ odborníkmi, ktoré nasledovali po diskusiách týkajúcich sa zmeny na povinné poskytovanie správ o HIV v roku 2005.

Obrázok 11: Odhady z národných a regionálnych štúdií prevalencie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, 2004 – 2005



Poznámka: Čierny štvorec = štatistická vzorka s celoštátnym pokrytím; modrý trojuholník = štatistická vzorka s regionálnym pokrytím (vrátane miestneho alebo regionálneho pokrytia).
 Odhady pre Španielsko a Švédsko zahŕňajú údaje pre rok 2006; údaje pre Írsko a Lotyšsko sú z roku 2003; údaje pre Slovensko sú z rokov 2003/2004. Krajiny sú uvedené v poradí podľa stúpajúcej prevalencie, na základe priemeru celoštátnych údajov alebo ak nie sú dostupné, na základe regionálnych údajov.
 Porovnávanie medzi krajinami sa musia interpretovať opatrne kvôli rôznym typom prostredia a metódam štúdií; celoštátne stratégie vzorkovania sa líšia – ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku INF-3 v štatistickej ročenke 2007. Všetky uvádzané veľkosti štatistických vzoriek sú väčšie ako 50.
Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox. Prvotné zdroje, podrobnosti o štúdiách a údaje pred rokom 2004 sa nachádzajú v tabuľke INF-8 časť (i) a časť (ii) a v tabuľke INF-0 časť (i) v štatistickej ročenke 2007.

skupinách boli získané nedávno, tieto údaje poskytujú náhradné ukazovatele výskytu HIV. V týchto podskupinách (ktoré sa nachádzajú v štúdiách prevalencie uvedených nižšie) vysoká úroveň infekcie HIV (viac ako 5 % v období 2004 – 2005) podporuje náznaky nedávneho vysokého výskytu medzi IDU v Portugalsku (údaje sú celoštátne), Litve a Estónsku (údaje sú regionálne alebo na úrovni miest) a naznačuje, že tomu tak je aj v každom treťom meste uvádzanom v Poľsku⁽¹⁴³⁾. Je potrebné mať na pamäti, že veľkosť týchto čiastkových štatistických vzoriek je vo všeobecnosti malá a že údaje o séroprevalecii HIV u mladých a nových IDU nie sú z niektorých krajín k dispozícii.

Trendy v prevalencii HIV

Narastajúce prevalence HIV v opakovaných štatistických vzorkách IDU môžu tiež naznačovať pokračujúce infekcie – hoci pokles v úmrtnosti infikovaných IDU alebo klesajúce počty neinfikovaných IDU môžu byť dôležitými údajmi, ktoré to vyvracajú. Vúčšina časových postupností pre EÚ ukazuje stabilnú prevaleciu, čo naznačuje, že počty umierajúcich infikovaných IDU sú vyrovnané počtami IDU, ktorí boli infikovaní HIV. Napriek tomu sa v niektorých časových

štúdiách pozorovali od roku 2001 geograficky rozptýlené zvýšenia prevalence v deviatich krajinách, hoci často spolu so stabilnými alebo klesajúcimi trendmi v iných regiónoch to sťažuje zisťovanie celkových trendov. Tieto krajiny opäť zahŕňajú Lotyšsko (celoštátne zvýšenie) a Litvu (zvýšenie v jednom meste), ale aj Rakúsko (celoštátne zvýšenie), Spojené kráľovstvo (zvýšenie v Anglicku a Walese, ale stále na nízkej úrovni), ako aj niektoré krajiny, kde je prevalecia stále veľmi nízka (menej ako 1 %). Celkove tieto zvýšenia na miestnej alebo celoštátnej úrovni v prevalencii HIV naznačujú, že sebauspokojenie týkajúce sa poskytovania preventívnych opatrení pre IDU, nie je namieste.

Naopak, klesajúca prevalecia je uvádzaná z Grécka (na celoštátnej úrovni a v jednom regióne), Španielska (na celoštátnej úrovni a v jednom regióne) a Fínska (celoštátne). Okrem toho trvalo nízka prevalecia sa uvádza od roku 2001 (menej ako 1 % vo všetkých dostupných údajoch) v štyroch krajinách, z ktorých všetky sú novými členskými štátmi: Bulharsko (Sofia, ale prevalecia sa zvyšuje), Maďarsko (celoštátne), Slovinsko (dve mestá, ale sa zvyšuje) a Slovensko (dve mestá).

⁽¹⁴³⁾ Pozri tabuľky INF-9 a INF-10 v štatistickej ročenke 2007. Vo výročnej správe sa uvádzajú iba štatistické vzorky vo veľkosti 50 a väčšie.

Celkove medzi viac ako deväťdesiatimi časovými postupnosťami opakovaných meraní prevalencie HIV v štatistických vzorkách IDU, ktoré pokrývali 22 členských štátov EÚ plus Nórsko v období 2001 – 2005, viac regiónov ukazuje klesajúci trend ako stúpajúci trend. Údaje naznačujú, najmä v oblastiach, kde bola prevalencia vysoká, že zaťaženie infekciou u IDU teraz pravdepodobne klesá a že možno politiky prevencie a znižovania škôd ukazujú svoj účinok ⁽¹⁴⁴⁾.

Odhad EÚ

Z dostupných správ o prípadoch, údajov o séroprevalencii a odhadov počtu IDU a problémových užívateľov drog (pozri kapitolu 6) sa odhaduje, že v EÚ môže byť približne 100 000 až 200 000 ľudí, ktorí majú HIV a ktorí boli niekedy počas svojho života injekčnými užívateľmi drog. Počet novo diagnostikovaných prípadov HIV medzi injekčnými užívateľmi drog sa v súčasnosti v EÚ odhaduje asi na 3 500 ročne.

Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

Keďže vysoko aktívna antiretrovírusová liečba (HAART), ktorá je dostupná od roku 1996, účinne zastavuje rozvoj infekcie HIV na AIDS, údaje o výskyte AIDS sa preto ako ukazovateľ prenosu HIV stali menej užitočnými. WHO odhaduje, že úrovne pokrytia HAART v členských štátoch EÚ, kandidátskych krajinách a Nórsku sú vysoké, pričom všetky uvádzajú minimálne 75 % pokrytie ⁽¹⁴⁵⁾, hoci špecifické údaje pre IDU nie sú k dispozícii. Údaje o výskyte AIDS zostávajú dôležité, pretože udávajú úroveň symptomatického ochorenia a zavedenia a dostupnosti HAART.

Portugalsko zostáva krajinou s vysokou úrovňou výskytu AIDS súvisiaceho s IDU a je jedinou krajinou, ktorá zaznamenala nedávne zvýšenie, s odhadovanými 36 novými prípadmi na milión obyvateľov v roku 2005 v porovnaní s 30 prípadmi na milión obyvateľov v roku 2004. Okrem toho celková úmrtnosť na AIDS (ktorá s najväčšou pravdepodobnosťou súvisí najmä s injekčným užívaním drog) neklesla medzi rokmi 1997 a 2002, čo naznačuje, že prístup k HAART bol asi počas tohto obdobia nízky ⁽¹⁴⁶⁾. Z pobaltských krajín Lotyšsko zaznamenáva pokles vo výskyte AIDS, s 23 novými prípadmi na milión obyvateľov v roku 2005, čo je pokles z vrcholu 26 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2004, kým Estónsko v roku 2005 neposkytlo údaje špecifické pre IDU, ale uvádzalo zvýšenie medzi rokom 2003 a 2004 (zo štyroch na 13 prípadov na milión obyvateľov) ⁽¹⁴⁷⁾.

Infekcie hepatitídy B a C

Zatiaľ čo infekcia HIV u IDU v EÚ sa sústreďuje najmä v niekoľkých krajinách s vysokou prevalenciou, vírusová hepatitída a najmä infekcia spôsobená vírusom hepatitídy C (HCV) je oveľa rovnomernejšie rozložená a oveľa viac prevládajúca.

Úrovne protilátok HCV nad 60 % medzi štatistickými vzorkami IDU testovanými v období 2004 – 2005 sú uvádzané v 60 štúdiách zo 17 krajín (šesť krajín z 28 neuviedlo žiadne údaje) ⁽¹⁴⁸⁾. Medzi mladými IDU (mladšími ako 25 rokov) sa v týchto štatistických vzorkách zistila vysoká prevalencia (viac ako 40 % aspoň v jednej vzorke) v siedmich krajinách, a v Poľsku a Spojenom kráľovstve medzi novými IDU, pre ktorých nie sú k dispozícii údaje z mnohých krajín ⁽¹⁴⁹⁾. Iba päť krajín uviedlo štúdie, kde bola prevalencia nižšia ako 25 %.

