



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

ISSN 1830-0758

ZPRÁVA ZA ROK VÝROČNÍ 2006

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2006

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

Právní upozornění

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

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

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

Bezplatná telefonní linka (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2006

ISBN 92-9168-254-3

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2006

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Belgium

VYTIŠTĚNO NA NEBĚLENÉM PAPIŘE



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvodní poznámka	9
Komentář – drogová problematika v Evropě	11
Kapitola 1	
Protidrogové politiky a legislativa	17
Kapitola 2	
Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled	27
Kapitola 3	
Konopí	37
Kapitola 4	
Amfetaminy, extáze a další psychotropní drogy	47
Kapitola 5	
Kokain a crack	58
Kapitola 6	
Užívání opiátů a injekční užívání drog	66
Kapitola 7	
Infekční nemoci a úmrtí související s drogami	75
Kapitola 8	
Zlepšování monitorování problémového užívání drog a užívání více drog současně	88
Literatura	95



Předmluva

11. výroční zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost je letos k dispozici ve 23 evropských jazycích. Při pohledu na zprávy, které agentura za roky své působnosti vydala, nelze přehlédnout nárůst množství dostupných údajů – odráží totiž složitější situaci jak v užívání nezákonných drog v Evropě, tak ve způsobu, jakým Evropa reaguje na drogovou problematiku.

Množství informací, o něž se opírá naše analýza, výrazně vzrostlo. Letošní zpráva vychází z údajů z 25 členských států EU a Norska a, jsou-li k dispozici, také z Bulharska, Rumunska a Turecka. Nezvyšuje se pouze počet zemí poskytujících informace, ale nadále také roste množství porovnatelných údajů, které jsou k dispozici z každé z nich. Díky tomu si můžeme udělat mnohem podrobnější představu o drogové situaci v Evropě a její dynamičnosti než kdy dříve. Úkolem EMCDDA je prozkoumat složitost dané problematiky, shromáždit existující společné zkušenosti a poukázat na rozdíly. Při práci na shromažďování údajů a spolupráci s EMCDDA členské státy pochopily, že problémy, jimž čelí sousední země v současnosti, se mohou v budoucnu stát jejich vlastními problémy. O uvědomění si této skutečnosti svědčí nová protidrogová strategie Evropské unie a související akční plány, které se opírají o konsenzus ve věci důležitosti shromažďování a sdílení informací, nutnosti stanovit a šířit principy správné praxe a významu spolupráce a koordinované činnosti v reakci na všeobecnou hrozbu, kterou pro zdraví, duševní pohodu a bezpečnost našich občanů drogy představují.

Zamyslíme-li se nad dostupnými informacemi, opět si uvědomíme, že je třeba být stále na pozoru a vyvarovat se sebeuspokojení. Varovné tóny zaznívají v této zprávě ve vztahu k infekcím HIV a úmrtím souvisejícím s drogami. V celé Evropě však bylo řešení tohoto typu problémů věnováno nesmírné úsilí a bylo dosaženo značného pokroku. To znamená, že evropská politická činitel museli přijmout obtížná

rozhodnutí, což povětšinou učinili po pečlivém prostudování dostupných údajů. Takovýto politický přístup je třeba ocenit. V celém světě se vedou rozsáhlé diskuse o tom, že přístup k drogové problematice by měl být vyvážený a založený na důkazech. To se v Evropě, možná více než kde jinde, podařilo. Navzdory odlišnostem ve specifikách drogových problémů, kterým jednotlivé členské státy čelí, a rozdílným prioritám v oblasti reakce na ně, panuje společná shoda o důležitosti sdílení informací a spolupráce s cílem omezit nabídku drog, jakož i o nutnosti vyvážit aktivity usilující o omezení nabídky opatřeními na snížení poptávky. Čím dál silnější je také konsenzus ohledně skutečnosti, že při přijímání těžkých rozhodnutí v souvislosti s výběrem programů a akcí, jež jsou v nejlepším zájmu našich občanů, je třeba se řídit doloženými informacemi. Tento evropský přístup je znatelný nejen v nové protidrogové strategii EU, ale také v národních strategiích přijatých členskými státy, v silnějším a jednotnějším mínění, které se v Evropě vytváří v souvislosti s danou problematikou, a v činnosti agentury EMCDDA, která se snaží podílet na usnadňování zasvěceného politického rozhodování prostřednictvím nezávislých a vědecky přesných analýz dostupných informací vztahujících se k drogovému fenoménu v Evropě.

Užívání drog je složitou otázkou a nepatří mezi oblasti, v nichž lze dospět k jednoduchým závěrům. Z evropských zkušeností však jeden závěr jasně vyplývá – naučili jsme se, že spolupráce nejenom funguje, ale je také nepostradatelná, máme-li účinně reagovat na problémy, které nám užívání nezákonných drog přináší.

Marcel Reimen

Předseda správní rady Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost

Wolfgang Götz

Ředitel Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost



Poděkování

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

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

Národní kontaktní místa sítě Reitox

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

Kontaktní údaje o národních kontaktních místech naleznete na adrese:

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



Úvodní poznámka

Tato výroční zpráva vychází z informací, které EMCDDA poskytly členské státy EU, kandidátské země a Norsko (jež se na činnosti EMCDDA podílí od roku 2001) v podobě národních zpráv. Zde uváděné statistické údaje se vztahují k roku 2004 (nebo k poslednímu roku, za který byly k dispozici). Grafy a tabulky obsažené v této zprávě se mohou týkat podskupiny zemí EU: výběr je proveden na základě zemí, z nichž jsou k dispozici údaje pro příslušné období.

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

Statistický věstník 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) obsahuje kompletní soubor zdrojových tabulek, z nichž vychází statistická analýza v této zprávě. Rovněž obsahuje další podrobné údaje o použité metodice a více než 100 dalších statistických grafů.

Přehledy údajů jednotlivých zemí (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) poskytují vynikající grafické shrnutí klíčových aspektů drogové situace v příslušné zemi.

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

- Evropskými protidrogovými politikami: přesahují rámec nezákonných drog?
- Užíváním drog a řešením drogových problémů z hlediska pohlaví;
- Vývojem v rekreačním užívání drog.

Tato vybraná témata si můžete přečíst v tištěné podobě i na internetu (<http://issues06.emcdda.europa.eu>), avšak pouze v angličtině.

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



Komentář – drogová problematika v Evropě

Nový evropský rámec pro koordinaci a spolupráci

Přestože definice národních protidrogových strategií zůstává výsadou jednotlivých členských států EU, v současnosti panuje výrazná shoda o přínosech, které může zajistit společný postup na evropské úrovni. To je patrné z několika nedávných kroků, které podporují aktivity koordinace a spolupráce. Mezi ně patří nabytí účinnosti dvou nových nařízení ES o prekurzorech drog a rozhodnutí Rady o nových drogách v roce 2005. Vedle toho posilují opatření proti obchodu s drogami také nové právní nástroje, které se zabývají praním peněz a zabavením majetku. Avšak nejdůležitějším krokem, který je těžištěm utváření evropské spolupráce a budoucích opatření v oblasti drog, je nová protidrogová strategie Evropské unie na období 2005–2012 a dva související akční plány. V prvním z nich členské státy EU podrobně uvádějí přibližně sto plánovaných konkrétních akcí, které mají být realizovány do roku 2008. Předpokládá se průběžné hodnocení programu strategie prostřednictvím každoročního přezkoumání provádění akčních plánů a hodnocením dopadů na konci období obou z nich.

Strategii lze vnímat i tak, že představuje evropský konsenzus ohledně toho, jak řešit problém drog. Výslovný závazek vyváženého přístupu, který spojuje opatření na straně nabídky i poptávky, provází uznání nutnosti zakládat opatření na důkazech jejich účinnosti a dále systematicky vyhodnocovat postup. Mezi členskými státy EU nadále existují významné rozdíly v protidrogových politikách, které často odrážejí odlišnosti v drogové situaci země a nastavení protidrogových opatření. Nová protidrogová strategie však naznačuje, že evropská politická debata o drogách je v rostoucí míře charakterizována shodou na společném rámci činnosti. Například součástí prakticky všech strategií snižování poptávky jsou prvky prevence, léčby a snižování škod, i když důraz na jednotlivé prvky se mezi členskými státy liší. Některé varianty protidrogové politiky nadále vyvolávají rozsáhlou diskusi – ta však všeobecně probíhá na pozadí široké shody o základech, na kterých spočívá evropské řešení drogové problematiky.

Užívání a distribuci drog rozlišuje čím dál více zemí

Pokračujícím trendem, opět patrným z nových údajů hlášených v letošním roce, jsou změny národní protidrogové legislativy, které důrazněji podtrhují rozdíl mezi trestnými činy držení drog pro vlastní potřebu a trestnými činy obchodování s drogami a distribuce drog. Obecně nastává posun

směrem ke zpřísnování trestů za obchodování s drogami a distribuci drog a menšímu uplatňování trestů odnětí svobody v případě držení drog. Tento vývoj je v souladu s celkově větším důrazem, který všechny evropské země kladou na rozšiřování možností léčby drogové závislosti a věnování větší pozornosti intervencím, které přesměrovávají osoby s drogovými problémy od systému trestní justice k možnostem léčby a rehabilitace. V případě zemí, které legislativně zakotvily rozdíl mezi držením drog a distribucí drog, vyvstává otázka, zda je třeba výslovně stanovit zákonem, jaké množství drog představuje hranici pro vlastní potřebu. V současnosti v této věci není shoda, evropské země k ní zaujaly různé postoje – od vydávání obecných prováděcích pokynů až po stanovení limitů zákonem.

Užívání heroínu: významná součást celkového obrazu

Údaje prezentované v této zprávě ukazují, že historicky danou zaměřenost na užívání heroínu a injekční užívání drog jakožto na ústřední prvky drogové problematiky v celé Evropě je třeba rozšířit kvůli rostoucímu významu užívání více drog a stimulantů a přibývajícím důsledkům velmi rozšířeného užívání konopí pro veřejné zdraví. V mnoha zemích zůstávají i nadále opiáty (především heroín) hlavními drogami, kvůli nimž klienti vyhledávají léčbu, přičemž představují přibližně 60 % všech zaznamenaných žádostí o léčbu v roce 2004 – a mezi těmito klienty těsně nadpoloviční většina (53 %) uvádí injekční užívání této drogy.

Téměř 25 % žádostí o léčbu závislosti na opiátech podávají lidé ve věku od 35 let, přičemž pouze 7 % klientů, kteří vyhledávají léčení poprvé, je mladších 20 let. Je třeba poznamenat, že údaje o počtu žádostí o léčbu vyjadřují počet klientů, kteří žádali léčbu během sledovaného roku, a nezahrnují osoby, které v léčbě pokračují; celkový počet léčených klientů proto může být značně vyšší. Podstatné rozšíření substituční léčby drogové závislosti, k němuž v posledních letech po celé Evropě dochází, znamená, že systém léčby zahrnuje narůstající a stárnoucí populaci lidí s problémovým užíváním heroínu, kteří pravděpodobně budou vyžadovat péči a budou i nadále spotřebovávat většinu zdrojů po mnoho dalších let.

Heroin spotřebovávaný v Evropě se vyrábí především v Afghánistánu. Evropa je i nadále místem záhytů celosvětově největších množství heroínu a v důsledku nárůstu záhytů v jihovýchodních evropských zemích (zvláště v Turecku) překonal tento region v objemu zachycených drog západní a střední Evropu. Tento trend rostoucího

objemu záchytů heroínu nejen podtrhuje důležitost koordinovaného postupu vůči obchodování s drogami v širším evropském měřítku, ale také přináší významné otázky o dopadu zvýšené výroby heroínu na evropský trh. Co se týká průměrné čistoty, nejsou patrné žádné výrazné trendy; avšak cenový trend pětiletého období (1999–2004) upravený o inflaci je ve většině zemí klesající. Přestože je heroín v Evropě dostupnější a levnější, zatím nejsou žádné důkazy o tom, že by tato skutečnost měla vliv na celkovou úroveň spotřeby. Celkově ukazatele naznačují, že počet nových případů užívání heroínu v Evropě nadále klesá v rámci zřejmě stabilizované situace – přičemž významné procento problémových uživatelů heroínu nyní absolvuje substituční léčbu, přinejmenším v některých zemích. Mezi novými případy léčených osob počty těch, kdo mají významné problémy v souvislosti s užíváním opiátů, ve většině zemí klesají. V této oblasti jsme však v minulosti byli svědky epidemických vln užívání, a proto ke spokojenosti není důvod.

V letošní zprávě jsou znepokojující ukazatele toho, že počet úmrtí souvisejících s drogami, který obecně od roku 2000 klesal, ve většině zemí v roce 2004 mírně vzrostl. Zatím je příliš brzy na to, abychom mohli posoudit, zda tyto drobné změny předznamenávají dlouhodobý posun, ale je třeba mít na paměti, že úmrtí související s drogami představují z hlediska veřejného zdraví jeden z nejvýznamnějších důsledků užívání nezákonných drog. Přestože se počet úmrtí souvisejících s drogami mezi mladými lidmi snižuje, a potvrzuje tak tvrzení, že počet nových případů injekčního užívání heroínu klesá, dostupné odhady úmrtnosti z městských oblastí naznačují, že současnou celkovou úmrtnost (v důsledku předávkování či jiných příčin) 10–23 % mezi dospělými ve věku 15–49 let lze připsat na vrub užívání opiátů.

Zdravotní problémy: trvalý průvodní jev injekčního užívání drog

V mnoha zemích je užívání drog téměř synonymem pro užívání heroínu, existují však výjimky: několik zemí EU uvádí významnou míru injekčního užívání stimulantů, většinou mezi těžkými uživateli amfetaminů. Dostupné všeobecné informace, které do určité míry odrážejí stejnou situaci u heroínu, naznačují v dlouhodobějším horizontu celkový pokles injekčního užívání drog. V mnoha nových členských státech však míra injekčního užívání drog zůstává vysoká. Významnou námitkou je zde to, že dostupnost národních a regionálních odhadů injekčního užívání drog je malá. Navíc studie injekčního užívání drog v některých oblastech dokonce uvádějí v poslední době mírný nárůst. Nejkomplexnější obrázek tohoto chování podává monitorování léčených uživatelů heroínu, mezi nimiž podíl injekčních uživatelů dramaticky poklesl, ovšem pouze v některých zemích. Ze

starších členských států hlásí klesající výskyt injekčního užívání mezi léčenými uživateli heroínu zejména Dánsko, Řecko, Španělsko, Francie, Itálie a Spojené království.

Vztah mezi injekčním užíváním drog a zdravotními problémy je dobře známý; u injekčních uživatelů drog je vysoké riziko předávkování a závažných infekcí i dalších zdravotních problémů, jako např. sepse a trombózy. Infekce HIV je zdravotním rizikem, které je podnětem pro evropská opatření veřejného zdraví vůči této formě užívání drog a téměř všechny země nyní mají intervence zaměřené na prevenci nových infekcí. Například poskytování jehel a stříkaček, které bylo kdysi považováno za kontroverzní, je nyní v určitém rozsahu dostupné prakticky ve všech členských státech, i když míra pokrytí se mezi nimi výrazně liší. Většina zemí hlásí nízký výskyt nově diagnostikovaných infekcí HIV, které lze připsat na vrub injekčnímu užívání drog, a výskyt infekce HIV mezi uživateli drog se odhaduje na méně než 5 %. Znovu je však třeba upozornit na dvě věci: za prvé, že dvě z největších zemí nejvíce zasažených AIDS v populaci uživatelů drog, Španělsko a Itálie, neposkytují v současné době národní údaje o počtech případů infekce HIV a za druhé, že k přenosu HIV dochází i nadále v konkrétních skupinách injekčních uživatelů drog po celé Evropě, a v některých sledovaných skupinách populace jsou dokonce patrné známky nárůstu.

Mnohem horší situace se ukazuje ve výskytu infekce virem hepatitidy C (HCV), který mezi uživateli drog zůstává téměř všude vysoký. Léčba zdravotních problémů souvisejících s HCV mezi uživateli a bývalými uživateli drog pravděpodobně zůstane hlavní položkou zdravotních nákladů po mnoho dalších let. Jestliže dojdeme k závěru, že injekční užívání drog možná pomalu ustupuje a že Evropa dobře zareagovala na problém, který představovalo epidemické šíření HIV v 90. letech 20. století, existuje reálné nebezpečí, že to povede k sebeuspokojení v otázce zdravotních hrozeb, které toto chování nadále představuje. Vysoký endemický výskyt infekce HCV, pokračující přenos mezi injekčními uživateli drog se zvýšeným počtem případů sledovaných u některých skupin a velké počty vysoce rizikových injekčních uživatelů drog v některých nových členských státech vesměs ukazují na to, že i nadále je třeba považovat injekční užívání drog a s ním spojené zdravotní problémy za hlavní problém veřejného zdraví v Evropě, zásadní oblast protidrogové politiky a předmět výzkumu.

Kokain: známky stabilizace druhé nejrozšířenější nezákonné drogy v Evropě

Podle odhadů užívání kokainu (prevalence užívání v posledním roce) tato droga nyní mírně předstihla amfetaminy a extázi a je druhou nejužívanější nezákonnou drogou v Evropě. Celkový obraz však ukazuje stabilizaci

Stručný přehled – odhady užívání drog v Evropě

(Poznámka: tyto odhady se vztahují k dospělé populaci a představují nejnovější dostupné odhady. Kompletní údaje a úplné metodické poznámky viz související statistický věstník.)

Konopí

Celoživotní prevalence užívání: nejméně 65 milionů neboli každý pátý dospělý Evropan

Užití v posledním roce: 22,5 milionu dospělých Evropanů neboli jedna třetina osob, které za svůj život někdy užily konopí

Užití v posledních 30 dnech: 12 milionů Evropanů

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:

Celkové rozpětí 0,8–11,3 %

Typické rozpětí 2,8–7,5 % (15 zemí)

Kokain

Celoživotní prevalence užívání: nejméně 10 milionů neboli přes 3 % dospělých Evropanů

Užití v posledním roce: 3,5 milionu dospělých Evropanů neboli jedna třetina osob, které za svůj život někdy užily kokain

Užití v posledních 30 dnech: více než 1,5 milionu

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:

Celkové rozpětí 0,1–2,7 %

Typické rozpětí 0,3–1,2 % (18 zemí)

Extáze

Celoživotní prevalence užívání: asi 8,5 milionu dospělých Evropanů

Užití v posledním roce: 3 miliony neboli jedna třetina osob, které za svůj život někdy užily extázi

Užití v posledních 30 dnech: více než 1 milion

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:

Celkové rozpětí 0,0–3,5 %

Typické rozpětí 0,3–1,5 % (15 zemí)

Amfetaminy

Celoživotní prevalence užívání: téměř 10 milionů neboli přibližně 3 % dospělých Evropanů

Užití v posledním roce: 2 miliony, jedna pětina osob, které za svůj život někdy užily amfetaminy

Užití v posledních 30 dnech: méně než 1 milion

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:

Celkové rozpětí 0,0–1,4 %

Typické rozpětí 0,2–1,1 % (16 zemí)

Opiáty

Problémové užívání opiátů: 1–8 případů na 1 000 dospělých obyvatel (ve věku 15–64 let)

Téměř 7 000 náhlých drogových úmrtí, přičemž opiáty byly zjištěny přibližně v 70 % případů (údaje z roku 2003)

Hlavní droga přibližně v 60 % případů všech žádostí o léčbu drogové závislosti

Více než půl milionu uživatelů opiátů podstoupilo v roce 2003 substituční léčbu

jeho užívání po období, kdy počet uživatelů této drogy značně vzrostl. Velký nárůst prevalence užívání kokainu, k němuž docházelo ve Španělsku a Spojeném království od poloviny 90. let 20. století, se podle všeho od roku 2000 nebo 2001 stabilizoval. Dramatické nárůsty hlášeny nejsou, i když v několika zemích byl zaznamenán mírný vzestup míry užívání kokainu. Celkově situace užívání kokainu zůstává v Evropě velmi různorodá a významné užívání kokainu se omezuje na několik málo, především západoevropských, zemí.

Bylo by mylné dojít k závěru, že známky stabilizace užívání kokainu nutně povedou ke stabilizaci co do rozsahu problémů připisovaných užívání této drogy. V Evropě je užívání kokainu na historicky nejvyšší úrovni a studie naznačují, že nárůst problémů souvisejících s nějakou drogou bývá běžně o několik let pozadu za nárůstem prevalence. To je proto, že určitou dobu trvá, než se vytvoří vzorce intenzivního a pravidelného užívání drogy a než problémy začnou být viditelné. K tomu možná začíná docházet v těch zemích Evropy, kde užívání kokainu už pevně zakořenilo. Podle hlášení jak v Nizozemsku, tak ve Španělsku dnes nejméně každá čtvrtá žádost o léčbu souvisí s kokainem a celkově v Evropě počet žádostí o léčbu závislosti na kokainu v letech 1999–2004 vzrostl přibližně na dvojnásobek. Přestože užívání cracku zůstává v Evropě velmi omezené, zprávy o problémech z některých měst naznačují, že situace se možná zhoršuje.

Kokain bývá mnohdy zjištěn při toxikologických analýzách úmrtí připisovaných opiátům a v řadě zemí se souběžně užívání kokainu a heroínu stalo zřetelným problémem v léčbě závislosti na heroínu. I když údaje jsou omezené, národní zprávy za rok 2005 uvádějí více než 400 úmrtí, u nichž byla zjištěna příčinná souvislost s užíváním kokainu, a zdá se, že počet úmrtí souvisejících s užíváním kokainu ve všech zemích s vysokou prevalencí stoupá. Toto číslo je téměř jistě podhodnocené a dopad užívání kokainu jako faktoru přispívajícího k úmrtí v důsledku kardiovaskulárních problémů zůstává neznámý. Sdělení je jasné: pokud se má Evropa vyhnout zvyšování nákladů na veřejné zdraví v souvislosti s užíváním této drogy, pak by případná stabilizace v celkovém užívání kokainu neměla zakrýt potřebu lepší identifikace a pochopení problémů souvisejících s kokainem a potřebu investovat do přípravy efektivních opatření.

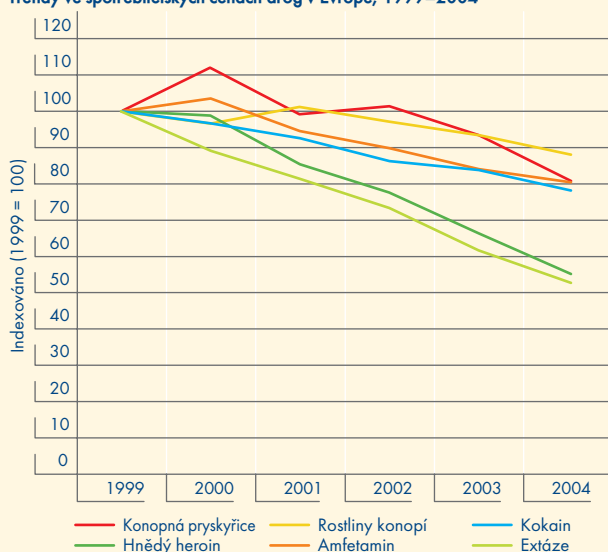
Řešení komplexnější evropské drogové problematiky

Tématem, které se prolíná celou touto zprávou, je rostoucí potřeba vytvořit opatření, která jsou citlivá vůči komplexní a mnohostranné povaze současné drogové problematiky. Při zvažování aktivit prevence, léčby nebo snižování

Užívání drog v Evropě levnější než dosud

Do této zprávy jsme poprvé zařadili analýzu pětiletého vývojového trendu pouličních cen nezákonných drog, a to po úpravě o inflaci, aby bylo možné přesněji hodnotit změny pouličních cen nezákonných drog v čase. Údaje o pouličních cenách se obtížně získávají a interpretují. Cenu ovlivňuje čistota, množství a druh nakupované látky, stejně jako geografické faktory, jako například život ve velkém městě nebo na pravidelné trase pro tranzit drog. Ceny drog se také velmi liší v jednotlivých zemích a podléhají výkyvům v čase, které odrážejí narušení dodávek. Bez ohledu na tato zkruslení údaje pro většinu typů drog naznačují, že celkově ceny drog v Evropě klesly.

Trendy ve spotřebitelských cenách drog v Evropě, 1999–2004



Ve většině zemí převládal v tomto pětiletém období trend klesajících pouličních cen konopí, heroínu, amfetaminů, extáze a kokainu (viz grafické znázornění níže). I když historické údaje o pouličních cenách převážně scházejí a pokud jsou k dispozici, jejich interpretace není snadná, je znepokojující, že tento současný trend odpovídá domněnce, že ceny možná dlouhodobě klesají. Například informace dostupné z některých zemí s vysokou prevalencí naznačují, že kokain a extáze byly v 80. letech a na začátku 90. let 20. století výrazně dražší než nyní.

Poznámka: Trendy představují dostupné informace o pouličních cenách jednotlivých drog na národní úrovni v členských státech EU a Norsku, vážené podle velikosti populace země pro stanovení celkového evropského trendu. Ceny byly upraveny o míru inflace v zemi (výchozí rok 1999) a všechny řady indexovány k základu 100 v roce 1999.

Tyto údaje, které jsou obtížně dosažitelné a často nespolehlivé a neúplné, nemůže řada zemí poskytnout. Státy, v nichž chyběly informace o cenách drog ve dvou nebo více po sobě následujících letech, nejsou do výpočtu cenových trendů příslušné drogy zařazeny: trend ceny hnědého heroínu vychází z dat, která poskytlo 9 zemí; v případě amfetaminů také 9 zemí; u kokainu, extáze a rostlinného konopí 13 zemí a v případě konopné pryskyřice 14 zemí.

Dále jsou v případech, kdy scházejí údaje za rok 2004 (11 případů), použity ceny z roku 2003; v případě chybějících dat za rok 1999 (1 případ) jsou použity ceny z roku 2000; údaje chybějící za ostatní roky (12 případů) byly získány interpolací dat z nejbližších let.

Další podrobnosti o cenách z roku 2004 viz tabulky PPP-1, PPP-2, PPP-3 a PPP-4 ve statistickém věstníku.

Zdroje: Cenové údaje: národní kontaktní střediska sítě Reitox. Inflační a populační data: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

škod je třeba lépe pochopit, co představuje správnou praxi a opatření podložená důkazy. Mezi celkově 380 000 žádostí o léčbu hlášenými v roce 2004 bylo užívání konopí hlavním důvodem doporučení léčby asi v 15 % všech případů, konopí je tudíž druhou nejčastěji hlášenou drogou hned po heroínu. Léčebná zařízení řeší také více problémů souvisejících se stimulanty a užíváním více drog, přičemž problematika nezákonných drog a alkoholu se do značné míry překrývá. Na úrovni populace však nemáme dostatečné znalosti o dopadu pravidelného a dlouhodobého užívání těchto typů drog na veřejné zdraví ani o pravděpodobných potřebách intervencí mezi jejich uživateli. V Evropě existuje nejvíce podkladů pro stanovení přístupů k problematice drog v oblasti řešení otázky užívání nelegálních opiátů, kde rozsáhlý soubor důkazů hovoří ve prospěch vytváření a cíleného poskytování služeb. Rostoucí shodu, která panuje v tom, že protidrogovou politiku je třeba zaměřit na problémové užívání heroínu, provází rostoucí potřeba dosáhnout

stejně jasného názoru na to, jak budeme reagovat na stále různorodější evropskou drogovou problematiku.

Potřeba lépe definovat a pochopit užívání více drog

Klíčovou záležitostí je potřeba reagovat na problémy, které způsobuje užívání několika různých psychoaktivních látek. Užívání více drog je čím dál více uznáváno za hlavní oblast rozvoje služeb. Definice pojmu však zůstává nejasná a v jistém ohledu lze téměř všechny, kdo užívají drogy, považovat za uživatele více drog. Užívání více drog také představuje náročný úkol pro systémy monitorování drog, které bývají založeny na behaviorálních měřeních užívání jednotlivé sledované drogy. Proto je naprosto nezbytné vytvořit lepší koncepční rámec pro popis různých typů užívání více drog jakožto první krok k pochopení důsledků tohoto chování. Letošní zpráva věnuje prostor prezentaci analytických otázek, které je třeba řešit, jestliže se má Evropa vyrovnat s úkolem lépe pochopit potřeby rostoucího počtu jedinců, jejichž problémy pramení z užívání několika různých drog namísto závislosti na jediné látce.

Zpět k budoucnosti: jak předvídat nebezpečí a nové úkoly

Letošní zpráva se stejně jako každý rok snaží vymezit nastupující trendy, aby bylo možné předvídat budoucí problémy. Taková analýza je samozřejmě spekulativní a musí být provedena obezřetně. Drogou, která jasně souvisí se závažnými problémy z hlediska veřejného zdraví, je metamfetamin. Zatímco celosvětově problémy s metamfetaminem dále narůstají, v rámci Evropy zůstává tato droga omezena na několik zemí s dlouhodobě zakořeněnými problémy. Přestože nám dostupné informace neumožňují dospět k pevným závěrům ohledně trendů, je skutečností, že záchyty nebo užívání této drogy hlásí více zemí, což jasně zdůrazňuje potřebu intenzivnějšího monitorování nejvíce ohrožených skupin populace.

V roce 2006 vydalo EMCDDA odborný článek o halucinogenních houbách a tuto otázku znovu shrnujeme v naší výroční zprávě. Dostupnost a užívání halucinogenních drog jsou podle všeho od konce 90. let 20. století na vzestupu, avšak do značné míry dosud unikaly pozornosti. Většinou se užívání tohoto typu drog ukazuje jako experimentální a nadále jsou problémy hlášeny jen zřídka. Rostoucí povědomí politických činitelů

o dostupnosti halucinogenních hub však vedlo k zavedení některých kroků ke zvýšení kontrolních opatření.

Psilocybin a psilocin, dvě psychoaktivní látky obsažené v halucinogenních houbách, podléhají podle mezinárodní úmluvy kontrole. Skutečnost, že tyto houby rostou v mnoha zemích přirozeně, však představuje pro legislativu problém o to složitější a tuto otázku řeší různé země Evropy odlišně. V obecnější rovině podporuje ostražitost při sledování nových látek, které mohou představovat hrozbu pro veřejné zdraví, a tudíž je nutná jejich kontrola, rozhodnutí Rady (2005/387/JVV) o výměně informací, hodnocení rizik a kontrole nových psychoaktivních látek. Příkladem, který potvrzuje potřebu včasného varování v této oblasti, je rychlé šíření mCPP (1-(3-chlorfenyl)piperazinu) v roce 2005. Nástup mCPP dokládá, že ti, kdo jsou zapojeni do výroby nezákonných drog, neustále hledají možnosti inovace v podobě nových chemických látek, které by se daly uvést na trh – v tomto případě pravděpodobně s cílem zesílit nebo upravit účinky MDMA (extáze). Na tuto inovaci je třeba reagovat, protože není známo, jaké závažné zdravotní problémy mohou tyto látky potenciálně způsobovat. Systém včasného varování zavedený rozhodnutím Rady proto představuje důležitý mechanismus jak zasáhnout do procesu, v němž zdraví mladých Evropanů ohrožují ti, kdo chtějí dosáhnout zisku obcházením existujících mechanismů kontroly drog.



Kapitola 1

Protidrogové politiky a legislativa

Národní protidrogové strategie

Během sledovaného období přijalo národní protidrogové strategie a akční plány pět zemí (tab. 1). Poprvé přijalo národní protidrogovou strategii Lotyšsko, a to na období 2005–2008, a národní protidrogové strategie a plány byly přijaty v České republice, Španělsku, Lucembursku a Rumunsku.

Vedle toho Finsko přijalo protidrogovou strategii pro vězeňskou správu (2005–2006) a ve Spojeném království smlouvy o veřejných službách (Public Service Agreements, PSA) vytýčily nové cíle a záměry v oblasti protidrogové politiky orientované na minimalizaci poškození, které nelegální drogy způsobují jednotlivcům, jejich rodinám a společnosti.

V průběhu sledovaného období byly připravovány národní protidrogové strategie v Itálii, Rakousku, Polsku, Portugalsku, Švédsku a Norsku (tab. 2).

Některé země, jež poprvé zavedly národní protidrogové strategie a akční plány už před určitou dobou (od roku 1998), nyní své strategie nebo plány nově formulují, přičemž kladou větší důraz na stanovení jasnějších

Tabulka 1: Země, které v roce 2005 přijaly nové protidrogové strategie		
Země	Dokument	Časové období
Česká republika	Národní protidrogová strategie	2005–2009
	Akční plán	2005–2006
Španělsko	Akční plán	2005–2008
Lotyšsko	Národní protidrogová strategie	2005–2008
Lucembursko	Národní protidrogová strategie a protidrogový akční plán	2005–2009
Rumunsko	Národní protidrogová strategie	2005–2012

Tabulka 2: Země, které v roce 2005 připravovaly protidrogové strategie

Země	Dokument	Časové období
Itálie	Akční plán	2004–2008
Rakousko	Národní strategie	
Portugalsko	Národní strategický plán a akční plán	2005–2008
Švédsko	Akční plán	
Norsko	Akční plán	

a dosažitelnějších cílů. Například Lucembursko uvádí, že jeho nový akční plán na období 2005–2009 je jednoduchý, jasně strukturovaný a orientovaný na výstupy, přičemž stanovuje cíle opatření, vymezuje odpovědnost a určuje rozpočty, očekávané výsledky a lhůty pro jejich dosažení a hodnocení. V Belgii jmenovaly orgány veřejného zdravotnictví Francouzského společenství a regionu Valonsko skupinu odborníků, aby vytvořila „společný plán prevence, pomoci a péče v oblasti drogové závislosti“. Skupina doporučila, aby „vlády jasněji definovaly priority a cíle“, aby „byla stanovena jasná definice základních principů společné protidrogové politiky“ a aby „byl určen chronologický sled zvolených strategií“. Akční plán na období 2005–2006 v České republice se ubírá podobným směrem, specifikuje konkrétní cíle a aktivity potřebné k jejich dosažení, vymezuje odpovědnost jednotlivých ministerstev a podmínky a ukazatele plnění pro každou oblast.

Hodnocení národních protidrogových strategií

Mnoho evropských zemí své národní protidrogové strategie automaticky obnovuje, a tím uvádí do pohybu cyklický proces, v němž výsledky předchozí strategie nebo její hodnocení slouží jako podklad pro budoucí strategii (EMCDDA, 2004a).

Během roku 2005 hlásily takový proces Irsko, Lucembursko, Maďarsko a Rumunsko. Hodnocení realizace maďarské

strategie boje proti drogám provedl externě nizozemský institut Trimbos, vůbec poprvé tak protidrogovou strategii nějaké země hodnotili zahraniční odborníci. Hodnocení se soustředilo na střednědobé výsledky protidrogové strategie a vedlo k souboru doporučení ohledně budoucích protidrogových strategií a způsobů posílení koordinační struktury v oblasti protidrogové politiky. Jsou zde určité podobnosti s hodnocením portugalské národní protidrogové strategie pro rok 1999 a akčního plánu na období 2001–2004, které v roce 2004 externě hodnotil Portugalský národní institut pro veřejnou správu a interně Institut pro drogy a drogovou závislost (*Institute for Drugs and Addiction, IDT*). Maďarsko a Portugalsko jsou prvními dvěma zeměmi v Evropě, které si vyžádaly externí posouzení svých národních protidrogových strategií.

V roce 2005 střednědobé přezkoumání irské protidrogové strategie na období 2001–2008, na základě konzultace s veřejností a analýzy klíčových národních údajů a údajů EU, doporučilo „nově zaměřit“ priority tak, aby řešily nastupující trendy v léčbě, užívání více drog současně, užívání kokainu a šíření HIV a hepatitidy C a „dodat nový impulz“ spuštění a realizaci všech klíčových kroků ve zbývajícím období strategie. V Rumunsku byla národní protidrogová strategie na období 2003–2004 hodnocena za účasti všech státních institucí zapojených do oblasti drog. Závěry tohoto hodnocení tvoří základ pro novou národní protidrogovou strategii na období 2005–2012. V Lucembursku bylo 87 % opatření stanovených v národním protidrogovém akčním plánu realizováno v určených lhůtách. Je hlášeno, že dosud nezavedená opatření (např. program distribuce heroinu) byla odložena především z politických důvodů. Zatím nerealizované kroky byly zahrnuty do nového akčního plánu.

Zprávy za poslední rok dále naznačují, že národní protidrogové strategie začínají mít viditelné účinky. Přestože zatím nelze definitivně říci, že celkový cíl snížení poptávky a nabídky byl splněn, není pochyb o tom, že národní protidrogové strategie dosáhly konkrétních a významných cílů.

Hodnocení portugalské protidrogové strategie přijaté v roce 1999 jí připisuje zvýšení dostupnosti léčby drogové závislosti, snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami a prevalence HIV a nárůst počtu policíí hlášených případů obchodování s drogami. Na druhé straně hodnocení také zjistilo, že došlo k poklesu věkové hranice, kdy lidé poprvé experimentují s drogami, a ke zvýšení počtu úmrtí souvisejících s látkami jinými než opiáty. Hodnocení národní strategie (2003) ve Španělsku – i když uznává, že cíl snížit užívání drog nebyl splněn – ukazuje, že bylo dosaženo dobrých výsledků v oblasti pomoci a minimalizace poškození a uspokojivých výsledků v dalších oblastech, jako např. ve výzkumu a vzdělávání, mezinárodní

spolupráci a snižování nabídky. Vedle toho ministerstvo zdravotnictví a spotřebitelských záležitostí schválilo akční plán na období 2005–2008 k mobilizaci zdrojů a realizaci iniciativ s cílem dosáhnout pokroku a oživení národní protidrogové strategie. V Řecku došlo v důsledku národního akčního plánu na období 2002–2006 ke zvýšení počtu typů dostupných léčebných programů a jejich rozsahu.

Ve Švédsku národní protidrogový akční plán na období 2002–2005 vedl k tomu, že problematika drog se dostala více do popředí politické agendy na místní, regionální a národní úrovni. Většina měst a obcí ve Švédsku má nějakou formu protidrogového akčního plánu a koordinace a spolupráce mezi zainteresovanými stranami v oblasti drog má nyní vyšší prioritu, což vedlo ke zlepšení v těchto oblastech. Ke změnám došlo také co do typů a dostupnosti péče o drogově závislé. Kontrolní komise ve Spojeném království, i když uznala pokrok v léčbě drogové závislosti, konstatovala, že zůstává prostor pro zlepšování v zařízeních pro reintegraci a rehabilitaci uživatelů drog, jako jsou například služby bydlení, sociální péče a další podpůrné služby. V budoucnu bude úspěšnost vlády při plnění těchto cílů protidrogové strategie poměřována vůči cílům stanoveným ve smlouvách o veřejných službách a indexem škodlivosti drog (drug harm index, DHI), které budou hodnotit škody působené problémovým užíváním kterékoli nelegální drogy.

A konečně je jako klíčový prvek v nově přijatých národních protidrogových strategiích uváděno hodnocení. V Lotyšsku Rada pro kontrolu drog a koordinaci snižování drogové závislosti bude každý rok hodnotit postup uplatňování programu a v Lucembursku proběhne v roce 2009 závěrečné externí hodnocení výsledků.

Veřejné výdaje související s drogami

Přestože výdaje se často stanovují za různá časová období a neexistuje žádná společná definice veřejných výdajů souvisejících s drogami, dostupné odhady naznačují, že výdaje na protidrogovou politiku vzrostly v několika zemích, včetně České republiky, Dánska, Lucemburska, Rakouska a Polska.

K zemím, které hlásily za rok 2004 výdaje na protidrogovou politiku, patřila Česká republika (11 milionů eur), Španělsko (302 až 325 milionů eur), Kypr (2,8 milionu eur), Polsko (51 milionů eur) a Norsko (46 milionů eur). Ještě aktuálnější rozpočtové výdaje na boj proti drogám hlásily dvě země: Lucembursko (6 milionů eur v roce 2005) a Spojené království (2 miliardy eur v letech 2004–2005).

Na Slovensku byly v roce 2004 podle odhadu celkové veřejné výdaje na protidrogovou politiku 14,5 milionů eur,

z čehož výdaje na vynucování zákona činily přibližně 8,4 milionů eur a na sociální a zdravotní péči 6,1 milionů eur.

Ve Švédsku se odhaduje, že výdaje na protidrogovou politiku se v roce 2002 pohybovaly okolo 0,9 miliardy eur (nižší odhad 0,5 miliardy, vyšší odhad 1,2 miliardy eur). Porovnání odhadů z roku 2002 s údaji za rok 1991 ukazuje, že veřejné výdaje na protidrogovou politiku podstatně vzrostly.

V Irsku střednědobé přezkoumání národní protidrogové strategie zveřejněné v červnu 2005 uznává, že „měření výdajů je nezbytné ke zjištění nákladové efektivnosti jednotlivých prvků strategie“ a brzy bude zahájena práce na určení odhadovaných výdajů na politiku. V Portugalsku Institut pro drogy a drogovou závislost (IDT) financuje výzkum k vytvoření a testování modelu pro odhad nákladů zneužívání drog a v Belgii bylo na konci roku 2005 zahájeno pokračování studie veřejných výdajů z roku 2004. Tyto zajímavé – i když nepřilíš početné – údaje ukazují, že zkoumání výdajů na protidrogovou politiku představuje v čím dál větší míře důležitou součást politické agendy některých členských států.

Vývoj legislativy a politiky Evropské unie

Akční plány

Na úrovni Evropské unie vytvářejí dva akční plány přijaté v roce 2005 přímo či nepřímo referenční rámec pro další směřování politiky Evropské unie v oblasti drog na několik dalších let. V červnu 2005 Rada schválila Protidrogový akční plán EU (2005–2008), když nejprve prostudovala návrh Komise z února 2005, přičemž vzala plně v úvahu závěrečné hodnocení protidrogové strategie EU a Protidrogového akčního plánu EU na období 2000–2004. Nový akční plán sleduje strukturu a cíle Protidrogové strategie EU na období 2005–2012 a uvádí asi sto konkrétních kroků, které má Evropská unie a její členské státy realizovat do konce roku 2008.

Podstatnou část nového protidrogového akčního plánu EU tvoří hodnocení. Je pojato jako nepřetržitý, postupný a participativní proces. Nepřetržitý proto, že Evropská komise za podpory EMCDDA a Europolu bude každoročně prezentovat přezkoumání provádění plánu. Hodnocení bude zároveň postupné, jelikož roční přezkoumání uvede výsledky minulého roku do kontextu předložského roku. A konečně tento proces bude participativní, přičemž se do něho zapojí řídicí skupina pro hodnocení, jejímž úkolem bude definovat metodiku, výstupy a provizorní harmonogram. Stejně jako

v případě hodnocení Protidrogového akčního plánu EU na období 2000–2004 bude řídicí skupina složena ze zástupců příslušných útvarů Komise, EMCDDA a Europolu a také ze zástupců členských států. Zorganizována budou rovněž konzultační setkání pro představitele občanské společnosti. Na konci období protidrogového akčního plánu 2005–2008, a poprvé na evropské úrovni, proběhne hodnocení dopadů se zřetelem k návržení nového akčního plánu na období 2009–2012, pro který má být toto hodnocení výchozím bodem. Závěrečné hodnocení strategie a akčních plánů provede Komise v roce 2012.

Tento protidrogový akční plán EU je zároveň složkou akčního plánu realizace Haagského programu, který stanovuje cíle, jež mají být naplněny v oblasti svobody, bezpečnosti a spravedlnosti v Evropské unii během období 2005–2010. Tento akční plán byl prezentován Komisí v květnu 2005 a schválen Radou v červnu 2005.

Protidrogový akční plán EU na období 2005–2008 odráží vyvážený přístup Evropské unie k fenoménu drog, tj. komplexní multidisciplinární přístup, který věc zvažuje ze všech možných hledisek: koordinace, snížení poptávky, snížení nabídky, mezinárodní spolupráce, informací, výzkumu a hodnocení.

Snižování nabídky drog

Dvě důležité aktivity v EU v oblasti snižování nabídky drog byly charakterizovány tím, že dne 18. srpna 2005 nabyla účinnosti dvě nařízení Evropské komise o prekurzorech přijatá v roce 2004. Kontrola chemických prekurzorů představuje významný aspekt snižování nabídky drog, protože tyto látky jsou při výrobě drog nenahraditelné. Kroky EU v této oblasti mají dvojitou podobu: za prvé regulace obchodu s určitými látkami mezi EU a třetími zeměmi, za druhé regulace v rámci vnitřního trhu.

První nařízení, přijaté v roce 1990 k zajištění souladu s ustanovením článku 12 Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988, o kontrole prekurzorů, stanovilo opatření, která mají být přijata za účelem zamezení zneužívání určitých látek k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek⁽¹⁾. Toto nařízení bylo nahrazeno v prosinci 2004 novým nařízením s rozšířením aplikačního rámce zaměřeným také na potlačení výroby syntetických drog⁽²⁾.

Směrnice Rady⁽³⁾ vydaná o dva roky později, v roce 1992, systém doplnila a stanovila odpovídající úpravy

(1) Nařízení Rady (EHS) č. 3677/90 ze dne 13. prosince 1990, Úř. věst. L 357, 20.12.1990, s. 1.

(2) Nařízení Rady (ES) č. 1111/2005 ze dne 22. prosince 2004, Úř. věst. L 22, 26.1.2005, s. 1.

(3) Směrnice Rady (EHS) č. 109/92 ze dne 14. prosince 1992, Úř. věst. 370, 19.12.1992, s. 76.

v rámci vnitřního trhu (výroba určitých látek používaných k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek a o jejich uvádění na trh), včetně určení kontrolních opatření. Nahradilo ji nové nařízení přijaté dne 11. února 2004 ⁽⁴⁾. V důsledku rozšíření EU se zákonodárci Společenství rozhodli nahradit směrnicí z roku 1992 novým nařízením, neboť „každá změna směrnice a jejích příloh by znamenala přijmout ve všech 25 členských státech vnitrostátní prováděcí předpisy“. Nový nástroj stanoví harmonizovaná opatření pro kontrolu a sledování některých látek často používaných při nedovolené výrobě omamných nebo psychotropních látek uvnitř EU s cílem zabránit jejich zneužití. Zejména zavazuje členské státy k přijetí nezbytných opatření, která by umožnila příslušným orgánům provádět jejich kontrolní a monitorovací povinnosti. Navíc dne 18. srpna 2005 vstoupilo v platnost nařízení, kterým se stanoví prováděcí pravidla k těmto dvěma nařízením ⁽⁵⁾.

Tyto kroky v oblasti prekurzorů doplňují další část významných aktivit EU v oblasti snižování nabídky drog. Díky využití nových příležitostí, které se naskytly od Maastrichtské smlouvy, vytvořila Evropská unie nový právní rámec pro boj proti obchodu s drogami a pro zlepšení spolupráce orgánů činných v trestním řízení. Od roku 1995–1996 bylo v této oblasti přijato několik společných opatření a v nedávné době bylo přijato rámcové rozhodnutí o harmonizaci minimálních postihů za obchodování s drogami a rozhodnutí o nových psychoaktivních látkách (viz „Opatření ve věci nových drog“ str. 55).

Vedle těchto právních nástrojů došlo k přijetí a uplatňování programu pro policejní a soudní spolupráci v trestních věcech. Agis je rámcový program, který má pomoci policii, dalším příslušným orgánům a soudnictví členských států EU a kandidátských zemí spolupracovat v trestních věcech v rámci boje proti kriminalitě. Od roku 2003 pomohl financovat mnoho projektů. Mezinárodní organizovaná výroba drog a obchod s drogami a zneužívání prekurzorů drog figurují v oblastech činnosti a v konkrétních tématech pracovního programu Agis pro rok 2006 a ve výzvě k předkládání návrhů (jejíž termín vypršel v lednu 2006).

Praní peněz a zabavení majetku

Došlo také k určitým úpravám právních nástrojů v oblasti praní peněz a zabavení majetku. Směrnice 91/308 o předcházení zneužití finančního systému k praní peněz ⁽⁶⁾, přijatá v roce 1991 na právní bázi vztahující se k vnitřnímu trhu a pozměněná v roce 2001, usilovala o harmonizaci legislativy v této oblasti mezi členskými státy. Jedním

z důvodů pro přijetí této směrnice byla snaha vyhnout se možnosti, že by absence kroků Evropského společenství proti praní peněz mohla vést k tomu, že členské státy přijmou protekcionistická opatření, která by mohla zpozdit vytvoření a dokončení vnitřního trhu. V červnu 2004 Komise navrhla novou směrnici se stejným účelem, avšak navíc zahrnující i financování terorismu. Omezení rozsahu směrnice na peníze získané obchodem s drogami bylo vnímáno jako příliš restriktivní a Komise navrhla rozšířit škálu trestných činů, na které se směrnice vztahuje. Tato nová směrnice, přijatá v říjnu 2005, podává přesnou definici závažné trestné činnosti a zahrnuje praní prostředků získaných takovou trestnou činností, včetně financování teroristické činnosti.

