



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

VÝROČNÁ SPRÁVA 2006

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ SPRÁVA 2006

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právne upozornenie

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

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

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

Bezplatné telefónne číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločností, Luxemburg 2006.

ISBN 92-9168-261-6

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2006.

Reprodukcia sa povoľuje za predpokladu, že sa uvedie zdroj.

Printed in Belgium

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



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

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

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

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

Obsah

Predslov	5
Podakovanie	7
Komentár – drogový problém v Európe	11
Kapitola 1	
Politiky a právne predpisy	17
Kapitola 2	
Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad	27
Kapitola 3	
Kanabis	37
Kapitola 4	
Amfetamíny, extáza a iné psychotropné drogy	47
Kapitola 5	
Kokaín a krak	58
Kapitola 6	
Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog	66
Kapitola 7	
Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami	75
Kapitola 8	
Zlepšovanie monitorovania problémového a viacnásobného užívania drog	88
Literatúra	95



Predslov

Tento rok je 11. výročná správa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť dostupná v 23 európskych jazykoch. Pri pohľade na predchádzajúce správy agentúry za minulé roky sa nedá prehliadnuť nárast počtu momentálne dostupných údajov, ktoré odrážajú zložitejšiu situáciu v oblasti užívania nezákonných drog v Európe a v tom, ako Európa na drogový problém reaguje.

Zaznamenali sme výrazný nárast údajov použitých v analýzách. Tohtoročná správa vychádza z údajov 25 členských štátov EÚ a Nórska a z údajov Bulharska, Rumunska a Turecka, ak boli k dispozícii. Nezvyšuje sa len počet krajín poskytujúcich informácie, ale narastá aj množstvo porovnateľných údajov. Tieto údaje nám poskytujú podrobnejší obraz o drogovej situácii v Európe a jej dynamike viac ako kedykoľvek predtým. Úlohou EMCDDA je preskúmať zložitosť problematiky, zhromaždiť existujúce spoločné skúsenosti a zároveň poukázať na odlišnosti. Investovaním do zberu údajov a spolupráce s monitorovacím centrom členské štáty pochopili, že dnešné problémy ich susedov sa zajtra môžu stať ich vlastnými problémami. Uvedomenie si tejto skutočnosti sa premieňa do novej protidrogovej stratégie Európskej únie a sprievodných akčných plánov. Stratégiu a programy posilňuje jednotná mienka o tom, že je dôležité zbierať a zdieľať informácie, identifikovať a rozširovať dobrú prax a že, spolupráca a koordinovaný postup pri riešení spoločného ohrozenia zdravia, zabezpečení fyzickej a duševnej pohody a bezpečnosti našich občanov v súvislosti s drogami má svoj význam.

Reflexia dostupných informácií nám pripomína potrebu neustálej bdelosti a nebezpečenstvo stagnácie. V tejto správe odznievajú varovania týkajúce sa HIV infekcií súvisiacimi s drogami a úmrtí zapríčinených drogami. A predsa sa v celej Európe vynaložilo veľké úsilie na

riešenie týchto problémov a urobil sa značný pokrok. To znamená, že európski politickí činitelia museli urobiť zložité rozhodnutia a urobili ich po dôkladnom preskúmaní dostupných dôkazov. Takýto prístup k politike treba oceniť. V celosvetovej diskusii o drogovom problému prevláda potreba vyváženého prístupu na základe dôkazov. V Európe, viac ako kdekoľvek inde, sa to stalo skutočnosťou. Aj napriek odlišnostiam v rámci drogovej problematiky, ktorým každý členský štát čelí a rozdielom v prioritách opatrení, panuje spoločná zhoda v tom, že zdieľanie informácií a spolupráca s cieľom znížiť ponuku drog je dôležitá a že je potrebné, aby činnosti na znižovanie ponuky a opatrenia na znižovanie dopytu boli vyvážené. Existuje čoraz výraznejší súhlas s tým, že je potrebné riadiť sa dôkazmi pri realizácii ťažkých rozhodnutí o tom, ktoré programy a opatrenia by najviac reprezentovali záujmy občanov. Európsky prístup sa prejavuje nielen v novej európskej protidrogovej stratégii, ale aj v národných stratégiách schválených členskými štátmi, silnejším a jednotnejším ohlasom, ktorý vzniká v Európe v súvislosti s touto problematikou. Prostredníctvom činnosti EMCDDA sa snažíme plniť svoju úlohu pri uľahčovaní prijímania politických rozhodnutí na základe informácií, a to poskytovaním zjednotených a vedecky podložených analýz dostupných údajov o drogovom fenoméne v Európe.

Užívanie drog je zložitá problematika a nepatrí medzi tie oblasti, v ktorých sa dajú robiť jednoduché závery. Z európskych skúseností však jasne vyplýva jeden záver: naučili sme sa, že spolupráca nielenže funguje, ale je aj nevyhnutná, ak máme účinne reagovať na problémy, ktoré sa nás dotýkajú v súvislosti s užívaním nezákonných drog.

Marcel Reimen
predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz
riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

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

Národné kontaktné miesta siete Reitox

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

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



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré vo forme národných správ poskytli EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny a Nórsko (ktoré sa zúčastňuje na práci EMCDDA od roku 2001). Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2004 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Grafy a tabuľky v tejto správe môžu niekedy zobrazovať podskupinu štátov EÚ: výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie.

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

Štatistická ročenka 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a viac ako 100 ďalších štatistických grafov.

Profily údajov podľa krajín (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) poskytujú najlepší grafický prehľad hlavných aspektov drogovej situácie pre každú krajinu.

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

- Európske protidrogové politiky: prekračujúce rámec nezákonných drog?
- Rodová perspektíva užívania drog a zodpovedajúce drogové problémy;
- Vývoj v užívaní drog v rámci rekreačných prostredí.

Vybraté otázky sú dostupné v tlačenej forme a online (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) iba v angličtine.

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



Komentár – drogový problém v Európe

Nový európsky rámec pre koordináciu a spoluprácu

Hoci definovanie národných protidrogových politík zostáva výsadou jednotlivých európskych členských štátov, v súčasnosti existuje pevná zhoda o výhodách, ktoré sa môžu akumulovať zo spoločnej práce na európskej úrovni. Toto možno vidieť vo viacerých nedávnych zmenách, ktoré podporujú činnosti koordinácie a spolupráce. Medzi týmito zmenami sú dve nové nariadenia ES o prekurzoroch, ktoré nadobudli účinnosť v roku 2005, a rozhodnutie Rady o nových drogách. Okrem toho nové právne nástroje posilnili opatrenia proti obchodovaniu s drogami, aby sa riešilo pranie špinavých peňazí a konfiškácia majetku. Avšak najdôležitejším posunom vo formovaní európskej spolupráce a budúcich opatrení v otázke drog je nová protidrogová stratégia EÚ na roky 2005 – 2012 a jej dva sprievodné akčné plány. V prvom z týchto plánov členské štáty EÚ podrobne uvádzajú asi 100 plánovaných špecifických opatrení, ktoré sa majú realizovať do roku 2008. Pre túto stratégiu sa počíta s nepretržitým programom hodnotenia s ročnými preskúmaniami pokroku a hodnoteniami pôsobenia ku koncu každej z dvoch etáp akčných plánov.

Stratégia sa môže považovať za predstaviteľa európskej zhody o tom, ako by sa mal riešiť drogový problém. Existuje výslovný záväzok na vyvážený prístup, ktorý kombinuje opatrenia na strane ponuky a dopytu, zladený akceptovaním potreby založiť opatrenia na dôkazoch účinnosti a okrem toho na systematické hodnotenie pokroku. Ešte stále existujú dôležité rozdiely politík medzi európskymi členskými štátmi, ktoré často odrážajú rozdiely v národných drogových situáciách a usporiadaní reakcií. Napriek tomu nová protidrogová stratégia naznačuje, že európska politická diskusia o drogách je čoraz viac charakterizovaná dohodou o spoločnom rámci pre činnosti. Napríklad takmer všetky stratégie znižovania dopytu zahŕňajú prvky prevencie, liečby a znižovania škôd, hoci dôraz na každý z nich sa medzi členskými štátmi líši. Niektoré možnosti politiky naďalej vyvolávajú rozsiahlu diskusiu – ale vo všeobecnosti táto prebieha na pozadí širokej zhody o základoch, ktoré podopierajú európsku reakciu na drogový problém.

Užívanie drog a ponúkanie drog: rozlišovanie, ktoré sa robí čoraz častejšie

Pokračujúci trend, ktorý je opäť evidentný v nových informáciách poskytnutých v tomto roku, spočíva v zmenách

vo vnútroštátnych protidrogových právnych predpisoch, aby sa viac zdôraznila odlišnosť medzi trestnými činmi prechovávaním drogy pre vlastnú potrebu a trestnými činmi, ktoré zahŕňajú obchodovanie a ponúkanie. Vo všeobecnosti existuje posun smerom k zvýšeným trestom za trestné činy obchodovania a ponúkania a zníženému dôrazu na tresty väzenia za trestné činy prechovávaním drogy pre vlastnú potrebu. Tento vývoj je v súlade s väčším dôrazom v celej Európe na rozšírenie príležitostí na protidrogovú liečbu a na venovanie väčšej pozornosti zásahom, ktoré odvracajú ľudí s drogovými problémami od systému trestného súdnicstva smerom k možnostiam liečby a rehabilitácie. Pre tie krajiny, ktoré robia právne rozlišovanie ohľadom prechovávaním drog na vlastnú potrebu, a nie na ponúkanie, vyvstáva otázka, či existuje výslovná potreba ustanoviť v legislatíve, aké množstvá drog predstavujú prah pre osobnú potrebu. Tu v súčasnosti neprevláda žiadna zhoda a v Európe sa prijali odlišné prístupy siahajúce od vydávania všeobecných operatívnych usmernení až po špecifikácie zákonných medzných hodnôt.

Užívanie heroínu: dôležitá súčasť väčšieho obrazu

Údaje uvádzané v tejto správe ukazujú, že v Európe ako celku je potrebné rozšíriť historické zameranie na užívanie a vstrekovanie heroínu ako ústredných prvkov drogového problému kvôli narastajúcej dôležitosti užívania viacerých drog a stimulansov a narastajúcich zdravotných dôsledkov široko rozšíreného užívania kanabisu. Napriek tomu zostávajú v mnohých krajinách opiáty (najmä heroín) hlavnými drogami, kvôli ktorým klienti vyhľadávajú liečbu, keď predstavovali asi 60 % všetkých evidovaných žiadostí o liečbu v roku 2004 – a z týchto klientov o niečo viac ako polovica (53 %) uvádzala injekčné užívanie tejto drogy.

Takmer 25 % žiadostí o liečbu kvôli opiátom podali jednotlivci vo veku 35 rokov alebo starší, pričom iba 7 % klientov, ktorí vyhľadali pomoc po prvýkrát, malo menej ako 20 rokov. Je potrebné si všimnúť, že údaje o dopyte po liečbe odrážajú počet klientov, ktorí požiadali o liečbu počas roku, za ktorý sa podáva správa, a nezahŕňajú ľudí, ktorí pokračujú v liečbe; takže celkový počet klientov v liečbe je značne vyšší. Podstatný nárast protidrogovej substitučnej liečby, ku ktorému došlo v celej Európe v posledných rokoch, znamená, že systém liečby zahŕňa narastajúcu a starnúcu populáciu ľudí s heroínovými problémami, ktorí si budú pravdepodobne vyžadovať

starostlivosť a zosťatú hlavnými konzumentmi zdrojov počas mnohých nadchádzajúcich rokov.

Heroín konzumovaný v Európe sa vyrába najmä v Afganistane. Európa naďalej predstavuje najväčšie množstvá celosvetovo zachyteného heroínu a v dôsledku nárastu zachytení v krajinách juhovýchodnej Európy (najmä v Turecku) tento región prekonal západnú a strednú Európu z hľadiska zachytených objemov. Tento narastajúci trend v zachyteniach heroínu nielenže zdôrazňuje hodnotu koordinovanej akcie proti nezákonnému obchodovaniu na širšej európskej úrovni, ale kladie aj dôležité otázky o vplyve zvýšenej výroby heroínu na európsky trh. Nevidno žiadne jasné trendy ohľadom priemernej čistoty; avšak 5-ročný cenový trend (1999 – 2004) korigovaný kvôli inflácii klesá vo väčšine krajín. Napriek tomu, hoci je heroín v Európe dostupnejší a lacnejší, neexistujú žiadne dôkazy, že by to ovplyvňovalo celkové úrovne jeho spotreby. Celkové ukazovatele naznačujú, že výskyt nového užívania heroínu v Európe stále klesá v rámci toho, čo je pravdepodobne stabilnou situáciou – s významným podielom tých, ktorí majú problémy s opiátmi a ktorí teraz dostávajú substitučnú liečbu, prinajmenšom v niektorých krajinách. Medzi tými, ktorí sú v liečbe noví, klesajú vo väčšine krajín počty tých, ktorí majú závažné problémy s opiátmi. Napriek tomu je toto oblasť, v ktorej bolo v minulosti vidno vlny epidemického užívania, a preto je potrebné sa vyhnúť sebauspokojeniu.

V tohtoročnej správe existujú znepokojujúce ukazovatele, že počet úmrtí súvisiacich s drogami, ktorý vo všeobecnosti klesal od roku 2000, sa v roku 2004 mierne zvýšil vo väčšine krajín. Je príliš skoro posúdiť, či tieto malé zmeny ohlasujú dlhodobý posun, je však potrebné mať na pamäti, že úmrtia súvisiace s drogami predstavujú jeden z hlavných účinkov nezákonného užívania drog na zdravie obyvateľstva. Hoci podiel úmrtí súvisiacich s drogami, ktoré sa vyskytujú u mladých ľudí, klesá, čo podporuje náznaky, že nové injekčné užívanie heroínu klesá tiež, dostupné mestské odhady úmrtnosti súvisiacej s drogami (predávkovanie a iné príčiny) naznačujú, že v súčasnosti možno pripísať 10 – 23 % celkovej úmrtnosti medzi dospelými vo veku 15 – 49 rokov užívaniu opiátov.

Injekčné užívanie a zdravotné problémy súvisiace s injekčným užívaním: stály sprievodca

V mnohých krajinách je injekčné užívanie drog takmer synonymom užívania heroínu, ale niekoľko krajín EÚ uvádza významné úrovne injekčného užívania stimulantov, najmä medzi silnými užívateľmi amfetamínov. Celkové dostupné informácie, ktoré do určitej miery predstavujú obraz heroínu, naznačujú všeobecný dlhodobý pokles injekčného užívania drog. Avšak v mnohých členských štátoch zostávajú miery injekčného užívania vysoké. Dôležitou námietskou je tu

skutočnosť, že dostupnosť národných alebo regionálnych odhadov injekčného užívania drog je slabá. Okrem toho štúdie injekčného užívania v niektorých regiónoch dokonca nedávno uvádzali mierny nárast. Najkomplexnejší obraz tohto správania pochádza z monitorovania užívateľov heroínu, ktorí sa liečia, medzi ktorými podiel injekčných užívateľov v niektorých krajinách dramaticky poklesol, ale nie vo všetkých. Najmä medzi starými členskými štátmi Dánsko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo uvádzajú klesajúce miery injekčného užívania medzi užívateľmi heroínu, ktorí sa liečia.

Vzťah medzi injekčným užívaním drog a zdravotnými problémami je dobre známy a injekční užívatelia drog majú vysoké riziko predávkovania a závažnej infekcie, ako aj iných zdravotných problémov, napríklad sepsy a trombózy. Infekcia HIV je zdravotným rizikom, ktoré podnecuje reakciu európskeho verejného zdravotníctva na túto formu užívania drog a takmer všetky krajiny teraz majú zásahy zamerané na prevenciu nových infekcií. Napríklad poskytovanie injekčných ihliel a striekačiek, ktoré sa predtým považovalo za kontroverzný zásah, je dostupné do určitého stupňa takmer vo všetkých členských štátoch, hoci pokrytie sa medzi krajinami značne líši. Väčšina krajín uvádza nízke miery novo diagnostikovanej infekcie HIV pripísateľnej injekčnému užívaniu drog a miery infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog sa odhadujú pod 5 %. Avšak opäť je dôležité mať na pamäti dôležité námietky: po prvé, dve z najväčších krajín, ktoré sú najviac postihnuté AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog, Španielsko a Taliansko, v súčasnosti neposkytujú národné údaje o prípadoch HIV; a po druhé, uvádza sa, že prenos HIV naďalej pokračuje v špecifických skupinách, ktoré injekčne užívajú drogy, v celej Európe a existujú dokonca príznaky nárastu v niektorých študovaných skupinách populácie.

Oveľa negatívnejší obraz sa ponúka pre miery infekcie vírusom hepatitídy C (HCV), ktoré zostávajú medzi injekčnými užívateľmi drog takmer univerzálne vysoké. Liečenie zdravotných problémov súvisiacich s HCV u injekčných užívateľov drog a bývalých injekčných užívateľov drog pravdepodobne bude naďalej predstavovať veľké zdravotné náklady po mnoho nadchádzajúcich rokov. Pri vyvodzovaní záverov, že injekčné užívanie drog možno pomaly klesá a že Európa reagovala dobre na výzvu, ktorú predstavovalo epidemické šírenie HIV v deväťdesiatych rokoch minulého storočia, existuje reálne nebezpečenstvo, že by to mohlo viesť k podceneniu zdravotných hrozieb, ktoré toto správanie ešte stále predstavuje. Vysoké úrovne endemickej infekcie HCV, pokračujúci prenos medzi injekčnými užívateľmi drog so zvýšeným výskytom pozorovaným u niektorých skupín a veľké vysoko rizikové skupiny injekčných užívateľov drog v niektorých z nových

Na prvý pohľad – odhady užívania drog v Európe

(Všimnite si, že tieto odhady sa vzťahujú na dospelú populáciu a sú najnovšími odhadmi, ktoré sú k dispozícii. Kompletné údaje a úplné metodické poznámky si pozrite v sprievodnej štatistickej ročenke.)

Kanabis

Celoživotná prevalencia: najmenej 65 miliónov alebo každý piaty európsky dospelý

Užívanie v poslednom roku: 22,5 milióna európskych dospelých alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulých 30 dňoch: 12 miliónov Európanov

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v poslednom roku:

Celkový rozsah 0,8 % až 11,3 %

Typický rozsah 2,8 % až 7,5 % (15 krajín)

Kokaín

Celoživotná prevalencia: najmenej 10 miliónov alebo viac ako 3 % európskych dospelých

Užívanie v poslednom roku: 3,5 milióna európskych dospelých alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulých 30 dňoch: viac ako 1,5 milióna

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v poslednom roku:

Celkový rozsah 0,1 % až 2,7 %

Typický rozsah 0,3 % až 1,2 % (18 krajín)

Extáza

Celoživotná prevalencia: asi 8,5 milióna európskych dospelých

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

Užívanie v minulých 30 dňoch: viac ako 1 milión

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v poslednom roku:

Celkový rozsah 0,0 % až 3,5 %

Typický rozsah 0,3 % až 1,5 % (15 krajín)

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia: takmer 10 miliónov alebo okolo 3 % európskych dospelých

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

Užívanie v minulých 30 dňoch: menej ako 1 milión

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v poslednom roku:

Celkový rozsah 0,0 % až 1,4 %

Typický rozsah 0,2 % až 1,1 % (16 krajín)

Opiáty

Problémové užívanie opiátov: 1 až 8 prípadov na 1 000 dospelých obyvateľov (vo veku 15 – 64 rokov)

Takmer 7 000 akútnych úmrtí kvôli drogám, pričom opiáty sa našli v asi 70 % z nich (údaje z roku 2003)

Hlavná droga v asi 60 % všetkých žiadostí o liečenie kvôli drogám

Viac ako pol milióna užívateľov opiátov dostalo v roku 2003 substitučnú liečbu

členských štátov hovoria o potrebe naďalej považovať injekčné užívanie drog a zdravotné problémy, ktoré s ním súvisia, za hlavnú otázku verejného zdravotníctva v Európe a za veľmi dôležitú oblasť protidrogovej politiky a výskumnej ostražitosti.

Kokaín: príznaky stability pre druhú najbežnejšiu nezákonnú drogu v Európe

Odhady užívania kokaínu (prevalencia v poslednom roku) teraz umiestňujú túto drogu tesne pred amfetamín a extázu ako druhú najčastejšie užívanú nezákonnú drogu v Európe. Všeobecný obraz je však obrazom stabilizácie v úrovniach užívania po období, v ktorom sa výrazne zvýšil počet užívateľov drogy. Zdá sa, že najväčšie zvýšenie prevalence kokaínu, ktoré zažilo Španielsko a Spojené kráľovstvo od polovice do konca deväťdesiatych rokov minulého storočia, sa stabilizovalo od roku 2000 alebo 2001. Inde sa neuvádzali dramatické zvýšenia, hoci v niektorých krajinách sa zaznamenali mierne zvýšenia úrovni užívania kokaínu. Celkovo zostáva situácia s kokaínom v Európe veľmi heterogénna a významné užívanie kokaínu je obmedzené na niekoľko krajín, najmä západoeurópskych.

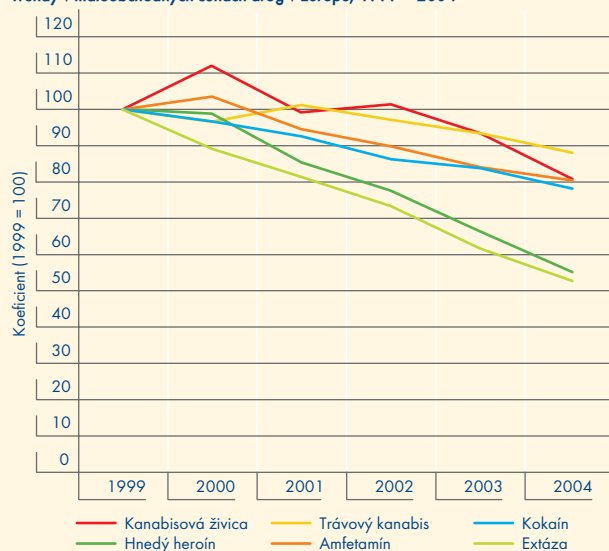
Bolo by nesprávne konštatovať, že príznaky stabilizácie v užívaní kokaínu nevyhnutne povedú k stabilizácii rozsahu problémov pripisovaných užívaniu tejto drogy. V Európe je užívanie kokaínu na historicky vysokých úrovniach a štúdie naznačujú, že je bežné, že pre narastanie problémov súvisiacich s touto drogou zaostáva o niekoľko rokov za nárastom prevalence. Je to kvôli tomu, že trvá určitú dobu, kým sa vyvinú intenzívne a pravidelné formy užívania drogy a kým sa problémy stanú viditeľnými. To sa možno začína diať v tých európskych krajinách, kde je teraz užívanie kokaínu dobre zavedené. V Holandsku aj Španielsku sa teraz uvádza, že prinajmenšom jedna zo štyroch žiadostí o liečbu súvisí s kokaínom a celkovo sa v Európe počet nových žiadostí o liečbu kvôli kokaínu zdvojnásobil v období medzi rokmi 1999 a 2004. Hoci užívanie kraku zostáva v Európe veľmi obmedzené, správy o problémoch z niektorých miest naznačujú, že situácia sa môže zhoršovať.

Kokaín sa často nachádza pri toxikologických analýzách úmrtí pripísaných opiátovým drogám a vo viacerých krajinách sa súbežné užívanie kokaínu stalo uznávaným problémom pre tých, ktorí liečia problémy súvisiace s heroínom. Hoci sú údaje obmedzené, v národných správach z roku 2005 bolo identifikovaných viac ako 400 úmrtí kauzálnne súvisiacich s užívaním kokaínu a zdá sa, že počet úmrtí súvisiacich s kokaínom narastá vo všetkých krajinách s vysokou prevalenciou. Tento údaj je takmer určite podhodnotený a vplyv užívania kokaínu ako prispievateľa k úmrtiam spôsobeným kardiovaskulárnymi

Užívanie drog v Európe je lacnejšie ako kedykoľvek predtým

V tejto správe je po prvýkrát zahrnutá 5-ročná analýza pouličných cien nezákonných drog korigovaných kvôli inflácii, aby sa umožnilo presnejšie hodnotenie zmien v pouličnej cene nezákonných drog v priebehu času. Údaje o pouličných cenách sa ťažko zhromažďujú a interpretujú. Čistota, množstvo a druh kupovanej látky ovplyvňujú cenu práve tak, ako aj geografické faktory, napríklad bývanie vo veľkom meste alebo na pravidelnej tranzitnej drogovej trase. Ceny drog sa značne líšia aj medzi jednotlivými krajinami a podliehajú časovým zmenám, ktoré odrážajú prerušenia ponuky. Napriek týmto skresleniam údajov

Trendy v maloobchodných cenách drog v Európe, 1999 – 2004



pre väčšinu drog dostupné údaje naznačujú, že v Európe ako celku, náklady na kupovanie drog klesajú. Pre väčšinu krajín je prevládajúcim 5-ročným trendom klesanie pouličnej ceny kanabisu, heroínu, amfetamínu, extázy a kokaínu (pozri graf uvedený nižšie). Hoci historické údaje o pouličných cenách zväčša chýbajú a ťažko sa interpretujú, ak sú k dispozícii, je znepokojujúce, že tento nedávny trend je v súlade s názorom, že ceny môžu klesať už dlhú dobu. Napríklad informácie dostupné z niektorých krajín s vysokou prevalenciou naznačujú, že kokaín a extáza boli značne drahšie koncom osemdesiatych a začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia, ako sú v súčasnosti.

Poznámka: Trendy predstavujú dostupné informácie o národných cenách na pouličnej úrovni pre každú drogu v členských štátoch EÚ a Nórsku vážené veľkosťami populácie príslušnej krajiny, aby sa vytvoril celkový európsky trend. Ceny boli upravené kvôli národným mieram inflácie (východiskový rok 1999) a všetky série boli indexované na základ 100 v roku 1999.

Mnoho krajín nemôže poskytnúť tieto údaje, ktoré sa ťažko získavajú a sú často nespoľahlivé a neúplné. Krajiny, ktoré neposkytli informácie o cenách drog dva za sebou idúce roky, nie sú zahrnuté do výpočtov trendov pre drogy: trend pre hnedý heroín je založený na 9 krajinách, pre amfetamín na 9 krajinách, pre kokaín na 13 krajinách, pre extázu na 13 krajinách, pre trávový kanabis na 13 krajinách a pre kanabisovú živicu na 14 krajinách.

Okrem toho tam, kde chýbajú údaje za rok 2004 (11 prípadov), sa použili ceny za rok 2003; namiesto chýbajúcich údajov za rok 1999 (1 prípad) sa použili ceny za rok 2000; údaje chýbajúce pre iné roky (12 prípadov) boli interpolované zo susedných rokov.

Ďalšie podrobnosti o cenách za rok 2004 si pozrite v tabuľkách PPP-1, PPP-2, PPP-3 a PPP-4 v štatistickej ročenke.

Zdroje: Údaje o cenách: národné kontaktné miesta Reitox.

Údaje o inflácii a populácii: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

problémami zostáva neznámy. Posolstvo je jasné: ak sa má Európa vyhnúť tomu, že zažije nárast nákladov na verejné zdravotníctvo súvisiacich s užívaním tejto drogy, akákoľvek stabilizácia celkového užívania kokaínu by nemala zamaskovať potrebu lepšieho identifikovania a chápania problémov súvisiacich s kokaínom a potrebu investovať do vývoja účinných reakcií.

Reagovanie na zložitý európsky drogový problém

Spoločná téma, ktorá sa vinie touto správou, je zvyšovanie potreby vyvinúť reakcie, ktoré sú citlivé na zložitý a mnohostranný charakter dnešného drogového problému. Ak sa vezmú do úvahy činnosti prevencie, liečby a znižovania škôd, existuje potreba lepšie pochopiť, čo tvorí dobrú prax a akciu založenú na dôkazoch. Medzi približne 380 000 žiadosťami o liečbu v roku 2004 bol kanabis prvotnou príčinou žiadosti o súhlas

s liečbou v asi 15 % všetkých prípadov, čo ho robí druhou najčastejšie uvádzanou drogou po heroíne. Liečebné služby sa tiež zaoberajú ďalšími problémami súvisiacimi so stimulansami a užívaním viacerých drog vrátane rozsiahleho prekrývania problémov súvisiacich s nezákonnými drogami a alkoholom. Avšak na úrovni populácie nepoznáme dostatočne dôsledky pravidelného a pretrvávajúceho užívania týchto druhov drog na zdravie obyvateľstva, ani pravdepodobné intervenčné potreby tých, ktorí ich užívajú. Dôkazová základňa v Európe na stanovovanie reakcie na drogové problémy je najsilnejšia pre reagovanie na problém užívania nezákonných opiátov, kde rozsiahly súbor dôkazov podporuje vývoj a zameranie služieb. Narastajúca zhoda, ktorá existuje pri usmerňovaní politiky v tom, čo pravdepodobne vytvára vhodný zásah kvôli problémovému užívaniu heroínu, sa zhoduje s narastajúcou potrebou rozvíjať rovnakú jasnosť v tom, ako reagujeme na heterogénnejší európsky drogový problém.

Potreba lepšieho definovania a chápania užívania viacerých drog

Kľúčovou otázkou je potreba reagovať na problémy spôsobené užívaním viacerých psychoaktívnych látok. Užívanie viacerých drog sa čoraz viac uznáva za kľúčovú oblasť pre rozvoj služieb. Avšak definícia tohto pojmu zostáva vyhybavá a v niektorých ohľadoch takmer všetci tí, ktorí užívajú drogy, sa môžu považovať za užívateľov viacerých drog. Užívanie viacerých drog tiež predstavuje významné výzvy pre systémy monitorovania drog, ktoré majú tendenciu byť založené na behaviorálnych meraniach užívania jednotlivce indexovej drogy. Preto existuje dôležitá potreba vyvinúť lepší koncepčný rámec na opísanie rôznych typov užívania viacerých drog ako prvý krok na pochopenie dôsledkov tohto správania. Tohtoročná správa venuje priestor na prezentovanie analytických otázok, ktoré sa musia riešiť, ak má Európa čeliť výzve lepšieho pochopenia potrieb narastajúceho počtu jednotlivcov, ktorých problémy pochádzajú z užívania celého radu drog a nie zo závislosti od jednej látky.

Späť do budúcnosti: predpokladanie hrozieb a výziev

V tejto správe sa ako vždy pokúšame identifikovať objavujúce sa trendy, aby sa predpokladali budúce problémy. Takáto analýza je podľa definície špekulatívna a musí sa robiť opatrne. Metamfetamín je drogou, ktorá jasne súvisí so závažnými problémami verejného zdravotníctva. Hoci celosvetovo problémy s metamfetamínom naďalej rastú, v rámci Európy zostáva táto droga obmedzená na niekoľko krajín s dlhodobo existujúcimi problémami. Hoci nám dostupné informácie nedovoľujú robiť žiadny solídny záver o trendoch, viac krajín uvádzalo zachytenia alebo užívanie tejto drogy, čo jasne zdôrazňuje potrebu intenzívnejšieho monitorovania tých skupín populácie, ktoré sú najrizikovejšie.

V roku 2006 uverejnilo EMCDDA odborný článok o halucinogénnych hubách a táto otázka je znovu zhrnutá v našej výročnej správe. Zdá sa, že dostupnosť a užívanie halucinogénnych húb sa od konca deväťdesiatych rokov minulého storočia zvyšuje, ale vo veľkej miere zostáva nepovšimnuté. Zdá sa, že z najväčšej časti je tento druh drogy experimentálny a správy o problémoch zostávajú zriedkavé. Avšak narastajúce povedomie medzi politickými činiteľmi o dostupnosti halucinogénnych húb viedlo k zavedeniu niektorých akcií, aby sa zvýšili kontrolné opatrenia.

Psilocybín a psilocín, dve psychoaktívne látky, ktoré sa našli v halucinogénnych hubách, sú regulované medzinárodným dohovorom. Avšak skutočnosť, že huby rastú prirodzene v mnohých krajinách, predstavuje pre legislatívu zložitejšiu otázku a v Európe sa s nimi zaobchádza odlišne. Všeobecnejšie je ostražitosť pri objavujúcich sa látkach, ktoré môžu predstavovať hrozbu pre zdravie obyvateľstva, a preto si vyžadujú kontrolu, podporovaná novým rozhodnutím Rady (2005/387/jha) o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok. Príkladom potreby informácií včasného varovania v tejto oblasti bolo rýchle rozšírenie mCPP (1-3-chlorofenyl piperazínu) v roku 2005. Objavenie sa mCPP ilustruje skutočnosť, že tí, ktorí sú zapletení do výroby nezákonných drog, neustále hľadajú inovácie vo forme nových chemikálií, ktoré by mohli byť uvedené na trh – v tomto prípade pravdepodobne aby potenciovali alebo modifikovali MDMA (extázu). Takáto inovácia si vyžaduje reakciu, pretože potenciál týchto látok spôsobovať závažné zdravotné problémy nie je známy. Systém včasného varovania zavedený rozhodnutím Rady preto predstavuje dôležitý mechanizmus zasahovania do procesu, v ktorom je ohrozované zdravie mladých Európanov tými, ktorí sa usilujú o zisk vyhýbaním sa existujúcim protidrogovým kontrolným mechanizmom.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Národné protidrogové stratégie

Počas sledovaného obdobia schválilo päť krajín národné protidrogové stratégie a akčné plány (tabuľka 1). Lotyšsko schválilo národnú protidrogovú stratégiu po prvýkrát na obdobie 2005 – 2008, kým nové národné protidrogové stratégie a plány boli schválené v Českej republike, Španielsku, Luxembursku a Rumunsku.

Okrem toho Fínsko schválilo protidrogovú stratégiu pre správu väzníc (2005 – 2006) a v dohodách o verejných službách Spojeného kráľovstva (*Public Service Agreements, PSA*) sú stanovené nové ciele a zámery v oblasti drogovej politiky zamerané na zníženie škôd spôsobených nezákonnými drogami jednotlivcom, ich rodinám a spoločnosti.

Počas sledovaného obdobia sa vypracovávali národné protidrogové stratégie v Taliansku, Rakúsku, Poľsku, Portugalsku, Švédsku a Nórsku (tabuľka 2).

Niektoré krajiny, ktoré prvýkrát realizovali národné protidrogové stratégie a akčné plány už pred určitým časom (po roku 1998), teraz znovu formulujú svoje stratégie alebo plány kladúc väčší dôraz na stanovenie jasnejších a realizovateľnejších cieľov. Napríklad Luxembursko uvádza, že jeho nový akčný plán na roky 2005 – 2009

Tabuľka 1: Krajiny, ktoré prijali nové protidrogové stratégie v roku 2005

Krajina	Dokument	Časové rozpätie
Česká republika	Národná protidrogová stratégia Akčný plán	2005 – 2009 2005 – 2006
Španielsko	Akčný plán	2005 – 2008
Lotyšsko	Národná protidrogová stratégia	2005 – 2008
Luxembursko	Národná stratégia a protidrogová akcia	2005 – 2009
Rumunsko	Národná protidrogová stratégia	2005 – 2012

Tabuľka 2: Krajiny s rozpracovanými protidrogovými stratégiami v roku 2005

Krajina	Dokument	Časové rozpätie
Taliansko	Akčný plán	2004 – 2008
Rakúsko	Národná stratégia	
Portugalsko	Národný strategický plán a akčný plán	2005 – 2008
Švédsko	Akčný plán	
Nórsko	Akčný plán	

je jednoduchý, jasne štruktúrovaný a zameraný na výstup, stanovuje ciele pre činnosti, identifikuje zodpovednosti a špecifikuje rozpočty, predpokladané výsledky a konečné termíny pre výsledok a hodnotenie. V Belgicku úrady verejného zdravia Francúzskeho spoločenstva a Valónska menovali expertnú skupinu, aby vypracovala „spoločný plán prevencie, pomoci a starostlivosti v súvislosti s drogovou závislosťou“. Skupina odporučila, aby „vlády jasnejšie definovali priority a ciele“ a aby „sa jasne definovali základné zásady spoločnej protidrogovej politiky“ a aby „sa určila časová postupnosť vybraných stratégií“. Akčný plán na roky 2005 – 2006 v Českej republike postupuje podľa podobnej smernice a špecifikuje konkrétne ciele a činnosti, ktoré sú potrebné na ich splnenie, a stanovuje zodpovednosti jednotlivých ministrov a lehoty a ukazovatele plnenia pre každú oblasť.

Hodnotenie národných protidrogových stratégií

Mnoho európskych krajín automaticky obnovuje svoje národné protidrogové stratégie, čím uviedli do pohybu cyklický proces, v ktorom výsledky predchádzajúcej stratégie alebo jej hodnotenie poskytujú vstup pre budúcu stratégiu (EMCDDA, 2004a).

V priebehu roku 2005 takýto proces oznámilo Írsko, Luxembursko, Maďarsko a Rumunsko. Hodnotenie realizácie maďarskej stratégie pre boj proti drogovému problému vykonal externe holandský inštitút Trimbos,

čo bolo prvýkrát, keď protidrogovú stratégiu krajiny hodnotili zahraniční experti. Hodnotenie sa zameralo na strednodobé výsledky protidrogovej stratégie a viedlo k súboru odporúčaní týkajúcich sa budúcich protidrogových stratégií a toho, ako by sa mohla posilniť koordinácia politiky v oblasti drog. Existujú podobnosti medzi hodnotením portugalskej národnej protidrogovej stratégie z roku 1999 uskutočneným v roku 2004 a akčným plánom na roky 2001 – 2004 pripraveným externe Portugalským národným inštitútom pre verejnú správu a interne Inštitútom pre drogy a závislosť (*Institute for Drugs and Addiction, IDT*). Maďarsko a Portugalsko sú prvé dve krajiny v Európe, ktoré požiadali o externé hodnotenie svojich národných protidrogových stratégií.

V roku 2005 strednodobé preskúmanie írskej protidrogovej stratégie na roky 2001 – 2008 založené na procese verejných konzultácií a analýze hlavných vnútroštátnych údajov a údajov EÚ odporučilo „presmerovanie“ priorít, aby sa riešili nové trendy v liečbe, užívaní viacerých drog, užívaní kokaínu a šírení HIV a hepatitídy C a aby sa „znovu aktivovali“ nábeh a realizácia rôznych kľúčových opatrení počas zostávajúceho obdobia stratégie.

V Rumunsku bola národná protidrogová stratégia na roky 2003 – 2004 hodnotená s účasťou všetkých štátnych inštitúcií zaangażovaných v oblasti drog so zisteniami, ktoré vytvorili základ pre novú národnú protidrogovú stratégiu na roky 2005 – 2012. V Luxembursku sa 87 % opatrení ustanovených v rokoch 2000 – 2004 národným protidrogovým akčným plánom realizovalo do stanovených konečných termínov. Luxembursko uviedlo, že opatrenia, ktoré sa nezaviedli (napr. program proti rozširovaniu heroínu), sa oneskorili najmä z politických dôvodov. Opatrenia, ktoré sa ešte nerealizovali, boli zahrnuté do nového akčného plánu.

Okrem toho správa počas posledného roka svedčia o tom, že národné protidrogové stratégie začínajú mať viditeľné účinky. Hoci zatiaľ ešte nie je možné definitívne povedať, že sa dosiahli celkové ciele znižovania dopytu a ponuky, niet žiadnych pochybností o tom, že národné protidrogové stratégie dosiahli špecifické a dôležité ciele.

Hodnotenie portugalskej protidrogovej stratégie prijatej v roku 1999 jej pripisuje zvýšenie dostupnosti protidrogovej liečby, zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami a výskytu HIV a zvýšenie počtu policajných záznamov o obchodovaní s drogami. Na druhej strane sa tiež zistilo, že sa znížil vek, v ktorom ľudia prvýkrát experimentujú s drogami a zvýšil sa počet úmrtí súvisiacich s drogami, ktoré sú spájané s inými látkami ako opiáty. V Španielsku, hoci sa uznalo, že sa nedosiahol cieľ znížiť užívanie drog, hodnotenie národnej stratégie (2003) zistilo, že sa dosiahli dobré výsledky v oblastiach pomoci a znižovania škôd a uspokojivé

výsledky sa dosiahli v iných oblastiach, napríklad vo výskume a vzdelávaní, medzinárodnej spolupráci a znížení ponuky. Okrem toho ministerstvo zdravotníctva a záležitostí spotrebiteľov schválilo akčný plán na roky 2005 – 2008, aby sa mobilizovali zdroje a realizovali iniciatívy s cieľom rozvoja a revitalizácie národnej protidrogovej stratégie. V Grécku mal národný akčný plán na roky 2002 – 2006 za následok rozšírenie typu a rozsahu existujúcich programov liečenia.

Vo Švédsku národný protidrogový akčný plán na roky 2002 – 2005 viedol k tomu, že drogy sa stali politickou agendou na miestnej, regionálnej a národnej úrovni. Väčšina samospráv vo Švédsku má teraz nejakú formu protidrogového akčného plánu a vyššia priorita sa teraz poskytuje koordinácii a spolupráci zainteresovaných strán v oblasti drog, čo vedie k zlepšovaniu v týchto oblastiach. Nastal aj vývoj v typoch a prístupnosti liečby, ktorá je dostupná pre narkomanov. Hoci revízna komisia ocenila pokrok v liečbe drogovej závislosti v Spojenom kráľovstve, poukázala na to, že ešte zostáva priestor na zlepšenie v zariadeniach na reintegráciu a rehabilitáciu užívateľov drog, napríklad bývanie, sociálna starostlivosť a iné podporné služby. V budúcnosti sa bude úspech vlády pri dosahovaní cieľov protidrogovej stratégie porovnávať s cieľmi stanovenými v PSA a indexom škodlivosti drog (*drug harm index, DHI*), ktorý bude hodnotiť škody spôsobené problémovým užívaním akejkoľvek nezákonnej drogy.

Nakoniec je hodnotenie označené za kľúčový prvok novo schválených národných protidrogových stratégií. V Lotyšsku bude Koordinačná rada na kontrolu drog a obmedzenie drogovej závislosti hodnotiť pokrok v realizácii programu každý rok a v Luxembursku sa záverečné externé hodnotenie výsledkov uskutoční v roku 2009.

Verejné výdavky súvisiace s drogami

Hoci sa výdavky často zisťujú pre rôzne obdobia a neexistuje spoločná definícia verejných výdavkov súvisiacich s drogami, dostupné odhady uvádzajú, že výdavky v súvislosti s drogami sa zvýšili vo viacerých krajinách vrátane Českej republiky, Dánska, Luxemburska, Rakúska a Poľska.

Krajiny, ktoré uviedli výdavky súvisiace s drogami za rok 2004, zahŕňali Českú republiku (11,0 milióna eur), Španielsko (302 až 325 miliónov eur), Cyprus (2,8 milióna eur), Poľsko (51 miliónov eur) a Nórsko (46 miliónov eur). Dve krajiny uviedli novšie rozpočtové výdavky na riešenie problémov s drogami: Luxembursko (6 miliónov eur v roku 2005) a Spojené kráľovstvo (2 miliardy eur v rokoch 2004/2005).

Na Slovensku sa odhaduje, že celkové verejné výdavky v oblasti drog dosiahli v roku 2004 14,5 milióna eur, z čoho presadzovanie práva predstavovalo približne 8,4 milióna eur a sociálna a zdravotná starostlivosť 6,1 milióna eur.

Vo Švédsku sa odhaduje, že výdavky na protidrogovú politiku počas roku 2002 dosiahli asi 0,9 miliardy eur (nižší odhad 0,5 miliardy eur, vyšší odhad 1,2 miliardy eur). Porovnanie odhadov za rok 2002 s údajmi za rok 1991 ukazuje, že verejné výdavky na protidrogovú politiku sa podstatne zvýšili.

Strednodobé preskúmanie národnej protidrogovej stratégie v Írsku uverejnené v júni 2005 uznáva, že „zisťovanie výdavkov je veľmi dôležité, aby sa dala merať účinnosť nákladov na rôzne prvky stratégie“ a onedlho sa začne práca na odhade výdavkov na politiku. V Portugalsku Inštitút pre drogy a drogovú závislosť (IDT) financuje výskum, aby sa vyvinul a otestoval model na odhadovanie nákladov na zneužívanie drog a v Belgicku sa začalo koncom roku 2005 pokračovanie štúdie z roku 2004 o verejných výdavkoch. Tieto zaujímavé údaje, hoci je ich málo, ukazujú, že výskum o výdavkoch súvisiacich s drogami predstavuje čoraz dôležitejšiu časť politickej agendy niektorých členských štátov.

Vývoj v legislatíve a politike EÚ

Akčné plány

Dva akčné plány prijaté na úrovni EÚ v roku 2005 vytvárajú priamo alebo nepriamo nový referenčný rámec pre vývoj politiky EÚ v oblasti drog na nasledujúce dva roky. Po prvé, po preskúmaní návrhu Komisie z februára 2005 a po prihliadnutí na konečné hodnotenie protidrogovej stratégie EÚ a akčný plán EÚ (2000 – 2004), Rada schválila v júni 2005 protidrogový akčný plán EÚ na roky 2005 – 2008. Nový akčný plán dodržiava štruktúru a ciele protidrogovej stratégie EÚ na roky 2005 – 2012 a uvádza asi 100 špecifických opatrení, ktoré majú byť realizované EÚ a jej členskými štátmi do konca roku 2008.

Hodnotenie tvorí podstatnú časť nového protidrogového akčného plánu EÚ. Toto hodnotenie sa považuje za nepretržitý, postupný a participačný proces. Je nepretržitý, pretože Európska komisia s podporou EMCDDA a Europolu bude predkladať ročné prehľady o pokroku. Hodnotenie sa bude vykonávať tiež postupne, pričom prehľad ročného pokroku dá výsledky za minulý rok do kontextu s predchádzajúcim rokom. Nakoniec, proces bude participačný, zahŕňajúci hodnotiacu riadiacu skupinu,

ktorej úlohou bude definovať metodiku, výstup a predbežný kalendár. Tak ako pri hodnotení akčného plánu EÚ (2000 – 2004), riadiaca skupina bude pozostávať zo zástupcov príslušných služieb Komisie, EMCDDA a Europolu ako aj zástupcov členských štátov. Budú sa organizovať aj konzultačné zasadnutia pre zástupcov občianskej spoločnosti. Na konci protidrogového akčného plánu na roky 2005 – 2008 a prvýkrát na európskej úrovni sa vykoná hodnotenie vplyvu s cieľom navrhnúť nový akčný plán na obdobie 2009 – 2012, ktorý zoberie toto hodnotenie ako východiskový bod. Komisia vykoná konečné hodnotenie stratégie a akčných plánov v roku 2012.

Tento protidrogový akčný plán EÚ je aj súčasťou akčného plánu na realizáciu Haagskeho programu, ktorý stanovuje ciele, ktoré sa majú dosiahnuť v oblasti slobody, bezpečnosti a spravodlivosti v Európskej únii počas obdobia 2005 – 2010. Tento akčný plán bol predložený Komisiou v máji 2005 a schválený Radou v júni 2005.

Akčný plán EÚ na roky 2005 – 2008 odráža vyvážený prístup EÚ k drogovému javu, t. j. komplexný multidisciplinárny prístup, ktorý posudzuje otázku zo všetkých uhlov: koordinácia; zníženie dopytu, zníženie ponuky; medzinárodná spolupráca, informácie, výskum a hodnotenie.

Zníženie ponuky drog

Dve dôležité činnosti v EÚ v oblasti znižovania ponuky drog boli charakterizované tým, že 18. augusta 2005 nadobudli platnosť dve nariadenia EK o prekurzoroch, ktoré boli prijaté v roku 2004. Kontroly chemických prekurzorov sú dôležitým aspektom znižovania ponuky drog, pretože tieto látky sú nevyhnutne potrebné pri výrobe drog. Činnosť v tejto oblasti nadobúda v EÚ dve formy: po prvé, regulácia obchodovania s niektorými látkami medzi EÚ a tretími krajinami a po druhé, regulácia v rámci vnútorného trhu.

Prvé nariadenie, ktoré bolo prijaté v roku 1990, aby sa splnilo ustanovenie článku 12 o kontrole prekurzorov Dohovoru OSN proti nezákonnému obchodovaniu s omamnými a psychotropnými látkami, ustanovilo opatrenia, ktoré treba prijať, aby sa zabránilo zneužívaniu niektorých látok na nezákonnú výrobu omamných a psychotropných látok ⁽¹⁾. V decembri 2004 bolo nahradené novým nariadením s rozšíreným aplikačným rámcom zameraným aj na boj proti výrobe syntetických drog ⁽²⁾.