Z dostupných údajov a odhadov počtu IDU a problémových užívateľov drog (pozri kapitolu 6) možno vypočítať, že môže existovať asi jeden milión ľudí, ktorí žijú v EÚ s infekciou HCV a ktorí boli niekedy počas života injekčnými užívateľmi drog.

Prevalencia markerov infekcie HBV kolíše vo väčšej miere ako prevalencia markerov HCV, pravdepodobne kvôli rozdielom v úrovniach vakcinácie. Najúplnejší dostupný súbor údajov je pre protilátku hlavného antigénu hepatitídy (anti-HBc), čo naznačuje históriu infekcie. V období 2004 – 2005 boli miery prevalencie nad 40 % uvádzané zo šiestich krajín.

Časové trendy v oznámených prípadoch hepatitídy B a C ukazujú rozdielne obrazy. V prípade hepatitídy B sa zdá, že podiel IDU medzi všetkými oznámenými prípadmi vo všeobecnosti klesá, čo možno odráža narastajúci vplyv programov vakcinácie. Nie je viditeľný žiadny všeobecný trend v podiele IDU medzi oznámenými prípadmi infekcie hepatitídy C ⁽¹⁵⁰⁾; tento podiel sa však veľmi líši medzi jednotlivými krajinami, čo naznačuje, že existujú rozdiely medzi prenosom hepatitídy C. Pochopenie faktorov, ktoré zodpovedajú za rozdiely medzi krajinami v mierach infekcie, je pravdepodobne dôležité pre navrhovanie lepších stratégií prevencie a znižovania škôd v tejto oblasti.

Prevencia infekčných chorôb

Posledné desaťročie bolo svedkom zhody, ktorá sa objavila na európskej úrovni v kľúčových prvkoch potrebných pre účinnú reakciu na infekčné choroby medzi injekčnými užívateľmi drog. V Európe sú viaczožkové preventívne

⁽¹⁴⁴⁾ Pozri tabuľky INF-8, INF-9 a INF-10 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Pozri obrázok INF-14 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugalská národná koordinácia pre infekciu HIV/AIDS, Ministerstvo zdravotníctva 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Pozri obrázok INF-1 v štatistickej ročenke 2007. Údaje pre dva posledné roky sú odhadmi upravenými kvôli oneskoreniu v poskytovaní správ, preto podliehajú časovým zmenám (zdroj EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Pozri tabuľky INF-11, INF-12 a INF-13 v štatistickej ročenke 2007. Vo výročnej správe sa uvádzajú iba štatistické vzorky veľkosti 50 a väčšie.

⁽¹⁴⁹⁾ Pozri obrázok INF-6 (časť vii) v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁵⁰⁾ Pozri obrázky INF-8 a INF-11 v štatistickej ročenke 2007.

Dobré zdravie vo väzniciach je dobrým verejným zdravím

Medzi najväčšie výzvy v oblasti verejného zdravia v posledných dvoch desaťročiach patrí návrat prenosných chorôb, ako je tuberkulóza, objavenie sa a rýchle šírenie HIV/AIDS, a zdanlivo nekontrolovateľná pandémia problémového užívania psychotropných drog. Najzraniteľnejšie časti populácie trpia nerovnomerne týmito podmienkami. Najmä medzi väzenskými populáciami sú drogové problémy často bežné a úrovne infekčných chorôb sú relatívne vysoké. Okrem toho užívanie drog často pokračuje alebo je niekedy iniciované vo väznici a v tomto zariadení môže byť vysokorizikové správanie bežné. Väznice majú preto potenciál viesť k zvýšeným úrovňam infekčných chorôb, ktoré potenciálne ohrozujú život, ale môžu poskytovať aj príležitosť na zásah v osobitne dôležitej cieľovej skupine.

Okrem niekoľkých výnimiek (Francúzsko, Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales), Nórsko) je zdravie vo väzniciach všeobecne súčasťou systému súdnictva alebo bezpečnosti a nie zdravotníctva, čím vzniká riziko, že dôjde k izolovaniu zdravia vo väzniciach od bežných prístupov verejného zdravia a vyvoláva otázky o nezávislosti, kvalite, prístupnosti a úrovni poskytovaných zdravotných služieb.

Zlý zdravotný stav väzňov môže mať dôsledky pre zdravie širšej verejnosti, keď sú užívatelia drog prepustení a obnovia kontakt so svojimi rodinami a inými v spoločenstve. Preto zistenie závažných prenosných chorôb, napríklad infekcie HIV a tuberkulózy, ktoré sú sprevádzané neprimeranou liečbou a opatreniami na zníženie škôd, môže významne prispieť k zdravotnému stavu spoločenstiev, z ktorých prispievajú a do ktorých sa vracajú. Pre tých, ktorí sú závislí od drog, môžu programy liečby vo väznici poskytnúť príležitosť, ktorá môže byť prospešná nielen pre zdravie jednotlivca, ale môže tiež znížiť pravdepodobnosť porušovania zákonov v budúcnosti.

Aby sa zvýšili naše poznatky o zdravotnej situácii vo väzniciach a o špecifických reakciách, program Európskej komisie s názvom Verejné zdravie nadväzuje na projekt Zdravie vo väzniciach Regionálneho úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu na vytvorenie databázy pre zhromažďovanie príslušných ukazovateľov zdravia vo väzniciach a iných rozhodujúcich činiteľov pre zdravie. EMCDDA je zapojená do spoločného vývoja databázy spolu s WHO Európa a európskou sieťou pre prevenciu drog a infekcií vo väzniciach (ENDIPP) (1).

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

reakcie dobre zavedené – môžu zahŕňať: prístup k primeranej protidrogovej liečbe, najmä substitučnej liečbe; programy poskytovania injekčných ihliel a striekačiek; informácie a distribúciu materiálov o prevencii; vzdelávanie, vrátane

vzdelávania rovesníkov, ako znižovať riziká; dobrovoľné poradenstvo a testovanie infekčných chorôb; vakcináciu a liečbu infekčných chorôb.

Bez ohľadu na rovnováhu týchto prvkov v rôznych národných politikách, existuje jasná dohoda, že koordinovaný a komplexný prístup k verejnemu zdraviu je veľmi dôležitý, aby sa znížilo šírenie infekčných chorôb medzi užívateľmi drog.

Aby sa riešil problém nediagnostikovanej infekcie HIV, v tomto roku bolo uverejnené nové usmernenie (WHO/UNAIDS, 2007). Bol navrhnutý aktívnejší prístup poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k odporúčaniu testovania na HIV a poradenstvu, najmä v zariadeniach zameraných na najrizikovejšie populácie, napríklad injekčných užívateľov drog, aby sa dosiahlo zvýšené dobrovoľné pochopenie testovania HIV. Posolstvo, ktoré sa objavuje v práci EMCDDA o tejto téme, je, že pravidelné dobrovoľné lekárske prehliadky, vrátane testovania a poradenstva pre HIV a iné infekcie, sú zvlášť vhodnou službou ponúkanou injekčným užívateľom drog.

Pre prevenciu hepatitídy A a B hrá dôležitú úlohu vakcinácia. Niektoré krajiny poskytujú vakcináciu proti hepatitíde B na úrovni populácie, kým iné sa zameriavajú na tých, ktorí sa považujú za zvlášť rizikových. V Nórsku sa vakcinácia proti hepatitíde A a B zvýšila po epidemických vypuknutiach týchto infekcií pečene, ktoré ukázali, že injekčné užívanie drog sa rozšírilo na menšie mestá.

Vysoká prevalencia infekcie hepatitídy C medzi injekčnými užívateľmi veľmi zdôrazňuje potrebu vyvinúť účinnejšie reakcie na túto chorobu, pre ktorú vakcinácia nie je možnosťou. Viacero krajín má špecifické programy zamerané na prevenciu hepatitídy C a v tejto oblasti sa rozvíja zaujímavá práca, napríklad kampaň „zastavte hepatitídu C“, ktorá beží v Oslo od roku 2003, sa zameriava na dosiahnutie užívateľov drog skôr, ako si začnú drogy vpichovať alebo kým tento spôsob je pre nich ešte stále nový.