Dále dne 24. února 2005 přijala Rada rámcové rozhodnutí o „konfiskaci výnosů a majetku z trestné činnosti a nástrojů trestné činnosti“. Jeho cílem je zajistit, aby všechny členské státy měly účinná pravidla pro konfiskaci výnosu z trestné činnosti a nástrojů trestné činnosti, za něž lze uložit trest odnětí svobody na dobu delší než jeden rok. Legislativa EU v této oblasti existovala již dříve, ale byla považována za nedostatečnou. Toto nové rámcové rozhodnutí usiluje o dosažení účinné přeshraniční spolupráce v otázkách konfiskace. Mechanismus zabavování je rozšířen i na další majetkovou trestnou činnost, kdy byl trestný čin spáchán ve zločinném spolčení a kdy se na trestný čin vztahuje některé z několika dalších rámcových rozhodnutí EU. Mezi nimi je rámcové rozhodnutí 2004/757/SVV, kterým se stanoví minimální ustanovení týkající se znaků skutkových podstat trestných činů a sankcí v oblasti nedovoleného obchodu s drogami. Členské státy musejí přijmout nezbytná opatření k zajištění souladu s tímto rámcovým rozhodnutím do 15. března 2007.

Veřejné zdraví

Snižování poptávky je nedílnou součástí evropského vyváženého přístupu k drogám. V kontextu provádění akčního programu Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2003–2008 Evropská komise v roce 2005 vybrala pro financování některé projekty související s drogami s cílem „podpory zdraví a předcházení nemocem tím, že ve všech politikách a činnostech bude brán ohled na zdravotní faktory.“ První projekt, který bude financován v oblasti drog, nazvaný EU-Dap 2, je hodnocením účinnosti školního preventivního programu EU-Dap, který se snaží dlouhodobě snížit užívání tabáku, alkoholu a drog. Druhý projekt, IATPAD, se snaží zajistit lepší dostupnost léčby pro osoby s problémy souvisejícími s alkoholem

⁽⁴⁾ Nařízení (ES) č. 273/2004 Evropského parlamentu a Rady ze dne 11. února 2004, Úř. věst. L 47, 18.2.2004, s. 1.

⁽⁵⁾ Nařízení Komise (ES) č. 1277/2005 ze dne 27. července 2005, Úř. věst. L 202, 3.8.2005, s. 7.

⁽⁶⁾ Směrnice Rady č. 91/308/EHS ze dne 10. června 1991 o předcházení zneužití finančního systému k praní peněz. Úř. věst. L 166, 28.06.1991, s. 77–83.

a drogami. Mezi další horizontální projekty patří některé se zaměřením na drogovou prevenci; ty by také měly být spolufinancovány, například „PEER-Drive clean!“, což je inovativní projekt zaměřený na mladé lidi ve věku od 18 do 24 let, který má předcházet řízení pod vlivem alkoholu nebo drog. Tyto projekty byly vybrány pro financování a finanční spoluúčast by měly získat za předpokladu, že vyjednávací procedury s Evropskou komisí budou úspěšné a že bude podepsána smlouva o udělení grantu ⁽⁷⁾.

Nařízení o EMCDDA

V neposlední řadě Komise dne 31. srpna 2005 přijala nový návrh o přepracování zakládajícího nařízení EMCDDA. Nové nařízení je důležitým nástrojem umožňujícím práci EMCDDA z hlediska nových úkolů, které definuje. Zejména umožňuje EMCDDA zohlednit nové vzorce užívání drog a nové trendy v užívání více drog současně, včetně kombinovaného užívání dovolených a nedovolených psychoaktivních látek; vytvářet nástroje na pomoc členským státům a Evropské unii při monitorování a hodnocení jejich protidrogových politik a strategií; a spolupracovat se zeměmi mimo EU, jako jsou například kandidátské země EU nebo země západního Balkánu. Zahrnuje rovněž několik změn ve vědeckém výboru a správní radě EMCDDA. Na základě článku 152 Smlouvy o ES musí tento text nyní přijmout Rada a Evropský parlament podle postupu spolurozhodování.

Nová národní legislativa

Během sledovaného období několik zemí provedlo zásadní změny ve své protidrogové legislativě, které se týkaly trestných činů držení drog a obchodu s drogami a trestů.

V Rumunsku nový zákon a nový trestní zákoník zavedly rozlišení mezi závažným trestným činem a přečinem (přičemž přečin je nyní postižitelný především trestem obecně prospěšných prací a denními pokutami) mezi uživateli a závislými osobami a mezi nízkorizikovými a vysoce rizikovými drogami. Na trestné činy se podle zákona o drogách nyní může vztahovat osvobození od trestu a odložení výkonu trestu. Léčení závislých osob nyní může probíhat prostřednictvím integrovaného programu asistence, na který dohlíží vedoucí případu. Tresty odnětí svobody byly zvýšeny za trestné činy související s poskytováním místa pro užívání drog, tolerováním užívání drog na takovém místě nebo vybízením k užívání drog. Rovněž byly zvýšeny tresty za nezákonné podání vysoce rizikových drog osobě a za poskytnutí toxických chemických inhalačních látek nezletilé osobě.

V Bulharsku byl v červnu 2004 schválen nový zákon o kontrole omamných látek a prekurzorů. Tento zákon stanoví funkce státních orgánů při řízení regulačních procedur pro drogy, při provádění opatření proti zneužívání drog a obchodu s drogami a také ve výzkumu. Doplňující návrh zrušil zbavení drogově závislých osob trestní odpovědnosti, jestliže u nich byla nalezena pouze jediná dávka (podrobněji viz níže).

Na Slovensku nový trestní zákoník nově definuje trestné činy držení drog pro vlastní potřebu a pro účely obchodování. Na rozdíl od dřívějšího trestného činu držení drog pro vlastní potřebu (definována jako ne více než jedna dávka), paragraf 171 zavádí dva trestné činy držení drog pro vlastní potřebu, a to podle počtu dávek (více informací viz níže). Za tyto trestné činy mohou být také uloženy dva nové tresty: domácí vězení nebo obecně prospěšné práce. Držení více než deseti dávek musí být stíháno podle paragrafu 172, který podle přitěžujících okolností stanoví trest odnětí svobody v délce čtyř let až doživotí. Dále byla věková hranice trestní odpovědnosti snížena z 15 na 14 let.

V Litvě manipulace s drogami s úmyslem prodeje už nadále nemůže být trestána maximálně devadesátí dny v policejní cele; pro tento trestný čin je nyní stanoven výrazně přísnější minimální trest, a to trest odnětí svobody, i když minimální trest byl snížen z pěti let na dva roky. Maximální trest za krádež velkého množství drog nebo krádež organizovanou skupinou byl zvýšen na 15 let.

V Itálii nedávné změny legislativy (únor 2006) nově rozdělily drogy do dvou hlavních skupin namísto šesti (všechny látky, které nemají terapeutické použití, byly zařazeny do jedné skupiny a byl zcela vypuštěn pojem tvrdých a měkkých drog). Definovaly hranici mezi vlastní potřebou a obchodováním, revidovaly tresty tak, že nyní zahrnují domácí vězení a obecně prospěšné práce a zvýšily možnost uplatnění alternativních trestů. Vedle toho všichni uživatelé drog mají nyní právo zvolit si libovolně typ a místo léčby, kterou nastoupí, a instituci, která potvrzuje jejich statut drogově závislé osoby, přičemž tyto služby už nadále neposkytuje výhradně veřejný sektor.

Ve Spojeném království zákon o drogách z roku 2005 zavedl několik zásadních novelizací národní legislativy včetně toho, že vyjasnil zařazení hub obsahujících psilocin nebo psilocybin do kategorie tvrdých drog (třída A); stanovil předpoklad záměru obchodování s drogami, jestliže je zadrženo určité množství kontrolovaných drog; umožnil policii provést drogový test u pachatelů při zadržení, nikoli až při sdělení obvinění; stanovil požadavek, aby osoby s pozitivním výsledkem testu absolvovaly vyšetření zaměřené na užívání

(7) Více informací naleznete na stránkách http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

drog; a zavedl požadavek, aby soudy při ukládání trestů zvážily přitěžující okolnosti (jako například nabízení drog v blízkosti školy). Soudy mohou rovněž uvalit policejní vazbu až na osm dnů (dříve čtyři dny) na osoby, které polknou balíčky s drogou, a soud nebo soudní senát nyní může odvozovat závěry z toho, když osoba bez pádného důvodu odmítne podstoupit osobní prohlídku nebo rentgen.

Obecně je v celé Evropě tendence zmírňovat nebo rušit tresty odnětí svobody v případech trestných činů souvisejících s drogami pro vlastní potřebu a zároveň zvyšovat tresty za trestné činy související s nabízením drog⁽⁸⁾.

Množství

Během sledovaného období několik zemí přijalo legislativní úpravy, které stanovují maximální množství drog.

V Belgii po zrušení článku 16 zákona z roku 2003 ústavním soudem nová společná směrnice ministra spravedlnosti a nejvyššího státního zástupce upravuje porušení zákona v souvislosti s konopím. Stanoví, že držení malého množství konopí pro vlastní potřebu (ne více než 3 gramy nebo jednu rostlinu) dospělou osobou má vést pouze k policejnímu záznamu, pokud neexistují přitěžující okolnosti.

Na Slovensku má množství ústřední úlohu v novém trestním zákoníku v oblasti drogových deliktů. Paragraf 171 zavádí dva různé trestné činy držení drog pro vlastní potřebu: za držení ne více než tří dávek může být uložen trest odnětí svobody až na 3 roky, zatímco za držení „většího množství“ (ne více než deset dávek) může být uložen trest odnětí svobody v trvání nejvýše 5 let. Držení množství větších, než jsou tato, musejí být stíhána podle paragrafu 172. Ten umožňuje uložit trest odnětí svobody v trvání 4 až 10 let, pokud neexistují přitěžující okolnosti, trest odnětí svobody v trvání 10 až 15 let může být uložen za držení ještě většího množství (s pouliční cenou vyšší než desetinásobek „základní“ částky 8 000 SKK, tj. přibližně 200 eur), 15 až 20 let za držení drog ve značném rozsahu (definováno jako množství překračující více než stonásobně základní částku) a 20 až 25 let nebo doživotí za držení drog ve velkém rozsahu (definováno jako množství překračující více než pětisetnásobně základní částku).

V období 2002–2005 Institut Maxe Plancka v Německu prováděl hodnocení § 31 odst. a) německého zákona o omamných látkách, který umožňuje, aby v případě trestného činu držení „nevýznamného množství“ drog

bylo za určitých okolností upuštěno od trestního stíhání. Hodnocení ukázalo, že v praxi se provádění § 31 odst. a) v šestnácti spolkových zemích Německa značně liší, částečně kvůli různému výkladu slova „nevýznamný“ (Schäfer a Paoli, 2006). V březnu 2005 spolková země Berlín uzákonila revizi svého „pokynu ke konopí“, podle kterého držení až 10 gramů konopí není trestně stíháno, jestliže jsou splněna určitá kritéria. Toto množství může být v individuálních případech zvýšeno až na 15 gramů.

Ministr zdravotnictví Litvy upravil doporučení ohledně toho, co se považuje za malé, velké a velmi velké množství omamných a psychotropních látek, a tato množství predefinoval. Zákon o drogách z roku 2005 ve Spojeném království nyní zavádí předpoklad záměru obchodování s drogami, jakmile je nalezeno určité množství kontrolovaných drog, přičemž tato množství jsou dána nařízením definovanými na jaře 2006.

V Bulharsku se novelou a dodatkem trestního zákoníku (nově SG 26/04) zrušuje paragraf 354a odst. 3, který zbavoval drogově závislé osoby trestní odpovědnosti, jestliže u nich bylo zjištěno držení jediné dávky. Mezi důvody pro toto opatření byly potíže s definováním množství jediné dávky a důkazy, že tato výjimka byla u soudu zneužívána ve prospěch dealerů drog.

V Itálii změny zavedené v únoru 2006 stanovily nová limitní množství definující hranici mezi vlastní potřebou a obchodováním s drogami, na základě množství účinné složky drogy, poté kdy byly takové limity v roce 1993 zrušeny. Limity jsou uvedeny ve zvláštní vyhlášce ministerstva zdravotnictví z dubna 2006.

Jak už ukázal výzkum Evropské databáze zákonů o drogách (ELDD)⁽⁹⁾, úloha množství se v zákonech o drogách různí; v některých zemích (např. na Slovensku) jsou množství, která vymezují určité trestné činy, striktně dána definicí, jinde (jako např. ve Spojeném království) jsou množství vodítkem, které vede k vyvrátitelnému předpokladu záměru. Množství mohou rovněž rozhodovat o druhu trestného činu (např. držení nebo nabídka) nebo o výši trestu za tento trestný čin. I když mnoho zemí ve svých zákonech množství uvádí, lze je definovat různým způsobem (hmotnost, hodnota), případně je nedefinovat vůbec. Nejnovější, evidentně protichůdné kroky Itálie a Bulharska i nadále ukazují pouze to, že v této otázce není v Evropě jasná shoda.

⁽⁸⁾ Viz výroční zpráva za rok 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/cs/page013-cs.html>). Viz též tematický dokument EMCDDA „*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*“ („Užívání nezákonných drog v EU: legislativní přístupy“) (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽⁹⁾ Viz „*The role of the quantity in the prosecution of drug offences*“ („Úloha množství v trestním stíhání drogových deliktů“, legislativní zpráva ELDD a tab. 1 v tematickém dokumentu EMCDDA „*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*“ („Užívání nezákonných drog v EU: legislativní přístupy“) (oba dokumenty jsou k dispozici na stránce <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

Statistiky o ukládání trestů

V několika zemích bylo projednáno nebo zavedeno monitorování trestů uložených pachatelům drogové trestné činnosti a v některých případech byly na základě výsledků přijaty určité kroky.

V Irsku byl dán souhlas ke zřízení centrálního odboru statistiky trestné činnosti pro monitorování statistik o zatčeních, trestních stíháních a povaze uložených trestů, v souladu s národní protidrogovou strategií.

Německý zákon o omamných látkách umožňuje státnímu zástupci, aby bez souhlasu soudu za určitých okolností zastavil trestní stíhání pro držení drog. Bez ohledu na to, že existují doporučení a pokyny k nim, nařízení se mezi jednotlivými spolkovými zeměmi výrazně liší. Výše uvedená studie těchto rozdílů, vypracovaná ministerstvem zdravotnictví, sledovala tresty uložené ve více než 1 800 případech v šesti různých spolkových zemích (Schäfer a Paoli, 2006).

V některých regionech Rakouska proběhly pokusy standardizovat uplatňování § 12 a § 35 odst. 4 zákona o omamných látkách, které definují zjednodušené procedury odložení případů hlášených policii v případě koupě nebo držení malého množství konopí. Další statistiky uložených trestů ukázaly, že odložení případů jako zákonná alternativa trestu v roce 2004 vzrostlo, i když policejní hlášení a počty usvědčení vzrostly ještě více, zatímco počet zastavených trestních stíhání mírně poklesl.

V Rumunsku byly zkoumány soudní statistiky uložených trestů s cílem monitorovat úspěšnost opětovného začlenění uživatelů drog, kteří se dopustí jiného trestného činu než užívání drog, do společnosti. Ve většině případů postih spočíval v podmíněném trestu při uložení dohledu. Bylo konstatováno, že od roku 2004 soudy méně často ukládaly povinnou léčbu, čímž vlastně omezily zapojení probačních služeb, a tím i jejich příspěvek k sociální rehabilitaci uživatelů drog.

Statistiky uložených trestů nebo vyhnutí se uložení trestů podávají mnohem přesnější obrázek uplatňování protidrogové politiky země než znění zákonů (viz EMCDDA, 2002a). Přestože ne všechny členské státy vedou komplexní statistiku uložených trestů, na rozdíl od statistik zatčení, země začínají uvádět větší zájem o monitorování uplatňování protidrogové politiky země, což je v souladu s trendem hodnocení nástrojů politik (10). Otázkou shromažďování a analýzy statistických údajů o uložených trestech se zabývalo setkání odborníků EMCDDA v roce 2006.

Trestná činnost související s drogami

Opatření 25.1 Protidrogového akčního plánu EU (2005–2008) předpokládá, že Rada přijme do roku 2007 společnou definici výrazu „trestná činnost související s drogami“ na základě návrhu Komise vycházejícího ze stávajících studií předložených EMCDDA.

Ačkoli EU dosud nemá žádnou definici trestné činnosti související s drogami, obvykle se za ni považují trestné činy spáchané pod vlivem drog; trestné činy spáchané za účelem financování užívání drog; trestné činy, k nimž dochází v souvislosti s fungováním nezákonných trhů s drogami, a trestné činy, při nichž dochází k porušování protidrogové legislativy. Běžné údaje jsou v Evropské unii k dispozici pouze o čtvrtém typu trestných činů – tzn. těch, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů.

Údaje o prvních třech typech trestných činů v EU jsou vzácné nebo útržkovité. Některé pocházejí z místních studií prováděných ad-hoc, z nichž je extrapolace velmi obtížná, jiné se zabývají pouze konkrétním typem trestné činnosti související s drogami.

Zprávy o spojitosti mezi drogami a kriminalitou

V České republice proběhl na krajských policejních správách v roce 2005 už druhý rok po sobě průzkum drogové kriminality. Podle odhadů v roce 2004 přibližně 62 % trestných činů výroby a distribuce drog, 25 % podvodů, 21 % případů zpronevěry peněz/majetku a 20 % běžných krádeží spáchali uživatelé drog, aby si opatřili prostředky na drogy (česká národní zpráva).

Průzkum provedený v roce 2004 mezi 15–16letými ve Finsku ukázal, že přibližně 7 % těch, kteří v posledním roce užívali konopí, financovalo své užívání drog nezákonně; více než polovina z nich prodejem drog a ostatní především krádežemi (Kivivuori a kol., 2005, citováno ve finské národní zprávě).

V Irsku dvě studie, které v roce 1996 a v letech 2000–2001 provedla výzkumná jednotka Garda u vzorku uživatelů drog známých policii, odhadly, že uživatelé drog zodpovídali za 66 % zjištěných trestných činů v roce 1996 a 28 % v letech 2000–2001 (Keogh, 1997; Furey a Browne, 2003, citováno v irské národní zprávě). Průzkum v letech 2000–2001 zjistil, že uživatelé opiátů odpovídali za 23 % odhalených případů krádeže a 37 % odhalených případů vloupání.

(10) Viz „Národní politiky: hodnocení právních předpisů“ (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page021-cs.html>).

Údaje o „hlášení“⁽¹¹⁾ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy jsou dostupné ve všech evropských zemích analyzovaných v této zprávě. Promítají se do nich rozdíly v národních legislativách, ale také různorodost způsobů, kterými jsou tyto zákony uplatňovány a vymáhány, a rozdíly v prioritách a zdrojích alokovaných orgány trestní justice na konkrétní trestné činy. Navíc mezi národními systémy informací o porušování protidrogových právních předpisů existují odlišnosti, zvláště co se týká postupů hlášení a evidence – tj. co se eviduje, kdy a jak. Protože kvůli těmto rozdílům je přímé srovnání mezi zeměmi EU značně obtížné⁽¹²⁾, je vhodnější porovnávat trendy namísto absolutních čísel.

Během pětiletého období 1999–2004 počet „hlášení“ o porušování protidrogových právních předpisů celkově vzrostl ve většině zemí EU (vlastně ve všech sledovaných zemích, s výjimkou Itálie a Portugalska; k výraznému – dvojnásobnému i vyššímu – nárůstu došlo v Estonsku, Litvě⁽¹³⁾, Maďarsku⁽¹⁴⁾ a Polsku). V roce 2004 byl tento rostoucí trend potvrzen ve většině zemí podávajících zprávy⁽¹⁵⁾, i když několik zemí hlásilo oproti předchozímu roku pokles – Česká republika, Řecko, Lotyšsko, Lucembursko, Portugalsko, Slovinsko (od roku 2001), Slovensko, Finsko a Bulharsko⁽¹⁶⁾.

Ve většině členských států EU se převážná část hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy⁽¹⁷⁾ týká užívání drog nebo držení drog pro vlastní potřebu⁽¹⁸⁾, přičemž podíl těchto trestných činů na celkovém počtu trestných činů se pohyboval v roce 2004 v rozmezí od 61 % v Polsku až po 90 % v Rakousku. V České republice, Lucembursku, Nizozemsku a Turecku se většina hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy týkala nezákonného zacházení a obchodování s drogami, přičemž podíl těchto trestných činů na celkovém počtu

drogových trestných činů se pohyboval v rozmezí od 48 % v Lucembursku až po 93 % v České republice.

Za stejné pětileté období počet trestných činů spočívajících v užívání nebo držení drog pro vlastní potřebu celkově ve všech sledovaných zemích vzrostl, s výjimkou Itálie, Portugalska, Slovinska, Bulharska a Turecka, které hlásily klesající trend⁽¹⁹⁾. Podíl těchto trestných činů na celkovém počtu všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy během tohoto období ve většině sledovaných zemí rovněž vzrostl, i když tempo růstu bylo obecně nízké, s výjimkou Kypru, Polska a Finska, kde byly hlášeny výraznější vzestupné trendy. V Lucembursku, Portugalsku, Bulharsku a Turecku však podíl drogových trestných činů týkajících se užívání nebo držení drog pro vlastní potřebu celkově poklesl⁽²⁰⁾.

Ve většině členských států je konopí nejčastější nezákonnou drogou⁽²¹⁾, které se týkají trestné činy porušující protidrogové právní předpisy⁽²²⁾. V zemích, kde tomu tak je, tvořily trestné činy související s konopím 34 až 87 % všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. V České republice a Litvě převládaly trestné činy související s amfetaminy, které v České republice tvořily 50 a v Litvě 31 % všech trestných činů porušujících drogové právní předpisy; zatímco v Lucembursku je nejčastěji hlášenou látkou kokain (ve 43 % případů trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy).

V letech 1999–2004 počet „hlášení“ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s konopím celkově vzrostl ve většině sledovaných zemí, zatímco v Itálii a Slovinsku byl patrný pokles⁽²³⁾. Během stejného období podíl drogových trestných činů týkajících se konopí vzrostl v Německu, Španělsku, Francii, Litvě, Lucembursku, Portugalsku, Spojeném království a Bulharsku,

⁽¹¹⁾ Výraz „hlášení“ je v kontextu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy uváděn v uvozovkách, protože označuje různé koncepty v různých zemích. Přesnou definici pro každou zemi naleznete v metodických poznámkách k trestným činům porušujícím protidrogové právní předpisy ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹²⁾ Podrobnější pojednání o metodických otázkách viz metodické poznámky o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹³⁾ Nárůst v Litvě je způsoben zavedením nového trestního zákoníku v květnu 2003.

⁽¹⁴⁾ Nárůst v Maďarsku je způsoben především novelizací trestního zákoníku a trestního řádu.

⁽¹⁵⁾ Údaje o „hlášeních“ trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy za období 1999–2004 byly k dispozici ve všech zemích (i když někdy ne za každý rok), s výjimkou Kypru, Slovenska, Bulharska, Rumunska, Turecka a Norska; a za rok 2004 ve všem zemích s výjimkou Irsku, Spojeného království a Norska.

⁽¹⁶⁾ Viz tab. DLO-1 a obr. DLO-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷⁾ Přehledy podle typu trestného činu byly k dispozici ve všech zemích (i když někdy ne za každý rok v období 1999 až 2004), s výjimkou Dánska, Estonska, Lotyšska, Litvy, Maďarska, Slovenska a Rumunska.

⁽¹⁸⁾ Viz tab. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁹⁾ Viz tab. DLO-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁾ Viz tab. DLO-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²¹⁾ Přehledy trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy podle druhu látky byly k dispozici ve všech zemích (i když někdy ne za každý rok v období 1999 až 2004), s výjimkou Dánska, Estonska, Lotyšska, Maďarska, Finska, Rumunska a Norska.

⁽²²⁾ Viz tab. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²³⁾ Viz obr. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2006.

příčemž zůstal celkově vyrovnaný v Irsku a Nizozemsku a poklesl v Belgii, Itálii, Rakousku, Slovinsku a Švédsku⁽²⁴⁾. I když ve všech sledovaných zemích (s výjimkou České republiky a Bulharska a po dobu několika let v Belgii) konopí převažuje u trestných činů užívání nebo držení drogy oproti jiným typům trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, podíl trestných činů souvisejících s užíváním konopí od roku 1999 se v několika zemích snížil – zejména v Itálii, na Kypru (2002–2004), Rakousku, Slovinsku a Turecku (2002–2004) – a ve většině sledovaných zemí během posledního roku (2003–2004) klesl, což možná naznačuje menší zaměření orgánů činných v trestním řízení na uživatele konopí v těchto zemích⁽²⁵⁾.

Během této pětileté období počet „hlášení“ anebo podíl trestných činů porušujících protidrogové

právní předpisy v souvislosti s heroinem ve většině sledovaných zemí klesl, s výjimkou Belgie, Rakouska, Slovinska a Švédska, které hlásily vzestupný trend v počtu „hlášení“ týkajících se heroínu⁽²⁶⁾ anebo podílu drogových trestných činů, které se týkaly heroínu⁽²⁷⁾.

Opačný trend lze sledovat u trestných činů souvisejících s kokainem: jak co do počtu „hlášení“⁽²⁸⁾, tak co do jejich podílu na všech drogových trestných činech⁽²⁹⁾, počet trestných činů souvisejících s kokainem od roku 1999 ve většině sledovaných zemí vzrostl. Jedinou zemí, která vykazuje sestupný trend trestné činnosti související s kokainem (co do počtu případů i jejich podílu na drogové kriminalitě), je Bulharsko.

Evropské protidrogové politiky: přesahují rámec nezákonných drog?, Výroční zpráva EMCDDA za rok 2006: vybraná témata

Protidrogové politiky v Evropě začínají přesahovat rámec nezákonných drog a začínají zahrnovat další návykové látky nebo i typy chování. To je patrné v protidrogových politikách některých členských států a v protidrogových strategiích EU. Výzkum se v rostoucí míře zabývá otázkou závislosti nebo návykového chování bez ohledu na to, o jaké látky se jedná. Toto vybrané téma týkající se zvýšené pozornosti, kterou legálním látkám nebo závislosti jako takové věnují národní strategie boje proti nezákonným drogám nebo

politické dokumenty, se pokouší přinést první vhled do tohoto nastupujícího fenoménu v Evropské unii.

Přestože se protidrogové strategie vždy nezmiňují o legálních drogách nebo závislostech, toto vybrané téma konstatuje, že programy prevence a v některých zemích také léčebná opatření se týkají jak legálních, tak nelegálních drog a prioritně se zaměřují na děti a mladé lidi. Čím dál více se setkáváme s pomalou integrací, na úrovni strategické nebo institucionální, legálních drog do politiky a opatření proti nezákonným drogám.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi („European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internetu (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²⁴⁾ Viz tab. DLO-6 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁵⁾ Viz obr. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁶⁾ Viz obr. DLO-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁷⁾ Viz tab. DLO-7 ve Statistickém věstníku 2006. Za zmínku stojí, že ve Švédsku podíl trestných činů souvisejících s heroinem během období 1999–2003 klesl.

⁽²⁸⁾ Viz obr. DLO-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁹⁾ Viz tab. DLO-8 ve Statistickém věstníku 2006.



Kapitola 2

Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Prevence

Zkušenosti v některých členských státech naznačují, že intervence drogové prevence na individuální úrovni mohou být účinnější, jestliže jsou podporovány i regulačními politikami u legálních drog, které mohou omezit přístup mladých lidí k těmto látkám a snížit jejich společenskou přijatelnost. V důsledku toho si preventivní strategie týkající se prostředí, které se zabývají normativním a kulturním rámcem užívání látek, v částech Evropy získávají své místo, podporovány prvními kroky přijatými na úrovni EU: směrnici o tabákové reklamě a rámcovou úmluvou Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (viz oddíl o strategiích týkajících se prostředí ve vybraném tématu o rekreačním užívání drog).

Úloha kampaní v masových médiích začíná být v rostoucí míře vnímána tak, že spíše zlepšují informovanost (aby zdůraznily, podpořily a vysvětlily lidem důvody pro strategie týkající se prostředí), než že by měnily chování. V tomto ohledu nedávný německý přehled mezinárodní literatury (Bühler a Kröger, 2005, citovaný v německé národní zprávě) doporučuje, aby mediální kampaně byly využívány jako podpůrný, nikoli jediný prostředek k dosažení změn chování.

Prevence veřejného zdraví

Zatímco podpora zdraví – jako rámcová podmínka prevence – se snaží vybízet lidi ke zdravějšímu životnímu stylu a vytvořit pro všechny zdravější životní podmínky, v některých členských státech (v Itálii, Nizozemsku, na Slovensku) a v Norsku zaznívá ve stále větší míře nový termín „prevence veřejného zdraví“. Prevence veřejného zdraví zahrnuje řadu preventivních opatření zaměřených na zlepšení zdraví ohrožených částí společnosti, mezi nimiž je drogová prevence jednou složkou. Tato opatření jsou zvláště vhodná pro potřeby mladých lidí, jejichž problémové chování, včetně užívání drog, je silně ovlivněno jejich ohrožeností (sociální i osobní) a životními podmínkami. Tudiž, protože se selektivní a indikované strategie prevence zaměřují na sociální a osobní rizikové podmínky, jsou

přirozeně spjaty s dalšími politikami veřejného zdraví relevantními pro mladistvé (strategie duševního zdraví dospívajících týkající se poruch chování, poruch pozornosti atd.), sociálními politikami (zajištění prostoru pro trávení volného času a podpora ohrožených mladých osob nebo sociálně deprivovaných rodin), vzdělávacími politikami (snížování počtu případů nedokončení školní docházky) atd. Prevence veřejného zdraví se tedy zaměřuje na úplný výčet faktorů ohrožení, které jsou významné při řešení drogového problému, a to zapojením služeb a sektorů, jež by se jinak samy problematikou drog nezabývaly.

Všeobecná prevence ve školách

V rámci prevence ve školách nacházejí své místo preventivní přístupy založené na programech. Prevence založená na programech předpokládá standardizovanou realizaci se stanoveným počtem hodin, přičemž každá má přesně definovaný obsah, a podrobně rozpracované materiály pro učitele a žáky. To umožňuje monitorování a hodnocení a zvyšuje přesnost, věrnost a konzistenci intervencí, což vede k vysoké kvalitě výuky. V důsledku toho více členských států než dříve monitoruje preventivní intervence ve školách (Česká republika, Řecko, Španělsko, Irsko, Itálie, Kypr, Maďarsko, Nizozemsko a Spojené království). Vůbec první školní preventivní program s názvem „*European Drug Abuse Prevention Trial*“ (Evropská studie prevence zneužívání drog) (www.eudap.net) ukázal slibné výsledky. Tento projekt financovaný Evropskou komisí byl realizován a podroben srovnávacímu hodnocení v sedmi zemích, devíti regionálních centrech a 143 školách a zapojilo se do něj 7 000 studentů (3 500 ve sledované skupině a 3 500 v kontrolní skupině). EU-Dap uvádí, že v porovnání s kontrolní skupinou měli studenti ve sledované skupině o 26 % nižší pravděpodobnost denního kouření, o 35 % nižší pravděpodobnost časté opilosti a o 23 % nižší pravděpodobnost užívání konopí. Srovnatelným výzkumným projektem založeným na programech je Blueprint ve Spojeném království⁽³⁰⁾. Kromě toho je nyní více pozornosti věnováno přísnějšímu technickému vedení a lepšímu pokrytí při realizaci prevence ve školách (např. ve Francii a Irsku).

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

Policie ve školách

Úloha policie v rámci protidrogové prevence ve školách je spornou otázkou. V Belgii Francouzské společenství doporučuje, aby politiku podpory zdraví a prevence prováděly školské orgány a aby se policejní složky na programech prevence nepodílely. Také ve Spojeném království koncepční dokument (protidrogový výbor ACPO, 2002) doporučil, aby policie působila pouze v oblastech své odbornosti (bezpečnost, trestná činnost, veřejný pořádek) a do konkrétní protidrogové výchovy nezasahovala. Ve stejném duchu pokračuje také Portugalsko i nadále v programu terénní policejní práce „Escola Segura“ („Bezpečná škola“). Během školního roku 2004–2005 bylo konkrétním školám přiřazeno celkem 320 policistů, jejichž úkolem bylo provádět terénní policejní práci a odrazovat od trestné činnosti, a to jak v denních, tak v nočních hodinách. Ve Francii docházejí do škol a dalších institucí na požádání odborníci, kteří byli útvary činnými v trestním řízení vyškoleni pro kontakt s populací mladistvých a dospělých. I přes doporučení, že protidrogovou výchovu by neměli vést policisté v uniformách, protože v některých případech by to mohlo mít opačný účinek, jsou však aktivity prováděné policejními složkami ve školách i nadále v mnoha členských státech běžné.

Selektivní prevence

S uznáním a rozvojem přístupu selektivní prevence většinou členských států se v rostoucí míře stávají středem pozornosti ohrožené skupiny populace. Například Německo, Řecko, Lucembursko, Rakousko, Finsko a Spojené království hlásí programy zaměřené na mladé pachatele.

Několik zemí (např. Polsko a Slovensko) začalo klást důraz na prevenci mezi ohroženými skupinami. Ve Švédsku došlo k nejviditelnějšímu nárůstu aktivit v porovnání s loňským rokem v programech pro rizikové předškoláky a školáky s tendencí k externalizaci problémů. Počet měst a obcí, které tyto programy realizují, se přibližně zdvojnásobil. Vedle toho Norsko připravuje národní strategii včasné intervence proti problémovému užívání drog a alkoholu, v jejímž rámci se preventivní úsilí konkrétně zaměří na rizikové skupiny. Přístupy založené na jiných než abstinčních metodách nejen účinně snižují spotřebu, ale také předcházejí zahájení drogové kariéry dalšími osobami ve skupinách, kde už začínající užívání drog probíhá. Polsko má proto celostátní program, který má změnit drogové chování ohrožených dětí a dětí v raném stádiu užívání drog. Konkrétním cílem polského programu je podporovat rodinu při řešení problémů s drogami. V tomto ohledu je užitečné, že se koncepce selektivní prevence nesoustředí jen na užívání drog a nestigmatizuje je; místo toho se zaměřuje na ohroženost osob v širším smyslu.

Členské státy v rostoucí míře hlásí zaměření na konkrétní etnické skupiny ve svých programech selektivní prevence, přičemž čtyři země (Belgie, Německo, Itálie a Lucembursko) hlásí v této oblasti nové projekty. V Itálii je nyní prioritou mnoha projektů chránit děti, matky a rodiny přistěhovalců nebo příslušníky etnických menšin. Lucembursko uvádí, že věnuje zvláštní pozornost mladým lidem a nejpočetnější přistěhovalecké komunitě, přičemž se soustředí na jazykové a sociokulturní zvláštnosti.

Selektivní prevence ve školách

Selektivní prevence se soustředí čím dál více na mladé osoby s rizikem nedokončení školní docházky anebo s problémy v chování, například v Itálii, kde je přibližně 15 % preventivních intervencí ve školách zaměřeno na ohrožené podskupiny studentů (selektivní a indikovaná prevence). Hlavními podskupinami, na něž se selektivní prevence ve školách zaměřuje, jsou studenti s problémy v sociálním chování, problémy ve škole nebo v rodině, studenti z přistěhovaleckého prostředí a příslušníci etnických menšin. Školní prospěch a docházka do školy jsou ve skutečnosti dobrými ukazateli problémů s drogami a jejich monitorování umožňuje včasnou a přesnou intervenci.

Na předčasné ukončení školní docházky se zaměřují programy protidrogové prevence v několika členských státech. Projekt HUP v okrese Storstrom v Dánsku se snaží zvýšit průměr absolvování školní docházky ze 75 % na celostátní cíl 95 % tím, že se zaměřuje na ohrožené žáky. Podobné projekty jsou hlášeny v Irsku, Portugalsku (47 projektů), Rumunsku (jeden projekt) a Norsku (brožury pro učitele). Snížení počtu žáků, kteří předčasně ukončí školní docházku, je oficiálním záměrem irské národní strategie, s cílem 10% poklesu v oblastech místních protidrogových pracovních skupin ve srovnání s rokem 2005–2006. Nejvíce se ohroženým žákům věnují programy selektivní prevence na Maltě, zatímco ve Francii a na Slovensku jsou ve školách poskytovány poradenské služby, které jsou žákovi doporučeny nebo je vyhledá sám.

Prevence zaměřená na rodinu

S rostoucím počtem mladších dětí, které začínají užívat drogy, nabývá na významu zlepšení a zintenzivnění prevence zaměřené na rodinu. V předbubertálnímu věku vliv rodiny převažuje nad vlivem vrstevníků. Úloha rodiny při stanovování norem a podpora dětí spočívá více v prevenci než ve vštěpování informací o látkách.

Prevence zaměřená na rodinu začíná být v EU cílenější a výrazněji vychází z potřeb. Několik členských států (Německo, Španělsko, Irsko, Itálie a Spojené království) uznalo, že kontaktovat problémové rodiny může být pro instituce obtížné. Proto ve Spojeném království v rámci kampaně FRANK vznikl pro protialkoholické akční týmy

a pracovníky prevence soubor opatření, jak oslovit rodinu a v několika dalších členských státech jsou nyní realizovány programy selektivní prevence zaměřené na ohrožené rodiny. Tyto programy využívají k oslovení ohrožených rodin různé techniky (např. poskytování potravin, finanční pobídky, hlídání dětí), většinou vycházející z Kumpferova programu posilování rodiny (Kumpfer a kol., 1996).

Program posilování rodiny je realizován ve Španělsku (v Palma de Mallorca a v Barceloně), v Nizozemsku (hodnotící studie ve dvou městech) a ve Švédsku (ve dvou městech). Probíhá vzdělávání v Irsku a Itálii a předpokládá se, že v Itálii bude rozšířeno do několika měst. Norsko vyhodnocuje podobný program MST randomizovanou kontrolovanou studií. Tyto selektivní programy zaměřené na rodinu mají obdobné rysy ve všech členských státech, kde byly realizovány.

Programy pro zanedbané děti a mladistvé z dysfunkčních rodin probíhají v Polsku a v některých spolkových zemích Rakouska. Tyto programy jsou realizovány v místních prostorách, jako jsou například společenské místnosti sociálních terapií, výchovná zařízení, kluby mládeže a centra prevence.

Některé země se v rostoucí míře soustřeďují na děti alkoholiků (Belgie, Německo, Rakousko). Ostatní země se nadále zaměřují výhradně na děti uživatelů drog.

Prevence v obcích

Většina programů selektivní prevence se provádí na úrovni obcí. Částečně je tomu tak proto, že jednotlivé zainteresované sociální služby jsou obvykle koordinovány právě na této úrovni. V zemích, kde mají obce pravomoc a vůli vymáhat místně stanovené normy, je ovšem obec přirozenou jednotkou pro strategie týkající se prostředí. Selektivní prevence na úrovni obcí je běžná ve skandinávských zemích a v Belgii, Nizozemsku, Polsku a ve Spojeném království a v rostoucí míře se objevuje v zemích, které v minulosti tento přístup využívaly méně (ve Francii, Itálii, Maďarsku, Portugalsku).

Tím, že stanovují místní normy upravující dostupnost a způsob konzumace legálních drog a optimalizují místní služby, jsou místní strategie týkající se prostředí dobrým výchozím bodem pro efektivní programy protidrogové prevence.

Kontrola kvality prevence

Kontrola kvality prevence nabývá na významu, zvláště když mnoho členských států převedlo kompetence a odpovědnost za prevenci na místní úroveň (Dánsko, Itálie, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko a Slovinsko) anebo delegovalo odpovědnost za protidrogovou prevenci na

nevládní organizace nebo polonezávislá sdružení (Belgie, Německo, Francie, Maďarsko a Finsko). Podle toho také některé členské státy informují o tom, že vytvářejí strategie k zajištění jednotných kritérií kvality, standardů a technických poradenských služeb na místní úrovni; podporují školy nebo obce při tvorbě školních protidrogových politik (Belgie, Dánsko, Nizozemsko a Spojené království); zavádějí příslušné programy prevence a zajišťují minimální kritéria kvality (Dánsko, Francie, Litva, Maďarsko, Slovensko, Spojené království, Rumunsko a Norsko).

V definování požadavků na akreditaci organizací nebo pracovníků zajišťujících prevenci jsou nejdále Řecko a Rakousko.

Léčba a minimalizace poškození uživatelů drog

Kontext pro shromažďování dat EMCDDA o léčbě a minimalizaci poškození při řešení problémů s drogami je vymezen dvěma hlavními dokumenty EU:

- Protidrogovou strategií EU na období 2005–2012 a jejím prvním akčním plánem na období 2005–2008, které stanovují rámec pro národní protidrogové politiky a zároveň podrobná doporučení pro aktivity v členských státech zaměřené na prevenci užívání drog a zvýšení pokrytí a kvality léčby a služeb minimalizace poškození uživatelů drog;
- Doporučením Rady ze dne 18. června 2003 ⁽³¹⁾, které uvádí další konkrétní doporučení k opatřením, jejichž zavedení by členské státy měly zvážit při prevenci a zmírňování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí a zajišťování vysoké úrovně ochrany zdraví. Toto doporučení bylo posíleno tím, že bylo zařazeno do akčního plánu EU jako cíl 14.

Pro hodnocení úrovně uplatňování této strategie je důležité stanovit úroveň poskytování služeb a rozsah, v jakém jsou využívány. Pokrytí – tedy to, do jaké míry léčba a opatření k minimalizaci poškození uživatelů drog dosahují k zamýšleným cílovým skupinám – však nakonec bude stejně nutné přiměřeně odhadnout, aby bylo možné vyhodnotit cíle akčního plánu a vytvořit základ pro posouzení dopadu strategie.

V průběhu celého osmiletého realizačního období strategie EMCDDA podporuje Komise v procesu hodnocení tým, že poskytuje údaje ze systému EU epidemiologických ukazatelů a vytváří a zavádí řadu konkrétních nástrojů pro shromažďování dat, které zjišťují informace o poskytování a využívání léčby

⁽³¹⁾ Doporučení Rady 2003/488/ES.

a služeb minimalizace poškození uživatelů drog. Ve srovnání s kvalitním přehledem epidemiologické situace, kterého bylo dosaženo vývojem pod vedením EMCDDA a zavedením monitorování vycházejícího z ukazatelů, je standardizované hlášení o opatřeních omezené.

Substituční léčba závislosti na opiátech

Průkopníky substituční léčby metadonem pro uživatele heroínu byly v Evropě Švédsko (v roce 1967), Nizozemsko a Spojené království (1968) a také Dánsko (1970), ale její využití zůstalo po mnoho let omezené.

Po odhalení rozsahu šíření epidemie HIV mezi uživateli drog v západoevropských zemích se terapeutické cíle a přístupy začaly v mnoha zemích posouvat od abstinence jako primárního cíle k přijetí intervencí více orientovaných na minimalizaci poškození spojených s užíváním drog. Byla akceptována potřeba opakovaných léčebných intervencí a došlo k uznání přínosů udržovací léčby drogové závislosti pro stabilizaci a zlepšení zdravotní a sociální situace uživatelů opiátů i pro společnost jako celek.

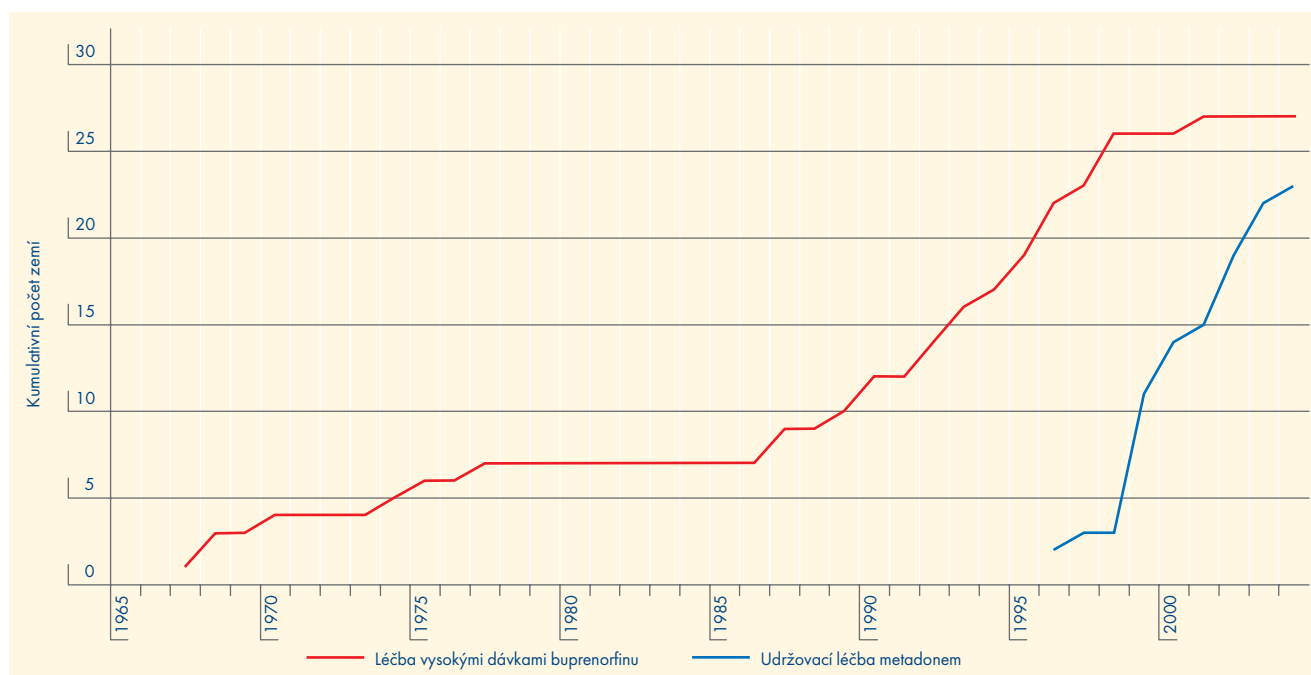
S koncem 80. let 20. století se tempo zavádění substituční léčby metadonem jako léčebného postupu zrychlilo. Do roku 2001 ji zavedlo 24 zemí Evropské unie a také Bulharsko, Rumunsko a Norsko (obr. 1). Rozsah a pokrytí se však mezi zeměmi značně liší (viz kapitola 6).

V roce 1996 byl poprvé v členském státě EU vytvořen právní základ pro užívání léku obsahujícího buprenorfin při léčbě uživatelů heroínu (viz vybrané téma – buprenorfin ve výroční zprávě za rok 2005). Nyní je k dispozici a využívá se ve většině členských států. Jelikož buprenorfin podléhá kontrole podle méně přísné klasifikace protidrogových úmluv OSN, státům se naskýtají větší možnosti jeho předepisování. V některých zemích tato alternativa léčby vedla k rychlému nárůstu v počtu léčených pacientů. Zkoumají se nové farmakoterapeutické léčebné postupy mimo rámec substituční léčby stejně působícími léky a pozornost výzkumu se nyní obrací k vývoji léčebných intervencí pro uživatele kokainu a cracku, z nichž mnozí užívají také heroin nebo ho užívali v minulosti (viz též kapitola 5).

Odhaduje se, že v EU bylo v roce 2003 na substituční léčbě více než půl milionu uživatelů opiátů, což představuje jednu třetinu nyní odhadovaného počtu 1,5 milionu problémových uživatelů opiátů (EMCDDA, 2005a). Nové členské státy a kandidátské země představují pouze malý zlomek počtu klientů substituční léčby v evropském regionu, což lze částečně vysvětlit tím, že užívání opiátů v těchto zemích je méně rozšířené. Přestože rozsah poskytování substituční léčby v těchto zemích zůstává celkově malý, existují určité náznaky nárůstu v Estonsku, Litvě a Bulharsku.

Poskytnuté informace ukazují, že v některých zemích došlo k dalšímu rozšíření substituční léčby metadonem, avšak

Obr. 1: Zavedení udržovací léčby metadonem a léčby vysokými dávkami buprenorfinu v členských státech EU, kandidátských zemích a Norsku



Zdroj: Národní kontaktní místa.

v osmi zemích se počty osob, které tuto léčbu podstupují, ustálily nebo poklesly⁽³²⁾. Čtyři z těchto zemí – Dánsko, Španělsko, Malta a Nizozemsko – mají profil dlouhodobého užívání heroínu a vysoké dostupnosti programů substituční léčby metadonem. Další čtyři země – Lotyšsko, Maďarsko, Polsko a Rumunsko – jsou charakterizovány malým geografickým pokrytím substituční léčbou metadonem a v některých místech jsou na zařazení do léčby pořadníky.

Je obtížné stanovit, zda klesající počty klientů substituční léčby metadonem znamenají, že tito klienti přecházejí na léčbu buprenorfinem, jakmile je k dispozici. Rozsah, v jakém léčbu drogové závislosti zajišťují praktičtí lékaři, mnohdy není na národní úrovni znám.

Poskytování a typy léčby drogové závislosti

Průzkum provedený mezi národními kontaktními místy v roce 2005 posuzoval celkové charakteristiky poskytování léčby v Evropě. Národní odborníci byli dotázáni, zda se většina uživatelů opiátů léčí v bezdrogových nebo lékařsky asistovaných programech nebo zda jsou oba postupy zastoupeny stejně.

Výsledky ukazují poměr výrazně ve prospěch lékařsky asistované léčby, přičemž hlavní používanou látkou je metadon (s výjimkou České republiky a Francie; více informací viz kapitola 6). Z výsledků dále vyplývá, že léčba je ve většině zemí poskytována převážně v ambulantním prostředí – pouze Lotyšsko a Turecko poskytují většinou léčbu v lůžkových zařízeních. Nejčastěji uplatňovanými léčebnými postupy při ambulantní léčbě v Irsku, Lotyšsku, Spojeném království, Bulharsku a Turecku jsou tradiční psychoterapeutické léčebné postupy (psychodynamické, kognitivně behaviorální, systemické/rodinné terapie nebo Gestalt terapie). Devět zemí uvádí poskytování převážně „podpůrných“ metod (které mohou zahrnovat poradenství, sociálně vzdělávací terapii a terapii zaměřenou na prostředí, motivační pohovory nebo relaxační techniky a akupunkturu) a deset zemí při ambulantní práci kombinuje různé metody.