Smernica Rady ⁽³⁾ vydaná o 2 roky neskôr, v roku 1992, doplnila systém a zabezpečila zodpovedajúce dohody

⁽¹⁾ Nariadenie Rady (EHS) č. 3677/90 z 13. decembra 1990, Ú. v. ES L 357, 20.12.1990, s. 1.

⁽²⁾ Nariadenie Rady (ES) č. 111/2005 z 22. decembra 2004, Ú. v. EÚ L 22, 26.1.2005, s. 1.

⁽³⁾ Smernica Rady (EHS) č. 109/92 zo 14. decembra 1992, Ú. v. ES L 370, 19.12.1992, s. 76.

v rámci vnútorného trhu (výroba a umiestňovanie niektorých látok, ktoré sa používajú na nezákonnú výrobu omamných a psychotropných látok, na trh) vrátane stanovenia kontrolných opatrení. Bola nahradená novým nariadením prijatým 11. februára 2004⁽⁴⁾. V dôsledku rozšírenia EÚ sa zákonodarcovia Spoločenstva rozhodli nahradiť smernicu z roku 1992 nariadením, pretože „každá zmena tejto smernice a jej príloh by spustila vnútroštátne implementačné opatrenia v 25 členských štátoch“. Nový nástroj ustanovuje harmonizované opatrenia na kontrolu a monitorovanie niektorých látok vnútri EÚ, ktoré sa často používajú na nezákonnú výrobu omamných alebo psychotropných látok s cieľom zabrániť zneužitiu takýchto látok. Konkrétne zaväzuje členské štáty, aby prijali potrebné opatrenia, ktoré umožnia ich príslušným orgánom vykonávať svoje povinnosti kontroly a monitorovania. Okrem toho 18. augusta 2005 nadobudlo platnosť nariadenie, ktorým sa ustanovujú vykonávacie pravidlá pre tieto dve nariadenia⁽⁵⁾.

Tieto opatrenia v oblasti kontroly prekurzorov dopĺňajú ďalšiu časť dôležitých činností EÚ v oblasti znižovania ponuky. Využívaním nových príležitostí poskytovaných od Maastrichtskej zmluvy EÚ vyvinula právny rámec na boj proti obchodovaniu s drogami a zlepšila spoluprácu pri presadzovaní práva. Od obdobia 1995 – 1996 sa v tejto oblasti prijalo viacero opatrení a nedávno sa prijalo rámcové rozhodnutie harmonizovať minimálne sankcie proti obchodovaniu s drogami a rozhodnutie o nových psychoaktívnych látkach (pozri „Opatrenia týkajúce sa nových drog“ s. 55).

Okrem týchto právnych nástrojov sa prijalo a realizoval program spolupráce polície a súdnych orgánov v trestných záležitostiach. Agis je rámcový program, ktorý pomáha polícii, ďalším príslušným orgánom a súdnictvu z členských štátov a kandidátskych krajín spolupracovať v trestných záležitostiach v boji proti zločinu. Od roku 2003 pomohol financovať mnoho projektov. Medzinárodne organizovaná výroba drog a obchodovanie s nimi a zneužívanie drogových prekurzorov sa uvádzajú v oblastiach činností a špecifických témach pracovného programu Agis na rok 2006 a výzve na podávanie návrhov (ktorá sa uzatvorila v januári 2006).

Pranie špinavých peňazí a konfiškácia majetku

Modifikovali sa aj právne nástroje v oblasti prania špinavých peňazí a konfiškácie. Smernica 91/308 o predchádzaní zneužívania finančného systému na účely prania špinavých peňazí⁽⁶⁾, ktorá bola prijatá

v roku 1991 na právnom základe súvisiacom s vnútorným trhom a zmenená a doplnená v roku 2001, sa pokúsila harmonizovať právne predpisy v tejto oblasti medzi členskými štátmi. Jedným z dôvodov prijatia tejto smernice bolo vyhnúť sa možnosti, že chýbanie opatrení Európskeho spoločenstva proti praniu špinavých peňazí by mohlo viesť členské štáty k prijatiu ochranných opatrení, ktoré by mohli oneskoriť zriadenie a dokončenie vnútorného trhu. V júni 2004 Komisia navrhla novú smernicu s rovnakým účelom, ale obsahujúcu navyše financovanie teroristov. Obmedzenie rozsahu smernice na príjmy z obchodovania s drogami sa považovalo ako príliš reštriktívne a Komisia navrhla rozšíriť rozsah zahrnutých trestných činov. Táto nová smernica prijatá v októbri 2005 poskytuje presnú definíciu závažných trestných činov a zahŕňa pranie príjmov z takýchto trestných činov vrátane financovania teroristických činností.

Rámcové rozhodnutie o „konfiškácii príjmov, prostriedkov a majetku súvisiacich so zločinom“ bolo tiež prijaté Radou 24. februára 2005. Snaží sa zabezpečiť, aby všetky členské štáty mali zavedené účinné pravidlá, ktorými sa riadi konfiškácia prostriedkov a príjmov z trestných činov, ktoré sa trestajú odňatím slobody viac ako na 1 rok. Právne predpisy EÚ v tejto oblasti existovali už aj predtým, ale považovali sa za nedostatočné. Toto nové rámcové rozhodnutie sa snaží dosiahnuť účinnú cezhraničnú spoluprácu ohľadom konfiškácie. Mechanizmus konfiškácie sa rozšíril na ďalší majetok súvisiaci so zločinom, ak sa trestný čin spáchal v rámci zločineckej organizácie a ak je trestný čin zahrnutý do jedného z viacerých iných rámcových rozhodnutí EÚ. Medzi nimi je rámcové rozhodnutie 2004/757/JAI, ktorým sa stanovujú minimálne ustanovenia o znakoch skutkových podstat trestných činov a trestov v oblasti nezákonného obchodovania s drogami. Členské štáty podniknú potrebné opatrenia, aby splnili toto rámcové rozhodnutie do 15. marca 2007.

Verejné zdravie

Znižovanie dopytu je neoddeliteľnou súčasťou európskeho vyváženého prístupu k drogám. V súvislosti s realizáciou programu opatrení Spoločenstva v oblasti verejného zdravia v období 2003 – 2008 vybrala v roku 2005 Európska komisia na financovanie niektoré projekty súvisiace s drogami s cieľom „podporovať zdravie a vykonávať prevenciu ochorení prostredníctvom riešenia zdravotných determinantov vo všetkých politikách a činnostiach“. Prvý projekt, ktorý má byť financovaný v oblasti drog, nazývaný EU-Dap 2, je vyhodnotením

⁽⁴⁾ Nariadenie (ES) č. 273/2004 Európskeho parlamentu a Rady z 11. februára 2004, Ú. v. EÚ L 47, 18.2.2004, s. 1.

⁽⁵⁾ Nariadenie Komisie (ES) č. 1277/2005 z 27. júla 2005, Ú. v. EÚ L 202, 3.8.2005, s. 7.

⁽⁶⁾ Smernica Rady 91/308/EHS z 10. júna 1991 o zabránení využívania finančného systému na účely prania špinavých peňazí. Ú. v. ES L 166, 28. júna 1991, s. 77 – 83.

účinnosti školského preventívneho programu EU-Dap, ktorý sa dlhodobo snaží znižovať užívanie tabaku, alkoholu a drog. Druhý projekt, IATPAD, sa snaží zlepšiť prístup k liečbe pre ľudí, ktorí majú problémy súvisiace s alkoholom a drogami. Iné horizontálne projekty zahŕňajú niektoré projekty zamerané na prevenciu drog a mali by byť tiež spolufinancované, napríklad „KAMOŠ – jazdi čistý!“, čo je inovačný projekt zacielený na mladých ľudí vo veku od 18 do 24 rokov a zameraný na zabránenie jazde pod vplyvom alkoholu alebo drog. Tieto projekty boli vybrané pre financovanie a mali by byť spolufinancované za podmienky, že postupy rokovania s Európskou komisiou budú úspešné a že sa podpíše grantová dohoda (?).

Nariadenie EMCDDA

Nakoniec 31. augusta 2005 Komisia schválila nový návrh na prepracovanie zakladajúceho nariadenia EMCDDA. Nové nariadenie je dôležitým nástrojom na uľahčenie práce EMCDDA, pretože definuje nové úlohy. Umožňuje najmä, aby EMCDDA mohla brať do úvahy nové formy užívania drog a nové trendy v užívaní viacerých drog vrátane kombinovaného užívania zákonom povolených a nepovolených látok pôsobiacich na psychiku; vyvíjať nástroje a inštrumenty, ktoré pomôžu členským štátom a EÚ monitorovať a hodnotiť ich protidrogové stratégie a politiky; a spolupracovať s krajinami mimo EÚ, napríklad s kandidátskymi krajinami pre vstup do EÚ alebo krajinami západného Balkánu. Obsahuje aj viacero zmien vo vedeckom výbore a správnej rade. Na základe článku 152 TEC musí byť teraz tento text schválený Radou a Európskym parlamentom podľa postupu spolurozhodovania.

Nové vnútroštátne právne predpisy

Niekoľko krajín urobilo v sledovanom období veľké zmeny vo svojich protidrogových právnych predpisoch týkajúcich sa trestných činov prechovávania drog a obchodovania s nimi a trestov.

V Rumunsku nový právny predpis a nový trestný zákonník zaviedli rozlišovanie medzi zločinmi a prečinmi (pričom prečiny sú teraz trestané najmä povinnými prácami a dennými pokutami), medzi užívateľmi a narkomanmi a medzi drogami s nízkym rizikom a vysokým rizikom. Oslobodenie od trestu a odloženie výkonu trestu sa teraz môže vzťahovať aj na trestné činy súvisiace s drogami. Liečenie narkomanov sa teraz môže uskutočňovať prostredníctvom integrovaného programu pomoci, na ktorý dozerá správca prípadu. Tresty uväznenia sa zvyšujú za trestné činy súvisiace s poskytovaním miesta na užívanie drog, tolerovanie užívania drog na takomto mieste alebo

nabádanie na užívanie drog. Tresty sa zvyšujú aj za nezákonné podávanie drog s vysokým rizikom nejakej osobe a za dodávanie toxických chemických inhalačných prostriedkov nepľnoletej osobe.

V júni 2004 bol v Bulharsku schválený nový zákon o kontrole omamných látok a prekurzorov. Tento zákon ustanovuje funkciu štátnych orgánov pri kontrole regulačných postupov pre drogy, pri realizácii opatrení proti zneužívaniu drog a obchodovaniu s drogami a pri výskume. Dodatočná zmena a doplnenie odstránili oslobodenie narkomanov od trestnej zodpovednosti, ak sa zistí, že vlastnia jednorazovú dávku (čo je diskutované ďalej nižšie).

Na Slovensku nový trestný zákon znovu definuje trestné činy prechovávania drog pre vlastnú potrebu a na obchodovanie s drogami. Na rozdiel od predchádzajúceho trestného činu prechovávania pre vlastnú potrebu (definované ako maximálne jedna dávka), článok 171 definuje dva trestné činy prechovávania pre vlastnú potrebu v závislosti od počtu dávok (podrobnosti si pozrite nižšie). Za tieto trestné činy môžu byť uložené aj dva nové tresty: domáce väzenie alebo povinné práce. Prechovávanie viac ako 10 dávok sa musí posudzovať podľa článku 172, ktorý v závislosti od prirážajúcich okolností stanovuje tresty väzenia od 4 rokov po doživotie. Okrem toho sa vek trestnej zodpovednosti znížil z 15 na 14 rokov.

Zaobchádzanie s drogami s úmyslom ich predaja sa už v Litve viac netrestá väzením v policajných celách do 90 dní; tento trestný čin teraz prirážuje výrazne ťažšie minimálne potrestanie, menovite trest väzenia, hoci minimálny trest sa znížil z 5 na 2 roky. Maximálny trest za krádež veľkého množstva drog alebo krádež v organizovanej skupine sa predĺžil na 15 rokov.

Nedávne zmeny v právnych predpisoch v Taliansku (február 2006) preklasifikovali drogy do dvoch hlavných skupín namiesto šiestich (všetky látky bez terapeutického použitia sa zoskupili dohromady a odstránila sa akákoľvek poznámka o tvrdých a mäkkých drogách); definovala sa hranica medzi osobnou potrebou a obchodovaním. Revidovali sa sankcie, aby zahrnuli domáce väzenie a povinné práce; a zvýšil sa prístup k alternatívam väzenia. Okrem toho majú teraz všetci užívatelia drog právo slobodne si vybrať druh a umiestnenie liečenia, ktoré sa im poskytuje, a inštitúciu, ktorá potvrdzuje stav ich závislosti na drogách, čo sú služby, ktoré už nie sú výlučne poskytované verejným sektorom.

V Spojenom kráľovstve zákon o drogách z roku 2005 urobil viacero podstatných zmien a doplnení vnútroštátnych právnych predpisov vrátane objasnenia klasifikácie húb,

(?) Ďalšie informácie si pozrite na http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

ktoré obsahujú psilocín a psilocybín, ako trieda drog A; vytvorenia predpokladu úmyslu ponuky, keď sa nájde špecifikované množstvo regulovaných drog; umožnenie polícii, aby testovala páchatelov trestných činov súvisiacich s drogami pri zachytení, namiesto pri obvinení, a aby požadovala od tých, ktorí budú pozitívne testovaní, aby sa podrobili hodnoteniu, či užívajú drogy; a požadovania od súdov, aby zohľadnili prirážajúce faktory (napríklad ponúkanie drog v blízkosti školy) pri ukladaní trestov. Súdny tiež môžu poslať do vyšetrovacej väzby až na 8 dní (predtým 4 dni) tých, ktorí prehltnú balíčky s drogami, a súd alebo porota môže teraz vyvodzovať závery, ak osoba bezdôvodne odmietne dovoliť osobnú prehliadku alebo snímanie.

Vo všeobecnosti v celej Európe existuje tendencia znižovať alebo odstraňovať tresty väzenia za trestné činy osobného užívania a zároveň znižovať tresty za trestné činy súvisiace s dodávaním drog (8).

Množstvá

Viacero krajín počas sledovaného obdobia uzákonilo prahové množstvá drog.

Po tom ako Ústavný súd v Belgicku zrušil článok 16 zákona z roku 2003, nová spoločná smernica ministra spravodlivosti a generálneho prokurátora sa zaoberala porušeniami zákonov súvisiacimi s kanabismom. Uvádza, že prechovávanie malého množstva kanabisu pre osobnú potrebu (maximálne 3 gramy alebo 1 rastlina) dospelým človekom by malo viesť iba k jednoduchej registrácii políciou, ak neexistujú prirážajúce okolnosti.

Na Slovensku je úloha množstva podľa nového trestného zákona o trestných činoch súvisiacich s drogami ústredná. Článok 171 stanovuje dva trestné činy prechovávania pre vlastnú potrebu: prechovávanie maximálne troch dávok môže byť potrestané do troch rokov väzenia, kým trest až do piatich rokov väzenia môže byť uložený za prechovávanie „väčšieho množstva“ (maximálne 10 dávok). Prechovávanie väčších množstiev sa musí posudzovať podľa článku 172. Tento umožňuje uložiť trest väzenia od 4 do 10 rokov, ak neexistujú žiadne prirážajúce okolnosti a tresty od 10 do 15 rokov za prechovávanie väčšieho množstva (s pouličnou hodnotou viac ako desať násobok „základnej“ čiastky 8 000 Sk – približne 200 eur), 15 – 20 rokov za prechovávanie drog v značnom rozsahu (definovanom ako viac ako 100-násobok základnej hodnoty) a 20 – 25 rokov alebo doživotné väzenie za

prechovávanie vo veľkom rozsahu (definovanom ako viac ako 500 násobok základnej hodnoty).

V období od roku 2002 do roku 2005 hodnotil Inštitút Maxa Plancka v Nemecku článok 31a nemeckého zákona o narkotikách, ktorý umožňuje, aby prechovávanie „nevýznamných množstiev“ drog bolo za určitých okolností oslobodené od trestného stíhania. Toto hodnotenie zistilo, že v praxi sa implementácia článku 31a zákona v 16 spolkových krajinách Nemecka značne líši, čiastočne kvôli odlišným interpretáciám slova „nevýznamné“ (Schäfer a Paoli, 2006). V marci 2005, spolková krajina Berlín schválila revíziu svojho „usmernenia o kanabise“, podľa ktorého prechovávanie kanabisu do 10 gramov nie je trestne stíhané, ak sú splnené určité kritériá. Toto množstvo sa môže v individuálnych prípadoch zvýšiť na 15 gramov.

Minister zdravotníctva Litvy zmenil a doplnil odporúčania, čo sa má považovať za malé, veľké a veľmi veľké množstvo omamných a psychotropných látok, ktorými sa znovu definujú tieto množstvá. Zákon Spojeného kráľovstva o drogách z roku 2005 teraz stanovuje predpoklad úmyslu ponúkať, keď sa nájde špecifikované množstvo regulovaných drog pri tých množstvách, aké sú stanovené v predpisoch definovaných na jar roku 2006.

V Bulharsku zákon o zmene a doplnení trestného zákonníka (nový SG 26/04) ruší článok 354 ods. 3, ktorý oslobodil narkomanov od trestnej zodpovednosti, ak sa zistí, že prechovávali jednorazovú dávku. Ťažkosti pri definovaní množstva jednorazovej dávky a dôkazy, že táto výnimka je zneužívaná na súde v prospech drogových dilerov, boli medzi dôvodmi uvedenými pre toto opatrenie.

Zmeny realizované vo februári 2006 v Taliansku stanovili nové medzné množstvá, aby sa definoval prah medzi osobnou potrebou a obchodovaním, založený na množstve aktívnej zložky drogy po odstránení takýchto medzných množstiev v roku 1993. Medzné množstvá sú uvedené v osobitnej vyhláške ministerstva zdravotníctva z apríla 2006.

Ako už ukázal výskum Európskych právnych databáz o drogách (ELDD) (9), úloha množstva v zákonoch o drogách sa líši; v niektorých krajinách (napr. na Slovensku) sú množstvá, ktoré vymedzujú určité trestné činy, presne definované, kým v iných krajinách (napríklad v Spojenom kráľovstve) sú množstvá usmerneniami, ktoré umožňujú vznik vyvrátiteľných predpokladov o úmysle. Množstvá môžu tiež rozlišovať medzi trestnými činnými (napr.

(8) Pozri výročnú správu za rok 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sk/page013-sk.html>). Pozri aj „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ (Užívanie nezákonných drog v EÚ: legislatívne prístupy), tematický dokument EMCDDA (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(9) Pozri „The role of the quantity in the prosecution of drug offences“ (Úloha množstva v trestnom stíhaní trestných činov súvisiacich s drogami), právna správa ELDD a tabuľku 1 v „Illicit drug use in the EU: legislative approaches“ (Užívanie nezákonných drog v EÚ: legislatívne prístupy), tematický dokument EMCDDA (oba dokumenty sú dostupné na <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

prechovávanie alebo ponúkanie) alebo určovať trest za rovnaký trestný čin. Hoci sa mnohé krajiny odvolávajú vo svojich právnych predpisoch na množstvo, množstvo môže byť definované rôznymi spôsobmi (hmotnosť, cena) alebo nemusí byť definované vôbec. Najnovšie, zdanlivo kontrastujúce opatrenia Talianska a Bulharska naďalej ukazujú, že neexistuje žiadna jasná celoeurópska zhoda o tejto otázke.

Štatistiky o ukladaní trestov

O monitorovaní trestov ukladaných páchatelom trestných činov súvisiacich s drogami sa diskutovalo alebo sa toto monitorovanie zrealizovalo vo viacerých krajinách a v niektorých prípadoch sa na základe jeho výsledkov už prijali opatrenia.

V Írsku sa dal súhlas na zriadenie centrálnej štatistickej jednotky pre trestné činy, aby sa sledovala štatistika o zachyteniach, trestnom stíhaní a o charaktere uložených trestov v súlade s národnou protidrogovou stratégiou.

Nemecký zákon o omamných látkach umožňuje prokurátorovi prerušiť za určitých okolností trestné konanie kvôli prechovávaniu drog bez súhlasu súdu. Napriek odporúčaniam a usmerneniam o predpisoch, tieto sa značne líšia medzi jednotlivými spolkovými krajinami. Vyššie spomenutá štúdia o týchto rozdieloch, ktorú vykonalo ministerstvo zdravotníctva, skúmala uloženie trestov vo viac ako 1 800 prípadoch v šiestich rôznych spolkových krajinách (Schäfer a Paoli, 2006).

V niektorých spolkových krajinách Rakúska došlo k pokusom štandardizovať implementáciu článkov 12 a 35 ods. 4 zákona o omamných látkach, ktoré definujú zjednodušené postupy stiahnutia správy pre políciu v prípadoch zakúpenia alebo prechovávania malého množstva kanabisu. Iné štatistiky o ukladaní trestov ukázali, že zrieknutie sa správ ako zákonných alternatív trestania sa v roku zvýšilo, hoci policajné správy a odsúdenia rástli ďalej, zatiaľ čo počet prerušených trestných konaní mierne poklesol.

V Rumunsku sa skúmali štatistiky o ukladaní trestov súdmi, aby sa sledoval úspech opätovného sociálneho zaradenia užívateľov drog, ktorí spáchali iné trestné činy ako tie, ktoré súvisia s užívaním drog. Vo väčšine prípadov bolo trestom prerušenie sankcie s dozorom. Od roku 2004 sa pozoruje, že súdy zriedkavejšie nariaďujú povinné liečenie, čo účinne znižuje zapojenie úradov pre podmienené prepustenie, čím sa prispieva k sociálnej rehabilitácii užívateľov drog.

Štatistiky o ukladaní trestov alebo vyhýbaní sa ukladaní trestov poskytujú oveľa presnejší obraz realizácie protidrogovej politiky krajiny, ako poskytuje text právnych

predpisov (pozri EMCDDA, 2002a). Hoci nie všetky členské štáty zhromažďujú komplexné štatistiky o ukladaní trestov, na rozdiel od štatistik o zachytení, krajiny začínajú uvádzať väčší záujem o monitorovanie tejto implementácie, čo je v súlade s trendom hodnotiť nástroje politiky⁽¹⁰⁾. Otázka zhromažďovania a analyzovania štatistik ukladaní trestov bola riešená na stretnutí expertov EMCDDA v roku 2006.

Trestné činy súvisiace s drogami

Opatrenie 25.1 protidrogového akčného plánu EÚ na roky 2005 – 2008 počítá s prijatím spoločnej definície „trestných činov súvisiacich s drogami“ Radou do roku 2007 na základe návrhu Komisie založeného na existujúcich štúdiách, ktoré majú byť predložené EMCDDA.

Hoci ešte neexistuje definícia EÚ pre trestné činy súvisiace s drogami, obvykle sa tým myslia trestné činy spáchané pod vplyvom drog, trestné činy spáchané kvôli financovaniu drog, trestné činy spáchané v súvislosti s fungovaním nezákonných trhov s drogami a porušenia právnych predpisov o drogách. Bežné údaje sú dostupné v EÚ iba o poslednom druhu trestných činov – porušovaní právnych predpisov súvisiacich s drogami.

Správy o súvislosti medzi trestnými činmi a drogami

V roku 2005 sa vykonal v Českej republike druhý po sebe idúci rok prieskumu regionálnych policajných riaditeľstiev o trestných činoch súvisiacich s drogami. Odhadovalo sa, že v roku 2004 užívatelia drog spáchali 62 % trestných činov súvisiacich s výrobou/distribúciou drog, 25 % podvodov, 21 % trestných činov zahŕňajúcich spreneveru peňažných prostriedkov/majetku a 20 % bežných krádeží, aby financovali svoju vlastnú potrebu (česká národná správa).

Prieskum, ktorý sa vykonal v roku 2004 medzi 15- až 16-ročnými vo Fínsku, ukázal, že asi 7 % z tých, ktorí užívali kanabis v poslednom roku, financovalo svoje užívanie nezákonne, viac ako polovica predávaním drog a zvyšok najmä krádežami (Kivivuori a kol., 2005, citované vo fínskej národnej správe).

V Írsku dve štúdie vykonané Výskumnou jednotkou Garda v roku 1996 a 2000/2001 medzi štatistickou vzorkou užívateľov drog známych polícii odhadli, že užívatelia drog zodpovedali za 66 % zistených závažných trestných činov v roku 1996 a 28 % v roku 2000/2001 (Keogh, 1997; Furey a Browne, 2003, citované v írskej národnej správe). Prieskum v roku 2000/2001 zistil, že užívatelia opiatov zodpovedali za 23 % zistených krádeží a 37 % zistených vlámaní.

⁽¹⁰⁾ Pozri „National policies: evaluation of laws“ (Národné politiky: hodnotenie právnych predpisov) (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/sk/page021-sk.html>).

Údaje o prvých troch druhoch trestných činov sú v EÚ zriedkavé alebo útržkovité. Niektoré pochádzajú z miestnych štúdií ad hoc, z ktorých sa ťažko extrapolujú, kým iné sa vzťahujú iba na špecifický druh trestných činov súvisiacich s drogami.

Údaje o „správach“⁽¹¹⁾ o porušovaní právnych predpisov súvisiacich s drogami sú dostupné vo všetkých európskych krajinách analyzovaných v tejto správe. Odrážajú rozdiely vo vnútroštátnych legislatívach, ale aj rôzne spôsoby, akými sú právne predpisy aplikované a presadzované a rozdiely v prioritách a zdrojoch pridelovaných trestnými súdnymi orgánmi pre špecifické trestné činy. Okrem toho existujú rozdiely medzi národnými informačnými systémami o porušovaní právnych predpisov súvisiacich s drogami, najmä v súvislosti s podávaním správ a praktikami evidencie – t. j. čo sa eviduje, kedy a ako. Pretože tieto rozdiely dosť sťažujú priame porovnania medzi krajinami EÚ⁽¹²⁾, je vhodnejšie porovnávať trendy namiesto absolútnych čísel.

Počas 5-ročného obdobia 1999 – 2004 počet „správ“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami sa celkovo zvýšil vo väčšine krajín EÚ, (v skutočnosti vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Talianska a Portugalska, s mimoriadne vysokým zvýšením – dvojnásobným alebo väčším – v Estónsku, Litve⁽¹³⁾, Maďarsku⁽¹⁴⁾ a Poľsku). V roku 2004 sa tento narastajúci trend potvrdil vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy⁽¹⁵⁾, hoci niekoľko krajín uvádzalo pokles počas predchádzajúceho roku – Česká republika, Grécko, Lotyšsko, Luxembursko, Portugalsko, Slovinsko (od roku 2001), Slovensko, Fínsko a Bulharsko⁽¹⁶⁾).

Vo väčšine členských štátov EÚ väčšina uvádzaných porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami⁽¹⁷⁾ sa vzťahovala na užívanie drog alebo ich prechovávanie na užívanie⁽¹⁸⁾, pohybujúc sa v roku 2004 od 61 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami v Poľsku

po 90 % v Rakúsku. V Českej republike, Luxembursku, Holandsku a Turecku sa väčšina uvádzaných porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami vzťahuje na dílerstvo alebo obchodovanie s podielom pohybujúcim sa od 48 % všetkých trestných činov súvisiacich s drogami v Luxembursku po 93 % v Českej republike.

Počas toho istého 5-ročného obdobia sa počet trestných činov užívania/prechovávania na užívanie celkovo zvýšil vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Talianska, Portugalska, Slovinska, Bulharska a Turecka, ktoré uvádzali klesajúci trend⁽¹⁹⁾. Podiel všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami zdôvodnených týmito porušeniami sa tiež počas tohto obdobia zvýšil vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, hoci miera nárastu bola vo všeobecnosti nízka s výnimkou Cypru, Poľska a Fínska, kde sa uvádzali výraznejšie stúpajúce trendy. V Luxembursku, Portugalsku, Bulharsku a Turecku však podiel trestných činov súvisiacich s drogami vzťahujúcich sa na užívanie/prechovávanie na užívanie celkovo poklesol⁽²⁰⁾.

Vo väčšine členských štátov je kanabis nezákonnou drogou, ktorá je najčastejšie uvádzaná⁽²¹⁾ v správach o porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami⁽²²⁾. V krajinách, kde sa toto deje, porušenia súvisiace s kanabisom dosiahli v roku 2004 34 – 87 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami. V Českej republike a Litve prevládajú porušenia súvisiace s amfetamínmi, keď dosahujú 50 % a 31 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami; kým v Luxembursku je kokaín najčastejšie uvádzanou látkou (so 43 % porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami).

V rokoch 1999 – 2004 sa počet „správ“ o porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami vrátane kanabisu celkovo zvýšil vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, kým pokles bol očividný v Taliansku a Slovinsku⁽²³⁾. Počas toho istého obdobia sa podiel trestných činov

⁽¹¹⁾ Výraz „správy“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami je uvádzaný v úvodzovkách, pretože opisuje rôzne koncepcie v rôznych krajinách. Presnú definíciu pre každú krajinu si pozrite v metodických poznámkach o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²⁾ Kompletnejšiu diskusiu o metodologických otázkach si pozrite v metodologických poznámkach o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹³⁾ Zvýšenie v Litve bolo spôsobené implementáciou nového trestného zákonníka v máji 2003.

⁽¹⁴⁾ Zvýšenie v Maďarsku bolo spôsobené doplnením a pozmenením trestného zákonníka a trestného konania.

⁽¹⁵⁾ Údaje o „správach“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami boli dostupné za obdobie 1999 – 2004 vo všetkých krajinách (hoci niekedy nie pre každý rok) s výnimkou Cypru, Slovinska, Bulharska, Rumunska, Turecka a Nórska a pre rok 2004 vo všetkých krajinách s výnimkou Írska, Spojeného kráľovstva a Nórska.

⁽¹⁶⁾ Tabuľka DLO-1 a obrázok DLO-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁷⁾ Rozpisy podľa druhu porušenia boli k dispozícii vo všetkých krajinách (hoci niekedy nie pre každý rok obdobia 1999 – 2004) s výnimkou Dánska, Estónska, Lotyšska, Litvy, Maďarska, Slovenska a Rumunska.

⁽¹⁸⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁹⁾ Pozri tabuľku DLO-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²¹⁾ Rozpisy porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami podľa podstaty (hoci niekedy nie pre každý rok obdobia 1999 – 2004) s výnimkou Dánska, Estónska, Lotyšska, Maďarska, Fínska, Rumunska a Nórska.

⁽²²⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²³⁾ Pozri obrázok DLO-2 v štatistickej ročenke 2006.

súvisiacich s drogami vrátane kanabisu zvýšil v Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Litve, Luxembursku, Portugalsku, Spojenom kráľovstve a Bulharsku, zatiaľ čo zostal celkovo stabilný v Írsku a Holandsku a poklesol v Belgicku, Taliansku, Rakúsku, Slovinsku a Švédsku ⁽²⁴⁾. Hoci vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, (s výnimkou Českej republiky a počas niekoľkých rokov aj Belgicka) kanabis viac prevláda v trestných činoch používania/ prechovávaní, ako v iných porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, podiel porušení súvisiacich s užívaním kanabisu sa zvýšil od roku 1999 vo viacerých krajinách – menovite v Taliansku, na Cypre (2002 – 2004), Rakúsku, Slovinsku a Turecku (2002 – 2004) – a klesol počas posledného roku (2003 – 2004) vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, čo možno naznačuje znížené zameranie orgánov činných v trestnom konaní na užívateľov kanabisu v týchto krajinách ⁽²⁵⁾.

Počas toho istého 5-ročného obdobia počet „správ“ a/alebo podiel porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré zahŕňali heroín, poklesol vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, s výnimkou Belgicka, Rakúska, Slovinska a Švédska, ktoré uvádzali narastajúce trendy v počte „správ“ zahŕňajúcich heroín ⁽²⁶⁾ a/alebo podiel trestných činov súvisiacich s drogami, ktoré zahŕňali heroín ⁽²⁷⁾.

Opačný trend možno pozorovať pri trestných činoch súvisiacich s kokaínom: z hľadiska počtu „správ“ ⁽²⁸⁾ a podielu všetkých trestných činov súvisiacich s drogami ⁽²⁹⁾, počet trestných činov súvisiacich s kokaínom vzrástol od roku 1999 vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy. Bulharsko je jedinou krajinou, ktorá uvádza klesajúci trend v trestných činoch súvisiacich s kokaínom (v počtoch aj podieloch trestných činov súvisiacich s drogami).

Európske protidrogové politiky: presahujúce rámec nezákonných drog?, vo výročnej správe EMCDDA 2006: vybrané otázky

V Európe sa začína rozsah protidrogových politik rozširovať mimo rámca nezákonných drog a zahŕňať ďalšie návykové látky alebo dokonca typy správania. Toto sa zistilo v protidrogových politikách niektorých členských štátov a v protidrogových stratégiách EÚ. Výskum čoraz viac rieši otázku závislosti alebo závislého správania bez ohľadu na príslušné látky. Vybraná otázka zvýšenej pozornosti venovanej v národných stratégiách súvisiacich s nezákonnými drogami alebo v dokumentoch politiky zákonným látkam alebo závislosti samej o sebe sa zameriava na

prezentovanie prvého hlbokého pohľadu do tohto objavujúceho sa javu v Európskej únii.

Hoci protidrogové stratégie sa nie vždy vzťahujú na zákonné drogy alebo závislosti, vybraná otázka zisťuje, že preventívne programy a v niektorých krajinách liečebné opatrenia sa vzťahujú na zákonné a nezákonné drogy, s prioritným zameraním na deti a mladých ľudí. Pomalá integrácia, strategicky alebo inštitucionálne, zákonných drog do politiky a opatrení proti nezákonným drogám sa zdá byť čoraz bežnejšia.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači („European drug policies: extended beyond illicit drugs?“, vo *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internete iba v angličtine (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²⁴⁾ Pozri tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁵⁾ Pozri obrázok DLO-3 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁶⁾ Pozri obrázok DLO-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁷⁾ Pozri tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2006; všimnite si, že počas obdobia 1999 – 2003 poklesol vo Švédsku podiel trestných činov súvisiacich s heroínom.

⁽²⁸⁾ Pozri obrázok DLO-5 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁹⁾ Pozri tabuľku DLO-8 v štatistickej ročenke 2006.



Kapitola 2

Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad

Prevenicia

Skúsenosti v niektorých členských štátoch svedčia o tom, že preventívne zásahy proti drogám na individuálnej úrovni by mohli byť účinnejšie, ak by boli podporované regulačnými politikami o zákonných drogách, ktoré môžu obmedziť prístup mladých ľudí k týmto látkam a znížiť ich sociálnu prijateľnosť. V dôsledku toho sú preventívne stratégie, ktoré sa týkajú prostredia a ktoré riešia normotvorný a kultúrny rámec používania danej látky, rozširujúcim základom v niektorých častiach Európy podporovaným prvými krokmi podniknutými na úrovni EÚ: smernica o propagácii tabaku a rámcový dohovor WHO o kontrole tabaku (pozri časť o stratégiách týkajúcich sa prostredia vo vybranej otázke o užívaní drog na miestach oddychu a zábavy).

Na úlohu kampaní v masmédiách sa čoraz viac pozerá ako na zvyšovanie povedomia (aby sa podoprel, podporil a všeobecne vysvetlil obyvateľstvu základný princíp zásadných stratégií súvisiacich s prostredím) než ako na úlohu meniť správanie. V tomto ohľade sa v nedávnom nemeckom prehľade literatúry (Bühler a Kröger, 2005, citované v nemeckej národnej správe) odporúča, aby sa kampane v médiách používali ako podporné opatrenie, a nie ako jediné opatrenie na dosiahnutie zmien v správaní.

Prevenicia verejného zdravia

Kým propagácia zdravia – ako rámcová podmienka pre prevenciu – sa snaží povzbudiť ľudí, aby prijali zdravý zdravotný štýl a vytvárali zdravé životné podmienky pre všetkých, nový výraz „prevencia verejného zdravia“ je čoraz viac spomínaný niektorými členskými štátmi (Talianskom, Holandskom, Slovenskom) a Nórskom. Prevenicia verejného zdravia zahŕňa viacero preventívnych opatrení zameraných na zlepšovanie zdravia zraniteľných častí spoločnosti, ktorých jedným prvkom je drogová prevencia. Tieto opatrenia sú vhodné najmä pre mladých ľudí, ktorých problémové správanie, vrátane užívania drog, je veľmi podmienené zraniteľnosťou (sociálnou a osobnou) a životnými podmienkami. Preto keďže sa selektívne a vyznačené preventívne stratégie zameriavajú na sociálne a osobné rizikové podmienky, sú prirodzene spojené s inými

politikami verejného zdravia relevantnými pre mladých ľudí (stratégie duševného zdravia tínedžerov týkajúce sa porúch správania, porucha chýbania pozornosti atď.), sociálnymi politikami (poskytovanie priestorov na oddych a podpora zraniteľných mladých ľudí alebo chudobných rodín), politikami vzdelávania (znižovanie predčasného odchodu zo školy) atď. Takže prevencia verejného zdravia sa zameriava na celý súbor faktorov zraniteľnosti, ktoré sa vzťahujú na riešenie problémov s drogami zapojením služieb a sektorov, ktoré by sa štandardne nezameriavali na drogy.

Univerzálna prevencia založená na školách

Preventívne prístupy založené na programe získavajú miesto v prevencii na školách. Prevenicia založená na programe znamená štandardizovaný prednes počas definovaného počtu lekcii, každá s presne definovaným obsahom a podrobným materiálom pre učiteľov a žiakov. To uľahčuje monitorovanie a hodnotenie a zvyšuje presnosť, vernosť a konzistentnosť zásahov, čo vedie k vysokej kvalite prednášania. V dôsledku toho viac členských štátov monitoruje preventívne zásahy na školách ako predtým (Česká republika, Grécko, Španielsko, Írsko, Taliansko, Cyprus, Maďarsko, Holandsko a Spojené kráľovstvo). Prvý európsky pokus o prevenciu zneužívania drog (www.eudap.net) ukázal sľubné výsledky. Projekt, ktorý financuje Európska komisia, bol realizovaný a krížovo hodnotený v siedmich krajinách, deviatich regionálnych strediskách a 143 školách so 7 000 žiakmi (3 500 v pokusnej skupine a 3 500 v kontrolnej skupine). EU-Dap udáva, že v porovnaní s kontrolnou skupinou mali žiaci v pokusnej skupine o 26 % nižšiu pravdepodobnosť užívania kanabisu. Porovnateľným výskumným prístupom založeným na programe je Blueprint v Spojenom kráľovstve⁽³⁰⁾. Okrem toho väčšia pozornosť sa teraz venuje prísnejšiemu technickému usmerňovaniu a lepšiemu pokrytiu pri realizácii prevencie na školách (napr. vo Francúzsku a Írsku).

Polícia v školách

Úloha polície pri prevencii v školách je kontroverznou otázkou. V Belgicku odporúča Francúzske spoločenstvo, aby propagovanie zdravia a politiku prevencie realizovali

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

školské orgány a aby polícia nebola zapojená do programov prevencie. V Spojenom kráľovstve dokument o politike (Výbor pre drogy ACPO, 2002) tiež odporúča, aby policajné orgány pôsobili iba vo svojich oblastiach pôsobnosti (bezpečnosť, trestné činy, poriadok) a nezapájali sa do špecifickej výchovy súvisiacej s drogami. Portugalsko pokračuje podľa tohto postupu v realizácii programu blízkosti policajného dohľadu, Escola Segura (bezpečná škola). Počas školského roku 2004/2005 bolo špeciálne pridelených 320 policajných dôstojníkov na umiestnenie v školách s cieľom realizovať blízkosť policajného dohľadu a odradzovať od trestných činov v noci aj cez deň. Vo Francúzsku experti vyškolení službami na presadzovanie práva navštevujú na požiadanie školy alebo iné úrady, aby naviazali styk s mládežou alebo dospelou populáciou. No napriek odporúčaniam, aby výchova v oblasti drog nebola poskytovaná policajnými dôstojníkmi v uniforme, pretože by v niektorých prípadoch mohla byť kontraproduktívna, činnosti vykonávané policajnými službami v rámci škôl sú ešte stále bežné vo viacerých členských štátoch.

Selektívna prevencia

Po tom, čo väčšina členských štátov uznala a vyvinula metódu selektívnej prevencie, sa zraniteľné skupiny stávajú čoraz viac cieľom. Napríklad Nemecko, Grécko, Luxembursko, Rakúsko, Fínsko a Spojené kráľovstvo uvádzajú programy zamerané na mladých páchatel'ov trestných činov.

Viacero krajín (napríklad Poľsko a Slovensko) začalo klásť dôraz na zraniteľné skupiny. Vo Švédsku sa najočividnejšie zvýšili činnosti v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi v programoch pre ohrozené deti predškolského veku a deti školského veku s vylučujúcim správaním. Počet samospráv, ktoré realizujú tieto programy, sa takmer zdvojnásobil. Okrem toho Nórsko rozvíja národnú stratégiu pre včasný zásah proti problémom s užívaním drog a alkoholu, pri ktorom úsilie o prevenciu bude špeciálne zamerané na cieľové ohrozené skupiny. Prístupy, ktoré nie sú založené na abstinencii, sú účinné pri znižovaní nielen spotreby, ale sú aj podnetom medzi tými skupinami, v ktorých sa už vyskytuje počiatočné užívanie drog. Takže Poľsko má celoštátny program na zmenu správania sa súvisiaceho s drogami u zraniteľných detí alebo detí, ktoré sú už v raných etapách užívania drog. Špecifickým cieľom poľského programu je podpora rodiny pri riešení drogových problémov. V tomto ohľade je užitočné, aby sa koncepcia selektívnej prevencie nezamerala na užívanie drog a nestigmatizovala užívanie drog; radšej by sa mala zamerať na zraniteľnosť v širšom zmysle.

Členské štáty čoraz viac uvádzajú vo svojich politikách selektívnej prevencie zameranie na špecifické etnické skupiny, pričom štyri krajiny (Belgicko, Nemecko, Taliansko a Luxembursko) uvádzajú nové projekty v tejto oblasti. Prioritou mnohých projektov v Taliansku je teraz ochrana detí, matiek a imigrantských rodín alebo tých, ktorí patria k etnickým menšinám. Luxembursko uvádza, že špeciálna pozornosť sa venuje mladým ľuďom a najväčšej imigrantskej komunite so zameraním na lingvistické a sociálno-kultúrne špecifická.

Selektívna prevencia v školách

Rizikovní mladí ľudia, ktorí opúšťajú predčasne školu a/alebo majú problémy so správaním, sú čoraz viac oslovovaní selektívnou prevenciou týkajúcou sa drog, napríklad v Taliansku, kde asi 15 % preventívnych zásahov v školách je zameraných na zraniteľné podskupiny študentov (selektívna a indikovaná prevencia). Hlavnými podskupinami, na ktoré sa zameriava selektívna prevencia v školách, sú žiaci s problémami sociálneho správania, problémami v škole alebo problémami v rodine, imigrantskí žiaci a tí, ktorí patria k etnickým menšinám. V skutočnosti výkon v škole a školská dochádzka sú dobrými ukazovateľmi drogových problémov a ich monitorovanie umožňuje včasný a presný zásah.

Na predčasné opustenie školy sa zameriavajú programy drogovej prevencie vo viacerých členských štátoch. Projekt HUP v okrese Storstrom v Dánsku sa usiluje o zvýšenie priemernej miery absolvovania školy zo 75 % na národný cieľ 95 % so zameraním na zraniteľných žiakov. Podobné projekty sú uvádzané v Írsku, Portugalsku (47 projektov), Rumunsku (jeden projekt) a Nórsku (brožúrky pre učiteľov). Zníženie predčasného opustenia školy je oficiálnou snahou národnej stratégie Írska s cieľom 10 % zníženia v porovnaní s mierami v školskom roku 2005/2006 v oblastiach LDTF (miestna protidrogová pracovná skupina). Na najviac ohrozených žiakov sa zameriavajú programy selektívnej prevencie na Malte, kým vo Francúzsku a na Slovensku sú poskytované poradenské služby na základe (vlastnej) žiadosti.

Prevencia založená na rodine

Pri narastajúcich počtoch mladších detí, ktoré začínajú užívať drogy, má čoraz väčší význam intenzifikácia prevencie založenej na rodine. U detí v predpubertálnom veku vplyv rodiny prevláda nad vplyvom rovesníkov. Úloha rodiny v stanovovaní noriem a podpore detí je dôležitejšia ako poskytovanie informácií o látkach.

Prevencia v EÚ založená na rodine sa stáva zameranejšou a pevnejšie založenou na potrebách. Viaceré členské štáty (Nemecko, Španielsko, Írsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo) potvrdili, že pre inštitúcie môže byť ťažké

skontaktovať sa s problémovými rodinami. V dôsledku toho pripravila kampaň FRANK v Spojenom kráľovstve akčný balík pre protidrogové a protialkoholické akčné tímy a odborníkov na prevenciu o tom, ako sa dostať do blízkosti rodín a vo viacerých iných členských štátoch sa teraz realizujú programy selektívnej prevencie zamerané na ohrozené rodiny. Tieto programy využívajú viacero techník, aby pritiahli ohrozené rodiny (napríklad poskytovaním jedla, finančnými stimulmi, opatrovaním dieťaťa), ktoré sú väčšinou založené na Kumpferovom programe upevňovania rodín (Kumpfer a kol., 1996).

Program upevňovania rodín (SFP) sa realizuje v Španielsku (Palma de Mallorca a Barcelona), Holandsku (dve mestá, hodnotiaci štúdiá) a Švédsku (dve mestá). Prebieha školenie v Írsku a Taliansku, pričom v Taliansku sa predpokladá, že pokrytie sa rozšíri na viacero miest. Nórsko vyhodnocuje podobný program MST v náhodne riadenom pokuse. Tieto selektívne programy založené na rodine majú podobné charakteristické vlastnosti vo všetkých členských štátoch, kde sa realizujú.

Programy pre zanedbávané deti a mladých ľudí z nefunkčných rodín sa uskutočňujú v Poľsku a v niektorých spolkových krajinách Rakúska. Tieto programy sa realizujú na miestach patriacich miestnemu spoločenstvu, ako sú spoločné sociálno-terapeutické izby, výchovné zariadenia, kluby mládeže a strediská prevencie.

Niektoré krajiny sa čoraz viac zameriavajú na deti alkoholikov (Belgicko, Nemecko, Rakúsko). Ostatné krajiny sa stále zameriavajú výlučne na deti užívateľov drog.

Prevencia v spoločenstvách

Väčšina programov selektívnej prevencie funguje na úrovni spoločenstva. Toto je čiastočne spôsobené tým, že rôzne príslušné sociálne služby sú obvykle koordinované na tejto úrovni. No v krajinách, kde majú spoločenstvá právomoci a budú presadzovať miestne normy, je spoločenstvo prirodzenou jednotkou pre stratégie súvisiace s prostredím. Selektívna prevencia založená na spoločenstve je bežná v škandinávskych krajinách a v Belgicku, Holandsku, Poľsku a Spojenom kráľovstve a narastá v krajinách, ktoré v minulosti používali tento prístup v menšej miere (Francúzsko, Taliansko, Maďarsko, Portugalsko).

Stanovením spoločenských noriem pre dostupnosť a spôsoby spotreby zákonných drog a optimalizovaním miestnych služieb sú miestne stratégie prevencie súvisiace s prostredím dobrým východiskovým bodom pre účinné programy drogovej prevencie.

Kontrola kvality pri prevencii

Kontrola kvality pri prevencii je čoraz dôležitejšia, najmä kvôli tomu, že mnoho členských štátov prenieslo kompetencie a zodpovednosti za prevenciu na miestnu úroveň (Dánsko, Taliansko, Holandsko, Poľsko, Portugalsko a Slovinsko) a/alebo delegovali zodpovednosť za protidrogovú prevenciu na mimovládne organizácie alebo na polozávislé združenia (Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Maďarsko a Fínsko). Takže niektoré členské štáty referujú o stratégiách, aby poskytli spoločné kvalitatívne kritériá, normy a služby technického poradenstva na miestnej úrovni podporujúce školy alebo obce pri vypracovávaní školských politík (Belgicko, Dánsko, Holandsko a Spojené kráľovstvo), realizujú primerané programy prevencie a zabezpečujú minimálne kritériá kvality (Dánsko, Francúzsko, Litva, Maďarsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo, Rumunsko a Nórsko).

Grécko a Rakúsko sú na čele pri definovaní špecifikácií pre akreditáciu agentúr, ktoré sa zaoberajú prevenciou alebo odborníkov na prevenciu.