Protidrogová liečba a služby na znižovanie škôd tiež potrebujú vyvinúť reakcie na riziká predstavované sexuálnym správaním ich klientov. Okrem vpichovania drog môžu byť užívatelia drog vystavení aj zvýšenému riziku infekcie HIV kvôli ich sexuálnemu správaniu – buď kvôli zhoršenému rozhodovaniu, súvislosti niektorých drog s vysoko rizikovým sexuálnym správaním alebo prostredníctvom zapojenia do sexuálnej práce alebo sexu výmenou za drogy. Užívatelky drog môžu byť zvlášť zraniteľné, hoci existujú aj obavy z interakcie medzi užívaním drog a vysoko rizikovým sexuálnym správaním medzi niektorými skupinami mužov, ktorí majú sex s mužmi. Okrem HIV môžu byť užívatelia drog vystavení vyššiemu riziku získania iných sexuálne prenášaných chorôb (STD), a služby protidrogovej liečby

môžu hrať dôležitú úlohu pri diagnostikovaní nezistených STD. Napríklad nedávna maltská štúdia hovorí o nezistených infekciách ľudským papilomavírusom medzi ženami vyšetrovanými v ambulantnej stanici.

Programy pre injekčné ihly a striekačky

Integrácia plánov výmeny alebo distribúcie injekčných ihiel a striekačiek v rámci služieb poskytovaných protidrogovými agentúrami a kombinovaná ponuka poradenstva o rizikách a poradenských služieb, ako aj odporúčanie užívateľov drog na liečbu sú bežné v EÚ. Programy pre injekčné ihly a striekačky (NSP) boli označené ako prioritné opatrenie na riešenie šírenia infekčných chorôb medzi injekčnými užívateľmi drog v troch zo štyroch krajín EÚ a v Nórsku⁽¹⁵¹⁾. Poskytovanie čistých injekčných ihiel a striekačiek uvádzajú všetky krajiny s výnimkou Cypru, kde bolo toto opatrenie v roku 2006 odporúčané skupinou expertov, aby sa obmedzilo možné zvýšenie infekcií súvisiacich s injekčným užívaním. Distribúcia inej sterilnej výbavy, napríklad alkoholových a suchých tampónov, vody, filtrov a varičov spolu s čistými injekčnými striekačkami sa stáva všeobecným prístupom medzi poskytovateľmi služieb. Zatiaľ čo distribúcia sterilného injekčného materiálu prostredníctvom NSP sa už všeobecne nepovažuje za kontroverznú otázku, nie všetky krajiny uprednostňujú tieto programy a niektoré považujú predaj v lekárňach za úplne postačujúci.

Charakter a rozsah poskytovania sterilného injekčného materiálu sa medzi krajinami líši. Vo všeobecnosti sa predajne, ktoré poskytujú injekčné striekačky, nachádzajú v špecializovaných protidrogových agentúrach a okrem troch krajín je tento typ poskytovania doplnený mobilnými službami, ktoré môžu dosiahnuť skupiny injekčných užívateľov drog v marginalizovanom prostredí. Automaty na predaj injekčných striekačiek dopĺňajú dostupné služby NSP v desiatich krajinách⁽¹⁵²⁾, ale údaje o obrate sú zriedkavé a výskum o účinnosti tohto typu poskytovania chýba. Luxembursko sa teraz pripojilo k Španielsku a Nemecku medzi tými niekoľkými krajinami, ktoré ponúkajú výmenu injekčných ihiel a striekačiek vo väzniciach; hoci poskytovanie v Nemecku je obmedzené na jednu väznicu v Berlíne.

Široko rozšírená dostupnosť lekární v obciach znamená, že programy výmeny injekčných striekačiek riadené prostredníctvom lekární môžu významne zlepšiť geografickú dostupnosť injekčných striekačiek a preto dopĺňajú poskytovanie špecializovanými agentúrami. Napríklad v Škótsku bolo v roku 2004 distribuovaných 1,7 milióna injekčných striekačiek cez sieť 116 zúčastnených lekární a v Portugalsku sa viac ako 1 300 lekární zúčastnilo

na programe a distribuovalo 1,4 milióna injekčných striekačiek⁽¹⁵³⁾. Oficiálne organizované programy výmeny a distribúcie injekčných striekačiek založené na lekárňach sa uvádzali v ôsmich európskych krajinách (Belgicku, Dánsku, Španielsku, Francúzsku, Holandsku, Portugalsku, Slovinsku, Spojenom kráľovstve).

V krajinách, kde lekárne predstavujú pre užívateľov drog bežný zdroj na získanie svojej injekčnej výbavy, môžu hrať dôležitejšiu úlohu pri poskytovaní iných opatrení na podporu zdravia, pre užívateľov drog, vrátane šírenia informácií o rizikách infekčných chorôb súvisiacich so sexom a injekčným užívaním drog, testovania a poradenských služieb a odporúčania na liečbu. V súčasnosti je práca na motivovanie lekárníkov, aby sa zapojili do programov pre injekčné striekačky a na podporu tých, ktorí sú zapojení, uvádzaná iba vo Francúzsku, Portugalsku a Spojeným kráľovstvom.

Geografické pokrytie NSP a poskytovanie injekčného materiálu cez ne sa medzi krajinami veľmi líši. Čoraz väčší počet krajín má však celoštátne siete NSP. Krajinami, ktoré uvádzali dobré celoštátne pokrytie NSP, sú: Luxembursko a Malta, dve malé krajiny; Taliansko, kde NSP sú obvykle alebo často realizované v asi 70 % všetkých miestnych zdravotníckych obvodov; Česká republika, kde sú dostupné vo všetkých 77 okresoch a v hlavnom meste Prahe; a Fínsko, kde legislatíva zaväzuje miestne samosprávy, aby poskytovali príslušné služby na prevenciu infekčných chorôb vrátane NSP. Portugalsko odhaduje, že NSP založené na lekárňach a terénne NSP pokrývajú asi 50 % územia a v Dánsku desať z 13 grófstiev realizuje NSP. Všetky rakúske mestá s významným dejiskom užívania drog majú aspoň jednu predajňu injekčných ihiel a striekačiek a v Bulharsku sú služby dostupné v desiatich mestách s relatívne vysokými úrovňami problémového užívania drog. V Estónsku sa v roku 2005 odhadovalo, že 37 % IDU bolo v kontakte s NSP, kým na Slovensku a v Rumunsku sa odhadovalo, že pokrytie cieľových skupín je značne nižšie (20 % a 10 – 15 %).

Medzi rokmi 2003 a 2005 viacero krajín uvádzalo zvýšenia celkového počtu injekčných striekačiek vymenených alebo distribuovaných cez NSP (Bulharsko, Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Rakúsko, Slovensko, Fínsko)⁽¹⁵⁴⁾.

Špecializované agentúry, ktoré zabezpečujú programy pre injekčné ihly a striekačky, môžu mať iné dôležité úlohy týkajúce sa verejného zdravia, napríklad hodnotenie a zvyšovanie povedomia o rizikovanom správaní medzi klientmi, ich motivovanie, aby sa dali vyšetriť a vakcinovať, ako aj poskytovanie cesty k primárnej zdravotnej starostlivosti

⁽¹⁵¹⁾ Pozri obrázok 11 vo výročnej správe 2006.

⁽¹⁵²⁾ Pozri tabuľku HSR-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁵³⁾ Pozri tabuľku HSR-4 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁵⁴⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2007.

a protidrogovej liečbe. Zatiaľ čo miera, do akej tieto agentúry poskytujú tieto služby, nie je jasná, potrebu rozvíjania tohto typu služieb zdôrazňujú zistenia celoštátneho auditu, ktorý sa nedávno vykonal v Anglicku. V správe z tohto auditu sa zistilo, že úrovne povedomia o infekčných chorobách medzi klientmi sú veľmi nízke a že agentúry by mohli aktívnejšie ponúkať poradenstvo, vyšetrovanie a vakcináciu.

Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami

Úmrtia súvisiace s drogami

Definícia EMCDDA úmrtí súvisiacich s drogami sa vzťahuje na tie úmrtia, ktoré sú priamo spôsobené konzumáciou jednej alebo viacerých drog. Vo všeobecnosti úmrtia súvisiace s drogami nastanú krátko po konzumácii látky (látok). Iné výrazy používané na opis týchto úmrtí zahŕňajú „predávkovania“, „otravy“, „úmrtia vyvolané drogami“ a „akútne drogové úmrtia“⁽¹⁵⁵⁾. Počet úmrtí súvisiacich s drogami v spoločnosti závisí od počtu ľudí, ktorí užívajú drogy súvisiace s predávkovaním (najmä opiáty). Iné faktory, ktoré budú tiež dôležité, sú: podiel injekčných užívateľov, prevalencia užívania viacerých drog, dostupnosť a politika liečebných služieb a služieb rýchlej zdravotnej pomoci.

Hoci porovnateľnosť európskych údajov sa v posledných rokoch zlepšila, rozdiely v kvalite poskytovania správ medzi krajinami stále znamenajú, že priame porovnania by sa mali robiť s opatrnosťou. Miera úmrtí súvisiacich s drogami sa môže vyjadriť na základe počtu hlásených prípadov, podľa početnosti populácie alebo proporcionálnou úmrtnosťou. Hoci medzi krajinami existujú rozdiely v kvalite poskytovania správ, ak sa v priebehu času metódy nezmenia, môžu sa pozorovať trendy v počtoch a charakteristikách prípadov predávkovania.

Medzi rokmi 1990 a 2004 členské štáty EÚ uvádzali od 6 500 po viac ako 9 000 úmrtí, čo znamená viac ako 122 000 úmrtí počas tohto obdobia. Tieto údaje by sa mali považovať za minimálny odhad⁽¹⁵⁶⁾.

Úmrtnosť populácie kvôli úmrtiam súvisiacim s drogami sa medzi krajinami veľmi líši, keď sa pohybuje od 3 – 5⁽¹⁵⁷⁾ po viac ako 50 úmrtí na milión obyvateľov (priemer 18,3), pričom miery preyšujúce 20 na milión obyvateľov sa zistili v 11 európskych krajinách. Medzi mužmi vo veku

15 – 39 rokov sú miery úmrtnosti obvykle trikrát vyššie (v priemere 61 úmrtí na milión obyvateľov). V rokoch 2004 – 2005 úmrtia súvisiace s drogami predstavovali 4 % všetkých úmrtí medzi Európanmi vo veku 15 – 39 rokov a viac ako 7 % v deviatich krajinách⁽¹⁵⁸⁾.

Okrem predávkovania zomierajú užívatelia drog kvôli príčinám, ktoré nepriamo súvisia s užívaním drog. Napríklad úmrtia na AIDS, ktoré súvisia s injekčným užívaním drog, predstavovali v roku 2003 takmer 1 400 úmrtí (EuroHIV, 2006)⁽¹⁵⁹⁾, hoci toto je možno podhodnotený odhad. Počet úmrtí kvôli iným príčinám, ktoré nepriamo súvisia s užívaním drog (napr. hepatitída, násilie, spáchanie samovraždy alebo nehody) sa hodnotia ťažšie. Odhaduje sa, že prinajmenšom v niektorých európskych mestách sa môže 10 – 20 % úmrtnosti medzi mladými dospelými pripísať užívaniu opiátov, či už priamo alebo nepriamo (Bargagli a kol., 2006) (pozri nižšie). Úmrtnosť súvisiaca s inými formami užívania drog (napr. kokaínu) by sa pripočítala k tomuto údaju, ale sa ťažšie kvantifikuje.

Stanovenie celkovej úrovne úmrtnosti vyplývajúcej z problémového užívania drog na národnej alebo európskej úrovni si bude vyžadovať pokrok v zhromažďovaní údajov a analýze. Pokus o takýto postup v celoštátnom meradle je uvádzaný v holandskej národnej správe. Extrapolovaním údajov z miestnej štúdie sa odhadla miera úmrtnosti, priamo alebo nepriamo spôsobená problémovým užívaním drog, berúc do úvahy regionálne rozdiely. Hoci je potrebná ďalšia metodická práca, tento typ štúdie, okrem zisťovania miery úmrtí nepriamo súvisiacich úmrtí s predávkovaním, má potenciál prekonať možné podhodnotenie počtu úmrtí spôsobených predávkovaním.

Akútne úmrtia súvisiace s opiátmi

Úmrtia súvisiace s heroínom⁽¹⁶⁰⁾

Predávkovanie opiátmi je jednou z hlavných príčin úmrtia medzi mladými ľuďmi v Európe, najmä medzi mužmi v mestských oblastiach. Opiáty sú prítomné vo väčšine prípadov akútnych úmrtí súvisiacich s drogami kvôli nelegálnym látkam uvádzaných v EÚ a predstavujú 46 % až 100 % (obrázok 12), najmä heroín alebo jeho metabolity. V Európe väčšina úmrtí súvisiacich s opiátmi sa vzťahuje na heroín, ale často sú identifikované aj iné látky, ktoré možno hrali úlohu, najmä alkohol, benzodiazepíny alebo iné opiáty

⁽¹⁵⁵⁾ Väčšina národných definícií prípadov je rovnaká alebo podobná ako definícia EMCDDA, hoci niektoré krajiny stále zahŕňajú prípady spôsobené liekmi pôsobiacimi na psychiku alebo úmrtia, ktoré nesúvisia s predávkovaním, všeobecne ako obmedzený podiel (pozri metodickú poznámku „Prehľad úmrtí súvisiacich s drogami: definície a metodické otázky“ v štatistickej ročenke 2007 a „Štandardný protokol DRD, verzia 3.1“).

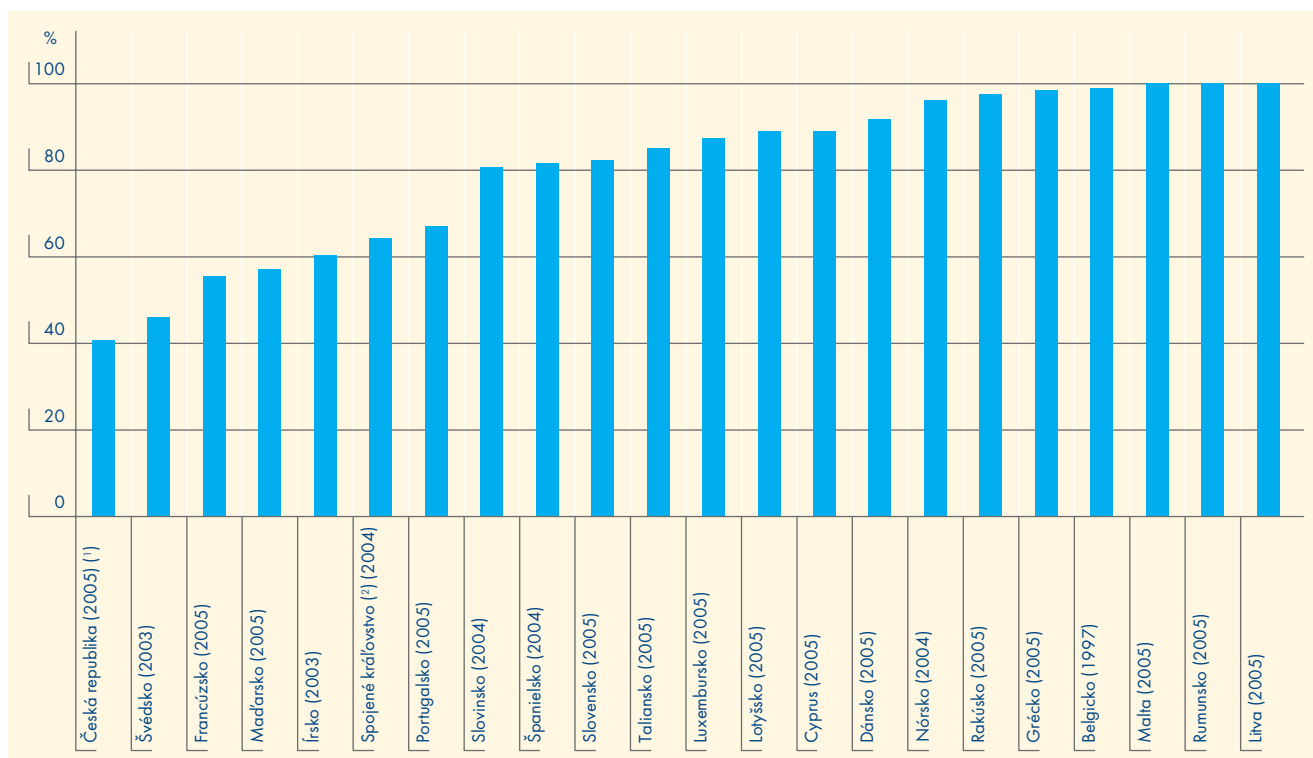
⁽¹⁵⁶⁾ Pozri tabuľky DRD-2 (časť i), DRD-3 a DRD-4 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ Vo Francúzsku bola v roku 2005 miera 0,9 na milión, čo môže znamenať určité podhodnotenie, je však potrebné si všimnúť, že v roku 1994 bola asi desaťkrát vyššia, keď úmrtia súvisiace s predávkovaním začali klesať.