Co se týká ústavní léčby, je Minnesotský model založený na principu dvanácti kroků často používaným modelem bytové péče v Irsku, Litvě, Maďarsku a Turecku, zatímco šest zemí převážně aplikuje psychoterapeutické léčebné postupy, pět zemí „podpůrné“ metody a deset zemí kombinaci obou.

Během posledního desetiletí, avšak ještě více v posledních pěti letech, mnoho evropských zemí „otevřelo dveře“ léčby tím, že rozšířilo poskytování substituční léčby a uvolnilo omezení přístupu k ní. Nikdy předtím systém péče neobsáhl tak vysoké počty uživatelů drog. Mnozí, i když ne všichni, vyžadují pomoc nad rámec léčby své závislosti a zdá se, že mnozí potřebují nízkoprahovou péči i zásadní podporu pro svou reintegraci.

Minimalizace poškození uživatelů drog

Současně s tím, jak se oslovování klientů a udržování kontaktu stalo cílem samo o sobě, práce v terénu a poskytování nízkoprahových služeb si získaly uznání a podporu a staly se nyní zásadní součástí komplexních opatření v mnoha členských státech. V Evropě jsou nyní patrné společné profily opatření k prevenci infekčních chorob mezi uživateli drog a snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami (viz též kapitola 7).

Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami bylo definováno poprvé jako cíl evropské protidrogové politiky před šesti lety a je jedním z cílů současného protidrogového akčního plánu EU⁽³³⁾. Počet zemí, které ve svých národních protidrogových politikách přímo zmiňují cíl snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami, v posledních letech nadále roste, přičemž osm zemí přijalo takové strategie v roce 2004 a 2005 (jejich celkový počet tak stoupl na patnáct). Vedle národních politik jsou společné i doplňkové přístupy na úrovni měst: několik hlavních měst (mimo jiné Atény, Berlín, Brusel, Lisabon a Tallin), ale také širší příměstské regiony (např. východní region Irsko, v okolí Dublinu) mají své vlastní strategie snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami. V České republice, Itálii, Nizozemsku a Spojeném království podle hlášení existují místní nebo regionální politiky a v Bulharsku si vytvořilo strategii na místní úrovni devět měst.

Stejně jako v případě předchozí protidrogové strategie a protidrogového akčního plánu Evropské unie zůstává prevence šíření infekčních chorob významným cílem i v současné strategii a je uvedena v akčním plánu na období 2005–2008 jako cíl 16. To podtrhuje přetrvávající význam, který evropské vlády a Evropská komise přiřkládají zdravotním důsledkům užívání drog⁽³⁴⁾.

⁽³²⁾ Viz tab. NSP-7 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽³³⁾ Cíl 17 Protidrogového akčního plánu EU na období 2005–2008 vyzývá k tomu, aby snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami bylo jako zvláštní cíl zahrnuto na všech úrovních zásahů určených zvláště pro tento účel.

⁽³⁴⁾ Prevence infekčních chorob se týká především cíle 16 Protidrogového akčního plánu EU na období 2005–2008. Cíl 14 vyzývá k provádění doporučení Rady o prevenci a zmírnění poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí, přijatého v roce 2003 (doporučení Rady 2003/488/ES). Zpráva Evropské komise o provádění tohoto doporučení, včetně informací shromážděných od politických činitelů a národních kontaktních míst sítě Reitox, se předpokládá v roce 2007 jako příspěvek k hodnocení protidrogové strategie EU.

Akce a intervence týkající se uživatelů drog ve věznicích v nových členských státech

Uvedené údaje vycházejí z projektu shromažďování dat, který společně realizovaly EMCDDA a Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace (Evropa) v roce 2005 ⁽¹⁾.

Testování na drogy ve věznicích hlásí většina nových členských států. Jednotlivé země se však liší ve schématech testování. Odsouzení jsou testováni při nástupu pouze v České republice, na Maltě a ve Slovinsku. Malta a Slovinsko jsou také jediné země, které testují vězně před přerušением výkonu trestu. Náhodné drogové testy provádějí všechny věznice v České republice, na Maltě, ve Slovinsku a na Slovensku a méně než 50 % věznic v Maďarsku.

Mezi intervencemi ve věznicích převažují v nových členských státech přístupy založené na abstinenci léčbě, avšak pokrytí takovými intervencemi je omezené. Abstinenci léčba s psychologickou podporou je podle hlášení k dispozici v méně než 50 % věznic v České republice, Estonsku, Litvě, Maďarsku, Polsku a na Slovensku. Ve většině zemí existují bezdrogová oddělení, ale pouze Česká republika a Slovinsko uvádějí tyto možnosti ve více než 50 % věznic. Krátká detoxifikace s léky je běžněji dostupná (ve všech věznicích v Lotyšsku, Maďarsku, na Maltě, ve Slovinsku a na Slovensku).

Počet vězňů, kteří mají v nových členských státech přístup k léčbě antagonisty a k substituční léčbě, je obecně malý. S výjimkou

naléhavých případů léčba antagonisty podle všeho neexistuje a jen několik málo zemí hlásí ve věznicích dostupnost substituční léčby závislosti na opiátech při akutní potřebě detoxifikace (Maďarsko, Malta, Polsko a Slovinsko). Protidrogové intervence před propuštěním mají podobu především poradenství a poskytování informací (Česká republika, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Polsko, Slovinsko a Slovensko). Substituční léčba jako intervence před propuštěním je k dispozici ve všech věznicích ve Slovinsku a v méně než 50 % věznic v Polsku.

Jen málo věznic v nových členských státech hlásí opatření k minimalizaci poškození injekčních uživatelů drog. Programy výměny injekčních jehel a stříkaček nejsou realizovány ve věznicích žádného nového členského státu a pouze Estonsko, Litva a Slovinsko hlásí poskytování dezinfekčních prostředků pro čištění injekčních stříkaček. Infekční onemocnění související s drogami však věznice řeší. Očkování proti hepatitidě typu B je možné ve všech věznicích v šesti nových členských státech (v České republice, Estonsku, Maďarsku, na Maltě, ve Slovinsku a na Slovensku), antivirová léčba HCV-pozitivních vězňů ve všech věznicích je dostupná v pěti zemích (v České republice, Litvě, Polsku, Slovinsku a na Slovensku). Antiretrovirovou léčbu HIV-pozitivních vězňů hlásí všechny nové členské státy ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Údaje poskytl Česká republika, Estonsko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Polsko, Slovinsko a Slovensko. Další odkazy viz EMCDDA (2005c).

⁽²⁾ Z Kypru nebyly k dispozici žádné údaje.

Velká většina zemí EU a Norsko jasně formulovala své přístupy k prevenci infekčních chorob mezi uživateli drog a začlenila konkrétní cíle nebo úkoly do svých národních protidrogových strategií nebo přijala samostatný text protidrogové politiky, který stanoví, jak bude řešena prevence infekčních chorob mezi uživateli drog (Španělsko, Lotyšsko, Lucembursko, Švédsko), nebo provedla obojí (Estonsko, Francie, Spojené království). Malta a Rakousko mají v plánu vypracovat konkrétní politiky podle svého vlastního přístupu v této oblasti.

V Německu a Řecku konkrétní opatření zaměřená na prevenci infekčních chorob tvoří součást národní protidrogové strategie, zatímco prevence infekčních chorob není výslovně uvedena jako cíl.

Tyto strategie prevence infekčních chorob pochází ve většině případů z nedávné doby a jejich přijetí se v řadě zemí časově kryje s předchozí protidrogovou strategií EU (2000–2004), v níž se snížení výskytu infekčních chorob mezi uživateli drog stalo poprvé evropským cílem.

Podle zpráv národních kontaktních míst ⁽³⁵⁾ cíle a cílové skupiny v národních strategiích také ukazují na vysokou úroveň synergie na evropské úrovni. Vedle injekčních uživatelů drog tvoří cílové skupiny rovněž osoby poskytující sexuální služby a vězni. Zvláště v nových členských státech střední Evropy, ale i v Norsku jsou mladí lidé a neinjekční uživatelé drog jasně vymezeni jako další důležité cílové skupiny pro aktivity prevence infekčních chorob. Dánské a estonské politiky pojmají cílové skupiny ještě širěji a zahrnují i skupiny v těsném kontaktu s uživateli drog.

V mnoha zemích EU jsou strategie snižování výskytu infekčních chorob jednoznačně namířeny proti šíření HIV/AIDS, zvláště v Estonsku, Španělsku, na Kypru, v Lotyšsku a Litvě. V deseti zemích (37 %) však strategie snižování výskytu infekčních chorob výslovně zmiňují prevenci infekce hepatitidou C mezi uživateli drog ⁽³⁶⁾. Irsko zahájilo v roce 2004 proces konzultace k přípravě takové strategie a v Německu byla vydána doporučení

⁽³⁵⁾ Tato analýza vychází hlavně z národních hlášení se strukturovaným dotazníkem (SQ 23), aktualizovaných o informace poskytnuté národními kontaktními místy v jejich národních zprávách.

⁽³⁶⁾ Včetně Francie a Anglie, které obě vytvořily propracované strategie prevence šíření hepatitidy C: Francie *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (Národní plán pro hepatitidu B a C) (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>), Anglie *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (Hepatitis C: Akční plán pro Anglii) (<http://www.dh.gov.uk/>).

pro prevenci a léčbu. Diskusi odborné i laické veřejnosti v Rakousku podpořila mezinárodní konference na toto téma uspořádaná v roce 2005 ve Vídni.

Strategie minimalizace poškození uživatelů drog tvoří významnou součást reakce EU na užívání drog v dnešní době a zlepšování přístupu ke službám pro prevenci a zmírňování poškození zdraví je hlavní prioritou Protidrogové strategie EU na období 2005–2012. Společná strategická platforma pro zmírňování poškození zdraví, kterou protidrogová strategie EU poskytuje, se odráží v mnoha národních politikách v celé Evropské unii a podpořila v této oblasti ustálení postupů podložených důkazy.

V roce 2004 bylo dokumentováno zlepšení v monitorování dostupnosti injekčních stříkaček na evropské úrovni. Avšak informace o poskytování, využívání a pokrytí širokého spektra dalších důležitých služeb poskytovaných nízkoprahovými zařízeními jsou ve většině zemí na

Nízkoprahová zařízení jako důležitý zdroj údajů

Nízkoprahová zařízení mají zásadní úlohu ve zlepšování dostupnosti péče pro uživatele drog. V případě populací uživatelů drog, které jsou „skryté“ nebo obtížněji dosažitelné nebo ztratily kontakt se systémem péče, mohou tato zařízení sloužit jako kontaktní místo a prostředí pro zajišťování lékařských a sociálních služeb.

Přestože všechna nízkoprahová zařízení mají zaveden nějaký systém dokumentace poskytovaných služeb a přestože monitorování a hlášení může být rozsáhlé, tyto aktivity jsou zaměřeny především na doložení opodstatněnosti služeb financujícím institucím a méně na vnitřní řízení kvality nebo plánování a hodnocení služeb. Až příliš často tak zůstávají cenné informace, které jsou shromažďovány, na úrovni zařízení. Přes svůj potenciální význam pro sledování vzorců užívání drog a souvisejících trendů i přístupu ke službám se jeví nízkoprahová zařízení z velké části jako nedostatečně využívaná. Jednou z hlavních překážek je nedostatečná standardizace a srovnatelnost shromážděných informací.

Pro zlepšování kvality dostupných údajů o poskytování a využívání služeb minimalizace poškození uživatelů drog je důležité, aby existoval nástroj pro shromažďování informací, který by byl pro zařízení vhodný a který by zároveň podával relevantní výsledky pro účely národního a evropského monitorování. Jednou z iniciativ v tomto směru je společný projekt agentury EMCDDA a sítě Correlation, podporovaný odborníky z národních kontaktních míst Francie, Irska, Maďarska a Norska. Síť Correlation (Evropská síť pro sociální začlenění a zdraví, www.correlation-net.org) zastupuje vládní a nevládní organizace z 27 evropských zemí a je financována v rámci programu veřejného zdraví Evropské komise (generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele).

národní úrovni sotva zaznamenávány. Není snadné udělat si obrázek o celé Evropě. Projekt ke zlepšení situace v oblasti dostupnosti dat je popsán v rámečku „Nízkoprahová zařízení jako důležitý zdroj údajů“.

Cílená léčba a řízení kvality

Současný protidrogový akční plán EU rovněž požaduje vysokou kvalitu léčby a služeb minimalizace poškození uživatelů drog.

Nasazení nástrojů řízení kvality na úrovni plánování léčby a minimalizace poškození uživatelů drog vedlo k tomu, že služby jsou více upraveny podle cílové skupiny, např. respektováním odlišných potřeb pohlaví (viz též vybrané téma – pohlaví).

Léčebná zařízení nebo programy, které výhradně slouží jedné konkrétní cílové skupině, jsou v celé Evropské unii běžným jevem. Děti a mladiství do osmnácti let se léčí ve specializovaných zařízeních ve 23 zemích; léčba uživatelů drog s psychiatrickou komorbiditou probíhá ve specializovaných zařízeních v 18 zemích; a služby specifické pro ženy existují podle hlášení ve všech zemích, s výjimkou Kypru, Lotyšska, Litvy, Bulharska a Turecka. Služby vytvořené pro zajištění potřeb uživatelů drog mezi přistěhovalci nebo skupinami se zvláštními jazykovými požadavky nebo náboženskými nebo kulturními zvláštnostmi jsou méně obvyklé, ale byly hlášeny z Belgie, Německa, Řecka, Španělska, Litvy, Nizozemska, Finska, Švédska a Spojeného království.

Zařízení, která se specializují na léčbu uživatelů konopí nebo kokainu, byla hlášena ze 13 zemí a zvláštní léčebné programy pro tyto skupiny existují v organizacích poskytujících protidrogovou péči v osmi zemích. Ve většině těchto zemí jsou však dostupnost a přístupnost těchto služeb považovány za nízké. Podobný specializovaný program pro uživatele amfetaminu je hlášen ze Španělska, Slovenska a Spojeného království.

Dalšími konkrétními kroky ke zlepšení kvality léčby a péče jsou individuální vedení případů, zprostředkování specializovaných služeb (tj. léčby komorbidit) a posouzení klienta před zahájením léčby, aby zvolená léčba lépe odpovídala jeho profilu, s cílem dosáhnout delšího udržení pacienta v léčbě a zvýšení její účinnosti.

I přes celkové rozšíření možností léčby zůstává pro organizace poskytující protidrogovou péči i nadále významným úkolem zapojení některých skupin uživatelů drog, zejména těch s dlouhodobými a chronickými problémy. Běžnými přístupy při navazování kontaktu a zapojování těchto obtížně dosažitelných populací jsou vyhledávání klientů a nízkoprahové zásahy. Poněkud rozporuplnějším

přístupem v některých zemích je rozvoj aplikačních místností pro konzumaci drog pod dohledem, většinou zaměřených na injekční uživatele drog, i když v současnosti se tato služba někdy rozšiřuje i na crack nebo kouření heroínu (viz EMCDDA, 2004c). Další, kontroverzní oblastí rozvoje služeb a experimentování je v několika málo zemích užívání heroínu jako látky při substituční léčbě. Přestože celkově aktivity v této oblasti zůstávají velmi omezené ve srovnání s ostatními možnostmi léčby, některé studie naznačují, že předepisování heroínu může mít pro klienty potenciální přínosy v případech, kdy substituční léčba metadonem selhala. Například nedávná německá randomizovaná kontrolovaná studie asistované léčby heroínem (Naber a Haasen, 2006) uvedla pozitivní výsledky, co se týká zdraví i poklesu užívání nezákonných drog. V Evropě však v současnosti neexistuje jasná shoda ohledně nákladů a přínosů tohoto přístupu, který tak zůstává oblastí mnoha politických a vědeckých diskusí.

S rostoucí dostupností a kvalitou léčby se důraz v některých evropských městech také přesunul na snižování dopadu užívání drog na společnost. Aserktivní terénní práce a nabídka atraktivních nízkoprahových služeb ukázaly v některých místních prostředích slibné výsledky (viz „Metody minimalizace poškození uživatelů drog“ v kapitole 5) a mohou být cennými a efektivními modely, které budou v širší míře uplatňovány k obnově komunikace s marginalizovanými skupinami a nakonec k jejich přivedení k léčbě.

Vývoj „bezpečnějších“ substitučních produktů (tj. látek s menší pravděpodobností, že budou zneužity na černém trhu) směřuje k tomu, že léčba drogové závislosti se bude přesouvat více do ordinací praktických lékařů. To je zároveň proces normalizace, který umožňuje léčit drogovou závislost jako chronickou nemoc, stejně jako například cukrovku.

Některé země uvádějí, že velké skupiny uživatelů heroínu v substituční léčbě vytvářejí odpovídající poptávku po podpoře při opětovném začlenění do společnosti, zejména po placené práci. Za daných ekonomických podmínek bude zřejmě pro mnoho zemí obtížné naplnit reintegrační potřeby týkající se zaměstnání u starších uživatelů heroínu, a to i v případě, že jsou v rámci udržovací léčby drogové závislosti stabilizováni. Tuto situaci ještě zhoršuje vysoká nemocnost v této skupině.

Opětovné začlenění do společnosti

Veškerá dostupná literatura i fakta a čísla z členských států směřují k téže pravdě: životní situace uživatelů

drog je mnohem problematičtější a nebezpečnější než v obecné populaci. Proto v posledních dvou protidrogových akčních plánech EU bylo opětovné začlenění do společnosti jedním z hlavních cílů pro zlepšení zdraví a sociálního statusu uživatelů drog.

Protidrogový akční plán na období 2005–2008 vyzývá členské státy k tomu, aby „zlepšily přístup k rehabilitačním programům a programům pro opětovné začlenění do společnosti a zlepšily jejich rozsah“. Ačkoli sociální opatření nadále zůstávají méně zavedenou odezvou na problémové užívání drog než léčba, zásahy kombinující léčbu, zdravotní a sociální opatření uznávají odborníci jako nejlepší cestu k dosažení rehabilitace uživatelů drog.

Údaje o opětovném začlenění do společnosti⁽³⁷⁾ jsou v Evropě vzácné, většinou z důvodu překážek shromažďování kvantitativních informací z této oblasti. Většina informací uváděných níže proto vychází z kvalitativního posouzení zaměřeného na politiku, její provádění a zajišťování kvality v členských státech⁽³⁸⁾.

V letech 2004–2005, v reakci na protidrogový akční plán EU, mělo dvacet z osmadvaceti sledovaných zemí⁽³⁹⁾ strategii opětovného začlenění do společnosti uživatelů drog. Další čtyři země, i když se ve své národní protidrogové strategii nebo v jiném dokumentu protidrogové politiky touto otázkou výslovně nezabývají, mají zavedeny regionální nebo místní strategie; tři země nemají ani jedno.

Hlavní poskytovatel finančních prostředků se nachází na státní/národní úrovni v jedenácti zemích, zatímco v osmi dalších je financování převážně na regionální/místní úrovni. V dalších osmi zemích pocházejí finanční zdroje z obou úrovní, přičemž není zřejmý žádný převažující poskytovatel, nebo pocházejí z programů zdravotního pojištění.

V členských státech EU mají problémoví uživatelé drog přístup k sociálním opatřením prostřednictvím zařízení buďto výhradně určených pro uživatele drog, nebo zaměřených na sociálně deprivované skupiny. Mezi těmito opatřeními je bydlení jedním z klíčových pilířů. Službou nejčastěji nabízenou problémovým uživatelům drog bez domova je přístup ke „všeobecným službám bydlení“ (v 21 zemích), zatímco 18 zemí nabízí možnosti bydlení určené výhradně pro problémové uživatele drog a 13 zemí oba systémy kombinuje. Existují však pochybnosti o skutečné dostupnosti těchto zařízení pro problémové uživatele drog bez domova.

⁽³⁷⁾ Opětovné začlenění do společnosti se definuje jako „jakýkoli sociální zásah s cílem integrovat bývalé nebo současné problémové uživatele drog do společnosti“. Tři „pilíře“ opětovného začlenění do společnosti jsou (1) bydlení, (2) vzdělání a (3) zaměstnání (včetně odborné přípravy). Také je možné využít dalších opatření, např. poradenství a volnočasové aktivity.

⁽³⁸⁾ Více informací viz <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Členské státy plus Bulharsko, Rumunsko, Turecko a Norsko, k dispozici však nejsou žádné informace o Estonsku.

K uváděným problémům patří nízká dostupnost, místní odpor vůči poskytování nových zařízení uživatelům drog, omezená kritéria přístupu a potíže s problémovými uživateli drog bez domova při dodržování řádu.

Zajistit problémovým uživatelům drog bez domova stálé bydlení je první krok ke stabilizaci a rehabilitaci. Na základě odhadu počtů problémových uživatelů drog

a podílu osob bez domova na celkovém počtu klientů v léčbě drogové závislosti je v Evropě přibližně 75 600 až 123 300 problémových uživatelů drog bez domova. Jelikož ve většině zemí jsou pro ně nyní k dispozici zařízení a jelikož některé země nadále zavádějí jejich nové uspořádání, efekt těchto opatření bude záviset na tom, jak se podaří zajistit, aby problémoví uživatelé drog bez domova měli k těmto službám přístup.

Užívání drog a řešení drogových problémů z hlediska pohlaví, výroční zpráva EMCDDA za rok 2006: vybraná témata

Obecně mezi uživateli drog výrazně převažují muži. Nejenže je v členských státech EU užívání nezákonných drog běžnější u mužů, ale je u nich i mnohem vyšší pravděpodobnost vzniku problémů, vyhledání léčby a úmrtí v důsledku užívání drog.

Toto vybrané téma se zaměřuje na užívání drog a související problémy z perspektivy pohlaví. K důležitým řešeným otázkám

patří tyto: Jaké rozdíly existují mezi užíváním drog muži a ženami a zmenšují se rozdíly v užívání drog mezi oběma pohlavími? Jak vyvíjejí členské státy přístupy založené na pohlaví k protidrogové prevenci, léčbě, sociální rehabilitaci a minimalizaci poškození uživatelů drog? Jsou opatření zaměřená na pohlaví stejně důležitá pro muže jako pro ženy?

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi („A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internetu (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 3

Konopí

Nabídka a dostupnost

Produkce a obchodování

Konopí je v celosvětovém měřítku z hlediska produkce a obchodování i nadále nejrozšířenější nezákonnou drogou (CND, 2006).

Produkce konopné pryskyřice ve velkém se soustřeďuje do několika zemí, především do Maroka, ale také Pákistánu a Afghánistánu. Celková světová roční produkce konopné pryskyřice se odhaduje na 7 400 tun (CND, 2006). Většina konopné pryskyřice spotřebované v EU pochází z Maroka. Do Evropy se pašuje především přes Iberský poloostrov, i když důležitým sekundárním distribučním centrem pro další šíření do zemí EU je Nizozemsko. V roce 2004 byl podruhé proveden průzkum pěstování konopí v Maroku, v jehož rámci byl zjištěn 10% pokles oproti roku 2003,

Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu

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

což lze velkou měrou přičítat zásahu vlády. V roce 2004 činila celková osevňovací plocha v regionu Rif 1 20 500 hektarů, což odpovídá potenciální produkci 2 760 tun konopné pryskyřice (UNODC a vláda Maroka, 2005).

Mezi další státy uváděné v roce 2004 jako zdrojové země konopné pryskyřice zachycené v Evropské unii patří Albánie, Portugalsko, Senegal, Afghánistán, Pákistán a středoasijské země (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Světová potenciální produkce rostlin konopí byla v roce 2003 odhadována na více než 40 000 tun (CND, 2005), přičemž zdrojové země se nacházejí na celém světě. Uvádí se, že rostliny konopí zachycené v EU v roce 2004 pocházejí z různých zemí, zejména z Nizozemska a Albánie, ale rovněž z Angoly, Jihoafrické republiky a Thajska (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Pěstování a produkce konopných produktů navíc probíhá v místním měřítku (v krytých prostorách či pod širým nebem) ve většině členských států EU.

Záchyty drogy

V roce 2004 bylo celosvětově zadrženo celkem 1 471 tun konopné pryskyřice a 6 189 tun rostlin konopí. K většině záchytů konopné pryskyřice i nadále docházelo v západní a střední Evropě (74 %), v jihovýchodní Asii a na Blízkém a Středním Východě (19 %), zatímco největší množství rostlin konopí bylo zadrženo v Severní Americe (54 %) a v Africe (31 %) (UNODC, 2006).

Odhaduje se, že v roce 2004 bylo v rámci EU provedeno 275 000 záchytů konopné pryskyřice v celkovém objemu 1 087 tun. Největší počet záchytů byl opětovně hlášen ze Španělska (což představuje přibližně polovinu všech záchytů a přibližně tři čtvrtiny celkového množství zadržovaného v EU), za nímž následují Francie a Spojené království⁽⁴⁰⁾. Ačkoli se v EU celkový počet záchytů konopné pryskyřice v letech

⁽⁴⁰⁾ To je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje jak o počtu záchytů konopí, tak o množství konopí zadržovaného v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a Spojené království. Údaje o počtu záchytů konopí nebyly za rok 2004 k dispozici za Nizozemsko. Za účelem odhadů byla chybějící data za rok 2004 nahrazena údaji za rok 2003. Údaje o množství zadržovaném v roce 2004 v Nizozemsku byly pouze odhadem, který nebylo možno zahrnout do analýzy trendů do roku 2004.

1999 až 2003 snížil, trendy ve sledovaných zemích svědčí za rok 2004 o nárůstu na úrovni EU ⁽⁴¹⁾. Celkové množství konopné pryskyřice zachycené v EU vykazuje v období 1999–2004 průběžný nárůst, i když v roce 2004 byl z většiny zemí (nikoli však ze Španělska) hlášen pokles ⁽⁴²⁾.

Záchytů rostlin konopí je v EU méně. Odhaduje se, že v roce 2004 bylo provedeno 130 000 záchytů v celkovém objemu 71 tun, přičemž největší počet záchytů byl zaznamenán ve Spojeném království ⁽⁴³⁾. Počet záchytů rostlin konopí v EU od roku 1999 rovnoměrně roste ⁽⁴⁴⁾, ačkoli zadržené objemy se ve sledovaných zemích od roku 2001 snižují ⁽⁴⁵⁾. Tyto údaje jsou předběžné, jelikož ze Spojeného království dosud nejsou data za rok 2004 k dispozici.

V roce 2004 bylo v EU a v kandidátských zemích při 12 800 záchytech zadrženo 22 milionů kusů rostlin konopí o hmotnosti 9,5 tuny. Největší objem záchytů byl zaznamenán v Turecku ⁽⁴⁶⁾. Počet zadržovaných rostlin konopí se od roku 1999 zvyšuje a podle dostupných údajů k jeho nárůstu nadále docházelo i v roce 2004.

Cena a potence

V roce 2004 se průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice v Evropské unii pohybovala v rozpětí od 2,3 eur za gram v Portugalsku do více než 12 eur za gram v Norsku, zatímco cena rostlin konopí činila od 2,7 eur za gram v Portugalsku do 11,6 eur za gram na Maltě, přičemž většina zemí uvádí cenu konopných produktů v rozpětí 5 až 10 eur za gram ⁽⁴⁷⁾.

U konopné pryskyřice průměrné ceny upravené o inflaci ⁽⁴⁸⁾ za období 1999–2004 klesly ve všech sledovaných zemích ⁽⁴⁹⁾, s výjimkou Německa a Španělska, v nichž zůstaly ceny stejné, a Lucemburska, kde došlo k mírnému nárůstu. U rostlin

konopí blíže neurčeného typu či rostlin importovaných průměrné ceny upravené o inflaci ⁽⁵⁰⁾ ve většině sledovaných zemí za stejné období rovněž klesly, avšak ve Španělsku a Nizozemsku zůstaly stejné a k jejich zvýšení došlo v Německu, Lotyšsku, Lucembursku a Portugalsku. Pouze dva státy, Nizozemsko a Spojené království, ve své zprávě uvedly průměrnou cenu místně produkovaných rostlin konopí, přičemž v obou případech tato cena klesla.

Potence konopných produktů je dána obsahem Δ^9 -tetrahydrocannabinolu (THC), jejich hlavní účinné složky (EMCDDA, 2004b). V roce 2004 se hlášený průměrný obsah THC v konopné pryskyřici na úrovni prodeje spotřebiteli pohyboval v rozmezí od necelého 1 % (Bulharsko) do 16,9 % (Nizozemsko), zatímco potence rostlin konopí se pohybovala v rozpětí od 0,6 % (Polsko) do 12,7 % (Anglie a Wales) ⁽⁵¹⁾. V Nizozemsku činila ohlášená potence místně produkovaných rostlin konopí 17,7 % ⁽⁵²⁾.

Prevalence a vzorce užívání konopí

Konopí je v Evropě nejčastěji užívanou nelegální látkou. K nárůstu v jejím užívání došlo prakticky ve všech zemích EU v průběhu 90. let 20. století zejména mezi mládeží, a to včetně studentů škol.

Odhaduje se, že látku alespoň jednou vyzkoušelo 65 milionů dospělých v Evropě, tj. zhruba 20 % populace ve věku 15–64 let ⁽⁵³⁾, i když je třeba mít na paměti, že většina z těchto osob látku v současné době neužívá. Údaje z různých zemí jsou značně odlišné a pohybují se od 2 do 31 %. Nejnižší podíl zaznamenala Malta, Bulharsko a Rumunsko, nejvyšší pak Dánsko (31 %), Španělsko (29 %), Francie (26 %) a Spojené království (30 %) ⁽⁵⁴⁾. Z 25 zemí, z nichž jsou údaje k dispozici, jich 13 uvádí celoživotní prevalenci 10–20 % ⁽⁵⁵⁾.

⁽⁴¹⁾ Viz tab. SZR-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴²⁾ Viz tab. SZR-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴³⁾ Viz poznámka pod čarou (40). Údaje o počtu zadržovaných rostlin konopí v Polsku nebyly za rok 2004 k dispozici.

⁽⁴⁴⁾ Viz tab. SZR-3 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴⁵⁾ Viz tab. SZR-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴⁶⁾ Viz poznámka pod čarou (40).

⁽⁴⁷⁾ Viz tab. PPP-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴⁸⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽⁴⁹⁾ Za období 1999–2004 byly údaje o cenách konopné pryskyřice a rostlinách konopí za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v Belgii, v České republice, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, na Kypru, Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Nizozemsku, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Švédsku, Spojeném království, Bulharsku (pouze rostliny), Rumunsku, Turecku a Norsku. Trendy v České republice však nebyly analyzovány vzhledem k metodickým omezením ovlivňujícím předložené údaje.

⁽⁵⁰⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽⁵¹⁾ Viz obr. PPP-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁵²⁾ Viz tab. PPP-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁵³⁾ Průměrný podíl byl vypočítán jako průměr národní prevalence vážený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Celkové počty byly vypočítány vynásobením prevalence v příslušné populaci v každé zemi. V zemích, z nichž nebyly k dispozici žádné údaje, byla data přiřazena. Zde uvedené údaje patrně představují minimum, jelikož mohlo dojít k nahlášení nižších údajů.

⁽⁵⁴⁾ V tomto textu jsou údaje za Spojené království z praktických důvodů založeny na Průzkumu kriminality v Británii za rok 2005 (Anglie a Wales). Dále jsou k dispozici odhady za Skotsko a Severní Irsko a společný odhad za Spojené království (uvedeny ve statistickém věstníku).

⁽⁵⁵⁾ Viz tab. GPS-1 ve Statistickém věstníku 2006.

Odhad užívání drog v populaci

Užívání drog v běžné nebo školní populaci se posuzuje pomocí průzkumů, které poskytují odhady podílu osob, které uvádějí, že užíly drogy během definovaného časového období: za celý život, v posledním roce nebo v posledním měsíci.

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

„Celoživotní užívání“ má omezenou hodnotu při posuzování současného užívání drog u dospělých (i když je považováno za přiměřený ukazatel u školáků), avšak může poskytnout určitý vhled do vzorců užívání. „Užití v posledním roce“ a „užití v posledním měsíci“ odráží aktuální situaci přesněji, přičemž posledně uvedený ukazatel má větší váhu směrem k populaci osob, které užívají drogy často.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je důležitým zdrojem informací o užívání drog a alkoholu mezi evropskými školáky a je nedocenitelná pro zaznamenávání trendů v čase. Průzkumy ESPAD proběhly v letech 1995, 1999 a 2003. Další průzkum se uskuteční v roce 2007.

ESPAD využívá standardních metod a nástrojů v rámci národních reprezentativních vzorků školáků ve věku 15–16 let, aby bylo možné výsledky porovnávat. Účast ve studii ESPAD s každým průzkumem narůstá: v roce 1995 se jí zúčastnilo dvacet šest evropských zemí, v roce 1999 třicet a v roce 2003 třicet pět, včetně dvaadvaceti členských států EU a čtyř kandidátských zemí (Bulharska, Chorvatska, Rumunsko a Turecka). Otázky v průzkumu se soustředily na spotřebu alkoholu a užívání nezákonných drog, se standardními časovými rámci a četností užívání.

Informace o studii ESPAD a dostupnosti zpráv lze nalézt na internetových stránkách ESPAD (www.espad.org).

(1) Více informací o metodice průzkumů v populaci a metodice použité v jednotlivých národních průzkumech viz *Statistický věstník 2006*.

Užití drogy v posledním roce je jednoznačně nižší než celoživotní zkušenost. Odhaduje se, že v loňském roce užilo konopí 22,5 milionu dospělých Evropanů, tj. 7 % osob ve věku 15–64 let. Údaje z jednotlivých zemí se pohybují od 1 do 11 %, přičemž nejnižší hodnoty hlásí Řecko, Malta a Bulharsko a nejvyšší pak Španělsko (11,3 %), Francie (9,8 %) a Spojené království (9,7 %) (⁵⁶).

Odhady prevalence užívání konopí v posledním měsíci budou velmi blízce představovat pravidelné užívání drogy. Podle odhadů užilo drogu za posledních třicet dnů 12 milionů dospělých Evropanů, tj. 4 % dospělé populace. V údajích z různých zemí je až patnáctinásobný rozdíl – pohybují se od 0,5 % do 7,5 %. Nejnižší údaje byly nahlášeny z Litvy, Malty, Švédska a Bulharska, nejvyšší pak z České republiky (4,8 %), Španělska (7,6 %) a Spojeného království (5,6 %) (⁵⁷).

Užívání nelegálních drog včetně konopí je rozšířeno především mezi mládeží. V roce 2004 uvedlo 3 až 44 % Evropanů ve věku 15–34 let, že konopí vyzkoušeli, 3–20 % je zkusilo v průběhu posledního roku a 1,5–13 % je užilo za poslední měsíc. Nejvyšší údaje jsou opět z České republiky, Španělska a Spojeného království. V této věkové skupině činí evropský průměr 32 % v případě celoživotní prevalence, 14 % v případě užití drogy v posledním roce (ve srovnání s 2 % ve věkové skupině 35–64 let) a 7 % v případě užití v posledním měsíci (ve srovnání s 1 % ve skupině 35–64 let) (⁵⁸).

Míra užívání konopí je ještě vyšší u osob ve věku 15–24 let, u nichž se celoživotní prevalence pohybuje mezi 3 a 44 % (většina zemí uvádí hodnoty v rozmezí 20–40 %), užití v posledním roce mezi 4 a 28 % (ve většině zemí 10–25 %) (obr. 2) a užití v posledním měsíci mezi 1 a 15 % (ve většině zemí 5–12 %). U mužů jsou hodnoty vyšší než u žen. V nových členských státech EU je obvykle míra užívání konopí mezi mládeží ve věku 15–24 let ve stejném rozmezí jako ve státech EU-15, ale míra užívání je výrazně nižší u starších věkových skupin (⁵⁹).

Pro srovnání v celonárodním průzkumu užívání drog a zdraví ve Spojených státech za rok 2004 (⁶⁰) uvedlo celoživotní prevalenci užívání drogy 40,2 % dospělých (definovaných jako dvanáctiletí a starší), zatímco průměr v EU činí cca 20 %. To je ještě vyšší údaj než v evropských zemích, které vykazují nejvyšší hodnoty celoživotní prevalence užívání (Dánsko 31,3 % a Spojené království 29,7 %), i když v případě

(⁵⁶) Viz tab. GPS-3 ve *Statistickém věstníku 2006*.

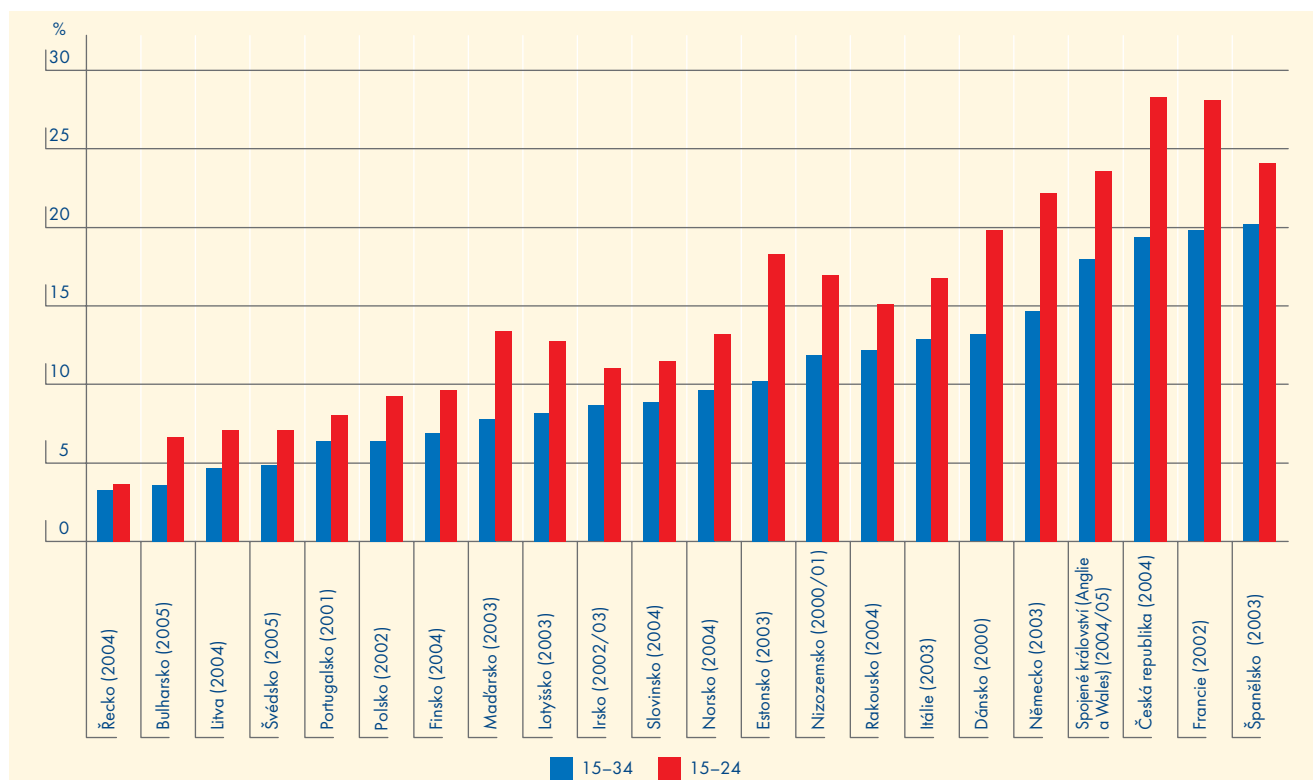
(⁵⁷) Viz tab. GPS-5 ve *Statistickém věstníku 2006*.

(⁵⁸) Viz tab. GPS-2, GPS-4 a GPS-6 ve *Statistickém věstníku 2006*.

(⁵⁹) Viz tab. GPS-14, GPS-15 a GPS-16 a obr. GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 a GPS-26 ve *Statistickém věstníku 2006*.

(⁶⁰) Zdroj: SAMHSA, Úřad aplikovaných studií, 2004 *National Survey on Drug Use and Health* (Celonárodní průzkum užívání drog a zdraví za rok 2004) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Upozorňujeme, že věkové rozpětí „všech dospělých“ v americkém průzkumu (12 let a více) je širší, než je standardní věkové rozpětí v evropských průzkumech (15–64).

Obr. 2: Prevalence užívání konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 a 15–24 let)



Poznámka: Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulky GPS-8, GPS-11 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

odhadovaných hodnot užití v posledním roce jsou rozdíly méně výrazné: 10,6 % ve Spojených státech ve srovnání s evropským průměrem 7 %, přičemž několik evropských zemí hlásí údaje podobné hodnotám ze Spojených států.

Pět členských států EU (Belgie, Španělsko, Itálie, Kypr a Spojené království) uvedlo nové údaje získané z celostátního průzkumu ve školách a Bulharsko uvedlo údaje z průzkumu provedeného ve školách ve dvou velkých městech. Celkově se obrázek užívání konopí mezi evropskými studenty škol nemění.

Celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15–16 let je nejvyšší v České republice (44 %) a ve Španělsku (41 %). K zemím, v nichž byla překročena hodnota 25 %, patří Německo, Itálie, Nizozemsko, Slovinsko a Slovensko (27–28 %) a dále Belgie, Francie, Irsko a Spojené království, v nichž se celoživotní prevalence pohybuje od 32 % do 40 %. Nejnižší celoživotní prevalence (pod 10 %) se odhaduje v Řecku, na Kypru, ve Švédsku, Rumunsku, Turecku a Norsku ⁽⁶¹⁾.

Odhady prevalence mezi studenty ve věku 15–16 let by se neměly zobecňovat na studenty starší vzhledem k tomu, že

i s mírně rostoucím věkem může docházet k výraznému nárůstu prevalence. U sedmnácti- a osmnáctiletých dosahují odhady celoživotní prevalence více než 50 % v České republice, Španělsku a Francii ⁽⁶²⁾. Ve Švédsku, kde je prevalence ve srovnání s řadou dalších členských států nízká, se odhaduje celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 17–18 let 14 %, což představuje více než dvojnásobek hodnoty uváděné u patnácti- a šestnáctiletých (6 %) ⁽⁶³⁾.

Vzorce užívání konopí

Užívání konopí bývá příležitostné nebo se od něj po určité době od začátku užívání upouští. V průměru 33 % Evropanů, kteří v životě vyzkoušeli konopí, je užilo také v průběhu posledního roku, zatímco k užití za posledních třicet dnů došlo pouze u 16 %. Tyto podíly, které se rovněž označují jako „míra pokračujícího užívání“, se v různých zemích liší a pohybují se od 20 do 45 % z hlediska pokračujícího užívání v posledním roce a od 10 do 25 % u pokračujícího užívání v posledních 30 dnech ⁽⁶⁴⁾.

⁽⁶¹⁾ Viz tab. EYE 1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁶²⁾ Průzkum mládeže ESCAPAD, včetně nestudujících ve věku 17–18 let.

⁽⁶³⁾ Viz tab. EYE-3 a obr. EYE-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁶⁴⁾ Viz obr. GPS-24 ve Statistickém věstníku 2006.

Ačkoli užívání konopí je rozšířené převážně mezi mládeží, údaje získané ze Španělska a Spojeného království do jisté míry naznačují, že užívání drogy může pokračovat i po 30. a 40. roce života. Může se jednat o významnou dlouhodobou změnu ve vzorcích užívání konopí, která zasluhuje bližší pozornost.

Stejně jako v případě dalších nelegálních drog je míra užívání konopí značně vyšší u mužů než u žen. Co se týká užití drogy v posledním roce nebo v posledním měsíci, je rozdíl výraznější než u celoživotní prevalence, avšak rozdíly jsou menší mezi mládeží než ve starší dospělé populaci (viz vybrané téma – pohlaví). Užívání konopí je rovněž běžnější v městských oblastech nebo v oblastech s vysokou hustotou obyvatelstva. Podle hypotéz se může užívání šířit do menších měst a venkovských oblastí. Tento trend potvrzuje polská národní zpráva za rok 2005.

I přes rostoucí znepokojení nad pravidelným či intenzivním užíváním konopí⁽⁶⁵⁾ je na evropské úrovni k dispozici značně omezené množství informací. Podle hrubého odhadu uvedeného ve výroční zprávě za rok 2004 (EMCDDA, 2004a) může být 1 % dospělých Evropanů, tj. zhruba 3 miliony lidí, každodenními či téměř každodenními uživateli

Zdravotní důsledky užívání konopí

V posledních letech výrazně vzrostly obavy týkající se potenciálních sociálních a zdravotních důsledků užívání konopí. Ačkoli dostupné důkazy neumožňují tyto otázky jasně pochopit, lze vyvodit některé závěry. Například je evidentní, že intenzivní užívání konopí souvisí s mentálními poruchami, avšak otázka komorbidity se prolíná s otázkou příčiny a následku. Složitost této korelace se zabývá a pojednává o ní připravovaná monografie EMCDDA.

Skutečnost, že intenzivní užívání konopí se mnohdy vyskytuje souběžně s mentálními problémy nesouvisejícími specificky s drogami, má praktické důsledky. Při stanovování léčebného plánu pro uživatele konopí může být pro klinické pracovníky obtížné poznat, zda mají nejprve léčit užívání drogy nebo mentální poruchu. Studie účinků léčby problémového užívání konopí jsou dosud vzácné a těch několik málo, které existují, se zabývá pouze specifickými psychosociálními léčebnými postupy. Všechny ostatní léčebné postupy buďto nebyly zkoumány studii vůbec, nebo pouze nedostatečně; důkazy o účinnosti a efektivnosti proto scházejí.

konopí. Z několika zemí byl hlášen nárůst pravidelného či intenzivního užívání konopí, avšak pouze Španělsko uvádí podobné údaje o každodenním užívání, u něhož došlo k nárůstu mezi obdobími 1997–1999 (0,7–0,8 % dospělých) a rokem 2001 (1,5 %) a následně v roce 2003 ke stabilizaci (1,5 %). Bylo by cenné mít informace i z jiných zemí a informace podle konkrétních věkových skupin (např. 15–24 let). Francouzská studie ESCAPAD z roku 2003 zjistila, že 14 % mládeže ve věku 17–18 let (9 % dívek a 18 % chlapců) lze podle specifické škály (CAST) považovat za rizikovou z hlediska problémového užívání. Na škálách pro hodnocení intenzivních forem užívání konopí pracují i další země (Německo, Nizozemsko, Polsko a Portugalsko) a EMCDDA v této oblasti podněcuje další spolupráci.

Trendy v užívání konopí dospělými

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

Obecně se má za to, že užívání konopí se v některých evropských zemích začalo šířit v 60. letech 20. století a na oblibě získalo v průběhu 70. a 80. let. Nedávné národní průzkumy poukazují na značnou celoživotní zkušenost ve skupině 45–54letých v Dánsku, Německu, Španělsku, Francii, Nizozemsku, Švédsku a Spojeném království, což svědčí o rozsáhlém nástupu užívání konopí na konci 60. a v průběhu 70. let 20. století. Analýzou prvního užití konopí byl zjištěn značný nárůst užívání ve Španělsku v 70. letech, v Německu (západním) v 80. letech a v Řecku v 90. letech 20. století⁽⁶⁶⁾. Údaje ze Švédska dokládají poměrně vysokou míru experimentování mezi branci v 70. letech (15–20 %).

Podle národních či místních průzkumů prováděných v domácnostech, mezi branci a ve školách se užívání konopí v 90. letech výrazně zvýšilo téměř ve všech zemích EU, zvláště pak mezi mladými lidmi. Tento nárůst pak prakticky ve všech zemích až donedávna pokračoval, v některých případech se však objevují známky stabilizace či dokonce poklesu.

Ve Spojeném království bylo nedávné užití konopí u mladých dospělých (ve věku 15–34 let) nejvyšší v Evropě na počátku 90. let 20. století, avšak v období

⁽⁶⁵⁾ Dosud neexistuje žádná obecně přijímaná definice „intenzivního užívání konopí“. V jednotlivých studiích se definuje různým způsobem. Jedná se však o široký termín, jímž se označuje užívání konopí, jež překračuje jistý práh četnosti. Nemusí sice nezbytně znamenat existenci „závislosti/zneužívání“ či jiných problémů, ale má se za to, že zvyšuje riziko negativních důsledků, a to včetně závislosti. V této kapitole se údaje vztahují ke „každodennímu nebo téměř každodennímu užívání“ (jež je definováno jako užívání látky 20 či více dnů za posledních 30 dnů). Tento orientační bod se ve studiích často používá a je odvozen z evropského vzorového dotazníku. Riziko závislosti je u osob, které drogu užívají méně často, nižší.