Reakcie liečenia a znižovania škôd spôsobených užívaním drog

Kontext zhromažďovania údajov EMCDDA o reakciách znižovania škôd spôsobených užívaním drog a liečenia na problémy súvisiace s drogami je uvedený v dvoch hlavných dokumentoch EÚ:

- Protidrogová stratégia EÚ na roky 2005 – 2012 a jej prvý akčný plán na roky 2005 – 2008, ktorý predstavuje rámec pre národné politiky, ako aj podrobné odporúčania pre opatrenia v členských štátoch zamerané na prevenciu užívania drog a na zvyšovanie pokrytia a kvality služieb liečenia a znižovania škôd spôsobených užívaním drog;
- Odporúčanie rady z 18. júna 2003 ⁽³¹⁾, ktoré uvádza ďalšie špecifické odporúčania opatrení, o ktorých realizácii by mali členské štáty uvažovať, aby sa zabránilo a znížilo poškodenie zdravia súvisiace s drogovou závislosťou a aby sa zabezpečila vysoká úroveň ochrany zdravia. Toto odporúčanie bolo zdôraznené jeho zaradením do akčného plánu EÚ ako cieľ 14.

Aby sa vyhodnotila úroveň realizácie stratégie, je dôležité, aby sa určili úrovne poskytovania služieb a rozsah, v akom sa služby využívajú. V konečnom dôsledku však dôveryhodné odhady pokrytia – rozsahu, v akom sa dosiahne príslušná cieľová skupina opatreniami na liečenie a zníženie škôd spôsobených užívaním drog – budú

⁽³¹⁾ Odporúčanie Rady 2003/488/ES.

potrebné na vyhodnotenie cieľov akčného plánu a na vytvorenie základu na hodnotenie účinku stratégie.

EMCDDA podporuje Komisiu počas 8-ročnej realizačnej doby stratégie pri hodnotiacom procese poskytovaním údajov zo systému epidemiologických ukazovateľov EÚ a vývojom a realizáciou viacerých špecifických nástrojov na zber údajov, aby sa stanovilo poskytovanie služieb a využívanie liečebných služieb a znižovania škôd spôsobených užívaním drog. V porovnaní s dobrým prehľadom epidemiologickej situácie, ktorý sa dosiahol vývojom a realizáciou monitorovania založeného na ukazovateľoch riadeného EMCDDA, štandardizované referovanie o reakciách je obmedzené.

Liečenie náhradou opiátov

Udržiavacie liečenie metadónom pre užívateľov heroínu zaviedli v Európe po prvýkrát Švédsko (v roku 1967), Holandsko a Spojené kráľovstvo (1968) ako aj Dánsko (1970), ale jeho použitie zostalo mnoho rokov obmedzené.

Po objave rozsahu, v akom sa šíri epidémia HIV medzi užívateľmi drog v krajinách západnej Európy, terapeutické ciele a prístupy sa v mnohých krajinách začali posúvať od abstinencie, ako primárneho cieľa, k prijatiu zásahov, ktoré sú viac orientované na zníženie škôd súvisiacich s užívaním drog. Akceptovala sa potreba opakovaných liečebných zásahov a uznali sa výhody protidrogového udržiavacieho

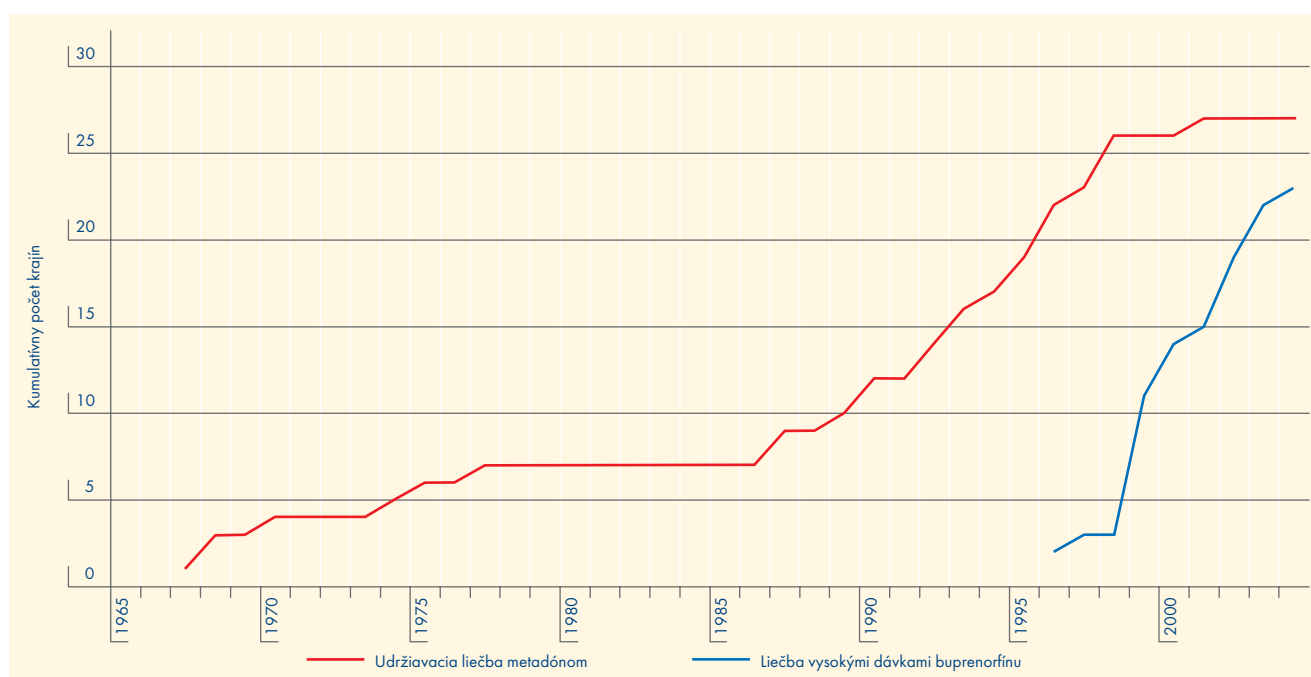
liečenia pre stabilizáciu a zlepšenie zdravia a sociálnej situácie užívateľov, ako aj pre spoločnosť ako celok.

Koncom osemdesiatych rokov minulého storočia sa rýchlosť, akou sa zavádzalo udržiavanie metadónom ako liečebná metóda, zrýchlila. Do roku 2001 ju zaviedlo 24 krajín EÚ, ako aj Bulharsko, Rumunsko a Nórsko (obrázok 1). Mierka a pokrytie sa však medzi jednotlivými krajinami značne líšia (pozri kapitolu 6).

V roku 1996 sa po prvýkrát ustanovil právny základ v členskom štáte EÚ pre používanie lieku, ktorý obsahuje buprenorfín (pozri vybranú otázku o buprenorfíne vo výročnej správe za rok 2005). Teraz je dostupný a používa sa vo väčšine členských štátov. Keďže buprenorfín je regulovaný podľa menej prísnej prílohy dohovorov OSN o drogách, krajiny dostali väčšie možnosti na jeho predpisovanie. V niektorých krajinách táto možnosť liečenia viedla k rýchlemu zvýšeniu počtu liečených klientov. Skúmajú sa nové metódy farmakoterapeutického liečenia mimo náhrady rovnako pôsobiacich liekov a pozornosť výskumu sa teraz obracia k vývoju reakcií na liečenie užívateľov kokaínu a kraku, z ktorých mnohí užívajú heroín alebo ho užívali v minulosti (pozri aj kapitolu 5).

Odhaduje sa, že v EÚ v roku 2003 viac ako pol milióna užívateľov opiátov dostávalo substitučnú liečbu, čo predstavuje jednu tretinu zo v súčasnosti odhadovaného počtu 1,5 milióna problémových užívateľov opiátov (EMCDDA, 2005a). Nové členské štáty a kandidátske

Obrázok 1: Zavedenie udržiavacej liečby metadónom a liečba vysokými dávkami buprenorfínu v členských štátoch EÚ, kandidátskych krajinách a Nórsku



Zdroje: Národné kontaktné miesta

krajiny predstavujú iba za malý zlomok klientov v európskom regióne, ktorí sú substitučne liečení, čo možno čiastočne vysvetliť nižšími úrovňami užívania opiátov v týchto krajinách. Hoci v týchto krajinách zostáva poskytovanie substitučnej liečby nízke, existujú určité náznaky zvýšenia v Estónsku, Litve a Bulharsku.

Poskytnuté informácie ukazujú, že v niektorých krajinách sa ďalej zvyšovalo poskytovanie liečby metadónom, ale v ôsmich krajinách sa počet ľudí, ktorí dostávajú takúto liečbu, stabilizoval alebo znížil⁽³²⁾. Štyri z týchto krajín, Dánsko, Španielsko, Malta a Holandsko, majú profil dlhodobého užívania heroínu a vysoko dostupné programy náhrady metadónom. Ostatné štyri krajiny, Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko a Rumunsko, sú charakterizované nízkym rozsahom náhrady metadónom a na niektorých miestach existujú poradovníky na liečenie.

Je ťažké stanoviť, či klesajúci počet klientov, ktorí dostávajú liečbu metadónom, znamená, že takíto klienti prechádzajú na liečbu buprenorfinom, ak je dostupná. Rozsah, v akom je poskytovaná liečba závislosti na drogách praktickými lekármi, často nie je na národnej úrovni známy.

Poskytovanie a druh liečenia drogovej závislosti

Prieskum, ktorý sa v roku 2005 uskutočnil v rámci národných kontaktných miest, hodnotil všeobecné charakteristiky poskytovania liečenia v Európe. Národným expertom sa položila otázka, či väčšina užívateľov opiátov je liečená v programoch bez drog alebo v programoch využívajúcich lieky alebo či sa obe metódy používajú rovnako.

Výsledky ukazujú pomer vysoko v prospech liečenia pomocou liekov, pričom hlavnou používanou látkou je metadón (s výnimkou Českej republiky a Francúzska; podrobnosti si pozrite v kapitole 6). Výsledky ďalej ukazujú, že liečenie súvisiace s drogami je vo väčšine krajín poskytované najmä v ambulantných zariadeniach – iba Lotyšsko a Turecko poskytujú väčšinu liečenia v lôžkových zariadeniach. Tradičné metódy psychoterapeutického liečenia (psychodynamická terapia, terapia súvisiaca s poznávaním a správaním, systematická/rodinná terapia a Gestalt terapia) sú najčastejšie používanými metódami ambulatného liečenia v Írsku, Lotyšsku, Spojenom kráľovstve, Bulharsku a Turecku. Deväť krajín uvádza používanie prevažne "podporných" metód (ktoré môžu zahŕňať poradenstvo, sociálno-vzdelávacie terapiu

a terapiu súvisiacu s prostredím, motivačné rozhovory alebo relaxačné postupy a akupunktúru) a 10 krajín kombinuje rôzne metódy pri svojej práci s ambulantnými pacientmi.

Čo sa týka starostlivosti o hospitalizovaných pacientov, 12-krokový model Minnesota je najčastejšie používaným modelom v nemocničnej starostlivosti v Írsku, Litve, Maďarsku a Turecku, kým šesť krajín používa prevažne metódy psychoterapeutického liečenia, päť krajín „podporné“ metódy a 10 krajín kombináciu týchto postupov. Počas uplynulého desaťročia, a ešte viac počas posledných 5 rokov, mnoho európskych krajín „otvorilo dvere“ liečeniu rozšírením poskytovania substitučnej liečby a znížením obmedzení prístupu. Nikdy predtým systém starostlivosti nedosiahol taký veľký počet užívateľov drog. Mnohí z nich, nie však všetci, si vyžadujú pomoc presahujúcu liečenie ich závislosti a zdá sa, že mnohí potrebujú nízkoprahovú starostlivosť ako aj veľkú podporu pre ich reintegráciu.

Reakcie znižovania škôd spôsobených užívaním drog

Keď sa dosahovanie klientov a udržiavanie kontaktu stalo samotným cieľom, zároveň získali uznanie a podporu dosah a poskytovanie nízkoprahových služieb a stali sa teraz podstatnými súčasťami komplexnej reakcie v mnohých členských štátoch. Spoločné profily reakcie sú viditeľné v Európe s ohľadom na prevenciu infekčných chorôb medzi užívateľmi drog a znížením úmrtí súvisiacich s drogami (pozri aj kapitolu 7).

Zníženie úmrtí súvisiacich s drogami bolo po prvýkrát definované ako cieľ európskej protidrogovej politiky pred ô rokmi a je cieľom súčasného akčného plánu EÚ⁽³³⁾. Počet krajín, ktoré zahrnuli do svojich národných politík priamu zmienku o ciele znížiť úmrtia súvisiace s drogami, v posledných rokoch neustále narastá, keď osem krajín prijalo takéto stratégie počas rokov 2004 a 2005 (čím sa dosiahol celkový počet 15). Okrem národných politík sú bežné doplnkové prístupy na úrovni miest: viacero hlavných miest (vrátane Atén, Berlína, Bruselu, Lisabonu a Tallinu) ale aj širšie polomestské regióny (napríklad východný región Írska, región okolo Dublinu) majú svoje vlastné stratégie na znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami. V Českej republike, Taliansku, Holandsku a Spojenom kráľovstve sa uvádza existencia miestnych alebo regionálnych politík a v Bulharsku boli vypracované stratégie na miestnej úrovni v deviatich mestách.

⁽³²⁾ Pozri tabuľku NSP-7 v štatistickej ročenke 2006.

⁽³³⁾ Cieľ 17 akčného plánu EÚ na roky 2005 – 2008 vyžaduje, aby zníženie úmrtí súvisiacich s drogami bolo zaradené ako špecifický cieľ na všetkých úrovniach so zásahmi špeciálne navrhnutými na tento účel.

Akcie a zásahy týkajúce sa užívateľov drog vo väzniciach v nových členských štátoch

Súčasný údaje sú založené na spoločnom projekte zhromažďovania údajov EMCDDA–WHO/Európa, ktorý sa realizoval v roku 2005 ⁽¹⁾.

Testovanie drog vo väzniciach sa uvádza vo väčšine nových členských štátoch. Krajiny sa však líšia z hľadiska ich programov testovania drog. Väzni sa testujú po prijatí iba v Českej republike, na Malte a v Slovinsku. Malta a Slovinsko sú tiež jedinými krajinami, ktoré testujú väzňov pred ich odchodom na dovolenku. Náhodné testovanie drog sa vykonáva vo všetkých väzniciach v Českej republike, na Malte, v Slovinsku a na Slovensku a v menej ako 50 % väznic v Maďarsku.

Prístupy liečby bez drog prevládajú v zásahoch vo väzniciach v nových členských štátoch, ale dosah takýchto zásahov je obmedzený. Uvádza sa, že liečenie bez drog so psychologickou podporou je dostupné v menej ako 50 % väznic v Českej republike, Estónsku, Litve, Maďarsku, Poľsku a na Slovensku. Jednotky bez drog existujú vo väčšine krajín, ale iba Česká republika a Slovinsko uvádzajú takéto zariadenia vo viac ako 50 % väznic. Krátka detoxikácia s medikátnou liečbou je viac dostupná (všetky väznice v Lotyšsku, Maďarsku, na Malte, v Slovinsku a na Slovensku).

Počet väzňov v nových členských štátoch, ktorí majú prístup k liečbe antagonistami a k substitučnej liečbe je vo všeobecnosti nízky. S výnimkou naliehavých prípadov sa nezdá, že by liečba

antagonistami existovala a málo krajín uvádza dostupnosť substitučnej liečby závislosti od opiátov kvôli akútnej detoxikácii vo väzení (Maďarsko, Malta, Poľsko a Slovinsko). Zásahy pred prepustením súvisiace s drogami nadobúdajú najmä formu poradenstva a poskytovania informácií (Česká republika, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Poľsko, Slovinsko a Slovensko). Substitučná liečba ako zásah pred prepustením je dostupná vo všetkých väzniciach v Slovinsku a v menej ako 50 % väznic v Poľsku.

Málo väznic v nových členských štátoch uvádza opatrenia na zníženie škôd pre injekčných užívateľov drog. Programy výmen injekčných ihliel a striekačiek sa nerealizujú vo väzniciach v žiadnom z nových členských štátov a iba Estónsko, Litva a Slovinsko uvádzajú poskytovanie dezinfekčných prostriedkov na čistenie injekčných striekačiek. Napriek tomu vo väzniciach bojujú s infekčnými chorobami súvisiacimi s drogami. Očkovanie proti hepatitíde B je dostupné vo všetkých väzniciach v šiestich nových členských štátoch (Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Malta, Slovinsko a Slovensko) a päť krajín uvádza dostupnosť antivírusovej liečby väzňov pozitívnych na hepatitídu C vo všetkých väzniciach (Česká republika, Litva, Poľsko, Slovinsko a Slovensko). Antiretrovírusovú liečbu pre HIV pozitívnych väzňov uvádzajú všetky nové členské štáty ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Údaje poskytli Česká republika, Estónsko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Poľsko, Slovinsko a Slovensko. Ďalšie odkazy si pozrite v EMCDDA (2005c).

⁽²⁾ Žiadne údaje nie sú dostupné pre Cyprus.

Podobne ako v predchádzajúcej protidrogovej stratégii a akčnom pláne Európskej únie prevencia šírenia infekčných chorôb zostáva dôležitým cieľom v súčasnej stratégii a je špecifikovaná ako cieľ 16 v akčnom pláne na roky 2005 – 2008. Toto zdôrazňuje pokračujúcu dôležitosť, ktorú európske vlády a Komisia pripisujú dôsledkom užívania drog súvisiacich so zdravím ⁽³⁴⁾.

Veľká väčšina krajín EÚ a Nórsko jasne vysvetlili svoj prístup k prevencii infekčných chorôb medzi užívateľmi drog a zahrnuli konkrétne ciele alebo úlohy do svojich dokumentov národnej protidrogovej stratégie alebo prijali osobitný politický text, ktorý špecifikuje, ako sa má riešiť prevencia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog (Španielsko, Lotyšsko, Luxembursko, Švédsko), alebo urobili oboje (Estónsko, Francúzsko, Spojené kráľovstvo). Malta a Rakúsko plánujú vypracovať špecifické politiky pre svoj prístup v tejto oblasti.

V Nemecku a Grécku tvoria konkrétne opatrenia zamerané na prevenciu infekčných chorôb časť národnej protidrogovej

stratégie, hoci prevencia infekčných chorôb nie je výslovne identifikovaná ako cieľ.

Tieto stratégie prevencie infekčných chorôb sú vo väčšine prípadov pomerne nové a načasovanie ich prijatia sa zhoduje vo viacerých krajinách s predchádzajúcou protidrogovou stratégiou EÚ (2000 – 2004), v ktorej zníženie výskytu infekčných chorôb medzi užívateľmi drog sa stáva európskym cieľom po prvýkrát.

Podľa správ NFP ⁽³⁵⁾ ciele a cieľové skupiny v národných stratégiách tiež ukazujú vysokú úroveň súčinnosti na európskej úrovni. Okrem osôb, ktoré si vstreknú drogy injekčnými striekačkami, cieľové skupiny zahŕňajú sexuálnych pracovníkov a väzňov. Najmä v nových členských štátoch zo strednej Európy, ale aj v Nórsku, mladí ľudia a tí, ktorí si drogy nevstreknú, sú jasne oslovení ako ďalšie dôležité cieľové skupiny pre opatrenie na zabránenie infekčným chorobám. Dánske a estónske politiky rozšírili cieľové skupiny ešte viac a zahrnuli skupiny v úzkom styku s užívateľmi drog.

⁽³⁴⁾ Cieľ 16 akčného plánu na roky 2005 – 2008 sa osobitne odvoláva na prevenciu infekčných chorôb. Cieľ 14 požaduje realizáciu odporúčania Rady o prevencii a znižovaní škôd na zdraví súvisiacich so závislosťou na drogách, ktoré bolo prijaté v roku 2003 (odporúčanie Rady 2003/488/ES), Správa Komisie o implementácii tohto odporúčania vrátane informácií získaných od politických činiteľov a z národných kontaktných miest siete Reitox sa predpokladá v roku 2007 ako príspevok k hodnoteniu protidrogovej stratégie EÚ.

⁽³⁵⁾ Táto analýza je založená najmä na národnom podávaní správ so štruktúrovaným dotazníkom (SQ 23), aktualizovanými o informácie poskytnuté národnými kontaktnými miestami v ich národných správach.

V mnohých krajinách EÚ sú stratégie, ktoré sú zamerané na znižovanie infekčných chorôb, jasne orientované na HIV/AIDS, najmä v Estónsku, Španielsku, na Cypre v Lotyšsku a Litve. V 10 krajinách (37 %) však stratégie proti infekčným chorobám výslovne uvádzajú prevenciu infekcie hepatitídou C medzi užívateľmi drog⁽³⁶⁾. Írsko začalo v roku 2004 proces konzultácií, aby pripravilo takúto stratégiu, a v Nemecku sa vydali odporúčania o prevencii a liečení. Odborná a verejná diskusia vyvrcholila v Rakúsku medzinárodnou konferenciou o tejto téme, ktorá sa konala vo Viedni v roku 2005.

Stratégie znižovania škôd spôsobených užívaním drog tvoria dôležitú súčasť európskej reakcie na užívanie drog v súčasnosti a zlepšovanie prístupu k službám na prevenciu a znižovanie škôd súvisiacich so zdravím je hlavnou prioritou protidrogovej stratégie EÚ na roky 2005 – 2012. Spoločná strategická platforma na znižovanie škôd súvisiacich so zdravím, ktorú poskytuje protidrogová stratégia EÚ, sa odráža v mnohých národných politikách v celej EÚ a podporila zosúladenie reakcií založených na dôkazoch v tejto oblasti. V roku 2004 bolo zdokumentované zlepšenie monitorovania dostupnosti injekčných striekačiek na európskej úrovni. No informácie o poskytovaní, využívaní a pokrytí širokého rozsahu ďalších dôležitých služieb poskytovaných nízkoprahovými agentúrami sú zaznamenávané vo veľmi malej miere na národnej úrovni vo väčšine krajín. Európsky obraz nie je možné ľahko načrtnúť. Projekt na zlepšenie situácie s údajmi je opísaný v rámčeku „Nízkoprahové agentúry ako dôležitý zdroj údajov“.

Cielené liečenie a riadenie kvality

Súčasný akčný plán EÚ tiež požaduje kvalitné služby liečenia a znižovanie škôd súvisiacich s užívaním drog.

Používanie nástrojov na riadenie kvality na úrovni plánovania liečenia a znižovania škôd súvisiacich s užívaním drog viedlo k tomu, že služby sa stali špecifickejšími pre cieľovú skupinu, napr. rešpektujú rôzne potreby rodových skupín (pozri aj vybranú otázku pohlavia).

Liečebné zariadenia alebo programy, ktoré slúžia výlučne jednej špecifikovanej cieľovej skupine, sú bežným javom v celej EÚ. Deti a mladí ľudia vo veku do 18 rokov sú liečení v špecializovaných agentúrach v 23 krajinách; liečenie užívateľov drog s psychiatrickou sprievodnou chorobnosťou prebieha v špecializovaných agentúrach v 18 krajinách a existenciu služieb špecializovaných na ženy uvádzajú všetky krajiny s výnimkou Cypru, Lotyšska, Litvy, Bulharska a Turecka. Služby určené na uspokojovanie

Nízkoprahové agentúry ako dôležitý zdroj údajov

Nízkoprahové agentúry hrajú veľmi dôležitú úlohu pri zvyšovaní prístupu užívateľov drog k starostlivosti. Pre populácie užívateľov drog, ktoré sú „skryté“ alebo ktoré sa ťažšie dosahujú alebo stratili kontakt so systémom starostlivosti, môžu tieto agentúry poskytnúť kontaktné miesto pre poskytovanie lekárskejších a sociálnych služieb.

Hoci všetky nízkoprahové agentúry majú zavedený systém pre dokumentovanie poskytovania ich služieb a monitorovanie a poskytovanie správ môže byť rozsiahle, tieto činnosti sú v prvom rade orientované smerom k zodpovednosti voči financujúcim orgánom a menej smerom k riadeniu vnútornej kvality alebo plánovaniu a hodnoteniu služieb. Príliš často zostávajú cenné informácie, ktoré sú zhromaždené, na úrovni agentúry. Napriek jeho potenciálnej dôležitosti pre monitorovanie foriem užívania drog a trendov, ako aj prístupu k službám sa zdá, že nízkoprahové zariadenie je zväčša málo využívané. Jednou hlavnou prekážkou je chýbanie štandardizácie a porovnateľnosti zhromaždených informácií.

Pre zlepšovanie kvality dostupných údajov o poskytovaní a využívaní služieb na znižovanie škôd je dôležité, aby existoval nástroj na zhromažďovanie údajov, ktorý je vhodný pre agentúry a ktorý zároveň poskytuje príslušné výsledky na národné a európske monitorovacie účely. Iniciatívu v tomto smere je spoločný projekt EMCDDA a Korelačnej siete podporovaný expertmi z národných kontaktných miest Francúzska, Írska, Maďarska a Nórska. Korelačná sieť (Európska sieť pre sociálne začlenenie a zdravie, www.correlation-net.org) zatupuje vládne a mimovládne organizácie z 27 európskych krajín a je financovaná z programu verejného zdravia Európskej komisie (DG SANCO).

potrieb imigrantských užívateľov drog alebo skupín so špecifickými jazykovými požiadavkami alebo náboženským alebo kultúrnym prostredím sú menej bežné, ale sú uvádzané z Belgicka, Nemecka, Grécka, Španielska, Litvy, Holandska, Fínska, Švédska a Spojeného kráľovstva.

Zariadenia, ktoré sa špecializujú na liečenie užívateľov kanabisu alebo kokaínu, sú uvádzané z 13 krajín a špecifické programy liečenia pre tieto skupiny v protidrogových agentúrach existujú v ôsmich krajinách. Dostupnosť a prístupnosť takýchto služieb je však vo väčšine týchto krajín nízka. Podobný špecializovaný program pre užívateľov amfetamínu je uvádzaný zo Španielska, Slovenska a Spojeného kráľovstva. Ďalšie konkrétne kroky smerom k zvyšovaniu kvality liečenia a starostlivosti zahŕňajú riadenie individuálnych prípadov, sprostredkovanie poskytovania služieb špecialistov

⁽³⁶⁾ Vrátane Francúzska a Anglicka ktoré vytvorili plne rozvinuté stratégie prevencie hepatitídy C: *Plan National Hépatites Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) a *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>)

(t.j. liečenie sprievodnej chorobnosti) a hodnotenia predbežného liečenia klientov, aby sa lepšie zladili profily klientov s ponúkaným liečením s cieľom dosiahnuť dlhšiu zdržanlivosť a zvýšenú účinnosť liečenia.

Napriek celkovému rozšíreniu možností liečenia zaoberanie sa niektorými skupinami užívateľov drog, najmä tými, ktoré majú dlhodobé a chronické problémy, zostáva výzvou pre protidrogové služby. Dosah a nízkoprahové zásahy sú bežnými metódami v snahe nadviazať kontakt a zaoberať sa týmito ťažko dosiahnuteľnými populáciami. Kontroverzným prístupom je zriadenie miestností na užívanie drog pod dozorom v niektorých krajinách, ktoré sa zameriavajú najmä na osoby, ktoré si vstreknú drogy, ale teraz sa niekedy toto poskytovanie rozširuje na fajčenie kraku, kokaínu alebo heroínu (pozri EMCDDA, 2004c). Ďalšou kontroverznou oblasťou rozvoja služieb a experimentovania je užívanie heroínu v niekoľkých krajinách ako prostriedku na liečenie pomocou náhrady drogy. Hoci vo všeobecnosti zostávajú činnosti v tejto oblasti veľmi obmedzené v porovnaní s inými možnosťami liečenia, niektoré štúdie naznačili, že predpisovanie heroínu môže mať potenciálne výhody pre klientov, u ktorých zlyhala udržiavacia liečba metadónom. Napríklad nedávny nemecký náhodne kontrolovaný pokus liečenia za pomoci heroínu (Naber a Haasen, 2006) uvádza pozitívne výsledky z hľadiska zdravia a aj znížovania užívania nezákonných drog. Napriek tomu v Európe v súčasnosti neexistuje žiadna jasná zhoda o nákladoch a výhodách tohto prístupu a tento zostáva oblasťou, kde sa vedú rozsiahle politické a vedecké diskusie.

S narastajúcou dostupnosťou a kvalitou liečenia sa dôraz v niektorých európskych mestách posunul aj smerom k zníženiu dopadu užívania drog na spoločnosť. Asertívny dosah práce a atraktívny rozsah nízkoprahových služieb ukázali prísľub v niektorých miestnych súvislostiach (pozri „Metódy znížovania škôd súvisiacich s užívaním drog“ v kapitole 5) a mohli by byť cennými a účinnými modelmi, ktoré by sa širšie využili na opätovné nadviazanie komunikácie s marginalizovanými skupinami a prípadne ich priviedli k liečeniu.

Vývoj „bezpečnejších“ náhradných produktov (t. j. látok, u ktorých je menej pravdepodobné, že sa budú zneužívať na čiernom trhu) robí pravdepodobným, že liečenie závislosti od drog sa ešte viac posunie smerom k ordinácii praktického lekára. Toto je aj proces normalizácie, ktorý

umožňuje, aby sa závislosť od drog liečila podobne ako chronická choroba, napríklad cukrovka.

Niektoré krajiny uvádzajú, že veľké skupiny užívateľov heroínu pri substitučnej liečbe vytvárajú zodpovedajúci dopyt po podpore sociálnej reintegrácie, najmä po platenej práci. Za súčasných ekonomických okolností budú asi mnohé krajiny považovať za ťažké splniť požiadavky na profesionálnu reintegráciu starších užívateľov heroínu, aj keď sú stabilizovaní protidrogovou udržiavacou liečbou. Táto situácia sa zhoršuje vysokými úrovňami chorobnosti v tejto skupine.

Sociálna reintegrácia

Celá dostupná literatúra, skutočnosti a údaje z členských štátov smerujú k tej istej skutočnosti: životné situácie užívateľov drog sú oveľa problematickejšie a kritickejšie ako u príslušníkov všeobecnej populácie. Takže v posledných dvoch protidrogových akčných plánoch EÚ je sociálna reintegrácia jedným z konečných cieľov, aby sa zlepšil zdravotný a sociálny stav užívateľov drog.

Akčný plán na roky 2005 – 2008 požaduje od členských štátov, aby „zlepšili prístup a pokrytie programami rehabilitácie a sociálnej reintegrácie“. Hoci sociálne opatrenia sú ešte stále menej zavedenou reakciou na problém užívania drog ako liečenie, zásahy, ktoré kombinujú liečenie, zdravotné a sociálne opatrenia, sú uznávané odborníkmi ako najlepšia reakcia na dosiahnutie rehabilitácie užívateľov drog. Údaje o sociálnej reintegrácii⁽³⁷⁾ sú v Európe obmedzené, najmä kvôli prekážkam pri zhromažďovaní kvantitatívnych informácií v tejto oblasti. Takže väčšina informácií, ktoré sú uvedené nižšie, je založená na kvalitatívnom hodnotení, ktoré sa zameriava na politiku, realizáciu a zabezpečovanie kvality v rámci členských štátov⁽³⁸⁾.

V období 2004/2005, v reakcii na akčný plán EÚ malo 20 z 28 krajín, ktoré poskytli správy⁽³⁹⁾, stratégiu pre sociálnu reintegráciu súvisiacu s drogami. Ďalšie štyri krajiny, hoci neriešili túto otázku výslovne vo svojej národnej protidrogovej stratégii alebo v inom dokumente o protidrogovej politike, majú zavedené regionálne alebo miestne stratégie; tri nemajú žiadne.

Hlavného poskytovateľa peňažných prostriedkov možno nájsť na štátnej/národnej úrovni v 11 krajinách, zatiaľ čo financovanie prevažuje na regionálnej/miestnej

⁽³⁷⁾ Sociálna reintegrácia je definovaná ako „akýkoľvek sociálny zásah s cieľom integrovať bývalých alebo súčasných problémových užívateľov drog do spoločnosti“. Tri „pilieri“ sociálnej reintegrácie sú (1) bývanie; (2) vzdelávanie; a (3) zamestnanie (vrátane odbornej prípravy). Môžu sa použiť ďalšie opatrenia, napríklad poradenstvo a odvyčové činnosti.

⁽³⁸⁾ Ďalšie informácie si pozrite na <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Členské štáty plus Bulharsko, Rumunsko, Turecko a Nórsko, ale žiadne informácie nie sú k dispozícii pre Estónsko.

úrovni v ôsmich krajinách. V ďalších ôsmich krajinách financovanie prichádza z oboch úrovní, bez žiadneho zjavného prevládajúceho poskytovateľa alebo cez systémy zdravotného poistenia.

V členských štátoch EÚ problémoví užívatelia drog môžu mať prístup k sociálnym opatreniam cez zariadenia, ktoré sú výlučne vyhradené pre užívateľov drog alebo ktoré sa zameriavajú na sociálne znevýhodnené skupiny. Medzi týmito opatreniami je ubytovanie jedným z kľúčových pilierov. Službou, ktorá je najbežnejšie ponúkaná problémovým užívateľom drog bez domova, je prístup k „všeobecným ubytovacím službám“ (v 21 krajinách), kým 18 krajín ponúka ubytovacie zariadenia výlučne pre problémových užívateľov drog a 13 krajín kombinuje oba systémy. Existujú však pochybnosti o účinnom prístupe problémových užívateľov drog bez domova

k týmto zariadeniam. Nízka dostupnosť, miestny odpor proti poskytovaniu nových zariadení užívateľom drog, obmedzené kritériá prístupu a ťažkosti pre problémových užívateľov drog bez domova pri dodržiavaní pravidiel patria medzi uvádzané problémy.

Dostať problémových užívateľov drog bez domova do stáleho ubytovania je prvým krokom smerom k stabilizácii a rehabilitácii. Na základe odhadovaného počtu problémových užívateľov drog a podielu bezdomovcov medzi liečenými klientmi v Európe existuje približne 75 600 až 123 300 problémových užívateľov drog bez domova. Keďže zariadenia sú v súčasnosti dostupné vo väčšine krajín a pretože niektoré krajiny naďalej realizujú nové štruktúry, účinok týchto opatrení bude závisieť od toho, či sa zabezpečí, že problémoví užívatelia drog bez domova môžu mať prístup k týmto službám.

Rodová perspektíva užívania drog a reagovanie na drogové problémy, vo výročnej správe EMCDDA: vybrané otázky

Vo všeobecnosti prevládajú medzi užívateľmi drog muži. V členských štátoch EÚ je užívanie nezákonných drog nielen bežnejšie u mužov, ale je oveľa pravdepodobnejšie, že sa u mužov rozvinú problémy, že muži vyhľadávajú liečbu a umierajú na užívanie drog.

Táto vybraná otázka hľadí na užívanie drog a súvisiace problémy z rodovej perspektívy. Medzi dôležitými riešenými otázkami sú: Aké rozdiely existujú medzi užívaním drog mužmi a ženami a zužuje sa rozdiel medzi pohlaviami? Ako rozvinuli členské štáty prístupy špecifické pre pohlavie v prevencii drog, liečbe, sociálnej rehabilitácii a znižovaní škôd súvisiacich s užívaním drog?

Vybraná otázka je dostupná v tlači („A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, vo *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internete iba v angličtine (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 3

Kanabis

Ponuka a dostupnosť

Výroba a obchodovanie

Kanabis je naďalej celosvetovo najviac produkovanou a predávanou nezákonnou drogou na báze rastlín (CND, 2006).

Veľkovýroba kanabisovej živice je sústredená v niekoľkých krajinách, najmä v Maroku, ale aj v Pakistane a Afganistane. Celková celosvetová produkcia kanabisovej živice sa odhaduje na 7 400 ton ročne (CND, 2006). Väčšina kanabisovej živice konzumovanej v EÚ pochádza z Maroka; je pašovaná najmä cez Pyrenejský polostrov, hoci sa zdá, že Holandsko predstavuje druhé distribučné centrum pre ďalšiu dopravu do krajín EÚ. Pestovanie kanabisu v Maroku bolo sledované po druhýkrát v roku 2004 a zistenia odhalili 10 % pokles v porovnaní s rokom 2003, najmä v dôsledku zásahu vlády. V roku 2004 dosiahla celková obrábaná plocha v oblasti Rífu 120 500 hektárov, čo zodpovedá potenciálnej produkcii

Interpretácia zachytení a iných údajov o trhu

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

2 760 ton kanabisovej živice (UNODC a marocká vláda, 2005).

Ďalšie krajiny, ktoré boli v roku 2004 tiež spomenuté ako zdroj kanabisovej živice zachytenej v EÚ, zahŕňajú Albánsko, Portugalsko, Senegal, Afganistan, Pakistan a krajiny v Strednej Ázii (národné správy siete Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Celosvetová potenciálna produkcia trávového kanabisu sa odhadovala v roku 2003 na 40 000 ton (CND, 2005) so zdrojovými krajinami po celom svete. Uvádza sa, že trávový kanabis zachytený v roku 2004 v EÚ pochádzal z viacerých krajín, najmä z Holandska a Albánska, ale aj z Angoly, Južnej Afriky, Jamajky a Thajska (národné správy siete Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Okrem toho miestne pestovanie a produkcia kanabisových výrobkov (pod strechou alebo vonku) prebieha vo väčšine členských štátov EÚ.

Zachytenie drog

V roku 2004 sa celosvetovo zachytilo 1 471 ton kanabisovej živice a 6 189 ton trávového kanabisu. Západná a stredná Európa (74 %) a juhovýchodná Ázia a Blízky a Stredný Východ (19 %) naďalej predstavujú väčšinu zadržanej kanabisovej živice, kým množstvá zachyteného trávového kanabisu zostávajú sústredené v Severnej Amerike (54 %) a Afrike (31 %) (UNODC, 2006).

Odhaduje sa, že v roku 2004 sa urobilo v EÚ 275 000 zachytení kanabisovej živice, čo predstavuje 1 087 ton. Väčšinu zachytení naďalej uvádza Španielsko (čo predstavuje asi polovicu všetkých zachytení a asi tri štvrtiny celkového množstva zachyteného v EÚ), za ním nasledujú Francúzsko a Spojené kráľovstvo ⁽⁴⁰⁾. Hoci v období rokov 1999 až 2003 sa počet zachytení kanabisovej živice v EÚ celkovo znížil, trendy v krajinách, ktoré poskytli správy, uvádzajú zvýšenie na úrovni EÚ v roku 2004 ⁽⁴¹⁾. Celkové množstvo kanabisovej živice zachytenej v EÚ ukazuje nepretržité zvyšovanie počas obdobia

⁽⁴⁰⁾ Toto by malo byť porovnané s chýbajúcimi údajmi za rok 2004, ak by boli dostupné. Údaje o počte zachytení kanabisu a množstvách zachyteného kanabisu v roku 2004 neboli k dispozícii pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o počte zachytení kanabisu neboli k dispozícii pre Holandsko v roku 2004. Na účely odhadu boli chýbajúce údaje za rok 2004 nahradené údajmi za rok 2003. Údaje o zachytených množstvách v roku 2004 poskytnuté Holandskom boli iba odhadmi, ktoré nemohli byť zahrnuté do analýzy trendov do roku 2004.

⁽⁴¹⁾ Pozri tabuľku SZR-1 v štatistickej ročenke 2006.

1999 – 2004, hoci v roku 2004 väčšina krajín (s výnimkou Španielska) uvádzala pokles⁽⁴²⁾.

Trávový kanabis je v EÚ zachytávaný v menšej miere; v roku 2004 sa uskutočnilo odhadovaných 130 000 zachytení, čo predstavuje až 71 ton, pričom väčšina zachytení sa uskutočnila v Spojenom kráľovstve⁽⁴³⁾. Počty zachytení trávového kanabisu v EÚ neustále rástli od roku 1999⁽⁴⁴⁾, hoci zachytené množstvá klesali v krajinách, ktoré poskytli správy, od roku 2001⁽⁴⁵⁾. Tento obraz je predbežný, pretože údaje zo Spojeného kráľovstva za rok 2004 nie sú ešte k dispozícii.

Odhadovaných 12 800 zachytení v EÚ a v kandidátskych krajinách v roku 2004 malo za následok získanie 22 miliónov rastlín kanabisu a 9,5 ton rastlín kanabisu, z čoho Turecko predstavovalo najväčšie zachytené množstvá⁽⁴⁶⁾. Počet zachytení rastlín kanabisu sa od roku 1999 zvýšil a na základe údajov z krajín, ktoré poskytli správy, zvyšovanie pokračovalo aj v roku 2004.

Cena a potencia

V roku 2001 sa priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice v EÚ pohybovala od 2,3 eura za gram v Portugalsku po 12 eur za gram v Nórsku, kým cena trávového kanabisu bola v rozsahu od 2,7 eura za gram v Portugalsku po 11,6 eura za gram na Malte, pričom väčšina krajín uvádzala ceny za kanabisové výrobky od 5 do 10 eur za gram⁽⁴⁷⁾.

Priemerné ceny kanabisovej živice skorigované kvôli inflácii⁽⁴⁸⁾ klesli počas obdobia 1999 – 2004 vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy⁽⁴⁹⁾, s výnimkou Nemecka a Španielska, kde ceny zostali stabilné, a Luxemburska, kde došlo k miernemu nárastu. Priemerné ceny kanabisu skorigované kvôli inflácii⁽⁵⁰⁾ u nešpecifikovaného alebo importovaného typu sa počas rovnakého obdobia tiež

znížili v krajinách, ktoré poskytli správy, ale zostali stabilné v Španielsku a Holandsku a zvýšili sa v Nemecku, Lotyšsku, Luxembursku a Portugalsku. Iba dve krajiny, Holandsko a Spojené kráľovstvo, uvádzajú priemernú cenu miestne produkovaného trávového kanabisu a táto v oboch prípadoch poklesla.

Potencia kanabisových výrobkov je stanovovaná obsahom Δ^9 -tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej aktívnej zložky (EMCDDA, 2004b). Uvádzaný priemerný obsah THC v kanabisovej živici na maloobchodnej úrovni sa pohyboval v roku 2004 od menej ako 1 % (Bulharsko) po 16,9 % (Holandsko), kým potencia kanabisu bola v rozsahu od 0,6 % (Poľsko) po 12,7 % (Anglicko a Wales)⁽⁵¹⁾. Potencia miestne produkovaného kanabisu bola uvádzaná na úrovni 17,7 % v Holandsku⁽⁵²⁾.

Prevalencia a formy užívania kanabisu

Kanabis je nezákonná látka, ktorá sa v Európe užíva najčastejšie. V priebehu deväťdesiatych rokov minulého storočia sa jej užívanie zvýšilo takmer vo všetkých krajinách EÚ, najmä medzi mladými ľuďmi vrátane študentov škôl.

Odhaduje sa, že asi 65 miliónov dospelých Európanov, čo je asi 20 % ľudí vo veku 15 – 64 rokov, okúsilo túto látku prinajmenšom raz⁽⁵³⁾, hoci by sa malo pamätať, že väčšina z nich v súčasnosti túto látku neužíva. Národné údaje sa veľmi líšia, pohybujú sa v rozsahu od 2 % do 31 %, s najnižšími hodnotami pre Maltu, Bulharsko a Rumunsko a najvyššími hodnotami pre Dánsko (31 %), Španielsko (29 %), Francúzsko (26 %) a Spojené kráľovstvo (30 %)⁽⁵⁴⁾. Z 25 krajín, pre ktoré sú dostupné informácie, 13 uviedlo miery celoživotnej prevalencie v rozsahu od 10 do 20 %⁽⁵⁵⁾.

Užívanie v minulom roku bolo jasne nižšie ako celoživotná skúsenosť. Odhaduje sa, že asi 22,5 milióna dospelých

⁽⁴²⁾ Pozri tabuľku SZR-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁴³⁾ Pozri poznámku pod čiarou (40). Údaje o počte zachytení kanabisu v roku 2004 neboli k dispozícii pre Poľsko.

⁽⁴⁴⁾ Pozri tabuľku SZR-3 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁴⁵⁾ Pozri tabuľku SZR-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁴⁶⁾ Pozri poznámku (40).

⁽⁴⁷⁾ Pozri tabuľku PPP-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁴⁸⁾ Ak sa vezme rok 1999 ako východzí rok pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽⁴⁹⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli údaje o cenách kanabisovej živice/trávového kanabisu k dispozícii pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, v Českej republike, Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Írsku, na Cypre, Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Holandsku, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve, Bulharsku (iba trávový kanabis), Rumunsku, Turecku a Nórsku. Trendy v Českej republike neboli však analyzované kvôli metodickým obmedzeniam ovplyvňujúcim predložené údaje.

⁽⁵⁰⁾ Ak sa vezme rok 1999 ako východzí rok pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽⁵¹⁾ Pozri obrázok PPP-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁵²⁾ Pozri tabuľku PPP-5 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁵³⁾ Priemerný podiel bol vypočítaný ako priemer národných mier prevalencie vážený podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. Celkové počty boli vypočítané vynásobením prevalencie medzi príslušnou populáciou v každej krajine a v krajinách, pre ktoré neboli informácie dostupné, prisúdením priemernej prevalencie. Údaje, ktoré sú tu uvedené, sú pravdepodobne minimálne, pretože mohlo dôjsť k určitému podhodnoteniu.

⁽⁵⁴⁾ V tomto texte údaje pre Spojené kráľovstvo vychádzajú z Britského prehľadu trestných činov za rok 2005 (Anglicko a Wales) z praktických príčin. Existujú dodatočné odhady pre Škótsko, Severné Írsko a k dispozícii je kombinovaný odhad pre Spojené kráľovstvo (uvedený v štatistickej ročenke).

⁽⁵⁵⁾ Pozri tabuľku GPS-1 v štatistickej ročenke 2006.

Odhadovanie užívania drog medzi obyvateľstvom

Užívanie drog vo všeobecnej alebo v školskej populácii sa hodnotí prostredníctvom prieskumov, ktoré poskytujú odhady podielu ľudí, ktorí priznali, že užívali drogy počas definovaných období: celoživotne, posledný rok alebo posledný mesiac.

EMCDDA spolu s národnými expertmi vypracovalo súbor spoločných základných bodov („Európsky vzorový dotazník“, EMQ) na použitie v prieskumoch medzi dospelými, ktorý bol implementovaný vo väčšine členských štátov EÚ. Podrobnosti o EMQ sú zahrnuté v „Príručke pre prieskumy o užívaní drog medzi všeobecnou populáciou“ (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Stále však existujú rozdiely medzi krajinami v metodike a roku zhromažďovania údajov a malé rozdiely medzi krajinami by sa mali interpretovať s opatrnosťou (¹).

„Celoživotné užívanie“ má obmedzenú hodnotu pri hodnotení súčasného užívania drog medzi dospelými (hoci sa považuje za primeraný ukazovateľ medzi školopovinnými deťmi), môže však poskytnúť hlboký pohľad do foriem užívania. „Užívanie v poslednom roku“ a „užívanie v poslednom mesiaci“ odrážajú súčasnú situáciu presnejšie, pričom užívanie v poslednom mesiaci silnejšie zaväzuje smerom k ľuďom, ktorí užívajú drogy často.

Európsky projekt prieskumu na školách o alkohole a iných drogách (ESPAD) je dôležitým zdrojom informácií o užívaní drog a alkoholu medzi európskymi študentmi škôl a je neoceniteľný pre registrovanie časových trendov. Prieskumy ESPAD sa vykonali v roku 1995, 1999 a 2003. Nasledujúci prieskum sa uskutoční v roku 2007. ESPAD používa štandardizované metódy a nástroje medzi národne reprezentatívnymi štatistickými vzorkami študentov škôl vo veku 15 – 16 rokov, aby umožnil porovnateľnosť výsledkov. Účasť na ESPAD rástla s každým prieskumom, pričom 26 európskych krajín sa zúčastnilo v roku 1995, 30 v roku 1999 a 35 v roku 2003 vrátane 22 členských štátov EÚ a 4 kandidátskych krajín (Bulharska, Chorvátska, Rumunska a Turecka). Otázky prieskumu sa zameriavajú na konzumáciu alkoholu a užívanie nezákonných drog, so štandardnými časovými rámcami a frekvenciou užívania.

Informácie o ESPAD a dostupnosť správ možno nájsť na internetovej stránke (www.espad.org).

(¹) Ďalšie informácie o metodike prieskumov medzi obyvateľstvom a metodike použitej v každom národnom prieskume si pozrite v štatistickej ročenke 2006.

Európanov okúsilo v poslednom roku kanabis, čo je asi 7 % ľudí vo veku 15 – 64 rokov. Národné údaje sú v rozsahu od 1 % do 11 % s najnižšími hodnotami uvádzanými Gréckom, Maltou a Bulharskom a najvyššími hodnotami uvádzanými Španielskom (11,3 %), Francúzskom (9,8 %) a Spojeným kráľovstvom (9,7 %) (⁵⁶).