⁽¹⁵⁸⁾ Pozri tabuľku DRD-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁵⁹⁾ Všimnite si, že údaj sa vzťahuje na západnú a centrálnu oblasť WHO Európa, ktorá zahŕňa niektoré krajiny, ktoré nie sú členmi EÚ a celkové úmrtia pre Estónsko, Lotyšsko a Litvu (východná oblasť).

⁽¹⁶⁰⁾ Keďže väčšina prípadov nahlásených EMCDDA sú predávkovania opiátmi, na opis opiátových prípadov sa používajú všeobecné charakteristiky akútnych úmrtí súvisiacich s drogami.

Obrázok 12: Podiel akútnych úmrtí súvisiacich s drogami, ktoré ukazujú prítomnosť opiátov

(1) Pre Českú republiku sa použila definícia akútneho úmrtia súvisiaceho s drogami výberu D EMCDDA namiesto národnej definície. Národná definícia zahŕňa otravu psychoaktívnymi liekmi, ktoré predstavujú väčšinu prípadov (156 prípadov z 218).

(2) Definícia Národného štatistického úradu.

Poznámka: V niektorých krajinách „národné definície“ úmrtia súvisiaceho s drogami zahŕňajú obmedzený počet prípadov úmrtí, ktoré nepriamo súvisia s užívaním drog. Údaje za rok 2005 alebo posledný rok, pre ktorý sú údaje k dispozícii. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke DRD-1 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2006) prevzaté z celoštátnych registrov úmrtnosti alebo zo špeciálnych registrov.

a v niektorých krajinách kokaín. Dobrovoľné zhromažďovanie údajov o látkach podieľajúcich sa na úmrtiach súvisiacich s drogami, na ktorom sa zúčastnilo v roku 2006 deväť krajín (161), potvrdilo, že pri predávkovaní opiátmi sa obvykle spomína viac ako jedna droga (60 – 90 % prípadov) a môžu byť považované za „úmrtia súvisiace s viacerými drogami“.

Muži predstavujú väčšinu úmrtí súvisiacich s predávkovaním opiátmi (59 – 100 %), pričom najvyššie podiely žien sa vyskytovali v Českej republike, Poľsku a na Slovensku a najnižšie v Taliansku, Litve a Luxembursku. K väčšine úmrtí spôsobených predávkovaním dochádza vo veku medzi 20 a 40 rokov, pričom priemerný vek je vo väčšine krajín v polovici tridsiatky (162). Priemerný vek pri úmrtí spôsobenom predávkovaním je najnižší v Bulharsku, Estónsku, Lotyšsku a Rumunsku a najvyšší v Poľsku, Fínsku a Spojenom kráľovstve. Existuje veľmi málo uvádzaných úmrtí spôsobených predávkovaním medzi ľuďmi v nižšom veku ako 15 rokov, hoci úmrtia súvisiace s drogami v tejto vekovej skupine môžu byť podhodnotené. Hoci niektoré úmrtia súvisiace s drogami sú zaznamenané medzi ľuďmi

vo veku nad 65 rokov, iba sedem krajín uvádza viac ako 5 % prípadov v tejto vekovej skupine. Vo viacerých členských štátoch, ktoré vstúpili do EÚ od roku 2004, môže pomerne nízky priemerný vek pri úmrtí a vysoký podiel úmrtí spôsobených predávkovaním medzi tými, ktorí sú mladší ako 25 rokov, signalizovať mladšiu populáciu, ktorá užíva heroín v týchto krajinách (163).

V mnohých členských štátoch sa vek pri úmrtiach spôsobených predávkovaním zvyšuje, čo naznačuje zníženie výskytu užívania heroínu medzi mladými ľuďmi. Tento trend je bežný medzi členskými štátmi EU-15, hoci v nedávnych rokoch sa v Rakúsku a Luxembursku pozorovalo zníženie. V ostatných členských štátoch je tento trend menej jasný a malé počty prípadov sťažujú interpretovanie údajov (164).

Úmrtia súvisiace s metadónom a buprenorfinom

Hoci výskum ukazuje, že substitučná liečba znižuje riziko smrteľného predávkovania, každý rok sa uvádzajú nejaké úmrtia súvisiace so zneužívaním substitučných liekov. Monitorovanie počtu úmrtí súvisiacich s metadónom

(161) Česká republika, Dánsko, Nemecko, Lotyšsko, Malta, Holandsko, Rakúsko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo.

(162) Pozri tabuľku DRD-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2007.

(163) Pozri obrázok DRD-2 v štatistickej ročenke 2007.

(164) Pozri obrázky DRD-3 a DRD-4 v štatistickej ročenke 2007.

a buprenorfinom a okolnosti, ktoré sprevádzajú úmrtie, môžu poskytnúť dôležité informácie pre zabezpečenie kvality substitučných programov a pre informovanie iniciatív prevencie a znižovania škôd.

Prítomnosť metadónu v podstatnej časti úmrtí súvisiacich s drogami uvádzalo viacero krajín, hoci úloha, ktorú hral metadón pri úmrtí, nie je vždy jasná a iné látky mohli byť tiež prítomné. Dánsko uviedlo, že metadón bol príčinou otravy (samotný alebo v kombinácii) v 43 % úmrtí súvisiacich s drogami (89 z 206 v roku 2005); Nemecko uviedlo, že 255 prípadov (z 1 477 prípadov) bolo pripísaných „substitučným látkam“ (75 samotným substitučným látkam a 180 s ďalšími omamnými látkami) v roku 2005 v porovnaní s 345 prípadmi v roku 2004; Spojené kráľovstvo uviedlo 280 prípadov (z 1 972, definícia protidrogovej stratégie) so „zmienkou o metadóne“ (2004); a v Nórsku 55 pitiev odhalilo stopy metadónu. Španielsko uviedlo (národné správy siete Reitox, 2005), že existovalo iba niekoľko smrteľných predávkovaní, ktoré zahŕňali iba metadón (2 % z celkového počtu), ale metadón bol často prítomný v kombinácii pri úmrtiach súvisiacich s opiátmi (42 %) a úmrtiach súvisiacich s kokaínom (20 %). Iné krajiny neuviedli úmrtia súvisiace s metadónom alebo ich počty boli veľmi malé.

Zdá sa, že úmrtia kvôli otrave buprenorfinom sú zriedkavé, čo sa pripisuje agonisticko-antagonistickým farmakologickým charakteristikám tejto drogy. Avšak európske krajiny uviedli niekoľko úmrtí. V národných správach za rok 2006 a 2005 iba Francúzsko a Fínsko zaznamenali úmrtia súvisiace s touto látkou. Vo Fínsku sa v roku 2005 zistil buprenorfin v 83 prípadoch (73 v roku 2004), vo všeobecnosti kombinovaný s benzodiazepínmi, sedatívami alebo alkoholom alebo vpichovaný. Vo Francúzsku boli uvádzané iba dve smrteľné predávkovania zahŕňajúce buprenorfin v roku 2005 (štyri v roku 2004). Buprenorfin je hlavnou opiátovou substitučnou drogou v týchto dvoch krajinách, ale odhadovaných 70 000 až 85 000 ľudí, ktorí dostávajú túto látku vo Francúzsku, je oveľa viac, ako sú počty ľudí liečených vo Fínsku. Okrem Francúzska a Fínska v roku 2004 uviedli tri ďalšie krajiny úmrtia, pri ktorých sa spomínal buprenorfin (dve alebo tri v každom prípade). Štúdia, ktorá dôkladne vyhladávala úmrtia so zmienkami o buprenorfíne v Spojenom kráľovstve v období medzi rokmi 1980 a 2002, zistila iba 43 prípadov, často v kombinácii s benzodiazepínmi alebo inými opiátmi (Schifano a kol., 2005).