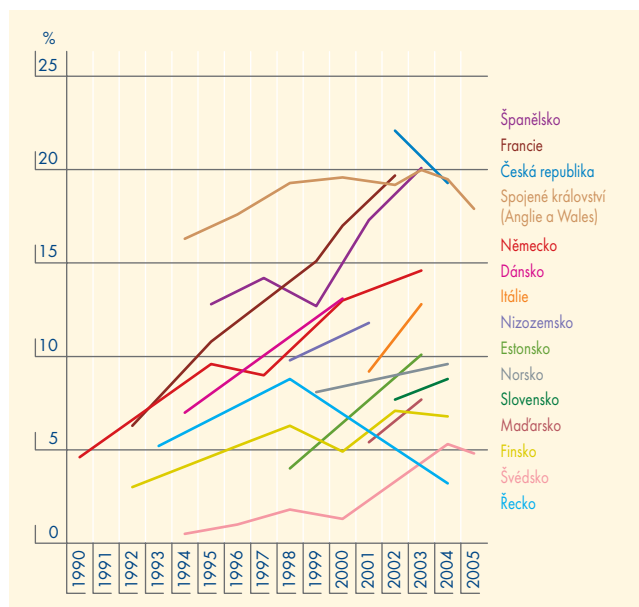
⁽⁶⁶⁾ Viz obr. 4 ve výroční zprávě za rok 2004.

mezi lety 1998 a 2004/2005 se mírně snižovalo ⁽⁶⁷⁾, zatímco údaje ze Španělska a Francie v nedávné době (2002 či 2003) dosáhly úrovně zjištěných ve Spojeném království (obr. 3). Podobně vysoká prevalence je hlášena rovněž z České republiky.

Míra užívání je nižší v Dánsku, Německu, Estonsku, Itálii, Nizozemsku a na Slovensku, avšak všechny tyto země uvádějí u mladých dospělých nárůst v užití drogy v posledním roce. Totéž, byť v menší míře, platí pro Maďarsko. Rovněž upozorňujeme, že údaje z Dánska (2000) a Nizozemska (2001) jsou nyní již poměrně staré a že aktuální situace tak není příliš jasná.

Ve Finsku a Švédsku jsou hodnoty prevalence poměrně nízké, ale zdá se, že rovněž vzrůstají. Rozdíl pozorovaný ve Švédsku mezi lety 2000 (1,3 %) a 2004 (5,3 %) je však obtížné vysvětlit vzhledem k provedeným metodickým změnám ⁽⁶⁸⁾.

Obr. 3: Trendy v prevalenci užívání konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Poznámka: Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulka GPS-4 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

V posledním desetiletí se rovněž zvýšila odhadovaná prevalence užívání drogy za poslední měsíc, ačkoli k výraznému nárůstu došlo pouze v Belgii a ve Španělsku. Ze Spojeného království byl v nedávné době hlášen pokles užití v posledním měsíci, který dříve představoval nejvyšší evropské hodnoty od počátku 90. let 20. století. Pokles mezi lety 2002 a 2004 byl hlášen rovněž ze Slovenska. V České republice a ve Francii nebylo možné trend vyhodnotit.

Cenné informace o trendech užívání drogy v mladší části populace mohou poskytnout také průzkumy ve školách, na jejichž základě lze do budoucna předpokládat trendy u mladých dospělých. Ve většině zemí došlo od roku 1995 k celkovému zvýšení počtu studentů škol, kteří vyzkoušeli konopí. V těchto trendech však existují značné geografické odchylky. Trendy v celoživotní prevalenci užití konopí mezi studenty ve věku 15–16 let lze rozdělit do tří geografických skupin. V Irsku a Spojeném království, kde je užívání konopí dlouhodobě tradiční záležitostí, je celoživotní prevalence vysoká, avšak za uplynulých deset let zůstává stabilní (kolem 37–39 %). V členských zemích východní a střední Evropy a dále v Dánsku, Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku byla celoživotní prevalence užívání konopí v roce 2003 výrazně vyšší než v roce 1995. Ve třetí skupině členských států (tj. Finsko a Švédsko na severu a Řecko, Kypr a Malta na jihu) a v Norsku zůstala odhadovaná celoživotní prevalence mezi studenty poměrně nízká (okolo 10 % a méně) ⁽⁶⁹⁾.

Údaje o žádostech o léčbu ⁽⁷⁰⁾

Z celkového počtu asi 380 000 hlášených žádostí o léčbu za rok 2004 (na základě dostupných údajů z 19 zemí) je konopí uváděno jako primární důvod doporučení k léčbě přibližně v 15 % všech případů, což z něj činí druhou nejčastěji uváděnou drogu po heroinu ⁽⁷¹⁾.

Konopí je rovněž druhou nejčastěji uváděnou drogou u osob nastupujících léčbu poprvé a na počtu nových klientů uváděném za rok 2004 se podílí 27 %, ale mezi jednotlivými zeměmi existují výrazné rozdíly. Jako důvod k léčbě uvedlo konopí méně než 5 % nových klientů v Litvě, na Maltě a v Rumunsku, ale více než 40 % nových klientů v Dánsku, Německu, Maďarsku a Finsku ⁽⁷²⁾. V období 1999–2004 se ve většině zemí, které údaje poskytly, zvýšil podíl nových klientů vyhledávajících léčbu v souvislosti s konopím ⁽⁷³⁾.

⁽⁶⁷⁾ Od roku 1994, což je první rok, kdy jsou použity informace vycházející z Průzkumu kriminality v Británii za Anglii a Wales.

⁽⁶⁸⁾ Viz obr. GPS-4 a GPS-14 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁶⁹⁾ Viz tab. EYE-5 (část i) a obr. EYE-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷⁰⁾ Analýza celkové distribuce a trendů vychází z údajů o klientech požadujících léčbu ve všech léčebných zařízeních. Analýza profilů klientů a vzorců užívání drogy vychází z údajů ambulantních léčebných center. Konkrétní analýza podle pohlaví je uvedena ve vybraném tématu – pohlaví, uvedeném v rámci výroční zprávy EMCDDA za rok 2006.

⁽⁷¹⁾ Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷²⁾ Viz tab. TDI-4 (část ii) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷³⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2006.

Téměř ve všech zemích, z nichž jsou údaje k dispozici, je podíl klientů, kteří vyhledali léčbu v souvislosti s užíváním konopí, vyšší u nových klientů než u všech klientů; v několika málo zemích jsou však příslušná procenta zhruba stejná ⁽⁷⁴⁾. V případě konopí je největší poptávka po ambulantní léčbě ⁽⁷⁵⁾.

S nárůstem poptávky po léčbě v souvislosti s užíváním konopí je patrně spojena celá řada faktorů, kterým je nadále nutno věnovat pozornost ve výzkumu. K možným důvodům nárůstu patří eskalace intenzivního užívání konopí a s tím související problémy v rámci populace, vyšší míra vnímání rizik spojených s užíváním konopí, v mnoha zemích vyšší počet případů soudně nařízené léčby a dále také změny v systému hlášení a/nebo jeho pokrytí ⁽⁷⁶⁾.

Obecně lze klienty užívající konopí rozdělit do tří skupin: příležitostní uživatelé (34 %), klienti užívající drogu jednou až několikrát týdně (32 %) a klienti užívající drogu denně (34 %). Jednotlivé země se značně liší z hlediska četnosti užívání konopí v případě nových klientů, přičemž nejvyšší podíl každodenních uživatelů konopí uvádí Nizozemsko a Dánsko a nejvyšší podíl příležitostných uživatelů nebo klientů, kteří konopí neužili v měsíci předcházejícím léčbě, uvádí Německo, Řecko a Maďarsko. Tato odchylka je patrně odrazem rozdílů v doporučené léčbě (např. větší počet případů soudně nařízené léčby či léčby doporučené sociálními sítěmi) ⁽⁷⁷⁾.

Důležitou otázkou je, do jaké míry splňují uživatelé konopí diagnostická kritéria buď pro závislost, nebo pro škodlivé užívání drogy. V současné době tato oblast vyžaduje další šetření. Jelikož se jednotlivé země liší z hlediska praxe v doporučování léčby, vzniká zde potřeba studií, které by dokumentovaly odlišnost klinické charakteristiky osob, jimž je léčba poskytována v souvislosti s užíváním konopí.

Někteří klienti vyhledávají léčbu užívání konopí v kombinaci s problémy s jinou drogou či alkoholem a někdy žádost o léčbu souvisí s obecnějšími problémy, jako je například porucha chování u mladých lidí. Některé studie z nedávné doby také dále uvádějí, že vzrostl počet adolescentů, kteří vyhledávají léčbu užívání konopí a zároveň mají problémy v oblasti duševního zdraví, a že tato skutečnost může být důležitým faktorem ovlivňujícím poptávku po léčbě ⁽⁷⁸⁾.

Je rovněž důležité lépe porozumět potřebám uživatelů konopí na úrovni populace. Podle odhadů EMCDDA jsou v EU přibližně 3 miliony intenzivních uživatelů konopí (což je definováno jako každodenní nebo téměř každodenní užívání konopí). Ačkoli není známo, kolik z těchto osob by vyžadovalo intervenci, je počet žádostí o léčbu v souvislosti s konopím ve srovnání s tímto číselným údajem nízký.

Podle dostupných údajů bývají klienti léčení v ambulantních léčebných centrech kvůli problémům s konopím relativně mladí; prakticky všichni klienti užívající konopí, kteří se léčí poprvé, jsou mladší 30 let. Adolescenti, kteří se podrobili specializovanému léčení, mají vyšší pravděpodobnost, že budou vedeni jako osoby s primárním problémem týkajícím se konopí než klienti jiných věkových skupin. Konopí je přitom důvodem 75 % žádostí o léčbu mezi osobami mladšími 15 let a 63 % žádostí mezi klienty ve věku 15–19 let ⁽⁷⁹⁾.

Většina klientů uvádí, že poprvé užili konopí velmi mladí a 36,8 % z nich drogu poprvé užilo před dovršením patnácti let. Téměř nikdo z osob vyhledávajících léčbu neuvádí, že by konopí poprvé užil ve věku pozdějším než 29 let ⁽⁸⁰⁾.

Prevence

Kvalitně realizované programy všeobecné prevence mohou u mladých lidí časově posunout či omezit první užití látek, jako jsou tabák, alkohol a konopí. Význam této skutečnosti ještě umocňují důkazy, že mezi uživateli, kteří s drogou začnou brzy (v předpubertálním až středním pubertálním věku), existuje značně vyšší riziko vzniku drogových problémů, a to včetně závislosti (Von Sydow a kol., 2002; Chen a kol., 2005). Další pohnutkou úsilí o prevenci či posunutí prvního užití konopí je skutečnost, že adolescenti jsou citlivější na intoxikaci konopím.

Profilu mladých uživatelů konopí se, alespoň v raných fázích spotřeby, neliší od profilu uživatelů alkoholu či tabáku. To podporuje názor, že by se všeobecná prevence mezi mladými lidmi neměla zaměřovat pouze na konopí, ale jejím cílem by měla být rovněž prevence užívání alkoholu a tabáku.

Pohlaví je při prevenci užívání konopí důležitou otázkou (viz vybrané téma – pohlaví). U chlapců existuje vyšší riziko postupného intenzivnějšího užívání, zřejmě proto, že dívky více reagují na nesouhlas rodičů a jsou opatrnější při výběru

⁽⁷⁴⁾ Viz tab. TDI-3 (část iii) a TDI-4 (část iii) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷⁵⁾ Viz tab. TDI-25 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷⁶⁾ Monografie EMCDDA o konopí bude publikována v roce 2007. Tři kapitoly této monografie budou zaměřeny na otázku zvýšené poptávky po léčbě užívání konopí.

⁽⁷⁷⁾ Viz tab. TDI-18 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Viz tab. TDI-10 (část i) a (část ii) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁸⁰⁾ Viz tab. TDI-11 (část ii) a (část ix) ve Statistickém věstníku 2006.

vrstevníků. Tento vzorec se však mění v rámci celkové změny tradičních rolí mužů a žen v moderní společnosti. V několika evropských zemích se projekty zaměřené na prevenci užívání konopí a alkoholu (Bagmaendene v Dánsku, Beer-Group v Německu a Risflecting v Rakousku) snaží řešit nedostatečné komunikační dovednosti chlapců. Je známo, že jedním z důvodů intenzivní spotřeby alkoholu a konopí mezi chlapci je skutečnost, že je pro ně obtížné navazovat kontakty s dívkami, a proto projekty nabízejí i lekce flirtování.

Selektivní prevence ve školách se zaměřuje na rizikové faktory spojené s užíváním drog, např. nedokončení školní docházky, antisociální chování, špatné školní výsledky, nedostatečnou schopnost vytváření vztahů a nepravdivou školní docházku a zhoršenou schopnost učení v důsledku užívání drog.

Cílem německého projektu „Zfetování ve škole“ je průprava učitelů v časném odhalení a časné intervenci, prevenci užívání konopí a navazování kontaktů mezi školami a protidrogovými poradnami. Stejně jako u obdobných projektů v Rakousku jde o vzdělávací schéma s deseti moduly, jehož cílem je zvýšit schopnost učitelů povšimnout si užívání konopí a vytipovat rizikové žáky.

V Německu, Francii a Nizozemsku jsou častá protidrogová poradenská centra specializovaná na konkrétní drogu. Od ledna 2005 bylo na území Francie založeno více než 250 klinik pro poradenství v souvislosti s konopím. Tato zařízení jsou anonymní, bezplatná a otevřená pro všechny. Zaměřují se na adolescenty, kteří mají problémy v důsledku užívání konopí nebo jiných drog, a na jejich rodiče. Pro zajištění snadného přístupu se nacházejí ve velkých francouzských městech. Poradenství provádějí odborníci, kteří jsou vyškoleni v použití hodnotících nástrojů a krátkých intervencí v souvislosti se závislostmi a kteří jsou u pacientů s potřebou specializované péče schopni určit vhodné sociální, zdravotnické či psychiatrické služby. Tento nový typ struktury bude předmětem navazující studie. První dostupné údaje za první 2 až 3 měsíce provozu vykazují návštěvu 3 500–4 000 osob měsíčně,

z nichž 2 000–2 500 tvořili uživatelé konopí (zbylou část představují rodiče, příbuzní a pracovníci s mládeží). K alternativním strategiím patří nabídka krátkých, ale strukturovaných kurzů obsahujících přibližně deset skupinových sezení (Německo, Dánsko, Nizozemsko, Rakousko). Nizozemsko-německý projekt EUREGIO zavedl doprovodný manuál SKOLL (kurzy sebeovládání).

„Vzdělávací kurzy“ zaměřené konkrétně na konopí často spoléhají na nelegálnost užívání či držení konopí a účastníci se do kurzů dostávají prostřednictvím trestní justice. Motivace k účasti do velké míry vychází z toho, že je docházka do kurzů povinnou součástí uloženého trestu. Tyto metody nicméně umožňují navázat kontakt alespoň s určitou částí rizikové skupiny.

Řada evropských intervencí selektivní prevence se přiklání k poskytování informací o konopí. Některé další na důkazech založené přístupy, např. normativní restrukturalizace (např. zjištění, že většina vrstevníků užívání neschvaluje), kurzy asertivity, motivace a stanovení cílů nebo např. uvedení mýtů na pravou míru (o hodnotách spojovaných s konopím), se doposud nestaly standardní součástí programů prevence u konopí. Nedávná metaanalýza programů prevence pro ohroženou mládež (Roe a Becker, 2005) zjistila, že metody založené na informovanosti mají minimální nebo nulový dopad na chování či postoje spotřebitelů, a to jak v prevenci všeobecné, tak selektivní. Titíž autoři zjistili, že na ohroženou mládež významně působí komplexní programy sociálních vlivů.

Důležitým bodem vyplývajícím z těch několika málo dostupných hodnocení evropských projektů selektivní prevence konopí (FRED, *Way-Out* (Jak se z toho dostat), *Sports for Immigrants* (Sport pro imigranty) a jiných; viz výše a informace na stránce EDDRA na adrese <http://eddra.emcdda.europa.eu>) je účinnost komplexních technik sociálních vlivů. K pozitivním účinkům dosaženým pomocí těchto technik patří snižování spotřeby, zlepšení v oblasti vnímání problému užívání samotným klientem, snížení počtu hlavních rizikových faktorů a souvisejících problémů a dále větší sebekázeň a motivace.

Krátká intervence pro uživatele konopí

Krátká intervence je přístup, který se snaží přimět člověka k zamyšlení nad užíváním drog a vybavit ho dovednostmi k jeho zvládnutí. Tato koncepce vychází hlavně z motivačních rozhovorů, neodsudivého, nekonfrontačního přístupu, který zkoumá hodnoty a cíle klienta a jeho vlastní náhled na užívání drog a poskytuje zpětnou vazbu o rozporech mezi klientovým sebevnímáním a skutečným stavem.

Krátká intervence se často zaměřuje na rané stádium užívání alkoholu nebo drog s cílem předejít vzniku pozdějších závažných drogových problémů. Existují důkazy o efektivnosti krátké intervence při prevenci zneužívání alkoholu a tabáku, a narůstá zájem o přínos tohoto přístupu v případě dalších látek.

Krátká intervence se osvědčila jako velmi užitečná v opatřeních selektivní prevence zaměřených na uživatele konopí, kteří by běžně nepřišli do kontaktu s léčebným zařízením. Osvětové programy, které kladou důraz na abstinenci, nemusejí být v případě intenzivních uživatelů konopí účinné.

Krátké intervence jsou nákladově efektivní a mohou být zvláště vhodné pro uživatele konopí, protože se dobře osvědčily v případě uživatelů drog, kteří:

- mají s užíváním drog málo problémů,
- mají nízký stupeň závislosti,
- mají krátkou historii užívání drog,
- mají stabilní zázemí (sociální, školní, rodinné),
- mají nevyhraněný nebo rozpolcený názor na změnu vžitého užívání drog.

Tento přístup se nyní používá v několika zemích, včetně Německa, Nizozemska, Rakouska a Spojeného království, kde intervence mohou mít podobu poradenství, „kurzů pro uživatele konopí“, nebo dokonce svépomocných internetových stránek. Například německý poradenský program „Quit the Shit“ (www.drugcom.de) je inovativním projektem využívajícím tematiku pro uživatele konopí, kteří chtějí užívání drogy omezit nebo s ním přestat. K podobným internetovým stránkám se svépomocnými prvky patří www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html organizace Jellinek (Nizozemsko) a www.knowcannabis.org.uk/ organizace HIT (Spojené království).



Kapitola 4

Amfetaminy, extáze a další psychotropní drogy

Ve spoustě evropských zemí je druhou nejčastěji užívanou nelegální látkou některá z forem synteticky vyráběných drog. Celková míra užívání těchto látek je v běžné populaci obvykle nízká, ale míry prevalence užívání bývají mezi mladšími věkovými skupinami výrazně vyšší a v některých společenských prostředích nebo některých kulturních skupinách může být užívání těchto drog zvláště vysoké. Celosvětově patří amfetaminy (amfetamin a metamfetamin) a extáze k nejrozšířenějším syntetickým drogám.

Amfetamin a metamfetamin jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu. Z těchto dvou drog je v Evropě mnohem dostupnější amfetamin. Celosvětově je vzrůstající míra užívání metamfetaminu důvodem ke značným obavám, jelikož je tato droga spojována s celou řadou závažných zdravotních problémů. V Evropě se zdá, že užívání metamfetaminu je závažné pouze v České republice.

Pojmem extáze se označují syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné amfetaminům, ale jejichž účinky se do jisté míry liší. Nejznámějším členem skupiny drog zvaných extáze je 3,4-methylenedioxyamfetamin (MDMA), avšak v tabletách extáze se někdy nacházejí i jiné, obdobné látky (MDA, MDEA apod.). Tyto drogy jsou někdy označovány jako entaktogeny, což odkazuje na jejich velmi specifický účinek vedoucí ke změně nálady. Někdy vyvolávají účinky, které se spíše připisují halucinogenním látkám.

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

Pro zjišťování nových drog, které se objevují na evropské drogové scéně, je v EU zaveden systém včasného

varování. Tento systém rovněž sleduje potenciálně škodlivé nové trendy užívání psychoaktivních látek.

Nabídka a dostupnost ⁽⁸¹⁾

Produkce amfetaminů a extáze se obtížně kvantifikuje, jelikož „vychází ze snadno dostupných chemikálií v lehce utajitelných laboratořích“ (UNODC, 2003a). Podle posledních odhadů činí roční světová produkce amfetaminů a extáze přibližně 520 tun (UNODC, 2003b). Největší množství těchto látek bylo zadrženo v roce 2000, a to 46 tun. Po poklesu v letech 2001 a 2002 se zadržené množství v roce 2003 znovu zvýšilo na 34 tun a následně za rok 2004 mírně kleslo na 29 tun. Za rok 2004 klesl podíl metamfetaminu na celosvětových záchytech amfetaminů a extáze na 38 % (oproti 66 % v roce 2003), extáze tvořila 29 % a amfetamin 20 % (CND, 2006).

Amfetamin

Světová produkce amfetaminu se nadále soustřeďuje do západní a střední Evropy, zejména do Belgie, Nizozemska a Polska. V této dílčí oblasti hrají v nezákoně výrobě amfetaminu významnou roli Estonsko, Litva a Bulharsko a v menší míře pak Německo, Španělsko a Norsko, jak naznačují amfetaminové laboratoře zlikvidované v těchto zemích v roce 2004 (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Mimo Evropu se amfetamin vyrábí zejména v Severní Americe a Oceánii (CND, 2006). Obchod s amfetaminem v roce 2004 nadále probíhal především v rámci regionů. Většina amfetaminu na evropském černém trhu pochází z Belgie, Nizozemska a Polska a dále také z Estonska a Litvy (ve skandinávských zemích) (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; WCO, 2005).

Ze 6 tun amfetaminu zachyceného na celém světě v roce 2004 bylo 97 % zadrženo v Evropě, zejména pak v západní a střední Evropě (67 % zadrženého celosvětového množství) a v jihovýchodní Evropě (26 %) (CND, 2006).

⁽⁸¹⁾ Viz „Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu“, s. 37.

⁽⁸²⁾ Počet zlikvidovaných laboratoří, nahlášený z různých zemí, svědčí kromě počtu výroben také o aktivitách a prioritách orgánů činných v trestním řízení a o evidenční praxi.

Odhaduje se, že za rok 2004 bylo v EU provedeno 33 000 záchytů amfetaminu o celkovém objemu 5,2 tun a počtu 9,6 milionů jednotek. Z hlediska počtu záchytů a hmotnosti zadrženého amfetaminu je Spojené království delší dobu zemí, v níž jsou tyto hodnoty v rámci EU nejvyšší⁽⁸³⁾. Turecko za rok 2004 ohlásilo záchyt 9,5 milionů jednotek amfetaminu. I přes určité výkyvy se v EU hodnota jak celkového počtu záchytů amfetaminu⁽⁸⁴⁾, tak zadrženého množství⁽⁸⁵⁾ od roku 1999 zvýšila a podle zjištění sledovaných zemí patrně tento vzestupný trend pokračoval i v roce 2004.

Průměrná spotřebitelská cena amfetaminu se v roce 2004 pohybovala od 4 eur za gram ve Slovinsku do 64 eur za gram na Maltě⁽⁸⁶⁾. V období 1999–2004 se cena amfetaminu upravená o inflaci⁽⁸⁷⁾ celkově snížila v Německu, Španělsku, Irsku, Lotyšsku, Litvě, Švédsku, Spojeném království, Bulharsku, Turecku a Norsku⁽⁸⁸⁾.

Průměrná čistota amfetaminu se v roce 2004 pohybovala od 5–6 % v Bulharsku po 44 % v Norsku⁽⁸⁹⁾. Dostupné údaje⁽⁹⁰⁾ o průměrné čistotě amfetaminu za období 1999–2004 poukazují na celkový klesající trend v Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Finsku a Norsku a na vzestupný trend v Belgii, Německu, Francii, Itálii, Maďarsku a Rakousku.

Metamfetamin

Z hlediska vyrobených a prodávaných množství se metamfetamin celosvětově i nadále jeví jako důležitější než amfetamin či extáze, ačkoli jeho podíl na světových záchytech za rok 2004 klesl. Nadále se vyrábí převážně ve východní a jihovýchodní Asii (v Číně, na Filipínách, v Myanmaru (Barmě), Thajsku), za níž následuje Severní a Střední Amerika (Spojené státy, Kanada, Mexiko). V roce 2004 bylo celosvětově zadrženo 11 tun metamfetaminu,

z čehož 59 % ve východní a jihovýchodní Asii a 37 % v Severní Americe (CND, 2006). V Evropě se produkce metamfetaminu omezuje převážně na Českou republiku, kde se od poloviny 80. let 20. století vyrábí pod místním názvem pervitin. V roce 2004 však byla hlášena výroba i ze Slovenska a Bulharska, kde byly zlikvidovány laboratoře (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; UNODC, 2006). Většina české produkce metamfetaminu je určena pro místní trh, i když její část se pašuje do Německa, Rakouska a na Slovensko (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005). Za rok 2004 byly záchyty metamfetaminu hlášeny z Belgie, České republiky, Dánska, Estonska, Řecka, Francie, Lotyšska, Litvy, Maďarska, Rakouska, Slovenska, Švédska, Rumunska a Norska, přičemž v posledně jmenované zemi byl zaznamenán nejvyšší počet záchytů s nejvyššími zadrženými objemy⁽⁹¹⁾.

V roce 2004 se cena⁽⁹²⁾ metamfetaminu na spotřebitelské úrovni v České republice pohybovala v rozmezí 12 až 63 eur za gram, přičemž rozmezí průměrné čistoty⁽⁹³⁾ sahala od 43 % na Slovensku do 50 % v České republice.

Extáze

Z globálního hlediska zůstává hlavním centrem produkce extáze Evropa, ačkoli její relativní význam patrně klesá s tím, jak se v posledních letech výroba extáze šíří do dalších částí světa, zejména do Severní Ameriky (USA, Kanady) a do jižní a jihovýchodní Asie (Číny, Indonésie, Hongkongu) (CND, 2006; UNODC, 2006). Ačkoli v Evropě zůstalo v roce 2004 hlavním zdrojem extáze Nizozemsko, byly laboratoře vyrábějící extázi rovněž odhaleny v Belgii, Estonsku, Španělsku a Norsku (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; UNODC, 2006). V případech extáze zachycené v rámci EU se uvádí původ z Nizozemska

⁽⁸³⁾ Tuto situaci je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji ze Spojeného království za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje jak o počtu záchytů amfetaminů, tak o jejich množství zadrženém v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a za Spojené království. Údaje o množství amfetaminů zadrženém v roce 2004 nebyly k dispozici za Slovinsko. Údaje o počtu záchytů amfetaminů nebyly za rok 2004 k dispozici za Nizozemsko. Za účelem odhadů byla chybějící data za rok 2004 nahrazena údaji za rok 2003. Údaje o množství zadrženém v roce 2004, které byly předloženy Nizozemskem, byly pouze odhadem, který nebylo možno zahrnout do analýzy trendů do roku 2004.

⁽⁸⁴⁾ Viz tab. SZR-11 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁸⁵⁾ Viz tab. SZR-12 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁸⁶⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁸⁷⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽⁸⁸⁾ Za období 1999–2004 byly o cenách amfetaminů za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici údaje v Belgii, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, Lotyšsku, Litvě, Polsku, Švédsku, Spojeném království, Bulharsku, Turecku a Norsku.

⁽⁸⁹⁾ Viz tab. PPP-8 ve Statistickém věstníku 2006. Upozorňujeme, že nahlášené průměrné hodnoty čistoty amfetaminu v sobě mohou skrývat značné odchylky v čistotě analyzovaných vzorků.

⁽⁹⁰⁾ Za období 1999–2004 byly údaje o čistotě amfetaminů za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v Belgii, Německu, Estonsku, Francii, Itálii, Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Maďarsku, Nizozemsku, Polsku, Portugalsku, Finsku, Spojeném království, Turecku a Norsku.

⁽⁹¹⁾ Data za rok 2004 poskytnutá Německem, Itálií, Lucemburskem a Nizozemskem neumožňují rozlišení záchytů metamfetaminu a amfetaminu, zatímco Irsko a Spojené království neposkytly za rok 2004 údaje o záchytech drog, takže je obtížné zjistit, zda v těchto pěti zemích došlo v roce 2004 k nějakým záchytům metamfetaminu.

⁽⁹²⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁹³⁾ Viz tab. PPP-8 ve Statistickém věstníku 2006.

a Belgie, v menší míře pak z Polska a Spojeného království (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005).

Nezákoně obchodování s extází je stále výrazně soustředěno v západní Evropě, ačkoli se podobně jako výroba v posledních letech rozšířilo po celém světě. Z 8,5 tun (ekvivalentní hmotnost) extáze zachycené v roce 2004 na celém světě bylo 50 % zadrženo v západní a střední Evropě, 23 % v Severní Americe a 16 % v Oceánii (CND, 2006).

Při odhadovaném počtu 24 000 záchytů bylo za rok 2004 v EU zabaveno přibližně 28,3 milionů tablet extáze. Až do roku 2003 byla největší množství extáze zachycena ve Spojeném království a dále v Německu, Francii a Nizozemsku ⁽⁹⁴⁾.

Po rychlém nárůstu v období 1999–2001 se počet záchytů extáze ⁽⁹⁵⁾ na úrovni EU v letech 2002–2003 snížil, ale údaje získané ze zemí, které tyto údaje poskytují, opět za rok 2004 naznačují jisté zvýšení. Množství zadržené extáze ⁽⁹⁶⁾ se mezi lety 1999 a 2002 zvýšilo. Po strmém poklesu na nejnižší úroveň v roce 2003 svědčí údaje za rok 2004 o tom, že bylo opět dosaženo úrovně z roku 2002.

V roce 2004 se průměrná spotřebitelská cena tablet extáze pohybovala od 3 eur v Litvě a Polsku do 15–25 eur v Řecku a Itálii ⁽⁹⁷⁾. Během období 1999–2004 průměrná spotřebitelská cena extáze upravená o inflaci ⁽⁹⁸⁾ ve většině sledovaných zemí klesla ⁽⁹⁹⁾.

Obecně řečeno obsahovala většina tablet prodaných v Evropě jako extáze MDMA nebo jinou látku podobnou extázi (MDEA, MDA), přičemž tato látka byla obvykle jedinou psychoaktivní látkou přítomnou v tabletě. V České republice, Řecku, Lotyšsku, Litvě, Maďarsku, Nizozemsku, na Slovensku, ve Finsku, Spojeném království a Norsku

tyto tablety tvořily celkem více než 95 % celkového počtu tablet analyzovaných v roce 2004. Výjimkou z tohoto zjištění je Bulharsko, kde vysoká část analyzovaných tablet (61 %) obsahovala jako psychoaktivní látku pouze amfetamin a/nebo metamfetamin. Obsah MDMA v tabletách extáze se značně liší v závislosti na šarži (i mezi tabletami se stejným logem), a to jak mezi jednotlivými zeměmi, tak na vnitrostátní úrovni. V roce 2004 se průměrný obsah účinné látky (MDMA) v tabletě extáze uváděl v rozmezí od 30 do 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005).

LSD

Výroba LSD a obchod s ním probíhá v mnohem menším měřítku, než je tomu v případě ostatních syntetických drog. V roce 2004 bylo v EU provedeno odhadem 700 záchytů celkem 220 000 dávek LSD. Od roku 2002 je zemí s největším objemem zachyceného LSD ročně Německo, za nímž následuje Spojené království ⁽¹⁰¹⁾. V období 1999–2002 se na úrovni EU snížil jak počet záchytů LSD ⁽¹⁰²⁾, tak zachycené množství ⁽¹⁰³⁾. Z dostupných údajů pro roky 2003 a 2004 však vyplývá, že poprvé za devět let došlo k nárůstu počtu záchytů a zadržného množství LSD, jelikož v roce 2004 byla v Německu, Francii, Litvě, Nizozemsku a Polsku zachyceno poměrně velké množství drogy.

V roce 2004 platili uživatelé za dávku LSD v průměru od 2,5 eur v Portugalsku do 11,6 eur na Maltě ⁽¹⁰⁴⁾. Průměrné ceny LSD upravené o inflaci ⁽¹⁰⁵⁾ vykazovaly za období 1999–2004 klesající tendenci ⁽¹⁰⁶⁾ v České republice, Irsku, Polsku, Švédsku a na Slovensku, zatímco ke zvýšení došlo v Německu a Francii.

⁽⁹⁴⁾ Tuto situaci je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji ze Spojeného království za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje jak o počtu záchytů extáze, tak o množství extáze zadržném v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a Spojené království. Údaje o počtu záchytů extáze nebyly za rok 2004 k dispozici za Nizozemsko. Za účelem odhadů byla chybějící data za rok 2004 nahrazena údaji za rok 2003. Údaje o množství zadržném v roce 2004, které byly předloženy Nizozemskem, byly pouze odhadem, který nebylo možno zahrnout do analýzy trendů do roku 2004.

⁽⁹⁵⁾ Viz tab. SZR-13 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁹⁶⁾ Viz tab. SZR-14 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁹⁷⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁹⁸⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽⁹⁹⁾ Pro období 1999–2004 byly údaje o cenách extáze za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v Belgii, České republice, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, na Kypru, v Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Švédsku, Spojeném království, Bulharsku, Turecku a Norsku.

⁽¹⁰⁰⁾ Toto rozpětí vychází z údajů získaných pouze z několika zemí, konkrétně z Dánska, Německa, Francie, Lucemburska a Nizozemska.

⁽¹⁰¹⁾ Tuto situaci je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji ze Spojeného království za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje jak o počtu záchytů LSD, tak o množství LSD zadržném v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a za Spojené království. Údaje o počtu záchytů LSD nebyly k dispozici za Kypr, Nizozemsko, Polsko a Bulharsko. Za účelem odhadů byla chybějící data za rok 2004 nahrazena údaji za rok 2003. Údaje o množství zadržném v roce 2004, které byly předloženy Nizozemskem, byly pouze odhadem, který nebylo možno zahrnout do analýzy trendů do roku 2004.

⁽¹⁰²⁾ Viz tab. SZR-15 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁰³⁾ Viz tab. SZR-16 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽¹⁰⁶⁾ Pro období 1999–2004 byly údaje o cenách LSD za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v České republice, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, Litvě, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Švédsku, Spojeném království, Rumunsku a Norsku.

Mezinárodní akce proti produkci amfetaminů a extáze a obchodování s nimi

V oblasti syntetických drog funguje v rámci Europolu od prosince 2004 projekt Synergy⁽¹⁰⁷⁾. Podporuje ho 20 členských států EU a některé třetí země. Jeho součástí je pracovní soubor pro účely analýzy s operačními dílčími projekty realizovanými v různých zemích EU a dále také řada nástrojů užívaných k analytickým a strategickým účelům, jako např. systém Europolu pro loga extáze (Europol Ecstasy Logo System, EELS) (včetně katalogu log extáze) a srovnávací systém Europolu pro nezákonné laboratoře (Europol Illicit Laboratory Comparison System, EILCS). Europol nadále podporuje projekt CHAIN⁽¹⁰⁸⁾, týkající se profilace amfetaminu, a dále také Evropské společné jednotky pro prekurzory (European Joint Unit on Precursors, EJUP). Kromě odborné pomoci poskytované na místě při likvidaci nezákonných výroben syntetických drog se dílčí projekty v poslední době zaměřují na porovnání likvidovaných laboratoří, odhalování chemických skládek jako výchozích bodů pro vyšetřování, zpětné dohledání strojů na výrobu tablet a na vyšetřování nezákonného obchodu s chemickými prekurzory v zemích EU.

Projekt Prism je mezinárodní iniciativou, která má za cíl zabránit zneužití chemických prekurzorů užívaných při nelegální výrobě syntetických drog, a to prostřednictvím systému oznámení zasílaných před vývozem při zákonném obchodu Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek (International Narcotics Control Board, INCB) a nahlášení zastavených dodávek a provedených záchytů v případě podezřelých transakcí.

Hlavními prekurzory metamfetaminu jsou efedrin a pseudoefedrin, zatímco k výrobě amfetaminu se používá také 1-fenyl-2-propanon (P-2-P). K nezákonné výrobě MDMA se používá 3,4-methylenedioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol a safrolové oleje a při syntetizaci MDA se používá také piperonal⁽¹⁰⁹⁾.

Objemy zákonného obchodu dosáhly v roce 2004 v případě efedrinu 526 tun a v případě pseudoefedrinu 1 207 tun. Největší záchyty těchto chemikálií byly hlášeny ze Severní Ameriky a jihovýchodní Asie, ale obavy vyvolává rozšíření záchytů do všech regionů. Do Evropy se efedrin a pseudoefedrin pašuje zejména ze západní

Asie. Za rok 2004 bylo v Evropě zadrženo 2,6 tun efedrinu a 1 kg pseudoefedrinu⁽¹¹⁰⁾. Jednalo se převážně o záchyty malých množství z řady různých laboratoří. K většině z nich došlo v České republice, i když v Řecku bylo zadrženo velké množství efedrinu z Pákistánu.

Aktivity v rámci projektu Prism se v Evropě orientují na prevenci pašování 3,4-MDP-2-P a P-2-P do Evropské unie za účelem nezákonné výroby MDMA, resp. amfetaminu. V roce 2004 byly zaznamenány vůbec největší světové záchyty 3,4-MDP-2-P a P-2-P, přičemž v Evropě bylo zachyceno největší množství 3,4-MDP-2-P a ve Spojených státech pak největší množství P-2-P. Za rok 2004 dosáhl objem záchytů v Evropě 10 161 litrů 3,4-MDP-2-P (převážně v Nizozemsku a Belgii) a 9 297 litrů P-2-P (převážně v Polsku a Nizozemsku)⁽¹¹¹⁾.

Piperonal má řadu zákonných způsobů využití, ale může se také jednat o prekurzor pro výrobu 3,4-MDP-2-P, MDA nebo MDMA (INCB, 2006b). V období od listopadu 2004 do října 2005 bylo úřadem INCB ohlášeno přes 150 zásilek v celkovém objemu 3 800 tun (2006b). Největší záchyty piperonalu ohlásila za rok 2004 Čína (13 tun). V Evropě byly zadrženy 2,4 tuny, a to téměř celé množství v Rumunsku⁽¹¹²⁾.

Záchyty safrolu jsou hlášeny ze všech částí světa, avšak zadržena množství jsou stále nízká, s výjimkou Číny, která hlásí záchyty přes 100 kg. V Evropě bylo v roce 2004 zadrženo 122 litrů safrolu, a to zejména v Lotyšsku, ale také v Litvě.

Prevalence a vzorce užívání

Průzkumy populace tradičně ukazují, že amfetaminy a extáze jsou po konopí nejběžněji užívanými nelegálními látkami, i když celková prevalence jejich užívání je nižší než u konopí. Užívání extáze si získalo oblibu v 90. letech 20. století, kdežto amfetaminy se užívají již mnohem déle.

Z členských států EU se míra užívání amfetaminů⁽¹¹³⁾ a extáze zdá být poměrně vysoká pouze v několika málo zemích, a to v České republice, Estonsku a Spojeném království.

Podle nedávných průzkumů provedených u dospělé populace (15–64 let) se v Evropě celoživotní prevalence užívání amfetaminů pohybuje od 0,1 do 5,9 %, s výjimkou Spojeného království (Anglie a Wales), kde tato hodnota činí 11,2 %. Nejméně jednou užilo

⁽¹⁰⁷⁾ Projekt Synergy sloučil projekty CASE a Genesis, které byly zahájeny v roce 2002.

⁽¹⁰⁸⁾ Kolektivní harmonizovaná iniciativa v oblasti amfetaminů CHAIN (*Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative*) je iniciativou kriminologické profilace, která nahradila pilotní projekt CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Všechny jsou uvedeny v seznamu I úmluvy z roku 1988.

⁽¹¹⁰⁾ Údaje o záchytech neobsahují množství ze zadržených zásilek.

⁽¹¹¹⁾ Údaje o záchytech neobsahují množství ze zadržených zásilek.

⁽¹¹²⁾ Údaje o záchytech neobsahují množství ze zadržených zásilek.

⁽¹¹³⁾ V rámci průzkumů mezi veřejností zahrnují údaje u „užívání amfetaminů“ v jedné kategorii užívání jak „amfetaminu“, tak „metamfetaminu“.

amfetaminy v průměru 3,1 % všech dospělých Evropanů. Po Spojeném království jsou nejvyšší údaje hlášeny z Dánska (5,9 %), Norska (3,6 %) a Německa (3,4 %). Užití v posledním roce je mnohem nižší: v průměru 0,6 % (rozpětí 0–1,4 %). Na základě průzkumů provedených u běžné populace se odhaduje, že tuto látku v životě vyzkoušelo téměř 10 milionů Evropanů a přes 2 miliony užíly amfetamin v průběhu předchozích 12 měsíců⁽¹¹⁴⁾.

Mezi mladými dospělými (15–34 let) se uvádí zkušenost s užitím amfetaminu v rozmezí 0,1–9,6 %, přičemž Spojené království (Anglie a Wales) uvádí celoživotní prevalenci 16,5 % (což může být odrazem historického vývoje – viz níže). V polovině sledovaných zemí jsou hodnoty prevalence nižší než 4 %. Nejvyšší hodnoty po Spojeném království hlásí Dánsko (9,6 %), Norsko (5,9 %) a Německo (5,4 %). Amfetamin vyzkoušelo v průměru 4,8 % mladých Evropanů. Nejvyšší hodnoty prevalence užívání v posledním roce hlásí Dánsko (3,1 %) a Estonsko (2,9 %)⁽¹¹⁵⁾. Odhaduje se, že v průběhu posledního roku užílo amfetamin 1,4 % mladých Evropanů (viz také obr. 4).

Extázi vyzkoušelo 0,2–7,1 % všech dospělých (průměr 2,6 %). Polovina zemí uvádí hodnoty prevalence do výše 1,8 % nebo nižší, zatímco nejvyšší prevalenci hlásí Česká republika (7,1 %) a Spojené království (6,7 %). Prevalence užívání extáze v posledním roce se pohybuje mezi 0,2 a 3,5 %, avšak polovina zemí hlásí prevalenci 0,5 % nebo méně. Odhaduje se, že extázi vyzkoušelo téměř 8,5 milionů Evropanů a že za poslední rok ji užíly téměř 3 miliony osob.

Mezi mladými dospělými je v evropských zemích průměrná prevalence celoživotního užívání extáze 5,2 % a pohybuje se v rozmezí od 0,5 do 14,6 %, přičemž polovina zemí uvádí hodnotu pod 3,6 %. Nejvyšší prevalenci hlásí Česká republika (14,6 %), Spojené království (12,7 %) a Španělsko (8,3 %).

Užívání extáze je jev související převážně s mládeží. Ve věkové skupině 15–24 let se celoživotní prevalence pohybuje od 0,4 do 18,7 %, přičemž nejvyšší hodnoty hlásí Česká republika (18,7 %)⁽¹¹⁶⁾ a Spojené království (10,7 %). Hodnoty jsou vyšší u mužů (0,3–23,2 %) než u žen (0,4–13,9 %). Užití za poslední rok se pohybuje mezi 0,3 a 12 %, přičemž nejvyšší údaje hlásí Česká

republika (12 %) a Estonsko (6,1 %) (obr. 5). Sedm zemí hlásí prevalenci za poslední měsíc nižší než 3 %. Prevalence bývá vyšší v městských oblastech, zejména pak mezi návštěvníky diskoték, klubů či tanečních akcí (viz vybrané téma – rekreační užívání drog).

Z průzkumů provedených mezi studenty ve věku 15–16 let vyplývá, že prevalence celoživotního užívání extáze se v období 1995–2003 zvýšila a nejvyšší nárůst zaznamenala v České republice a ve většině nových členských států EU⁽¹¹⁷⁾. Podle průzkumu ESPAD provedeného ve školách v roce 2003 (Hibell a kol., 2004) zůstala v šesti členských státech (Německo, Dánsko, Estonsko, Litva, Rakousko a Polsko) odhadovaná celoživotní prevalence užívání amfetaminu o 1 až 3 % vyšší než v případě extáze⁽¹¹⁸⁾.

Pro srovnání v národním průzkumu o užívání drog a zdraví ve Spojených státech v roce 2004 uvádělo 4,6 % dospělých (ti byli definováni jako osoby ve věku od 12 let) celoživotní zkušenost s extází a 0,8 % uvedlo užití za poslední rok (pro srovnání činí příslušné údaje v EU 2,6 % a 0,9 %). Mezi mladými dospělými ve věku 16–34 let byla celoživotní zkušenost 11,3 % a prevalence užívání během uplynulého roku 2,2 % (v Evropě 5,2 % a 1,9 %)⁽¹¹⁹⁾.

Celoživotní zkušenost s užíváním LSD se u dospělých pohybuje mezi 0,2 a 5,9 %, přičemž dvě třetiny zemí hlásí hodnoty prevalence mezi 0,4 a 1,7 %. U mladých dospělých (15–34 let) je celoživotní prevalence užívání LSD v rozmezí od 0,3 do 9 % a u věkové skupiny 15–24 let nepřekračuje 4,5 %. Ve věkové skupině 15–24 let je prevalence užívání této drogy vyšší než 1 % pouze v České republice, Estonsku, Lotyšsku, Maďarsku, Polsku a Bulharsku.

Trendy

Z nejnovějších výzkumů provedených v celé populaci vyplývá, že ve spotřebě amfetaminů a extáze, která v posledních letech vykazovala vzestupnou tendenci, možná dochází ke stabilizaci, nebo i poklesu. Ve Spojeném království i v dalších dvou členských státech EU, v nichž je spotřeba těchto drog relativně vysoká (tj. v České republice a ve Španělsku) se uvádí, že užívání amfetaminů mladými dospělými se nyní ustaluje, nebo dokonce klesá⁽¹²⁰⁾. Podobně je tomu v případě extáze, jejíž užívání se patrně stabilizuje, nebo dokonce klesá ve dvou

⁽¹¹⁴⁾ Podrobnosti týkající se metody výpočtu viz poznámka pod čarou (53).

⁽¹¹⁵⁾ Viz obr. GPS-15 a GPS-16 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹¹⁶⁾ V České republice byla zkoumána věková skupina 18–24 let.

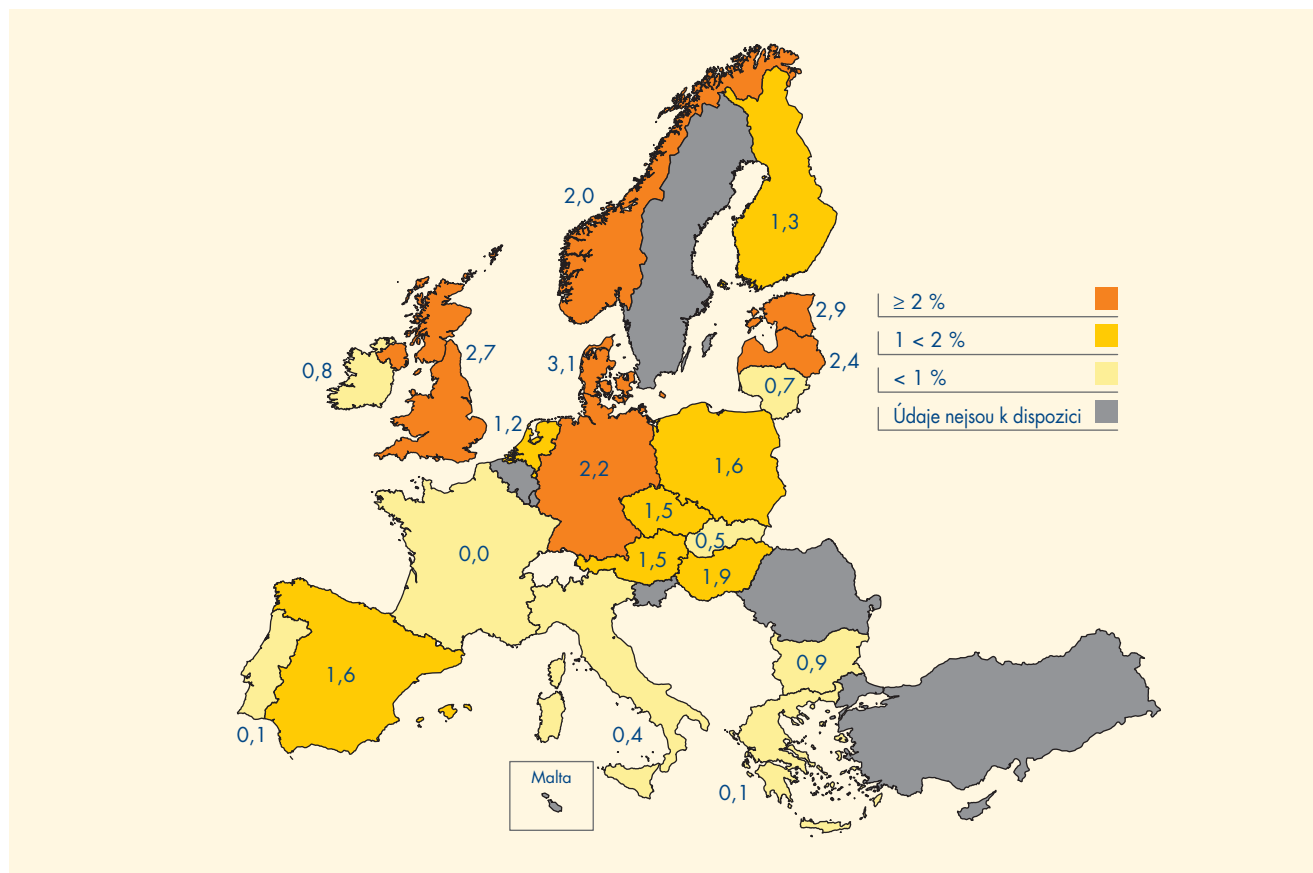
⁽¹¹⁷⁾ Viz obr. EYE-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Viz obr. EYE-2 (část vi) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Zdroj: SAMHSA, Úřad aplikovaných studií, 2004 National Survey on Drug Use and Health (Celonárodní průzkum užívání drog a zdraví za rok 2004) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Upozorňujeme, že věkové rozpětí „všech dospělých“ v americkém průzkumu (12 let a více) je širší než je standardní věkové rozpětí v evropských průzkumech (15–64). Údaje pro skupinu „mladých dospělých“ (16–34 let) z amerického průzkumu byly přepočteny agenturou EMCDDA.