Odhady prevalencie za posledný mesiac budú tesnejšie reprezentovať pravidelné užívanie drogy. Odhaduje sa, že 12 miliónov dospelých Európanov užilo drogu v posledných 30 dňoch, čo sú asi 4 % dospelých. Údaje podľa krajín sa pohybujú od 0,5 % do 7,5 %, čo je 15-násobný rozdiel. Najnižšie údaje boli uvádzané z Litvy, Malty, Švédska a Bulharska a najvyššie z Českej republiky (4,8 %), Španielska (7,6 %) a Spojeného kráľovstva (5,6 %) (⁵⁷).

Užívanie nezákonných drog vrátane kanabisu sa sústreďuje najmä medzi mladými ľuďmi. V roku 2004 3% až 44 % Európanov vo veku 15 – 34 rokov uvádzalo, že okúsili kanabis, 3 – 20 % ho užívalo v poslednom roku a 1,5 – 13 % ho užívalo v poslednom mesiaci s najvyššími údajmi prichádzajúcimi opäť z Českej republiky, Španielska a Spojeného kráľovstva. Európske priemery pre túto vekovú skupinu sú 32 % pre celoživotné užívanie, 14 % pre užívanie v poslednom roku (v porovnaní s 2 % pre 35- až 64-ročných) a viac ako 7 % pre užívanie v poslednom mesiaci (v porovnaní s 1 % pre 35- až 64-ročných) (⁵⁸).

Užívanie kanabisu je dokonca vyššie medzi 15- až 24-ročnými s celoživotnou prevalenciou, ktorá sa pohybuje od 3 % do 44 % (väčšina krajín uvádza hodnoty v rozsahu 20 – 40 %), užívanie v poslednom roku sa pohybuje od 4 do 28 % (vo väčšine krajín 10 – 20 %) (obrázok 2) a užívanie v poslednom mesiaci sa pohybuje od 1 % do 15 % (vo väčšine krajín 5 – 12 %), s vyššími mierami u mužov ako u žien. V nových členských štátoch úroveň užívania kanabisu medzi mladými dospelými vo veku 15 – 24 rokov sú obvykle v rovnakom rozsahu ako úroveň v členských štátoch EÚ-15, ale medzi vyššími vekovými skupinami užívanie podstatne klesá (⁵⁹).

Naopak, v národnom prieskume USA o užívaní drog a zdraví v roku 2004 (⁶⁰) 40,2 % dospelých (definovaných ako 12-roční a starší) uvádzalo celoživotné užívanie, v porovnaní s priemerom EÚ 20 %. To je dokonca vyššie ako v európskych krajinách s najvyššími mierami celoživotnej prevalencie (Dánsko 31,3 % a Spojené kráľovstvo 29,7 %), hoci rozdiely v odhadoch užívania v poslednom roku sú menej výrazné: tento údaj je 10,6 % v Spojených štátoch

(⁵⁶) Pozri tabuľku GPS-3 v štatistickej ročenke 2006.

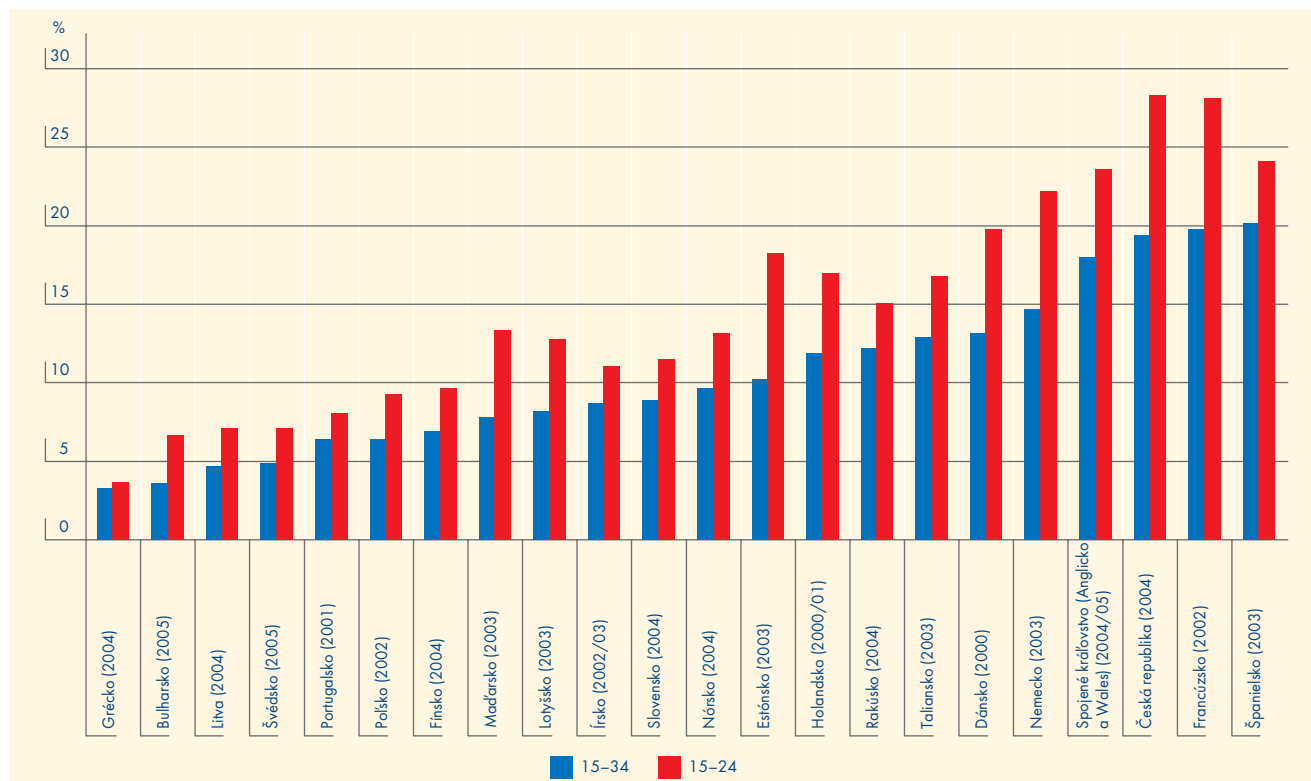
(⁵⁷) Pozri tabuľku GPS-5 v štatistickej ročenke 2006.

(⁵⁸) Pozri tabuľky GPS-2, GPS-4 a GPS-6 v štatistickej ročenke 2006.

(⁵⁹) Pozri tabuľky GPS-14, GPS-15 a GPS-16 a obrázky GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 a GPS-26 v štatistickej ročenke 2006.

(⁶⁰) Zdroj: SAMHSA, Úrad pre aplikované štúdie, Celoštátny výskum o užívaní drog a zdraví za rok 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>) Všimnite si, že vekový rozsah pre „všetkých dospelých“ v prieskume USA (12 rokov a viac) je širší ako štandardný vekový rozsah pre európske prieskumy (15 – 64 rokov).

Obrázok 2: Prevalencia užívania kanabisu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 a 15 – 24 rokov)



Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách GPS-8, GPS-11 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroj: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

amerických v porovnaní s európskym priemerom 7 % a viaceré európske krajiny uvádzajú údaje podobné tým, ktoré sa zistili v Spojených štátoch amerických.

Päť členských štátov EÚ (Belgicko, Španielsko, Taliansko, Cyprus a Spojené kráľovstvo) uviedlo nové údaje z celoštátnych prieskumov na školách a Bulharsko uviedlo údaje z prieskumov na školách vykonaných v dvoch veľkých mestách. Celkovo zostal obraz užívania kanabisu medzi žiakmi škôl v Európe nezmenený. Najvyššia celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi 15- a 16-ročnými žiakmi je v Českej republike a Španielsku (44 % a 41 %). Krajiny, kde je miera vyššia ako 25 %, zahŕňajú Nemecko, Taliansko, Holandsko, Slovinsko a Slovensko (27 – 28 %) a Belgicko, Francúzsko, Írsko a Spojené kráľovstvo, kde sa celoživotná prevalencia pohybuje od 32 % do 40 %. Najnižšie odhady celoživotnej prevalencie (menej ako 10 %) sa vyskytujú v Grécku, na Cypre, vo Švédsku, v Rumunsku, Turecku a Nórsku ⁽⁶¹⁾.

Odhady prevalencie pre 15- až 16-ročných žiakov by sa nemali zovšeobecňovať na starších žiakov, pretože veľké zvýšenie prevalencie môže nastať už pri malom

zvýšení veku. Medzi 17- a 18-ročnými žiakmi dosahujú odhady celoživotnej prevalencie viac ako 50 % v Českej republike, Španielsku a Francúzsku ⁽⁶²⁾. Vo Švédsku, kde je prevalencia nízka v porovnaní s mnohými inými členskými štátmi, odhadované celoživotné užívanie kanabisu medzi 17- a 18-ročnými žiakmi, ktoré je 14 %, je viac ako dvojnásobne vyššie ako medzi 15- a 16-ročnými (6 %) ⁽⁶³⁾.

Spôsoby užívania kanabisu

Užívanie kanabisu má tendenciu byť občasné alebo prerušené na určitú dobu po jeho začatí. V priemere 33 % z Európanov, ktorí už niekedy okúsili kanabis, ho užívali aj v poslednom roku, zatiaľ čo iba 16 % ho užívalo v posledných 30 dňoch. Tieto podiely, známe ako „miery pokračovania“ sa medzi jednotlivými krajinami líšia a pohybujú sa od 20 % do 45 % pre pokračovanie v poslednom roku a od 10 % do 25 % pre pokračovanie v posledných 30 dňoch ⁽⁶⁴⁾.

Hoci sa užívanie kanabisu sústreďuje najmä medzi mladými ľuďmi, existuje určitý náznak z údajov zo Španielska a Spojeného kráľovstva, že ľudia môžu pokračovať

⁽⁶¹⁾ Pozri tabuľku EYE-1 v štatistickej ročenke.

⁽⁶²⁾ Prieskum ESCAPAD medzi mladými ľuďmi vo veku 17 – 18 rokov, ktorí nenavštevujú školu.

⁽⁶³⁾ Pozri tabuľku EYE-3 a obrázok EYE-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁶⁴⁾ Pozri obrázok GPS-24 v štatistickej ročenke 2006.

v užívaní drogy aj do svojej tridsiatky alebo štyridsiatky. Toto by mohlo predstavovať dôležitú dlhodobú zmenu v spôsoboch užívania kanabisu, ktorá si zaslúži ďalšiu pozornosť.

Užívanie kanabisu, podobne ako iných nezákonných drog, je výrazne vyššie u mužov ako u žien. Rozdiel je výraznejší v prípade užívania v poslednom roku alebo v poslednom mesiaci ako pre celoživotné užívanie, ale rozdiely sú menšie medzi mladými ľuďmi než medzi staršími dospelými (pozri vybranú otázku pohlavia). Užívanie kanabisu je tiež bežnejšie v mestských oblastiach s vysokou hustotou obyvateľstva. Predpokladá sa, že sa užívanie môže rozšíriť na malé mestá alebo vidiecke oblasti a Poľsko dokumentovalo tento trend vo svojej správe z roku 2005.

Napriek narastajúcej obave z pravidelného alebo intenzívneho užívania kanabisu ⁽⁶⁵⁾ existujú veľmi obmedzené informácie na európskej úrovni. Hrubý odhad uvedený vo výročnej správe za rok 2004 (EMCDDA, 2004a) naznačuje, že 1 % dospelých Európanov, asi 3 milióny ľudí, by mohli byť dennými alebo takmer dennými užívateľmi kanabisu. Viacero krajín uviedlo nárasty v pravidelnom alebo intenzívnom užívaní kanabisu, ale iba Španielsko uviedlo podobné údaje o dennom užívaní s nárastom v období 1997 – 1999 (0,7 – 0,8 % dospelých) a v roku 2001 (1,5 %), po ktorom nasledovala stabilizácia v roku 2003 (1,5 %). Bolo by cenné mať informácie z iných krajín a podľa špecifických vekových skupín (napr. 15 – 24 rokov). Francúzska ESCAPAD z roku 2003 zistila, že 14 % 17- až 18-ročných (9 % dievčat a 18 % chlapcov) by sa mohlo považovať za ohrozených problémovým užívaním podľa špecifickej stupnice (CAST). Iné krajiny tiež pracujú na stupniciach hodnotenia intenzívnych foriem užívania kanabisu (Nemecko, Holandsko, Poľsko a Portugalsko) a EMCDDA podporuje spoluprácu v tejto oblasti.

Trendy v užívaní kanabisu medzi dospelými

Sledovanie dlhodobých trendov v užívaní drog v Európe je sťažené chýbaním spoľahlivých údajov o časových postupnostiach. Od začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia však čoraz väčší počet krajín začal prieskumy a niektoré z nich teraz začínajú poskytovať cenné hlboké pohľady do časových trendov.

Vo všeobecnosti sa predpokladá, že užívanie kanabisu sa začalo šíriť v niektorých európskych krajinách v šesťdesiatych rokoch minulého storočia a stalo sa populárnym v sedemdesiatych a osemdesiatych rokoch.

Zdravotné účinky užívania kanabisu

V nedávnych rokoch náhle stúpla úroveň obáv z možných sociálnych a zdravotných následkov užívania kanabisu. Hoci dostupné dôkazy neposkytujú jasné pochopenie týchto otázok, niektoré závery sa môžu urobiť. Napríklad je evidentné, že intenzívne užívanie kanabisu koreluje s duševnou chorobou, ale otázka spoločnej chorobnosti sa preplieťa s otázkami príčiny a účinku. Zložitosti tejto korelácie sú skúmané a diskutované v nadchádzajúcej monografii EMCDDA.

Skutočnosť, že intenzívne užívanie kanabisu sa často vyskytuje spoločne s duševnými problémami, ktoré nie sú špecifické pre drogy, má praktické dôsledky. Keď sa vytvára plán liečby pre užívateľov kanabisu, pre lekárov je ťažké určiť, či majú začať s problémom užívania drog alebo problémom duševného zdravia. Štúdie účinkov liečby kvôli problémovému užívaniu kanabisu sú stále zriedkavé a tých málo, ktoré existujú, pokrýva iba špecifické psychosociálne liečby. Všetky ostatné spôsoby liečby buď neboli študované vôbec alebo boli študované nedostatočne; takže dôkazy o účinnosti a efektívnosti chýbajú.

Nedávne národné prieskumy ukazujú významné celoživotné skúsenosti medzi 45- až 54-ročnými v Dánsku, Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Holandsku, vo Švédsku a v Spojenom kráľovstve, čo naznačuje významný začiatok užívania kanabisu koncom šesťdesiatych a v sedemdesiatych rokoch minulého storočia. Analýza začiatku užívania kanabisu zistila výrazné rozšírenie jeho užívania v Španielsku počas sedemdesiatych rokov minulého storočia, v Nemecku (západnom) počas osemdesiatych rokov a v Grécku počas deväťdesiatych rokov ⁽⁶⁶⁾. Švédske údaje dokumentujú pomerne vysokú úroveň experimentovania v sedemdesiatych rokoch medzi odvedencami (15 – 20 %).

Celoštátne alebo miestne prieskumy domácností, odvedencov alebo škôl ukázali, že užívanie kanabisu sa výrazne zvýšilo počas deväťdesiatych rokov minulého storočia v takmer všetkých krajinách EÚ, najmä medzi mladými ľuďmi. Tento nárast pokračoval až donedávna v takmer všetkých krajinách, hoci v niektorých prípadoch existujú príznaky stabilizácie alebo dokonca poklesu.

V Spojenom kráľovstve bolo v nedávnej minulosti užívanie kanabisu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) najvyššie v Európe začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia, ale pomaly klesalo od roku 1998

⁽⁶⁵⁾ Doteraz neexistuje všeobecne akceptovaná definícia „intenzívneho užívania kanabisu“; definície sa v rôznych štúdiách dostávajú líšiť. Je to však široký výraz, ktorý znamená užívanie kanabisu, ktoré presahuje určitý prah frekvencie. Neznamená nevyhnutne existenciu „závislosti/zneužívania“ alebo iné problémy, ale považuje sa za zvýšenie rizika negatívnych dôsledkov vrátane závislosti. V tejto kapitole sa údaje vzťahujú na „denné alebo takmer denné užívanie“ (definované ako užívanie v 20 alebo viac dňoch z posledných 30 dní). Toto kritérium sa často používa v štúdiách a môže byť odvodené od európskeho vzorového dotazníka. Riziko závislosti medzi užívateľmi s nižšou frekvenciou je menšie.

⁽⁶⁶⁾ Pozri obrázok 4 vo výročnej správe za rok 2004.

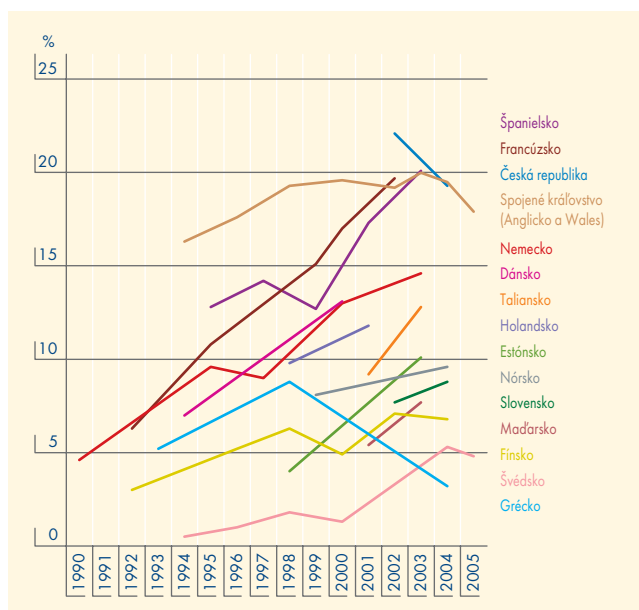
do roku 2004/2005⁽⁶⁷⁾, kým v Španielsku a Francúzsku dosiahli miery v nedávnej minulosti (2002 alebo 2003) hodnoty, ktoré sa zistili v Spojenom kráľovstve (obrázok 3). Podobné vysoké úrovne prevalence sa tiež uvádzali pre Českú republiku.

Úrovně užívania sú nižšie v Dánsku, Nemecku, Estónsku, Taliansku, Holandsku a na Slovensku, ale všetky tieto krajiny uvádzali nárasty v užívaní za posledný rok medzi mladými dospelými, podobne aj Maďarsko, hoci v menšom rozsahu. Je potrebné si všimnúť, že dánske (2000) a holandské (2001) údaje sú teraz relatívne staré a súčasná situácia je preto menej jasná.

Vo Fínsku a Švédsku sú miery prevalence relatívne nízke, ale zdá sa, že sa tiež zvyšujú; avšak rozdiel pozorovaný vo Švédsku medzi rokom 2000 (1,3 %) a 2004 (5,3 %) sa ťažko interpretuje kvôli metodickým zmenám⁽⁶⁸⁾.

Odhady prevalence v poslednom mesiaci tiež vo všeobecnosti stúpili za posledné desaťročie, hoci výrazný nárast nastal iba v Belgicku a Španielsku. Spojené

Obrázok 3: Trendy prevalence užívania kanabisu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

kráľovstvo nedávno oznámilo pokles užívania v poslednom mesiaci, pričom predtým uvádzalo najvyššie úrovne v Európe od začiatku deväťdesiatych rokov. Okrem toho Slovensko oznámilo pokles medzi rokmi 2002 a 2004. V Českej republike a vo Francúzsku nebolo možné tento trend hodnotiť.

Okrem toho prieskumy na školách môžu poskytnúť cenné informácie o trendoch v užívaní drog medzi mladšími príslušníkmi populácie, ktoré môžu predpovedať budúce trendy medzi mladými dospelými. Od roku 1995 dochádza vo väčšine krajín k celkovému nárastu v počte žiakov škôl, ktorí niekedy okúsili kanabis. Geografické odchýlky v trendoch sú však značné. Trendy v celoživotnej prevalencii užívania kanabisu medzi študentmi škôl vo veku 15 – 16 rokov môžu byť kategorizované do troch geografických skupín. V Írsku a Spojenom kráľovstve, ktoré majú dlhú históriu užívania kanabisu, je celoživotná prevalencia vysoká, ale zostala stabilná počas posledného desaťročia (okolo 37 – 39 %). V členských štátoch východnej a strednej Európy spolu s Dánskom, Španielskom, Francúzskom, Talianskom a Portugalskom bola v roku 2003 prevalencia užívania kanabisu podstatne vyššia ako v roku 1995. V tretej skupine členských štátov (Fínsko a Švédsko na severe a Grécko, Cyprus a Malta na juhu) plus Nórsko zostali odhady celoživotnej prevalence medzi žiakmi škôl na relatívne nízkych úrovniach (okolo 10 % a nižšie)⁽⁶⁹⁾.

Údaje o dopyte po liečbe⁽⁷⁰⁾

Medzi celkovými približne 380 000 žiadosťami o liečbu uvádzanými v roku 2004 (dostupné údaje z 19 krajín) bol kanabis prvotnou príčinou odporúčania liečby v približne 15 % všetkých prípadoch, čo spôsobuje, že je druhou najčastejšie hlásenou drogou po heroíne⁽⁷¹⁾.

Celkove je kanabis druhou najčastejšie citovanou drogou v správach o tých, ktorí nastúpili na liečenie po prvýkrát, čo predstavuje 27 % nových klientov uvádzaných v roku 2004, hoci existujú značné rozdiely medzi krajinami, keď kanabis uvádza menej ako 5 % nových klientov v Litve, na Malte a v Rumunsku, ale viac ako 40 % nových klientov v Dánsku, Nemecku, Maďarsku a Fínsku⁽⁷²⁾. Počas obdobia 1999 – 2004 podiel všetkých nových klientov, ktorí vyhľadali liečenie kvôli kanabisu, vzrástol vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje⁽⁷³⁾.

⁽⁶⁷⁾ Od roku 1994 je to prvý rok s informáciami založenými na Britskom prieskume trestných činov pre Anglicko a Wales.

⁽⁶⁸⁾ Pozri obrázky GPS-4 a GPS-14 v štatistickej ročenke.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľku EYE-5 (časť i) a obrázok EYE-1 (časť ii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁷⁰⁾ Analýza všeobecnej distribúcie a trendov je založená na údajoch o klientoch, ktorí požiadali o liečbu v liečebných strediskách; analýza profilu klientov a spôsobov užívania drog je založená na údajoch z ambulantných liečebných stredísk. Špecifickú analýzu rozpisu podľa pohlavia možno nájsť vo vybranej otázke o pohlaví uverejnenej s výročnou správou EMCDDA za rok 2006.

⁽⁷¹⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁷²⁾ Pozri tabuľku TDI-4 (časť ii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁷³⁾ Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2006.

V takmer všetkých krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje, podiel nových klientov, o ktorých sa uvádza, že vyhľadali liečenie kvôli užívaniu kanabisu, je vyšší ako podiel všetkých klientov; v niekoľkých krajinách sú tieto podiely zhruba rovnaké⁽⁷⁴⁾. Najväčší dopyt po liečbe kvôli užívaniu kanabisu je v ambulantných zariadeniach⁽⁷⁵⁾.

Je pravdepodobné, že so zvýšeným dopytom po liečbe kvôli užívaniu kanabisu súvisí viacero faktorov, pričom toto zostáva oblasťou, ktorá si vyžaduje preskúmanie. Možné príčiny nárastu zahŕňajú eskaláciu intenzívneho užívania kanabisu a súvisiace problémy obyvateľstva, zvýšené vnímanie rizík užívania kanabisu, nárast počtu odporúčaní na liečenie od systému trestného súdnicstva, čo je v niektorých krajinách nepochybne dôležité, a zmeny v systéme podávania správ a/alebo jeho pokrytia⁽⁷⁶⁾.

Celkovo sa môžu klienti, ktorí užívajú kanabis, rozdeliť na tri skupiny: tých, ktorí ho užívajú príležitostne (34 %), tých, ktorí ho užívajú raz až niekoľkokrát za týždeň (32 %) a tých, ktorí ho užívajú denne (34 %). Existujú výrazné rozdiely medzi krajinami vo frekvencii užívania kanabisu novými klientmi, pričom najvyšší podiel denných užívateľov kanabisu uvádzajú Dánsko a Holandsko a najvyššie podiely príležitostných užívateľov alebo tých, ktorí neužívali kanabis v mesiaci pred liečením, sa nájdu v Nemecku, Grécku a Maďarsku. Táto odchýlka pravdepodobne odráža rozdiely v odporúčaní na liečenie (napríklad viac odporúčaní zo systému trestného súdnicstva alebo zo sociálnych sietí⁽⁷⁷⁾).

Miera, do akej liečení užívatelia kanabisu spĺňajú diagnostické kritériá buď pre závislosť alebo škodlivé užívanie drog, je dôležitou otázkou. V súčasnosti je to oblasť, ktorá si vyžaduje ďalšie skúmanie. Keďže postupy odporúčania sa medzi jednotlivými krajinami líšia, existuje potreba štúdií, aby sa zdokumentovali odlišné klinické charakteristiky tých, ktorým sa poskytuje liečba kvôli užívaniu kanabisu.

Niektorí klienti žiadajú o liečbu kvôli užívaniu kanabisu v kombinácii s inou drogou alebo problémami s alkoholom a niekedy žiadosť o liečbu súvisí so všeobecnejšími problémami, napríklad poruchami správania sa mladých ľudí. Okrem toho niektoré nové štúdie tiež uvádzajú nárast počtu dospelujúcich, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli užívaniu kanabisu a ktorí majú súčasne problémy

s duševným zdravím, čo môže byť dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňuje žiadosti o liečbu⁽⁷⁸⁾.

Je tiež dôležité lepšie pochopiť potreby užívateľov kanabisu na úrovni populácie. EMCDDA odhaduje, že v EÚ existujú asi 3 milióny intenzívnych užívateľov kanabisu (definovaných ako denné alebo takmer denné užívanie kanabisu). Hoci počet tých, ktorí si vyžadujú zásah, nie je známy, počet žiadostí o liečbu súvisiacu s kanabisom je malý v porovnaní s týmto číslom.

Dostupné údaje naznačujú, že klienti, ktorí užívajú kanabis, majú v ambulantných liečebných strediskách tendenciu byť relatívne mladí: takmer všetci klienti, ktorí užívajú kanabis a sú v liečení noví, majú menej ako 30 rokov. Je pravdepodobnejšie, že mladiství v špecializovanom protidrogovom liečení budú zaevidovaní ako tí, ktorí majú primárny problém s kanabisom, než klienti z iných vekových skupín, pričom kanabis predstavuje 75 % žiadostí o liečbu medzi mladšími osobami ako 15 rokov a 63 % medzi tými, ktorí sú vo veku 15 – 19 rokov⁽⁷⁹⁾.

Väčšina klientov uvádza, že po prvýkrát okúsila kanabis v najmladších vekových skupinách, pričom 36,8 % okúsilo drogu po prvýkrát pred dosiahnutím veku 15 rokov. Takmer nikto, kto žiada o liečbu, neuvádza, že okúsil kanabis po prvýkrát po veku 29 rokov⁽⁸⁰⁾.

Prevenia

Dobre realizované univerzálne programy prevencie môžu oddialiť alebo zredukovať začatie užívania takých látok mladými ľuďmi ako sú tabak, alkohol a kanabis. Jej dôležitosť je zvýraznená dôkazom, že skoro začínajúci užívatelia (raná a stredná puberta) majú výrazne vyššie riziko rozvinutia drogových problémov vrátane závislosti (Von Sydow a kol., 2002; Chen a kol., 2005). Ďalším dôvodom snahy zabrániť alebo oddialiť začatie užívania kanabisu je skutočnosť, že dospievajúci sú zraniteľnejší voči toxicite kanabisu.

Profily mladých užívateľov kanabisu, prinajmenšom v raných etapách konzumácie, sa nelíšia od profilov mladých užívateľov alkoholu alebo tabaku. Toto podporuje myšlienku, že univerzálna prevencia pre mladých ľudí by sa nemala zameriavať na samotný kanabis, ale by sa mala zamerať aj na prevenciu užívania alkoholu a tabaku.

Pohlavie je dôležitou otázkou v prevencii kanabisu (pozri vybranú otázku o pohlaví). Chlapci sú ohrozenejší

⁽⁷⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-3 (časť iii) a TDI-4 (časť iii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁷⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-25 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁷⁶⁾ Monografia EMCDDA o kanabise bude zverejnená v roku 2007; tri kapitoly monografie budú zamerané na otázku nárastu žiadostí o liečbu v súvislosti s kanabisom.

⁽⁷⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-18 v štatistickej ročenke 2006.

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

⁽⁷⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-10 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁸⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-11 (časť ii) a (časť ix) v štatistickej ročenke 2006.

postupom k intenzívnejšiemu užívaniu, snád' preto, že dievčatá viac reagujú na rodičovský nesúhlas a sú opatrnejšie pri výbere svojich rovesníkov. Toto sa však mení, pretože tradičné mužské a ženské úlohy sa v moderných spoločnostiach menia. Vo viacerých európskych krajinách sa projekty zamerané na prevenciu užívania kanabisu ako aj alkoholu (Bagmaendene, Dánsko; Beer-Group, Nemecko; Risflecting, Rakúsko) snažia riešiť chýbanie komunikačných zručností u chlapcov. Je známe, že jednou z príčin intenzívnej konzumácie alkoholu a kanabisu medzi chlapcami je skutočnosť, že považujú za ťažké priblížiť sa k dievčatám, takže tieto projekty ponúkajú tréning vo flirtovaní.

Selektívna prevencia na školách sa zameriava na rizikové faktory súvisiace s užívaním drog, ako je predčasné opustenie školy, asociálne správanie, slabý prospech v škole, nízka väzba, slabá školská dochádzka a zhoršené učenie kvôli užívaniu drog.

Nemecký projekt Sfetovaný v škole sa zameriava na školenie učiteľov vo včasnom zistení a včasnom zásahu a prevencii konzumácie kanabisu a v nadväzovaní kontaktov medzi školami a protidrogovými poradenskými zariadeniami. Ako podobné projekty v Rakúsku, je 10-modulovým školiacim programom na zvýšenie povedomia učiteľov o konzumácii kanabisu a identifikovaní ohrozených žiakov.

Špecifické protidrogové poradenské strediská sú časté v Nemecku, vo Francúzku a v Holandsku. Od januára 2005 bolo vo francúzskych teritóriách zriadených viac ako 250 kliník pre „konzultácie o kanabise“. Tieto zariadenia, ktoré sú zamerané na tínedžerov, ktorí majú ťažkosti v dôsledku užívania kanabisu alebo iných drog, ako aj ich rodičov, sú anonymné, bezplatné a otvorené pre všetkých. Nachádzajú sa vo veľkých francúzskych mestách kvôli ľahkému prístupu. Konzultácie poskytujú odborníci vyškolení v používaní hodnotiacich nástrojov a krátkych zásahov, ktorí sa zaoberajú závislosťami a sú aj schopní identifikovať sociálne, lekárske alebo psychiatrické služby, vhodné pre klientov, ktorí potrebujú špecializovanú starostlivosť. Tento nový typ štruktúry je predmetom následnej štúdie. Prvé dostupné údaje z prvých 2 alebo 3 mesiacov prevádzky ukazujú údaje o návštevnosti 3 500 – 4 000 jednotlivcov za

mesiac, z ktorých 2 000 – 2 500 boli užívatelia kanabisu (ostatní boli rodičia, príbuzní a pracovníci s mládežou). Alternatívnymi stratégiami je ponúkание krátkych, ale štruktúrovaných kurzov s približne 10 skupinovými sedeniami (Nemecko, Dánsko, Holandsko, Rakúsko). Sprievodná príručka SKOLL (tréning sebakontroly) bola zavedená holandsko-nemeckým projektom EUREGIO.

„Školiace kurzy“ súvisiace s kanabisom sa často opierajú o skutočnosť, že užívanie alebo prechovávanie kanabisu je nezákonné a účastníci sú zaraďovaní cez systém trestného súdnicstva. Motivácia na účasť vychádza najmä zo skutočnosti, že účasť na takých kurzoch je povinnou súčasťou rozsudku súdu. Napriek tomu tieto metódy umožňujú nadviazať kontakt prinajmenšom s časťou ohrozenej skupiny.

Mnoho európskych selektívnych preventívnych zásahov smeruje k poskytovaniu informácií o kanabise. Viacero ďalších prístupov založených na dôkazoch vrátane normatívnej reštrukturalizácii (napríklad informácia, že väčšina rovesníkov odmieta užívanie), výcvik v asertivite, motivovanie a stanovovanie cieľov ako aj korekcia mýtov (o hodnotových asociáciách súvisiacich s kanabisom) sa už stalo uznávanými ako štandardné prvky programov prevencie kanabisu. Nedávna meta-analýza programov prevencie pre zraniteľných mladých ľudí (Roe a Becker, 2005) zistila, že prístupy založené na informáciách majú malý alebo žiadny vplyv na konzumné správanie alebo postoje, či už v univerzálnej prevencii alebo selektívnej prevencii. Tí istí autori zistili, že komplexné programy sociálneho vplyvu majú dôležitý účinok na zraniteľných mladých ľudí.

Dôležitým bodom vyplývajúcim z mála dostupných hodnotení európskych projektov selektívnej prevencie kanabisu (FRED, Ďaleko odtiaľto, Šport pre imigrantov a iných; pozri vyššie a EDDRA na <http://eddra.emcdda.europa.eu>) je účinnosť komplexných techník sociálneho vplyvu. Medzi pozitívne účinky dosiahnuté týmito technikami patria znižovanie úrovni konzumácie, zvyšovanie sebauvedomovania si problému užívania, znižovanie hlavných rizikových faktorov a súvisiacich problémov, ako aj zvýšená sebakontrola a motivácia.

Krátky zásah pre užívateľov kanabisu

Krátky zásah je prístup, ktorý sa snaží podnietiť ľudí, aby premýšľali o svojom užívaní drog a poskytnúť im zručnosti na jeho kontrolu. Koncepcia vo veľkej miere spočíva na motivačných rozhovoroch, neodsudzujúcom, nekonfrontačnom prístupe, ktorý využíva hodnoty klienta, jeho ciele, samohodnotenie užívania a poskytuje spätnú väzbu o rozporoch medzi vlastným obrazom klienta a skutočným stavom.

Krátky zásah je často zameraný na rané štádium užívania alkoholu alebo drogy osobou, aby sa zabránilo rozvoju závažných drogových problémov neskôr. Existujú dôkazy o účinnosti krátkeho zásahu pri prevencii zneužívania alkoholu a tabaku a existuje narastajúci záujem o hodnotu tohto prístupu pre iné látky.

Zistilo sa, že krátky zásah je veľmi užitočný pri selektívnych preventívnych opatreniach zameraných na užívateľov kanabisu, ktorí by normálne neprišli do kontaktu s liečebnými zariadeniami. V prípade intenzívnych užívateľov kanabisu nemusia byť programy založené na vzdelávaní, ktoré zdôrazňujú abstinenciu, účinné.

Krátke zásahy sú účinné z hľadiska nákladov a môžu byť zvlášť vhodné pre užívateľov kanabisu, pretože sa zistilo, že dobre fungujú u užívateľov drog, ktorí:

- sa stretávajú s malým počtom problémov pri užívaní drog
- majú nízke úrovne závislosti
- majú krátku históriu užívania drog
- majú stabilné zázemie (sociálne, školské, rodinné)
- sú neistí alebo rozkolísaní, pokiaľ ide o zmenu užívania svojich drog.

Tento druh prístupu sa teraz používa vo viacerých krajinách vrátane Nemecka, Holandska, Rakúska a Spojeného kráľovstva, kde zásahy môžu mať formu poradenstva, „kurzov o kanabise“ alebo dokonca internetových stránok svojpomoci. Napríklad nemecký poradenský program založený na internetovej stránke Prestaň s drogami (www.drugcom.de) je inováčný prístup, ktorý používa tematiku pre užívateľov kanabisu, ktorí chcú znížiť užívanie drog alebo s ním skončiť. Podobné internetové stránky s komponentmi svojpomoci zahŕňajú www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html od Jellineka (Holandsko) a www.knowcannabis.org.uk/ od HIT (Spojené kráľovstvo).



Kapitola 4

Amfetamíny, extáza a iné psychotropné drogy

V mnohých európskych krajinách je druhou najbežnejšie používanou nezákonnou látkou nejaká forma synteticky vyrobenej drogy. Používanie týchto látok medzi všeobecnou populáciou je obvykle nízke, ale miery prevalence medzi mladšími vekovými skupinami sú výrazne vyššie a v niektorých sociálnych prostrediach alebo kultúrnych skupinách môže byť užívanie týchto drog vysoké. Celkove patria amfetamíny (amfetamín a metamfetamín) a extáza medzi najrozšírenejšie syntetické drogy.

Amfetamín a metamfetamín sú stimulansy centrálného nervového systému. Amfetamín je z týchto dvoch drog v Európe oveľa dostupnejší. Celosvetovo sú narastajúce úrovne užívania metamfetamínu príčinou značnej obavy, pretože táto droga súvisí s viacerými závažnými zdravotnými problémami. V rámci Európy sa zdá, že užívanie metamfetamínu sa významne obmedzilo na Českú republiku.

Ako extáza sa označujú látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale do určitej miery sa líšia svojimi účinkami. Najznámejším členom skupiny drog extázy je 3, 4 metyldioxymetamfetamín (MDMA), ale v tabletkách extázy možno občas nájsť aj iné analógy (MDA, MDEA atď.) Tieto drogy sú niekedy známe ako entaktogény, čo sa vzťahuje na ich veľmi špecifické účinky meniace náladu. Niekedy vyvolávajú účinky, ktoré sa obvyklejšie spájajú s halucinogénnymi látkami. Z historického hľadiska bol dietylamín kyseliny lysergovej (LSD) zďaleka najlepšie známou halucinogénnou drogou, ale celkové úrovne konzumácie boli nízke a pomerne stabilné počas značnej doby. V súčasnosti sa objavili dôkazy zvýšenej dostupnosti a užívania prirodzene sa vyskytujúcich halucinogénnych látok, najmä halucinogénnych húb.

Aby sa zistili nové drogy, ktoré sa objavujú na európskej drogovej scéne, EÚ zaviedla systém včasného varovania. Tento systém tiež monitoruje potenciálne škodlivé nové trendy v užívaní psychoaktívnych látok.

Ponuka a dostupnosť ⁽⁸¹⁾

Produkcia amfetamínov a extázy sa ťažko kvantifikuje, pretože „sa začína bežne dostupnými látkami v ľahko utajiteľných laboratóriách“ (UNODC, 2003a). Najnovší odhad celosvetovej ročnej produkcie amfetamínov a extázy je asi 520 ton (UNODC, 2003b). Celosvetovo zachytenia týchto látok vyvrcholili v roku 2000 pri 46 tonách. Po poklese v roku 2001 a 2002 sa zachytenia znovu zvýšili na 34 ton v roku 2003 a mierne poklesli na 29 ton v roku 2004. V roku 2004 podiel celosvetových zachytení amfetamínov a extázy predstavovaných metamfetamínom poklesol na 38 % (zo 66 % v roku 2003), pričom extáza predstavovala 29 % a amfetamín 20 % (CND, 2006).

Amfetamín

Z celosvetového hľadiska zostáva produkcia amfetamínu sústredená v západnej a strednej Európe, najmä v Belgicku, Holandsku a Poľsku. V tomto dielčom regióne hrajú Estónsko, Litva a Bulharsko tiež významnú úlohu v nezákonnej výrobe amfetamínu, v menšej miere aj Nemecko, Španielsko a Nórsko, na čo poukazuje zničenie amfetamínových laboratórií v roku 2004 v týchto krajinách (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Mimo Európy sa amfetamín vyrába najmä v Severnej Amerike a Océánii (CND, 2006). Obchodovanie s amfetamínom zostalo v roku 2004 najmä intraregionálne. Väčšina amfetamínu, ktorý sa našiel na európskych ilegálnych trhoch, pochádza z Belgicka, Holandska a Poľska a tiež z Estónska a Litvy (v škandinávskych krajinách) (národné správy siete Reitox, 2005; WCO, 2005).

Zo 6 ton amfetamínu zachytených celosvetovo v roku 2004 bolo asi 97 % zachytených v západnej/strednej Európe a juhovýchodnej Európe (čo predstavovalo 67 % a 26 % celosvetového zachyteného množstva) (CND, 2006).

⁽⁸¹⁾ Pozri „Interpretovanie zachytení a iných údajov o trhu“. s. 37.

⁽⁸²⁾ Počet zničených laboratórií uvádzaný v rôznych krajinách odráža okrem počtu výrobných miest aj činnosti presadzovania práva a priority, ako aj postupy podávania správ.

Odhaduje sa, že v roku 2004 sa v EÚ uskutočnilo 33 000 zachytení amfetamínu v množstve 5,2 tony a 9,6 milióna jednotiek. Z hľadiska počtu zachytení a hmotnosti zachyteného amfetamínu je Spojené kráľovstvo naďalej hlavnou krajinou v EÚ zachytávajúcou amfetamín EU⁽⁸³⁾. Turecko uvádzalo v roku 2004 zachytenie 9,5 milióna jednotiek amfetamínu. Napriek určitým výkyvom, na úrovni EÚ celkový počet zachytení amfetamínu⁽⁸⁴⁾ a zachytené množstvá⁽⁸⁵⁾ narastali od roku 1999 a na základe zistení z krajín, ktoré poskytli správy, sa zdá, že tento narastajúci trend pokračoval aj v roku 2004.

V roku 2004 sa priemerná maloobchodná cena amfetamínu pohybovala od 4 eur za gram v Slovinsku po 64 eur za gram na Malte⁽⁸⁶⁾. Počas obdobia 1999 – 2004 sa ceny amfetamínu, skorigované kvôli inflácii⁽⁸⁷⁾, celkovo znížili v Nemecku, Španielsku, Írsku, Lotyšsku, Litve, Švédsku, Spojenom kráľovstve, Bulharsku, Turecku a Nórsku⁽⁸⁸⁾.

Priemerná čistota amfetamínu sa v roku 2004 pohybovala od 5 – 6 % v Bulharsku do 44 % v Nórsku⁽⁸⁹⁾. Dostupné údaje⁽⁹⁰⁾ o priemernej čistote amfetamínu za obdobie 1999 – 2004 odhalili celkové klesajúce trendy v Lotyšsku, Litve, Luxembursku, vo Fínsku a v Nórsku a stúpajúce trendy v Belgicku, Nemecku, vo Francúzsku, v Taliansku, Maďarsku a Rakúsku.

Metamfetamín

Celosvetovo je metamfetamín z hľadiska vyrábaných a predávaných množstiev naďalej dôležitejší ako amfetamín alebo extáza, hoci jeho podiel na globálnych zachyteniach v roku 2004 poklesol. Naďalej sa vyrába vo východnej a juhovýchodnej Ázii (Čína, Filipíny, Mjanmarsko, Thajsko), za ktorými nasleduje Severná a Stredná Amerika (Spojené štáty americké, Kanada, Mexiko). V roku 2004 bolo celosvetovo zachytených 11 ton metamfetamínu, z čoho 59 % bolo zachytených vo východnej a juhovýchodnej Ázii a 37 % v Severnej Amerike (CND, 2006). V Európe

je produkcia metamfetamínu obmedzená najmä na Českú republiku, kde sa produkuje od polovice osemdesiatych rokov minulého storočia pod miestnym názvom „pervitín“. V roku 2004 sa však výroba uvádzala aj na Slovensku a v Bulharsku, kde boli zničené laboratória (národné správy siete Reitox, 2005; UNODC, 2006). Väčšina českej produkcie metamfetamínu je určená pre miestny trh, hoci časť sa pašuje do Nemecka, Rakúska a na Slovensko (národné správy siete Reitox 2005). V roku 2004 boli uvádzané zachytenia amfetamínu v Belgicku, Českej republike, Dánsku, Estónsku, Grécku, vo Francúzsku, v Lotyšsku, Litve, Maďarsku, Rakúsku, na Slovensku, vo Švédsku, v Rumunsku a Nórsku, pričom Nórsko vykazovalo najvyššie počty zachytení a najväčšie objavené množstvá⁽⁹¹⁾.

Uvádzalo sa, že v roku 2004 sa cena⁽⁹²⁾ metamfetamínu v Českej republike na maloobchodnej úrovni pohybovala medzi 12 a 63 eurami za gram, kým jeho priemerná čistota⁽⁹³⁾ sa pohybovala od 43 % na Slovensku po 50 % v Českej republike.

Extáza

V celosvetovom meradle zostáva Európa hlavným centrom výroby extázy, hoci jej relatívny význam v posledných rokoch zdanlivo klesá so šírením výroby extázy do iných častí sveta, najmä do Severnej Ameriky (Spojené štáty americké, Kanada) a východnej a juhovýchodnej Ázie (Čína, Indonézia, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Hoci Holandsko zostalo v roku 2004 hlavným zdrojom extázy pre Európu a svet ako celok, laboratória extázy sa odhalili aj v Belgicku, Estónsku, Španielsku a Nórsku (národné správy siete Reitox, 2005; UNODC, 2006). Uvádza sa, že extáza zachytená v EÚ pochádza z Holandska a Belgicka a v menšej miere z Poľska a Spojeného kráľovstva (národné správy siete Reitox, 2005).

⁽⁸³⁾ Táto situácia by sa mala porovnať s údajmi z roku 2004 pre Spojené kráľovstvo, ak sú dostupné. Údaje o počte zachytení amfetamínu a o množstvách zachyteného amfetamínu neboli k dispozícii v roku 2004 pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o množstvách zachyteného amfetamínu neboli v roku 2004 k dispozícii pre Slovinsko; údaje o počte zachytení amfetamínu neboli v roku 2004 k dispozícii pre Holandsko. Na účely odhadovania boli chýbajúce údaje za rok 2004 nahradené údajmi za rok 2003. Údaje o množstvách zachytených v roku 2004 poskytnuté Holandskom boli iba odhadmi, ktoré nemohli byť zaradené do analýzy trendov do roku 2004.

⁽⁸⁴⁾ Pozri tabuľku SZR-11 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁸⁵⁾ Pozri tabuľku SZR-12 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁸⁶⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁸⁷⁾ Berúc rok 1999 ako východný rok pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽⁸⁸⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli údaje o cenách amfetamínu dostupné prinajmenšom pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, Nemecku, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, Lotyšsku, Litve, Poľsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve, Bulharsku, Turecku a Nórsku.

⁽⁸⁹⁾ Pozri tabuľku PPP-8 v štatistickej ročenke 2006. Všimnite si, že udávané priemerné úrovne čistoty amfetamínu môžu zakrývať široké kolísanie čistoty analyzovaných vzoriek.

⁽⁹⁰⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli dostupné údaje o čistote amfetamínu pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, Nemecku, Estónsku, vo Francúzsku, v Taliansku, Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Maďarsku, Holandsku, Poľsku, vo Fínsku, v Spojenom kráľovstve, Turecku a Nórsku.

⁽⁹¹⁾ Údaje pre rok 2004 poskytnuté Nemeckom, Talianskom, Luxemburskom a Holandskom neumožňujú rozlišovať zachytenia amfetamínu a metamfetamínu, zatiaľ čo Írsko a Spojené kráľovstvo neposkytli údaje o zachyteniach drog za rok 2004, čím sťažili poznanie, či v týchto piatich krajinách došlo v roku 2004 k zachyteniam metamfetamínu.

⁽⁹²⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁹³⁾ Pozri tabuľku PPP-8 v štatistickej ročenke 2006.

Obchodovanie s extázou sa ešte stále vo veľkej miere sústreďuje v západnej Európe aj napriek tomu, že sa rovnako ako výroba v posledných rokoch rozšírilo po celom svete. Z 8,5 tony (hmotnostný ekvivalent) extázy zachytenej v celosvetovom meradle v roku 2004 bolo 50 % zachytených v západnej a strednej Európe, 23 % v Severnej Amerike a 16 % v Océánii (CND, 2006).

Odhadovaných 24 000 zachytení viedlo ku konfiškácii asi 28,3 milióna tabletiiek extázy v EÚ v roku 2004. Do roku 2003 boli najväčšie množstvá extázy zachytené v Spojenom kráľovstve, za ktorým nasledovali Nemecko, Francúzsko a Holandsko ⁽⁹⁴⁾.

Po rýchlom náraste počas obdobia 1999 – 2001 počet zachytení extázy ⁽⁹⁵⁾ na úrovni EÚ v rokoch 2002 – 2003 poklesol; ale údaje z krajín, ktoré poskytli správy, znovu naznačujú zvýšenie v roku 2004. Množstvá zachytenej extázy ⁽⁹⁶⁾ sa od roku 1999 do roku 2002 zvýšili; po strmom poklese do najnižšieho bodu v roku 2003 dostupné údaje pre rok 2004 uvádzajú, že znovu dosahujú úrovne roku 2002.