Akútne úmrtia súvisiace s drogami, ktoré nie sú opiátmi

Úmrtia súvisiace s extázou a amfetamínmi

Úmrtia so zmienkami o extáze sú zriedkavé, ale vyvolali značné obavy keď sa začali uvádzať pred niekoľkými rokmi,

pretože sa často neočakávane vyskytujú medzi sociálne integrovanými mladými ľuďmi. Obmedzené údaje dostupné v národných správach siete Reitox 2006 naznačujú, že úmrtia súvisiace s extázou zostávajú na podobných úrovniach, aké boli uvádzané v predchádzajúcich rokoch. V Európe ako celku existovali odkazy na 78 úmrtí, ktoré zahŕňali extázu⁽¹⁶⁵⁾.

Úmrtia súvisiace s amfetamínmi sa uvádzajú tiež zriedkavo, hoci v Českej republike bolo 16 úmrtí pripísaných pervitínu (metamfetamínu) v roku 2004 a 14 v roku 2005, čo koreluje so zvýšením odhadovaného počtu problémových užívateľov pervitínu a dopytov po liečbe. Vo Fínsku bolo uvedených 65 úmrtí, ktoré zahŕňali amfetamíny, hoci úloha tejto drogy v týchto úmrtiach nebola špecifikovaná.

Úmrtia súvisiace s kokaínom

Úmrtia spôsobené predávkovaním kokaínom sa identifikujú ťažšie, ako úmrtia spôsobené opiátmi a často sa považujú za výsledok kombinácie viacerých príčin namiesto toxicity samotného kokaínu⁽¹⁶⁶⁾. Štúdie zistili, že väčšina kokaínových úmrtí súvisí s chronickým užívaním drogy a je často výsledkom kardiovaskulárnych a neurologických problémov spôsobených užívaním kokaínu počas dlhšej doby, najmä u užívateľov s predispozičnými stavmi alebo rizikovými faktormi. V Európe obvykle zahŕňajú správy o úmrtiach súvisiacich s kokaínom aj zmienku o prítomnosti iných látok (vrátane alkoholu a opiátov), čo odráža užívanie kokaínu v kombinácii s inými drogami.

V krajinách, ktoré poskytli údaje, bolo identifikovaných viac ako 400 úmrtí súvisiacich s kokaínom v národných správach 2006 a 2005. Je nevyhnutné ďalej skúmať dôsledky pre zdravie a úmrtnosť súvisiacu s užívaním kokaínu.

Trendy v akútnych úmrtiach súvisiacich s drogami

Národné trendy v úmrtiach súvisiacich s drogami môžu poskytnúť hlboký pohľad na vývoj foriem problémového užívania drog v každej krajine a na vývoj protidrogových opatrení. Údaje, ktoré sú k dispozícii z EÚ, odhaľujú niektoré všeobecné trendy v úmrtiach súvisiacich s drogami. Z dlhodobšej perspektívy členské štáty EÚ-15 a Nórsko zažili strmý nárast v úmrtiach súvisiacich s drogami počas osemdesiatych rokov a začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia, čo možno zodpovedá expanzii užívania a vpichovania heroínu⁽¹⁶⁷⁾. Úmrtia súvisiace s drogami naďalej narastali v rokoch 1990 až 2000, hoci pomalšie.

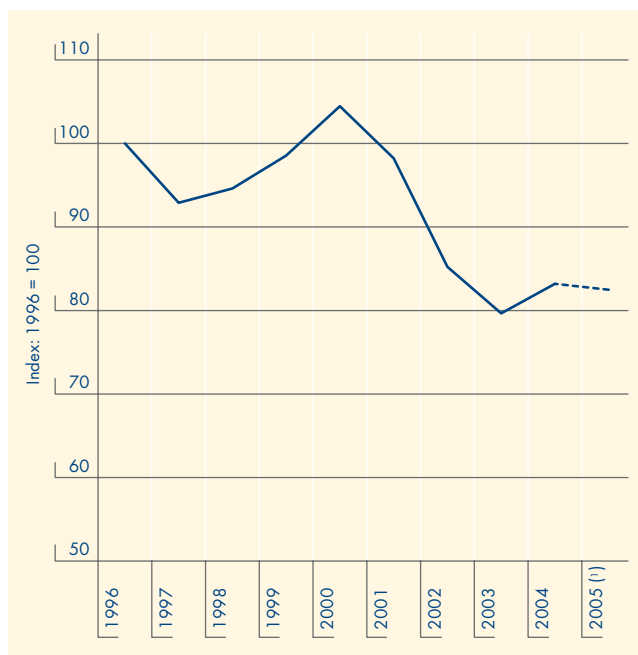
Od roku 2000 mnoho krajín EÚ uvádzalo zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami, čo možno súviselo so zvýšením dostupnosti liečby a iniciatívami na znižovanie škôd, hoci možný odklon od injekčného užívania alebo zníženie dostupnosti heroínu môže byť tiež dôležitý. Na európskej

⁽¹⁶⁵⁾ V závislosti od krajiny sa údaje pre extázu a kokaín vzťahujú na rok 2004 alebo 2005.

⁽¹⁶⁶⁾ Pozri vybranú otázku o kokaíne 2007 kvôli podrobnejšej správe o úmrtiach súvisiacich s touto drogou.

⁽¹⁶⁷⁾ Pozri obrázok DRD-8 v štatistickej ročenke 2007.

Obrázok 13: Celkový trend v akútnych úmrtiach súvisiacich s drogami, 1996 – 2005 pre všetky členské štáty s dostupnými údajmi



(1) Údaj pre rok 2005 je predbežný, založený na porovnaní rokov 2004 a 2005 iba pre tie krajiny, ktoré poskytli údaje pre obidva roky.

Poznámka: Indexovaná zmena sa vypočíta na základe krajín s informáciami poskytnutými pre uvedený rok a predchádzajúci rok. Počty úmrtí v každej krajine a poznámky o metodike sa nachádzajú v tabuľke DRD-2 v štatistickej ročenke 2007.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2006) prevzaté zo všeobecných registrov úmrtnosti alebo špeciálnych registrov (súdnych alebo policajných).

úrovni klesol počet úmrtí súvisiacich s drogami o 6 % v roku 2001, o 14 % v roku 2002 a o 5 % v roku 2003 (obrázok 13). Avšak správy za rok 2004 a predbežné údaje za rok 2005 naznačujú, že pokles v úmrtiach súvisiacich s drogami nepokračoval po roku 2003.

V niektorých krajinách sa začal v správach o úmrtiach súvisiacich s drogami objavovať znepokojujúci trend. Po nápadných vrcholoch počtu úmrtí súvisiacich s drogami v období 1999 – 2001, po ktorých nasledoval jasný pokles počas dvoch až troch rokov, sa v rokoch 2004 a 2005 pozorovalo zvýšenie v uvádzaných úmrtiach⁽¹⁶⁸⁾. Táto schéma všeobecne opisuje trendy v úmrtiach súvisiacich s drogami pozorované v posledných rokoch v Írsku, Grécku, Portugalsku, Fínsku a Nórsku a v menšej miere trendy pozorované v Holandsku, Rakúsku a Spojenom kráľovstve. V Taliansku po viacerých rokoch klesajúcich počtov úmrtí súvisiacich s drogami sa v minulých dvoch rokoch zaznamenalo určité zvýšenie⁽¹⁶⁹⁾. Navrhlo sa viacero možných príčin, aby sa vysvetlilo toto nedávne zvýšenie, medzi ktorými sú užívanie viacerých drog užívateľmi opiátov alebo možné zvýšenie dostupnosti heroínu.

Existuje nápadný rozdiel v trendoch úmrtí súvisiacich s drogami medzi členskými štátmi EU-15 a tými, ktoré vstúpili od roku 2004. Medzi členskými štátmi EU-15 existuje celkový pokles od roku 1996, veľmi nápadný medzi rokmi 2000 a 2002, čo naznačuje dlhodobý pokles v počte mladých injekčných užívateľov opiátov. Nedávne trendy v týchto krajinách sú však zmiešané. V nových členských štátoch sa pozoroval strmý nárast až do roku 2002, ale pokles v rokoch 2003 – 2004.