⁽¹²⁰⁾ Viz obr. GPS-6 a GPS-17 ve Statistickém věstníku 2006.

Obr. 4: Prevalence užívání amfetaminů v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Poznámka: Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulky GPS-8 a GPS-11 ve Statistickém věstníku 2006.
 Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

zemích s nejvyšší prevalencí, tj. ve Španělsku a Spojeném království, i když to neplatí pro Českou republiku ⁽¹²¹⁾.

Údaje o žádostech o léčbu – amfetaminy a extáze ⁽¹²²⁾

Ačkoli se počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním amfetaminů a extáze zvyšuje, tato forma užívání drog obvykle ve většině zemí nebývá primárním důvodem nástupu do protidrogové léčby ⁽¹²³⁾. Důležitou výjimku tvoří několik zemí, které hlásí významný podíl žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním amfetaminu nebo metamfetaminu. V České republice, na Slovensku, ve Finsku a Švédsku se tyto drogy uvádějí v souvislosti se čtvrtinou až polovinou všech žádostí o léčbu ⁽¹²⁴⁾. V České republice a na Slovensku se velká část ohlášených žádostí o léčbu týká primárního problému s metamfetaminem (viz rámeček

o metamfetaminu). V zemích, v nichž uživatelé amfetaminů představují značnou část žadatelů o léčbu, užívá amfetamin jedna až dvě třetiny uživatelů injekčně ⁽¹²⁵⁾.

Podle ohlášených údajů tvoří žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním extáze méně než 1 % všech žádostí ve většině zemí, s výjimkou Kypru, Maďarska, Irska a Turecka, v nichž uživatelé extáze představují 4–6 % všech klientů, kteří léčbu vyhledají.

Trendy užívání nových a nově se rozmáhajících drog

Odhady prevalence užívání nových nebo nově se rozmáhajících drog jsou mnohem nižší než v případě užívání zavedenějších nezákonných drog. Nové formy užívání drog bývají zpočátku přejímány několika jednotlivci, v rámci

⁽¹²¹⁾ Viz obr. GPS-8, GPS-18 a GPS-30 ve Statistickém věstníku 2006.

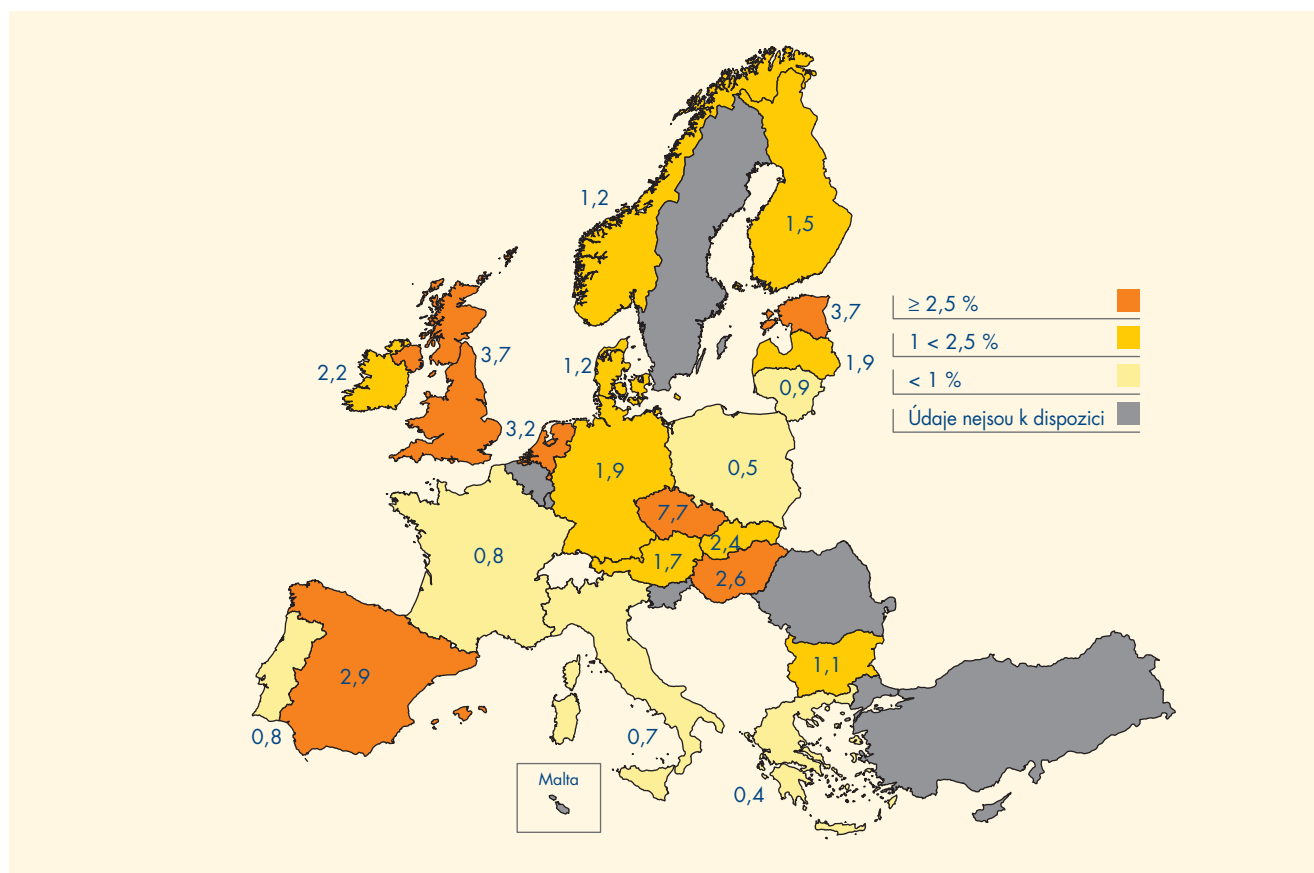
⁽¹²²⁾ Viz poznámka pod čarou (70).

⁽¹²³⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹²⁴⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹²⁵⁾ Viz tab. TDI-17 (část iii) ve Statistickém věstníku 2006.

Obr. 5: Prevalence užívání extáze v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Poznámka: Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulky GPS-8 a GPS-11 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

Užívání metamfetaminu a související problémy

V mnoha částech světa, včetně USA, jihovýchodní Asie, Tichomoří a Afriky, byly hlášeny významné problémy s užíváním metamfetaminu (UNODC, 2006). Užívání metamfetaminu může vést k závažným zdravotním problémům, včetně psychózy a závislosti, a může být spojeno s riskantními vzorci chování, včetně některých, které mohou vést k přenosu HIV.

Z historického hlediska se užívání metamfetaminu v Evropě soustředilo do České republiky, kde se odhaduje, že je dvojnásobný počet (20 300) problémových uživatelů metamfetaminu (pervitinu) ve srovnání s počtem uživatelů

opiátů (9 700). V posledních letech se stal metamfetamin na Slovensku nejčastější primární drogou mezi osobami poprvé žádajícími o léčbu a vysoká míra užívání metamfetaminu byla rovněž zjištěna u některých skupin populace v Maďarsku. Ve své zprávě pro síť Reitox uvedlo sedm dalších zemí (Dánsko, Francie, Lotyšsko, Slovinsko, Spojené království, Bulharsko a Norsko) zvýšení záchyťů anebo užívání této drogy, především mezi častými návštěvníky klubů a večírků. V současné době nám dostupné informace neumožňují vyvodit pevné závěry o trendech užívání metamfetaminu v těchto zemích. Šíření metamfetaminu jinde ve světě a potenciál této drogy způsobovat závažné zdravotní problémy znamená, že v této oblasti je i nadále potřebná ostražitost.

menších skupin obyvatel či na omezeném geografickém území nebo jen na určitých místech. V důsledku toho zjišťování a sledování nastupujících trendů vyžaduje odlišný přístup než sledování hlavních typů užívání drog.

Halucinogenní houby: případová studie nastupujícího trendu

Do nedávné doby bylo LSD nejčastěji užívanou halucinogenní látkou. Tento stav se může v současné době měnit vzhledem ke stále častějším zmínkám o halucinogenních houbách⁽¹²⁶⁾. Dostupnost halucinogenních hub se zřejmě zvýšila od konce 90. let 20. století, kdy se společně s dalšími „přírodními“ produkty začaly objevovat na trhu v tzv. „smart shopech“⁽¹²⁷⁾ v Nizozemsku i jinde. Například ve Spojeném království v průběhu prvních několika let 21. století vzrostl počet obchodů prodávajících halucinogenní houby a v roce 2005 je podle odhadů v zemi prodávalo už okolo 300 obchodů a stánků. Rovněž se začal rozvíjet prodej halucinogenních hub přes internet, při němž se na stránkách (většinou holandských) prodávají čerstvé houby, sady pro jejich pěstování a výtrusy. Prodej halucinogenních hub probíhá on-line v řadě jazyků, zejména v angličtině, francouzštině a němčině, což ukazuje na širokou mezinárodní spotřebitelskou základnu.

Nedávné průzkumy provedené v EU u dospělé a školní populace naznačují, že mezi mladými lidmi ve věku 15–24 let se celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub pohybuje od méně než 1 % do 8 %⁽¹²⁸⁾. V devíti členských státech EU je odhadovaná celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub mezi studenty ve věku 15–16 let stejná jako odhadovaná celoživotní prevalence užívání extáze nebo vyšší (Hibell a kol., 2004). Existují však náznaky, že míra pokračujícího užívání je v případě halucinogenních hub nižší než v případě většiny ostatních drog. To je častým rysem užívání halucinogenních drog a svědčí to o skutečnosti, že mladí lidé tento typ drog obecně spojují s experimenty a málokdy se u nich pokračujícím užíváním vytvoří vzorec pravidelného užívání.

V souvislosti s užíváním halucinogenních hub se objevuje minimum zpráv o akutních či chronických zdravotních problémech, které by si vyžádaly zásah lékaře. Některé země však na užívání těchto halucinogenních látek mladými lidmi zareagovaly zavedením legislativních změn. Ačkoli

jsou již účinné složky těchto hub, tj. psilocybin a psilocin, na mezinárodní úrovni kontrolovány Úmluvou OSN o psychotropních látkách z roku 1971, byl až donedávna výklad legálnosti či nelegálnosti látky obsažené v houbě často ponechán státním zástupcům, a to proto, aby se zabránilo stíhání majitelů pozemků, na nichž tyto houby rostou přirozeně. Za posledních pět let zpřísnilo svou legislativu týkající se těchto hub šest zemí (Dánsko, Německo, Estonsko, Irsko, Nizozemsko a Spojené království). Změny provedené v těchto zemích rozšiřují zákaz i na halucinogenní houby, i když se zákonné kontroly vždy netýkají stejných hub či stavu přípravy.

Za rok 2004 byly hlášeny záchyty halucinogenních hub v České republice, Německu, Estonsku, Řecku, Litvě, Maďarsku, Nizozemsku, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, na Slovensku, ve Švédsku a Norsku⁽¹²⁹⁾. Počet záchytů a objemy halucinogenních hub zachycených orgány činnými v trestním řízení bývají nízké a z těchto údajů nevyplývají žádné zjevné trendy.

GHB a ketamin

Gama-hydroxybutyrát (GHB) i ketamin se sledují poté, co se v roce 2000 objevily v EU obavy ze zneužívání těchto drog k rekreačním účelům⁽¹³⁰⁾. V březnu 2001 systém OSN pro kontrolu omamných látek přidal GHB na seznam mezinárodně kontrolovaných látek a od té doby díky tomu všechny členské státy EU novelizují svou legislativu týkající se této látky. Nedávno, v březnu 2006, doporučil úřad INCB, aby Světová zdravotnická organizace uspíšila vypracování svého posudku, aby bylo možné rozhodnout, zda by měl ketamin podléhat mezinárodní kontrole (INCB, 2006a). Na národní úrovni se téměř v polovině členských států EU zabývá ketaminem drogová legislativa namísto legislativy zdravotnické.

Omezené údaje o prevalenci, které máme o GHB a ketaminu k dispozici, naznačují, že se užívání těchto látek ve většině zemí stabilizovalo na nízké úrovni. Ze studií prováděných v populacích s vysokou prevalencí vyplývá, že i mezi pravidelnými rekreačními uživateli drog jsou patrně obě tyto drogy užívány méně často než jiné látky, jako např. amfetaminy, extáze, LSD a halucinogenní houby.

⁽¹²⁶⁾ V této zprávě se termínem halucinogenní houby označují pouze houby obsahující psychoaktivní látky psilocybin a psilocin. Druhy hub obsahující jiné psychoaktivní látky se užívají méně často. Další informace viz tematický dokument EMCDDA o halucinogenních houbách (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Tyto obchody prodávají legální, převážně přírodní produkty, včetně halucinogenních hub.

⁽¹²⁸⁾ Údaje EMCDDA z evropského vzorového dotazníku. Údaje o halucinogenních houbách poskytuje jedenáct členských států (Česká republika, Dánsko, Německo, Francie, Irsko, Litva, Maďarsko, Nizozemsko, Polsko, Finsko, Spojené království).

⁽¹²⁹⁾ Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (Německo, Estonsko, Nizozemsko, Norsko) a dotazník sítě včasného varování EMCDDA (Česká republika, Řecko, Maďarsko, Polsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko, Švédsko).

⁽¹³⁰⁾ Zpráva společné akce o hodnocení rizik z roku 2000.

Úmrtí a urgentní příjmy bez následného úmrtí jsou v souvislosti s užitím GHB či ketaminu hlášeny jen výjimečně. Údaje, které jsou v této oblasti k dispozici, jsou však omezeny neexistencí přesných a srovnatelných systémů pro záznam úmrtí a urgentních případů bez následného úmrtí souvisejících s užitím těchto látek. V souvislosti s GHB byla úmrtí hlášena ze dvou zemí, a to většinou ve spojení s jinou drogou. Městská zdravotnická služba v Amsterdamu zaznamenala nárůst v počtu urgentních příjmů bez následného úmrtí, které byly způsobeny užitím GHB, a to z 25 případů v roce 2000 na 98 v roce 2004, což je více než počet urgentních případů způsobených extází, amfetaminem, LSD či halucinogenními houbami. Ve Švédsku se počet detekcí GHB (nebo jeho prekurzorů GBL a 1,4-BD) ve vzorcích tělních tekutin zvýšil z 24 případů v roce 1997 na 367 v roce 2004. Ve Švédsku byla rovněž hlášena úmrtí spojená s GHB: v letech 1996–2004 byla droga zjištěna v 36 případech úmrtí souvisejících s drogami, k devíti z nich došlo v roce 2004. V Anglii a Walesu bylo GHB v roce 2003 uvedeno ve zprávě soudního lékaře o třech úmrtích, přičemž u jednoho úmrtí bylo GHB jedinou zmíněnou drogou (ONS, 2006). Toxikologické informace z jedné nemocnice ve Spojeném království, která pokrývá širokou spádovou oblast, však uvádějí, že GHB bylo mezi květnem a prosincem 2005 zjištěno v případě pěti úmrtí⁽¹³¹⁾.

Jelikož je GHB rozpustné ve vodě či alkoholu a vzhledem k jeho potenciálním účinkům vyvolávajícím fyzickou bezmocnost a častou následnou amnézii, vznikají obavy z jeho zneužití při sexuálním útoku za pomoci drogy (znásilnění známou osobou, tzv. „date rape“). Jelikož však může existovat řada neohlášených případů, a protože soudních důkazů je málo a podobné zločiny se obtížně prokazují, nemáme dostatek solidních dat o rozšířenosti tohoto jevu. Pro zhodnocení povahy a rozsahu tohoto možného nežádoucího vývoje je proto zapotřebí dalšího výzkumu.

Opatření ve věci nových drog

Přechod od společné akce z roku 1997 k novému rozhodnutí Rady (2005/387/JVV), které společnou akci nahradilo, proběhl v roce 2005 hladce a bez jakéhokoli narušení výměny informací. EMCDDA a Europolu bylo oficiálně poprvé oznámeno 14 nových psychoaktivních látek. Jedná se vesměs o psychotropní (syntetické) drogy podobné látkám uvedeným v seznamech I a II Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971. Tyto nové látky patří do tří hlavních chemických skupin – fenetylaminů,

tryptaminů a piperazinů. Různé látky z těchto skupin byly už dříve hlášeny prostřednictvím systému včasného varování, který v současné době provádí jejich sledování⁽¹³²⁾.

Nejvýznamnější nový posun v roce 2005 představovalo objevení a rychlé rozšíření nové psychoaktivní látky 1-(3-chlorfenyl)piperazinu (mCPP). mCPP je piperazin s nahrazeným arylem, stejně jako benzylpiperazin (BZP), což je látka sledovaná prostřednictvím systému včasného varování od roku 1999. První oficiální upozornění na detekci mCPP bylo EMCDDA a Europolem přijato v únoru/březnu 2005 a týkalo se vzorků získaných ve Francii a Švédsku. Do konce

Rozhodnutí Rady o nových psychoaktivních látkách

Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV ze dne 10. května 2005 o výměně informací, hodnocení rizik a kontrole nových psychoaktivních látek⁽¹⁾ zavádí mechanismus pro rychlou výměnu informací o nových psychoaktivních látkách, které mohou představovat hrozbu pro veřejné zdraví nebo sociální hrozbu, čímž umožňuje institucím Evropské unie a členským státům jednat v případě, že se na evropské drogové scéně objeví jak nové omamné látky, tak nové psychotropní látky. EMCDDA a Europolu v těsné spolupráci s jejich sítěmi – národními kontaktními místy sítě Reitox, respektive národními jednotkami Europolu – byla vymezena ústřední úloha při zjišťování a oznamování nových psychoaktivních látek. Rozhodnutí také upravuje hodnocení rizik spojených s těmito novými látkami, aby se opatření kontroly omamných a psychotropních látek⁽²⁾ platná v členských státech případně vztahovala také na nové psychoaktivní látky. Rozhodnutí rozšiřuje a nahrazuje společnou akci z roku 1997⁽³⁾, která se soustředila výhradně na nové syntetické drogy. Rozhodnutí však zachovává přístup tří kroků, který pilotně ověřila společná akce: výměna informací/včasné varování, hodnocení rizik a rozhodování.

(1) Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV o výměně informací, hodnocení rizik a kontrole nových psychoaktivních látek bylo zveřejněno v Úředním věstníku Evropské unie dne 20. května 2005 (L 127/32–37) a nabylo účinnosti dne 21. května 2005. Rozhodnutí se vztahuje na látky, které v současnosti nejsou zařazeny do žádného seznamu látek úmluv OSN o kontrole drog z roku 1961 a 1971.

(2) V souladu s ustanoveními Jednotné úmluvy OSN o omamných látkách z roku 1961 a Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971.

(3) Společná akce ze dne 16. června 1997 týkající se výměny informací, hodnocení rizika a kontroly nových syntetických drog (Úř. věst. L 167, 25.6.1997).

(131) Informace ze systému včasného varování. Poměrně vysoký počet úmrtí uvedený v souvislosti s GHB v této zprávě patrně svědčí o výzkumném zájmu nemocničních laboratorů o GHB.

(132) Z devíti nových syntetických drog, u nichž bylo mezi lety 1997 a 2004 v rámci společné akce provedeno hodnocení rizik, patřilo šest látek, u kterých byla následně stanovena kontrola na úrovni EU, k fenetylaminům.

roku 2005 byly tablety obsahující mCPP zadrženy orgány činnými v trestním řízení či zjištěny v souvislosti s nejrůznějšími volnočasovými aktivitami (tanečními či hudebními festivaly pod širým nebem, tanečními kluby apod.) takřka ve všech členských státech. Tablety téměř vždy svým vzhledem připomínají extázi a jako extáze se také podle všeho prodávají. Droga je k dispozici především ve formě tablet a subjektivní účinky mCPP a MDMA jsou do jisté míry srovnatelné (Bossong a kol., 2005). Navíc se mCPP často nachází v kombinaci s MDMA. Protože je nepravděpodobné, že by k tomu došlo náhodnou kontaminací, zdá se, že úmyslným přidáním mCPP se mají účinky MDMA umocňovat či upravovat. V rámci EU prakticky neexistuje specifická poptávka po mCPP či trh s touto látkou.

Od roku 1997, kdy se prostřednictvím systému včasného varování začaly sledovat nové (syntetické) drogy, je mCPP v členských státech EU z hlediska zjištěných případů rozšířenější než jakákoli jiná nová psychoaktivní látka. V rozmezí jednoho roku byla zjištěna ve 20 členských státech, jakož i v Rumunsku a Norsku.

V souladu s rozhodnutím Rady vydaly EMCDDA a Europol ve společné zprávě doporučení neprovádět formální hodnocení rizik, jelikož existují důkazy, že se mCPP používá při výrobě alespoň jednoho léčivého přípravku. Zároveň však také konstatovaly, že ačkoli v současnosti existuje minimum důkazů o závažných zdravotních a sociálních rizicích souvisejících s mCPP, musí tato otázka zůstat otevřená vzhledem k neexistujícímu důkladnému vědeckému hodnocení rizik.

Vývoj v rekreačním užívání drog, Výroční zpráva EMCDDA za rok 2006: vybraná témata

Užívání drog a rekreační aktivity mladých lidí bývají často spjaty. Konkrétně studie zaměřené na mladé lidi navštěvující hudební a taneční akce soustavně hlásí mnohem vyšší odhady prevalence užívání drog než v průzkumech běžné populace, přičemž často je hlášena zvláště vysoká míra užívání stimulantů. Lze rozdíly mezi zeměmi vysvětlit rozmanitostí komerční nabídky nočního života, hudební kultury, dostupností drog a disponibilního příjmu? Těmito otázkami se zabývá následující vybrané téma.

Nový vývoj v propagaci rekreačních drog prostřednictvím internetu a v samotném rekreačním užívání drog přináší nové výzvy v oblastech politiky, prevence a snižování rizik. Zabýváme se jimi v tomto vybraném tématu, které zároveň podrobně shrnuje inovativní drogovou prevenci a iniciativy ke snižování rizik, které byly zavedeny v EU během posledního desetiletí jako odpověď na komplexní problém interakce aktivit ve volném čase a užívání drog mladými lidmi.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi („Developments in drugs use within recreational settings“, in: *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internetu (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 5 Kokain a crack

Nabídka a dostupnost kokainu ⁽¹³³⁾

Výroba a obchodování

Kokain je po rostlinách konopí a konopné pryskyřici nejčastěji nezákonně obchodovanou drogou na světě. Z hlediska zadrženého objemu – za rok 2004 celosvětově 578 tun – bylo obchodování nadále záležitostí Jižní Ameriky (44 %) a Severní Ameriky (34 %), za nimiž následovala západní a střední Evropa (15 %) (CND, 2006).

Zdaleka největším zdrojem nelegální koky na světě je Kolumbie, za níž následují Peru a Bolívie. Celosvětová produkce kokainu se v roce 2004 podle odhadů zvýšila na 687 tun, na čemž se Kolumbie podílela 56 %, Peru 28 % a Bolívie 16 % (UNODC, 2005). Většina kokainu zadrženého v Evropě pochází přímo z Jižní Ameriky (především z Kolumbie) nebo se do Evropy dostává přes Střední Ameriku a karibskou oblast. V roce 2004 byly jako tranzitní země pro dovoz kokainu do EU uváděny Surinam, Brazílie, Argentina, Venezuela, Ekvádor, Curaçao, Jamajka, Mexiko, Guayana a Panama (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Část kokainu procházela rovněž přes Afriku, a to stále více přes západní Afriku a země Guinejského zálivu (především Nigérii), ale také přes východní Afriku (Keňu) a severozápadní Afriku – přes ostrovy při pobřeží Mauritanie a Senegalu (CND, 2006; INCB, 2006a). Hlavními vstupními místy do EU zůstávají Španělsko, Nizozemsko a Portugalsko a dále také Belgie, Francie a Spojené království (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Ačkoli

Španělsko a Nizozemsko stále plní důležitou roli distribučních míst kokainu vstupujícího do EU, zesílené kontroly při severním španělském pobřeží (Galicie) a politika 100% kontrol letů z konkrétních zemí ⁽¹³⁴⁾ na amsterodamském letišti Schipol mají patrně značný vliv na rozvoj alternativních tras, které vedou stále více např. přes Afriku, ale rovněž přes východní a střední Evropu, odkud probíhá sekundární distribuce do západní Evropy (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Záchyty drogy

V roce 2004 bylo v EU provedeno odhadem 60 000 záchytů kokainu o celkovém objemu 74 tun. Většina záchytů kokainu je hlášena ze západoevropských zemí, zejména ze Španělska, které představuje přibližně polovinu všech záchytů i objemu zadrženého v EU v průběhu posledních 5 let ⁽¹³⁵⁾. Za období 1999–2004 se počet záchytů kokainu ⁽¹³⁶⁾ na úrovni EU celkově zvýšil, zatímco zadržená množství ⁽¹³⁷⁾ kolísala, nicméně v rámci stoupající tendence. Podle sledovaných zemí však v roce 2004 došlo k poklesu množství – patrně je tomu tak ve srovnání s výjimečným množstvím zadrženým ve Španělsku o rok dříve.

Cena a čistota

V roce 2004 se průměrná spotřebitelská cena kokainu v rámci EU značně lišila a pohybovala se od 41 eur za gram v Belgii po 100 eur za gram na Kypru, v Rumunsku a v Norsku ⁽¹³⁸⁾. Průměrné ceny kokainu upravené o inflaci ⁽¹³⁹⁾ zaznamenaly v období 1999–2004 celkově klesající tendenci ve všech sledovaných zemích ⁽¹⁴⁰⁾,

⁽¹³³⁾ Viz Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu, s. 37.

⁽¹³⁴⁾ Kontrolováno je 100 % všech letů z Nizozemských Antil, Aruby, Surinamu, Peru, Venezuely a Ekvádoru. Díky těmto kontrolám bylo v roce 2004 zatčeno 3 466 drogových kurýrů, zatímco při běžných kontrolách jich bylo zatčeno 620 (nizozemská národní zpráva).

⁽¹³⁵⁾ To je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje jak o počtu záchytů kokainu, tak o množství konopí zadrženém v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a za Spojené království. Údaje o počtu záchytů kokainu nebyly za rok 2004 k dispozici za Nizozemsko. Pro účely odhadů byla chybějící data za rok 2004 nahrazena údaji za rok 2003. Údaje o množství zadrženém v roce 2004, které byly předloženy Nizozemskem, byly pouze odhadem, jež nebylo možno zahrnout do analýzy trendů do roku 2004.

⁽¹³⁶⁾ Viz tab. SZR-9 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹³⁷⁾ Viz tab. SZR-10 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹³⁸⁾ Viz tab. PPP-3 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹³⁹⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽¹⁴⁰⁾ Za období 1999–2004 byly údaje o cenách kokainu za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v Belgii, České republice, Německu, Španělsku, Francii, Irsku, na Kypru, v Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Švédsku, Spojeném království, Bulharsku, Turecku a Norsku.

s výjimkou Lucemburska, kde docházelo k poklesu až do roku 2002, ale kde poté ceny vzrostly, a Norska, kde v roce 2001 došlo k prudkému nárůstu a následné stabilizaci cen.

V porovnání s heroinem je průměrná čistota kokainu na uživatelské úrovni vysoká a v roce 2004 se pohybovala od 24 % v Dánsku do 80 % v Polsku, přičemž z většiny zemí byla hlášena čistota v rozmezí 40–65 %⁽¹⁴¹⁾. Údaje dostupné za období 1999–2004 naznačují celkový pokles průměrné čistoty kokainu ve většině sledovaných zemí⁽¹⁴²⁾, ačkoli k jejímu zvýšení došlo v Estonsku (od roku 2003), Francii a Litvě a v Lucembursku a Rakousku zůstala stabilní.

Mezinárodní akce proti produkci kokainu a obchodování s ním

Europolem řízený projekt COLA se zaměřuje na identifikaci a cílené sledování latinskoamerických a s nimi spřízněných kriminálních skupin zapojených zejména do obchodu s kokainem směrem do EU a v jejím rámci. Zejména pak poskytuje operační podporu aktuálním vyšetřováním probíhajícím v zúčastněných členských státech EU a rozšiřuje záběr strategických zpravodajských informací. Projekt doplňuje systém Europolu pro loga kokainu, který v každoročně aktualizovaném katalogu souhrnnou formou přináší způsoby provedení a fotografické a další informace o záchytech kokainu a o značení a použití log na drogách a jejich obalech pro účely identifikace shodných údajů při záchytech a na podporu mezinárodní spolupráce mezinárodních orgánů činných v trestním řízení a zkvalitnění výměny informací (Europol, 2006).

Cílem operace Purple, která probíhá již od roku 1999, je zabránit zneužití legálně obchodovaného manganistanu draselného⁽¹⁴³⁾ k nezákoně výrobě kokainu, zejména v Severní a Jižní Americe. Legální obchod manganistanem draselným je rozsáhlý: od roku 1999 předložilo 30 vývozních zemí nebo teritorií úřadu INCB celkem 4 380 oznámení před vývozem na celkový objem více než 136 560 tun manganistanu draselného. Od roku 1999 bylo 233 zásilek v objemu přes 14 316 tun látky zastaveno nebo zadrženo na základě pochybností o legitimitě objednávky či koncových uživatelů a bylo u nich zjištěno zneužití. V roce 2004 bylo v Evropě zadrženo 1,4 tuny manganistanu draselného, a to zejména v Ruské federaci a dále v Rumunsku a na Ukrajině⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Zdá se, že překupníci našli způsob, jak se vyhnout kontrolním a monitorovacím mechanismům zavedeným operací Purple. Ačkoli totiž nebývá nezákonná výroba kokainu spojována s Asií, stále více se objevují obavy, že se překupníci na tento region zaměřují při zneužívání manganistanu draselného původně určeného k legálnímu obchodu. Existuje také obava, že překupníci odklánějí manganistan draselný do andského subregionu přes ostrovy v Karibiku. I když INCB uznává jisté úspěchy při zjišťování podezřelých transakcí a zastavení dodávek, vydal (2006b) naléhavou výzvu vládám, aby rozvíjely operační postupy pro zpětné dohledání informací získaných ze záchytů v kokainových laboratořích tak, aby bylo možno vysledovat chemikálie až k původnímu zdroji, zjistit tranzitní země a prošetřit obchodní společnosti. Překupníci tak budou mít ztíženou situaci při přesunu svých aktivit.

Prevalence a vzorce užívání kokainu

Podle nedávných národních průzkumů se odhaduje, že cca 10 milionů Evropanů⁽¹⁴⁵⁾ zkusilo kokain alespoň jedenkrát v životě (celoživotní prevalence), což představuje více než 3 % všech dospělých⁽¹⁴⁶⁾. Ohlášené národní údaje o užívání kokainu se pohybují mezi 0,5 a 6 %, přičemž při horní hranici tohoto intervalu se nachází Itálie (4,6 %), Španělsko (5,9 %) a Spojené království (6,1 %). Odhaduje se, že za poslední rok užilo kokain 3,5 milionů dospělých, což představuje 1 % dospělé populace. Národní údaje se ve většině zemí pohybují mezi 0,3 a 1 %, avšak hodnoty prevalence jsou vyšší ve Španělsku (2,7 %) a Spojeném království (2 %).

Stejně jako u dalších nelegálních drog je užívání kokainu soustředěno mezi mladými dospělými. Celoživotní zkušenost je nejvyšší mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let, ačkoli v loňském roce byla o něco vyšší ve věkové skupině 15–24 let. Zdá se, že kokain je nejrozšířenější mezi uživateli ve věku 20–30 let, ale ve srovnání s užíváním konopí se užívání kokainu méně soustřeďuje mezi mladšími lidmi. Celoživotní zkušenost se ve věkové skupině 15–34 let pohybuje od 1 do 10 % a nejvyšší úroveň byla opět zjištěna ve Španělsku (8,9 %) a Spojeném království (10,5 %). Prevalence užívání v posledním roce se pohybuje mezi 0,2 a 4,8 %, přičemž z Dánska, Irska, Itálie a Nizozemska je hlášeno kolem 2 % a ze Španělska a Spojeného království kolem 4 % (obr. 6). Údaje z průzkumů provedených ve školách ukazují na

⁽¹⁴¹⁾ Viz tab. PPP-7 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁴²⁾ Za období 1999–2004 byly údaje o čistotě kokainu za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici v Belgii, České republice, Dánsku, Německu, Estonsku, Španělsku, Francii, Irsku, Itálii, Lotyšsku, Litvě, Lucembursku, Maďarsku, Nizozemsku, Rakousku, Portugalsku, na Slovensku, ve Spojeném království a v Norsku.

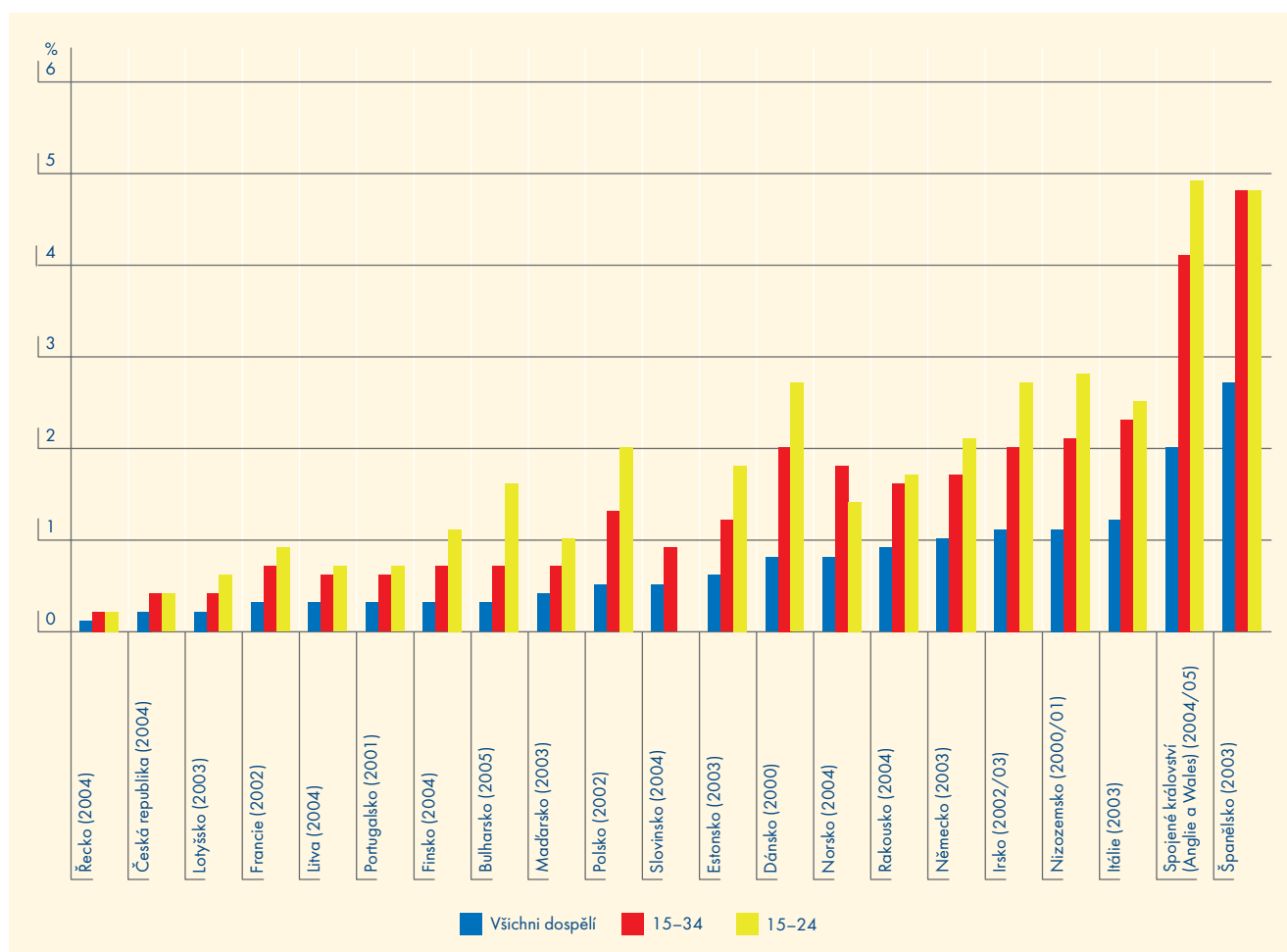
⁽¹⁴³⁾ Prekursor užívaný při výrobě kokainu a uvedený v seznamu I úmluvy z roku 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Tyto údaje neobsahují množství ze zachycených zásilek.

⁽¹⁴⁵⁾ Na základě váženého průměru národních údajů. Další informace v poznámce pod čarou (53).

⁽¹⁴⁶⁾ Podrobné údaje k jednotlivým zemím viz tab. „Průzkumy užívání drog v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2006.

Obr. 6: Prevalence užívání kokainu v posledním roce mezi všemi dospělými (ve věku 15–64 let) a mladými dospělými (ve věku 15–34 a 15–24 let)



Poznámka: Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulky GPS-8, GPS-11 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

velmi nízkou celoživotní prevalenci užití kokainu, a to od 0 % na Kypru, ve Finsku a Švédsku po 6 % ve Španělsku. Hodnoty celoživotní prevalence jsou ještě nižší v případě cracku, kde se pohybují od 0 do 3 % (Hibell a kol., 2004).

Konzumace kokainu je vyšší u mladých mužů. Např. z průzkumů z Dánska, Německa, Španělska, Itálie, Nizozemska, Spojeného království a Norska vyplynulo, že mezi muži ve věku 15–34 let byla celoživotní zkušenost 5–14 %. Prevalence užívání v posledním roce byla nižší, ale ze čtyř zemí bylo hlášeno více než 3 %, přičemž Španělsko a Spojené království uvádí hodnoty kolem 6–7 %⁽¹⁴⁷⁾, což znamená, že v těchto zemích užil kokain v nedávné době každý patnáctý mladý muž. Tento poměr bude mnohem vyšší v městských oblastech.

V běžné populaci je užívání kokainu zřejmě příležitostné a dochází k němu zejména o víkendech v rekreačních

zařízeních (v barech a na diskotékách), kde může dosahovat vysoké intenzity. Výzkumné studie provedené mezi mládeží v tanečních a hudebních podnikcích v různých zemích přinášejí v případě konzumace kokainu mnohem vyšší odhadovanou prevalenci, než je hodnota uváděná u běžné populace, jelikož celoživotní prevalence se v tomto prostředí pohybuje od 10 do 75 % (viz vybrané téma – rekreační užívání drog). Například v rámci Průzkumu kriminality v Británii za období 2004–2005 byla uváděna minimálně dvakrát vyšší odhadovaná prevalence užívání drog „třídy A“ mezi návštěvníky diskoték a nočních klubů než mezi osobami, které podobná zařízení nenavštěvují (Chivite-Matthews a kol., 2005) (viz také vybrané téma – rekreační užívání drog). Ze všech dospělých Evropanů, kteří kdy užili kokain, jich zhruba třetina tuto drogu užila v průběhu posledních 12 měsíců. Pro srovnání jich pouze 13 % uvádí užití kokainu v posledních 30 dnech. Například 2–4 % mužů ve věku 15–24 let

⁽¹⁴⁷⁾ Viz obr. GPS-9 ve Statistickém věstníku 2006.

ve Španělsku, Itálii, Spojeném království a Bulharsku⁽¹⁴⁸⁾ uvedlo, že v posledních třiceti dnech užili kokain. V Evropě se nyní odhaduje zhruba 1,5 milionu aktuálních uživatelů kokainu ve věku 15–64 let (80 % je ve věku 15–34 let). Tento údaj se považuje za minimální odhad vzhledem k pravděpodobnému podhodnocení uváděných hodnot.

Vzorci užívání kokainu se mezi různými skupinami uživatelů značně liší. Prostřednictvím studie provedené v řadě evropských měst bylo zjištěno, že sociálně integrovaní uživatelé kokainu látku především šňupají (95 %), kdežto pouze zlomek uživatelů drogu kouří či užívá nitrožilně. Velmi časté však bylo užití v kombinaci s konopím a alkoholem (Prinzleve a kol., 2004). Mezi uživateli podstupujícími léčbu závislosti nebo v sociálně marginalizovaných skupinách byla častá nitrožilní aplikace a v Hamburku, Londýně a Paříži a v menší míře také v Barceloně a Dublinu bylo časté užívání cracku. Míra užívání cracku se v běžné evropské populaci jeví jako nízká. Celoživotní prevalence užívání cracku byla hlášena např. ve Španělsku na úrovni 0,5 % (2003) a ve Spojeném království 0,8 % (Chivite-Matthews a kol., 2005). Ve třech zemích byla zkoumána celoživotní prevalence užívání cracku v prostředí klubů a bylo zjištěno, že je ještě nižší než v případě heroínu (Česká republika 2 %, Spojené království 13 % a Francie 21 %). Užívání cracku v marginalizovaných skupinách a konzumenty opiátů je však příčinou obav v řadě měst. Například v cíleně zvolené skupině 94 žen poskytujících pouliční sexuální služby v Amsterdamu je odhadovaná celoživotní prevalence užívání cracku extrémně vysoká a dosahuje až 91 % (Korf, 2005, citováno v národní zprávě Nizozemska).

Pro srovnání v národním průzkumu o užívání drog a zdraví ve Spojených státech v roce 2004 uvádělo 14,2 % dospělých (ti byli definováni jako osoby ve věku od 12 let výše) celoživotní zkušenost s kokainem, což kontrastuje s evropským průměrem 3 %. Užití v posledním roce představovalo 2,4 % ve srovnání s evropským průměrem 1 %, ačkoli některé státy EU, např. Španělsko (2,7 %) a Spojené království (2 %), hlásily údaje ve stejném rozpětí jako Spojené státy⁽¹⁴⁹⁾. Ve srovnání vyšší celoživotní prevalenci ve Spojených státech lze částečně přičítat delšímu rozšíření kokainu v této zemi.

Mezi mladými dospělými (ve věku 16–34) byly z USA hlášeny hodnoty prevalence 14,6 % (celoživotní), 5,1 % (poslední rok) a 1,7 % (poslední měsíc), zatímco průměrné hodnoty v EU u skupiny 15–34letých činí 5 % (celoživotní), 2 % (poslední rok) a 1 % (poslední měsíc)

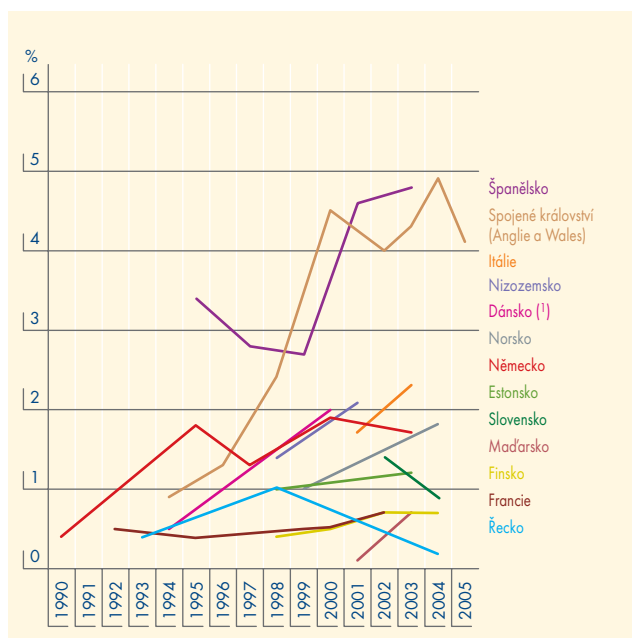
Trendy v užívání kokainu

Již několik let se na základě údajů z různých zdrojů (např. tržní ukazatele, žádosti o léčbu, úmrtí) varuje před možným nárůstem užívání kokainu. Ačkoli se dostupnost informací o kokainových trendech v rámci populace zlepšuje s tím, jak stále více zemí realizuje opakované průzkumy, jsou získané údaje i nadále omezené. V případě kokainu navíc situaci komplikuje nízká prevalence a pravděpodobně podhodnocené hlášené údaje o jeho užívání.

Ukazatel nedávného užití kokainu (tj. užití v posledním roce) se od druhé poloviny 90. let 20. století začal značně zvyšovat ve Spojeném království (do roku 2000) a ve Španělsku (do roku 2001), přičemž v posledních letech patrně došlo ke stabilizaci. V Německu byl v průběhu 90. let pozorován mírný nárůst, ale v posledních letech zůstávají hodnoty stabilní a jsou rozhodně nižší než hodnoty uváděné ve Španělsku a Spojeném království (obr. 7).

Mírný nárůst prevalence užívání kokainu v posledním roce byl zaregistrován v Dánsku (do roku 2000), Itálii, Maďarsku, Nizozemsku (do roku 2001) a Norsku. K výkladu tohoto

Obr. 7: Trendy prevalence užívání kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Poznámka: (!) V Dánsku hodnota za rok 1994 odpovídá „tvrdým drogám“. Údaje jsou převzaty z aktuálních národních průzkumů dostupných v každé zemi v době hlášení. Další informace viz tabulka GPS-4 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

⁽¹⁴⁸⁾ Průzkum z roku 2001. V průzkumu z roku 2003 nebyly u věkových skupin dělených po 10 letech výsledky rozděleny podle pohlaví.

⁽¹⁴⁹⁾ Zdroj: SAMHSA, Úřad aplikovaných studií, 2004 *National Survey on Drug Use and Health* (Celonárodní průzkum užívání drog a zdraví za rok 2004) (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Upozorňujeme, že věkové rozpětí „všech dospělých“ v americkém průzkumu (12 let a více) je širší než je standardní věkové rozpětí v evropských průzkumech (15–64). Údaje pro americkou věkovou skupinu 16–34 let byly přepočítány agenturou EMCDDA.

trendu je však nutno přistupovat opatrně, jelikož je založen pouze na dvou průzkumech provedených v každé zemi.

V případech kokainu a dalších látek (např. extáze, amfetaminů, halucinogenních hub) by bylo možné trendy snáze identifikovat, pokud by se analýzy zaměřily na skupiny, ve kterých se užívání drogy soustředí, zejména pak na mládež ve městech. Těmito populacemi se podrobněji zabývá vybrané téma rekreační užívání drog. Informace z průzkumu by měly být dále doplněny cílenými studiemi provedenými mezi mládeží ze zvolených skupin (noční podniky).

Údaje o žádostech o léčbu ⁽¹⁵⁰⁾

Po opiátech a konopí je kokain nejběžnější drogou uváděnou jako důvod nastoupení léčby a v roce 2004 se v EU podílel na žádostech o léčbu asi 8 % ⁽¹⁵¹⁾. Upozorňujeme však, že Španělsko, tedy země, která obvykle uvádí vysokou poptávku po léčbě v souvislosti s kokainem, dosud údaje nesdělilo. Tento celkový údaj v sobě obsahuje výrazné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Ve většině zemí je počet žádostí o léčbu spojených s užíváním kokainu poměrně nízký, avšak v Nizozemsku (37 %) a v minulosti také ve Španělsku (26 % v roce 2002) se objevují mnohem vyšší podíly klientů, kteří o léčbu žádají v souvislosti s užíváním kokainu. Podle nejnovějších dostupných údajů hlásí jedna skupina zemí podíl klientů léčených v souvislosti s kokainem na celkovém počtu léčených klientů v rozmezí 5–10 % (Dánsko, Německo, Francie, Irsko, Itálie, Kypr, Malta, Spojené království a Turecko), zatímco ve zbývajících zemích je tento podíl velmi nízký ⁽¹⁵²⁾. V několika zemích je oproti ostatním klientům vyšší procento nových klientů žádajících o léčbu primárně v souvislosti s užíváním kokainu ⁽¹⁵³⁾ a jako související s kokainem se uvádí celkem přibližně 12 % nových žádostí o léčbu. Kokain také uvádí jako sekundární drogu 12 % nových klientů ⁽¹⁵⁴⁾.

V předchozích letech zaznamenaný trend rostoucího počtu klientů vyhledávajících léčbu v souvislosti s užíváním kokainu pokračuje. V období 1999–2004 se podle analýzy, která interpolací doplňuje neohlášené údaje, zvýšil podíl nových klientů žádajících o léčbu užívání kokainu ze zhruba 10 na 20 % (na základě údajů ze 17 zemí EU spolu s Bulharskem a Rumunskem) ⁽¹⁵⁵⁾.

Celkově lze říci, že většina žádostí o léčbu užívání kokainu v Evropě nesouvisí s crackem. Asi 80 % nových ambulantních klientů užívajících kokain podle uvedených údajů užívá hydrochlorid kokainu (kokainový prášek), přičemž crack užívá méně než 20 %. Uživatelé cracku však mohou pro léčebná zařízení představovat specifické problémy, jelikož jejich sociální profil bývá více marginalizovaný než v případě uživatelů kokainového prášku. Evropská studie užívání kokainu (práškového a cracku) zjistila spojitost mezi užíváním cracku a sociálními problémy a problémy souvisejícími s duševním zdravím, avšak tato studie rovněž uvedla, že užívání cracku samo o sobě nepostačuje k vysvětlení těchto problémů (Haasen a kol., 2005). Nedávnou studií provedenou ve Skotsku u 585 klientů užívajících kokain a crack bylo zjištěno, že mezi uživateli cracku bývá pravděpodobnější dlouhodobé problematické užívání drog a vyšší účast na trestné činnosti (Neale a Robertson, 2004, citováno v národní zprávě Spojeného království).