V roku 2004 sa priemerná maloobchodná cena extázy pohybovala od menej ako 3 eurá v Litve a Poľsku do 15 – 25 eur v Grécku a Taliansku ⁽⁹⁷⁾. Počas obdobia 1999 – 2004 poklesli priemerné maloobchodné ceny extázy skorigované kvôli inflácii ⁽⁹⁸⁾ vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy ⁽⁹⁹⁾.

Vo všeobecnosti väčšina tabletiiek predávaných v Európe ako extáza obsahovala MDMA alebo inú látku podobnú extáze (MDEA, MDA), ktorá bola obvykle prítomná ako jediná psychoaktívna látka. V Českej republike, Grécku, Lotyšsku, Litve, Maďarsku, Holandsku, na Slovensku, vo Fínsku, v Spojenom kráľovstve a Nórsku takéto tabletky predstavovali viac ako 95 % celkového počtu tabletiiek analyzovaných v roku 2004. Výnimkou z tohto zistenia predstavovalo Bulharsko, kde vysoké percento (61 %) analyzovaných tabletiiek obsahovalo amfetamín a/alebo

metamfetamín ako jediné psychoaktívne látky. Obsah MDMA v tabletkách extázy značne kolíše v závislosti od výrobných šarže (dokonca aj v tabletkách s rovnakým logom) tak v jednotlivých krajinách ako aj medzi nimi. Uvádzalo sa, že v roku 2004 sa pohyboval priemerný obsah aktívnej látky (MDMA) v jednej tabletky extázy od 30 do 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (národné správy siete Reitox, 2005).

LSD

LSD sa vyrába a predáva v oveľa menšom rozsahu ako iné syntetické drogy. Odhaduje sa, že v roku 2004 sa v EÚ urobilo 220 000 zachytení LSD. Od roku 2002 je Nemecko krajinou, ktorá zachytáva najväčšie množstvá LSD ročne, za ním nasleduje Spojené kráľovstvo ⁽¹⁰¹⁾. V období medzi rokom 1999 a 2002 sa na úrovni EÚ znížil počet zachytení LSD ⁽¹⁰²⁾ a znížili sa aj zachytené množstvá ⁽¹⁰³⁾. No údaje, ktoré sú k dispozícii za rok 2003 a 2004 naznačujú, že počty zachytení LSD a zachytené množstvá sa zvýšili po prvýkrát za 9 rokov, pričom v roku 2004 sa zachytili relatívne veľké množstvá tejto drogy v Nemecku, vo Francúzsku, v Litve, Holandsku a Poľsku.

V roku 2004 sa priemerné náklady užívateľov na jednotku LSD pohybovali od 2,5 eura v Portugalsku po 11,6 eura na Malte ⁽¹⁰⁴⁾. Priemerné ceny LSD, korigované kvôli inflácii ⁽¹⁰⁵⁾, ukázali celkový klesajúci trend ⁽¹⁰⁶⁾ v období medzi rokom 1999 a 2004 v Českej republike, Írsku, Poľsku, Slovinsku a vo Švédsku, ale sa zvýšili v Nemecku a vo Francúzsku.

Medzinárodná akcia proti výrobe amfetamínov a extázy a obchodovaniu s nimi

V oblasti syntetických drog Europol realizuje od decembra 2004 projekt Synergy ⁽¹⁰⁷⁾. Tento je podporovaný 20 členskými štátmi EÚ a niektorými tretími štátmi a zahŕňa

⁽⁹⁴⁾ Táto situácia by sa mala porovnať s údajmi z roku 2004 pre Spojené kráľovstvo, ak sú dostupné. Údaje o počte zachytení extázy a o množstvách zachytenej extázy neboli k dispozícii v roku 2004 pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o počte zachytení extázy neboli v roku 2004 k dispozícii pre Holandsko. Na účely odhadovania boli chýbajúce údaje za rok 2004 nahradené údajmi za rok 2003. Údaje o množstvách zachytených v roku 2004 poskytnuté Holandskom boli iba odhadmi, ktoré nemohli byť zaradené do analýzy trendov do roku 2004.

⁽⁹⁵⁾ Pozri tabuľku SZR-13 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁹⁶⁾ Pozri tabuľku SZR-14 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁹⁸⁾ Ak sa vezme rok 1999 ako základ pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽⁹⁹⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o cenách extázy pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, Českej republike, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, na Cypre, v Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve, Bulharsku, Turecku a Nórsku.

⁽¹⁰⁰⁾ Toto rozpätie je založené iba na údajoch z niekoľkých krajín, menovite z Dánska, Nemecka, Francúzska, Luxemburska a Holandska.

⁽¹⁰¹⁾ Táto situácia by sa mala porovnať s údajmi z roku 2004 pre Spojené kráľovstvo, ak sú dostupné. Údaje o počte zachytení LSD a množstvách LSD neboli k dispozícii pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o počte zachytení neboli k dispozícii pre Cyprus, Holandsko, Poľsko a Bulharsko. Na účely odhadu boli chýbajúce údaje za rok 2004 nahradené údajmi za rok 2003. Údaje o množstvách zachytených v roku 2004 poskytnuté Holandskom boli iba odhadmi, ktoré nemohli byť zahrnuté do analýzy trendov do roku 2004.

⁽¹⁰²⁾ Pozri tabuľku SZR-15 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁰³⁾ Pozri tabuľku SZR-16 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Ak sa vezme rok 1999 ako základ pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽¹⁰⁶⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o cenách LSD pre aspoň tri za sebou idúce roky v Českej republike, Nemecku, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, Litve, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve a Nórsku.

⁽¹⁰⁷⁾ Projekt Synergy zlučil projekty CASE a Genesis, ktoré sa začali v roku 2002.

analytický pracovný súbor (*Analytical work file, AWF*) s operačnými dielčiami projektmi realizovanými v celej EÚ vo viacerých krajinách ako aj viacero nástrojov používaných na analytické a strategické účely, napríklad systém loga Europolu pre extázu (EELS) (vrátane katalógu log pre extázu) a porovnávací systém Europolu pre protizákonné laboratória (ELICS). Europol naďalej podporuje projekt CHAIN⁽¹⁰⁸⁾ pre profilovanie amfetamínu a Európsku spoločnú jednotku pre prekurzory (EUJP). Okrem okamžitej pomoci expertov pri ničení nezákonnej výroby syntetických drog sa nedávne dielčie projekty zamerali na porovnávanie zničených laboratórií, na odhaľovanie chemických skládok ako východiskových bodov pre vyšetrovanie, na spätné sledovanie strojov na výrobu tabletiiek a na vyšetrovanie obchodovania s prekurzorovými chemikáliami v krajinách EÚ. Projekt Prism je medzinárodnou iniciatívou zriadenou na prevenciu zneužívania prekurzorových chemikálií na nezákonnú výrobu syntetických drog prostredníctvom systému predexportných oznámení o zákonom obchode Medzinárodnej rade pre kontrolu narkotík (INCB) a poskytovaní správ o zastavených zásielkach a zachyteniach vykonaných v prípade podozrivých transakcií.

Efedrín a pseudoefedrín sú kľúčovými prekurzormi metamfetamínu, kým 1-fenyl-2-propanón (P-2-P) sa tiež používa na výrobu amfetamínu; 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanón (3,4-MDP-2-P), safrol a oleje bohaté na safrol sa používajú pri nezákonnej výrobe MDMA, kým piperonal sa používa aj na syntetizovanie MDA⁽¹⁰⁹⁾.

V roku 2004 dosiahlo zákonné obchodovanie s efedrínom celkom 526 ton a s pseudoefedrínom 1 207 ton. Najväčšie zachytenia týchto chemikálií boli uvádzané v Severnej Amerike a juhovýchodnej Ázii, ale existuje obava, že zachytenia sa rozšíria na všetky regióny. Pašovanie efedrínu a pseudoefedrínu do Európy má pôvod najmä v západnej Ázii. V roku 2004 sa v Európe zachytilo 2,6 tony efedrínu a 1 kg pseudoefedrínu⁽¹¹⁰⁾; zachytenia boli väčšinou malými zachyteniami a prichádzali z mnohých rôznych laboratórií, väčšinou v Českej republike, hoci v Grécku došlo k veľkému zachyteniu efedrínu z Pakistanu.

Činnosti projektu Prism sa v Európe zamerali na prevenciu pašovania 3,4-MDP-2-P a P-2-P do EÚ na použitie na nezákonnú výrobu MDMA a amfetamínu. V roku 2004 boli zachytenia 3,4-MDP-2-P a P-2-P najväčšie, aké kedy

boli celosvetovo oznámené, pričom na Európu pripadli najväčšie zachytené množstvá 3,4-MDP-2-P a na Spojené štáty najväčšie zachytené množstvá P-2-P. V roku 2004 dosiahli celkovo v Európe zachytené množstvá 10 161 litrov 3,4-MDP-2-P (najmä v Holandsku a Belgicku) a 9 297 litrov P-2-P (najmä v Poľsku a Holandsku⁽¹¹¹⁾).

Piperonal má mnoho zákonných použití, ale môže sa používať aj ako prekurzor pri výrobe 3,4-MDP-2-P, MDA alebo MDMA (INCB, 2006b). Medzi novembrom 2004 a októbrom 2005 sa INCB (2006b) nahlásilo viac ako 150 zásielok v množstve 3 800 ton. V roku 2004 nahlásila najväčšie zachytenia piperonalu Čína (13 ton); 2,4 tony boli zachytené v Európe, takmer všetko v Rumunsku⁽¹¹²⁾.

Zachytenia safrolu sú hlásené zo všetkých oblastí po celom svete, ale množstvá zostávajú malé, s výnimkou Číny, ktorá hlási zachytenia nad 100 kg. V Európe sa v roku 2004 zachytilo 122 litrov safrolu, najmä v Lotyšsku, ale aj v Litve.

Prevalencia a formy užívania

Prieskumy medzi obyvateľstvom tradične uvádzajú, že amfetamíny a extáza sú hneď po kanabise najbežnejšie užívanými nezákonnými látkami, hoci celková prevalencia ich užívania je nižšia ako u kanabisu. Užívanie extázy sa stalo populárnym v deväťdesiatych rokoch minulého storočia, kým amfetamíny sa užívajú oveľa dlhšie.

Zdá sa, že v rámci členských štátov EÚ je užívanie amfetamínov⁽¹¹³⁾ a extázy relatívne vysoké iba v niekoľkých krajinách, menovite v Českej republike, Estónsku a Spojenom kráľovstve. Nedávne prieskumy medzi dospelou populáciou (15 – 64 rokov) uvádzajú, že prevalencia celoživotného užívania amfetamínu v Európe sa pohybuje od 0,1 % do 5,9 % s výnimkou Spojeného kráľovstva (Anglicka a Walesu), kde dosahuje 11,2 %. V priemere asi 3,1 % všetkých dospelých Európanov okúsilo amfetamíny aspoň raz. Krajinami s najvyššími údajmi po Spojenom kráľovstve sú Dánsko (5,9 %), Nórsko (3,6 %) a Nemecko (3,4 %). Užívanie v minulom roku bolo oveľa nižšie: v priemere 0,6 % (v rozsahu 0 – 1,4 %). Na základe prieskumov medzi všeobecnou populáciou sa odhaduje, že takmer 10 miliónov Európanov okúsilo túto látku a viac ako 2 milióny užívali amfetamín v predchádzajúcich 12 mesiacoch⁽¹¹⁴⁾.

Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) sa uvádza skúsenosť s užívaním amfetamínu do 0,1 – 9,6 %,

⁽¹⁰⁸⁾ Kolektívna harmonizovaná iniciatíva v oblasti amfetamínov (Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative, CHAIN) je iniciatíva kriminologického profilovania, ktorá nahradila úvodný projekt CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Všetko je uvedené v tabuľke I Dohovoru 1988.

⁽¹¹⁰⁾ Údaje o zachyteniach neobsahujú množstvá zahrnuté v zastavených zásielkach.

⁽¹¹¹⁾ Údaje o zachyteniach neobsahujú množstvá zahrnuté v zastavených zásielkach.

⁽¹¹²⁾ Údaje o zachyteniach neobsahujú množstvá zahrnuté v zastavených zásielkach.

⁽¹¹³⁾ V rámci prieskumov medzi obyvateľstvom údaje o „užívaní amfetamínu“ zahŕňajú užívanie „amfetamínu“ a „metamfetamínu“ v jednej kategórii.

⁽¹¹⁴⁾ Metódu výpočtu si pozrite v poznámke pod čiarou (53).

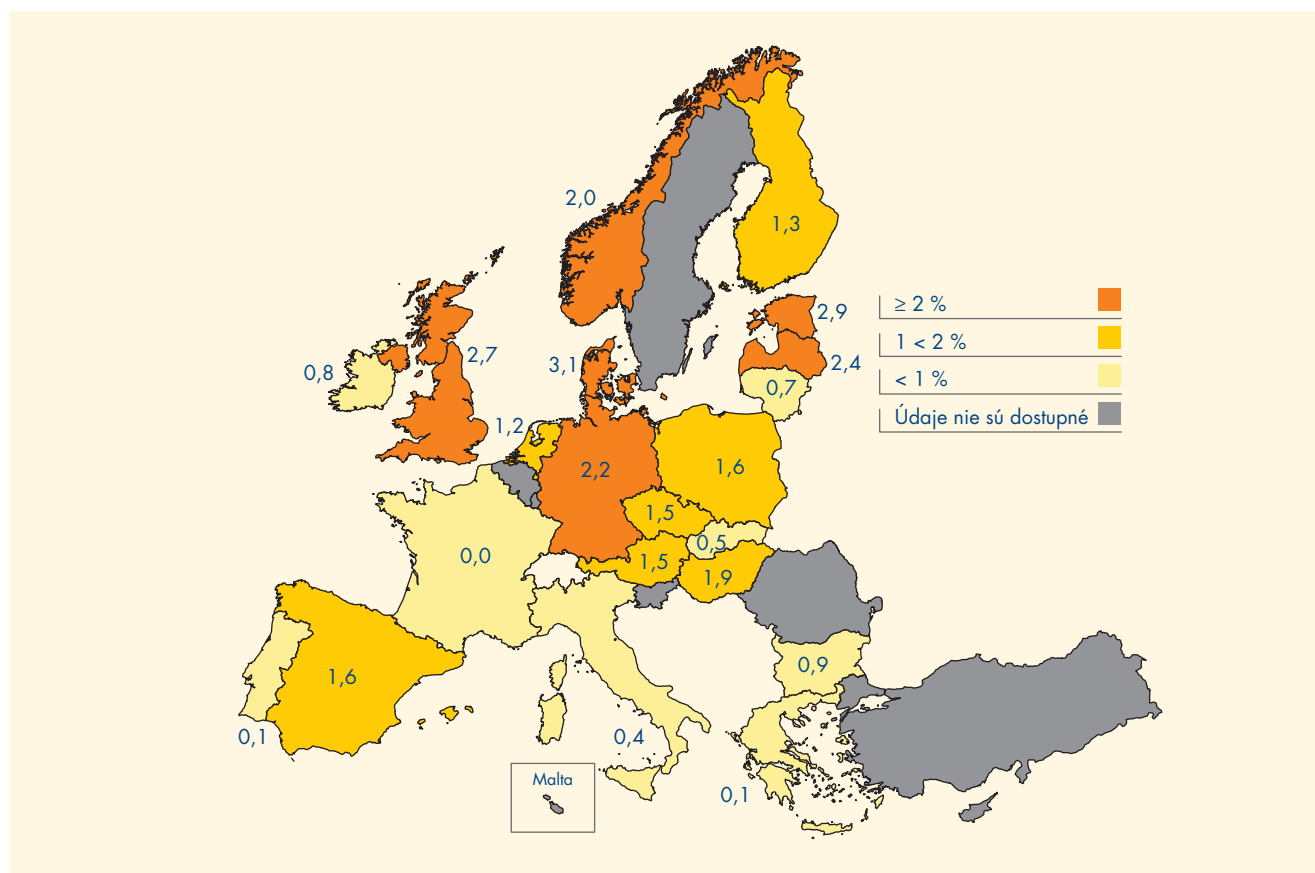
pričom Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales) uvádza celožitovnú mieru prevalence 16,5 % (čo môže odrážať historický jav, pozri nižšie). Polovica krajín, ktoré poskytli údaje, má miery prevalence pod 4 %, pričom najvyššie miery po Spojenom kráľovstve uvádzalo Dánsko (9,6 %), Nórsko (5,9 %) a Nemecko (5,4 %). V priemere 4,8 % mladých Európanov okúsilo amfetamín. Dánsko (3,1 %) a Estónsko (2,9 %) uvádzajú najvyššie miery prevalence v poslednom roku⁽¹¹⁵⁾. Odhaduje sa, že v priemere 1,4 % mladých Európanov užilo v minulom roku amfetamín (pozri aj obrázok 4).

Extázu okúsilo 0,2 – 7,1 % všetkých dospelých (v priemere 2,6 %). Polovica krajín uvádza miery prevalence 1,8 % alebo nižšie, pričom najvyššie miery prevalence uvádza Česká republika (7,1 %) a Spojené kráľovstvo (6,7 %). Prevalencia užívania extázy v poslednom roku sa pohybuje od 0,2 % do 3,5 %, ale polovica krajín uvádza miery prevalence 0,5 % alebo nižšie. Odhaduje sa, že takmer 8,5 milióna Európanov okúsilo extázu a takmer 3 milióny ju uživalo v minulom roku.

Medzi mladými dospelými v európskych krajinách je prevalencia celožitovného užívania extázy 5,2 %, pričom sa pohybuje od 0,5 % do 14,6 %, hoci polovica krajín uvádza miery nižšie ako 3,6 %. Česká republika (14,6 %), Spojené kráľovstvo (12,7 %) a Španielsko (8,3 %) uvádzajú najvyššie miery prevalence.

Užívanie extázy je predovšetkým javom mladosti. Vo vekovej skupine 15 – 24 rokov sa pohybuje celožitovné užívanie od 0,4 % do 18,7 %, pričom najvyššie hodnoty uvádzajú Česká republika (18,7 %)⁽¹¹⁶⁾ a Spojené kráľovstvo (10,7 %) a vyššie miery sú u mužov (0,3 – 23,2 %) ako u žien (0,4 – 13,9 %). Užívanie v poslednom roku sa pohybuje od 0,3 % do 12 %, pričom Česká republika (12 %) a Estónsko (6,1 %) uvádzajú najvyššie hodnoty (obrázok 5). Miery prevalence v poslednom mesiaci nižšie ako 3 % uvádza sedem krajín. Miery prevalence sú obvykle vyššie v mestských oblastiach, najmä u ľudí, ktorí často navštevujú diskotéky, kluby alebo tanečné zábavy (pozri vybranú otázku užívania drog v rekreačných zariadeniach).

Obrázok 4: Prevalencia užívania amfetamínu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



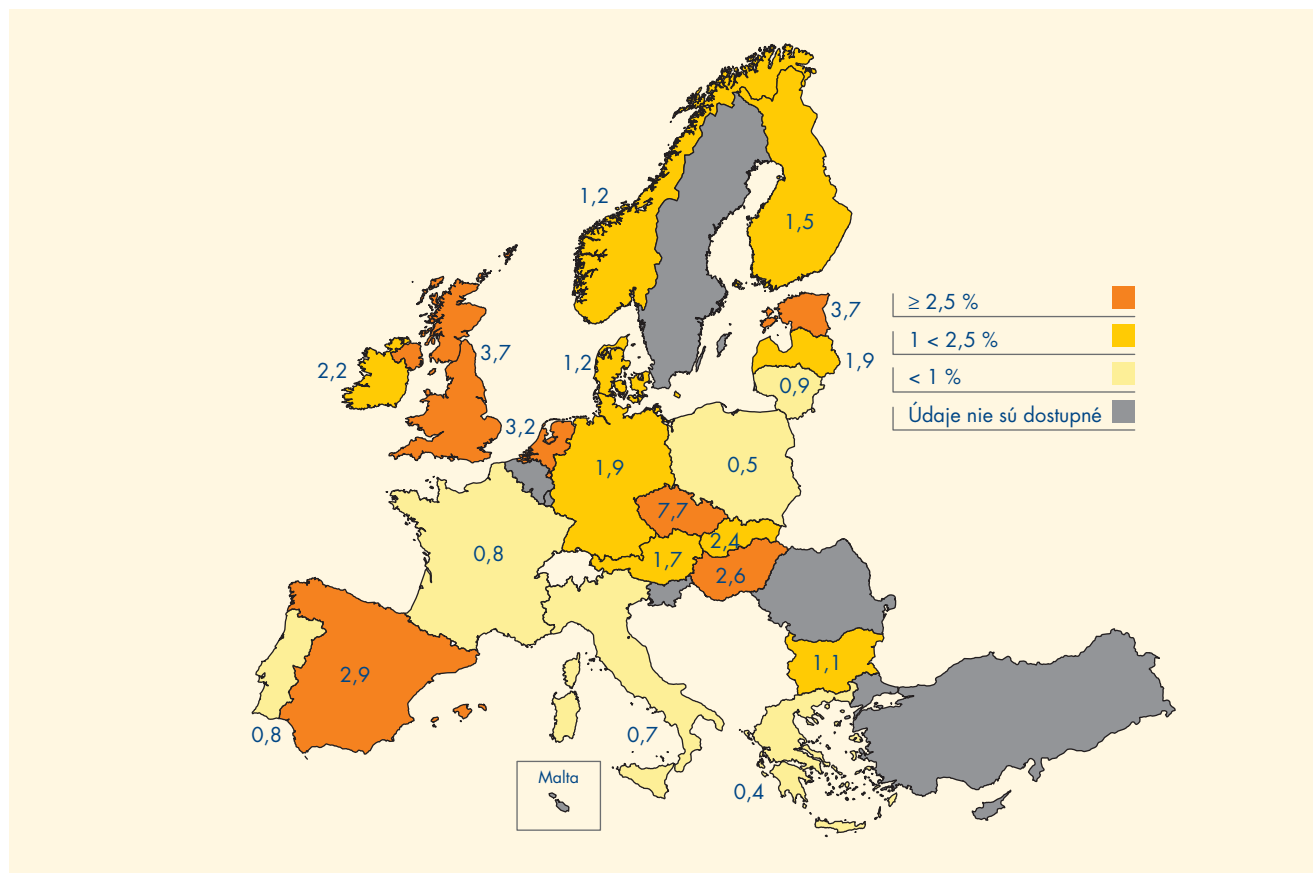
Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách GPS-8 a GPS-11 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

⁽¹¹⁵⁾ Pozri obrázky GPS-15 a GPS-16 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹¹⁶⁾ V Českej republike bola skúmaná veková skupina 18 – 24 rokov.

Obrázok 5: Prevalencia užívania extázy v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách GPS-8 a GPS-11 v štatistickej ročenke 2006.
 Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

Prieskumy medzi 15- až 16-ročnými žiakmi škôl ukazujú, že celková celoživotná prevalencia užívania extázy sa v období 1995 – 2003 zvýšila, pričom k najväčšiemu zvýšeniu došlo v Českej republike a vo väčšine nových členských štátov EÚ⁽¹¹⁷⁾. V prieskumoch ESPAD na školách v roku 2003 (Hibell a kol., 2004) zostávali odhady celoživotnej prevalencie pre amfetamíny o 1 % až 3 % vyššie ako odhady pre extázu v šiestich členských štátoch (Nemecko, Dánsko, Estónsko, Litva, Rakúsko a Poľsko)⁽¹¹⁸⁾.

Pre porovnanie, v roku 2004 v celoštátnom prieskume v Spojených štátoch o užívaní drog a zdraví 4,6 % dospelých (definovaných ako 12-roční a starší) uvádzalo celoživotnú skúsenosť s extázou a 0,8 % uvádzalo užívanie v poslednom roku (pre porovnanie, zodpovedajúce údaje pre EÚ sú 2,6 % a 0,9 %). Medzi mladými dospelými vo veku 16 – 34 rokov bola celoživotná skúsenosť 11,3 % a užívanie v poslednom roku 2,2 % (5,2 % a 1,9 % v Európe)⁽¹¹⁹⁾.

Celoživotná skúsenosť s užívaním LSD u mladých dospelých sa pohybuje od 0,2 % do 5,9 %, pričom dve tretiny krajín uvádzajú miery prevalencie od 0,4 % do 1,7 %. Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania LSD pohybuje od 0,3 % do 9 % a vo vekovej skupine 15 – 24 rokov nepresahuje 4,5 %. Prevalencia užívania v poslednom roku vo vekovej skupine 15 – 24 rokov presahuje 1 % iba v Českej republike, Estónsku, Lotyšsku, Maďarsku, Poľsku a Bulharsku.

Trendy

Nové prieskumy medzi obyvateľstvom poskytli dôkazy, že užívanie amfetamínu a extázy, ktoré má v posledných rokoch narastajúci trend, môže byť stabilizované alebo dokonca môže klesať. V Spojenom kráľovstve, ako aj v dvoch ďalších členských štátoch, kde je spotreba týchto drog relatívne vysoká (Česká republika a Španielsko), užívanie amfetamínov v poslednom roku medzi mladými

⁽¹¹⁷⁾ Pozri obrázok EYE-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Pozri obrázok EYE-2 (časť vi) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Zdroj: SAMHSA, Úrad pre aplikované štúdie, Celoštátny prieskum o užívaní drog a zdraví 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Všimnite si, že vekové rozpätie v prieskume USA (12 rokov a viac) je širšie ako vekové rozpätie uvádzané EMCDDA pre prieskumy EÚ (15 – 64 rokov). Údaje pre „mladých dospelých“ (16 – 34 rokov) pre prieskum USA boli prepočítané EMCDDA.

dospelými sa teraz uvádza ako stabilizované alebo dokonca klesajúce ⁽¹²⁰⁾. Podobne sa zdá, že užívanie extázy sa vyrovnáva alebo klesá v dvoch krajinách s vysokou prevalenciou, v Španielsku a Spojenom kráľovstve, ale nie v Českej republike ⁽¹²¹⁾.

Údaje o dopyte po liečbe – amfetamíny a extáza ⁽¹²²⁾

Hoci počet dopytov po liečbe súvisiacej s užívaním amfetamínov a extázy vo všeobecnosti narastá, táto forma užívania drog je vo väčšine krajín zriedkavo prvotnou príčinou účasti na protidrogovej liečbe ⁽¹²³⁾. Dôležitou výnimkou je, že niekoľko krajín uvádza podstatný podiel žiadostí o liečbu súvisiacu s užívaním amfetamínu alebo metamfetamínu. V Českej republike, na Slovensku, vo Fínsku a Švédsku tieto drogy predstavujú približne štvrtinu až polovicu všetkých žiadostí o liečbu ⁽¹²⁴⁾. V Českej republike a na Slovensku sa veľká časť uvádzaných žiadostí o liečbu vzťahuje na prvotný problém s metamfetamínom (pozri rámček o metamfetamíne). V tých krajinách, kde užívatelia amfetamínov predstavujú podstatnú časť žiadostí o liečbu, jedna tretina až dve tretiny amfetamínových klientov si vstrekuje drogu ⁽¹²⁵⁾.

Uvádza sa, že vo väčšine krajín žiadosti o liečbu súvisiacu s extázou predstavujú menej ako 1 % všetkých žiadostí o liečbu s výnimkou Cypru, Maďarska, Írska a Turecka, kde extázoví klienti predstavujú 4 % až 6 % všetkých klientov vyhľadávajúcich liečbu.

Nové a objavujúce sa drogové trendy

Odhady prevalencie pre užívanie nových alebo objavujúcich sa drog sú oveľa nižšie ako odhady pre užívanie zavedenejších nezákonných drog. Nové formy užívania drog sú spočiatku pravdepodobne prijímané niekoľkými jednotlivcami, medzi malými dielčimi populáciami alebo v obmedzených geografických lokalitách alebo zariadeniach. Takže identifikácia a monitorovanie objavujúcich sa trendov si vyžadujú odlišný typ prístupu od prístupu používaného na monitorovanie hlavných typov užívania drog.

Užívanie metamfetamínu a súvisiace problémy

Významné problémy s užívaním metamfetamínu sa uvádzali v mnohých častiach sveta vrátane USA, juhovýchodnej Ázie, Tichomoria a Afriky (UNODC, 2006). Užívanie metamfetamínu môže viesť k závažným zdravotným problémom vrátane psychózy a závislosti a môže súvisieť s rizikovými správaniami vrátane tých, ktoré môžu viesť k prenosu HIV.

Z historického hľadiska sa užívanie metamfetamínu sústredilo v Českej republike, kde sa odhaduje dvojnásobný počet problémových užívateľov metamfetamínu (pervitínu) (20 300) v porovnaní s počtom problémových užívateľov opiátov (9 700). V posledných rokoch sa metamfetamín stal najčastejšou primárnou drogou medzi tými, ktorí požadujú liečbu po prvýkrát na Slovensku a vysoké úrovne užívania metamfetamínu sa zistili aj medzi niektorými dielčimi populáciami v Maďarsku. Vo svojich správach siete Reitox sedem ďalších krajín (Dánsko, Francúzsko, Lotyšsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo, Bulharsko a Nórsko) uvádzalo nárast zachytení a/alebo užívania tejto drogy, najmä medzi časťmi návštevníkmi klubov a večierok. V súčasnosti nám dostupné informácie neumožňujú vyvodiť žiadne pevné závery o trendoch v užívaní metamfetamínu v týchto krajinách. Napriek tomu šírenie metamfetamínu inde vo svete a potenciál tejto drogy spôsobovať závažné zdravotné problémy znamená, že toto je oblasť, v ktorej sa naďalej vyžaduje ostražitosť.

Halucinogénne huby: prípadová štúdia objavujúceho sa trendu

Donedávna bolo LSD najbežnejšie užívanou halucinogénnou látkou. Toto sa teraz asi mení, pretože užívanie halucinogénnych húb ⁽¹²⁶⁾ sa uvádza čoraz viac. Zdá sa, že dostupnosť halucinogénnych húb sa od konca deväťdesiatych rokov minulého storočia zvýšila, kedy sa začali predávať spolu s inými „prírodnými“ produktmi v „smart shopoch“ v Holandsku a inde ⁽¹²⁷⁾. Napríklad v Spojenom kráľovstve v prvých rokoch tohto storočia sa počet obchodov, ktoré predávajú halucinogénne huby, zvýšil a odhaduje sa, že do roku 2005 sa predávali v asi 300 obchodoch a trhovách stánkoch po celej krajine.

⁽¹²⁰⁾ Pozri obrázky GPS-6 a GPS-17 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²¹⁾ Pozri obrázky GPS-8, GPS-18 a GPS-30 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²²⁾ Pozri poznámku pod čiarou (70).

⁽¹²³⁾ Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-17 (časť iii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹²⁶⁾ V tejto správe sa výraz halucinogénne huby vzťahuje iba na huby, ktoré obsahujú psychoaktívne látky psilocybin a psilocín. Druhy húb, ktoré obsahujú iné psychoaktívne látky sa užívajú zriedkavejšie. Kvôli ďalším informáciám si pozrite tematický článok EMCDDA o halucinogénnych hubách (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Tieto obchody predávajú zákonné a prevažne prírodné produkty vrátane halucinogénnych húb.

Objavil sa aj predaj halucinogénnych húb cez internet so stránkami, najmä v holandčine, na ktorých sa predávajú čerstvé huby, súpravy na pestovanie húb a „spore prints“ (výtrusy húb na alobale, papieri alebo inom materiáli). On-line predaj halucinogénnych húb sa vykonáva vo viacerých jazykoch, najmä v angličtine, francúzštine a nemčine, čím zahŕňa širokú medzinárodnú spotrebiteľskú základňu.

Nedávne výskumy medzi dospelými a žiakmi škôl v EÚ naznačujú, že medzi mladými ľuďmi vo veku 15 – 24 rokov sa celoživotné užívanie halucinogénnych húb pohybuje od menej ako 1 % do 8 %⁽¹²⁸⁾. Odhady celoživotnej prevalencie užívania halucinogénnych húb medzi žiakmi škôl vo veku 15 – 16 rokov sú rovnaké alebo vyššie ako odhady celoživotnej prevalencie užívania extázy v deviatich členských štátoch EÚ (Hibell a kol., 2004). Existujú však indikácie, že miery trvania sú pre halucinogénne huby nižšie ako pre väčšinu iných drog. Toto je bežný hlavný rys užívania halucinogénnych drog a odráža skutočnosť, že mladí ľudia si vo všeobecnosti volia obmedzenie tohto typu užívania drog na experimentovanie a zriedkavo pokračujú v rozvoji foriem pravidelného užívania.

Správy o akútnych alebo chronických zdravotných problémoch, ktoré si vyžadujú lekárske zásahy vzťahujúce sa na užívanie halucinogénnych húb sú zriedkavé. Niektoré krajiny však zmenili svoje právne predpisy v reakcii na užívanie takýchto halucinogénnych látok mladými ľuďmi. Hoci aktívne zložky húb, psilocybín a psilocín sú už regulované na medzinárodnej úrovni Dohovorom OSN o psychotropných látkach z roku 1971, donedávna sa často ponechalo na prokurátorov, aby interpretovali, či a kedy sú tieto látky zakázané, keď sa nachádzajú v hube, aby sa zabránilo potrestaniu vlastníkov pozemkov, na ktorých takéto huby prirodzene rastú. Šesť krajín spísnilo v posledných 5 rokoch svoju legislatívu o hubách (Dánsko, Nemecko, Estónsko, Írsko, Holandsko a Spojené kráľovstvo). Zmeny vykonané týmito krajinami rozšírili zákaz tak, aby zahŕňal halucinogénne huby, hoci zákonné kontroly sa nie vždy uplatňujú presne na rovnaké huby alebo stav prípravy.

V roku 2004 sa uvádzali zachytenia halucinogénnych húb v Českej republike, Nemecku, Estónsku, Grécku, Litve, Maďarsku, Holandsku, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, na Slovensku, vo Švédsku a v Nórsku⁽¹²⁹⁾. Počet a množstvo halucinogénnych húb zachytených orgánmi činnými v trestnom konaní sú vo všeobecnosti nízke a z týchto údajov nevyplývajú žiadne jasné trendy.

GHB a ketamín

Gama-hydroxybutyrát (GHB) a ketamín sa monitorujú v dôsledku obáv EÚ, ktoré sa objavili v roku 2000, zo zneužívania týchto drog na rekreačné účely⁽¹³⁰⁾. V marci 2001 systém OSN na kontrolu drog pridal GHB do zoznamu medzinárodne kontrolovaných drog, v dôsledku toho všetky členské štáty EÚ aktualizujú svoju legislatívu o tejto látke. Nedávnejšie, v marci 2006, odporučil INCB, aby WHO urýchlila svoju analýzu, či by sa mal ketamín dať pod medzinárodnú kontrolu (INCB, 2006a). Na národnej úrovni je ketamín kontrolovaný podľa legislatívy súvisiacej s drogami, na rozdiel od právnych predpisov týkajúcich sa liekov, v takmer polovici členských štátov EÚ.

Obmedzené údaje o prevalencii, ktoré sú k dispozícii o GHB a ketamíne, naznačujú, že užívanie týchto látok sa vo väčšine krajín stabilizovalo na nízkych úrovniach. Štúdie populácií s vysokou prevalenciou naznačujú, že dokonca medzi pravidelnými rekreačnými užívateľmi drog sa pravdepodobne obe tieto drogy užívajú menej často ako iné látky, napríklad amfetamíny, extáza, LSD a halucinogénne huby.

Úmrtia a nefatálne náhle príhody, o ktorých sa uvádza, že súvisia s užívaním GHB a ketamínu, sú veľmi zriedkavé. Avšak chýbanie presných a porovnateľných systémov na registrovanie úmrtí a nefatálnych náhlych príhod súvisiacich s užívaním týchto látok obmedzuje údaje, ktoré sú k dispozícii v tejto oblasti. Dve krajiny uviedli úmrtia súvisiace s GHB, obvykle v spojení s inými drogami. Mestská zdravotná služba v Amsterdame zaznamenala zvýšenie ročného počtu nefatálnych náhlych príhod pripísateľných užívaniu GHB z 25 v roku 2000 na 98 v roku 2004, čo je viac ako počet zdravotných náhlych príhod pripísateľných užívaniu extázy, amfetamínu, LSD alebo halucinogénnych húb. Vo Švédsku sa zistenia GHB (alebo jeho prekurzorov GBL a 1,4-BD) vo vzorkách telesných tekutín zvýšili z 24 v roku 1997 na 367 v roku 2004. Úmrtia súvisiace s GHB sa uvádzali aj vo Švédsku: v období medzi rokmi 1996 až 2004 sa táto droga zistila u 36 úmrtí súvisiacich s drogami, pričom deväť z nich sa vyskytlo v roku 2004. GHB bol spomenutý v koronerovej správe o troch úmrtiach v roku 2003 v Anglicku a Walese, pričom v jednom z nich GHB bol jedinou spomenutou drogou (ONS, 2006). Avšak toxikologické informácie z jednej nemocnice v Spojenom kráľovstve, ktorá pokrýva veľkú oblasť, udávajú, že GHB bol zistený u piatich úmrtí medzi májom a decembrom 2005⁽¹³¹⁾.

⁽¹²⁸⁾ Údaje EMCDDA z európskeho vzorového dotazníka. Jedenásť členských štátov poskytuje údaje halucinogénnych hubách (Česká republika, Dánsko, Nemecko, Francúzsko, Írsko, Litva, Maďarsko, Holandsko, Poľsko, Fínsko, Spojené kráľovstvo).

⁽¹²⁹⁾ Národné správy siete Reitox (Nemecko, Estónsko, Holandsko, Nórsko) a dotazník siete systému včasného varovania EMCDDA (Česká republika, Grécko, Maďarsko, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko, Švédsko)

⁽¹³⁰⁾ Správa o hodnotení rizík spoločného opatrenia za rok 2000.

⁽¹³¹⁾ Informácie z EWS. Relatívne vysoký počet úmrtí súvisiacich s GHB v tejto správe pravdepodobne odráža výskumný záujem nemocničného laboratória o GHB.

Keďže GHB je rozpustný vo vode a alkohole a kvôli jeho potenciálne zneschopňujúcim účinkom, po ktorým často nasleduje strata pamäti, existujú obavy, že sa používa ako droga uľahčujúca sexuálne zneužitie (takzvané „znásilnenia pri randení“). Pretože však niektoré prípady môžu zostať neohlásené a pretože kriminologické dôkazy sú nedostatočné a takéto trestné činy sa ťažko preukazujú, neexistujú spoľahlivé dôkazy o rozsahu tohto javu. Preto je potrebný ďalší výskum, aby sa stanovil charakter a rozsah tohto potenciálne znepokojujúceho vývoja.

Opatrenie týkajúce sa nových drog

V roku 2005, keď bola spoločné opatrenie z roku 1997 nahradené novým rozhodnutím Rady (2005/387/JHA), došlo k plynulému prechodu bez prerušenia výmeny informácií. Celkom 14 nových psychoaktívnych látok bolo po prvýkrát oficiálne oznámených EMCDDA a Europolu. Všetko sú to psychotropné (syntetické) drogy podobné tým, ktoré sú uvedené v prílohe I a II Dohovoru OSN o psychotropných látkach. Novo oznámené látky patria k trom hlavným chemickým skupinám – fenetylamíny, tryptamíny a piperazíny. Rôzne látky z týchto skupín boli predtým oznamované a sú v súčasnosti monitorované systémom včasného varovania (*early-warning system*, EWS) ⁽¹³²⁾.

V roku 2005 bolo najvýznamnejším novým vývojom objavenie sa a šírenie novej psychoaktívnej látky 1-(3-chlorofenyl) piperazínu (mCPP). mCPP je piperazín s nahradeným arylom, podobne ako benzylpiperazín (BZP), čo je látka monitorovaná EWS od roku 1999. Prvé oficiálne oznámenia o zistení mCPP dostali EMCDDA a Europol vo februári/marci 2005 v súvislosti so vzorkami odobratými vo Francúzsku a Švédsku. Do konca roku 2005 orgány činné v trestnom konaní zachytili alebo našli tabletky obsahujúce mCPP v súvislosti s viacerými rekreačnými činnosťami (tanečné/hudobné festivaly pod šírým nebom, tanečné kluby atď.) v takmer všetkých členských štátoch. Takmer vždy sú navrhnuté tak, aby vyzerali ako extáza a podľa všetkého sa ako extáza aj predávajú. Droga je dostupná najmä vo forme tabletiiek a subjektívne účinky mCPP a MDMA sú čiastočne porovnateľné (Bossong a kol., 2005). Okrem toho sa mCPP často nachádza v kombinácii s MDMA. Keďže je nepravdepodobné, že je to výsledok náhodnej kontaminácie, naznačuje to, že úmyselné pridávanie mCPP môže byť určené na posilnenie alebo modifikovanie účinkov MDMA. Zdá sa, že v EÚ existuje malý špecifický dopyt alebo trh pre mCPP pod jeho vlastným menom.

Rozhodnutie Rady o nových psychoaktívnych látkach

Rozhodnutie Rady 2005/387/JHA z 10. mája 2005 o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok ⁽¹⁾ vytvára mechanizmus pre rýchlu výmenu informácií o nových psychoaktívnych látkach, ktoré môžu predstavovať hrozbu pre verejné zdravie a sociálnu hrozbu, čím umožňuje inštitúciám EÚ a členským štátom konať v súvislosti s novými omamnými látkami a novými psychotropnými látkami, ktoré sa objavujú na európskej drogovej scéne. EMCDDA a Europol v úzkej spolupráci so svojimi sieťami – národnými kontaktnými miestami Reitox (NFP) a národnými ústrediami Europolu (ENU) – dostali pridelenú ústrednú úlohu pri zisťovaní a oznamovaní nových psychoaktívnych látok. Rozhodnutie tiež zabezpečuje hodnotenie rizík súvisiacich s týmito novými látkami, aby sa opatrenia platné v nových členských štátoch pre kontrolu omamných a psychotropných látok ⁽²⁾ mohli aplikovať aj na nové psychoaktívne látky, ak je to vhodné. Rozhodnutie rozširuje rámec a nahrádza jednotnú akciu z roku 1997 ⁽³⁾, ktorá bola venovaná výlučne novým syntetickým drogám. Rozhodnutie však udržiava trojkrokový prístup riadený spoločnou akciou: výmena informácií/včasné varovanie, hodnotenie rizík a rozhodovanie.

⁽¹⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/JHA o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok bolo uverejnené v Úradnom vestníku Európskej únie dňa 20. mája 2005 (L 127/32–37) a nadobudlo účinnosť 21. mája 2005. Rozhodnutie sa vzťahuje na látky, ktoré v súčasnosti nie sú uvedené v žiadnej z príloh k Dohovorom OSN o kontrole drog z roku 1961 a 1971.

⁽²⁾ V súlade s ustanoveniami Jednotného dohovoru OSN o omamných látkach z roku 1961 a Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971.

⁽³⁾ Jednotná akcia zo 16. júna 1997 týkajúca sa výmeny informácií, hodnotenia rizík a kontroly nových syntetických drog (Ú. v. ES 167, 25.6.1997).

Členské štáty identifikovali mCPP oveľa častejšie ako akúkoľvek inú novú psychoaktívnu látku, odkedy EWS začal v roku 1997 monitorovať nové (syntetické) drogy. V priebehu roku bol identifikovaný v 20 členských štátoch ako aj v Rumunsku a Nórsku.

V spoločnej správe EMCDDA a Europol odporučili, v súlade s ustanoveniami rozhodnutia Rady, aby sa nevykonávalo žiadne formálne hodnotenie rizík, pretože existujú dôkazy, že mCPP sa používa pri výrobe prinajmenšom jedného liečiva. Uviedlo sa tiež, že napriek skutočnosti, že v súčasnosti existuje málo dôkazov o významných zdravotných alebo sociálnych rizikách súvisiacich s mCPP, táto otázka musí zostať otvorená, ak chýba dôkladné vedecké hodnotenie rizík.

⁽¹³²⁾ Z deviatich nových syntetických drog, ktoré sa podrobili hodnoteniu rizík v období od roku 1997 do roku 2004 pod spoločným opatrením, všetkých šesť látok, ktoré boli následne kontrolované na úrovni EÚ, boli fenetylamíny.

**Vývoj v užívaní drog v rámci rekreačných zariadení,
vo výročnej správe EMCDDA 2006:
vybrané otázky**

Užívanie drog a rekreačné činnosti mladých ľudí sú často prepojené. Najmä štúdie zamerané na mladých ľudí, ktorí navštevujú hudobné podujatia a tanečné zábavy, neustále uvádzajú oveľa vyššie odhady prevalencie užívania drog ako tie, ktoré sa zistili v prieskumoch medzi všeobecnou populáciou, pričom sa často uvádzajú najmä vysoké úrovne užívania stimulansov. Môžu sa rozdiely medzi krajinami vysvetliť z hľadiska rôznorodosti dostupných komerčných nočných zábavných podnikov, hudobnej kultúry, dostupnosti drog a disponibilných príjmov? Tieto otázky sú skúmané v tejto vybranej otázke.

Nový vývoj v propagovaní rekreačných drog cez internet a v samotnom užívaní rekreačných drog prináša so sebou nové výzvy v oblastiach politiky, prevencie a znižovania rizík. Tieto sú skúmané v tejto vybranej otázke, ktorá tiež podrobne skúma inovačnú prevenciu drog a iniciatívy na znižovanie rizík, ktoré boli zavedené v EÚ počas minulého desaťročia v odozve na zložitý problém spolupôsobenia oddychových činností a užívania drog mladými ľuďmi.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači („Developments in drug use within recreational settings“, vo *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) a na internete iba v angličtine (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Kapitola 5

Kokaín a krak

Ponuka a dostupnosť kokaínu ⁽¹³³⁾

Výroba a obchodovanie

Kokaín je najčastejšie obchodovanou drogou na svete po trávovom kanabise a kanabisovej živici. Z hľadiska zachyteného objemu – 578 ton v roku 2004 – obchodovanie naďalej prevažuje najmä v Južnej Amerike (44 %) a Severnej Amerike (34 %), za ktorými nasleduje západná a stredná Európa (15 %) (CND, 2006).

Kolumbia je nepochybne najväčším zdrojom nezákonnej koky na svete, za ňou nasleduje Peru a Bolívia. Odhaduje sa, že v roku 2004 sa celosvetová výroba kokaínu zvýšila na 687 ton, k čomu Kolumbia prispela 56 %, Peru 28 % a Bolívia 16 % (UNODC, 2005). Väčšina kokaínu zachyteného v Európe prichádza priamo z Južnej Ameriky (najmä Kolumbie) alebo cez Strednú Ameriku a Karibskú oblasť. V roku 2004 sa Surinam, Brazília, Argentína, Venezuela, Ekvádor, Curacao, Jamajka, Mexiko, Guyana a Panama uvádzali ako tranzitné krajiny pre kokaín dovážaný do EÚ (národné správy siete Reitox, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Časť tiež prechádzala cez Afriku, čoraz viac cez západnú Afriku a krajiny v Guinejskom zálive (najmä Nigériu), ale aj cez východnú Afriku (Keňu) a severozápadnú Afriku, cez ostrovy pri pobreží Mauretánie a Senegalu (CND, 2006; INCB, 2006a). Hlavnými miestami vstupu do EÚ zostávajú Španielsko, Holandsko a Portugalsko, ako aj Belgicko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo (národné správy siete Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Hoci Španielsko a Holandsko stále hrajú dôležitú úlohu ako distribučné miesta pre kokaín vstupujúci do EÚ,

intenzívnejšie kontroly pozdĺž španielskeho severného pobrežia (Galícia) a politika 100 % kontroly letov zo špecifikovaných krajín ⁽¹³⁴⁾ na letisku Schipol (Amsterdam) možno hrajú úlohu pri vytváraní alternatívnych trás, napríklad čoraz viac cez Afriku, ale aj cez východnú a strednú Európu a pri sekundárnej distribúcii odtiaľ do západnej Európy (národné správy siete Reitox, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Zachytenia

Odhaduje sa, že v roku 2004 sa v EÚ urobilo 60 000 zachytení 74 ton kokaínu. Väčšina zachytení kokaínu sa uvádza z krajín západnej Európy, najmä zo Španielska, ktoré predstavuje asi polovicu zachytení a množstiev získaných v EÚ v posledných 5 rokoch ⁽¹³⁵⁾. Počas obdobia 1999 – 2004 sa počet zachytení kokaínu ⁽¹³⁶⁾ celkovo zvýšil na úrovni EÚ, kým zachytené množstvá ⁽¹³⁷⁾ kolísali v rámci stúpajúceho trendu. Avšak na základe krajín, ktoré poskytli správy, sa zdá, že v roku 2004 množstvá poklesli – snád' v porovnaní s mimoriadnym množstvom získaným v Španielsku rok predtým.