Zvýšenia podielu úmrtí súvisiacich s drogami u užívateľov drog mladších ako 30 rokov boli pozorované v Grécku a u osôb mladších ako 25 rokov v Estónsku, Luxembursku a v Rakúsku a v menšej miere v Lotyšsku a Holandsku, hoci vo väčšine krajín mladí užívatelia drog predstavujú klesajúci podiel predávkovaní⁽¹⁷⁰⁾.

Rozdiely medzi pohlaviami sú tiež pozorovateľné v trendoch úmrtí súvisiacich s drogami⁽¹⁷¹⁾. Ďalšie podrobnosti si pozrite vo vybranej otázke o pohlaviach a užívaní drog 2006.

Celková úmrtnosť medzi problémovými užívateľmi drog

Informácie o celkovej úmrtnosti (priamo a nepriamo spôsobenej drogami) medzi problémovými užívateľmi drog sa vzťahujú najmä na užívateľov opiátov, kým informácie o úmrtnosti súvisiace s inými formami užívania drog vo všeobecnosti chýbajú, ale budú čoraz dôležitejšie na účely verejného zdravia, napríklad medzi pravidelnými, ale sociálne integrovanými užívateľmi kokaínu.

Výskumné štúdie medzi užívateľmi opiátov v rôznych európskych prostrediach zistili, že úmrtnosť v tejto skupine je vysoká v porovnaní s úmrtnosťou všeobecnej populácie. Kolektívna štúdia, ktorá sa začala v rámci projektu EMCDDA, zistila, že užívatelia opiátov získaní pre liečbu v ôsmich európskych lokalitách mali veľmi vysokú úmrtnosť v porovnaní s ich rovesníkmi rovnakého veku (pozri EMCDDA, 2006). Skupinová štúdia úmrtnosti vykonaná v Českej republike zistila, že štandardizovaná miera úmrtnosti užívateľov stimulansov bola 4 – 6-krát vyššia ako miera u všeobecnej populácie, kým miera u užívateľov opiátov bola 9 – 12-krát vyššia (Národné správy siete Reitox, 2005). Francúzska skupinová štúdia, ktorá sledovala jednotlivcov uväznených kvôli užívaniu heroínu, kokaínu alebo kraku, zistila, že úmrtnosť u mužov bola päťkrát vyššia a úmrtnosť u žien 9,5-krát vyššia ako u všeobecnej populácie, ale s klesajúcim trendom (Národné správy siete Reitox, 2005). Ďalšie informácie o úmrtnosti medzi užívateľmi drog sa očakávajú zo skupinových štúdií prebiehajúcich vo viacerých európskych

⁽¹⁶⁸⁾ Pozri tabuľku DRD-2 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Pozri obrázok DRD-11 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ Pozri obrázok DRD-9 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹⁷¹⁾ Pozri obrázok DRD-6 v štatistickej ročenke 2007.

krajinách (Bulharsko, Španielsko, Malta, Rakúsko, Poľsko, Rumunsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo, Nórsko).

Nedávne štúdie z Holandska a Nórska nezistili žiadny vzťah medzi vekom a rizikom úmrtia spôsobeného predávkovaním. (Cruts a kol., v tlači; Ødegård a kol., 2006 citované v nórskej národnej správe), avšak podobne ako vek užívateľov opiátov, úmrtnosť spôsobená chronickými stavmi môže progresívne zvyšovať úmrtnosť spôsobenú externými príčinami, napríklad páchaním samovrážd a násilím. Zlé životné podmienky užívateľov drog, ako aj ich problémy s duševným zdravím môžu tiež podstatne prispievať k vysokej úmrtnosti tejto skupiny.

Páchanie samovrážd sa identifikovalo v niektorých štúdiách medzi užívateľmi drog ako príčina úmrtí spôsobených predávkovaním drogami. Známe samovraždy, pripočítané k úmrtiam s neurčeným úmyslom, predstavovali 30 % všetkých úmrtí súvisiacich s drogami uvádzaných v Škótsku v roku 2005. V roku 2003 bolo 13 % všetkých úmrtí súvisiacich s drogami samovraždami (Škótska exekutíva, 2005). Predpokladá sa, že problémy so zneužívaním látok prispievajú k samovražednému správaniu viacerými spôsobmi, bežné rizikové faktory, zneužívanie látok medzi ľuďmi náchylnými na vysokorizikové správanie.

Znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami

Pozornosť venovaná preventívnym opatreniam proti predávkovaniu vzrástla pri uznaní relatívnej dôležitosti predávkovania drogami ako otázky verejného zdravia. Hoci zapojenie do liečby a iných služieb môže znížiť úmrtia súvisiace s drogami, zostáva značný potenciál pre rozvoj zásahov špeciálne zameraných na riziká predávkovania a v Európe celkovo stále chýba komplexný prístup k prevencii predávkovania.

Členské štáty, najmä tie so staršími heroínovými epidémiami, čoraz viac zvyšovali počas minulých rokov dostupnosť protidrogovej liečby a teraz dosahujú čoraz väčší počet problémových užívateľov drog, ktorí sú ťažko dosiahnuteľní (pozri aj kapitolu 2 a kapitolu 6). Ľahšia dostupnosť liečby a väčšia rozmanitosť prístupov vrátane substituenej liečby zlepšuje miery udržania v liečbe, čo je dôležitým príspevkom k znižovaniu úmrtí a úmrtnosti súvisiacich s drogami. Viacero krajín znížilo prahy dostupnosti protidrogovej udržiavacej liečby a zmeny vo filozofii smerom k urýchlenému vstupu a opakovanému prihláseniu sa do metadónovej udržiavacej liečby (opatrenia, o ktorých sa preukázalo, že zvyšujú prežívanie) sú zrejmé. Okrem toho štúdie z vysokoprahových programov naznačujú, že prísne kritériá pre prijatie a pravidlá liečby vedú k častejším disciplinárnym prepusteniam, čo zvyšuje riziko úmrtia tých, ktorí boli prepustení, v porovnaní s tými, ktorí zostali v liečbe

Komorbidita a projekt ISADORA

Psychiatrické poruchy sa bežne vzťahujú na problémové užívanie drog. Hoci neexistuje žiadne systematické zhromažďovanie informácií o komorbidite na európskej úrovni, zistenia miestneho výskumu vykonávaného vo viacerých európskych krajinách naznačujú, že 30 % až 90 % klientov v protidrogovej liečbe môže mať psychiatrické stavy súvisiace s komorbiditou. Najbežnejšie nemoci diagnostikované u tých, ktorí závisia od drog, zahŕňajú poruchy osobnosti, depresiu, asociálnu osobnosť, úzkosť a poruchy nálady a stravovania. Tiež sa spomínajú schizofrénia a samovražedné sklony. Uvádza sa, že komorbidita je bežnejšia medzi užívateľmi heroínu, najmä medzi tými, ktorí majú dlhú históriu užívania drogy, ktorí viackrát prerušili liečbu metadónom a ktorých sociálne a životné podmienky sa zhoršili. Podobne je drogová závislosť bežná medzi ľuďmi so závažným duševným ochorením.

Európsky projekt ISADORA („integrované služby zamerané na dvojité diagnózy a optimálne vyliečenie zo závislosti“) bol ukončený v roku 2005 po trojročnom období výskumu (1). Projekt, ktorý bol zameraný na identifikovanie hlavných inštitucionálnych a individuálnych rizikových faktorov pre komorbiditu, zahŕňa sedem miest v celej Európe a 352 pacientov získaných z akútnych psychiatrických oddelení. Podľa výsledkov zlá prognóza a chaotické spôsoby určovania dvojitej diagnózy nie sú spôsobené samotnými charakteristikami klienta, ale tiež fragmentovým poskytovaním služieb, čo často vedie k neúčinnému rozdeľovaniu starostlivosti. Medzi výsledkami projektu ISADORA je komplexná školiaca príručka pre určovanie dvojitej diagnózy.

(1) <http://isadora.advsh.net/>

(Fugelstad a kol., 2007). Priebežná štúdia účinnosti liečby kvôli heroínovej závislosti, ktorá bude skúmať súvislosť medzi ponechaním v liečbe a úmrtnosťou, prebieha v súčasnosti v Taliansku (Bargagli a kol., 2006).