Při pohledu na profil pacientů léčících se v ambulantních zařízeních v souvislosti s kokainem se zdá, že noví klienti užívající kokain jako primární drogu bývají obvykle starší než konzumenti jiných drog: 70 % z nich patří do věkové skupiny 20–34 let a menší skupina (13 %) je ve věku 35–39 let ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokain se mnohdy užívá v kombinaci s jinou nezákonnou či zákonnou doplňkovou látkou, často konopím (31,6 %), opiáty (28,6 %) nebo alkoholem (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Místní studie provedené mezi osobami užívajícími drogu nitrozilně naznačují, že si v některých oblastech získává oblibu kombinace heroínu a kokainu v jedné injekci (kterou tyto osoby někdy označují jako „speedball“). Kombinace opiátů a kokainu se v současné době v údajích o léčbě objevuje výrazněji. Z klientů, kteří jako primární uvádějí užívání opiátů, jich 31 % v Itálii, 42 % v Nizozemsku a 44 % ve Spojeném království uvádí kokain jako sekundárně užívanou drogu. U primárních konzumentů kokainu jich 28 % v Itálii a 38 % ve Spojeném království uvádí sekundární užívání opiátů.

Léčba závislosti na kokainu

Na podporu farmakologické léčby závislosti na kokainu či jiných psychostimulantech není k dispozici dostatek důkazů. Ve svém komplexním přehledu farmakoterapií pro uživatele psychostimulantů však Shearer a Gowing (2004) vyvozují, že substituční terapie, která se úspěšně používá

⁽¹⁵⁰⁾ Viz poznámka pod čarou (70).

⁽¹⁵¹⁾ Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁵²⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2006. Údaje za Španělsko viz rok hlášení 2002.

⁽¹⁵³⁾ Viz tab. TDI-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Viz tab. TDI-23 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Viz tab. TDI-10 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2006.

v případě závislosti na opiátech a nikotinu a má také potenciál přivést uživatele k léčbě a udržet ho v ní, nebyla dosud mezi uživateli stimulantů odpovídajícím způsobem vyzkoušena. Nedávno EMCDDA vydalo přehled literatury o reakcích na léčbu závislosti na kokainu a o její účinnosti, včetně reakcí na duševní poruchy uživatelů cracku (¹⁵⁸).

Některé země, jako např. Spojené státy americké a Spojené království, v současné době výrazně investují do přípravy imunoterapeutických možností léčby a vyvíjejí protilátky, které jsou schopny vyhledat kokain v krevním oběhu, ještě než zasáhne centrální nervový systém (viz rámeček – imunoterapie pro uživatele závislé na kokainu).

Imunoterapie pro uživatele závislé na kokainu

Na rozdíl od závislosti na heroínu, kterou lze léčit pomocí agonistů, jako je např. metadon, nebo antagonistů, jako je např. naltrexon, nejsou v současnosti k dispozici žádné medicínské metody léčby závislosti na kokainu. Důvodem této skutečnosti je podle všeho mechanismus účinku, kterým kokain působí na mozkové neurotransmitery dopamin a serotonin. Zatímco heroín se váže na opiátové receptory v mozku, jako jsou například mí-receptory, a tím napodobuje působení mozku vytvářených endorfinů, kokain zabraňuje zpětnému vstřebávání dopaminu (a serotoninu) z neuronových synapsí, jakmile dojde k jeho působení, což vede k hromadění transmiteru, a tudíž k prodloužení a zesílení jeho účinku.

To nemusí nutně znamenat, že není možné vyvinout medicínskou léčbu závislosti na kokainu, nýbrž jen to, že to může být obtížnější a že při tom mohou hrát úlohu jiné koncepce než ty, které byly použity při vývoji léčby závislosti na heroínu.

Jedním ze zajímavých směrů výzkumu je použití imunoterapie, tj. vývoj vakcíny, která by účinně „neutralizovala“ působení kokainu zabráněním tomu, aby se droga dostala do mozku. Základní koncepce prošla omezeným testováním. Vakcína (vyvinutá ve Spojeném království) byla testována na malém počtu osob závislých na kokainu, kterých bylo celkem osmnáct, po dobu čtrnácti týdnů. Bylo zjištěno, že tři čtvrtiny očkované kohorty osob závislých na kokainu dokázaly abstinovat po dobu tří měsíců bez nežádoucích vedlejších účinků. Navíc po šesti měsících uváděli jak ti, u kterých došlo k relapsu, tak ti, u kterých k němu nedošlo, že pocity euforie nebyly už tak silné jako před očkováním. V důsledku těchto zjištění je nyní vakcína, známá jako konjugát droga/protein TA-CD, podrobena klinické studii druhé fáze. Alternativním imunoterapeutickým přístupem je vývoj monoklonálních protilátek proti kokainu, ale ten je zatím ve fázi předklinického testování.

Potenciální přínos kokainové vakcíny TA-CD vyvolal etické otázky o použití této vakcíny: kdo by ji dostával, kdo by o tom rozhodoval a podle jakých kritérií apod.

Za nejslibnější způsob léčby uživatelů kokainu a jiných psychostimulantů se v současné době považuje kombinace několika specifických psychosociálních terapeutických zásahů. Bylo prokázáno, že kombinací posilování komunitních vazeb (community reinforcement approach, CRA) a motivační terapie založené na odměnách (contingency management) se užívání kokainu krátkodobě snižuje (Higgins a kol., 2003; Roozen a kol., 2004).

CRA je intenzivní terapeutická metoda, při níž se do léčby zapojuje rodina, přátelé a další členové klientovy sociální sítě a která spočívá v návratu vytváření sociálních kontaktů klienty s cílem zlepšit jejich sebevímání a najít si práci a hodnotné volnočasové aktivity, na nichž by mohl být založen odlišný životní styl (Roozen a kol., 2004). V kombinaci s motivační terapií založenou na odměnách – metodou, která usiluje o ovlivnění klientova chování nabídkou smysluplných pobídek, např. dáreků, kuponů či privilegií za vzorek moči bez kokainu – bylo u ambulantních pacientů závislých na kokainu v průběhu léčebné fáze a návazné post-terapeutické fáze dosaženo pozitivních účinků jak z hlediska užívání drog, tak s ohledem na psychosociální fungování klientů, ačkoli vliv na užívání kokainu se zřejmě omezoval pouze na dobu léčby (Higgins a kol., 2003).

Nové přístupy k vysoce problematickým skupinám uživatelů heroínu užívajícím rovněž kokain či crack se při léčbě zaměřují primárně na minimalizaci škodlivých účinků drog a používají behaviorální léčebné metody, zejména metody motivační terapie založené na odměnách, v kombinaci s programy udržovací léčby metadonem či léčbou s kontrolovaným podáváním heroínu (Schottenfeld a kol., 2005; van den Brink, 2005; Poling a kol., 2006).

Metody minimalizace poškození uživatelů drog

Rozvoj metod cíleně zaměřených na kokain v rámci minimalizace poškození uživatelů drog je v Evropě omezený. Zdá se, že zde v současné době dochází k určité změně, jelikož rostoucí povědomí jak o rozsahu užívání kokainu, tak o problémech s ním spojených vyvolává zájem reagovat na potřeby uživatelů kokainu. Přínos prevence i opatření minimalizace poškození uživatelů drog při snižování rizik souvisejících s užíváním kokainu stále není dostatečně prozkoumán, ale potenciál k rozvoji tohoto typu přístupů se může nacházet v řadě různých oblastí. Je například možné, že pro uživatele kokainu by mohly být přínosné intervence, které se týkají otázek, jako je např. vyšší toxicita kombinace kokainu s alkoholem, možná spojitost mezi kokainem a kardiovaskulárními problémy nebo způsoby chování, které uživatele vystavují zvýšenému riziku infekce

¹⁵⁸ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

HIV či zvyšují pravděpodobnost, že se stanou obětí nehody nebo násilného trestného činu. Vzhledem k rychlé eskalaci užívání kokainu může být potřebou věnovat pozornost krátkým intervencím, které uživatele upozorní, že již začínají pociťovat negativní důsledky užívání drogy.

Vzhledem k závažným zdravotním a sociálním problémům spojeným s užíváním cracku existuje více zkušeností s rozvojem služeb pro tuto skupinu, i když tyto aktivity se omezují na poměrně málo evropských měst, která se ve významné míře s problémem cracku již setkala. V řadě měst se na uživatele cracku zaměřují terénní projekty, které se snaží navazovat kontakty se skupinou, s níž se častá práce považuje za obtížnou. Ačkoli je faktických podkladů stále ještě poměrně málo, některé studie naznačují, že postupně mohou dosahovat přínosů. Například studie inovativního terénního léčebného programu v Rotterdamu (Henskens, 2004, citováno v národní zprávě Nizozemska) vymezila faktory zjištěné jako významné pro léčbu této skupiny klientů, kterou je mnohdy obtížné zapojit do činnosti běžných protidrogových služeb.

Vzorce nutkavého užívání cracku a kokainu mohou být spojeny s vyšším zdravotním rizikem v sexuálním chování, a proto se některé nízkoprahové programy konkrétně zaměřují na prostitutky a prostitutky, s nimiž komunikují o bezpečném sexu a užívání drog a provádějí distribuci kondomů a lubrikantů (viz vybrané téma – pohlaví).

Poněkud kontroverznější přístup zvolila některá evropská města, v nichž byl koncept bezpečných aplikačních místností, který se obvykle soustředí na injekční užívání drog, rozšířen i na jejich inhalaci. Místnosti pro inhalaci drogy pod dohledem byly otevřeny v několika holandských, německých a švýcarských městech (EMCDDA, 2004c). Ačkoli hlavním cílem těchto zařízení je dohled nad hygienou při aplikaci drogy, existují jisté náznaky, že tato centra mohou být rovněž východiskem pro další možnosti péče. Údaje ze sledování jednoho zařízení ve Frankfurtu nad Mohanem v Německu uvádějí, že za šestiměsíční hodnotící období v roce 2004 proběhlo více než 1 400 aplikací pod dohledem a bylo dokumentováno 332 kontaktních pohovorů, 40 poradenských sezení a 99 doporučení do jiných protidrogových zařízení.



Kapitola 6

Užívání opiátů a injekční užívání drog

Nabídka a dostupnost heroinu ⁽¹⁵⁹⁾

V Evropě se importovaný heroin objevuje ve dvou formách: běžně dostupný hnědý heroin (jeho základní chemická forma) a méně běžný a obvykle dražší bílý heroin (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie. Vedle toho se některé opiátové drogy vyrábějí přímo v EU, ale výroba se omezuje na podomácku získávané produkty z máku (např. maková stébla, koncentrát z drčených stvolů máku nebo makovic) v několika zemích na východě EU, například v Litvě, kde se zřejmě trh s makovými stvolů a makovým koncentrátem ustálil, a v Polsku, kde produkce „polského heroinu“ možná klesá (CND, 2006).

Výroba a obchodování

Heroin užívaný v Evropě se vyrábí převážně v Afghánistánu, který zůstává největším dodavatelem nelegálního opia na světě a v roce 2005 představoval 89 % celosvětové produkce nelegálního opia, následován Myanmarem (Barmou) (7 %). Celosvětová produkce nelegálního opia zůstávala v období 1999–2004 poměrně vyrovnaná, s výjimkou roku 2001, kdy zákaz pěstování opiového máku zavedený režimem Talibanu v Afghánistánu vedl k dramatickému, avšak pouze krátkodobému poklesu. Odhaduje se, že v roce 2005 bylo vyrobeno přibližně 4 670 tun, což představuje pokles o 4 % ve srovnání s rokem 2004 (CND, 2006). Celosvětová potenciální produkce heroinu se odhadovala v roce 2005 na 472 tun (495 tun v roce 2004) (UNODC, 2006).

Heroin se dostává do Evropy dvěma hlavními cestami. Historicky významná balkánská cesta i nadále hraje v pašování heroinu zásadní úlohu. Po tranzitu přes Pákistán, Írán a Turecko se cesta dále rozděluje na jižní větev, vedoucí přes Řecko, Bývalou jugoslávskou republiku Makedonii, Albánii, Itálii, Srbsko, Černou Horu a Bosnu a Hercegovinu, a severní větev, která vede přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Rakousko, Německo a Nizozemsko, přičemž

to funguje jako sekundární distribuční centrum pro další západoevropské země. Záchyty heroinu v roce 2004 naznačují, že jižní větev nyní získala stejný význam jako severní, co se týká pašovaného objemu (WCO, 2005; INCB, 2006a). Od poloviny 90. let 20. století je heroin v rostoucí míře (avšak v menším rozsahu než balkánskou cestou) pašován do Evropy také „hedvábnou cestou“ přes střední Asii (zejména Turkmenistán, Tádžikistán, Kyrgyzstán a Uzbekistán), Kaspické moře a Ruskou federaci, Bělorusko nebo Ukrajinu do Estonska, Lotyšska, některých skandinávských zemí a Německa (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Ačkoli jsou tyto cesty nejméně významnější, staly se země na Arabském poloostrově (Omán, Spojené arabské emiráty) tranzitními místy heroinových zásilek z jižní a jihozápadní Asie určených pro Evropu (INCB, 2006a). Vedle toho byl heroin určený pro Evropu (a Severní Ameriku) zabaven v roce 2004 ve východní a západní Africe, Karibiku a ve Střední a Jižní Americe (CND, 2006).

Záchyty drogy

V roce 2004 bylo celosvětově zachyceno 210 tun opia (ekvivalent 21 tun heroinu), 39,3 tun morfinu a 59,2 tun heroinu. Asie (50 %) a Evropa (40 %) nadále zůstaly místy celosvětově největších zabavených množství heroinu. Podíl Evropy narůstá, a to do značné míry v důsledku větších záchytů v zemích jihovýchodní Evropy (Turecko), které poprvé překročilo objem zachycený v západní a střední Evropě (CND, 2006).

V roce 2004 záchyty v odhadovaném počtu 46 000 vedly k zajištění přibližně 19 tun heroinu ve sledovaných zemích. Spojené království nadále zaznamenalo největší počet záchytů, následováno Německem a Itálií, zatímco Turecko zajistilo největší množství (následováno Itálií a Spojeným královstvím), které představovalo téměř polovinu celkově zachyceného množství v roce 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. V období

⁽¹⁵⁹⁾ Viz „Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu“, s. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ To je třeba porovnat s dosud chybějícími údaji za rok 2004, jakmile budou k dispozici. Údaje o počtu záchytů heroinu i množství zachyceného heroinu v roce 2004 nebyly k dispozici za Irsko a Spojené království. Údaje o počtu záchytů heroinu nebyly za rok 2004 k dispozici pro Nizozemsko. Pro účely odhadu byly chybějící údaje za rok 2004 nahrazeny údaji za rok 2003. Údaje o množství zadrženém v roce 2004 poskytnuté Nizozemskem byly pouze odhady, které nemohly být zařazeny do analýzy trendů do roku 2004.

1999–2004 záchyty heroínu kolísaly a na základě údajů ze sledovaných zemí se zdá, že pokles zaznamenaný v období 2002–2003 byl následován nárůstem v roce 2004⁽¹⁶¹⁾. V průběhu pětiletého období 1999–2004 celková zachycená množství stále narůstala a v roce 2004 dosáhla rekordní úrovně, a to především proto, že množství heroínu zachyceného v roce 2004 v Turecku se ve srovnání s předchozím rokem téměř zdvojnásobilo⁽¹⁶²⁾.

Cena a čistota

V roce 2004 průměrná spotřebitelská cena hnědého heroínu v Evropě značně kolísala, od 12 eur za gram v Turecku až po 141 eur za gram ve Švédsku, zatímco cena bílého heroínu kolísala od 31 eur za gram v Belgii až po 202 eur za gram ve Švédsku a cena heroínu nerozlišeného typu kolísala v rozmezí 35 eur za gram ve Slovinsku až 82 eur za gram ve Spojeném království⁽¹⁶³⁾. Údaje dostupné za období 1999–2004 ukazují pokles průměrné ceny heroínu, upravené o inflaci⁽¹⁶⁴⁾, ve většině sledovaných zemí⁽¹⁶⁵⁾.

Průměrná čistota hnědého heroínu na spotřebitelské úrovni se v roce 2004 pohybovala v rozmezí od 10 % v Bulharsku do 48 % v Turecku, zatímco u bílého heroínu to bylo od 20 % v Německu až po 63 % v Dánsku a v případě heroínu nerozlišeného typu v rozmezí od 16 % v Maďarsku do 42–50 %⁽¹⁶⁶⁾ v Nizozemsku⁽¹⁶⁷⁾. Průměrná čistota heroínových produktů ve většině sledovaných zemí od roku 1999 kolísala⁽¹⁶⁸⁾, takže je obtížné zjistit nějaký celkový trend.

Mezinárodní opatření proti výrobě heroínu a obchodování s heroínem

Důležitým prekurzorem při výrobě heroínu je acetanhydrid⁽¹⁶⁹⁾. Operace Topaz je mezinárodní iniciativou ke sledování zákonného obchodu s acetanhydridem a vyšetřování metod a způsobů zneužívání této látky (INCB, 2006b). Acetanhydrid je předmětem rozsáhlého zákonného obchodu, takže je obtížné ho kontrolovat. To ilustruje skutečnost, že od roku 2001 úřad INCB obdržel

od 22 vyvážejících zemí/oblastí 7 684 oznámení před vývozem na celkové množství přesahující 1 350 000 tun acetanhydridu. Záchyty v Turecku (1 600 litrů v roce 2004) v posledních letech významně poklesly, což pravděpodobně naznačuje, že si překupníci vytvořili nové cesty a metody zneužívání této látky. V roce 2004 byla poprvé při záchytech v Evropě (Bulharsko) identifikována jako místo původu jihozápadní Asie (INCB, 2006b).

Přestože ty stránky operace Topaz, které se týkaly sledování mezinárodního obchodu, se ukázaly jako úspěšné, došlo jen k malému pokroku v odhalování a ničení tras využívaných k pašování acetanhydridu uvnitř Afghánistánu a zemích s ním sousedících (INCB, 2006b).

Projekt Mustard, který realizuje Europol, se zaměřuje na zjišťování a rozkrývání tureckých a s nimi souvisejících kriminálních skupin působících směrem do EU a v rámci EU při obchodování s drogami, především heroínem. Poskytuje operační podporu probíhajícím vyšetřováním ve spolupracujících státech a rozšiřuje strategické zpravodajské informace tím, že podává přehled o činnosti tureckých skupin organizovaného zločinu a skupin s nimi souvisejících (Europol, 2006).

Odhady prevalence problémového užívání opiátů

Údaje v tomto oddílu jsou odvozeny z ukazatele EMCDDA pro problémové užívání drog („problem drug use“, PDU), který označuje „užívání drog nitrozilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání heroínu, kokainu a/nebo amfetaminů“. Historicky se odhady problémového užívání drog týkaly především užívání heroínu, i když v několika málo zemích, jak uvádíme jinde v této zprávě, jsou jeho významnou složkou uživatelé amfetaminů.

Při interpretaci odhadů problémového užívání opiátů je třeba brát v úvahu, že vzorce užívání začínají být rozmanitější. Například ve většině zemí postupně

⁽¹⁶¹⁾ Viz tab. SZR-7 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁶²⁾ Viz tab. SZR-8 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁶³⁾ Viz tab. PPP-2 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Výchozím rokem pro určení hodnoty peněz je ve všech zemích považován rok 1999.

⁽¹⁶⁵⁾ V období 1999–2004 byly údaje o cenách heroínu za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici: v případě hnědého heroínu v Belgii, České republice, Španělsku, Francii, Irsku, Lucembursku, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Švédsku, Spojeném království, Turecku, Bulharsku, Rumunsku a Norsku; v případě bílého heroínu v České republice, Německu, Francii, Lotyšsku a Švédsku; a v případě heroínu nerozlišeného typu v Litvě a ve Spojeném království.

⁽¹⁶⁶⁾ Tato dvě čísla odpovídají údajům ze dvou nezávislých monitorovacích systémů (viz tab. PPP-6 (část iii) ve Statistickém věstníku 2006). Na místě je však obezřetnost, protože údaj 50 % vychází pouze z jediného vzorku.

⁽¹⁶⁷⁾ Viz tab. PPP-6 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ V období 1999–2004 byly údaje o čistotě heroínu za alespoň tři po sobě následující roky k dispozici: v případě hnědého heroínu v České republice, Dánsku, Španělsku, Irsku, Itálii, Lucembursku, Rakousku, Portugalsku, Slovensku, Spojeném království, Turecku a Norsku; v případě bílého heroínu v Dánsku, Německu, Estonsku, Finsku a Norsku; a v případě heroínu nerozlišeného typu v Belgii, Litvě, Maďarsku a Nizozemsku.

⁽¹⁶⁹⁾ Kategorizace podle seznamu I úmluvy z roku 1988.

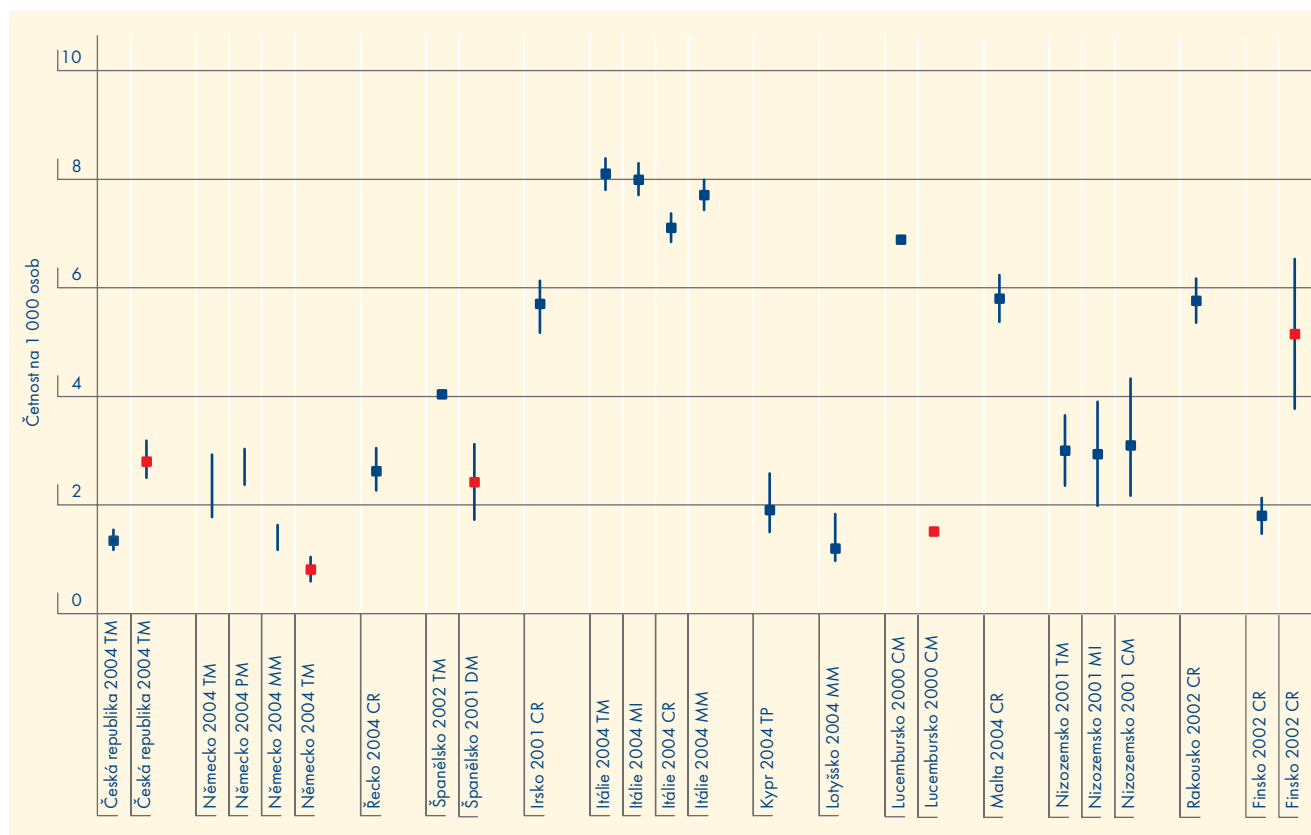
nabývá na významu užívání více drog současně, zatímco některé země, kde v minulosti převažovaly problémy s užíváním opiátů, nyní hlásí přechod k jiným drogám. Má se za to, že většina uživatelů heroinu nyní vedle opiátů užívá stimulanty a další drogy, avšak získat spolehlivá data o užívání více drog současně je na úrovni EU velmi obtížné (viz kapitola 8).

Bez ohledu na obecný trend směřující k diverzifikaci tohoto jevu v mnoha zemích vycházejí odhady problémového užívání drog výhradně z problémového užívání heroinu nebo jiných opiátů jako primární drogy. To lze vyčíst z odhadované míry problémového užívání opiátů (viz obr. 8), které jsou z velké části velmi podobné odhadům problémového užívání drog⁽¹⁷⁰⁾. Není jasné, zda je v ostatních zemích prevalence problémového užívání jiných drog než opiátů téměř zanedbatelná, nebo zda je přece jen významná, avšak obtížně odhaditelná.

Odhadování počtu problémových uživatelů opiátů je obtížné a ke zjištění prevalence z dostupných zdrojů dat jsou nutné složité analýzy. Navíc jsou odhady mnohdy zeměpisně ohraničeny a extrapolace pro vytvoření národních odhadů není vždy spolehlivá.

Odhady prevalence problémového užívání opiátů na národní úrovni v období 2000–2004 se pohybovaly v rozmezí od 1 do 8 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (na základě středních hodnot odhadů). Odhadované prevalence problémového užívání opiátů se mezi zeměmi značně liší, ačkoli i přes použití různých metod v jedné zemi jsou výsledky velmi konzistentní. Vyšší odhady problémového užívání opiátů hlásí Irsko, Itálie, Lucembursko, Malta a Rakousko (5 až 8 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let), nižší odhady Česká republika, Německo, Řecko, Kypr, Lotyšsko a Nizozemsko (méně než 4 případy na 1 000 obyvatel

Obr. 8: Odhady prevalence problémového užívání opiátů a stimulantů, 2000–2004 (na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let)



Poznámka: ■ Červené čtverečky značí užívání stimulantů a ostatní užívání opiátů. MM, násobitel úmrtnosti; CR, metoda zpětného záchytu; TM, léčebný násobitel; PM, policejní násobitel; MI, multivariační indikátor; TP, zkrácené Poissonovo rozdělení; CM, kombinované metody. Další údaje viz tabulky PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku 2006. Symbol označuje bodový odhad a sloupec označuje interval nejistoty, kterým může být buď 95% interval spolehlivosti, nebo interval založený na analýze citlivosti. Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod a zdrojů dat; proto je nutné provádět srovnání opatrně.

Zdroje: Národní kontaktní místa.

⁽¹⁷⁰⁾ Viz obr. PDU-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

ve věku 15–64 let) (obr. 8). Jedny z nejnižších dobře podložených odhadů jsou v současnosti k dispozici z nových zemí EU, i když na Maltě byla hlášena prevalence vyšší (5,4 až 6,2 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let). Z těchto omezených údajů lze odvodit celkovou prevalenci problémového užívání opiátů v EU v rozmezí 2 až 8 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Tyto odhady však stále nejsou ani zdaleka pevné a bude nutné je zpřesnit, jakmile bude k dispozici více údajů.

Místní a regionální odhady týkající se konkrétně problémového užívání opiátů nejsou k dispozici; dostupné údaje o problémovém užívání drog (včetně užívání stimulantů a jiných drog) však ukazují, že mezi městy a regiony jsou v prevalenci velké rozdíly. Nejvyšší odhady místní prevalence v období 2000–2004 uvádí Irsko, Portugalsko, Slovensko a Spojené království, kde na 1 000 obyvatel připadá 15 až 25 případů⁽¹⁷¹⁾. Geografická rozdílnost, jak lze očekávat, je patrná také na místní úrovni; například prevalence v různých částech Londýna kolísá v rozmezí 6 až 25 případů na 1 000 obyvatel. Kvůli značným rozdílům v místní prevalenci je zobecnění obtížné.

Uživatelé drog ve věznicích

Informace o užívání drog mezi vězni jsou kusé. Mnohé z údajů dostupných v Evropě pocházejí z ad-hoc studií, někdy prováděných na místní úrovni v zařízeních, která nejsou dostatečně reprezentativním vzorkem národního vězeňského systému, a za použití vzorků vězeňské populace, které se velikostí značně liší. V důsledku toho rozdíly v charakteristikách sledovaných populací omezují možnost srovnávat údaje mezi průzkumy – v rámci jedné země a mezi zeměmi – a také extrapolaci výsledků a analýzu trendů.

Údaje o užívání drog ve vězeňské populaci v posledních pěti letech (1999–2004) poskytla většina evropských zemí⁽¹⁾. Ukazují, že ve srovnání s běžnou populací jsou uživatelé drog ve věznicích nadměrně zastoupeni. Procento zadržovaných osob, které uvádějí, že někdy užíly nelegální drogu, se mezi věznicemi a nápravnými zařízeními pro mladistvé liší, avšak průměrný podíl kolísá v rozmezí od jedné třetiny nebo méně v Maďarsku a Bulharsku do dvou třetin nebo více v Nizozemsku, Spojeném království a Norsku, přičemž většina zemí hlásí celoživotní prevalenci kolem 50 % (Belgie, Řecko, Lotyšsko, Portugalsko, Finsko). Nejčastěji užívanou nezákonnou drogou zůstává konopí, přičemž celoživotní prevalence jeho užívání mezi vězni je v rozmezí 4–86 %, ve srovnání s celoživotní prevalencí užívání kokainu v rozmezí 3–57 %, amfetaminu 2–59 % a heroinu 4–60 %⁽²⁾.

Časové trendy v problémovém užívání opiátů

Nedostatek spolehlivých a konzistentních historických údajů komplikuje vyhodnocení časových trendů v problémovém užívání opiátů. Shromážděné důkazy svědčí o tom, že prevalence problémového užívání opiátů se mezi zeměmi značně liší a že trendy nejsou v celé EU konzistentní. Ze zpráv z některých zemí, podporovaných údaji o dalších ukazatelích, vyplývá, že problémové užívání opiátů od poloviny do konce 90. let 20. století nadále vzrůstalo (obr. 9), avšak v posledních letech se zdá, že došlo k jeho stabilizaci nebo určitému poklesu. Opakované odhady problémového užívání opiátů za období 2000–2004 jsou k dispozici ze sedmi zemí (z České republiky, Německa, Řecka, Španělska, Irska, Itálie a Rakouska): čtyři země (Česká republika, Německo, Řecko a Španělsko) zaznamenaly pokles v problémovém užívání opiátů a jedna země nárůst (Rakousko – i když to lze jen obtížně interpretovat, protože systém shromažďování dat se v tomto období změnil). Důkazy o počtech osob poprvé nastupujících léčbu naznačují, že výskyt problémového užívání opiátů možná celkově pomalu klesá, a proto lze v blízké budoucnosti očekávat pokles prevalence.

Pravidelné užívání drog nebo závislost před nástupem do věznic uvádí 8–73 % vězňů, zatímco celoživotní prevalence injekčního užívání drog ve vězeňské populaci je 7–38 %⁽³⁾.

I když většina uživatelů drog po uvěznění omezuje své užívání drog nebo s ním úplně přestane, některé osoby v užívání pokračují a další začnou ve věznicích drogy užívat (anebo užívat injekčně). Podle dostupných studií 8–51 % vězňů někdy užílo drogu ve věznicích, 10–42 % uvádí pravidelné užívání drog a 1–15 % užívalo drogy ve věznicích injekčně⁽⁴⁾. To vyvolává otázky o možném šíření infekčních chorob, zejména v souvislosti s přístupem ke sterilnímu injekčnímu náčiní a jeho sdílení ve vězeňské populaci.

Opakované průzkumy prováděné v České republice (1996–2002), Dánsku (1995–2002), Litvě (2003–2004), Maďarsku (1997–2004), Slovinsku (2003–2004) a Švédsku (1997–2004) ukazují zvýšení prevalence různých typů užívání drog mezi vězni, zatímco Francie (1997–2003) hlásí výrazný pokles v podílu injekčních uživatelů drog na vězeňské populaci⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ Zeměmi, které uvedly studie provedené v posledních pěti letech (1999–2004) a které poskytly údaje o vzorcích užívání drog ve vězeňské populaci, jsou Belgie, Česká republika, Dánsko, Německo, Řecko, Francie, Irsko, Itálie, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Nizozemsko, Rakousko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko, Finsko, Švédsko, Spojené království, Bulharsko a Norsko.

⁽²⁾ Viz tab. DUP-1 a obr. DUP-1 ve Statistickém věstníku 2006.

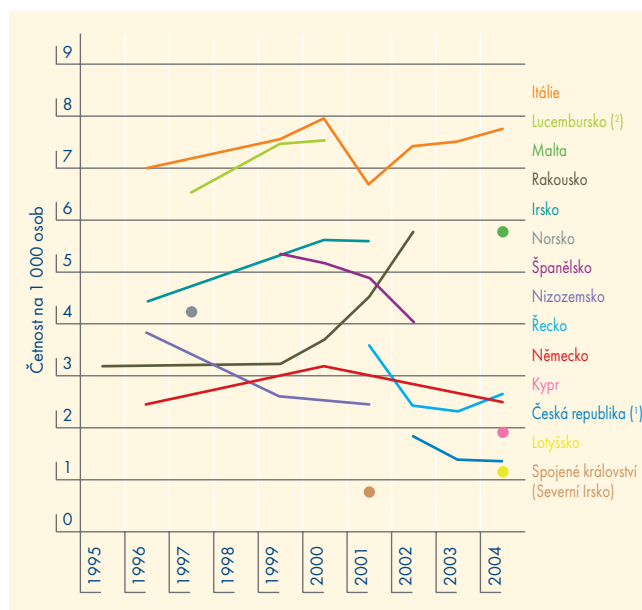
⁽³⁾ Viz tab. DUP-2 a DUP-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁴⁾ Viz tab. DUP-3 a DUP-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽⁵⁾ Viz tab. DUP-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Viz obr. PDU-6 (část 1) ve Statistickém věstníku 2006.

Obr. 9: Trendy prevalence problémového užívání opiátů, 1995–2004 (na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let)



(1) Odhady pro věkovou skupinu 18–64 let.

(2) Vypočítáno z údajů o věkové skupině 15–54 let.

Poznámka: Časové řady jsou kombinovány tam, kde jsou metody obdobné po celé časové období. Více informací viz tabulky PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní kontaktní místa.

Injekční užívání drog

Injekčním uživatelům drog hrozí velmi vysoké riziko nepříznivých důsledků, jako jsou infekční choroby nebo předávkování. Proto je velmi důležité zabývat se injekčním užíváním drog samostatně.

Odhady injekčního užívání drog na celostátní nebo nižší úrovni poskytuje jen málo zemí, a to bez ohledu na jejich důležitost z hlediska veřejného zdraví⁽¹⁷²⁾. V tomto oddílu vzhledem k nedostatečnosti údajů nejsou odhady o injekčním užívání drog kategorizovány podle primární drogy, i když trendy v podílu injekčních uživatelů drog na celkovém počtu léčených uživatelů heroínu (viz dále) jsou samozřejmě specifické pro injekční užívání heroínu.

Většina dostupných údajů o injekčním užívání drog je odvozena buďto z počtů smrtelných předávkování, nebo z údajů o infekčních chorobách (jako např. o HIV). Dostupné odhady se mezi zeměmi značně liší: od roku 2000 byly odhady na národní úrovni většinou v rozmezí 1 až 6 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let, přičemž před rokem 2000 existovaly i některé vyšší odhady. Od roku 2000 hlásily

nejvyšší celostátní prevalence injekčního užívání drog (mezi zeměmi, kde jsou odhady k dispozici) Lucembursko a Rakousko, a to přibližně 6 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Nejnižší odhady jsou z Kypru a Řecka, a to těsně nad hranicí jednoho případu na 1 000 obyvatel.

Tam, kde jsou časové trendy k dispozici, nevykazují univerzální vzorec a naznačují pokles v některých zemích a regionech (například ve Skotsku, Spojeném království) a nárůst v jiných. Nedostatek údajů v této oblasti však znamená, že není možné udělat si jasný obrázek.

Monitorování aktuálního podílu injekčních uživatelů na celkovém počtu uživatelů heroínu nastupujících léčbu významně doplňuje sledování prevalence injekčního užívání drog v běžné populaci. Je však důležité mít na paměti, že sledované podíly nemusí nutně odpovídat trendům v celkové prevalenci injekčního užívání drog. Například v zemích s vysokým podílem uživatelů stimulantů (v České republice, na Slovensku, ve Finsku a Švédsku) nemusí údaje o injekčním užívání mezi uživateli heroínu vypovídat o celkové situaci.

Podíl injekčních uživatelů drog na celkovém počtu primárních uživatelů heroínu nastupujících léčbu drogové závislosti opět ukazuje výrazné rozdíly v míře injekčního užívání drog mezi jednotlivými zeměmi, jakož i odlišnost vývojových trendů v čase⁽¹⁷³⁾. V některých zemích (Španělsku, Nizozemsku a Portugalsku) injekčně užívá heroín relativně malý počet léčených uživatelů heroínu, zatímco v jiných zemích se injekční aplikace nadále jeví jako hlavní forma užívání heroínu. V některých členských státech evropské patnáctky, z nichž jsou údaje k dispozici (v Dánsku, Řecku, Španělsku, Francii, Itálii a Spojeném království), počty injekčních uživatelů mezi léčenými uživateli heroínu poklesly. Ve většině nových členských států – přinejmenším v těch, ze kterých jsou údaje k dispozici – je však velká část uživatelů heroínu nastupujících léčbu injekčními uživateli.

Údaje o žádostech o léčbu⁽¹⁷⁴⁾

V mnoha zemích zůstávají opiáty (převážně heroín) hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. Z celkového počtu žádostí o léčbu hlášených v roce 2004 (v rámci ukazatele žádosti o léčbu) byly opiáty zaznamenány jako hlavní droga asi v 60 % případů – a těsná nadpoloviční většina (53 %) těchto klientů uvedla, že drogu užívají injekčně⁽¹⁷⁵⁾. Je třeba poznamenat, že ukazatel počtu žádostí o léčbu nezahrnuje všechny osoby v léčbě závislosti

⁽¹⁷²⁾ Viz obr. PDU-7 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷³⁾ Viz. obr. PDU-3 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷⁴⁾ Viz poznámka pod čarou (70).

⁽¹⁷⁵⁾ Viz obr. TDI-2 a tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2006.

na opiátech, jejichž počet je výrazně vyšší, nýbrž pouze klienty, kteří o léčbu požádali během sledovaného roku.

Podíl klientů vyhledávajících léčbu kvůli užívání heroínu se mezi zeměmi liší. Na základě nejnovějších dostupných údajů můžeme země rozdělit do tří skupin podle počtu uživatelů drog vyhledávajících léčbu, kteří uvádějí problémové užívání heroínu, takto:

- méně než 50 % – Česká republika, Dánsko, Maďarsko, Nizozemsko, Polsko, Slovensko, Finsko, Švédsko,
- 50 až 70 % – Německo, Španělsko, Francie, Irsko, Kypr, Lotyšsko, Portugalsko, Spojené království, Rumunsko,
- více než 70 % – Řecko, Itálie, Litva, Lucembursko, Malta, Slovinsko, Bulharsko ⁽¹⁷⁶⁾.

K zemím, kde značné procento klientů užívajících opiáty užívá ještě jiné látky než heroin, patří Maďarsko, kde je užívání podomácku vyráběných produktů z opiového máku velmi rozšířené, a Finsko, kde většina klientů užívajících opiáty zneužívá buprenorfin ⁽¹⁷⁷⁾.

Většina uživatelů opiátů, stejně jako v případě uživatelů ostatních drog, vyhledává léčbu v ambulantních podmínkách; avšak ve srovnání s uživateli kokainu a konopí se větší procento klientů užívajících opiáty léčí v lůžkových zařízeních.

Většina zemí, které každoročně uvádějí významné počty nových klientů užívajících heroin (s výjimkou Německa, kde se základna pro podávání zpráv rozšířila), uvádí, že v posledních čtyřech až pěti letech dochází k poklesu, i když ne mezi klienty, kteří se už dříve léčili. Počty opakovaných žádostí o léčbu celkově nepoklesly a ve většině zemí celkový počet žádostí o léčbu závislosti na heroínu zůstal zhruba stejný. Výraznější výjimky tvoří Německo a Spojené království, kde celkový počet žádostí o léčbu vzrostl. Celkově však procento žádostí o léčbu kvůli heroínu (všechny a nové žádosti) pokleslo; v případě nových žádostí pokleslo v období 1999–2004 asi ze dvou třetin na přibližně 40 %, protože vzrostl počet žádostí o léčbu kvůli užívání konopí a kokainu ⁽¹⁷⁸⁾.

Již dříve bylo uvedeno, že populace klientů žádajících o léčbu kvůli užívání opiátů stárne a tento trend v roce 2004 nadále pokračoval. Téměř všichni uživatelé opiátů vyhledávající léčbu jsou starší dvaceti let a téměř polovina z nich je přes třicet. Údaje dostupné na evropské

úrovni ukazují, že pouze malá skupina uživatelů opiátů vyhledávajících léčbu je mladší než 20 let v době, kdy poprvé vyhledají pomoc ⁽¹⁷⁹⁾. Existují občasné zprávy o velmi mladých lidech (mladších 15 let), kteří vyhledají léčbu kvůli užívání heroínu ⁽¹⁸⁰⁾, například děti ve věku 11–12 let v bulharské Sofii, avšak celkově se žádosti o léčbu kvůli užívání heroínu mezi mladými lidmi jeví jako vzácné.

Uvádí se, že klienti užívající opiáty jsou vytlačováni na okraj společnosti, mají nízké vzdělání, vykazují vysokou nezaměstnanost a často nemají stabilní bydlení. Španělsko hlásí, že 17–18 % klientů užívajících opiáty jsou osoby bez domova.

Většina klientů užívajících opiáty uvádí, že tyto drogy poprvé užila ve věku 15–24 let, přičemž okolo 50 % klientů poprvé tuto drogu užilo před dosažením věku dvaceti let ⁽¹⁸¹⁾. Jelikož časová prodleva mezi prvním užitím a první žádostí o léčbu bývá obvykle 5 až 10 let a doba mezi začátkem užívání drog a jejich pravidelným užíváním se odhaduje na 1,5 až 2,5 roku (finská národní zpráva), lze dojít k závěru, že klienti užívající opiáty typicky prožijí období 3 až 7 let pravidelného užívání drog, než poprvé vyhledají specializovanou léčbu.

V celé Evropě je mezi novými uživateli opiátů, kteří vyhledávají léčbu v ambulantních zařízeních a u nichž je znám způsob aplikace, těsně nadpoloviční většina těch, kteří drogu užívají injekčně. Celkově je injekční užívání rozšířenější mezi uživateli opiátů vyhledávajícími léčbu v nových členských státech (nad 60 %) než v členských státech evropské patnáctky (pod 60 %), s výjimkou Itálie a Finska, kde podíl injekčních uživatelů opiátů mezi klienty činí 74 % (Itálie) a 79,3 % (Finsko). Podíl injekčních uživatelů drog na celkovém počtu klientů užívajících opiáty je nejnižší v Nizozemsku (13 %) a nejvyšší v Lotyšsku (86 %) ⁽¹⁸²⁾.

Léčba závislosti na opiátech

Protidrogová strategie EU na období 2005–2012 vytýčila jako vysokou prioritu zlepšování dostupnosti a přístupnosti léčby a vyzývá členské státy, aby zajistily komplexní nabídku efektivních způsobů léčby. V minulosti ústavní léčba představovala důležité prostředí pro léčbu problémových uživatelů opiátů. Rostoucí rozmanitost léčebných postupů a zvláště pak značné rozšíření substituční léčby však znamenají, že význam lůžkové péče relativně poklesl.

⁽¹⁷⁶⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Viz tab. TDI-26 ve Statistickém věstníku 2006; národní zprávy sítě Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Viz obr. TDI-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Viz tab. TDI-10 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Viz tab. TDI-11 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁸²⁾ Viz tab. TDI-17 ve Statistickém věstníku 2006.

Údaje o relativní dostupnosti různých typů léčby problémů spojených s užíváním opiátů v Evropě jsou v současné době omezené. V dotazníku EMCDDA odborníci většiny (šestnácti) členských států uvedli, že substituční léčba je hlavní formou dostupné léčby. Čtyři země (Česká republika, Maďarsko, Polsko a Slovensko) však udávají abstinenci léčbu jako běžnější a další dvě země (Španělsko a Švédsko) uvádějí vyrovnaný podíl léčby s farmakologickou podporou a abstinenci léčby.

Substituční léčba závislosti na opiátech (především léčba metadonem nebo buprenorfinem) je zavedena ve všech členských státech EU ⁽¹⁸³⁾ i v Bulharsku, Rumunsku a Norsku. V současnosti panuje v Evropě v zásadě shoda, že tento přístup k léčbě problémových uživatelů opiátů je přínosný, i když v některých zemích zůstává i nadále citlivým tématem (viz kapitola 2). Úloha substituční léčby se stává mezinárodně méně kontroverzní; v roce 2004 systém OSN dosáhl společného stanoviska k substituční udržovací léčbě (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004) a Světová zdravotnická organizace v červnu 2006 zařadila metadon i buprenorfin do svého vzorového seznamu základních léků.

V současnosti existují pevné důkazy svědčící o hodnotě substitučních programů využívajících drogy, jako je metadon nebo buprenorfin. Studie ukázaly, že substituční léčba je spojena s menším užíváním nezákonných drog, méně častým injekčním užíváním drog, omezením praktik spojených s vysokým rizikem šíření viru HIV nebo dalších infekčních chorob, jako je sdílení injekčního náčiní, a je spojena se zlepšením sociálního fungování a celkového zdraví. Výzkum rovněž naznačuje, že může dojít k poklesu trestné činnosti a že dostatečné poskytování substituční léčby může mít dopad na počet úmrtí souvisejících s drogami. Optimální výsledky závisejí na včasném nástupu do programu, dostatečném trvání a kontinuitě substituční léčby a adekvátních dávkách léku.

Přestože nejběžněji předepisovanou substituční léčbou v Evropě zůstává léčba metadonem, možnosti léčby i nadále rostou a buprenorfin je dnes dostupný v 19 zemích EU, Bulharsku a Norsku, i když není jasné, zda je oficiálně schválen pro udržovací léčbu ve všech zemích, které jeho používání uvádějí. Na to, že léčba vysokými dávkami buprenorfinu byla zavedena v Evropě teprve před 10 lety, popularita této drogy jako možného způsobu léčby vzrostla pozoruhodně rychle (viz obr. 1) ⁽¹⁸⁴⁾.

Dlouhodobá substituce není jediným účelem léčby závislosti na opiátech léčivými přípravky. Metadon a buprenorfin se rovněž používají při abstinenci od opiátů, kdy je léčebným cílem pomoci jednotlivci dosáhnout abstinence postupným snižováním dávek po stanovenou dobu, aby se tak minimalizovaly abstinenci příznaky. Někdy se jako prevence relapsu používá antagonist a opiátů naltrexon, lék pro averzivní léčbu závislosti na opiátech, který blokuje účinky heroinu, i když důkazy svědčící ve prospěch použití tohoto léku jsou dosud nejednoznačné.

Některé země (Německo, Španělsko, Nizozemsko a Spojené království) mají i programy podávání heroinu na předpis, i když počet takto léčených pacientů je velmi malý ve srovnání s ostatními formami substituční léčby (pravděpodobně představuje méně než 1 % celkového počtu). Tato forma léčby zůstává spornou a je obecně poskytována na základě vědeckého experimentu dlouhodobým uživatelům, u nichž ostatní terapeutické možnosti selhaly.

Z nedávné analýzy účinnosti léčby drogové závislosti při prevenci přenosu HIV vyplynulo, že behaviorální intervence mohou zesílit pozitivní účinky substituční léčby při prevenci přenosu HIV, zatímco účinnost samotné psychologické terapie je proměnlivá. Léčba orientovaná na abstinenci ukázala dobré výsledky při prevenci HIV u osob, které se léčí po dobu tří měsíců a déle (Farrell a kol., 2005).

Sledování léčby metadonem

Metadon je drogou podléhající kontrole podle seznamu I Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a domácí spotřebu každoročně monitoruje INCB.

Podle EMCDDA (na základě minimálních odhadů z členských států EU, Bulharska, Rumunska a Norska) podstoupilo substituční léčbu v daném roce více než 500 000 klientů (viz tab. 4 ve výroční zprávě za rok 2005). S výjimkou České republiky a Francie, které uvádějí jako nejběžnější volbu léčbu vysokými dávkami buprenorfinu, se jednalo ve více než 90 % případů substituční léčby ve všech ostatních zemích o léčbu metadonem.

EU a USA společně představují 85 % světové spotřeby metadonu, která v těchto zemích zaznamenává v posledním desetiletí trvalý nárůst. Spotřebovaná množství se v obou regionech v letech 1997–2000 stabilizovala, ale ve Spojených státech od té doby došlo k prudkému nárůstu. V současnosti je spotřeba metadonu v Evropské unii ve srovnání s USA přibližně poloviční ⁽¹⁸⁵⁾.

⁽¹⁸³⁾ Kypr uvádí použití metadonu při detoxifikační léčbě od roku 2004 a oznámil zahájení pilotního projektu udržovací léčby metadonem, žádné případy léčených klientů však hlášeny nebyly. V Turecku je metadon oficiálně registrován pro léčbu závislosti na opiátech, žádné případy léčených pacientů však hlášeny nebyly.