Cena a čistota

V roku 2004 priemerná maloobchodná cena kokaínu v celej EÚ veľmi kolísala, od 41 eur za gram v Belgicku po viac ako 100 eur za gram na Cypre, v Rumunsku a Nórsku ⁽¹³⁸⁾. Priemerné ceny kokaínu korigované kvôli inflácii ⁽¹³⁹⁾ ukázali celkový klesajúci trend počas obdobia 1999 – 2004 vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy ⁽¹⁴⁰⁾, s výnimkou Luxemburska, kde klesali až do roku 2002 a potom sa zvýšili, a Nórska, kde ceny v roku 2001 strmo stúpili a potom sa stabilizovali.

⁽¹³³⁾ Pozri „Interpretovanie zachytení a iných údajov o trhu“, s. 37.

⁽¹³⁴⁾ Všetky lety z Holandských Antíl, Aruby, Surinamu, Peru, Venezuely a Ekvádoru sú 100 % kontrolované; v roku 2004 bolo zadržaných 3 466 drogových kuriérov v dôsledku takýchto kontrol a 620 v dôsledku pravidelných kontrol (holandská národná správa).

⁽¹³⁵⁾ Toto by sa malo porovnať s chýbajúcimi údajmi za rok 2004, ak sú k dispozícii. Údaje o počte zachytení kokaínu a množstvách kokaínu zachyteného v roku 2004 neboli k dispozícii pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o počte zachytení kokaínu neboli v roku 2004 k dispozícii pre Holandsko. Na účely odhadovania sa chýbajúce údaje za rok 2004 nahradili údajmi za rok 2003. Údaje o množstvách zachytených v roku 2004 poskytnuté Holandskom boli iba odhadmi, ktoré nemohli byť zahrnuté do analýzy trendov do roku 2004.

⁽¹³⁶⁾ Pozri tabuľku SZR-9 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹³⁷⁾ Pozri tabuľku SZR-10 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹³⁸⁾ Pozri tabuľku PPP-3 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹³⁹⁾ Keď sa vezme rok 1999 ako základ pre hodnotu peňazi vo všetkých krajinách.

⁽¹⁴⁰⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o cenách kokaínu pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, Českej republike, Nemecku, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, na Cypre, v Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve, Bulharsku, Turecku a Nórsku.

V porovnaní s heroínom je priemerná čistota kokaínu na úrovni užívateľov vysoká, pričom v roku 2004 sa pohybovala od 24 % v Dánsku po 80 % v Poľsku a väčšina krajín uvádzala čistoty 40 – 65 %⁽¹⁴¹⁾. Údaje, ktoré sú k dispozícii za obdobie 1999 – 2004, udávajú celkové zníženie priemernej čistoty kokaínu vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy⁽¹⁴²⁾, hoci sa zvýšila v Estónsku (od roku 2003), vo Francúzsku a v Litve a zostala stabilná v Luxembursku a Rakúsku.

Medzinárodná akcia proti výrobe kokaínu a obchodovaniu s ním

Projekt COLA realizovaný Europolom sa snaží identifikovať a zamerať na latinskoamerické a pridružené zločinecké skupiny, ktoré pôsobia smerom k EÚ v rámci nej a ktoré sa primárne zaoberajú obchodovaním s kokaínom. Poskytuje najmä operačnú podporu prebiehajúcim vyšetrovaniam v participujúcich členských štátoch a zlepšuje obraz strategického spravodajstva. Je doplnený systémom loga Europolu pre kokaín, ktorý zhromažďuje, v ročne aktualizovanom katalógu, spôsob vykonávania zločinu a fotografické a iné informácie o zachyteniach kokaínu a o logách/označeniach drog na drogách a ich balení, aby sa identifikovali zhody medzi zachyteniami a podporovala medzinárodná spolupráca orgánov činných v trestnom konaní a výmena informácií (Europol, 2006).

Operácia Purple, ktorá prebieha od roku 1999, je určená na zabránenie zneužitia zákonného obchodovania s manganistanom draselným⁽¹⁴³⁾ na nezákonnú výrobu kokaínu, najmä v Severnej a Južnej Amerike. Zákonné obchodovanie s manganistanom draselným je veľké: od roku 1999 poskytlo INCB 30 exportujúcich krajín/teritórií 4 380 predexportných oznámení zahŕňajúcich viac ako 136 560 ton manganistanu draselného. Od roku 1999 bolo zastavených alebo zachytených 233 zásielok zahŕňajúcich viac ako 14 316 ton tejto látky kvôli obavám o legitímnosť objednávok alebo konečných užívateľov a identifikovali sa zneužitia. V roku 2004 bolo v Európe zachytených 1,4 tony manganistanu draselného, najmä v Ruskej federácii, za ktorou nasledovalo Rumunsko a Ukrajina⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Zdá sa, že drogoví priekupníci našli cesty, ako sa vyhnúť kontrolám a mechanizmom monitorovania zavedeným operáciou Purple. Hoci nezákonná výroba kokaínu nesúvisí s Áziou, narastajú obavy, že drogoví priekupníci sa môžu

zamerať na tento región kvôli zneužívaniu zákonného obchodovania s manganistanom draselným. Existuje aj obava, že drogoví priekupníci môžu odkláňať manganistan draselný do andského subregiónu cez Karibské ostrovy. Takže hoci INCB (2006b) potvrdzuje určitý úspech pri identifikovaní podozrivých transakcií a zastavení zásielok, nalieha na vlády, aby vypracovali operačné postupy na spätné sledovanie informácií zo zachytení kokaínových laboratórií, aby sa sledovali chemikálie späť k zdroju, identifikovali tranzitné krajiny a vyšetrovali obchodné spoločnosti, aby drogoví priekupníci pocítili väčšie ťažkosti pri premiestnení svojich činností.

Prevalencia a formy užívania kokaínu

Na základe nedávnych celoštátnych prieskumov medzi obyvateľstvom sa odhaduje, že asi 10 miliónov Európanov⁽¹⁴⁵⁾ okúsilo kokaín najmenej raz (celoživotná prevalencia), čo predstavuje viac ako 3 % všetkých dospelých⁽¹⁴⁶⁾. Národné údaje o uvádzanom užívaní sa pohybujú medzi 0,5 % a 6 %, pričom Taliansko (4,6 %), Španielsko (5,9 %) a Spojené kráľovstvo (6,1 %) sú na hornom konci tohto rozpätia. Odhaduje sa, že asi 3,5 milióna dospelých užívalo kokaín v poslednom roku, čo predstavuje 1 % všetkých dospelých. Národné údaje sa vo väčšine krajín pohybujú medzi 0,3 % a 1 %, hoci úrovne prevalencie sú vyššie v Španielsku (2,7 %) a Spojenom kráľovstve (2 %).

Ako u iných nezákonných drog, užívanie kokaínu sa sústreďuje medzi mladými dospelými. Celoživotné skúsenosti sú najvyššie medzi mladými dospelými vo veku 15 – 34 rokov, hoci užívanie v poslednom roku je mierne vyššie medzi 15- až 24-ročnými. Zdá sa, že kokaín je najmä drogou užívanou dvadsiatnikmi, ale v porovnaní s užívaním kanabisu sa užívanie kokaínu menej sústreďuje medzi mladšími ľuďmi. Celoživotné skúsenosti medzi 15- až 34-ročnými sa pohybujú od 1 % do 10 %, pričom najvyššie úrovne sa znovu nachádzajú v Španielsku (8,9 %) a Spojenom kráľovstve (10,5 %). Užívanie v poslednom roku sa pohybuje medzi 0,2 % a 4,8 %, pričom údaje pre Dánsko, Írsko, Taliansko a Holandsko sú okolo 2 % a pre Španielsko a Spojené kráľovstvo viac ako 4 % (obrázok 6). Údaje z prieskumov na školách ukazujú veľmi nízku celoživotnú prevalenciu užívania kokaínu, ktorá sa pohybuje od 0 % na Cypre, vo Fínsku a Švédsku do 6 % v Španielsku, pričom miery celoživotnej prevalencie

⁽¹⁴¹⁾ Pozri tabuľku PPP-7 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁴²⁾ Počas obdobia 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o čistote kokaínu pre aspoň tri za sebou idúce roky v Belgicku, Českej republike, Dánsku, Nemecku, Estónsku, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, Taliansku, Lotyšsku, Litve, Luxembursku, Maďarsku, Holandsku, Rakúsku, Portugalsku, na Slovensku, v Spojenom kráľovstve a Nórsku.

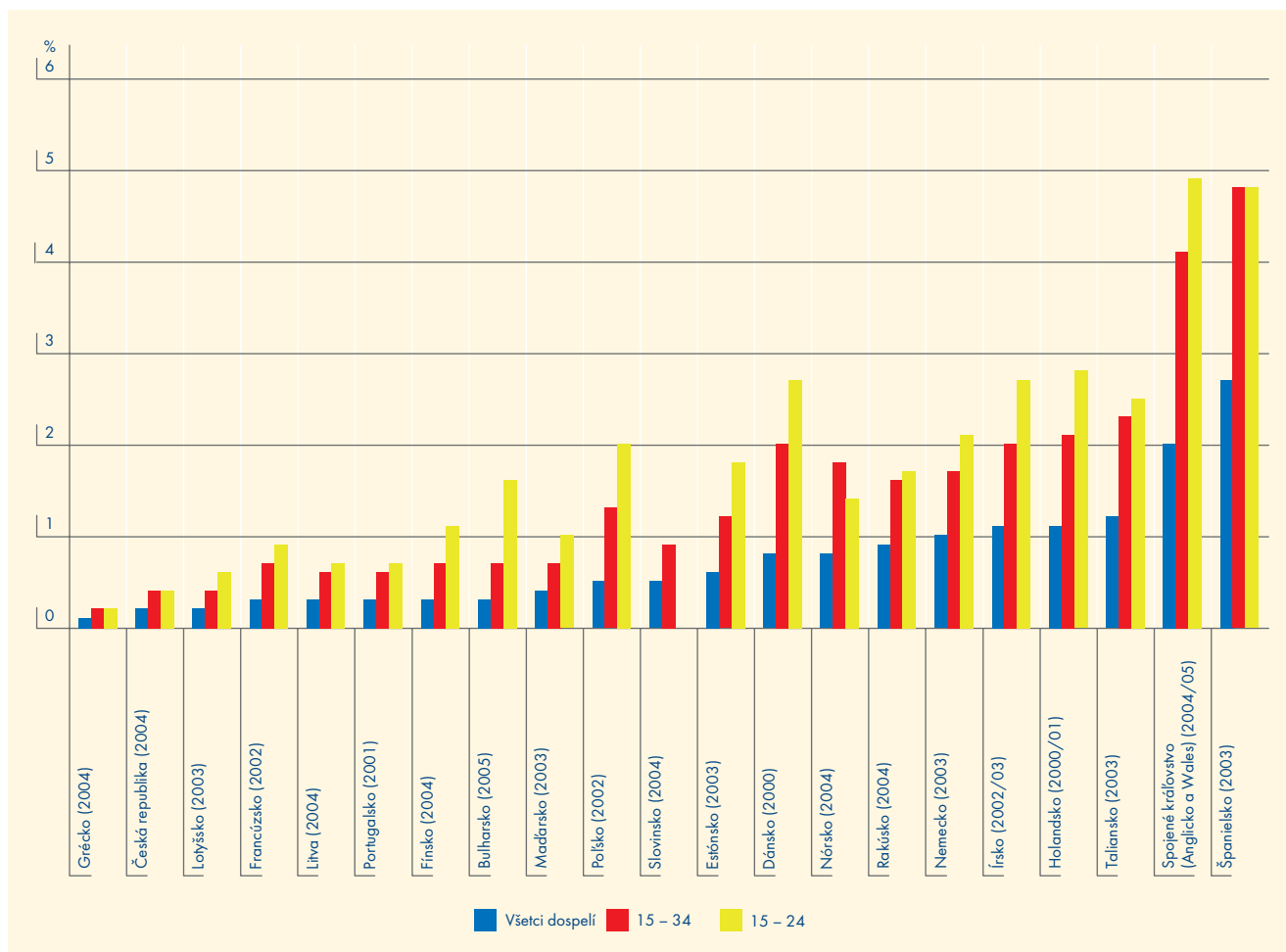
⁽¹⁴³⁾ Prekursor používaný pri výrobe kokaínu, uvedený v tabuľke I Dohovoru z roku 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Tieto údaje nezahŕňajú množstvá obsiahnuté v zastavených zásielok.

⁽¹⁴⁵⁾ Na základe váženého priemeru národných údajov; ďalšie údaje sú v poznámke pod čiarou (53).

⁽¹⁴⁶⁾ Podrobné údaje pre každú krajinu si pozrite v tabuľke v „Prieskumoch užívania drog medzi všeobecnou populáciou“ v štatistickej ročenke 2006.

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



Poznámka: Údaje sú z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách GPS-8, GPS-11 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

užívania kraku sú ešte nižšie, pohybujúce sa od 0 % do 3 % (Hibell a kol., 2004).

Užívanie kokaínu je vyššie u mladých mužov. Napríklad prieskumy medzi mužmi vo veku 15 – 34 rokov v Dánsku, Nemecku, Španielsku, Taliansku, Holandsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku zistili, že celoživotná skúsenosť boli medzi 5 % a 14 %. Užívanie v poslednom roku bolo nižšie, ale štyri krajiny uvádzali údaje vyššie ako 3 %, pričom Španielsko a Spojené kráľovstvo uvádzali údaje asi 6 – 7 %⁽¹⁴⁷⁾ naznačujúc, že v týchto krajinách každý pätnásty mladý muž nedávno užíval kokaín. Tento podiel bude podstatne vyšší v mestských oblastiach.

Zdá sa, že užívanie kokaínu medzi všeobecnou populáciou je príležitostné, vyskytujúce sa najmä cez víkendy a v rekreačných zariadeniach (baroch a diskotékach), kde môže dosahovať vysoké úrovne. Výskumné štúdie

vykonané medzi mladými ľuďmi v tanečných a hudobných podnikoch v rôznych krajinách odhaľujú odhady prevalencie pre užívanie kokaínu, ktoré sú oveľa vyššie ako tie, ktoré sa zistili u všeobecnej populácie, pričom celoživotná prevalencia sa pohybuje od 10 % do 75 % (pozri vybranú otázku o užívaní drog v rekreačných zariadeniach). Napríklad britský prieskum trestných činov 2004/2005 uvádzal odhad prevalencie pre užívanie drog „triedy A“ u ľudí, ktorí navštevujú diskotéky alebo nočné kluby, ktorá bola prinajmenšom dvakrát vyššia ako miera u tých, ktorí nechodili na tieto miesta (Chivite-Matthews a kol., 2005) (pozri aj vybranú otázku o užívaní drog v zábavných podnikoch). V priemere jedna tretina všetkých európskych dospelých, ktorí niekedy okúsili kokaín, ho užila v predchádzajúcich 12 mesiacoch; pre porovnanie, iba 13 % uvádza, že ho užili v predchádzajúcich 30 dňoch. Napríklad 2 – 4 % mužov vo veku 15 –

⁽¹⁴⁷⁾ Pozri obrázok GPS-9 v štatistickej ročenke 2006.

24 rokov v Španielsku, Taliansku, Spojenom kráľovstve a Bulharsku ⁽¹⁴⁸⁾ uvádza, že užili kokaín v predchádzajúcich 30 dňoch. Hrubý odhad súčasného užívania kokaínu v Európe je asi 1,5 milióna dospelých vo veku 15 – 64 rokov (80 % vo vekovom rozpätí 15 – 34 rokov). Toto sa môže považovať za minimálny odhad vzhľadom na pravdepodobné podhodnotenie.

Formy užívania kokaínu sú veľmi odlišné v rôznych skupinách užívateľov. V európskej štúdii o viacerých mestách sa zistilo, že sociálne integrovaní užívatelia kokaínu (95 %) obvykle šnúpu túto látku, zatiaľ čo iba malý zlomok ju fajčí alebo si ju vstrekuje, ale kombinované užívanie kanabisu a alkoholu je veľmi bežné (Prinzleve a kol., 2004). Medzi užívateľmi v zariadeniach na liečbu závislosti alebo v sociálne marginalizovaných skupinách bolo injekčné užívanie časté a krak sa bežne užíval v Hamburgu, Londýne a Paríži, v menšej miere v Barcelone a Dubline. Zdá sa, že užívanie kraku medzi všeobecnou európskou populáciou je nízke. Napríklad celoživotná prevalencia užívania kraku sa uvádzala ako 0,5 % v Španielsku (2003) a 0,8 % v Spojenom kráľovstve (Chivite-Matthews a kol., 2005). Celoživotná prevalencia užívania kraku sa skúmala v klubových zariadeniach v troch krajinách a zistilo sa, že je dokonca nižšia ako užívanie heroínu (Česká republika 2 %, Spojené kráľovstvo 13 % a Francúzsko 21 %). Avšak užívanie kraku marginalizovanými skupinami alebo užívateľmi opiátov je v niektorých mestách dôvodom pre obavy. Napríklad u cieľovej skupiny 94 pouličných sexuálnych pracovníčok v Amsterdame bol odhad prevalencie pre celoživotné užívanie kraku mimoriadne vysoký, až 91 % (Korf, 2005, citované v holandskej národnej správe).

Pre porovnanie, podľa národného prieskumu USA o užívaní drog a zdraví za rok 2004 uvádzalo 14,2 % dospelých (definovaných ako 12-roční alebo starší) celoživotnú skúsenosť s kokaínom, čo kontrastuje s európskym priemerom 3 %. Užívanie v poslednom roku bolo 2,4 % v porovnaní s Európskym priemerom 1 %, hoci v niektorých krajinách EÚ, napr. v Španielsku (2,7 %) a Spojenom kráľovstve (2 %), sú uvádzané údaje v rovnakom rozsahu ako v Spojených štátoch ⁽¹⁴⁹⁾. Pomerne vyššie celoživotné údaje pre Spojené štáty sa môžu čiastočne vzťahovať na skoršie rozšírenie užívania kokaínu v tejto krajine.

Medzi mladými dospelými (vo veku 16 – 34 rokov) boli údaje pre USA 14,6 % (celoživotné), 5,1 % (posledný rok) a 1,7 % (posledný mesiac), kým priemerné údaje pre EÚ pre 15- až 34-ročných boli asi 5% (celoživotné), 2 % (posledný rok) a 1 % (posledný mesiac).

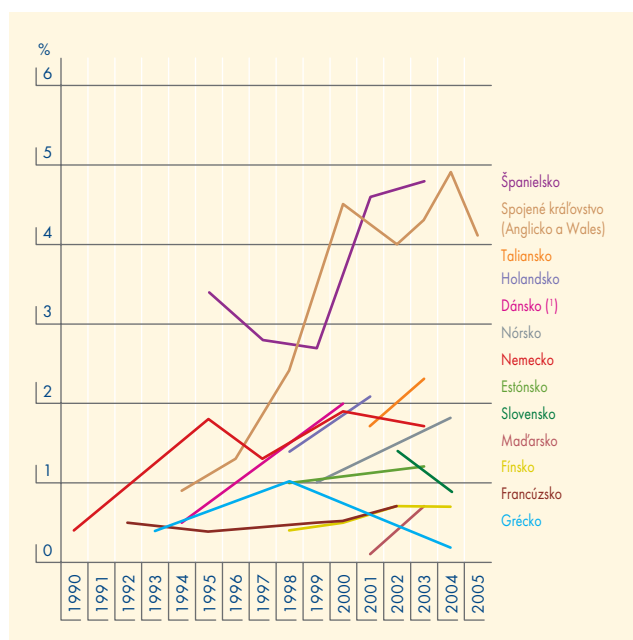
Trendy v užívaní kokaínu

Už niekoľko rokov sa upozorňuje na možnosť zvyšovania užívania kokaínu v Európe na základe údajov z rôznych zdrojov (napr. indikátory trhu, dopyt po liečbe, úmrtia). Hoci dostupné informácie o kokaínových trendoch medzi obyvateľstvom sa zlepšujú, pretože viac krajín vykonáva opakované prieskumy, údaje sú stále obmedzené. V prípade kokaínu sú ďalšími ťažkosťami nižšie úrovne prevalence a pravdepodobné podhodnotenie užívania.

Nedávne užívanie kokaínu (posledný rok) sa v druhej polovici deväťdesiatych rokov minulého storočia výrazne zvyšovalo medzi mladými dospelými v Spojenom kráľovstve až do roku 2000 a v Španielsku až do roku 2001 so zjavnou stabilizáciou počas posledných rokov. V Nemecku sa pozorovalo mierne zvýšenie počas deväťdesiatych rokov, ale údaje v posledných rokoch zostávajú stabilné, na úrovniach, ktoré sú nepochybne nižšie ako v Španielsku a Spojenom kráľovstve (obrázok 7).

Mierne zvýšenia v užívaní za posledný rok boli pozorované v Dánsku (až do roku 2000), Taliansku, Maďarsku, Holandsku (až do roku 2001) a Nórsku. Tento trend je

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



⁽¹⁾ V Dánsku hodnota za rok 1994 zodpovedá „tvrdým drogám“.

Poznámka: Údaje sú prevzaté z najnovších národných prieskumov dostupných v každej krajine v čase poskytovania správ. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo z vedeckých článkov.

⁽¹⁴⁸⁾ Prieskum v roku 2001. V prieskume v roku 2003 nebol uvádzaný rodový rozpis podľa 10-ročných vekových skupín.

⁽¹⁴⁹⁾ Zdroj: SAMHSA, Úrad pre aplikované štúdie, celoživotný prieskum užívania drog a zdravia 2004 (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Všimnite si, že vekové rozpätie pre „všetkých dospelých“ v prieskume USA (12 rokov a viac) je širšie ako štandardné rozpätie pre európske prieskumy (15 – 64). Údaje pre skupinu 16 – 34-ročných v Spojených štátoch boli prepočítané EMCDDA.

potrebné opatrne interpretovať, pretože je založený iba na dvoch prieskumoch v každej krajine.

V prípade kokaínu a iných látok (napríklad extázy, amfetamínov, halucinogénnych húb) by trendy mohli byť lepšie identifikované zameraním analýzy na skupiny, v ktorých sa sústreďuje užívanie drog, najmä na mladých ľudí, ktorí žijú v mestských oblastiach. Tieto populácie sa skúmajú hlbšie vo vybranej otázke o užívaní drog v rekreačných zariadeniach. Okrem toho by sa mali informácie z prieskumov doplniť zameranými štúdiami medzi mladými ľuďmi vo vybraných skupinách (nočné podniky).

Údaje o dopyte po liečbe ⁽¹⁵⁰⁾

Po opiátoch a kanabise je kokaín najbežnejšou drogou uvádzanou ako príčina začatia liečby a predstavoval asi 8 % všetkých dopytov po liečbe v celej EÚ v roku 2004 ⁽¹⁵¹⁾. Je potrebné si všimnúť, že Španielsko, ktoré je krajinou obvykle uvádzajúcou vysoký dopyt po liečbe kvôli kokaínu, ešte neposkytlo žiadne údaje. Tento celkový údaj odráža široký rozdiel medzi krajinami: vo väčšine krajín je dopyt po liečbe súvisiacej s kokaínom pomerne nízky, ale v Holandsku (37 %) a historicky v Španielsku (26 % v roku 2002) je podiel všetkých klientov, ktorí požiadali o liečbu kvôli užívaniu kokaínu, oveľa vyšší. V najnovších údajoch, ktoré sú k dispozícii, uvádza skupina krajín percento kokaínových klientov zo všetkých liečených klientov medzi 5 % a 10 % (Dánsko, Nemecko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Cyprus, Malta, Spojené kráľovstvo a Turecko), kým v zostávajúcich krajinách sú podiely veľmi nízke ⁽¹⁵²⁾. Vo viacerých krajinách existujú v porovnaní so všetkými klientmi vyššie percentá nových klientov, ktorí žiadajú o liečbu kvôli prvotnému užívaniu kokaínu ⁽¹⁵³⁾, a uvádza sa, že celkom asi 12 % všetkých nových dopytov po liečbe súvisí s kokaínom. Kokaín uvádza ako druhotnú drogu aj asi 12 % nových klientov ⁽¹⁵⁴⁾.

Narastajúce trendy medzi klientmi, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli užívaniu kokaínu, uvádzané v predchádzajúcich rokoch, pokračujú naďalej; od roku 1999 do roku 2004 analýza, ktorá interpoluje neuvedené údaje, naznačuje, že podiel nových klientov požadujúcich liečbu kvôli užívaniu kokaínu narástol počas tohto obdobia približne z 10 % na 20 % (na základe 17 krajín EÚ a Bulharska a Rumunska) ⁽¹⁵⁵⁾.

Celkovo sa väčšina dopytov po liečbe kvôli kokaínu v Európe nevzťahuje na krak: uvádza sa, že asi 80 % nových ambulantných kokaínových klientov užíva hydrochlorid kokaínu (kokaínový prášok), pričom menej ako 20 % užíva krak. Užívatelia kraku však môžu predstavovať osobitné výzvy pre liečebné služby, pretože majú tendenciu mať marginalizovanejší sociálny profil ako užívatelia kokaínového prášku. Európska štúdia o užívaní kokaínu (práškový kokaín a krak) zistila súvislosť medzi užívaním kraku a sociálnymi problémami a duševným zdravím; štúdia však tiež uvádzala, že samotné užívanie kraku nepostačuje na vysvetlenie sociálnych problémov alebo problémov s duševným zdravím (Haasen a kol., 2005). Nedávna štúdia 585 kokaínových a krakových klientov v Škótsku zistila, že užívatelia kraku majú pravdepodobne dlhšiu históriu problémového užívania drog a častejšie sú zapletení do trestných činností (Neale a Robertson, 2004, citované v národnej správe Spojeného kráľovstva).

Pri pohľade na profil kokaínových klientov v ambulantných zariadeniach sa zdá, že noví klienti, ktorí užívajú kokaín ako prvotnú drogu, sú obvykle starší ako iní užívatelia drog: 70 % z nich sú vo vekovej skupine 20 – 34 rokov, s menšou skupinou (13 %) vo veku 35 až 39 rokov ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokaín sa často užíva v kombinácii s inou nezákonnou alebo zákonnou doplnkovou drogou, často s kanabismom (31,6 %), opiátmi (28,6 %) alebo alkoholom (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Miestne štúdium o osobách, ktoré si vstreknú drogy, naznačuje, že v niektorých oblastiach sa môže stať kombinácia heroínu a kokaínu v jednej injekcii populárnejšou (niekedy ju osoby, ktoré si vstreknú drogy, nazývajú „speedballing“). Kombinácia opiátov a kokaínu je v súčasnosti v údajoch o liečbe očividnejšia. Medzi klientmi, ktorí uvádzajú prvotné užívanie opiátov, 31 % v Taliansku, 42 % v Holandsku a 44 % v Spojenom kráľovstve uvádza druhotné užívanie kokaínu. Medzi prvotnými užívatelmi kokaínu 28 % v Taliansku a 38 % v Spojenom kráľovstve uvádza druhotné užívanie opiátov.

Liečenie závislosti od kokaínu

Neexistuje dostatok dôkazov na podporu farmakologickej liečby kvôli užívaniu kokaínu alebo inej závislosti od psychostimulansov. Shearer a Gowing (2004) konštatujú vo svojej komplexnom prieskume o používaní farmakoterapie pre užívateľov psychostimulansov, že substitučná terapia,

⁽¹⁵⁰⁾ Pozri poznámku pod čiarou (70).

⁽¹⁵¹⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁵²⁾ Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2006; údaje o Španielsku si pozrite v správe za rok 2002.

⁽¹⁵³⁾ Pozri tabuľku TDI-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-23 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Pozri tabuľku TDI-10 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2006.

ktorá je úspešná v prípade závislosti od opiátov a nikotínu a má potenciál na priťahovanie a udržanie užívateľov v liečbe, nebola ešte testovaná u užívateľov stimulansov. Prehľad literatúry o reakciách na liečbu kvôli užívaniu kokaínu a o jej účinnosti vrátane reakcií na poruchy duševného zdravia u užívateľov kraku nedávno zverejnilo EMCDDA ⁽¹⁵⁸⁾.

V niektorých krajinách vrátane Spojených štátov a Spojeného kráľovstva sa v súčasnosti veľmi investuje do rozvoja možností imunoterapeutickej liečby vyvíjaním protilátok, ktoré môžu zachytiť kokaín v krvnom riečisku

Imunoterapia pre kokaínových narkomanov

Na rozdiel od závislosti od heroínu, ktorá sa môže liečiť agonistami ako je metadón alebo antagonistami ako je naltrexón, v súčasnosti neexistujú žiadne dostupné medikálne liečby závislosti od kokaínu. Zdá sa, že príčinou je mechanizmus pôsobenia, prostredníctvom ktorého kokaín uplatňuje svoje účinky na neurotransmitery mozgu dopamín a serotonín. Keďže sa heroín viaže na receptory opiátov mozgu, napríklad na mu receptory, a preto napodobňuje pôsobenie vlastných endorfínov mozgu, kokaín zabraňuje opätovnej absorpcii dopamínu (a teda aj serotonínu) z neurónovej synapsie, len čo dosiahol svoj účinok, čo vedie k vytvoreniu prenášača, čím sa predlžuje a zosilňuje jeho účinok.

Toto neznamená nevyhnutne, že nie je možné vyvinúť medikálnu liečbu kokaínovej závislosti, ale len to, že to môže byť ťažšie a môže to zahŕňať odlišné koncepcie od tých, ktoré sa používajú pri vývoji liečby heroínovej závislosti.

Jedným vzrušujúcim smerom výskumu je používanie imunoterapie, t. j. vývoj vakcíny, ktorá by účinne „neutralizovala“ pôsobenie kokaínu zabránením, aby droga dosiahla mozog. Základná koncepcia bola podrobení obmedzenému testovaniu. Vakcína vyvinutá v Spojenom kráľovstve bola testovaná na malom počte narkomanov, ktorí užívajú kokaín, celkom 18, počas obdobia 14 týždňov. Zistilo sa, že tri štvrtiny očkovanej skupiny narkomanov, ktorí užívali kokaín, boli schopné zostať bez drogy počas obdobia 3 mesiacov bez neobvyklých vedľajších účinkov. Okrem toho po 6 mesiacoch tí, ktorí podľahli recidíve a tí, ktorí vydržali, uviedli, že pocity eufórie neboli také silné ako pred očkovaním. V dôsledku týchto zistení vakcína, známa ako drogový-proteínový konjugát TA-CD, sa podrobuje 2. etape klinických skúšok. Alternatívny imunoterapeutický prístup zahŕňa vývoj monoklonálnych protilátok proti kokaínu, ale iba v etape predklinických skúšok.

Potenciálny úžitok z vakcíny proti kokaínu TA-CD vyvolal etické obavy z používania tejto vakcíny: kto ju dostane, kto o tom bude rozhodovať a na základe akých kritérií atď.

skôr, ako zasiahne centrálny nervový systém (pozri rámček o imunoterapii pre osoby závislé od užívania kokaínu).

Kombinovanie viacerých špecifických psychosociálnych liečebných zásahov sa v súčasnosti považuje za najslubnejšiu možnosť liečby pre užívateľov kokaínu a iných psychostimulansov. Ukázalo sa, že kombinácia prístupu posilnenia komunity (*community reinforcement approach*, CRA) s riadením nepredvídaných situácií redukuje v krátkom čase užívanie kokaínu (Higgins a kol., 2003; Roozen a kol., 2004).

CRA je spôsob intenzívnej liečby, ktorý zahŕňa rodinu, priateľov a iných členov sociálnej siete klienta prostredníctvom liečenia a pozostáva zo školenia klientov v tom, ako nadviazať sociálne kontakty, zlepšiť vlastnú predstavu o sebe a nájsť pracovné a užitočné oddychové činnosti, aby si vytvorili odlišný životný štýl (Roozen a kol., 2004). V kombinácii s riadením nepredvídaných situácií – čo je metóda, ktorá sa snaží ovplyvniť správanie klientov ponúkaním zmysluplných stimulov, napríklad darčiekov, poukážok alebo výsad za vzorky moču bez kokaínu – sa dosiahnu pozitívne účinky na užívanie drog a psychosociálne fungovanie počas etapy liečenia a sledovaním po liečení u ambulantných pacientov závislých od kokaínu, hoci sa zdá, že účinky na užívanie kokaínu sú obmedzené na dobu liečby (Higgins a kol., 2003).

Nové prístupy k vysoko problematickým skupinám užívateľov heroínu, ktorí zároveň užívajú kokaín a krak, sa zameriavajú na znižovanie škôd spôsobených užívaním drog ako prvotného cieľa liečby a používajú behaviorálne terapie, najmä prístupy riadenia nepredvídaných situácií v kombinácii s programami udržiavania metadónom alebo liečby za pomoci heroínu (Schottenfeld a kol., 2005; van den Brink, 2005; Poling a kol., 2006).

Prístupy znižovania škôd spôsobených užívaním drog

V Európe je rozvoj prístupov znižovania škôd spôsobených užívaním drog, ktoré sa zameriavajú na užívanie kokaínu, obmedzený. Toto by sa teraz snád' malo začať meniť, pretože zvýšené povedomie o rozsahu užívania kokaínu a problémoch súvisiacich s ním podnecuje záujem o rozvoj odoziev na riešenie potrieb užívateľov kokaínu. Hodnota prístupov prevencie a znižovania škôd spôsobených užívaním drog, aby sa znížili riziká súvisiace s užívaním kokaínu zostáva v značnej miere nevyužitá, ale viacero oblastí môže mať potenciál na rozvoj tohto druhu prístupu. Napríklad je možné, že užívatelia kokaínu môžu mať úžitok zo zásahov, ktoré riešia také otázky, ako je zvýšená toxicita kombinácií kokaínu a alkoholu, možná súvislosť užívania

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

kokaínu s kardiovaskulárnymi problémami alebo väzbami správania, ktoré môžu vystaviť užívateľov zvýšenému riziku infekcie HIV alebo že sa stanú obeťou nehody alebo násilného trestného činu. Pretože užívanie kokaínu sa môže rýchlo zvyšovať, krátke zásahy, ktoré môžu upozorniť užívateľov na skutočnosť, že možno začínajú so skúsenosťou s negatívnymi následkami kvôli užívaniu drogy, by tiež stáli za preskúmanie.

V dôsledku závažných zdravotných a sociálnych problémov súvisiacich s užívaním kraku existujú väčšie skúsenosti pri rozvíjaní služieb pre túto skupinu, hoci činnosti sú obmedzené na relatívne málo miest v Európe, ktoré majú skúsenosti s významným problémom kraku. Vo viacerých mestách boli užívatelia kraku cieľom dosahových programov, ktoré sa snažia zaoberať tým, čo sa často považuje za skupinu, s ktorou sa ťažko pracuje. Hoci celková dôkazová základňa zostáva relatívne slabá, niektoré štúdie naznačili, že úžitky sa môžu hromadiť. Napríklad jedna štúdia inovačného programu dosahovej liečby v Rotterdame (Henskens, 2004, citovaná v holandskej národnej správe) identifikovala faktory, ktoré sa považovali za dôležité pre liečenie klientov tejto skupiny, ktorí sa často ťažko zapájajú do konvenčných protidrogových služieb.

Nutkavé formy užívania kraku a kokaínu môžu súvisieť s narastajúcim riskovaním so sexuálnym zdravím a niektoré nízkoprahové programy sa špeciálne zameriavajú na pracovníkov v oblasti sexu, ktorí užívajú krak, aby prenášali posolstvá o bezpečnejšom sexe a užívaní drog a aby distribuovali kondómy a lubrikačné krémy (pozri vybranú otázku o pohlaví).

Niektoré mestá v Európe prijali kontroverznejší prístup, pri ktorom sa koncepcia miestností s bezpečným užívaním, obvykle zameraná na vstrekovanie drog, rozšírila na inhalovanie. Vo viacerých holandských, nemeckých a švajčiarskych mestách sa otvorili miestnosti pre inhalovanie pod dozorom (EMCDDA, 2004c). Hoci dozor nad hygienou užívania je hlavným cieľom takýchto služieb, existujú určité dôkazy, že môžu pôsobiť aj ako cesta k iným možnostiam starostlivosti; napríklad monitorovanie jednej služby vo Frankfurte v Nemecku uvádzalo, že počas 6-mesačného obdobia hodnotenia v roku 2004 sa dozeralo viac ako na 1 400 užívaní, zatiaľ čo bolo dokumentovaných 332 kontaktných rozhovorov, 40 poradenských sedení a 99 žiadostí o iné protidrogové služby.



Kapitola 6

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog

Ponuka a dostupnosť heroínu ⁽¹⁵⁹⁾

V Európe sa zistili dve formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín (jeho chemická základná forma) a menej bežný a obvykle drahší biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie. Okrem toho sa v rámci EÚ vyrábajú niektoré opiátové drogy, ale výroba je obmedzená najmä na malú domácku výrobu z maku siateho (napr. makovej slamy, makového koncentrátu z rozdrvených stoniek alebo makovíc) vo viacerých východných krajinách EÚ, napríklad v Litve, kde sa zdá, že trh pre makové stonky a koncentrát sa stabilizoval, a v Poľsku, kde sa výroba „poľského heroínu“ asi znížila (CND, 2006).

Výroba a obchodovanie

Heroín spotrebovaný v Európe sa prevažne vyrába v Afganistane, ktorý zostáva svetovým lídrom v dodávke nezákonného ópia a v roku 2005 predstavoval 89 % celosvetovej produkcie nezákonného ópia, za ním nasledovalo Mjanmarsko (7 %). Celosvetová výroba nezákonného ópia zostávala v období medzi rokom 1999 až 2004 pomerne stabilná, s výnimkou roku 2001, keď zákaz pestovania maku na výrobu ópia vynútený talibanským režimom v Afganistane viedol k dramatickému, ale krátkodobému poklesu; odhaduje sa, že v roku 2005 sa vyrobilo 4 670 ton, čo je 4 % pokles v porovnaní s rokom 2004 (CND, 2006). Celosvetový potenciál výroby heroínu sa v roku 2005 odhadoval na 472 ton (495 ton v roku 2004) (UNODC, 2006).

Heroín vstupuje do Európy dvomi hlavnými obchodnými cestami. Historicky dôležitá balkánska cesta naďalej hrá rozhodujúcu úlohu v pašovaní heroínu. Po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko sa cesta potom rozdeľuje na južnú vetvu cez Grécko, Bývalú Juhoslovanskú republiku Macedónsko (BJRM), Albánsko, Taliansko, Srbsko, Čiernu Horu a Bosnu a Hercegovinu a severnú vetvu cez Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Rakúsko, Nemecko

a Holandsko, pričom Holandsko funguje ako druhé distribučné centrum pre ostatné západoeurópske krajiny. Zachytenia heroínu v roku 2004 naznačujú, že južná vetva teraz získala rovnakú dôležitosť ako severná vetva z hľadiska pašovaného objemu (WCO, 2005; INCB, 2006a). Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa heroín čoraz viac pašuje (ale v menšom rozsahu ako cez balkánske cesty) do Európy cez „hodvábnu cestu“ cez Strednú Áziu (najmä cez Turkménsko, Tadžikistan, Kirgizsko a Uzbekistan), Kaspické more a Ruskú federáciu, Bielorusko alebo Ukrajinu, do Estónska, Lotyšska, niektorých škandinávskych krajín a Nemecka (národné správy siete Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Hoci sú tieto cesty najdôležitejšie, krajiny na Arabskom polostrove (Omán, Spojené arabské emiráty) sa stávajú tranzitnými miestami pre zásielky heroínu z južnej a juhovýchodnej Ázie určené pre Európu (INCB, 2006a). Okrem toho heroín určený pre Európu (a Severnú Ameriku) bol v roku 2004 zachytený vo východnej a západnej Afrike, Karibskej oblasti a Strednej a Južnej Amerike (CND, 2006).

Zachytenia

V roku 2004 sa celosvetovo zachytilo 210 ton ópia (alebo 21 ton ekvivalentu heroínu), 39,3 tony morfinu a 59,2 tony heroínu. Ázia (50 %) a Európa (40 %) naďalej predstavovali najväčšie množstvá celosvetovo zachyteného heroínu. Podiel Európy narastá, najmä v dôsledku narastajúcich zachytení v krajinách juhovýchodnej Európy (Turecko), ktoré po prvýkrát presiahli objem zachytený v západnej a strednej Európe (CND, 2006).

Odhadovaných 46 000 zachytení viedlo v roku 2004 k získaniu asi 19 ton heroínu v krajinách, ktoré poskytli správy. Spojené kráľovstvo naďalej predstavovalo najvyšší počet zachytení, za ním nasledovalo Nemecko a Taliansko, kým Turecko zachytilo najväčšie množstvá (nasledované Talianskom a Spojeným kráľovstvom), ktoré predstavovali takmer polovicu celkového množstva zachyteného v roku 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. Počas obdobia 1999 – 2004 zachytenia

⁽¹⁵⁹⁾ Pozri „Interpretovanie zachytení a iných údajov o trhu“, s. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Toto by sa malo porovnať s chýbajúcimi údajmi za rok 2004, ak sú k dispozícii. Údaje o počte zachytení heroínu a o množstvách zachyteného heroínu v roku 2004 neboli k dispozícii pre Írsko a Spojené kráľovstvo; údaje o počte zachytení heroínu neboli v roku 2004 k dispozícii pre Holandsko. Na účely odhadu sa chýbajúce údaje za rok 2004 nahradili údajmi za rok 2003. Údaje o množstvách zachytených v roku 2004, ktoré poskytlo Holandsko, boli iba odhadmi, ktoré sa nemohli zahrnúť do analýzy trendov do roku 2004.

heroínu kolísali a na základe údajov z krajín, ktoré poskytli správy, sa zdá, že za poklesom pozorovaným v rokoch 2002 – 2003 nasledovalo zvýšenie v roku 2004 ⁽¹⁶¹⁾. Počas 5-ročného obdobia 1999 – 2004 sa celkové zachytené množstvá sústavne zvyšovali, až dosiahli rekordnú úroveň v roku 2004, najmä kvôli tomu, že množstvo heroínu zachyteného v Turecku sa v roku 2004 takmer zdvojnásobilo v porovnaní s predchádzajúcim rokom ⁽¹⁶²⁾.

Cena a čistota

V roku 2004 priemerná maloobchodná cena hnedého heroínu v celej Európe veľmi kolísala od 12 eur za gram v Turecku po 141 eur za gram vo Švédsku, kým cena bieleho heroínu sa pohybovala od 31 eur za gram v Belgicku po 202 eur za gram vo Švédsku a cena za heroín nerozlíšeného typu sa pohybovala od 35 eur za gram v Slovinsku do 82 eur za gram v Spojenom kráľovstve ⁽¹⁶³⁾. Údaje, ktoré boli k dispozícii za obdobie 1999 – 2004, ukazujú zníženie priemernej ceny heroínu korigovanej kvôli inflácii ⁽¹⁶⁴⁾ vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy ⁽¹⁶⁵⁾.

Priemerná čistota hnedého heroínu sa pohybovala v roku 2004 na úrovni užívateľov od 10 % v Bulharsku po 48 % v Turecku, kým čistota bieleho heroínu sa pohybovala od 20 % v Nemecku po 63 % v Dánsku a čistota heroínu nerozlíšeného typu sa pohybovala od 16 % v Maďarsku do 42 – 50 % ⁽¹⁶⁶⁾ v Holandsku ⁽¹⁶⁷⁾. Priemerná čistota heroínových výrobkov kolíše vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy ⁽¹⁶⁸⁾, od roku 1999, čo sťažuje identifikovanie akéhokoľvek celkového trendu.

Medzinárodná akcia proti výrobe heroínu a obchodovaniu s ním

Anhydrid kyseliny octovej ⁽¹⁶⁹⁾ je dôležitým prekurzorom, ktorý sa používa na nezákonnú výrobu heroínu. Operácia Topaz je medzinárodnou iniciatívou na monitorovanie zákonného obchodovania s anhydridom kyseliny octovej a na vyšetrowanie spôsobov a ciest jeho zneužívania (INCB, 2006b). Zákonné obchodovanie s anhydridom kyseliny octovej je značne veľké, čo sťažuje jeho kontrolu.

Toto je ilustrované skutočnosťou, že od roku 2001 poskytlo 22 exportujúcich krajín/teritórií INCB 7 684 predexportných oznámení, ktoré zahŕňali 1 350 000 ton anhydridu kyseliny octovej. Zachytenia v Turecku (1 600 litrov v roku 2004) v posledných rokoch výrazne poklesli, čo snáď naznačuje, že drogoví priekupníci vyvinuli nové cesty a spôsoby zneužívania. V roku 2004 sa po prvýkrát identifikovali zachytenia v Európe (Bulharsko), ktoré pochádzali z juhozápadnej Ázie (INCB, 2006b).

Hoci aspekty operácie Topaz súvisiace s monitorovaním medzinárodného obchodu sa osvedčili ako úspešné, pri identifikovaní a ničení ciest používaných na pašovanie anhydridu kyseliny octovej v rámci Afganistanu a susedných krajín sa dosiahol malý pokrok (INCB, 2006b).

Project Mustard riadený Europolom sa snaží identifikovať a zamerať sa na turecké a pridružené zločinecké skupiny operujúce smerom k EÚ a v rámci nej, ktoré sa zaoberajú obchodovaním s drogami, najmä s heroínom. Poskytuje operačnú podporu prebiehajúcim vyšetrowaniam v participujúcich štátoch a vylepšuje strategický spravodajský obraz poskytovaním hlbokého pohľadu do činností tureckých skupín organizovaného zločinu a pridružených skupín (Europol, 2006).

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov

Údaje v tejto kapitole sú odvodené z ukazovateľa EMCDDA pre problémové užívanie drog (PDU), ktorý pokrýva „injekčné užívanie drog alebo dlhotrvajúce/pravidelné užívanie heroínu, kokaínu a/alebo amfetamínov“. Z historického hľadiska odhady problémového užívania drog väčšinou odrážajú užívanie heroínu, hoci v niekoľkých krajinách, ako je uvedené na inom mieste v tejto správe, užívatelia amfetamínu sú tiež dôležitou zložkou.

Keď sa interpretujú odhady problémového užívania opiátov, je potrebné mať na pamäti, že formy užívania sa stávajú rozmanitejšími. Napríklad problémy užívania viacerých drog sa stávajú čoraz dôležitejšími vo väčšine krajín, zatiaľ čo niektoré krajiny, kde problémy s opiátmi historicky

⁽¹⁶¹⁾ Pozri tabuľku SZR-7 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁶²⁾ Pozri tabuľku SZR-8 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁶³⁾ Pozri tabuľku PPP-2 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Ak sa vezme rok 1999 ako základ pre hodnotu peňazí vo všetkých krajinách.

⁽¹⁶⁵⁾ V období 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o cenách heroínu aspoň pre 3 za sebou idúce roky: pre hnedý heroín v Belgicku, Českej republike, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, Luxembursku, Poľsku, Portugalsku, Slovinsku, vo Švédsku, v Spojenom kráľovstve, Bulharsku, Rumunsku, Turecku a Nórsku; pre biely heroín v Českej republike, Nemecku, vo Francúzsku, v Lotyšsku a vo Švédsku; pre heroín nerozlíšeného typu v Litve a Spojenom kráľovstve.

⁽¹⁶⁶⁾ Tieto dva údaje zodpovedajú údajom z dvoch rôznych monitorovacích systémov (pozri tabuľku PPP-6 (časť iii) v štatistickej ročenke 2006); je potrebná opatnosť, pretože údaj 50 % sa zakladá iba na jednej vzorke.

⁽¹⁶⁷⁾ Pozri tabuľku PPP-6 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ V období 1999 – 2004 boli k dispozícii údaje o čistote heroínu pre aspoň 3 za sebou idúce roky: pre hnedý heroín v Českej republike, Dánsku, Španielsku, Írsku, Taliansku, Luxembursku, Rakúsku, Portugalsku, na Slovenku, v Spojenom kráľovstve, Turecku a Nórsku; pre biely heroín v Dánsku, Nemecku, Estónsku, Fínsku a Nórsku; pre heroín nerozlíšeného typu v Belgicku, Litve, Maďarsku a Holandsku.

⁽¹⁶⁹⁾ Uvedené v tabuľke I Dohovoru z roku 1988.

prevládali, teraz uvádzajú zmeny smerom k iným drogám. Teraz sa predpokladá, že väčšina užívateľov heroínu užíva okrem opiátov stimulansy a iné drogy, ale spoľahlivé údaje o užívaní viacerých drog sa na úrovni EÚ získavajú veľmi ťažko (pozri kapitolu 8).