V prvých niekoľkých týždňoch po odchode z väzenia alebo z liečby sú tí, ktorí prestali užívať opiátové drogy, vystavení zvýšenému riziku predávkovania, ak sa vrátia späť k užívaniu drog, pretože ich predchádzajúca tolerancia bude znížená. Preto je dôležitým opatrením na znižovanie škôd informovať tých, ktorí opúšťajú takéto zariadenia, o rizikách, ktoré môže predstavovať obnovenie užívania drog a diskutovať s nimi o stratégiách na zníženie rizík. Pokračovanie starostlivosti so sociálnou podporou a liečebnými službami môže tu hrať dôležitú úlohu najmä pre tých, ktorí opustili väzenie.

Ďalšie prístupy prevencie predávkovania zahŕňajú učenie užívateľov drog o stave regenerácie a o tom, ako lepšie reagovať na núdzové situácie, ako aj spoluprácu s políciou, pohotovostnou službou a samotných

užívateľov drog, aby boli povzbudzovaní k privolaníu pohotovostnej zdravotnej služby v počiatočnom štádiu v prípade predávkovania. Výskum naznačuje, že súčasné užívanie drog, najmä alkoholu a sedatívnych drog, môže zvyšovať riziko smrteľného predávkovania opiátmi, a teda že užívanie viacerých drog je dôležitou otázkou, ktorú majú služby riešiť. Niektoré experimentálne práce hľadali možnosť poskytovania antagonistov opiátov užívateľom drog, príkladom je škótsky úvodný program na distribuovanie Naloxonu užívateľom drog, ich rodinám a priateľom. Tento prístup nie je k dnešnému dňu v Európe široko rozvinutý, ale má potenciál. Dostupnosť antagonistov opiátov v sanitkách, liečebných zariadeniach alebo iných zariadeniach, kde sa pravdepodobne stretávame s predávkovaním opiátovými drogami, je bežnejším prístupom, hoci nie univerzálnym. Vzhľadom na účinnosť týchto liekov, ak sa rýchlo podajú, jasne existuje potreba preskúmať dostupnosť tohto druhu reakcie v rámci preskúmania preventívnych opatrení proti predávkovaniu.

Prístupom, ktorý vyvolával určitú kontroverziu, je poskytovanie miestností na konzumáciu drog, kde užívatelia drog môžu konzumovať svoje drogy v určenom priestore, kde môžu byť k dispozícii aj lekárske a iné služby. Miestnosti na konzumáciu drog boli kritizované INCB v jej nedávnych výročných správach, ale niektoré členské štáty ich považujú za užitočnú zložku ich reakcií na niektoré formy vysoko problémového užívania drog. Argumenty v prospech miestností na konzumáciu drog

sú, že tieto môžu: poskytnúť preventívne opatrenie proti predávkovaniu; znižovať iné riziká súvisiace s injekčným užívaním drog; poskytovať príležitosť na šírenie informácií; a pôsobiť ako cesta primárnej zdravotnej starostlivosti, liečby a iných protidrogových služieb. Na miesto na konzumáciu drog sa niekedy hľadí ako na príležitosť obmedziť verejné pohoršenie spôsobované užívaním drog. V súčasnosti existuje v EÚ a Nórsku viac ako 70 miestností na konzumáciu drog: asi 40 v Holandsku, 25 v Nemecku, šesť v Španielsku a po jednej v Luxembursku a Nórsku.

V celej Európe sa používajú informácie, vzdelávanie a komunikačné postupy (IEC) v iniciatívach, ktoré sú zamerané na znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami. Viacero krajín uvádza, že špeciálne vypracované informačné materiály sa distribuujú medzi užívateľmi drog, ich rovesníkmi a rodinami alebo políciou. Avšak okrem kurzov prvej pomoci pre personál v protidrogových agentúrach alebo pre samotných užívateľov drog sa zdá, že hodnotenie rizika predávkovania a poradenstvo o riadení rizík sa stáva v Európe čoraz bežnejším a spomína sa napríklad v správach z Rumunska, Holandska a Malty. V roku 2005 sa začal v Škótsku akčný plán na znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami, ktorý pozostáva z informačného DVD o predávkovaní, nového výskumu riešenia neskorého privolaníu pomoci a národného fóra na riešenie trendov a identifikovanie oblastí, kde je potrebné podniknúť ďalšie opatrenia.



Literatúra

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. a kol. (2004), „The influence of school culture on smoking among pupils“, *Social science and medicine* 58, s. 1767 – 80.
- 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, s. 1861 – 79.
- Binnie, I., Kinver, A. a Lam, P. (2006), „Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation“, Škótska exekutíva, 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, s. 955 – 64.
- Bühler, A. a Kröger, C. (2006), „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Kolín nad Rýnom.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. a Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Agentúra pre rozvíjanie zdravia, 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, s. 363 – 74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky: Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- 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*, Národná poradná komisia pre drogy, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. a Van Laar, M. (v tlači), „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“, *Správa DASIS Report*, vydanie 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, s. 395 – 400.
- ECDC (2007), „HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic“, Technická správa, (http://www.eu2007.de/en/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*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2005), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2006), *Annual report 2006: the state of the drugs problem in Europe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No. 16, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 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>).
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“, *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), „Public opinion in the European Union“, *Eurobarometer* 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*, Európska komisia, Luxemburg.
- 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, s. 151 – 75.
- 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, s. 406 – 12.
- 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 správa*, Washington, DC, Vládny úrad pre zodpovednosť.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, Národná agentúra pre liečbu zneužívania látok, 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“, *Národné stredisko pre drogovú závislosť*, 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*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- HDA (2004), „The effectiveness of public health campaigns“, *Briefing 7*, Agentúra pre rozvoj zdravia, Londýn (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- Ives, R. (2006), „Real life is messy“, *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389 – 91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (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 (nepublikované).
- Kouvonen, P., Skretting, A. a Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Škandinávská rada pre výskum alkoholu a drog, Helsinki.
- Kuntsche, E. a Jordan, M. (2006), „Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors“, *Drug and alcohol dependence* 84, s. 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, s. 233 – 53.
- Londýnske fórum protidrogovej politiky (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 – 31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. a kol. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Ministerstvo vnútra, 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“, správa pre Afgánsku medzirezortnú jednotku vlády Spojeného kráľovstva.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), „Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction“, *Journal of substance abuse treatment* 31, s. 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. (editors), *Monografía opiáceos*, *Adicciones* 17, s. 111 – 21.
- McCambridge, 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, s. 1140 – 9.
- Nabben, T., Benschop, A. a Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., and 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*, Centrum pre interdisciplinárny výskum závislosti Hamburskej univerzity (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. Národná liečebná agentúra pre zneužívanie látok (National Treatment Agency for Substance Misuse), Londýn.
- Parkin, S. a McKeganey, N. (2000), „The rise and rise of peer education approaches“, *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293 – 310.
- Reitox national reports (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction*, 101, s. 315 – 22.
- 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, Berlin, s. 117 – 24.
- SAMHSA, Úrad pre aplikované štúdie, *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, s. 343 – 48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. A kol. (2006), „Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for Improvement“, *European addiction research* 12, s. 121 – 27.
- 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, s. 743 – 52.
- Škótska exekutíva (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Škótska exekutíva, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. a kol. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Kanadské stredisko pre zneužívanie látok, Toronto
- Sonntag, D., Bauer, C. a Hellwich, W.K. (2006), „Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen“, *Sucht* 52, s. 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, s. 813 – 23.
- 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, s. 444 – 51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. a Beynon, C. (2007), „Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)“, nepublikovaný článok, Stredisko pre verejné zdravie, Univerzita Johna Mooresa, Liverpool, Spojené kráľovstvo.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- Weaver, T. (2007), „Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services“, Národná agentúra pre liečbu zneužívania látok, 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“, Svetová zdravotnícka organizácia (<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, s. 67 – 70.

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2007: stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev.

2007 – 91 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-302-4

Spôsob objednávania publikácií EÚ

Publikácie určené na predaj, ktoré vydal Úrad pre publikácie, si môžete objednať na stránke elektronického kníhkupectva EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu>.

O adresár predajných miest na celom svete môžete požiadať faxom na čísle: (352) 2929 42758.

Čo je EMSDDZ

Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (EMSDDZ) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Stredisko, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMSDDZ zbiera, analyzuje a šíri objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie strediska sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a všeobecnú verejnosť.

Výročná správa EMSDDZ každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.