⁽¹⁸⁴⁾ Viz vybrané téma – buprenorfin ve výroční zprávě za rok 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Viz obr. NSP-2 ve Statistickém věstníku 2006.

Po zavedení této možnosti léčby na národní úrovni vždy následuje výrazný nárůst spotřeby. Například ve Francii značné rozšíření substituční léčby metadonem v roce 1995 vyústilo v rychlý nárůst spotřeby, a to z 31 kg v roce 1995 na 446 kg v roce 2004.

V poslední době lze ve statistikách Dánska, Španělska, Malty, Nizozemska a možná i Německa sledovat známky stabilizace spotřeby metadonu. To odpovídá hlášeným trendům v počtu klientů podstupujících tuto léčbu (viz kapitola 2).



Kapitola 7

Infekční nemoci a úmrtí související s drogami

Infekční nemoci související s drogami

Jedním z vážnějších zdravotních důsledků (zejména injekčního) užívání nezákonných drog je přenos onemocnění HIV a dalších infekčních nemocí, zejména hepatitidy C a B. Souvislost mezi injekčním užíváním drog a přenosem nemocí je jasně prokázána. Hlavním cílem opatření v oblasti veřejného zdraví se tedy stalo snižování injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní. Studie rovněž poukazují na souvislost mezi užíváním drog a vysoce rizikovým sexuálním chováním, z čehož vyplývá stále větší potřeba propojovat protidrogová opatření se strategiemi veřejného zdraví zaměřenými na sexuální zdraví. Monitorování na evropské úrovni probíhá tak, že jsou údaje o infekčních nemocech shromažďovány stálými informačními zdroji, kde může být injekční užívání drog uvedeno jako rizikový faktor. Dále jsou prováděny zvláštní studie zaměřené na populace uživatelů drog v různých prostředích.

HIV a AIDS

Současné trendy v nově uváděných případech HIV

V současné době uvádí většina zemí nízký počet nově diagnostikovaných infekcí HIV připisovaných injekčnímu užívání drog. Země s dlouhodobě nízkým počtem infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog mohou být předmětem zkoumání, jaké faktory vedou k tomuto stavu. Touto otázkou se zabývá současný protidrogový akční plán EU a je také v centru pozornosti koordinované studie EMCDDA. Není však důvod ke spokojenosti. Španělsko a Itálie, kde mezi injekčními uživateli drog došlo k epidemii HIV, neposkytují národní údaje z hlášení případů HIV, což výrazně snižuje vypovídací hodnotu těchto údajů o celkové situaci v Evropské unii. Údaje z některých zemí navíc vedou k obavám, že přinejmenším u některých populací injekčních uživatelů drog může docházet k nárůstu počtu osob trpících infekcí HIV.

Ve Francii, kde jsou případy HIV hlášeny teprve od roku 2003, byl zaznamenán nárůst výskytu HIV mezi injekčními uživateli drog (ačkoliv z nízké úrovně), z odhadovaných 2,3 případu na jeden milion obyvatel v roce 2003 na

2,9 případů v roce 2004. Přestože to rámcově odpovídá údajům dostupným ze studií (viz níže), je třeba si uvědomit, že nové systémy hlášení bývají zpočátku často nestabilní. Zdánlivý pokles nově diagnostikovaných případů HIV mezi injekčními uživateli drog, jenž byl dříve zaznamenán v Portugalsku, je nyní zpochybňován na základě údajů z roku 2004, které odhalují výskyt infekcí HIV ve výši 98,5 případu na milion obyvatel, což je nejvyšší počet v EU⁽¹⁸⁶⁾. Ve Spojeném království se výskyt HIV mezi injekčními uživateli drog pomalu zvyšoval, nyní se však ustálil na pouze necelých 2,5 případu na milion obyvatel ročně. V Irsku došlo k nárůstu výskytu koncem 90. let 20. století, který v roce 2000 kulminoval na hodnotě 18,3 případů na milion obyvatel, v roce 2001 poklesl na 9,8 případů a následně se v roce 2004 zvýšil na 17,8 případů na milion obyvatel.

K nedávnému propuknutí infekce HIV související s injekčním užíváním drog došlo v roce 2001 v Estonsku a Lotyšsku a v roce 2002 v Litvě. Poté následoval výrazný pokles – po úvodní fázi epidemie lze očekávat pokles nově hlášených případů spolu s tím, jak se onemocnění ustálí na endemické úrovni (viz níže).

Séroprevalence HIV mezi testovanými injekčními uživateli drog

Údaje o séroprevalenci mezi injekčními uživateli drog (infikované procento ve vzorcích injekčních uživatelů drog) jsou důležitým doplňkem k údajům o případech HIV. Opakované studie séroprevalence a rutinní monitorování údajů z diagnostických testů mohou podpořit závěry z údajů z hlášení případů a mohou poskytnout podrobnější informace o konkrétních regionech a prostředích. Údaje o prevalenci však pocházejí z množství různých zdrojů, které lze v některých případech obtížně porovnávat, a proto je třeba při jejich výkladu postupovat opatrně.

Nedávný nárůst počtu případů HIV zaznamenaný v některých zemích v rámci hlášení případů je většinou potvrzen dostupnými údaji o séroprevalenci, ačkoli tyto údaje naznačují nutnost zvýšené opatrnosti i v jiných zemích.

⁽¹⁸⁶⁾ Viz obr. INF-2 (část i) a INF-2 (část ii) ve Statistickém věstníku 2006.

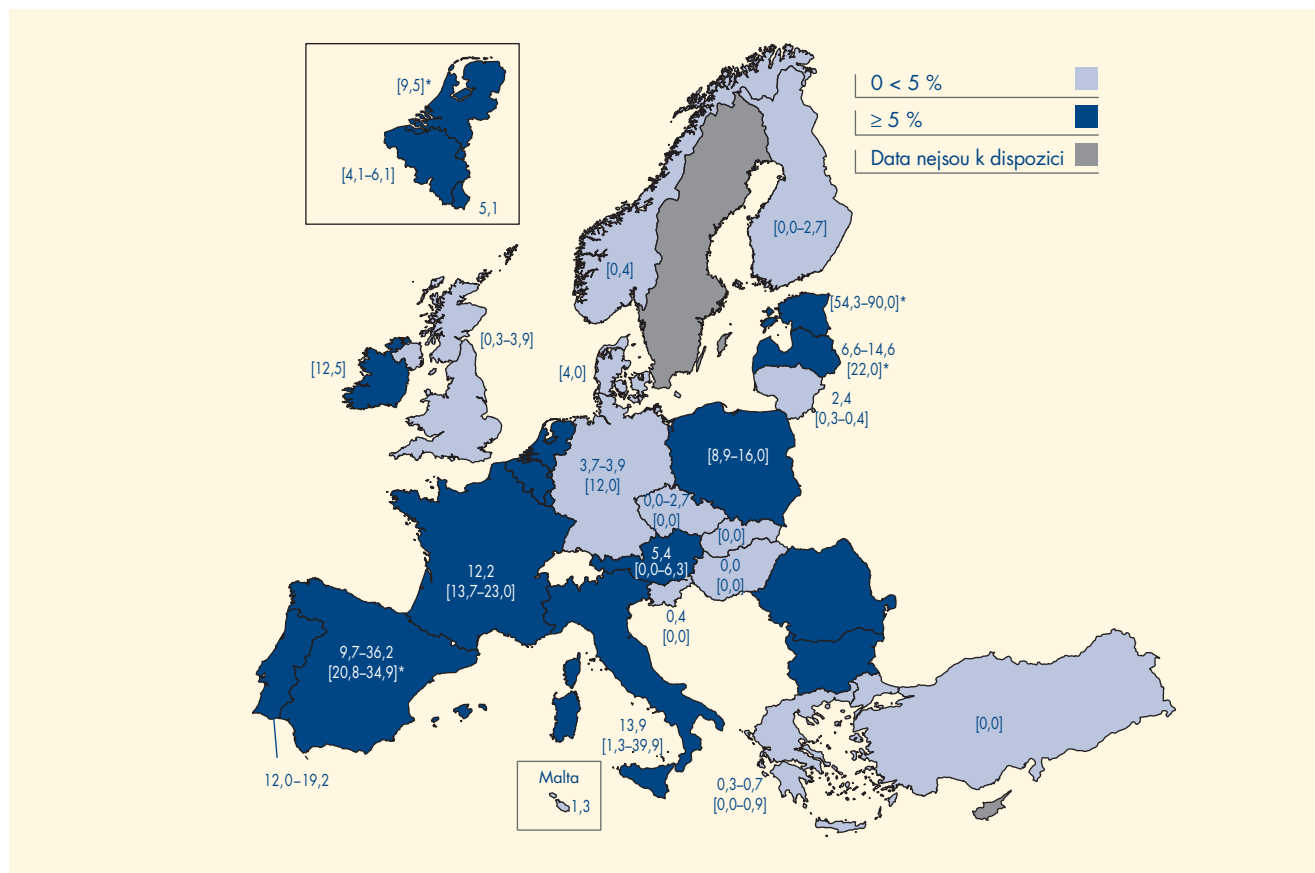
V pobaltských státech naznačují dostupné údaje o séroprevalenci, že přenos mezi injekčními uživateli drog stále není pod kontrolou (obr. 10). Z nedávné studie v Estonsku vyplynulo, že prevalence mezi injekčními uživateli drog narůstá v jednom regionu (Tallin – ze 41 % ze vzorku 964 v roce 2001 na 54 % ze vzorku 350 v roce 2005) a v dalším regionu je mimořádně vysoká (Kohtla-Järve – 90 % ze 100). V Lotyšsku dvě řady údajů o séroprevalenci mezi injekčními uživateli drog zobrazují stálý nárůst až do období 2002–2003, zatímco třetí řada naznačuje pokles po kulminaci v roce 2001. V Litvě údaje za rok 2003 svědčí o nárůstu výskytu HIV mezi injekčními uživateli drog, kteří byli testováni v rámci léčby drogové závislosti, programů výměny injekčních jehel a v nemocnicích. Jedná se o nárůst z rozmezí hodnot 1,0–1,7 % v letech 1997–2002 na 2,4 % (27/1 112) v roce 2003.

V zemích s historicky vysokým počtem infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog (ve Španělsku, Francii, Itálii,

Polsku a Portugalsku) se objevují nové známky pokračování přenosu na národní úrovni, v některých regionech nebo mezi konkrétními podskupinami injekčních uživatelů drog (¹⁸⁷). V případě těchto zemí je třeba poznamenat, že vysoká výchozí prevalence způsobená rozsáhlými epidemiemi v 80. a 90. letech 20. století zvyšuje pravděpodobnost, že rizikové chování povede k onemocnění.

Ve Španělsku a Itálii nejsou národní údaje z hlášení případů dostupné. Výklad údajů z rutinních diagnostických testů je obtížný, neboť tyto údaje mohou být ovlivněny výběrovým zkreslením. Přesto tyto údaje vyvolávají v uvedených zemích obavy. Ve Španělsku byla prevalence HIV mezi mladými injekčními uživateli drog (mladších 25 let) testovanými v rámci léčby drogové závislosti stabilní do roku 2002 (nad 12 %) a mezi novými injekčními uživateli drog (osobami injekčně užívajícími drogy méně než 2 roky) se zvýšila z 15 na 21 % v období 2000–2001, což dokládá vysoký nárůst až do roku 2002. V Itálii existují v trendech

Obr. 10: Prevalence HIV u testovaných injekčních uživatelů drog, 2003–2004



Poznámka: Čísla (v závorkách) jsou místní údaje. Barva označuje střední hodnotu národních údajů nebo, pokud nejsou dostupné, místních údajů. Údaje za Itálii a Portugalsko zahrnují i neinjekční uživatele a prevalence u injekčních uživatelů je pravděpodobně podhodnocena. * Údaje částečně nebo úplně za období před rokem 2003 (Španělsko 2002–2003; Francie 2002–2003; Lotyšsko 2002–2003; Nizozemsko 2002) nebo z roku 2005 (Estonsko).
Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox. Primární zdroje, podrobnosti studií a údaje před rokem 2003 nebo po roce 2004 viz tab. INF-8 ve Statistickém věstníku 2006.

¹⁸⁷ Viz obr. INF-5 (část ii) a (část vi) ve Statistickém věstníku 2006.

prevalence u injekčních uživatelů drog velké regionální rozdíly, kdy některé regiony stále vykazují zřetelný nedávný nárůst (Bolzano, Ligurie, Molise, Toskánsko a Umbrie).

V Polsku studie na místní úrovni naznačují, že šíření HIV pokračovalo přinejmenším do nedávné doby. Tyto studie vycházejí z vysoké prevalence mezi mladými injekčními uživateli drog (15 % v roce 2002 v jednom regionu, 4–11 % ve dvou dalších regionech v roce 2004). Ve studii z roku 2002 byly ve vzorku 45 nových injekčních uživatelů zaznamenány čtyři případy HIV (9 %). Ve studii z roku 2004 však nebyl ve vzorku 20 nových injekčních uživatelů zaznamenán žádný případ.

Závěrem můžeme poznamenat, že v některých zemích, v nichž nikdy nedošlo k rozsáhlé epidemii mezi injekčními uživateli drog, naznačují některé nedávné údaje o prevalenci nutnost obezřetného přístupu. To je zřejmě případ Lucemburska, Rakouska a Spojeného království, v nichž však nárůst zůstává omezený a není potvrzen údaji z hlášení případů.

Země s nízkou prevalencí HIV

V prevalenci HIV u testovaných injekčních uživatelů drog existují i nadále mezi státy Evropské unie velké rozdíly (obr. 10). V řadě zemí prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog v nedávné době vzrostla nebo zůstává již mnoho let vysoká. Naproti tomu v několika zemích zůstala prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog v období 2003–2004 velmi nízká. Prevalence HIV byla nižší než nebo přibližně rovna 1 % v České republice, Řecku, Maďarsku, na Maltě, ve Slovinsku (na základě národních vzorků), na Slovensku, v Turecku, Bulharsku, Rumunsku a Norsku (na základě regionálních vzorků). V některých těchto zemích (např. v Maďarsku) patří prevalence HIV i prevalence viru hepatitidy C (HCV) k nejnižším v Evropě, což svědčí o nízké míře injekčního užívání drog (viz Hepatitida B a C). V některých zemích (např. v Rumunsku) však existují důkazy o nárůstu prevalence hepatitidy C.

Rozdíly v prevalenci HIV mezi testovanými injekčními uživateli drog na základě pohlaví

Dostupné údaje o séroprevalenci za období 2003–2004 odhalují rozdíly mezi testovanými injekčními uživateli drog mužského a ženského pohlaví⁽¹⁸⁸⁾. Soubor údajů z Belgie, Estonska (2005), Španělska (2002), Francie, Itálie, Lucemburska, Rakouska, Polska a Portugalska vytváří celkový vzorek 1 24 337 mužů a 20 640 žen testovaných zejména ve střediscích léčby drogové závislosti nebo jiných zařízeních poskytujících služby drogově závislým.

Celková prevalence činila 13,6 % u mužů a 21,5 % u žen. Mezi jednotlivými zeměmi existují výrazné rozdíly, přičemž poměr mezi prevalencí u žen a mužů je nejvyšší v Estonsku, Španělsku, Itálii, Lucembursku a Portugalsku, zatímco v Belgii je zřejmý opačný trend, tj. vyšší prevalence u mužů.

Výskyt AIDS a dostupnost léčby vysoce účinné antiretrovirové léčby

Se zavedením vysoce účinné antiretrovirové léčby („highly active antiretroviral treatment“, HAART), která se používá od roku 1996 a účinně zastavuje rozvoj AIDS u osob infikovaných HIV, se údaje o výskytu AIDS staly méně přínosným ukazatelem přenosu HIV. I nadále však ukazují celkové zatížení symptomatickým onemocněním a navíc představují důležitý ukazatel o zavádění a pokrytí léčby HAART mezi injekčními uživateli drog.

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bylo v roce 2003 pokrytí léčbou HAART u pacientů, kteří potřebují léčbu, v zemích západní Evropy vysoké (přes 70 %), avšak ve většině zemí východní Evropy (včetně Estonska, Litvy a Lotyšska) mělo omezenější rozsah⁽¹⁸⁹⁾. Novější údaje o pokrytí touto léčbou naznačují, že došlo k výraznému zlepšení situace. Všechny členské státy a kandidátské země EU mají nyní pokrytí alespoň 75 %. Konkrétní údaje o dostupnosti této léčby mezi injekčními uživateli drog však nejsou k dispozici a čas ukáže, zda se lepší pokrytí projeví snížením výskytu AIDS mezi injekčními uživateli drog v Estonsku a Lotyšsku.

Ve všech čtyřech západoevropských zemích nejvíce postižených AIDS (tj. ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku) došlo k poklesu výskytu této choroby. V prvních třech uvedených zemích byl pokles zaznamenán přibližně od roku 1996, v Portugalsku až od roku 1999. Portugalsko je i nadále zemí s nejvyšším výskytem AIDS souvisejícím s injekčním užíváním drog (31 případů na milion obyvatel v roce 2004). V Lotyšsku je však výskyt podobný (30 případů na milion obyvatel).

Údaje centra EuroHIV do roku 2004 (upravené dle zpoždění hlášení) svědčí o nárůstu výskytu AIDS souvisejícího s injekčním užíváním drog v Estonsku i Lotyšsku⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatitida B a C

Hepatitida C

Prevalence protilátek vůči viru hepatitidy typu C (HCV) je u injekčních uživatelů drog všeobecně velmi vysoká, ačkoli v rámci zemí a mezi nimi existují velké rozdíly. Mezi různými

⁽¹⁸⁸⁾ Viz obr. INF-3 (část v) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Viz obr. INF-14 (část iii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Viz obr. INF-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

vzorky injekčních uživatelů drog testovaných v letech 2003–2004 uvedly míru prevalence přesahující 60 % Belgie, Dánsko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Itálie, Polsko, Portugalsko, Spojené království, Rumunsko a Norsko, přičemž prevalence nižší než 40 % byla zaznamenána ve vzorcích v Belgii, České republice, Řecku, na Kypru, v Maďarsku, na Maltě, v Rakousku, Slovinsku, Finsku a Spojeném království⁽¹⁹¹⁾.

Údaje o prevalenci protilátek HCV u mladých injekčních uživatelů drog (osob mladších 25 let) jsou k dispozici ze 14 zemí, ačkoli v některých případech se jedná o malé vzorky. Mezi výsledky jsou velké rozdíly, přičemž některé země vykazují vysoké i nízké údaje u různých vzorků. Nejvyšší prevalence mezi mladými injekčními uživateli drog v letech 2003–2004 (přes 40 %) byla zjištěna ve vzorcích z Belgie, Řecka, Rakouska, Polska, Portugalska, Slovenska a Spojeného království a nejnižší prevalence (pod 20 %) ve vzorcích z Belgie, Řecka, Kypru, Maďarska, Malty, Rakouska, Slovinska, Finska, Spojeného království a Turecka. Budeme-li vycházet pouze ze studií mladých injekčních uživatelů drog na národní úrovni, má nejvyšší zjištěnou prevalenci (přes 60 %) Portugalsko a nejnižší (pod 40 %) Kypr, Maďarsko, Malta, Rakousko a Slovinsko. Přestože postupy při výběru vzorků mohou vést ke zkreslujícímu zaměření na chroničtější skupinu, je vysoká prevalence protilátek HCV zjištěna v národním vzorku v Portugalsku (67 % ze 108 injekčních uživatelů drog mladších 25 let) znepokojující a může vypovídat o pokračujícím rizikovém chování mladých injekčních uživatelů drog (viz rovněž „Současné trendy v nově uváděných případech HIV“, str. 75).

Údaje o prevalenci protilátek HCV u nových injekčních uživatelů drog (injekčně užívajících drogy méně než 2 roky) jsou kusé a zahrnují malé vzorky, mohou však představovat lepší zástupný ukazatel nedávné míry výskytu než údaje o mladých injekčních uživatelích. Informace dostupné za období 2003–2004 ukazují, že nejvyšší prevalence u nových injekčních uživatelů drog (přes 40 %) byla zjištěna ve vzorcích z Řecka, Polska, Spojeného království a Turecka a nejnižší prevalence (pod 20 %) ve vzorcích z Belgie, České republiky, Řecka, Kypru a Slovinska. Nízká prevalence byla zjištěna v malých (ale národních) vzorcích nových injekčních uživatelů na Kypru (pouze dva z 23 uživatelů měli pozitivní testy na protilátky HCV, tj. 9 %) a ve Slovinsku (dva z 32 uživatelů měli pozitivní testy, tj. 6 %).

Hepatitida B

Prevalence markerů viru hepatitidy typu B (HBV) se rovněž značně liší jak v rámci jednotlivých zemí, tak mezi nimi.

Nejúplnějším údajem jsou k dispozici pro protilátky anti-HBc, což naznačuje historii infekce. V letech 2003–2004 byly hlášeny vzorky injekčních uživatelů drog s prevalencí přes 60 % v Itálii a Polsku, zatímco vzorky s prevalencí pod 20 % byly hlášeny z Belgie, Irska, Kypru, Rakouska, Portugalska, Slovinska, Slovenska a Spojeného království. Údaje o hlášení hepatitidy typu B za období 1992–2004 pro ty země, ze kterých jsou údaje k dispozici, nabízejí velmi různorodý obrázek⁽¹⁹²⁾. Ve Skandinávii se velká většina oznámených akutních případů hepatitidy typu B vyskytuje mezi injekčními uživateli drog a případy propuknutí hepatitidy typu B se shodují s nárůstem injekčního užívání drog v několika zemích. Například údaje z Norska naznačují výrazný nárůst výskytu hepatitidy typu B mezi injekčními uživateli drog v letech 1992–1998 a následný pokles. Ve Finsku došlo v posledních letech k prudkému poklesu ohlášených případů hepatitidy typu B mezi injekčními uživateli drog, což je zřejmě důsledek vakcinačních programů a komplexního systému výměny injekčních jehel a stříkaček.

Prevence infekčních nemocí

Účinná opatření

Při snižování šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog se osvědčila řada opatření v oblasti veřejného zdraví a panuje stále větší shoda, že největší nadějí na úspěch má komplexní přístup k poskytování služeb v této oblasti. Z historického hlediska se diskuse z velké části zaměřovala na prevenci infekce HIV mezi injekčními uživateli drog, zároveň je však stále více vnímána nutnost účinných opatření zaměřených na omezení šíření hepatitidy a nezbytnost prevence šíření infekčních nemocí mezi neinjekčními uživateli drog.

Je třeba poznamenat, že účinnost byla nejvíce prokázána v oblasti prevence infekce HIV mezi injekčními uživateli drog. Velké množství dostupných důkazů naznačuje, že opatření mohou být považována za účinná a dostupnost všech typů léčby poskytuje ochranu (Farrell a kol., 2005; WHO, 2005). Od poloviny 90. let 20. století se opatření na evropské úrovni vyznačovala nárůstem poskytování léčby drogové závislosti (viz kapitola 2), což se obecně zdá být jeden z faktorů přispívajících k relativně optimistické situaci, která v současné době v Evropě v oblasti epidemického šíření HIV mezi injekčními uživateli panuje.

Léčba je pouze jednou součástí komplexního přístupu k prevenci HIV. Další postupy zahrnují poskytování široké škály informací, vzdělávací a komunikační aktivity, dobrovolné poradenství a testování na infekční onemocnění,

⁽¹⁹¹⁾ Viz obr. INF-6 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁹²⁾ Viz obr. INF-12 (část i) ve Statistickém věstníku 2006.

vakcinaci a distribuci sterilních injekčních potřeb a jiných profylaktických prostředků. Tato opatření mohou spolu s léčebnými službami poskytovanými zdravotnickým personálem v nízkoprahových institucích nebo dokonce na ulici pomoci nastavit nebo zlepšit komunikaci s aktivními uživateli drog a jejich sexuálními partnery, pokud se týká rizik a prevence zdravotních důsledků užívání drog.

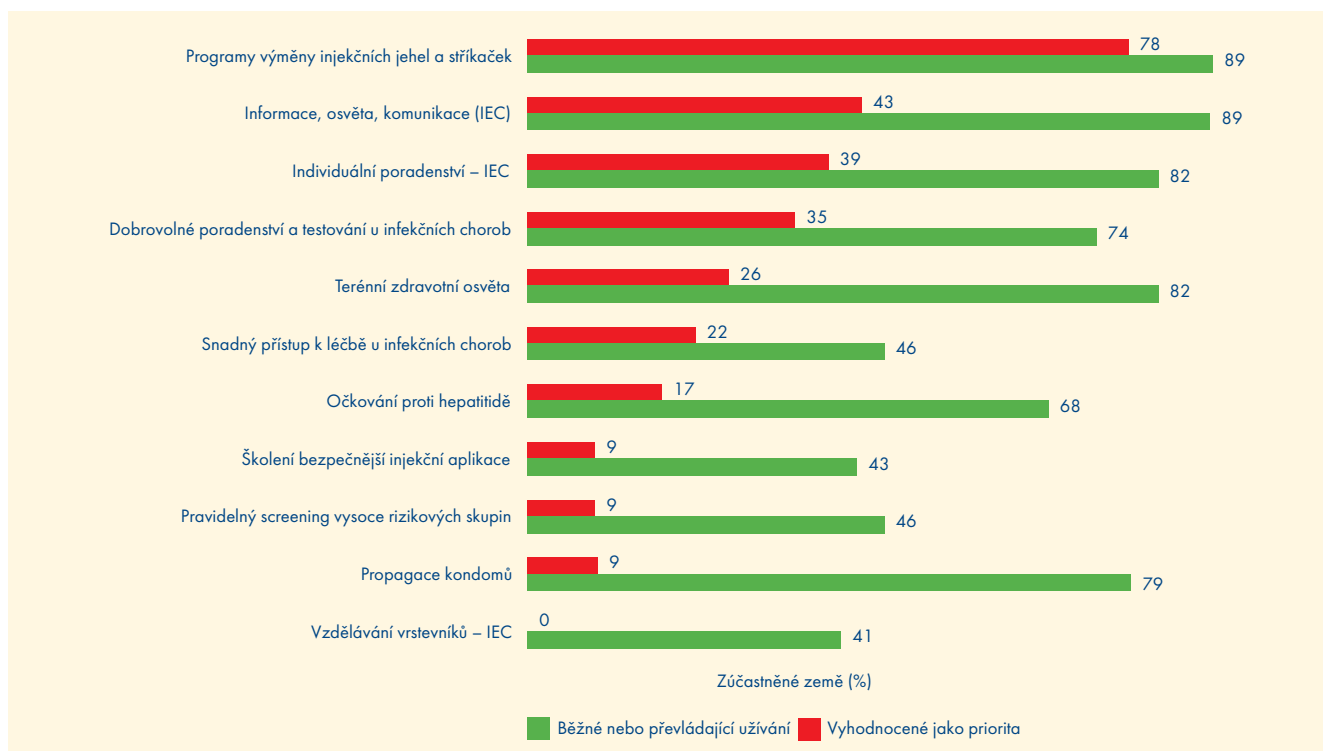
Všeobecné prosazování komplexního přístupu neznámá, že jsou všechny tyto služby na národní úrovni stejnoměrně rozvinuté nebo podporované. Určitá shoda se však objevuje. V průzkumu prováděném mezi národními kontaktními místy označili tři ze čtyř respondentů programy výměny injekčních jehel a stříkaček spojené s poradenstvím za prioritu národní politiky zabývající se šířením infekčních nemocí mezi injekčními uživateli drog (obr. 11). Skutečnost, že velké množství zemí nyní explicitně přiznává význam poskytování čistého injekčního materiálu v rámci své strategie prevence HIV, je důkazem toho, že se tato forma poskytování služeb stala hlavním trendem ve velké části Evropy a ve většině zemí již není vnímána jako kontroverzní.

To ovšem neznámá, že panuje obecná shoda o přínosech těchto služeb. Například v Řecku a Švédsku nejsou považovány za politickou prioritu. Obecně však v rámci Evropské unie panuje v oblasti uplatňování těchto opatření poměrně obdobná situace⁽¹⁹³⁾ a všechny země, s výjimkou Kypru, hlásí, že u nich existují programy výměny nebo distribuce sterilních injekčních jehel a stříkaček⁽¹⁹⁴⁾.

Typy programů výměny injekčních jehel a stříkaček v evropských zemích

Třebaže většina evropských zemí nyní distribuci sterilních injekčních potřeb provádí, způsob a rozsah poskytovaných služeb se v jednotlivých zemích liší. Nejobvyklejší model je poskytování služeb na stálém místě, zpravidla ve specializovaném středisku protidrogových služeb. Tento typ služeb je často doplněn mobilními službami, jejichž cílem je dostat se k uživatelům drog v prostředí komunity. V osmi zemích jsou nabízené služby výměny injekčních jehel a stříkaček doplněny o automaty na jejich výměnu nebo prodej⁽¹⁹⁵⁾. Tyto služby jsou však omezené pouze na

Obr. 11: Priority v rámci vybraných opatření na prevenci infekčních nemocí mezi uživateli drog a rozsah uplatnění těchto opatření podle stanoviska národních expertů: shrnutí pro zúčastněné země



Hodnocení priorit z 23 zemí EU a Bulharska a Norska. Toto hodnocení neposkytly Irsko, Kypr, Litva a Nizozemsko. Hodnocení o „rozsahu uplatnění“ opatření poskytli experti ze všech 25 zemí EU a Bulharska a Norska. V Belgii hodnocení vypracovalo Francouzské a Vlámské společenství zvlášť, celkem tedy bylo poskytnuto 28 odpovědí.

Zdroj: Odborný průzkum národních kontaktních míst: SQ 23 (2004) otázka 5.

⁽¹⁹³⁾ Viz obr. NSP-3 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Stručný přehled důkazů o účinnosti programů výměny jehel a stříkaček je uveden ve výroční zprávě za rok 2005 (s. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Viz tab. NSP-2 ve Statistickém věstníku 2006.

Pokrytí programy výměny a distribuce injekčních stříkaček v Evropě: je dostatečné?

Přestože téměř všechny členské státy hlásí dostupnost programů výměny injekčních jehel a stříkaček, dopad tohoto druhu intervence závisí na tom, zda míra poskytování je adekvátní potřebě injekčních uživatelů drog.

Nedávné odhady počtu injekčních uživatelů drog a počtu injekčních stříkaček distribuovaných v rámci programů výměny jsou k dispozici pro devět evropských zemí. Z těchto údajů je možné vytvořit hrubý odhad počtu injekčních stříkaček dostupných jednomu injekčnímu uživateli drog za období jednoho roku⁽¹⁾. Na základě nejnovějších dostupných dat se pokrytí programy výměny injekčních jehel a stříkaček značně liší – počet distribuovaných stříkaček na odhadem jednoho injekčního uživatele za rok kolísá v rozmezí od 2–3 v Řecku, přes 60–90 v České republice, Lotyšsku, Rakousku a Portugalsku, až po přibližně 110 ve Finsku, 210 na Maltě a více než 250 v Lucembursku a Norsku. Injekční stříkačky jsou navíc dostupné také v lékárnách a údaje z České republiky a Finska umožňují provést odhad celkové dostupnosti stříkaček.

Sloučení údajů o distribuci a prodeji naznačuje, že během jednoho roku injekční uživatelé drog získají v průměru v České republice 125 a ve Finsku 140 injekčních stříkaček.

Je známo, že četnost injekčního užívání mezi uživateli drog ovlivňuje řada faktorů, včetně vzorců užívání, stupně závislosti a typu užívané drogy. Nedávná studie, která zkoumala vztah mezi prevalencí HIV a pokrytím programy distribuce injekčních stříkaček, naznačila, že behaviorální faktory, jako např. četnost injekčního užívání a osobní opakované používání stříkaček, výrazně ovlivňují počet distribuovaných stříkaček nutných k dosažení významného poklesu prevalence HIV (Vickermann a kol., 2006).

Měření pokrytí programy výměny a distribuce injekčních stříkaček tvoří důležitou složku chápání pravděpodobných účinků distribuce injekčních stříkaček při prevenci chorob a posuzování nenaplněných potřeb. Při interpretaci těchto údajů je však důležité vzít v úvahu dostupnost injekčních stříkaček prodejem v lékárnách (ceny, hustota sítě lékáren) i vzorce chování injekčních uživatelů drog a faktory prostředí. Tato otázka je podrobněji rozebrána ve Statistickém věstníku 2006.

(1) Technické poznámky viz Statistický věstník 2006.

několik málo míst, přičemž pouze Německo a Francie hlásí v tomto směru větší aktivitu (asi 200 automatů v Německu a 250 ve Francii). Jedinou zemí EU, v níž je výměna injekčních jehel a stříkaček běžně dostupná ve vězeňském prostředí, je Španělsko. V roce 2003 zde byly tyto služby poskytovány ve 27 věznicích. Jedinou další zemí EU, která vykazuje činnost v této oblasti, je Německo, kde je poskytování těchto služeb omezeno na jednu věznici.

Geografické pokrytí poskytovaných služeb se zvyšuje také prostřednictvím výměnných programů v lékárnách. Dostupnost čistých injekčních stříkaček se může rovněž zvýšit prodejem stříkaček v lékárnách. Prodej stříkaček bez předpisu je povolen ve všech státech Evropské unie, s výjimkou Švédska, ale někteří lékárníci nejsou ochotni stříkačky prodávat, a jiní dokonce aktivně odrazují uživatele drog od pravidelných návštěv svých provozoven. Oficiálně organizované sítě pro výměnu a distribuci stříkaček v lékárnách existují v devíti evropských zemích (v Belgii, Dánsku, Německu, Španělsku, Francii, Nizozemsku, Portugalsku, Slovinsku a Spojeném království), ale účast na těchto programech se značně liší. V Portugalsku je zapojena téměř polovina lékáren (45 %), zatímco v Belgii je to méně než 1 %. V Severním Irsku je v současné době výměna injekčních jehel a stříkaček organizována výhradně prostřednictvím lékáren.

Pro některé injekční uživatele drog může být nákup stříkaček v lékárnách hlavním zdrojem kontaktu se zdravotnickými službami, což skýtá možnost využít toto kontaktní místo pro další služby. V rámci rozšiřování úlohy lékáren je důležitá motivace a podpora lékárníků při rozvoji služeb nabízených uživatelům drog, ovšem v současné době provádí výraznější investice v této oblasti pouze Francie, Portugalsko a Spojené království.

Úmrtnost a úmrtí související s drogami

Úmrtnost problémových uživatelů drog

Většina informací o úmrtnosti problémových uživatelů drog v Evropě se týká uživatelů opiátů. Úmrtnost související s jinými formami užívání drog je mnohem méně známá, zůstává však důležitou otázkou veřejného zdraví.

Kolektivní studie, zahájená v rámci projektu EMCDDA, zkoumala úmrtnost uživatelů opiátů přijatých do léčeni v osmi evropských lokalitách⁽¹⁹⁶⁾. Studie zjistila velmi vysokou úmrtnost uživatelů opiátů ve srovnání s jejich vrstevníky – šestkrát až dvacetkrát vyšší u mužů a desetkrát až padesátkrát vyšší u žen. V šesti sledovaných lokalitách (v Amsterdamu, Barceloně, Dublinu, Londýně, Římu a Vídni) bylo podle odhadů 10–23 % všech úmrtí dospělých ve věku 15–49 let způsobeno užíváním opiátů, zejména předávkováním, AIDS a externími příčinami (nehody, sebevraždy). Přibližně jedna

(196) Amsterdam, Barcelona, Dublin, Dánsko, Lisabon, Londýn, Řím a Vídeň. Odhady o úmrtnosti populace nezahrnovaly Lisabon a Dánsko. Viz EMCDDA (2002b).

třetina těchto úmrtí souvisejících s drogami byla způsobena předávkováním. Tento poměr byl však vyšší ve městech s nízkou prevalencí infekce HIV mezi injekčními uživateli drog a je pravděpodobné, že s rozšířením dostupnosti vysoce účinné antiretrovirové léčby (HAART) dojde ke zvýšení.

Kohortová studie úmrtnosti provedená v České republice zjistila, že úmrtnost uživatelů stimulantů byla 4–6krát vyšší (standardizovaný index úmrtnosti, SMR) než u běžné populace, zatímco úmrtnost uživatelů opiátů byla 9–12krát vyšší. Francouzská kohortová studie, která sledovala osoby zadržené za užívání heroinu, kokainu nebo cracku, zjistila úmrtnost mužů 5krát vyšší a úmrtnost žen 9,5krát vyšší než u běžné populace, ovšem s klesající tendencí.

Jak uživatelé opiátů stárnou, úmrtnost se zvyšuje s tím, jak se k úmrtím z předávkování a jiných externích příčin (např. sebevražda a násilí) přidávají úmrtí způsobená chronickými stavy (cirhózou, rakovinou, chorobami dýchacích cest, endokarditidou, AIDS) (národní zprávy Nizozemska, 2004 a 2005, Zdravotnické služby města Amsterdamu). Navíc mohou k vysoké úmrtnosti uživatelů drog podstatným způsobem přispívat i životní podmínky této skupiny (např. bezdomovectví, duševní onemocnění, násilí, špatná výživa).

Onemocnění AIDS související s nitrožilním užíváním drog bylo dále příčinou 1 528 úmrtí v roce 2002⁽¹⁹⁷⁾, ačkoli tento údaj je pravděpodobně podhodnocený. Další příčiny úmrtí souvisejících s drogami, jako jsou onemocnění (např. hepatitida), násilí a nehody, se vyhodnocují mnohem obtížněji, pravděpodobně však představují velký počet úmrtí. Podle odhadů je možné připsat 10–20 % úmrtí mladých dospělých v evropských městech užívání opiátů (viz výše). K tomu bychom měli přičíst úmrtnost související s jinými formami užívání drog, kterou je však velmi obtížné vyčíslit.

Úmrtí související s drogami

Úmrtí související s drogami je složitý pojem. V některých zprávách se tento výraz používá pouze pro úmrtí způsobená účinky psychoaktivních látek, zatímco jinde tento pojem zahrnuje rovněž úmrtí, při nichž užívání drog hrálo nepřímou nebo vedlejší úlohu (dopravní nehody, násilí, infekční onemocnění). Z odhadů nedávné zprávy, která se zabývala typy újm způsobenými nezákonným užíváním drog ve

Spojeném království, vyplývá, že hlavní újmou spojenou s užíváním drog jsou úmrtí (MacDonald a kol., 2005).

V této části a v protokolu EMCDDA se výraz „úmrtí související s drogami“ používá pro úmrtí způsobené užitím jedné nebo více drog, k němuž zpravidla došlo krátce po požití látky/látek. Další výrazy používané pro popis těchto úmrtí jsou „předávkování“, „otravy“, „úmrtí vyvolaná drogou“ nebo „náhlá úmrtí související s drogami“⁽¹⁹⁸⁾.

V letech 1990–2003 uváděly země EU každý rok 6 500 až 9 000 úmrtí, což celkově představuje více než 1 13 000 úmrtí během tohoto období. Tyto údaje je možné považovat za minimální odhad vzhledem k tomu, že v mnoha zemích pravděpodobně dochází k podhodnocení uváděných hodnot⁽¹⁹⁹⁾.

Úmrtnost populace v důsledku užívání drog se v jednotlivých evropských zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí od 0,2 do 50 úmrtí na milion obyvatel (průměrně 13 úmrtí). Ve většině zemí se pohybuje v rozmezí od 7 do 30 úmrtí na milion obyvatel, přičemž míra převyšující 25 úmrtí byla zjištěna v Dánsku, Estonsku, Lucembursku, Finsku, Spojeném království a Norsku. U mužů ve věku 15–39 let je úmrtnost zpravidla třikrát vyšší (v průměru 40 úmrtí na milion obyvatel) a v sedmi zemích je uváděna vyšší než 80 úmrtí na milion obyvatel. Úmrtí související s drogami tvořila 3 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let v letech 2003–2004 a představovala více než 7 % v Dánsku, Řecku, Lucembursku, na Maltě, v Rakousku, Spojeném království a Norsku. Tyto údaje je třeba považovat za minimální odhady a rovněž je třeba vzít v úvahu, že navzdory zlepšením stále existují velké rozdíly v kvalitě poskytování údajů jednotlivými zeměmi, a přímá srovnání je tudíž třeba provádět s velkou opatrností⁽²⁰⁰⁾.

Úmrtí související s opiáty

Ve většině „náhlých úmrtí souvisejících s drogami“ způsobených nelegálními látkami hlášenými v EU jsou přítomny opiáty, ačkoli v mnohých případech jsou během toxikologického šetření rovněž zjištěny další látky, zejména alkohol, benzodiazepiny a v některých zemích i kokain. V Evropě je většina úmrtí souvisejících s opiáty způsobena heroinem, ale i jiné opiáty hrají svou roli (viz níže)⁽²⁰¹⁾.

⁽¹⁹⁷⁾ Viz EuroHIV (2005). Tento údaj se týká západní a střední oblasti Evropy podle klasifikace Světové zdravotnické organizace a zahrnuje některé státy, které nejsou členy EU, a celkový počet úmrtí v Estonsku, Lotyšsku a Litvě (východní oblast).

⁽¹⁹⁸⁾ Tato je definice schválená skupinou národních expertů EMCDDA. V současné době má většina zemí národní případové definice, které jsou stejné nebo podobné jako definice EMCDDA, ačkoli některé země sem nadále zahrnují případy úmrtí v důsledku zneužití psychoaktivních léků nebo úmrtí, která nebyla způsobena předávkováním, obecně však jako omezené procento (viz Statistický věstník 2006, metodická poznámka „Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues“ (Shrnutí úmrtí souvisejících s drogami – definice a metodické otázky). Část 1: EMCDDA definition (Definice EMCDDA) a část 2: National definitions (Národní definice) a „DRD Standard Protocol, version 3.0“ („Standardní protokol DRD, verze 3.0“).

⁽¹⁹⁹⁾ Viz tab. DRD-2 (část i), DRD-3, DRD-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Viz tab. DRD-1 (část iii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰¹⁾ Viz obr. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2006.

Předávkování opiáty je jednou z hlavních příčin úmrtí mezi mladými lidmi v Evropě, zejména mezi muži v městských oblastech. V současné době je předávkování také hlavní příčinou úmrtí mezi uživateli opiátů v EU celkově, zejména v zemích s nízkou prevalencí HIV mezi injekčními uživateli drog (viz „Úmrtnost problémových uživatelů drog“, str. 80).

Většina uživatelů drog, u kterých dojde k předávkování, jsou muži ⁽²⁰²⁾, kteří představují 65–100 % případů. Ve většině zemí se jejich podíl pohybuje mezi 75–90 %. Nejvyšší podíl žen je v České republice, Polsku a Finsku a nejnižší v Řecku, Itálii a na Kypru. K těmto zjištěním je třeba přistupovat s ohledem na odlišnou míru užívání/injekčního užívání opiátů u mužů a žen.

Většina obětí předávkování jsou osoby ve věku 20–40 let, přičemž průměrný věk se ve většině zemí pohybuje kolem 35 let (jeho rozpětí však činí 20–44 let). Střední věk obětí předávkování je nejnižší v Estonsku, Slovinsku, Bulharsku a Rumunsku. Nejvyšší je v České republice, Nizozemsku, Polsku a Finsku. Pouze velmi málo úmrtí na předávkování je hlášeno u osob mladších 15 let (17 případů z celkového počtu 7 516 úmrtí, na základě nejnovějších informací z každé země), ačkoli úmrtí související s drogami by mohla být v této věkové skupině podhodnocena. Údaje EMCDDA zahrnují několik úmrtí osob starších 65 let, přičemž pouze sedm zemí hlásí počet případů v této věkové skupině vyšší než 5 % ⁽²⁰³⁾.

V několika nových členských státech a kandidátských zemích je střední věk úmrtí relativně nízký (v Estonsku, na Kypru, Lotyšsku, Slovensku, Bulharsku a Rumunsku) a je v nich vysoký podíl obětí předávkování mladších 25 let, což může naznačovat, že v těchto zemích užívá heroin mladší populace. Vysoký střední věk v České republice souvisí se zahrnutím mnoha úmrtí způsobených psychoaktivními léky (obr. 12).

V mnoha členských státech se věk obětí předávkování zvyšuje, což naznačuje pokles mladých lidí přivedených k užívání heroinu. Tento trend je běžný v zemích evropské patnáctky, kde byl pozorován od začátku 90. let 20. století, třebaže ve Švédsku a Spojeném království je méně markantní. V nových členských státech je tento trend méně zřetelný, a v mnoha případech byl dokonce zaznamenán pokles středního věku ⁽²⁰⁴⁾.

Úmrtí související s metadonem

V národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2005 uvedlo několik zemí přítomnost metadonu ve značném procentu úmrtí souvisejících s drogami. Používaná terminologie se v jednotlivých zemích liší a někdy je obtížné vyhodnotit, jakou úlohu metadon při úmrtí sehrál.

Dánsko uvedlo, že metadon byl příčinou otravy (samostatně nebo v kombinaci s jinými narkotiky) ve 44 % úmrtí (v 95 z 214 úmrtí v roce 2004), což je podobný údaj jako v roce 2003, ale oproti roku 1997 představuje zřetelný nárůst. Německo uvedlo 345 případů přičítaných „substitučním látkám“ (ve 46 případech samostatně a v 299 v kombinaci s jinými narkotiky v roce 2004), což oproti roku 2002 představuje zřetelný pokles. Spojené království uvedlo 216 případů se „zmínkou“ o metadonu (Anglie a Wales, 2003), což rovněž představuje zřetelný pokles oproti roku 2002. Španělsko uvedlo, že pouze málo případů předávkování zahrnovalo metadon jako jedinou příčinu (2 %), ale byl často přítomen v kombinaci s jinými narkotiky při úmrtích souvisejících s opiáty (42 %) a kokainem (20 %). Další země neuvedly žádná úmrtí související s metadonem nebo uvedly velmi nízké počty. Není zřejmé, jaké faktory vedou k těmto rozdílům a zda v některých zemích dochází k podhodnocování případů ⁽²⁰⁵⁾.

Ačkoli výzkum prokázal, že substituční léčba snižuje riziko smrtelného předávkování, je důležité sledovat počet úmrtí souvisejících s metadonem a okolnosti těchto úmrtí (zdroj látky; zda byla požitá v kombinaci s jinými látkami; fáze léčebného procesu, kdy došlo k intoxikaci), čímž je zajištěno sledování kvality substitučních programů.

Úmrtí související s buprenorfinem a fentanylem

Úmrtí způsobená buprenorfinem jsou vzácná, což se přičítá agonisticko-antagonistickým farmakologickým vlastnostem této drogy. Přesto jsou nějaká úmrtí evropskými zeměmi hlášena.

V národních zprávách za rok 2005 byla úmrtí související s touto látkou hlášena pouze z Francie a Finska. Ve Finsku byl v roce 2004 buprenorfin zjištěn v případě 73 úmrtí souvisejících s drogami, což je stejný počet jako v roce 2003, přičemž buprenorfin byl obvykle kombinován s benzodiazepiny, sedativy nebo alkoholem. Tyto vysoké počty odpovídají nárůstu léčby buprenorfinem ve Finsku, ačkoli počty léčených jsou zde mnohem nižší

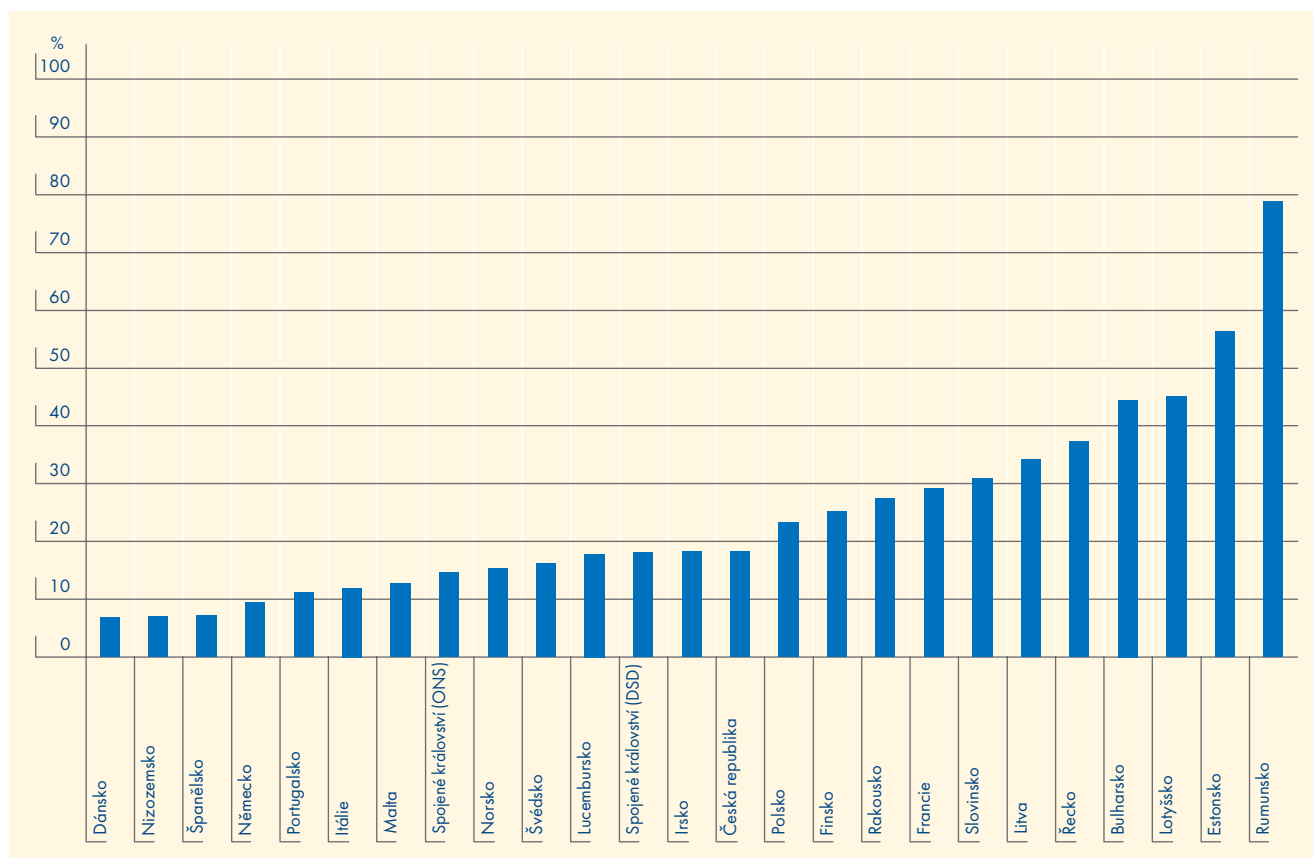
⁽²⁰²⁾ Vzhledem k tomu, že většina případů hlášených EMCDDA jsou předávkování opiáty, používají se pro popis opiátových případů obecné charakteristiky náhlých úmrtí souvisejících s drogami.