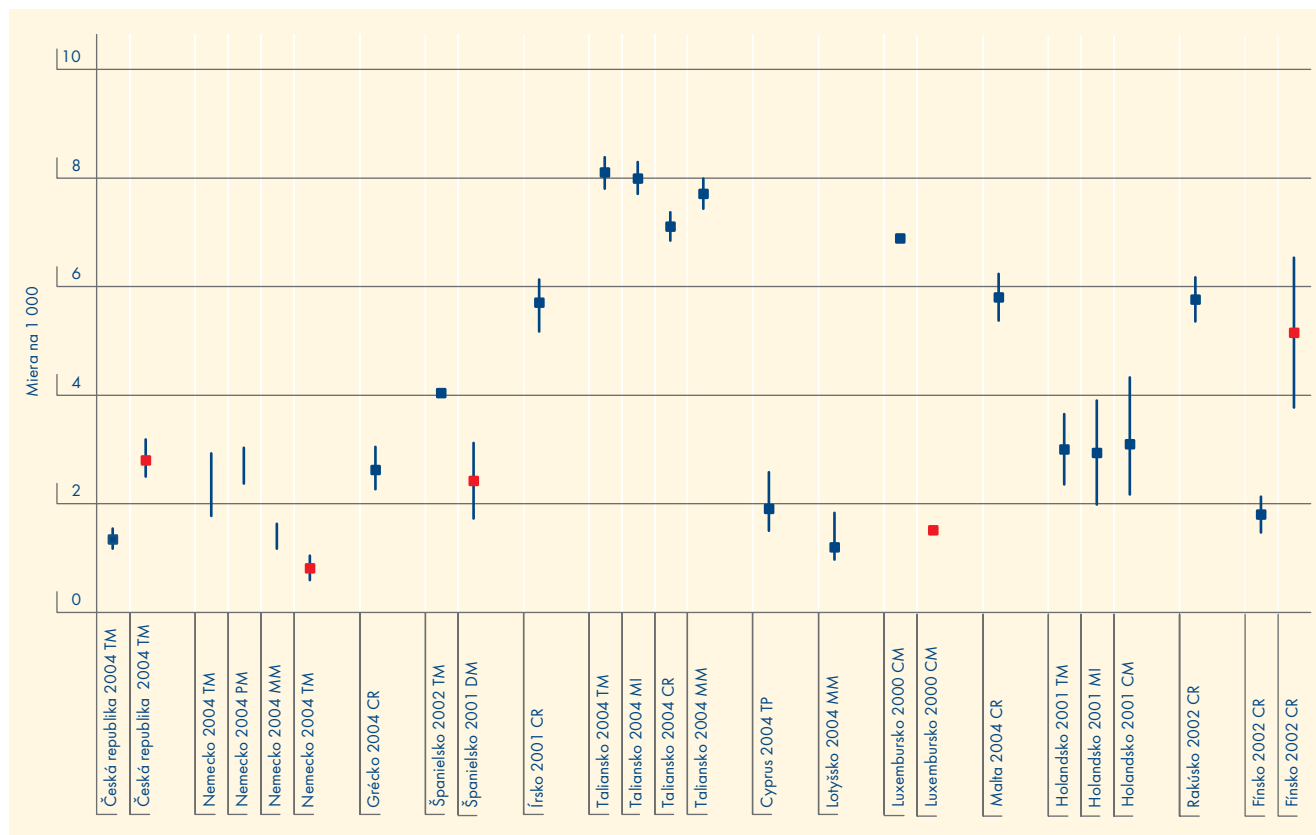
Napriek všeobecnému trendu smerom k diverzifikácii tohto javu, v mnohých krajinách sú odhady problémového užívania drog založené výlučne na problémovom užívaní heroínu alebo iných opiátov ako primárnej látky. Toto možno vidieť v odhadovaných mierach problémového užívania opiátov (pozri obrázok 8), ktoré sú väčšinou veľmi podobné mieram PDU⁽¹⁷⁰⁾. Nie je jasné, či je v iných krajinách prevalencia problémového užívania drog, ktoré nie sú opiátmi, takmer zanedbateľná alebo možno významná, ale sa ťažko odhaduje.

Odhadovanie počtu problémových užívateľov opiátov je ťažké a sú potrebné dômyselné analýzy, aby sa získali údaje o prevalencii z dostupných zdrojov údajov. Okrem toho odhady sú často lokalizované geograficky

a extrapolácie na vytvorenie národných odhadov nie sú nevyhnutne spoľahlivé.

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov na národnej úrovni počas obdobia 2000 – 2004 sa pohybujú medzi 1 a 8 prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (na základe stredov odhadov). Odhadované miery prevalencie problémového užívania opiátov sa medzi krajinami veľmi líšia, hoci ak sa použijú v rámci jednej krajiny odlišné metódy, výsledky sú do veľkej miery konzistentné. Vyššie odhady problémového užívania opiátov uvádzajú Írsko, Taliansko, Luxembursko, Malta a Rakúsko (5 – 8 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov) a nižšie miery uvádzajú Česká republika, Nemecko, Grécko, Cyprus, Lotyšsko a Holandsko (menej ako 4 prípady na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov) (obrázok 8). Niektoré z najnižších, dobre dokumentovaných údajov, ktoré sú teraz k dispozícii, sú z nových krajín EÚ, ale na Malte sa uvádzala vyššia prevalencia (5,4 – 6,2 prípadov na 1 000 obyvateľov

Obrázok 8: Odhady prevalencie problémového užívania opiátov a stimulantov, 2000 – 2004 (miera na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



Poznámka: ■ Červené štvorce poukazujú na užívanie stimulantov a ostatné štvorce na užívanie opiátov. MM, smrteľný multiplikátor; CR, metóda spätného záchytu; TM, liečebný multiplikátor; PM, policajný multiplikátor; MI, multivariačný indikátor; TP, redukované Poissonovo rozdelenie; CM, kombinované metódy. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2006. Symbol označuje bodový odhad a úsečka označuje interval neurčitosti, ktorý môže byť buď 95 % intervalom spoľahlivosti alebo intervalom založeným na analýze citlivosti. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od odlišných metód a zdrojov údajov, preto by sa mali porovnania robiť opatrne.

Zdroje: Národné kontaktné miesta.

⁽¹⁷⁰⁾ Pozri obrázok PDU-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

vo veku 15 – 64 rokov). Z obmedzených údajov možno odvodiť, že všeobecná prevencia problémového užívania opiátov je v EÚ medzi dvomi až ôsmimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Tieto odhady sú však zďaleka nie sú pevné a bude potrebné ich zlepšiť, keď bude k dispozícii viac údajov.

Miestne a regionálne odhady týkajúce sa osobitne problémového užívania opiátov nie sú osobitne k dispozícii; avšak dostupné údaje, ktoré sa týkajú problémového užívania drog (vrátane užívania stimulantov a iných drog) naznačujú, že existujú veľké rozdiely v prevalencii medzi mestami a regiónmi. Najvyššie miestne odhady prevalence v období 2000 – 2004 uvádzajú Írsko, Portugalsko, Slovensko a Spojené kráľovstvo, keď dosahujú miery medzi 15 a 25 prípadmi na 1 000 obyvateľov⁽¹⁷¹⁾. Geografická rozmanitosť, ako sa dalo očakávať, je na miestnej úrovni tiež výrazná; napríklad prevencia v rôznych častiach Londýna sa pohybuje od 6 do 25 prípadov na 1 000 obyvateľov. Široké kolísanie v mierach miestnej prevalence sťažuje zovšeobecňovanie.

Užívatelia drog vo väzniciach

Informácie o užívaní drog medzi väzňami sú kusé. Mnoho z dostupných údajov v Európe prichádza zo štúdií *ad hoc*, ktoré sa niekedy vykonávajú na lokálnej úrovni v zariadeniach, ktoré nereprezentujú národný väzenský systém a používajú štatistické vzorky väzňov, ktorých veľkosť sa veľmi líši. V dôsledku toho rozdiely z hľadiska charakteristik študovaných populácií obmedzujú porovnanie údajov medzi prieskumami – v rámci krajín a medzi nimi – ako aj extrapoláciu výsledkov a analýzu trendov.

Údaje o užívaní drog medzi populáciou väzňov v posledných 5 rokoch (1999 – 2004) poskytla väčšina európskych krajín⁽¹⁾. Ukazujú, že v porovnaní so všeobecnou populáciou sú užívatelia drog nadmerne zastúpení vo väzniciach. Podiel zadržaných osôb, ktorí uviedli, že už niekedy užívali nezákonnú drogu, vo väzniciach a nápravných zariadeniach pre mladistvých kolíše, ale priemerné miery sa pohybujú od jednej tretiny alebo menej v Maďarsku a Bulharsku po dve tretiny alebo viac v Holandsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku, pričom väčšina krajín uvádza miery celoživotnej prevalence okolo 50 % (Belgicko, Grécko, Lotyšsko, Portugalsko, Fínsko). Kanabis zostáva najčastejšie užívanou nezákonnou drogu s mierami celoživotnej prevalence medzi väzňami, ktorá sa pohybuje medzi 4 % a 86 % v porovnaní s mierami celoživotnej prevalence 3 – 57 % pre kokaín, 2 – 59 % pre amfetamíny a 4 – 60 % pre heroín⁽²⁾.

Pravidelné užívanie drog alebo závislosť od drog pred uväznením uvádza 8 – 73 % väzňov, kým celoživotná

Časové trendy v problémovom užívaní opiátov

Chýbanie spoľahlivých a konzistentných historických údajov komplikuje hodnotenie časových trendov v problémovom užívaní opiátov. Dôkazy, ktoré sa zhromaždili, naznačujú, že prevencia problémového užívania opiátov sa medzi krajinami veľmi líši a že trendy v EÚ nie sú konzistentné. Správy z niektorých krajín podporované ďalšími ukazovateľmi naznačujú, že problémové užívanie opiátov sa od polovice až do konca deväťdesiatych rokov minulého storočia naďalej zvyšovalo (obrázok 9), zdá sa však, že nedávnejšie sa stabilizovalo alebo trochu pokleslo. Opakované odhady problémového užívania opiátov za obdobie medzi rokom 2000 a rokom 2004 sú k dispozícii zo siedmich krajín (Českej republiky, Nemecka, Grécka, Španielska, Írska, Talianska a Rakúska): štyri krajiny (Česká republika, Nemecko, Grécko, Španielsko) zaznamenali zníženie problémového užívania opiátov, kým jedna krajina uviedla zvýšenie (Rakúsko – hoci toto sa ťažko interpretuje, pretože počas tohto obdobia sa zmenil systém zhromažďovania údajov). Dôkazy od ľudí, ktorí začínajú liečbu po prvýkrát naznačujú, že výskyt problémového

prevalencia injekčného užívania drog medzi väzenskou populáciou je 7 – 38 %⁽³⁾.

Hoci väčšina užívateľov drog znížila užívanie alebo prestala užívať drogy po svojom uväznení, niektoré zadržané osoby pokračujú a iné začínajú s užívaním drog (a/alebo injekčným užívaním drog), kým sú vo väzení. Podľa dostupných štúdií 8 – 51 % väzňov užívalo drogy vo väzení, 10 – 42 % uvádzalo pravidelné užívanie drog a 1 – 15 % injekčne užívalo drogy, kým boli vo väzení⁽⁴⁾. Toto vyvoláva otázky okolo možného šírenia infekčných chorôb, najmä v súvislosti s prístupom k sterilnej injekčnej výbave a praktikami jej spoločného používania medzi populáciou väzňov.

Opakované prieskumy vykonané v Českej republike (1996 – 2002), Dánsku (1995 – 2002), Litve (2003/2004), Maďarsku (1997/2004), Slovinsku (2003/2004) a vo Švédsku (1997 – 2004) ukazujú nárast prevalence rôznych druhov užívania drog medzi zadržanými osobami, zatiaľ čo Francúzsko (1997/2003) uvádza významné zníženie podielu injekčných užívateľov drog medzi väzenskou populáciou⁽⁵⁾.

(1) Krajiny, ktoré uvádzajú štúdie vykonané v posledných 5 rokoch (1999 – 2004) a ktoré poskytujú údaje o formách užívania drog medzi väzenskou populáciou, sú Belgicko, Česká republika, Dánsko, Nemecko, Grécko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Holandsko, Rakúsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo, Bulharsko a Nórsko.

(2) Pozri tabuľku DUP-1 a obrázok DUP-1 v štatistickej ročenke 2006.

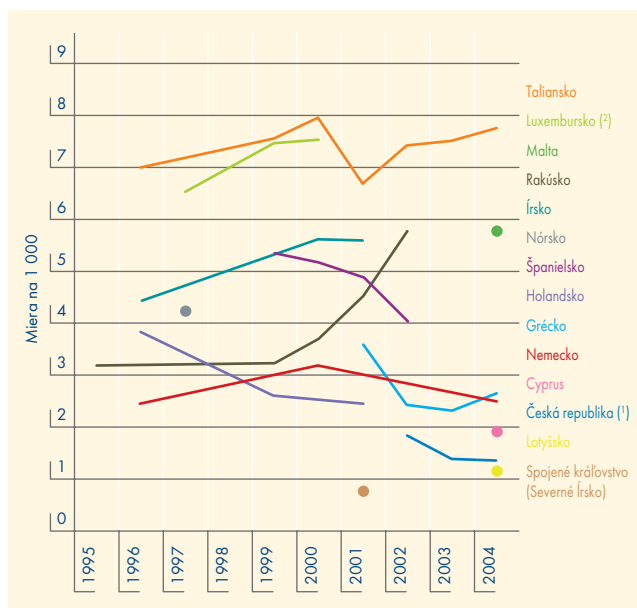
(3) Pozri tabuľky DUP-2 a DUP-5 v štatistickej ročenke 2006.

(4) Pozri tabuľky DUP-3 a DUP-4 v štatistickej ročenke 2006.

(5) Pozri tabuľku DUP-5 v štatistickej ročenke 2006.

(171) Pozri obrázok PDU-6 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

Obrázok 9: Trendy v prevalencii problémového užívania opiátov, 1995 – 2004 (miera na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



(¹) Odhady pre vekovú skupinu 18 – 64 rokov.
 (²) Vypočítané z údajov o vekovej skupine 15 – 54 rokov.
 Poznámka: Časové série sú kombinované tam, kde sú metódy podobné počas časového rozpätia. Ďalšie informácie si pozrite v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2006.
 Zdroje: Národné kontaktné miesta

užívania opiátov sa vo všeobecnosti môže pomaly znižovať, preto sa v blízkej budúcnosti očakáva zníženie prevalencie.

Injekčné užívanie drog

Užívatelia, ktorí injekčne užívajú drogy (*injecting drug users*, IDU), podstupujú veľmi veľké riziko, že sa stretnú s nepriaznivými dôsledkami, napríklad s infekčnými chorobami alebo predávkovaním. Preto je dôležité posudzovať injekčné užívanie drog osobitne.

Napriek ich dôležitosti pre verejné zdravie, iba málo krajín poskytlo odhady injekčného užívania drog na národnej alebo regionálnej úrovni (¹⁷²). V tejto časti nie sú odhady počtu IDU kategorizované podľa primárnej drogy kvôli nedostatku údajov, hoci trendy v podiele IDU medzi liečenými užívateľmi heroínu (pozri nižšie) sú samozrejme špecifické pre injekčné užívanie heroínu.

Najdostupnejšie odhady o injekčnom užívaní drog sú odvodené buď z mier smrteľného predávkovania alebo údajov o infekčných chorobách (napríklad HIV). Dostupné odhady sa medzi krajinami značne líšia: od roku 2000 sa odhady na národnej úrovni väčšinou pohybujú od jedného do šiestich prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku

15 – 64 rokov, pričom trochu vyššie odhady existovali pred rokom 2000. Od roku 2000 boli najvyššie národné miery prevalencie injekčného užívania drog, medzi krajinami, kde boli k dispozícii odhady, uvádzané Luxemburskom a Rakúskom s mierou asi šesť prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Najnižšie odhady sú z Cypru a Grécka, čosi viac ako jeden prípad na 1 000 obyvateľov.

Ak sú k dispozícii časové trendy, tieto neukazujú všeobecný obraz, keď naznačujú pokles v niektorých krajinách a regiónoch (napríklad v Škótsku, Spojenom kráľovstve) a nárast v iných krajinách. Chýbanie údajov v tejto oblasti však znamená, že nie je možné načrtnúť jasný obraz.

Monitorovanie podielu osôb, ktoré si v súčasnosti vstreknú drogy, medzi užívateľmi heroínu a ktorí podstupujú formy liečenia, je dôležitou zložkou monitorovania prevalencie injekčného užívania drog u všeobecnej populácie. Je však dôležité mať na pamäti, že pozorované podiely neodrážajú nevyhnutne trendy v prevalencii všetkého injekčného užívania drog. Napríklad v krajinách s vysokým podielom užívateľov stimulansov (Česká republika, Slovensko, Fínsko, Švédsko) nemusia miery injekčného užívania u užívateľov heroínu reprezentovať celkovú situáciu.

Podiel IDU medzi primárnymi užívateľmi heroínu, ktorí sa podrobujú protidrogovému liečeniu, opäť naznačuje výrazné rozdiely v úrovniach injekčného užívania drog medzi krajinami, ako aj kolísajúce časové trendy (¹⁷³). V niektorých krajinách (Španielsko, Holandsko a Portugalsko) relatívne malá časť užívateľov heroínu si drogu vstrekuje, kým v iných krajinách sa zdá, že injekčné užívanie je ešte stále hlavnou formou užívania heroínu. V niektorých členských štátoch EÚ-15, ktorých údaje sú k dispozícii (Dánsko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo), klesajú miery injekčného užívania medzi liečenými užívateľmi heroínu. Avšak vo väčšine členských štátov, prinajmenšom kde existujú údaje, veľká časť užívateľov heroínu, ktorí sa podrobujú liečeniu, sú injekční užívatelia.

Údaje o dopyte po liečbe (¹⁷⁴)

V mnohých krajinách opiáty (najmä heroín) zostávajú hlavnou drogou, kvôli ktorej klienti vyhľadávajú liečenie. Z celkového počtu žiadostí uvádzaných v roku 2004 podľa ukazovateľa dopytu po liečbe boli opiáty zaznamenané ako hlavná droga v asi 60 % prípadov – a niečo viac ako polovica (53 %) týchto klientov uvádzala injekčné užívanie drogy (¹⁷⁵). Je potrebné si všimnúť, že ukazovateľ dopytu po liečbe nepokrýva všetkých ľudí v liečbe súvisiacej s opiátmi,

(¹⁷²) Pozri obrázok PDU-7 v štatistickej ročenke 2006.
 (¹⁷³) Pozri obrázok PDU-3 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.
 (¹⁷⁴) Pozri poznámku pod čiarou (70).
 (¹⁷⁵) Pozri obrázok TDI-2 a tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2006.

počet ktorých je oveľa väčší, iba klientov, ktorí požadujú liečbu počas roku, za ktorý sa predkladá správa.

Podiel klientov, ktorí hľadajú liečbu kvôli užívaniu heroínu, sa medzi krajinami líši. Na základe najnovších dostupných údajov sa krajiny môžu klasifikovať do troch skupín podľa podielu užívateľov drog, ktorí vyhľadávajú liečbu a ktorí uvádzajú problémové užívanie heroínu, takto:

- pod 50 % – Česká republika, Dánsko, Maďarsko, Holandsko, Poľsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko;
- 50 – 70 % – Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Cyprus, Lotyšsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo, Rumunsko;
- viac ako 70 % – Grécko, Taliansko, Litva, Luxembursko, Malta, Slovinsko, Bulharsko (¹⁷⁶).

Krajiny, kde pomerne veľká časť klientov, ktorí užívajú opiáty, užíva iné látky ako heroín, zahŕňajú Maďarsko, kde je široko rozšírené užívanie domácky vyrobených opioidných výrobkov z maku sateho a Fínsko, kde väčšina klientov, ktorí užívajú opiáty, zneužíva buprenorfín (¹⁷⁷).

Väčšina užívateľov opiátov, podobne ako užívatelia iných drog, vyhľadáva liečbu v ambulantnom zariadení; avšak v porovnaní s klientmi, ktorí užívajú kokaín alebo kanabis, sa v lôžkových centrách lieči väčší podiel klientov, ktorí užívajú opiáty.

Väčšina krajín s významnými počtami nových klientov, ktorí užívajú heroín každý rok (s výnimkou Nemecka, kde sa základ podávania správ rozšíril), uvádza, že v posledných 4 – 5 rokoch došlo k poklesu, hoci nie medzi klientmi, ktorí boli predtým liečení. Počty opakovaných žiadostí vo všeobecnosti nepoklesli a vo väčšine krajín celkový počet dopytov po liečbe kvôli heroínu zostal zhruba stabilný. Výnimkami, ktoré stoja za pozornosť, sú Nemecko a Spojené kráľovstvo, kde sa celkový počet uvádzaných žiadostí zvýšil. Celkovo však percento dopytov po liečbe kvôli heroínu (všetky žiadosti a nové žiadosti) pokleslo; v prípade nových žiadostí pokleslo z asi dvoch tretín na približne 40 % medzi rokmi 1999 a 2004 v porovnaní so zvýšením počtu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu a kokaínu (¹⁷⁸).

Predtým sa uviedlo, že populácia klientov, ktorí žiadajú o liečbu kvôli užívaniu opiátov, starne, a že tento trend pokračoval v roku 2004. Takmer všetci užívatelia opiátov,

ktorí vyhľadávajú liečbu, sú starší ako 20 rokov a takmer polovica z nich má viac ako 30 rokov. Údaje, ktoré sú dostupné na európskej úrovni, ukazujú, že iba malá skupina užívateľov opiátov (menej ako 7 %) má menej ako 20 rokov, keď po prvýkrát vyhľadá pomoc (¹⁷⁹). Existujú občasná správa o veľmi mladých ľuďoch (vo veku menej ako 15 rokov), ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli užívaniu heroínu (¹⁸⁰), napríklad deti vo veku 11 – 12 rokov v Sofii v Bulharsku, ale vo všeobecnosti dopyt po liečbe kvôli heroínu je medzi mladými ľuďmi zriedkavý.

Uvádza sa, že klienti, ktorí užívajú opiáty, sú v spoločnosti marginalizovaní, s nízkymi úrovňami vzdelania, vysokými mierami nezamestnanosti a často bez stáleho ubytovania; Španielsko uvádza, že 17 – 18 % klientov, ktorí užívajú opiáty, sú bezdomovci.

Väčšina klientov, ktorí užívajú opiáty, uvádza, že užili tieto drogy po prvýkrát vo veku medzi 15 a 24 rokmi, pričom asi 50 % klientov užilo po prvýkrát drogu pred vekom 20 rokov (¹⁸¹). Pretože časové rozpätie medzi prvým užitím a prvou žiadosťou o liečbu je vo všeobecnosti 5 až 10 rokov a čas medzi začatím a pravidelným užívaním drogy sa odhaduje na 1,5 – 2,5 roka (fínska národná správa), možno konštatovať, že klienti, ktorí užívajú opiáty, obvykle zažijú 3 – 7 rokov pravidelného užívania drogy skôr, ako po prvýkrát vyhľadajú špecializovanú liečbu.

V Európe, medzi novými klientmi, ktorí užívajú opiáty a vyhľadávajú liečbu v ambulantných strediskách a ktorí poznajú administratívny postup, čosi viac ako polovica si drogu vstrekuje. Vo všeobecnosti sú úrovne injekčného užívania medzi užívateľmi opiátov, ktorí vyhľadávajú liečbu, v nových členských štátoch vyššie (nad 60 %) ako v členských štátoch EÚ-15 (pod 60 %), s výnimkou Talianska a Fínska, kde podiel osôb, ktoré injekčne užívajú opiáty, je medzi klientmi 74 % a 79,3 %. Podiel osôb, ktoré injekčne užívajú opiáty, je medzi klientmi najnižší v Holandsku (13 %) a najvyšší v Lotyšsku (86 %) (¹⁸²).

Liečba závislosti od opiátov

Protidrogová stratégia EÚ na roky 2005 – 2012 kladie veľký dôraz na zlepšovanie dostupnosti a prístupu k liečbe a vyzýva členské štáty, aby poskytovali komplexný rozsah účinnej liečby. Z historického hľadiska predstavovala nemocničná liečba dôležitý smer pre liečenie problémových užívateľov opiátov. Avšak narastajúca rozmanitosť možností

(¹⁷⁶) Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2006.

(¹⁷⁷) Pozri tabuľku TDI-26 v štatistickej ročenke 2006; národné správy siete Reitox.

(¹⁷⁸) Pozri obrázok TDI-1 v štatistickej ročenke 2006.

(¹⁷⁹) Pozri tabuľku TDI-10 v štatistickej ročenke 2006.

(¹⁸⁰) www.communitycare.co.uk

(¹⁸¹) Pozri tabuľku TDI-11 v štatistickej ročenke 2006.

(¹⁸²) Pozri tabuľku TDI-17 v štatistickej ročenke 2006.

liečby a najmä značné rozšírenie substitučnej liečby znamená, že relatívna dôležitosť nemocničnej starostlivosti sa znížila.

Údaje o relatívnej dostupnosti rôznych druhov liečby kvôli problémom s opiátmi sú v súčasnosti v Európe obmedzené. V odpovedi na dotazník EMCDDA experti vo väčšine (16) členských štátov uviedli, že substitučná liečba je hlavnou formou dostupnej liečby. No v štyroch krajinách (Česká republika, Maďarsko, Poľsko a Slovensko) sa uvádza, že liečba bez drog je bežnejšia a v dvoch krajinách, v Španielsku a vo Švédsku sa uvádzala rovnováha medzi možnosťou lekárskej podporovanej liečbou a liečby bez drog.

Substitučná terapia závislosti od opiátov (najmä liečba metadónom a buprenorfinom) je zavedená vo všetkých členských štátoch EÚ⁽¹⁸³⁾ ako aj v Bulharsku, Rumunsku a Nórsku a teraz existuje podstatná európska zhoda, že toto je užitočný prístup k liečbe problémových užívateľov opiátov, hoci v niektorých krajinách zostáva citlivou témou (pozri kapitolu 2). Úloha substitučnej liečby sa medzinárodne stáva čoraz menej kontroverznou; systém OSN dospel k spoločnému stanovisku o substitučnej udržiavacej liečbe v roku 2004 (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004) a v júni 2006 WHO zaradila metadón a buprenorfin do svojho vzorového zoznamu dôležitých liekov.

Teraz existuje solídna dôkazová základňa pre hodnotu substitučných programov, ktoré používajú drogy ako sú metadón alebo buprenorfin. Štúdie ukázali, že substitučná terapia súvisí s klesajúcim užívaním nezákonných drog, zníženými mierami injekčného užívania a redukciami správania súvisiacich s vysokým rizikom šírenia HIV alebo iných infekčných chorôb, napríklad spoločné používanie pomôcok a zlepšenia v sociálnom fungovaní aj celkovom zdraví. Výskum tiež naznačil, že úrovne zločineckej činnosti sa môžu znížiť a že dostatočné poskytovanie substitučnej liečby môže mať vplyv na počet úmrtí súvisiacich s drogami. Optimálne výsledky závisia od včasného vstupu do programu, dostatočného trvania a kontinuity substitučnej liečby a primeraných dávok liekov.

Zatiaľ čo metadón je naďalej najbežnejšie predpisovanou substitučnou liečbou v Európe, možnosti liečby sa stále rozširujú a buprenorfin je teraz dostupný v 19 krajinách EÚ, Bulharsku a Nórsku, hoci nie je jasné, či je oficiálne schválený pre udržiavaciu liečbu vo všetkých krajinách, kde sa uvádzalo jeho užívanie. Ak sa vezme do úvahy, že liečba vysokými dávkami buprenorfinu bola zavedená v Európe iba pred 10 rokmi, obľúbenosť tejto drogy ako

terapeutickej možnosti sa prejavila pozoruhodne rýchlo (pozri obrázok 1)⁽¹⁸⁴⁾.

Dlhodobá náhrada drog nie je jediným účelom farmakoterapie opiátov. Metadón a buprenorfin sa tiež používajú na liečenie prerušenia užívania opiátov, keď je terapeutickým cieľom pomôcť dosiahnuť jednotlivcovi abstinenciu poskytovaním redukovanej dávky počas stanoveného obdobia, aby sa pomohlo minimalizovať ťažkosti spôsobené prerušením užívania. Naltrexón, antagonist opiátov, ako averzívna možnosť farmakoterapie závislosti od opiátov, sa niekedy používa tiež ako pomoc pri prevencii recidívy, pretože blokuje účinky heroínu, hoci dôkazová základňa pre užívanie tejto drogy je ešte stále nepresvedčivá.

Niektoré krajiny (Nemecko, Španielsko, Holandsko a Spojené kráľovstvo) majú tiež programy na predpisovanie heroínu, hoci počet pacientov, ktorí dostávajú tento druh liečby, je veľmi malý v porovnaní s inými formami náhrady drog (pravdepodobne predstavuje menej ako 1 % z celkového počtu). Táto forma liečby zostáva kontroverznou a vo všeobecnosti sa poskytuje na základe vedeckého pokusu pre dlhodobých užívateľov, u ktorých zlyhali iné terapeutické možnosti.

Nedávna analýza účinnosti liečby závislosti od drog, aby sa zabránilo prenosu HIV, zistila, že zásahy do správania môžu zlepšiť pozitívne účinky substitučnej liečby pri prevencii HIV, kým účinnosť samotnej psychologickéj terapie je premenlivá. Liečba založená na abstinencii ukázala dobré výsledky ohľadom prevencie HIV u tých osôb, ktoré sa liečili 3 mesiace alebo dlhšie (Farrell a kol., 2005).

Monitorovanie poskytovania metadónu

Metadón je kontrolovanou drogou podľa prílohy I Jednotného dohovoru o omamných látkach z roku 1961 a úrovne domácej spotreby každý rok monitoruje INCB.

Podľa EMCDDA, ako minimálny odhad z členských štátov EÚ, Bulharska, Rumunska a Nórska, počas roku viac ako 500 000 klientov dostávalo substitučnú liečbu (pozri tabuľku 4 vo výročnej správe za rok 2005). Ak sa vylúčia Česká republika a Francúzsko, ktoré uvádzajú liečbu vysokými dávkami buprenorfinu (HDBT) ako najbežnejšiu možnosť, viac ako 90 % liečby vo všetkých ostatných krajinách predstavuje metadón.

EÚ a USA predstavujú spolu 85 % svetovej spotreby metadónu a spotreba metadónu v týchto krajinách ukazuje trvalý nárast počas posledného desaťročia. Spotrebované množstvá sa v období medzi rokmi 1997 a 2000 stabilizovali

⁽¹⁸³⁾ Na Cypre sa užívanie metadónu v detoxikačnej liečbe uvádza od roku 2004 a oznámil sa začiatok úvodného projektu udržiavacej liečby metadónom, ale neuvádzali sa žiadne prípady liečby. V Turecku je metadón oficiálne zaregistrovaný pre liečbu závislosti od opiátov, ale neboli uvádzané žiadne prípady liečby.
⁽¹⁸⁴⁾ Pozri vybranú otázku o buprenorfine vo výročnej správe za rok 2005.

v oboch regiónoch, ale odvtedy došlo v Spojených štátoch k strmému nárastu. V súčasnosti sú úrovne spotreby metadónu v EÚ asi polovicou úrovni v USA ⁽¹⁸⁵⁾.

Pozoruhodné zvýšenia v údajoch o spotrebe spravidla nasledujú po zavedení tejto možnosti liečby na národnej úrovni. Napríklad vo Francúzsku široko rozšírená implementácia substitučnej liečby metadónom v roku 1995

viedla k rýchlemu zvýšeniu spotreby z 31 kg v roku 1995 na 446 kg v roku 2004.

V súčasnosti možno pozorovať príznaky stabilizácie v úrovniach spotreby metadónu v štatistikách pre Dánsko, Španielsko, Maltu, Holandsko a možno pre Nemecko. Toto sa zhoduje s trendmi uvádzanými v počtoch liečených pacientov (pozri kapitolu 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Pozri obrázok NSP-2 v štatistickej ročenke.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitola 7

Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Jedným z najzávažnejších zdravotných dôsledkov užívania nezákonných drog a najmä injekčného užívania drog je prenos HIV a iných infekčných chorôb, najmä hepatitídy C a B. Vzťah medzi injekčným užívaním drog a prenosom infekcie je stanovený dobre. Znižovanie injekčného užívania drog a spoločného používania injekčnej výbavy sa preto stáva primárnym cieľom zásahov verejného zdravia v tejto oblasti. Štúdie tiež upozorňujú na vzťah medzi užívaním drog a vysoko rizikovou sexuálnou aktivitou; toto naznačuje čoraz väčšiu dôležitosť spájania zásahov do užívania drog so stratégiami verejného zdravia zameranými na sexuálne zdravie. Z hľadiska monitorovania na európskej úrovni sú údaje o infekčných chorobách zhromažďované stálymi informačnými zdrojmi, kde injekčné užívanie drog môže byť zaznamenávané ako rizikový faktor a počas špeciálnych štúdií populácií, ktoré užívajú drogy v rôznych zariadeniach.

HIV a AIDS

Súčasný trendy v novo uvádzaných prípadoch HIV

V súčasnosti väčšina krajín uvádza nízke miery novo diagnostikovanej infekcie HIV pripisovanej injekčnému užívaniu drog. Krajiny, ktoré neustále udržiavajú nízke miery infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (IDU) poskytujú príležitosť skúmať, ktoré faktory za ňu zodpovedajú, čo je otázka kladená súčasným protidrogovým plánom EÚ a v súčasnosti zameraním koordinovanej štúdie EMCDDA. Mali by sme sa však vyhnúť sebauspokojeniu; ani Španielsko ani Taliansko, ktoré zažili epidémiu HIV medzi IDU, neposkytli národné údaje o prípadoch HIV, čo malo významný negatívny vplyv na hodnotu týchto údajov pre opis celkového obrazu EÚ. Okrem toho, údaje prichádzajúce z niektorých krajín vzbudzujú obavy, že infekcia HIV môže narastať, prinajmenšom medzi niektorými populáciami IDU.

Vo Francúzsku, kde sú prípady HIV evidované iba od roku 2003, došlo k nárastu výskytu HIV medzi IDU (aj keď z nízkej úrovne), z odhadovaného 2,3 prípadu na milión obyvateľov v roku 2003 po 2,9 prípadu v roku 2004.

Hoci toto vo všeobecnosti súhlasí s dostupnými údajmi štúdie (pozri nižšie), musíme mať na pamäti, že nové systémy podávania správ sú často spočiatku nestabilné. V Portugalsku očividný pokles novo diagnostikovaných prípadov HIV medzi IDU zaznamenaný v minulosti bol spochybnený údajmi z roku 2004, ktoré uvádzajú výskyt infekcie HIV 98,5 prípadu na milión obyvateľov, čo je najvyšší v EÚ⁽¹⁸⁶⁾. V Spojenom kráľovstve sa výskyt HIV medzi IDU pomaly zvyšoval, teraz je však stabilný, čosi pod 2,5 prípadu na milión obyvateľov za rok. V Írsku výskyt koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia rástol, kým nedosiahol vrchol 18,3 prípadu na milión obyvateľov v roku 2000, potom klesol na 9,8 prípadu na milión obyvateľov v roku 2001 a následne sa zvýšil na 17,8 prípadu na milión obyvateľov v roku 2004.

Vypuknutia HIV súvisiace s injekčným užívaním drog sa vyskytli až v roku 2001 v Estónsku a Lotyšsku a v roku 2002 v Litve. Odtedy miery silno poklesli; pokles mier novo uvádzaných prípadov treba očakávať po počiatočnej epidemickej fáze, keď vznikne endemická úroveň infekcie (pozri nižšie).

Séroprevalencia HIV medzi testovanými IDU

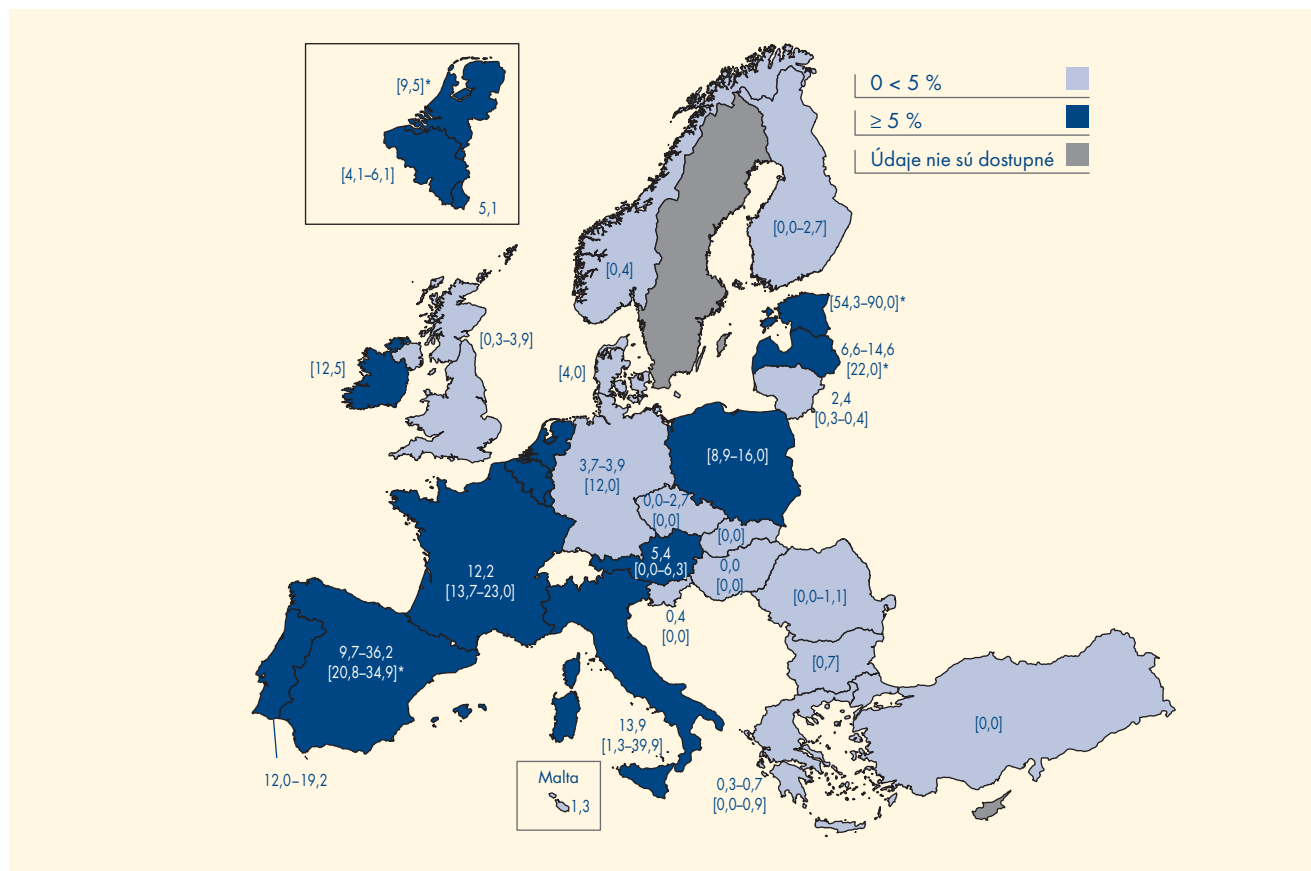
Údaje o séroprevalencii od IDU (percento infikované vo vzorkách IDU) sú dôležitým doplnkom správ o prípadoch HIV. Opakované štúdie séroprevalencie a rutinné monitorovanie údajov z diagnostických testov môžu podporiť závery odvodené z poskytnutých údajov o prípadoch a môžu poskytnúť podrobnejšie informácie o špecifických regiónoch a zariadeniach. Údaje o prevalencii však prichádzajú z viacerých zdrojov a v niektorých prípadoch sa ťažko porovnávajú; takže by sa mali opatrne interpretovať.

Nedávne zvýšenia HIV v niektorých krajinách registrované v údajoch o prípadoch sú väčšinou potvrdené dostupnými údajmi o séroprevalencii, hoci tieto údaje naznačujú, že toto nie sú jediné krajiny, v ktorých je potrebná zvýšená ostražitosť.

V pobaltských štátoch dostupné údaje o séroprevalencii udávajú, že prenos medzi IDU ešte stále asi nie je pod kontrolou (obrázok 10). V Estónsku nedávna štúdia

⁽¹⁸⁶⁾ Pozri obrázok INF-2 (časť i) a INF-2 (časť ii) v štatistickej ročenke 2006.

Obrázok 10: Prevalencia HIV u testovaných injekčných užívateľov drog, 2003 – 2004



Poznámka: Obrázky v (zátvorkách) sú miestne údaje. Farba udáva stred národných údajov alebo ak nie sú k dispozícii, miestnych údajov. Údaje pre Taliansko a Portugalsko zahŕňajú tých, ktorí neužívajú injekčné drogy a pravdepodobne podhodnocujú prevalenciu u injekčných užívateľov drog. * Údaje čiastočne alebo úplne pred rokom 2003 (Španielsko 2002 – 2003; Francúzsko 2002 – 2003; Lotyšsko 2002 – 2003; Holandsko 2002) alebo z roku 2005 (Estónsko).
Zdroj: Národné kontaktné miesta Reitox. Primárne zdroje, podrobnosti štúdií a údaje pred rokom 2003 alebo po roku 2004 si pozrite v tabuľke INF-8 v štatistickej ročenke 2006.

naznačuje, že prevalencia u IDU sa v jednom regióne zvyšuje (Tallin: zo 41 % zo vzorky 964 osôb v roku 2001 na 54 % zo vzorky 350 osôb v roku 2005) a je mimoriadne vysoká v ďalšom regióne (Kohtla-Järve: 90 % zo 100). V Lotyšsku dve časové série údajov o séroprevalencii medzi IDU ukazujú pokračujúce zvyšovanie až do roku 2002/2003, kým tretia séria naznačuje znižovanie od vrcholu v roku 2001. V Litve údaje pre rok 2003 naznačujú zvýšenie HIV medzi testovanými IDU, ktorí sú v protidrogovom liečení, programoch výmeny ihliel a v nemocniciach z 1,0 až 1,7 % počas obdobia 1997 – 2002 na 2,4 % (27/1 112) v roku 2003.

V krajinách, ktoré mali historicky vysoké miery infekcie HIV medzi IDU (Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Poľsko a Portugalsko), teraz existujú príznaky pokračujúceho prenosu na národnej úrovni alebo v špecifických regiónoch alebo medzi špecifickými podskupinami IDU⁽¹⁸⁷⁾. Je dôležité všimnúť si v týchto krajinách, že vysoká prevalencia pozadia spôsobená rozsiahlou epidémiou, ktorá sa

objavila v osemdesiatych a deväťdesiatych rokoch minulého storočia, zvyšuje pravdepodobnosť, že vysoko rizikové správanie povedie k infekcii.

V Španielsku a Taliansku národné údaje z podávania správ o prípadoch nie sú k dispozícii. Údaje z rutinných diagnostických testov sa ťažko interpretujú, pretože môžu byť ovplyvnené rôznymi selekčnými skresleniami; sú však príčinou obáv v týchto krajinách. V Španielsku bola prevalencia HIV medzi mladými IDU (pod 25 rokov) testovanými pri protidrogovej liečbe stabilná až do roku 2002, na úrovni viac ako 12 % a medzi novými IDU (definovanými ako osoby, ktoré injekčne užívajú drogy menej ako 2 roky) sa zvýšila z 15 % na 21 % v rokoch 200 – 2001 naznačujúc vysoký výskyt až do roku 2002. V Taliansku sa trendy prevalencie u IDU veľmi líšia medzi regiónmi a niektoré regióny stále ukazujú výrazné a nedávne zvýšenia (Bolzano, Ligúria, Molise, Toskánsko a Umbria).

V Poľsku miestne štúdie naznačujú, že šírenie HIV pokračovalo, prinajmenšom donedávna, na základe

⁽¹⁸⁷⁾ Pozri obrázok INF-5 (časť ii) a (časť vi) v štatistickej ročenke 2006.

vysokých mier prevalencie medzi mladými IDU (15 % v roku 2002 v jednom regióne, 4 – 11 % v dvoch regiónoch v roku 2004). V štúdií z roku 2002 sa uvádzali štyri prípady (9 %) HIV medzi 45 novými injekčnými užívateľmi drog v štatistickej vzorke; v štúdií z roku 2004 sa však nezistili žiadne prípady medzi 20 novými injekčnými užívateľmi v štatistickej vzorke.

Nakoniec v niektorých krajinách, ktoré nikdy nezažili rozsiahlu epidémiu medzi IDU, niektoré nedávne údaje o prevalencii naznačujú, že ostražitosť je zaručená. Zdá sa, že je to tak v Luxembursku, Rakúsku a Spojenom kráľovstve, hoci nárasty zostávajú obmedzené a nie sú potvrdené údajmi z podávania správ o prípadoch.

Krajiny s nízkou prevalenciou HIV

Prevalencia HIV medzi testovanými IDU naďalej široko kolíše medzi krajinami v EÚ (obrázok 10). V niektorých krajinách sa prevalencia HIV medzi IDU nedávno zvýšila alebo je vysoká mnoho rokov. Naopak, vo viacerých krajinách zostala prevalencia HIV medzi IDU veľmi nízka v období 2003 – 2004: prevalencia HIV bola nižšia ako približne 1 % v Českej republike, Grécku, Maďarsku, na Malte, v Slovinsku (na základe národných štatistických vzoriek) a na Slovensku, Bulharsku, Rumunsku, Turecku a v Nórsku (na základe regionálnych štatistických vzoriek). V niektorých týchto krajinách (napr. v Maďarsku) prevalencia HIV aj prevalencia vírusu hepatitídy C (HCV) patria medzi najnižšie v Európe, čo naznačuje nízke úrovne injekčného užívania (pozri „Hepatitída B a C“), hoci v niektorých krajinách (napr. Rumunsko) existujú dôkazy, že sa zvyšuje prevalencia hepatitídy C.

Rozdiely medzi pohlaviami v prevalencii HIV u testovaných IDU

Dostupné údaje o séroprevalencii pre obdobie 2003 – 2004 odhalili rozdiely medzi testovanými IDU mužského a ženského pohlavia⁽¹⁸⁸⁾. Kombinované údaje z Belgicka, Estónska (2005), Španielska (2002), Francúzska, Talianska, Luxemburska, Rakúska, Poľska a Portugalska viedli k celkovej štatistickej vzorke 124 337 mužov a 20 640 žien, testovaných najmä v centrách protidrogovej liečby alebo na iných pracoviskách, ktoré poskytujú protidrogové služby. Celková prevalencia bola 13,6 % u mužov a 21,5 % u žien. Rozdiely medzi krajinami sú významné; najvyšší pomer žien k mužom je v Estónsku, Španielsku, Taliansku, Luxembursku a Portugalsku, zatiaľ čo Belgicko vykazuje opačný trend s vyššou prevalenciou u mužov.

Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

Keďže vysoko aktívna antiretrovírusová liečba (HAART), ktorá je dostupná od roku 1996, účinne zastavuje rozvoj infekcie HIV na AIDS, údaje o výskyte AIDS sa ako ukazovateľ prenosu HIV stali menej užitočnými. Stále však ukazujú celkovú záťaž symptomatickým ochorením a okrem toho predstavujú dôležitý ukazovateľ zavedenia a pokrytia HAART medzi IDU.

WHO odhaduje, že pokrytie HAART medzi pacientmi, ktorí potrebujú liečbu, bolo v roku 2003 v západoeurópskych krajinách vysoké (viac ako 70 %), ale bolo obmedzenejšie vo väčšine východoeurópskych krajín vrátane Estónska, Litvy a Lotyšska⁽¹⁸⁹⁾. Novšie údaje o pokrytí HAART naznačujú, že situácia sa výrazne zlepšila, keď všetky krajiny EÚ a kandidátske krajiny teraz dosahujú prinajmenšom 75 % pokrytie. Špecifické údaje týkajúce sa dostupnosti HAART medzi IDU nie sú však k dispozícii a zostáva zistiť, či sa zvýšené pokrytie odrazí v znížení výskytu AIDS medzi IDU v Estónsku a Lotyšsku.

Vo všetkých štyroch krajinách západnej Európy, ktoré sú najviac postihnuté AIDS, t. j. v Španielsku, vo Francúzsku, v Taliansku a Portugalsku výskyt poklesol, v prípade prvých troch krajín od roku 1996, v Portugalsku však iba od roku 1999. Portugalsko je stále krajinou s najvyšším výskytom AIDS u IDU s 31 prípadmi na milión obyvateľov v roku 2004. Výskyt v Lotyšsku je však podobný, 30 prípadov na milión obyvateľov.