⁽²⁰³⁾ Viz tab. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Viz obr. DRD-3 a DRD-4 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Probíhající terénní studie EMCDDA se snaží zlepšit kvalitu informací o látkách figurujících u úmrtí souvisejících s drogami, včetně substitučních látek.

Obr. 12: Podíl náhlých úmrtí souvisejících s drogami ve věku do 25 let v roce 2002



Poznámka: ONS – Národní statistický úřad, DSD – definice protidrogové strategie

Údaje jsou vztaženy k referenčnímu roku 2002, protože za tento rok jsou informace dostupné za většinu zemí.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí (soudních nebo policejních). Vychází z „národních definic“ uvedených v metodických poznámkách k drogovým úmrtím ve Statistickém věstníku 2006.

než odhadovaných 70 000–85 000 osob užívajících buprenorfin ve Francii. Je tedy zajímavé, že ve Francii byly v roce 2004 hlášeny pouze čtyři případy předávkování buprenorfinem (oproti osmi případům v roce 2003). I když vezmeme v úvahu možné podhodnocení hlášených otrav ve Francii, je rozpětí rozdílů zarážející. Kromě Francie a Finska uvedly případy úmrtí souvisejících s buprenorfinem tři další země (vždy se jednalo o dva nebo tři případy), ale nepředložily důkazy, že tato látka byla hlavní příčinou úmrtí.

V předchozích letech byla úmrtí způsobená fentanylem hlášena z pobaltských zemí, ale v národních zprávách za rok 2005 se tato hlášení neobjevila.

Trendy v náhlých úmrtích souvisejících s drogami

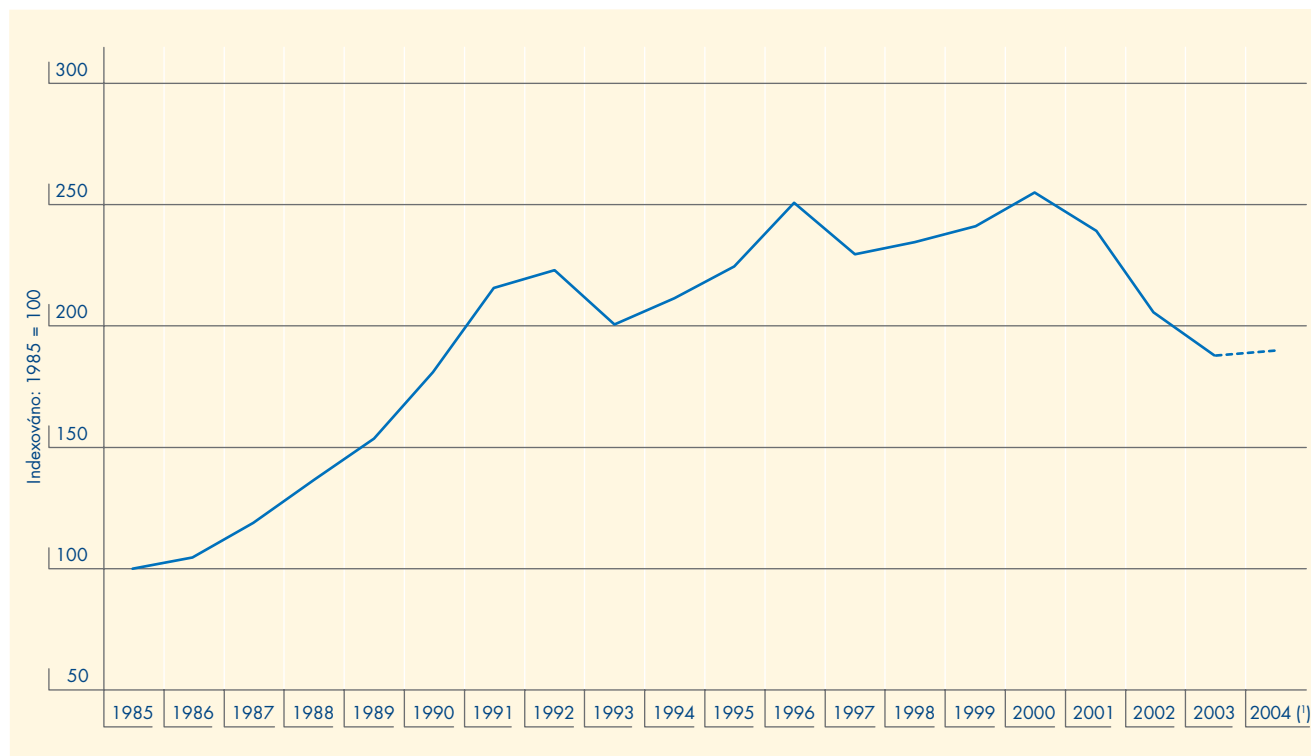
Národní trendy v úmrtích souvisejících s drogami mohou pomoci pochopit vývoj vzorců problémového užívání drog v každé zemi, jakými jsou například epidemie užívání heroínu a rizikové chování (např. injekční užívání drog). Zároveň jsou zdrojem informací o poskytované léčbě, či

dokonce o rozdílné dostupnosti heroínu. Rovněž mohou samozřejmě odrážet úspěšnost politiky služeb lékařské pohotovosti při prevenci smrtelných předávkování⁽²⁰⁶⁾.

Údaje dostupné ze zemí Evropské unie naznačují některé všeobecné trendy v úmrtích souvisejících s drogami. V rámci zemí evropské patnáctky byl pozorován strmý nárůst během 80. let a na počátku 90. let 20. století, jenž zřejmě souvisel s rozšířením užívání/injekčního užívání heroínu. V letech 1990–2000 počet úmrtí souvisejících s drogami nadále rostl, ačkoli nižším tempem (obr. 13). Celkový roční počet úmrtí souvisejících s drogami se v členských státech, které poskytují informace (většina starých i nových členských států), zvýšil o 14 % a vzrostl z 8 054 v roce 1995 na 9 392 v roce 2000.

Od roku 2000 uvádí mnoho členských států EU pokles počtu úmrtí souvisejících s drogami, což pravděpodobně souvisí se zvýšením dostupnosti léčby a rozšířením iniciativ zaměřených na minimalizaci škodlivých účinků drog, ačkoli poklesy prevalence užívání drog mohou být rovněž důležité. Na

⁽²⁰⁶⁾ Viz obr. DRD-7 ve Statistickém věstníku 2006.

Obr. 13: Dlouhodobé trendy náhlých úmrtí souvisejících s drogami, 1985–2004

(¹) Informace za rok 2004 poskytlo deset zemí, šest zemí je nedodalo. Proto je údaj za rok 2004 provizorní, na základě porovnání údajů za roky 2003 a 2004 pouze z těch zemí, které poskytly údaje za oba roky.

Poznámka: Nové členské státy a kandidátské země nejsou v tomto číselném údaji zahrnuty, protože ve většině případů nebyly k dispozici retrospektivní údaje.

Počty úmrtí v každé zemi a poznámky k metodice viz tabulka DRD-2 ve Statistickém věstníku 2006.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005), převzato z obecných evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí (soudních nebo policejních).

evropské úrovni poklesl počet úmrtí souvisejících s drogami o 6 % v roce 2001, o 13 % v roce 2002 a o 7 % v roce 2003. Navzdory těmto zlepšením bylo v roce 2003 hlášeno téměř 7 000 úmrtí souvisejících s drogami (schází údaje z Belgie, Španělska a Irsku). U zemí uvádějících údaje za rok 2004 (19 zemí) byl však zaznamenán menší nárůst o 3 %. Ačkoli závěry pro rok 2004 je třeba činit s opatrností, 13 z 19 nahlášených informací dokládá určitý nárůst.

Pokud se týká počtu úmrtí osob mladších 25 let, existují velké rozdíly mezi trendy ve starých a nových členských státech. Ve státech evropské patnáctky dochází od roku 1996 k trvalému poklesu, což svědčí o snížení počtu mladých injekčních uživatelů opiátů. Oproti tomu v nových členských státech byl do let 2000–2002 pozorován prudký nárůst a zřetelný pokles začal až v roce 2003 ⁽²⁰⁷⁾.

Dále je možné pozorovat rozdíly mezi pohlavími. Počet úmrtí u mužů se v letech 1990–2000 postupně zvyšoval, poté zaznamenal zřetelný pokles (o 30 % do roku 2003). Oproti tomu počet hlášených úmrtí u žen

zůstal v období 1990–2000 přibližně stejný, pohyboval se mezi 1 700 a 2 000 úmrtími ročně a následně poklesl o pouhých 15 %. Může to být způsobeno řadou faktorů, včetně rozdílné účinnosti opatření nebo odlišnými rizikovými faktory u obou pohlaví ⁽²⁰⁸⁾.

V zemích s delší řadou dat je možné pozorovat různé vzorce úmrtí souvisejících s drogami. V některých zemích počet úmrtí souvisejících s drogami kulminoval na počátku 90. let 20. století a následně poklesl. Jedná se například o Německo, kde počet úmrtí souvisejících s drogami kulminoval v letech 1991–1992, Španělsko (1991), Francii (1994) a Itálii (1991). V jiných zemích (např. v Řecku, Irsku, Portugalsku, Finsku, Švédsku a Norsku) počet úmrtí souvisejících s drogami kulminoval později v letech 1998–2001 a následně rovněž poklesl. V jiných zemích byl vzorec méně zřetelný nebo počty úmrtí stabilní. Vzhledem k relativně nízkým počtům úmrtí v některých státech je třeba k hlášeným údajům přistupovat obezřetně; přesto je možné nalézt souvislost mezi zmíněnými vzorci a trendy v injekčním užívání heroínu ⁽²⁰⁹⁾.

⁽²⁰⁷⁾ Viz obr. DRD-5 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Viz obr. DRD-6 ve Statistickém věstníku 2006.

⁽²⁰⁹⁾ Viz obr. DRD-7 ve Statistickém věstníku 2006.

Úmrtí související s extází a amfetaminy

Úmrtí související s extází začala být v Evropě hlášena během 90. let 20. století, kdy tato droga získala popularitu. Úmrtí související s extází vyvolávají značné obavy, neboť k nim často nečekaně dochází u mladých lidí integrovaných do společnosti.

Informace o úmrtích souvisejících s extází jsou omezené, ale údaje z národních zpráv zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2005 naznačují, že úmrtí související s extází zůstávají ve srovnání s úmrtími souvisejícími s opiáty relativně vzácná, ačkoli v některých zemích není jejich počet zanedbatelný. V celoevropském měřítku se objevilo 77 zmínek o těchto úmrtích, což je třeba považovat za minimální odhad ⁽²¹⁰⁾. Případy byly hlášeny v Dánsku (2), Německu (20), Francii (4), Maďarsku (3) a Spojeném království (48 případů „zmínky“, z toho 33 v Anglii a Walesu), kde je poskytování údajů pravděpodobně lepší než v jiných zemích. Ve Španělsku byla extáze přítomná u 2,5 % případů otrav drogami.

Riziko užívání extáze je často diskutovaným tématem. S přihlédnutím ke statistické odchylce odhadů prevalence získaných z průzkumů a potížím při hlášení úmrtí souvisejících s drogami získáme po vydělení zaznamenaných úmrtí počtem uživatelů ročně ⁽²¹¹⁾ (osoby v možném ohrožení) ve dvou zemích, u nichž je výpočty možné provést, počet 5–8 případů a 2–5 případů na 100 000 uživatelů.

Úmrtí související s amfetaminy jsou rovněž hlášena výjimečně, ačkoli v České republice bylo v roce 2004 hlášeno 16 úmrtí způsobených pervitinem (metamfetaminem), tj. téměř dvojnásobek počtu z roku 2003, což odpovídá nárůstu odhadovaného počtu problémových uživatelů pervitinu a žádostí o léčbu. Úmrtí způsobená gama-hydroxybutyrátem (GHB) viz kapitola 4.

Úmrtí související s kokainem

Existují rostoucí obavy ze zdravotních rizik užívání kokainu, zejména s ohledem na zvyšující se rekreační užívání pozorované v některých zemích u mladých lidí, osob s léčenou závislostí a marginalizovaných skupin populace.

Užívání kokainu je časté mezi uživateli opiátů. Kokain je vedle dalších látek, jako alkohol a benzodiazepiny, běžně zjištěn během toxikologických šetření při předávkování opiáty. Kokain se běžně užívá v kombinaci s alkoholem, což může vyvolat zvýšenou toxicitu.

Současné statistiky v Evropě jsou omezené a z důvodu rozdílnosti kritérií používaných pro určení případů úmrtí

souvisejících s kokainem nejsou údaje srovnatelné.

Některá úmrtí související s kokainem mohou navíc zůstat nepovšimnuta nebo nenahlášena, což vede k podhodnocení uváděných údajů. Existující údaje pak naznačují, že mnoho úmrtí souvisejících s kokainem rovněž zahrnuje opiáty.

V národních zprávách za rok 2005 bylo v zemích, jejichž údaje jsou k dispozici, zaznamenáno přes 400 úmrtí souvisejících s kokainem, což představuje minimální odhad. Ve většině těchto případů měl kokain zřejmě kauzální úlohu, ačkoli z hlášení to vždy zcela jasně nevyplývá. Devět zemí existenci či absenci úmrtí souvisejících s kokainem explicitně nezmínilo. Kokain se podílel na 0–20 % hlášených náhlých úmrtí souvisejících s drogami, což představuje 10–20 % těchto úmrtí v Německu, Španělsku, Francii, Nizozemsku a Spojeném království. Úmrtí způsobená kokainem (samostatně nebo v kombinaci) byla hlášena v Německu (166), Španělsku (53), Francii (14), Nizozemsku (20) a Spojeném království (142 „zmínek“, z toho 113 v Anglii a Walesu). Devět dalších zemí uvedlo nula až dva případy. V některých zemích je dále kokain běžně zjišťován během toxikologických šetření při předávkování opiáty. Na základě omezených dostupných údajů je obtížné s jistotou popsat nějaké trendy, ale ve všech zemích s vysokým počtem případů je patrná vzrůstající tendence. Jedná se o Německo, Španělsko, Francii, Nizozemsko a Spojené království, ačkoli v Nizozemsku se během posledních dvou let nárůst zastavil.

Kokain může dále přispívat k úmrtím v důsledku kardiovaskulárních problémů (arytmie, infarktu myokardu, krvácení do mozku), a to zejména v případě uživatelů s predispozicí nebo rizikovými faktory (kouření, hypertenze, angiomy) či s narůstajícím věkem. V současné době možná zůstává řada těchto případů nepovšimnuta v důsledku nedostatečného veřejného povědomí. V této oblasti je nutné provést další výzkumy.

Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami

Efektivní opatření

Oslovení neléčených populací uživatelů drog a vytvoření cest pro komunikaci je nezbytnou podmínkou pro osvětu o rizicích a vedení i zprostředkování přístupu ke službám, včetně léčby.

Výzkum okolností předávkování podpořil rozvoj intervencí, které se zaměřují na vysoce rizikové situace nebo osoby. Takovými opatřeními lze dosáhnout významného snížení počtu úmrtí, která lze připsat na vrub okamžitým účinkům užívání drog. Úlohu různých intervencí při snižování

⁽²¹⁰⁾ V závislosti na zemi se jedná o údaje pro extázi a kokain za rok 2003 nebo 2004.

⁽²¹¹⁾ Užívání za posledních 12 měsíců v průzkumech populace.

náhlých úmrtí v souvislosti s užíváním drog shrnula nedávná zpráva EMCDDA o politice (EMCDDA, 2004d).

Protože většina úmrtí z předávkování v Evropě se týká heroínu, zvýšení podílu léčených uživatelů heroínu lze vnímat jako preventivní opatření proti předávkování. Nedávný mírný obrat trendu v úmrtích z předávkování zaznamenaný v některých členských státech může být způsoben řadou faktorů. K nim patří pokles v prevalenci a injekčním užívání, posílení preventivních snah, zvýšení dostupnosti léčby, příjmu pacientů a jejich udržení v léčbě a pokud možno omezení rizikového chování.

Profil opatření

Ve většině zemí odborný názor na použití různých intervenčních strategií ke snížení počtu úmrtí předávkováním drogou pokládá substituční léčbu závislosti na opiátech za nejpřínosnější přístup⁽²¹²⁾. V Maďarsku a ve Švédsku tento typ léčby, přestože je k dispozici, není považován za prostředek snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami. Malá rozšířenost substituční léčby v Estonsku a v Polsku znamená, že substituční léčba metadonem v současnosti není brána jako hlavní opatření ke snížení počtu úmrtí z předávkování.

Dalšími důležitými opatřeními ve většině evropských zemí jsou opatření zaměřená na informace, osvětu a komunikace. Šíření osvěty o rizicích a pokynů, co dělat proti předávkování, prostřednictvím tištěných materiálů nebo dalších médií (letáků, internetových stránek, kampaní

v masových médiích) je běžné nebo převládá v 19 zemích. Sedm zemí (Estonsko, Francie, Irsko, Lotyšsko, Maďarsko, Malta a Finsko) však taková opatření používá jen ojediněle a jedna země (Švédsko) je nepoužívá vůbec.

Podle národních kontaktních míst je méně běžný přístup, kdy je do postupů poradenství a léčby systematicky začleněno posouzení individuálních rizik a kdy jsou organizována skupinová sezení s osvětou o rizicích a opatřeních pro uživatele drog.

Celou jednu širokou kategorii aktivit lze definovat jako „intervence před propuštěním z věznice“. Ty sahají od prostého šíření informací přes poradenství o rizicích předávkování a jeho prevenci až po zahájení substituční léčby ve věznici nebo pokračování v této léčbě. Aktivita spadající do této škály opatření však ve třinácti zemích našly uplatnění jen zřídka a v dalších pěti vůbec (Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko a Švédsko). Ve Španělsku, Itálii a Spojeném království patří intervence ve věznicích mezi převládající přístupy k řešení problematiky náhlých úmrtí souvisejících s drogami.

Místní podmínky rizik spojených s injekční aplikací drog na veřejnosti vedly k otevření aplikačních a uživatelských místností s odborným dohledem ve čtyřech zemích EU a v Norsku⁽²¹³⁾. Jejich cílovými skupinami jsou silně marginalizovaní a rizikům vystavení injekční uživatelé drog z ulice (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹²⁾ Výsledky na základě průzkumu provedeného prostřednictvím 27 národních kontaktních míst v roce 2004. Nástroj lze stáhnout na stránce <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

⁽²¹³⁾ Těmito zeměmi EU jsou Německo, Španělsko, Lucembursko a Nizozemsko.



Kapitola 8

Zlepšování monitorování problémového užívání drog a užívání více drog současně

Drogová závislost, toxikomanie, zneužívání drog, škodlivé užívání, problémové užívání: s ukazatelem problémového užívání drog, který vytvořila EMCDDA, je spojena řada různých pojmů, z nichž každý představuje z lékařského nebo sociálního hlediska jemné rozdíly. Ukazatel problémového užívání drog vytvořený EMCDDA monitoruje „užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání heroinu, kokainu a/nebo amfetaminů“. Do této definice podle dohody spadá užívání i dalších opiátů, jako je např. metadon.

Tato definice problémového užívání drog je čistě behaviorální na základě vzorců užívání drog a nezabývá se výslovně mírou problémovosti. Je však spojena s různými koncepcemi závislosti, jelikož uznává, že osoba, která se takto chová, bude velmi pravděpodobně patřit do obecnější kategorie „problémového uživatele“. V této souvislosti je důležité uvést, že ukazatel problémového užívání drog odhaduje pouze významnou podskupinu z těch, o nichž se lze domnívat, že mají nějaký problém s drogami. Tento přístup však přesto má svou hodnotu: jeho předností jakožto behaviorálně vymezeného konceptu je to, že:

- umožňuje pokračovat v monitorování, aniž je svázán s definicemi závislosti, toxikomanie, poškozování a problému samotného,
- lze jej relativně snadno uvést do praxe ve výzkumných studiích,
- seskupuje různé typy drog a způsobů podávání jako alternativy, aniž mezi nimi konkrétně rozlišuje.

Z historického hlediska byl tento monitorovací ukazatel EMCDDA dítětem své doby – během 80. let a do značné míry v 90. letech 20. století byly užívání heroinu a injekční užívání drog vnímány jako klíčové složky drogového problému, které bylo nutné odhadovat. Navíc tyto formy užívání drog nebylo možné přesvědčivě měřit metodami průzkumu. Díky začlenění amfetaminů se definice stala vhodnou pro některé skandinávské země, kde injekční užívání amfetaminů bylo významné; a přestože definice zahrnovala kokain, v praxi jen zřídka představen v odhadech významnou složku. I když nám ukazatel problémového užívání drog nadále podává užitečný náhled na důležitý prvek drogového problému, je čím dál

více zřejmé, že je třeba ho dále rozvíjet, aby odpovídal požadavkům na monitorování dnešní různorodější evropské drogové situace. Co se týká chronických drogových problémů v Evropě, vidíme před sebou čím dále složitější obraz. Aby monitorování v proměnlivém světě nezákonných drog zůstalo i nadále platné, musí pokročit kupředu a vyrovnat se s úkoly pokrýt širší spektrum drog a sledovat jejich užívání podrobněji než dosud.

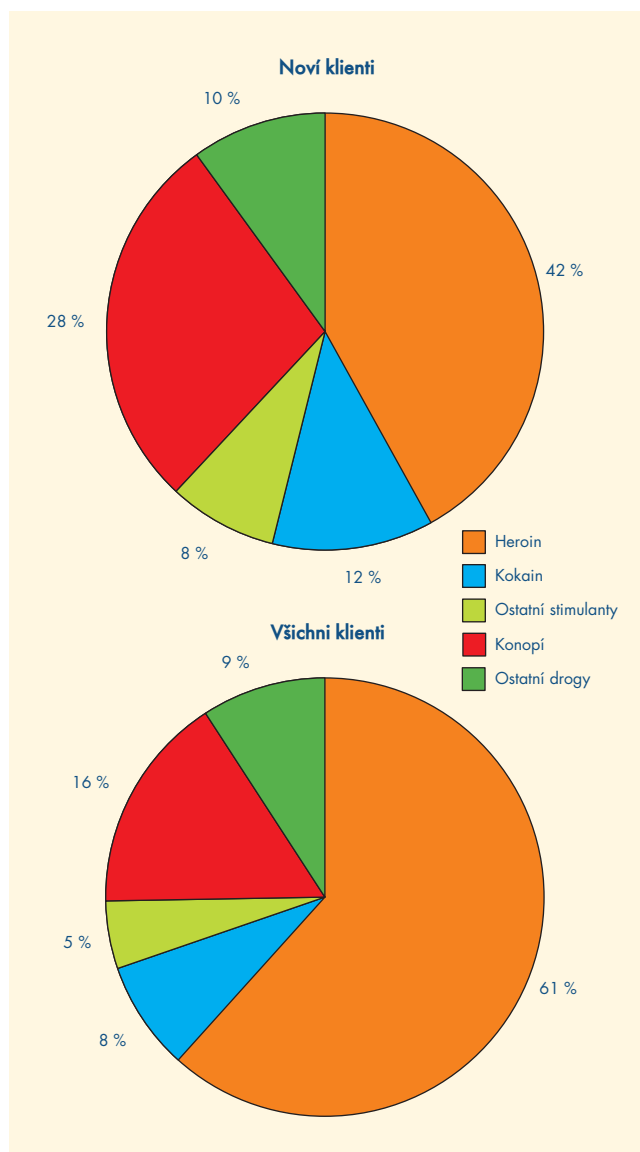
Rozšíření EU přineslo větší rozmanitost sociálního chování a nezákonné užívání drog není výjimkou. Vývoj drogové kultury, vzestup syntetických drog a nezákonné užívaných léků, přechod ke kokainu a obecně vysoká prevalence užívání konopí – to vše je třeba vzít na vědomí, abychom pochopili, co tvoří potřeby lidí, kteří mají v souvislosti s užíváním drog problémy. Z předchozích kapitol této zprávy je patrné, že i když uživatelé heroinu nadále jasně převažují mezi žadateli o služby léčby drogové závislosti, obraz se neustále mění, co se týká osob nastupujících léčbu poprvé, u nichž vzrůstají problémy s konopím a stimulanty (obr. 14).

Tuto měnící se situaci je třeba vnímat na pozadí výrazného rozšíření léčby pro ty, kteří mají problémy související s opiáty, a na pozadí soustavnějšího hlášení léčebných služeb. Zvláště substituční léčba závislosti na opiátech, která navede klienty do dlouhodobé průběžné péče (upozorňujeme, že tato skutečnost není vidět v těchto diagramech, které ukazují pouze počty osob nastupujících léčbu v běžném roce), podtrhuje vysoký podíl opiátů na počtu případů v současnosti léčených osob ve srovnání s počtem uživatelů teprve léčbu nastupujících. Zdá se však, že v mnoha zemích bude populace těch, u nichž vzniká problém s drogami – přinejmenším z hlediska užívaných látek – pravděpodobně různorodější, než tomu bylo v minulosti.

Ukazatel problémového užívání drog a počítání skrytých populací uživatelů drog

Současný přístup k problémovému užívání drog se ukázal jako mimořádně přínosný z hlediska lepších odhadů významné skupiny uživatelů drog, kteří představují hlavní klienty služeb léčby drogové závislosti v Evropě. Tento přístup podnítil vývoj metod a statistických

Obr. 14: Rozložení „nových“ a „všech“ klientů žádajících o léčbu podle jejich primární drogy



Poznámka: Na základě údajů z České republiky, Dánska, Německa, Řecka, Itálie, Kypru, Maďarska, Malt, Nizozemska, Slovinska, Slovenska, Finska, Švédska, Spojeného království, Bulharska, Rumunska a Turecka.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

postupů k odhadu této z valné části skryté populace. Ve všech těchto případech je měření založeno na úvaze, že určité procento problémových uživatelů drog je „administrativně viditelné“, protože je v kontaktu s řadou léčebných, právních, záchranných a sociálních služeb, a z této viditelné menšiny lze odhadnout velikost populace, jestliže je známo její procentuální zastoupení. Tyto nepřímé statistické metody doplňují průzkumy populace, které jsou z různých metodických a praktických důvodů méně vhodné pro odhadování prevalence užívání drog tam, kde je jeho prevalence nízká, kde je stigmatizované a do značné míry skryté.

Z hlediska současného zavádění ukazatele problémového užívání drog v EU přizpůsobily země definici tak, aby odpovídala praktickým stránkám jejich místní situace, a výsledný postoj je proto nejednotný. Devět zemí se v zásadě drží definice v původní podobě, jedenáct zemí odhaduje pouze počet uživatelů opiátů (heroinu) a další čtyři země nevyklučují problémové uživatele konopí, i když uživatelé konopí obecně tvoří jen velmi malou část jejich odhadů (kritéria pro zahrnutí uživatelů konopí jsou poměrně přísná: počítá se pouze závislost a velmi intenzivní užívání).

Rozšířenější užívání kokainu, cracku a stimulantů obecně, spolu s tím, že problémy s drogami a problémy související s alkoholem a předepsanými léky se překrývají, znamená, že i při konzistentním uplatnění tohoto ukazatele odhady nyní pokrývají rozmanitější repertoár užívání drog než dříve, s možnými rozmanitějšími důsledky a problémy. Vedle sledování celkového rozsahu problémového užívání drog je proto třeba monitorovat odděleně různé projevy chování, které ukazatel problémového užívání drog tvoří, tj. injekční aplikace a jednotlivé typy drog v rámci definice problémového užívání drog. To může být zvláště významné ve světle důkazů z některých zemí o rostoucím užívání kokainu a vzorcích užívání amfetaminů a také to umožní podrobné sledování trendů v užívání opiátů. Pokud všechny tyto projevy chování budou hlášeny pouze v souhrnu, je tu jednoznačně nebezpečí, že důležité vývojové tendence budou maskovány a bude promarněna příležitost lépe jim porozumět.

Výše v této zprávě jsme poprvé uvedli oddělené odhady užívání heroinu a injekčního užívání v Evropě. Vedle toho konstatujeme zvýšení dostupnosti léčby problémů s opiáty, přičemž počet případů substituční léčby závislosti na opiátech v Evropě se odhaduje na více než půl milionu. To naznačuje, že podíl uživatelů heroinu a injekčních uživatelů, kteří byli nebo jsou v kontaktu s léčebnými službami, může být v mnoha zemích poměrně vysoký. EMCDDA v současnosti zkoumá se svými národními odbornými skupinami, jaký přínos by mělo shrnutí informací o žádostech o léčbu, dostupnosti léčby a odhadů užívání heroinu a injekčního užívání drog.

Sledování nad rámec ukazatele problémového užívání drog

Dalším krokem k lepšímu pochopení evropského drogového problému je zkoumání toho, do jaké míry lze intenzivní užívání drog začlenit do monitorovací činnosti, a to nad rámec ukazatele problémového užívání drog. Do jaké míry intenzivní užívání drog, ať už je definováno jakkoli, souvisí se závislostí a se závažností a typy problémů, je třeba dále podrobněji zkoumat. Například autoři Kandel a Davis (1992) odhadli, že v USA by bylo možné asi jednu třetinu každodenních uživatelů konopí považovat za závislé. Další postup v této oblasti vyžaduje formalizaci pojmu častého, intenzivního užívání konopí a dalších nezákonných drog

jako konkrétního cíle monitorování. Časté nebo intenzivní užívání lze zjistit z údajů v průzkumech pro doplnění odhadu nepřímými statistickými metodami. V současnosti údaje z průzkumů poskytují užitečný náhled na různé vzorce užívání konopí, avšak z valné části se omezují na měření behaviorální a měření četnosti užívání. Údaje z průzkumu budou pravděpodobně důležité, máme-li vytvořit solidní odhady počtu uživatelů drog, jako je například konopí, které by bylo možné popsat jako závislé nebo zdraví poškozující uživatele, přinejmenším na základě jejich vlastního vyjádření.

Tento krok k formálnější definici častého, intenzivního užívání pro různé drogy by také napomohl vytvoření výzkumných nástrojů k posouzení míry problémů a závislosti souvisejících s různými úrovněmi a vzorci užívání konopí. Řada evropských zemí pracuje na vývoji metodických nástrojů pro měření intenzivního užívání i úrovní závislosti a problémů a EMCDDA spoluprací v této oblasti podporuje.

Vymezení intenzivního užívání jako ukazatele u osob s největším rizikem vzniku závislosti nebo problémů komplikuje skutečnost, že to, co představuje intenzivní užívání, je do určité míry specifické podle drogy. Ačkoli problémové užívání opiátů je výrazně charakterizováno každodenním užíváním, o stimulantech to mnohdy neplatí. U těchto drog bývá mnohdy běžnější nárazové užívání, užívání eskalující po krátká období a poté klesající, přičemž uživatelé často přecházejí k jiným drogám nebo alkoholu, aby odvrátili nepříznivé důsledky abstinence. Vzorce intenzivního užívání drog mohou ovlivňovat jak farmakologické, tak kontextové faktory, ale je zřejmé, že behaviorální měření intenzivního užívání budou muset být citlivá k různým vzorcům užívání drog spojeným s různými typy drog.

Složitost hlášení problémů při užívání více drog

Z dobrých praktických a metodických důvodů se většina zpráv o užívání drog zabývá každou látkou zvlášť. Tento postup zajišťuje jasnost pojmů nezbytnou pro hlášení údajů na základě dostupných behaviorálních měření, avšak ignoruje skutečnost, že individuální uživatelé drog často užívali nebo užívají zákonné i nezákonné látky a že tito uživatelé mohou mít problémy s více než jednou drogou. Mohou nahrazovat jeden typ drogy jiným nebo mohou časem změnit svou oblíbenou drogu nebo je mohou užívat doplňkově. Tato komplexnost klade na každý monitorovací systém mimořádné nároky, i když se analýza omezí na prosté behaviorální měření spotřeby drog v různých časových obdobích. Jestliže budou zavedeny pojmy problematičtějšího a závislého užívání, bude věc ještě složitější a na evropské úrovni existuje jen málo pevných údajů, které by umožňovaly erudovanou analýzu. Je však pravděpodobné, že některé země mají početnou populaci chronicky problémových uživatelů drog, které je obtížné klasifikovat podle primární

drogy a kteří mohou mít problémy v důsledku toho, že užívají jak zákonné, tak nezákonné látky. K řešení tohoto problému je nutné lépe pochopit vzorce užívání více drog a využít toho ke zdokonalení národních a evropských hlášení.

Nahrazování drog jinými drogami

V rámci obecného pojmu užívání více drog je třeba vzít v úvahu několik konkrétních významů tohoto termínu. Na jedné straně je to užívání několika látek intenzivním a chaotickým způsobem, současně nebo po sobě, přičemž v mnoha případech jedna droga nahrazuje druhou podle toho, která je právě k dispozici. To se týká například problémových uživatelů, kteří užívají různé opiáty a také farmaceutické přípravky, kokain, amfetaminy a alkohol.

Zdá se, že tento vzorec užívání existuje mezi některými chronickými uživateli, možná mezi marginalizovanými skupinami, možná mezi lidmi s psychiatrickými poruchami. V mnoha evidenčních systémech v Evropě budou tyto případy zařazeny do užívání opiátů.

Jako takoví budou tito jedinci spadat do definice a sledování problémových uživatelů drog. Zůstává však další otázka, zda toto intenzivní, chaotické užívání více drog je samo o sobě dostatečně vymezeným jevem – drogově nespécifickou závislostí, která tudíž vyžaduje cílená epidemiologická měření a ve zvláště obtížné situaci léčbu, podporu nebo minimalizaci poškození uživatelů drog. Za těchto okolností by každé sledování jednotlivých složek problémového užívání drog muselo zahrnovat užívání více drog jako jednu z těchto samostatně měřených složek.

Kombinace drog

Existuje druhá skupina uživatelů, kteří systematicky užívají několik látek zároveň, aby dosáhli účinků farmakologické kombinace, například „speedball“ – současné užití heroinu a kokainu injekční cestou.

Druhá droga, jejíž aplikace má funkční nebo farmakologické důvody, není omezena výhradně na souběžnou aplikaci, ale může být aplikována také následně, jako náhražka nebo jako doplňková droga. Například benzodiazepiny lze použít ke zmírnění abstinčních příznaků, jestliže nejsou k dispozici opiáty. V ostatních případech může být použita druhá droga kvůli svému kompenzačnímu farmakologickému účinku: o tento případ se jedná, když je omamný účinek opiátů modifikován užitím kokainu, nebo když je vznik úzkosti po užití kokainu nebo amfetaminů zmírňován užitím opiátů nebo jiných látek s tlumivým účinkem.

Zvýšená rizika při užívání více drog

Zesilující účinek jedné drogy na druhou je někdy značný a zde je v souvislosti s psychoaktivními látkami podléhajícími kontrole třeba brát v úvahu i legální drogy a léky – jako například alkohol, nikotin a antidepresiva. Míra rizika

závisí na dávce obou látek. O řadě farmakologických kombinací panují obavy: alkohol a kokain zvyšují kardiovaskulární toxicitu; alkohol nebo léky s tlumivým účinkem při požití s opiáty vedou ke zvýšenému riziku předávkování; a opiáty nebo kokain v kombinaci s extází nebo amfetaminy rovněž vedou ke zvýšené akutní toxicitě.

Omezení dostupných údajů o užívání více drog

Hlášení o nejrůznějších aspektech užívání více drog omezuje nedostatek dostupných údajů. Údaje jsou dostupné z toxikologických zpráv, z údajů o případech předávkování drogami a vlastních vyjádření léčených klientů. I když tyto zdroje umožňují určitý vhled do problematiky užívání více drog, dostupné informace jsou často omezené a je třeba posoudit jejich reprezentativnost.

Výsledky průzkumů ukazují značnou rozšířenost individuálního užívání více než dvou drog v jednom časovém období. Údaje z průzkumů však mnohdy informují o některých formách užívání drog nedostatečně a i tam, kde jsou údaje k dispozici, je třeba vytvořit srovnatelné standardy hlášení. Příklad rozsahu údajů o užívání více drog na základě průzkumu obyvatel je uveden v nedávné

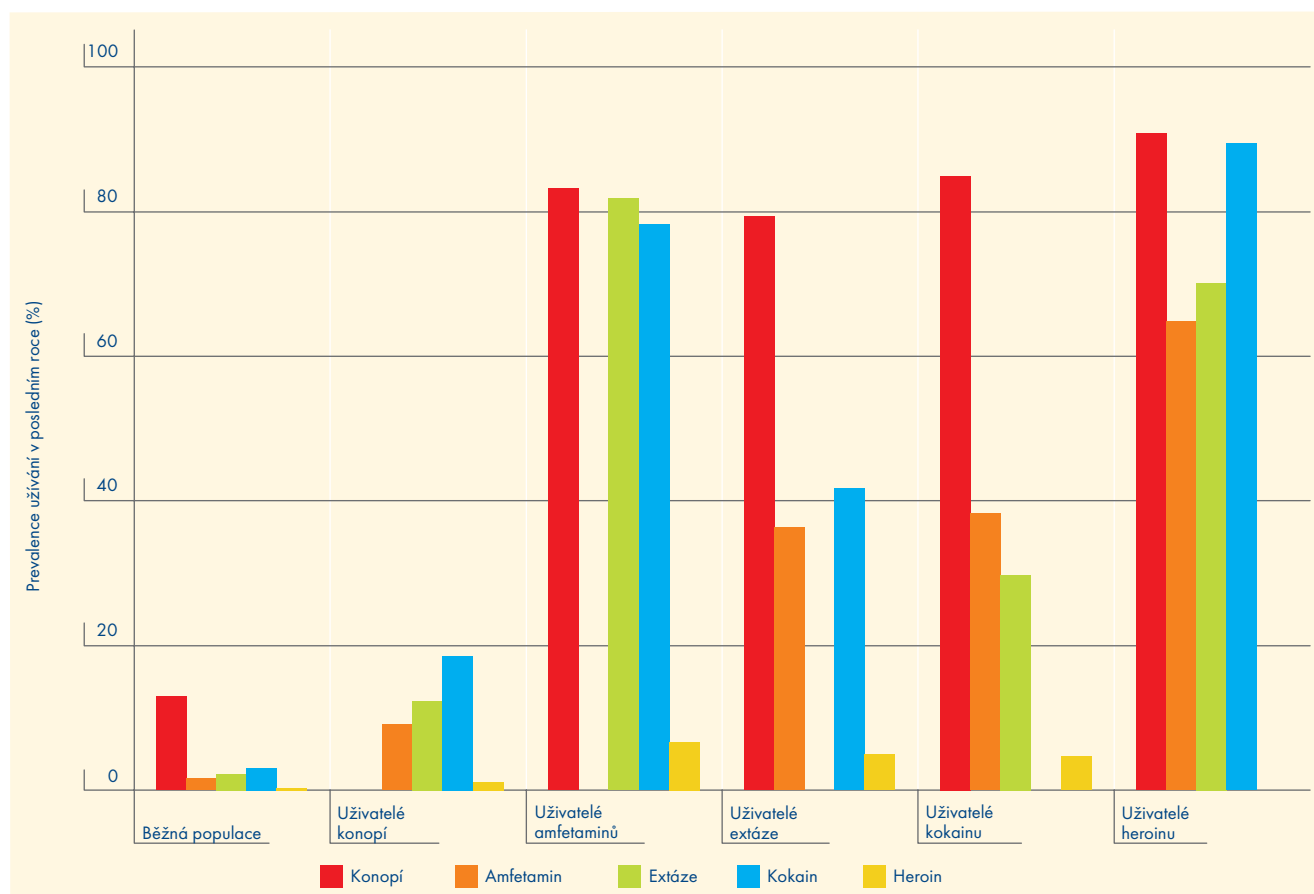
technické zprávě EMCDDA (2005b). Vezmeme-li jako příklad údaje ze Španělska, obr. 15 ukazuje, že užívání jedné drogy vede ve srovnání s běžnou populací ke zvýšené tendenci užívat další drogu a že tato tendence se podle konkrétní drogy liší. Například mezi uživateli heroinu je poměrně běžné užívání kokainu, avšak užívání dalších drog uživateli kokainu je méně patrné.

Vytvoření pracovní definice užívání více drog: otázka časového rozmezí?

Je třeba promyslet, na základě jakých zvolených časových období posuzovat a hlásit užívání více drog. Celoživotní prevalence obecně nejspíše nebudou příliš užitečné nebo významné z hlediska otázek veřejného zdraví ve srovnání s údaji o užívání v nedávné době.

Užívání více drog by mohlo mít užitečnou pracovní definici jako časté užívání více než jedné látky během minimální stanovené doby, například jednoho měsíce. To sice nerozlišuje různé typy užívání popsané výše, ale poskytuje celkový obrázek o možná vysoce rizikové skupině. Výjimkou celoživotního užívání při charakterizaci chování osob užívajících více drog jsou případy, kdy

Obr. 15: Užívání drog různými skupinami uživatelů v běžné populaci ve věku 15–34 let v posledním roce



Poznámka: Údaje za Španělsko za rok 1999. Více informací viz obr. GPS-34 ve Statistickém věstníku 2006.
Zdroj: EMCDDA (2005b).

se jedná o velmi mladé osoby – žáky nebo studenty – v jejichž případě celoživotní prevalence užívání více drog může výrazněji odrážet současné vzorce užívání. Důkazy, například z průzkumů ESPAD, naznačují, že vzorce užívání drog s větší odchylkou nebo nižší prevalencí mezi studenty (extáze, amfetaminy, halucinogeny, kokain, heroin) se vyskytují kumulovaně u malého počtu jedinců.

Jak zlepšit monitorování drogového problému v Evropě a zvýšit citlivost monitorování na užívání více drog

Dosáhnout lepšího pochopení povahy a rozsahu evropského drogového problému je jedním z klíčových úkolů EMCDDA. Užívání drog je však složitou záležitostí zahrnující celou škálu vzorců chování, které jsou různě spojeny s několika významnými problémy veřejného zdraví a sociálními problémy. Uživatelé drog mohou mít problémy nebo jim problémy mohou hrozit. Vzorce užívání drog mohou být různé, od experimentálního, epizodického a občasného až po pravidelné, intenzivní a nekontrolované. Uživatele drog lze klasifikovat podle klinických definic jako osoby mající problém s drogami nebo osoby závislé a z vědeckého hlediska lze obě tyto kategorie znázornit jako kontinua. Složitost této problematiky dále ještě zvyšuje fakt, že uživatelé drog mnohdy užívají více látek a své vzorce užívání časem mění. Žádný evidenční nástroj sám o sobě tuto komplexnost nemůže adekvátně obsáhnout. V praxi

má tyto různé stránky drogového fenoménu osvětlit přístup založený na více ukazatelích, který přijala EMCDDA.

Ukazatel problémového užívání drog poskytuje cenný náhled na jednu z nejškodlivějších a nejnákladnějších forem užívání drog tím, že se soustředí na konkrétní soubor vzorců chování. Jako takový tvoří významnou součást chápání evropského drogového problému v jeho celistvosti. V současné době je však zřejmé, že je potřeba doplnit celkové odhady v rámci ukazatele problémového užívání drog odhady užívání jednotlivých látek, aby bylo možné řešit čím dále mnohotvárnější drogový problém Evropy.

Vzhledem k tomu, že řada zdrojů dostupných údajů vychází ze zpráv o chování uživatelů drog, je třeba pojem častého nebo intenzivního užívání vytvořit právě na tomto základě. Tím se rozšíří perspektiva pro monitorování drogových problémů nad rámec těch, které jsou nyní obsaženy v ukazateli problémového užívání drog. Uvedení údajů o ukazateli problémového užívání drog do kontextu těchto širších informací bude rovněž znamenat krok vpřed v úsilí agentury EMCDDA o lepší celkové pochopení rozsahu a povahy drogových problémů v Evropě. Zároveň je třeba postoupit dále ve vypracování standardů hlášení, které umožňují lépe popsat vzorce užívání více drog na evropské úrovni. První kroky v tomto směru povedou k vytvoření promyšlenějšího koncepčního rámce pro sledování různých typů užívání více drog – včetně přijetí vhodných časových rámců – a určení vhodných zdrojů dat.





Literatura

- Protidrogový výbor ACPO (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, Sdružení policejních ředitelů, Londýn.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. a Niesink, R.J.M. (2005), „Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?“, *Addiction biology* 10(4), str. 321–323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. a kol. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, Národní spolupracující středisko pro prevenci drog, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. a Anthony, J.C. (2005), „Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001“, *Drug and alcohol dependence* 79, str. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. a kol. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Statistická ročenka ministerstva vnitra 04/05, Ministerstvo vnitra, Londýn (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky, Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky, Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2002b), „Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs“, projekt CT.00.EP.13, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Výroční zpráva: Stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004d), „Předávkování – významná příčina úmrtí mezi mládeží, již lze předejít“, *Drugs in Focus* 13, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2005a), *Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2005b), „Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use“, závěrečná zpráva, projekt CT.03.P1.200, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2005c), „Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU“, závěrečná zpráva, projekt CT.04.P2.329, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. Č. 71.
- Europol (2006), „Drugs 2006“ (sdělení pro EMCDDA ze dne 16. ledna 2006, spis č. 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. a kol. (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention“, *International journal of drug policy* 16S, str. S67–75.
- Haasen, C., Prinzeve, M., Gossop, M. a kol. (2005), „Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users“, *World psychiatry* 4 (3), str. 173–176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. a kol. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švédská rada pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN) a skupina Pompidou Rady Evropy.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. a kol. (2003), „Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients“, *Archives of general psychiatry* 60, str. 1043–1052.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- Kandel, D. a Davis, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use“, v publikaci: Glantz, M. a Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* str. 211–253. Americká psychologická asociace. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. a Spoth, R. (1996), „The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations“, v publikaci: Peters, R. and

McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. a kol. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. On-line zpráva ministerstva vnitra 24/05. Ministerstvo vnitra, Londýn (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. a Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburk: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Národní statistický úřad, Londýn.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. a kol. (2006), „Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population“, *Archives of general psychiatry* 63, str. 219–228.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. a kol. (2004), „Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European addiction research* 10, str. 147–155.

Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. a Becker, J. (2005), „Drug prevention with vulnerable young people: a review“, *Drugs: education, prevention and policy* 12(2), str. 85–99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. a kol. (2004), „A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction“, *Drug and alcohol dependence* 74, str. 1–13.

Schäfer, C. a Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. a kol. (2005), „Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence“, *American journal of psychiatry* 162, str. 340–349.

Shearer, J. a Gowing, L.R. (2004), „Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research“, *Drug and alcohol review* 23, str. 203–211.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC a vláda Maroka (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

Van den Brink, W. (2005), „Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment“, *Sucht* 51(4), str. 196–198.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. a Watts, C. (2006), „Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users“, *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (v tisku).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. a kol. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults“, *Drug and alcohol dependence* 68(1), str. 49–64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Světová celní organizace, Brusel.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), „Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention“, stanovisko, Světová zdravotnická organizace, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství

2006 — 96 stran — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-254-3

PRODEJ A PŘEDPLATNÉ

Placené publikace, které vydává Úřad pro úřední tisky, je možné zakoupit v našich prodejních místech po celém světě.

Jaký je postup pro získání té či oné publikace?

Jakmile si opatříte seznam prodejních míst, vyberte si vhodnou prodejnu a objednejte si požadovanou publikaci.

Jak si opatříte seznam prodejních míst?

- buď na internetové stránce Úřadu pro úřední tisky
<http://publications.europa.eu/>
- nebo o něj můžete požádat faxem na čísle (352) 2929-42758
a obdržíte ho v tištěné podobě.

O Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Bylo založeno v roce 1993, sídlo má v Lisabonu a slouží jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogové závislosti v Evropě.

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří objektivní, spolehlivé a vzájemně srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti. Svým uživatelům tak poskytuje fakty podložený obrázek tohoto jevu na celoevropské úrovni.

Publikace EMCDDA jsou hlavním zdrojem informací pro širokou škálu zájemců, včetně tvůrců politiky a jejich poradců, odborníků a výzkumných pracovníků zabývajících se drogovou problematikou, a v širším smyslu i pro sdělovací prostředky a laickou veřejnost.

Výroční zpráva EMCDDA obsahuje přehled o stavu drogové problematiky v členských státech EU a je základním referenčním materiálem pro všechny zájemce o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.