Európske údaje o HIV do roku 2004 (korigované kvôli oneskoreniu poskytovania správ) naznačujú, že výskyt AIDS u IDU narastá v Estónsku aj Lotyšsku⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatitída B a C

Hepatitída C

Prevalencia protilátok proti vírusu hepatitídy C (HCV) medzi IDU je vo všeobecnosti mimoriadne vysoká, hoci existujú veľké rozdiely v rámci krajín aj medzi nimi. Miery prevalencie nad 60% medzi rôznymi štatistickými vzorkami IDU testovanými v rokoch 2003 – 2004 sa uvádzajú z Belgicka, Dánska, Nemecka, Grécka, Španielska, Írska, Talianska, Poľska, Portugalska, Spojeného kráľovstva, Rumunska, Nórska kým miery prevalencie nižšia ako 40 % sa zistili v štatistických vzorkách z Belgicka, Českej republiky, Grécka, Cypru, Maďarska, Malty, Rakúska, Slovinska, Fínska a Spojeného kráľovstva⁽¹⁹¹⁾.

Údaje o prevalencii protilátok proti HCV medzi mladými IDU (vo veku pod 25 rokov) sú k dispozícii zo 14 krajín,

⁽¹⁸⁸⁾ Pozri obrázok INF-3 (časť v) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Pozri obrázok INF-14 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Pozri obrázok INF-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Pozri obrázok INF-6 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

hoci v niektorých prípadoch sú veľkosti štatistických vzoriek malé. Existujú veľké rozdiely vo výsledkoch, pričom krajiny uvádzajú vysoké aj nízke údaje z rôznych štatistických vzoriek. Najvyššie miery prevalencie medzi mladými IDU (viac ako 40 %) sa v rokoch 2003 – 2004 zistili v štatistických vzorkách z Belgicka, Grécka, Rakúska, Poľska, Portugalska, Slovenska a Spojeného kráľovstva a najnižšie prevalencie (pod 20 %) v štatistických vzorkách z Belgicka, Grécka, Cypru, Maďarska, Malty, Rakúska, Slovinska, Fínska, Spojeného kráľovstva a Turecka. Ak sa vezmú do úvahy iba štúdie mladých IDU s národným dosahom, najvyššie miery prevalencie (nad 60 %) sa zistili v Portugalsku a najnižšie (pod 40 %) na Cypre, v Maďarsku, na Malte, v Rakúsku a Slovinsku. Hoci použité postupy prieskumu môžu viesť k skresleniu smerom k viac chronickej skupine, vysoká prevalencia protilátok proti HCV, ktorá sa zistila v štatistickej vzorke v Portugalsku (67 % medzi 108 IDU pod 25 rokov), je stále znepokojujúca a môže naznačovať pokračovanie vysoko rizikového správania medzi mladými IDU (pozri aj „Súčasný trendy v novo uvádzaných prípadoch HIV“, s. 75).

Údaje o prevalencii protilátok proti HCV medzi novými injekčnými užívateľmi (ktorí injekčne užívajú drogy menej ako 2 roky) sú zriedkavé a ovplyvnené malou veľkosťou štatistickej vzorky, ale môžu poskytnúť lepší predbežný ukazovateľ najnovších mier výskytu ako údaje o mladých injekčných užívateľoch drog. Informácie, ktoré sú k dispozícii pre roky 2003 – 2004, ukazujú, že najvyššie miery prevalencie medzi novými injekčnými užívateľmi drog (viac ako 40 %) sa zistili v štatistických vzorkách z Grécka, Poľska, Spojeného kráľovstva a Turecka a najnižšie prevalencie (pod 20 %) v štatistických vzorkách z Belgicka, Českej republiky, Grécka, Cypru a Slovinska. Nízke miery prevalencie sa zistili v malých, ale celoštátnych štatistických vzorkách nových injekčných užívateľov drog na Cypre (iba dvaja z 23 injekčných užívateľov boli pozitívne testovaní na protilátku proti HCV) a v Slovinsku (dvaja z 32 boli pozitívne testovaní, čo je 6 %).

Hepatitis B

Prevalencia markerov vírusu hepatitídy B (HBV) sa tiež veľmi líši v rámci krajín aj medzi nimi. Najúplnejšie údaje sú pre protilátku anti-HBc, ktorá udáva históriu infekcie. V rokoch 2003 – 2004 sa uvádzali miery prevalencie nad 60 % medzi štatistickými vzorkami v Taliansku a Poľsku, kým štatistické vzorky s mierami prevalencie nižšími ako 20 % boli zaznamenané v Belgicku, Írsku, na Cypre, v Rakúsku, Portugalsku, Slovinsku, na Slovensku a v Spojenom kráľovstve. Údaje o oznamovaní hepatitídy B pre obdobie 1992 – 2004 pre tie krajiny, z ktorých sú k dispozícii údaje, ukazujú veľmi rôznorodý obraz⁽¹⁹²⁾. V škandinávskom

regióne sa veľká väčšina oznámených akútnych prípadov hepatitídy B vyskytuje medzi IDU a vypuknutia hepatitídy B sa zhodujú s nárastom injekčného užívania drog vo viacerých krajinách. Napríklad údaje pre Nórsko naznačujú silno narastajúci výskyt infekcií hepatitídy B medzi IDU v rokoch 1992 až 1998 s následným poklesom. Vo Fínsku počet oznámení o hepatitíde B medzi IDU v posledných rokoch prudko poklesol, pravdepodobne v dôsledku programov očkovania a komplexného systému výmeny injekčných ihli a striekačiek.

Prevenia infekčných chorôb

Účinné reakcie

Viacero zásahov verejného zdravotníctva sa ukázalo byť užitočnými pri redukovaní šírenia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog a existuje čoraz väčšia zhoda, že komplexný prístup k poskytovaniu služieb v tejto oblasti bude s najväčšou pravdepodobnosťou úspešný. Z historického hľadiska sa diskusia zamerala najmä na prevenciu infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, ale čoraz viac sa uznáva potreba účinných opatrení na zamedzenie šírenia hepatitídy, ako aj potreba zabrániť šíreniu infekčných chorôb medzi neinjekčnými užívateľmi drog.

Je potrebné si všimnúť, že dôkazy o účinnosti sú najpresvedčivejšie pre prevenciu infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog. Solídny súbor dostupných dôkazov ukazuje, že zásahy sa môžu považovať za účinné a že prístup k liečbe všetkých typov poskytuje ochranu (Farrell a kol., 2005; WHO, 2005). Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia je európska reakcia charakterizovaná narastajúcim poskytovaním liečby závislosti od drog (pozri kapitolu 2) a celkovo sa zdá, že toto je jeden z prvkov, ktoré prispeli k relatívne povzbudivému obrazu, ktorý teraz vidno v Európe, čo sa týka epidemického šírenia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog.

Liečba je iba jednou časťou komplexného prístupu k prevencii HIV. Iné prvky zahŕňajú celý rad informácií, vzdelávacích a komunikačných postupov, dobrovoľné poradenstvo o infekčných chorobách a testovanie, očkovanie a distribúciu sterilnej injekčnej výbavy a iné profylaktické prostriedky. Tieto opatrenia ako aj poskytovanie služieb medikálnej liečby v nízkoprahových agentúrach alebo niekedy dokonca na pouličnej úrovni môžu pomôcť nadviazať alebo zlepšiť komunikáciu s aktívnymi užívateľmi drog a ich sexuálnymi partnermi ohľadom rizika a prevencie dôsledkov užívania drog pre zdravie.

Všeobecný záväzok na komplexný prístup neznamená, že všetky tieto prvky služieb sú rovnako rozvíjané

⁽¹⁹²⁾ Pozri obrázok INF-12 (časť i) v štatistickej ročenke 2006.

a podporované na národnej úrovni. Zdá sa však, že sa objavuje určitá zhoda. V prieskume medzi NFP traja zo štyroch respondentov identifikovali programy pre injekčné ihly a striekačky kombinované s poradenstvom ako prioritu v národnej politike, ktorá rieši šírenie infekčných chorôb medzi injekčnými užívateľmi drog (obrázok 11). Skutočnosť, že tak veľa krajín teraz výslovne uznáva úlohu poskytovania čistého injekčného materiálu ako súčasť svojej stratégie prevencie HIV ilustruje, ako sa táto forma poskytovania stala hlavnou formou vo väčšine Európy a už sa vo väčšine krajín nepovažuje za kontroverznú otázku. To neznamena, že existuje jednotná zhoda o výhodách tohto druhu poskytovania. Napríklad Grécko a Švédsko ho nepovažujú za prioritu politiky, hoci v celej Európe sa objavuje celkový a relatívne homogénny obraz z hľadiska realizácie zásahov v tejto oblasti⁽¹⁹³⁾, pričom všetky krajiny s výnimkou Cypru uvádzajú existenciu programov na výmenu alebo distribúciu sterilných injekčných ihli a striekačiek⁽¹⁹⁴⁾.

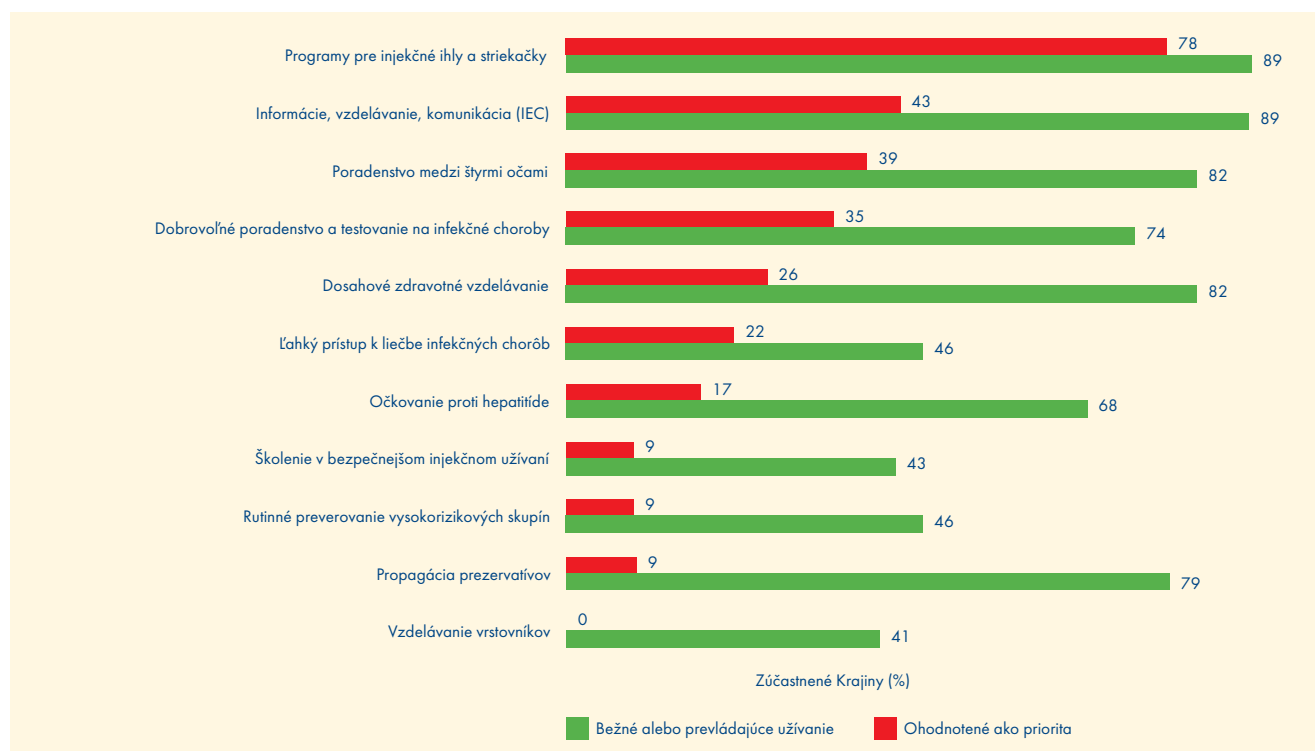
Typy programov pre injekčné ihly a striekačky v európskych krajinách

Hoci väčšina európskych krajín teraz distribuuje sterilnú injekčnú výbavu, charakter a rozsah poskytovania sa medzi

krajinami líši. Najbežnejším modelom je poskytovanie služby na stálom mieste, obvykle špecializovanej protidrogovej službe, ale často je tento typ poskytovania doplnený mobilnými službami, ktoré sa snažia dosiahnuť užívateľov drog v občianskych zariadeniach. Výmena injekčných striekačiek alebo predajných automatov dopĺňa dostupné služby NSP v ôsmich krajinách⁽¹⁹⁵⁾, hoci sa zdá, že toto poskytovanie je obmedzené na hrstku miest, pričom iba Nemecko a Francúzsko uvádzajú podstatné činnosti (asi 200 a 250 automatov). Španielsko je jediná krajina EÚ, kde je výmena injekčných ihli striekačiek pravidelne dostupná vo väzniciach, pričom poskytovanie bolo v roku 2003 dostupné v 27 väzniciach. Jedinou ďalšou krajinou EÚ, ktorá uvádza činnosť v tejto oblasti, je Nemecko, kde je poskytovanie obmedzené na jednu väznicu.

Programy výmeny založené na lekárňach tiež pomáhajú rozširovať geografický dosah poskytovania a okrem toho predaj čistých injekčných striekačiek v lekárňach môže zvýšiť ich dostupnosť. Predaj injekčných striekačiek bez lekárskeho predpisu je povolený vo všetkých krajinách EÚ s výnimkou Švédska, hoci niektorí lekárnici nie sú ochotní to robiť a niektorí dokonca aktívne odradzujú užívateľov drog od

Obrázok 11: Priority v rámci vybraných opatrení na prevenciu infekčných chorôb medzi užívateľmi drog podľa stanoviska národných odborníkov: zhrnutie týkajúce sa zúčastnených krajín



Poznámka: Ohodnotenie priorít z 23 krajín EÚ, z Bulharska a Nórska. Toto ohodnotenie neposkytlo Írsko, Cyprus, Litva a Holandsko.

Ohodnotenie „rozšíreného užívania“ poskytli odborníci zo všetkých 25 krajín EÚ, z Bulharska a Nórska. Flámska a francúzsky hovoriaca komunita z Belgicka poskytli oddelené ohodnotenia, čo predstavuje celkový počet 28 odpovedí.

Zdroje: Odborný prieskum národných kontaktných miest, SQ 23 (2004) otázka 5.

⁽¹⁹³⁾ Pozri obrázok NSP-3 v štatistickej ročenke 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Stručný prehľad dôkazov o účinnosti programov pre injekčné ihly a striekačky si pozrite vo výročnej správe za rok 2005 (s. 68).

⁽¹⁹⁵⁾ Pozri tabuľku NSP-2 v štatistickej ročenke 2006.

pravidelných návštev ich prevádzok. Formálne organizovaná výmena injekčných striekačiek v lekárňach alebo distribučné siete existujú v deviatich európskych krajinách (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Holandsko, Portugalsko, Slovinsko a Spojené kráľovstvo), hoci účasť na programoch je značne rozdielna, od takmer polovice lekární (45 %) v Portugalsku po menej ako 1 % v Belgicku. V Severnom Írsku sa v súčasnosti organizuje výmena injekčných striekačiek výlučne cez lekárne.

Nákup injekčných striekačiek cez lekárne môže byť hlavným zdrojom kontaktu so zdravotnou službou pre niektorých injekčných užívateľov drog a potenciál na využitie tohto kontaktného miesta ako cesty k iným službám, ktoré nepochybne existuje. Práca na motivovaní a podpore lekárníkov, aby rozvíjali služby, ktoré ponúkajú užívateľom drog, tvorí dôležitú súčasť rozširujúcej sa úlohy lekární, ale zdá sa, že k dnešnému dňu iba Francúzsko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo významne investovali v tomto smere.

Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami

Úmrtnosť medzi problémovými užívateľmi drog

Väčšina informácií o úmrtnosti medzi problémovými užívateľmi drog v Európe sa vzťahuje na užívateľov opiátov. Úmrtnosť súvisiaca s inými formami užívania drog je menej známa, ale zostáva dôležitou otázkou verejného zdravia.

Kolektívna štúdia, ktorá sa začala v rámci projektu EMCDDA, preskúmala úmrtnosť medzi užívateľmi opiátov, ktorí sa zúčastnili na liečení v ôsmich európskych lokalitách (196). Štúdia zistila veľmi vysokú úmrtnosť medzi užívateľmi opiátov v porovnaní s ich vrstovníkmi: 6- až 20-krát vyššiu u mužov a 10- až 15-krát vyššiu u žien. Odhadlo sa, že v šiestich lokalitách (Amsterdam, Barcelona, Dublin, Londýn, Rím a Viedeň) 10 – 23 % z celkovej úmrtnosti medzi dospelými vo veku 15 – 49 rokov by sa mohlo pripísať užívaniu opiátov, najmä predávkovaniam, AIDS a vonkajším príčinám (nehody, samovraždy). Zhruba jedna tretina z týchto úmrtí súvisiacich s drogami nastala kvôli predávkovaniu, hoci tento podiel bol vyšší v mestách s nízkou prevenciou infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog a pravdepodobne sa zvýši, len čo sa vysoko aktívna antiretrovirová liečba (HAART) stane širšie dostupnou.

Skupinová štúdia úmrtnosti vykonaná v Českej republike zistila, že úmrtnosť užívateľov stimulansov bola 4- až 6-krát vyššia (štandardizovaný koeficient úmrtnosti - SMR) ako úmrtnosť všeobecnej populácie, kým úmrtnosť užívateľov opiátov bola 9- až 12-krát vyššia. Francúzska skupinová štúdia, ktorá sledovala jednotlivcov zadržaných kvôli užívaniu heroínu, kokaínu alebo kraku, zistila, že úmrtnosť

Zabezpečenie injekčných striekačiek v Európe: postačuje?

Hoci takmer všetky členské štáty uvádzajú určitú dostupnosť programov pre injekčné ihly a striekačky (NSP), vplyv tohto druhu intervencie závisí od toho, či je úroveň poskytovania primeraná na splnenie týchto potrieb IDU.

Nedávne odhady počtu injekčných užívateľov drog a počtu injekčných striekačiek distribuovaných prostredníctvom NSP sú k dispozícii pre deväť európskych krajín. Z týchto údajov je možné urobiť hrubý odhad ročného počtu dostupných injekčných striekačiek na jedného injekčného užívateľa drog (1). Na základe najnovších dostupných údajov miery pokrytia NSP sa značne líšia, pričom počet injekčných striekačiek distribuovaných na jedného odhadovaného IDU za rok sa pohybuje od 2 – 3 v Grécku cez 60 – 90 v Českej republike, Lotyšsku, Rakúsku a Portugalsku až po približne 110 vo Fínsku, 210 na Malte a viac ako 250 v Luxembursku a Nórsku. Okrem toho dostať injekčné striekačky v lekárňach a údaje z Českej republiky a Fínska umožňujú odhadnúť celkovú dostupnosť injekčných striekačiek. Kombinácia údajov o distribúcii a predaji naznačuje, že za rok získajú injekční užívatelia drog v priemere 125 injekčných striekačiek v Českej republike a 140 injekčných striekačiek vo Fínsku.

Je známych mnoho faktorov, ktoré ovplyvňujú frekvenciu injekčného užívania medzi tými, ktorí užívajú drogy vrátane foriem užívania, úrovne závislosti a druhu užívaných drog. Nedávna štúdia, ktorá skúma vzťah medzi prevalenciou HIV a rozsahom distribúcie injekčných striekačiek, naznačila, že faktory správania, napr. frekvencia injekčného užívania a osobné opakované používanie injekčných striekačiek silno ovplyvňujú úroveň distribúcie injekčných striekačiek požadovanú na dosiahnutie podstatného zníženia prevalence HIV (Vickerman a kol., 2006).

Meranie zabezpečenia injekčných striekačiek je dôležitou zložkou pochopenia pravdepodobných účinkov distribúcie injekčných striekačiek pri prevencii chorôb a pre hodnotenie nesplnených potrieb. Je však dôležité vziať do úvahy dostupnosť injekčných striekačiek prostredníctvom predajov v lekárňach (ceny, hustota siete lekární) ako aj formy správania injekčných užívateľov drog a faktory prostredia pri interpretovaní týchto údajov. Táto otázka je ďalej diskutovaná v štatistickej ročenke 2006.

(1) Technické poznámky si pozrite v štatistickej ročenke 2006.

u mužov bola päťkrát vyššia a úmrtnosť u žien 9,5-krát vyššia ako u všeobecnej populácie, ale s klesajúcim trendom.

Podobne ako vek užívateľov opiátov, úmrtnosť spôsobená chronickým stavom (cirhóza, rakovina, choroby dýchacích ciest, endokarditída, AIDS) zvyšuje úmrtnosť kvôli vonkajším

(196) Amsterdam, Barcelona, Dublin, Dánsko, Lisabon, Londýn, Rím a Viedeň. Odhady úmrtnosti populácie nezahŕňajú Lisabon a Dánsko. Pozri EMCDDA (2002b).

príčinám, iným ako predávkovanie, ako sú samovražda a násilie (holandské národné správy za rok 2004 a 2005 z Mestskej amsterdamskej zdravotnej služby). Životné podmienky užívateľov drog (napríklad bezdomovstvo, duševná choroba, násilie, slabá výživa) tiež môžu podstatne prispievať k vysokej úmrtnosti v tejto skupine.

Okrem toho, v roku 2002 AIDS súvisiaci s intravenóznym užívaním drog predstavoval 1 528 úmrtí⁽¹⁹⁷⁾, hoci toto je pravdepodobne nízky odhad. Iné príčiny úmrtí súvisiacich s drogami, ako sú choroby (napr. hepatitída), násilie a nehody sa ťažšie hodnotia, ale je pravdepodobné, že predstavujú dôležitý počet úmrtí. Odhaduje sa, že 10 – 20 % úmrtí medzi mladými dospelými v európskych mestách sa môže pripísať užívaniu opiátov (pozri vyššie). K tomuto by sa mala pripočítať úmrtnosť súvisiaca s inými formami užívania drog, hoci táto sa veľmi ťažko kvantifikuje.

Úmrtia súvisiace s drogami

Úmrtie súvisiace s drogami je zložitý pojem. V niektorých správach sa vzťahuje iba na úmrtia spôsobené priamo pôsobením psychoaktívnych látok, kým v iných prípadoch zahŕňa aj úmrtia, pri ktorých užívanie drog hralo nepriamu alebo podružnú úlohu (dopravné nehody, násilie, infekčné choroby). Nedávna správa, ktorá analyzovala typy škôd spôsobených nezákonným užívaním drog v Spojenom kráľovstve, odhadla, že úmrtie súvisiace s drogami bolo hlavnou škodou spôsobenou užívaním drog (MacDonald a kol., 2005).

V tejto časti a v protokole EMCDDA sa výraz „úmrtia súvisiace s drogami“ vzťahuje na tie úmrtia, ktoré boli spôsobené priamo užívaním jednej alebo viacerých drog a ktoré vo všeobecnosti nastali krátko po užití látky (látok). Iné výrazy používané na opis takýchto úmrtí zahŕňajú „predávkovanie“, „otravy“, „úmrtia vyvolané drogami“ alebo „akútne úmrtia súvisiace s drogami“⁽¹⁹⁸⁾.

Medzi rokmi 1990 a 2003 krajiny EÚ uvádzali od 6 500 do viac ako 9 000 úmrtí každý rok, čo celkom predstavuje viac ako 1 13 000 úmrtí počas tohto obdobia. Tieto údaje sa môžu považovať za minimálny odhad kvôli pravdepodobnému nízkemu uvádzaniu v mnohých krajinách⁽¹⁹⁹⁾.

Miery úmrtnosti obyvateľstva kvôli úmrtiam súvisiacich s drogami sa medzi európskymi krajinami veľmi líšia, keď sa pohybujú od 0,2 po viac ako 50 úmrtí na milión obyvateľov (priemer 13). Vo väčšine krajín tento údaj leží v rozpätí 7 – 30 úmrtí na milión obyvateľov, pričom miery nad 25 sa zistili v Dánsku, Estónsku, Luxembursku, Fínsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku. Medzi mužmi vo veku 15 – 39 rokov sú miery úmrtnosti obvykle trikrát vyššie (v priemere 40 úmrtí na milión obyvateľov), pričom sedem krajín uviedlo 80 úmrtí na milión obyvateľov. V rokoch 2003 – 2004 predstavovali úmrtia súvisiace s drogami 3 % všetkých úmrtí medzi Európanmi vo veku 15 – 39 rokov a viac ako 7 % v Dánsku, Grécku, Luxembursku, na Malte, v Rakúsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku. Tieto údaje by sa mali považovať za minimálne odhady a malo by sa brať do úvahy, že napriek zlepšeniam stále ešte existujú rozdiely v kvalite poskytovania správ medzi krajinami, takže priame porovnania by sa mali robiť s opatrnosťou⁽²⁰⁰⁾.

Úmrtia súvisiace s opiátmi

Opiáty sú prítomné vo väčšine prípadov „akútnych úmrtí súvisiacich s drogami“ spôsobenými nezákonnými látkami, ktoré sa uvádzajú v EÚ, hoci v mnohých prípadoch sa počas toxikologického skúmania identifikujú aj iné látky, najmä alkohol, benzodiazepíny a v niektorých krajinách kokaín. V Európe sa väčšina prípadov úmrtí súvisiacich s opiátmi vzťahuje na heroín, ale aj iné opiáty tu hrajú úlohu (pozri nižšie)⁽²⁰¹⁾.

Predávkovanie opiátmi je jednou z hlavných príčin úmrtia medzi mladými ľuďmi v Európe, najmä medzi mužmi v mestských oblastiach. V súčasnosti je predávkovanie aj hlavnou príčinou úmrtia medzi užívateľmi opiátov v EÚ ako celku, najmä v krajinách s nízkou prevalenciou HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (pozri „Úmrtnosť medzi problémovými užívateľmi drog“, s. 80).

Väčšina užívateľov drog, ktorí sa predávajú, sú muži⁽²⁰²⁾, ktorí predstavujú 65 – 100 % prípadov a vo väčšine krajín sa podiel pohybuje medzi 75 % a 90 % s najvyšším podielom žien v Českej republike, Poľsku a vo Fínsku a s najnižším podielom v Grécku, Taliansku a na Cypre. Tieto zistenia sa musia interpretovať v kontexte rozdielnych mier užívania a injekčného užívania opiátov medzi mužmi a ženami.

⁽¹⁹⁷⁾ Pozri EuroHIV (2005). Údaj sa vzťahuje na západné a stredné oblasti WHO Europe, ktoré zahŕňajú niektoré krajiny mimo EÚ a celkové úmrtia pre Estónsko, Lotyšsko a Litvu (východná oblasť).

⁽¹⁹⁸⁾ Toto je spoločná definícia dohodnutá skupinou národných expertov EMCDDA. V súčasnosti je väčšina národných definícií prípadov rovnaká ako definícia EMCDDA alebo veľmi podobná, hoci niektoré krajiny stále zahŕňajú prípady spôsobené psychoaktívnymi liekmi alebo úmrtiami, ktoré nesúvisia s predávkovaním, všeobecne ako obmedzený podiel (pozri metodickú poznámku štatistickej ročenky 2006 „Prehľad úmrtí súvisiacich s drogami: definície a metodické otázky“. Časť 1: Definícia EMCDDA a časť 2: Národné definície a „Štandardný protokol DRD, verzia 3.0“).

⁽¹⁹⁹⁾ Pozri tabuľky DRD-2 (časť i), DRD-3, DRD-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Pozri tabuľku DRD-1 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰¹⁾ Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰²⁾ Keďže väčšina prípadov uvádzaná EMCDDA sú predávkovania opiátmi, na opis opiátových prípadov sa používajú všeobecné charakteristiky akútnych úmrtí súvisiacich s drogami.

Väčšina obetí predávkovania je vo veku medzi 20 a 40 rokmi, pričom priemerný vek vo väčšine krajín je uprostred tridsiatky (pohybuje sa však od 20 do 44 rokov). Priemerný vek obetí predávkovania je najnižší v Estónsku, Slovinsku, Bulharsku a Rumunsku a najvyšší v Českej republike, Holandsku, Poľsku a Fínsku. Medzi ľuďmi vo veku pod 15 rokov sa uvádza veľmi málo úmrtí súvisiacich s predávkovaním (17 prípadov z celkového počtu 7 516 úmrtí na základe najnovších údajov, ktoré sú dostupné pre každú krajinu), hoci úmrtia súvisiace s drogami v tejto vekovej skupine by mohli byť podhodnotené. Údaje EMCDDA zahŕňajú niekoľko úmrtí osôb nad 65 rokov, pričom iba sedem krajín uvádza, že viac ako 5 % prípadov spadá do tejto vekovej skupiny ⁽²⁰³⁾.

Vo viacerých nových členských štátoch a kandidátskych krajinách je priemerný vek pri úmrtí pomerne nízky (Estónsko, Cyprus, Lotyšsko, Slovensko, Bulharsko a Rumunsko) a existuje vysoký podiel prípadov predávkovania u osôb mladších ako 25 rokov, čo môže signalizovať mladšiu populáciu užívajúcu heroín v týchto krajinách. Vysoký priemerný vek v Českej republike súvisí so zahrnutím mnohých úmrtí kvôli psychoaktívnym liekom (obrázok 12).

V mnohých členských štátoch sa vek obetí predávkovania zvyšuje, čo naznačuje zníženie začatia užívania heroínu medzi mladými ľuďmi. Tento trend je bežný v členských štátoch EÚ-15 a pozoruje sa od začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia, hoci vo Švédsku a v Spojenom kráľovstve je menej výrazný. V nových členských štátoch je trend menej jasný a v mnohých prípadoch sa dokonca pozoruje pokles priemerného veku ⁽²⁰⁴⁾.

Úmrtia súvisiace s metadónom

Viacero krajín uvádzalo prítomnosť metadónu v podstatnej miere pri úmrtiach súvisiacich s drogami vo svojich správach siete Reitox za rok 2005. Použitá terminológia sa líši medzi krajinami a v niektorých prípadoch je ťažké stanoviť, akú úlohu hral metadón pri úmrtí.

Dánsko uviedlo, že metadón bol príčinou otravy (samotný alebo v kombinácii) v 44 % úmrtí (95 z 214 v roku 2004), čo je podobný podiel ako v roku 2003, ale s jasným zvýšením od roku 1997; Nemecko uviedlo, že 345 prípadov bolo pripísaných „substitučným látkam“ (46 samotným a 299 s ďalšími omamnými látkami v roku 2004) s jednoznačným poklesom od roku 2002; Spojené kráľovstvo uviedlo 216 prípadov so „zmienkou“

o metadóne (Anglicko a Wales v roku 2003), tiež s jednoznačným poklesom od roku 2002. Španielsko uviedlo, že bolo málo prípadov predávkovania, ktoré zahŕňali samotný metadón (2 %), ale metadón bol často prítomný v kombinácii pri úmrtiach súvisiacich s opiátmi (42 %) a úmrtiach súvisiacimi s kokaínom (20 %). Iné krajiny neuviedli úmrtia súvisiace s metadónom alebo uvádzané počty boli veľmi malé. Nie je jasné, ktoré faktory spôsobujú tieto rozdiely a či niektoré krajiny neposkytli v týchto prípadoch príliš nízke údaje ⁽²⁰⁵⁾.

Hoci výskum ukázal, že substitučná liečba znižuje riziko smrteľného predávkovania, je dôležité sledovať počet úmrtí súvisiacich s metadónom a okolnosti, ktoré sprevádzajú úmrtie (zdroj látky, či bola užitá v kombinácii s inými látkami, moment v procese liečby, kedy nastala intoxikácia) ako súčasť monitorovania zabezpečenia kvality pre substitučné programy.

Úmrtia súvisiace s buprenorfinom a fentanylom

Zdá sa, že úmrtia kvôli otrave buprenorfinom sú zriedkavé, čo je skutočnosť, ktorá sa pripisuje agonisticko-antagonistickým farmakologickým charakteristikám tejto drogy. Európske krajiny však uvádzali nejaké úmrtia.

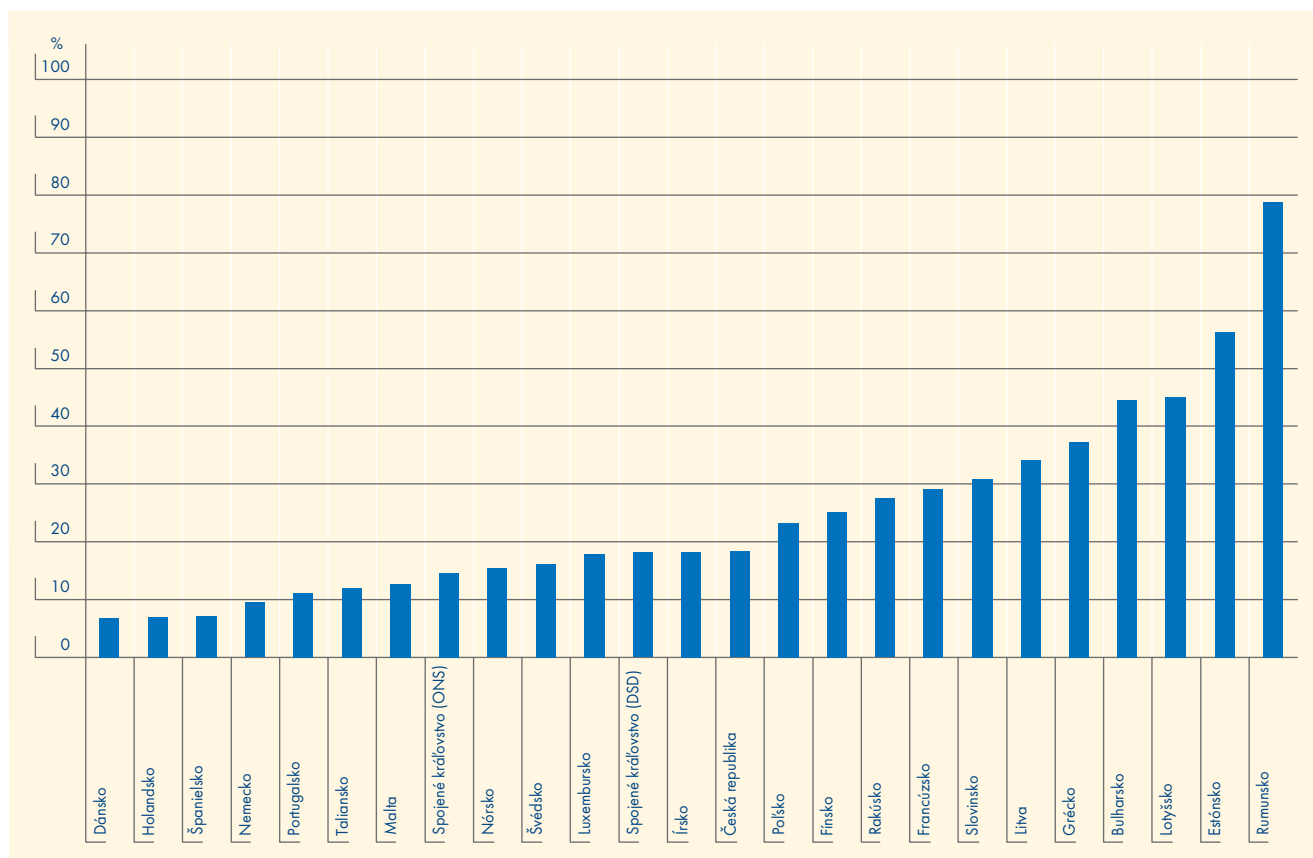
V národných správach za rok 2005 iba Francúzsko a Fínsko zaznamenali úmrtia súvisiace s touto látkou. Vo Fínsku sa v roku 2004 buprenorfin zistil pri 73 úmrtiach súvisiacich s drogami, čo je rovnaký počet ako v roku 2003 a vo všeobecnosti bol kombinovaný z benzodiazepínmi, sedatívami alebo alkoholom. Tieto vysoké údaje sú v zhode s nárastom liečby buprenorfinom vo Fínsku, hoci počty liečených sú oveľa nižšie, ako je odhadovaných 70 000 až 85 000 ľudí, ktorí dostávali buprenorfin vo Francúzsku. Preto je zaujímavé, že vo Francúzsku sa v roku 2004 uvádzali iba štyri prípady predávkovania buprenorfinom (v porovnaní s ôsmimi prípadmi v roku 2003). Aj keď sa vezme do úvahy možné nízke uvádzanie počtu otráv vo Francúzsku, veľkosť rozdielov je prekvapujúca. Okrem Francúzska a Fínska uviedli tri ďalšie krajiny prípady (iba dva alebo tri v každej z nich) úmrtia súvisiaceho s buprenorfinom, ale bez dôkazov, že táto látka bola hlavnou príčinou.

V predchádzajúcich rokoch boli uvádzané úmrtia kvôli fentanyl v krajinách okolo Baltického mora, ale žiadne takéto správy neboli zahrnuté do národných správ za rok 2005.

⁽²⁰³⁾ Pozri tabuľku DRD-1 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Pozri obrázky DRD-3 a DRD-4 v štatistickej ročenke 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Prebiehajúci pokus EMCDDA v teréne sa snaží zlepšiť kvalitu informácií poskytovaných o látkach zapletených do úmrtí súvisiacich s drogami vrátane substitučných látok.

Obrázok 12: Podiel akútnych úmrtí súvisiacich s drogami, ktoré sa vyskytli vo veku pod 25 rokov v roku 2002

Poznámka: ONS, Národné štatistické úrady, DSD, definícia protidrogovej stratégie

Rok 2002 sa zobral ako referenčný rok, pretože je to rok, za ktorý sú k dispozícii informácie pre väčšinu krajín.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté z národných registrov úmrtnosti alebo špeciálnych registrov (súdnych alebo policajných). Na základe „národnej definície“ ako je uvedená v metodologickej poznámke o úmrtiach súvisiacich s drogami v štatistickej ročenke 2006.

Trendy v akútnych úmrtiach súvisiacich s drogami

Národné trendy v úmrtiach súvisiacich s drogami môžu poskytnúť určitý hlboký pohľad na vývoj foriem problematickeho užívania drog v každej krajine, napríklad heroínové epidémie a vysoko rizikové správanie (napr. injekčné užívanie drog), ako aj na poskytovanie liečby a dokonca rozdiely v dostupnosti heroínu. Môžu tiež, samozrejme, odrážať úspech politik lekárskych pohotovostných služieb pri prevencii smrteľných predávkovaní ⁽²⁰⁶⁾.

Údaje, ktoré sú k dispozícii z EÚ, odhaľujú niektoré všeobecné trendy v úmrtiach súvisiacich s drogami. Medzi členskými štátmi EÚ-15 existoval očividný strmý nárast počas osemdesiatych a začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia, ktorý sa možno zhodoval s rozšírením užívania a injekčného užívania drog. Počet úmrtí súvisiacich s drogami sa naďalej zvyšoval medzi rokmi 1999 a 2000 (obrázok 13). Celkový ročný počet úmrtí súvisiacich s drogami v tých členských štátoch, ktoré poskytli informácie

(väčšina členských štátov, starých a nových), sa zvýšil o 14 % z 8 054 v roku 1995 na 9 392 v roku 2000.

Od roku 2000 mnoho krajín EÚ uvádzalo zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami, čo možno súviselo so zvýšením dostupnosti liečby a iniciatívami na znižovanie škôd súvisiacich s užívaním drog, hoci pokles v prevalencii užívania drog mohol byť tiež dôležitý. Na európskej úrovni poklesol počet úmrtí súvisiacich s drogami o 6 % v roku 2001, o 13 % v roku 2002 a o 7 % v roku 2003. Napriek týmto zlepšeniam sa v roku 2003 ešte stále uvádzalo takmer 7 000 úmrtí súvisiacich s drogami (údaje z Belgicka, Španielska a Írska chýbajú). Avšak v krajinách, ktoré poskytli údaje v roku 2004 (19), došlo k malému nárastu o 3 %. Hoci závery týkajúce sa roku 2004 by sa mali robiť s opatrnosťou, v 13 z 19 poskytnutých informácií sa uviedlo zvýšenie o určitý stupeň.

Existuje výrazná odchýlka medzi trendmi v starých a nových členských štátoch v počte úmrtí medzi ľuďmi mladšími ako 25 rokov. Medzi členskými štátmi EÚ-15 dochádzalo

⁽²⁰⁶⁾ Pozri obrázok DRD-7 v štatistickej ročenke 2006.

k stabilnému poklesu od roku 1996, čo naznačovalo pokles v počte mladých injekčných užívateľov opiátov, kým v nových členských štátoch sa pozoroval strmý nárast až do obdobia 2000 – 2002, pričom očividný pokles sa začal až v roku 2003 ⁽²⁰⁷⁾.

Rodové rozdiely sú tiež pozorovateľné. Počet úmrtí u mužov progresívne narastal od roku 1990 až do roku 2000, po ktorom nasledoval jasný pokles (30 % pokles do roku 2003), zatiaľ čo počet uvádzaných úmrtí u žien zostal medzi rokom 1990 a rokom 2000 zhruba stabilný, pričom osciloval medzi 1 700 a 2 000 za rok a odvtedy poklesol iba o 15 %. Toto by mohlo byť spôsobené viacerými faktormi vrátane odlišnej účinnosti zásahov alebo rozdielov v rizikových faktoroch medzi pohlaviami ⁽²⁰⁸⁾.

V krajinách s dlhšími radmi údajov sa môžu zistiť odlišné spôsoby úmrtí súvisiacich s drogami. V niektorých krajinách dosahovali úmrtia súvisiace s drogami vrchol začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia a následne poklesli, napríklad v Nemecku, kde úmrtia súvisiace s drogami dosahovali vrchol v rokoch 1991 – 1992, Španielsku (1991), vo Francúzsku (1994) a v Taliansku (1991).

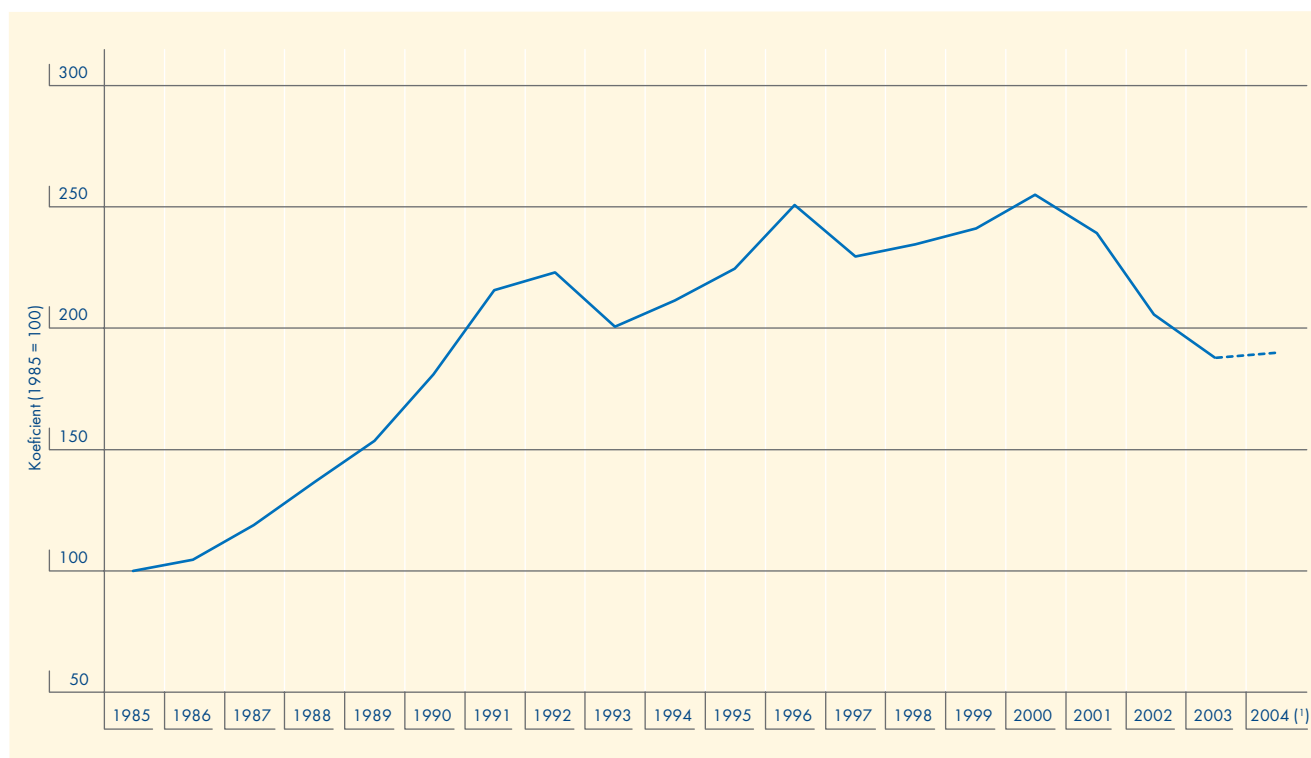
V iných krajinách, napríklad v Grécku, Írsku, Portugalsku, vo Fínsku, Švédsku a v Nórsku dosahovali úmrtia súvisiace s drogami vrchol neskôr, medzi rokom 1998 a rokom 2001, a opäť následne poklesli. V iných krajinách bola forma nejasnejšia a počty boli stabilné. Hoci by sa mali interpretácie robiť opatrne, kvôli relatívne nízkym počtom úmrtí súvisiacich s drogami v niektorých krajinách, tieto formy by mohli súvisieť s trendmi v injekčnom užívaní heroínu ⁽²⁰⁹⁾.

Úmrtia súvisiace s extázou a amfetamínmi

Úmrtia súvisiace s extázou sa začali uvádzať v Európe počas deväťdesiatych rokov minulého storočia, keď sa táto droga stala populárnou. Úmrtia súvisiace s extázou vyvolávajú značné obavy, pretože sa často vyskytujú neočakávane medzi sociálne integrovanými mladými ľuďmi.

Informácie o úmrtiach súvisiacich s extázou sú obmedzené, ale údaje z národných správ siete Reitox za rok 2005 naznačujú, že úmrtia kvôli extáze zostávajú pomerne neobvyklé v porovnaní s úmrtiami súvisiacimi s opiátmi, hoci v niektorých krajinách ich počet nie je zanedbateľný. V Európe ako celku existovali odkazy na 77 úmrtí, ktoré by sa mali považovať za

Obrázok 13: Dlhodobý trend v akútnych úmrtiach súvisiacich s drogami, 1985 – 2004



(¹) Desaf krajín poskytlo informácie za rok 2004 a šesť krajín neposkytlo informácie. Preto je údaj za rok 2004 predbežný, založený na porovnaní údajov za rok 2003 a rok 2004 iba pre tie krajiny, ktoré poskytli údaje za oba roky.

Poznámka: Nové členské štáty a kandidátske krajiny nie sú zahrnuté do tohto údaju kvôli chýbaniu retrospektívnych údajov vo väčšine prípadov. Počty úmrtí v každej krajine a poznámky o metodike si pozrite v tabuľke DRD-2 v štatistickej ročenke 2006.

Zdroje: Národné správy Reitox (2005), prevzaté zo všeobecných registrov úmrtnosti alebo špeciálnych registrov (súdnych alebo policajných).

(²⁰⁷) Pozri obrázok DRD-5 v štatistickej ročenke 2006.

(²⁰⁸) Pozri obrázok DRD-6 v štatistickej ročenke 2006.

(²⁰⁹) Pozri obrázok DRD-7 v štatistickej ročenke 2006.

minimálny odhad ⁽²¹⁰⁾. Prípady boli uvádzané z Dánska (2), Nemecka (20), Francúzska (4), Maďarska (3) a Spojeného kráľovstva (48 prípadov so „zmienkami“ – 33 v Anglicku a Walese), kde je pravdepodobne poskytovanie správ lepšie ako v iných krajinách. V Španielsku bola extáza prítomná v 2,5 % otráv drogami.

Často sa kladie otázka rizika užívania extázy. Majúc na pamäti hranicu chyby v odhadoch prevalencie založených na prieskumoch a ťažkosti pri uvádzaní úmrtí súvisiacich s drogami, delenie počtu pozorovaných úmrtí počtom užívateľov za rok ⁽²¹¹⁾ (potenciálne ohrození ľudia) poskytuje miery 5 – 8 prípadov a 2 – 5 prípadov na 100 000 užívateľov v dvoch krajinách, pre ktoré sa mohol urobiť tento výpočet.

Úmrtia súvisiace s amfetamínmi sa tiež uvádzajú zriedkavo, hoci v Českej republike bolo v roku 2004 pervitínu (metamfetamínu) pripísaných 16 úmrtí, takmer dvojnásobok údaju z roku 2003, čo koreluje s nárastom odhadovaného počtu problémových užívateľov pervitínu a dopytu po liečbe. Úmrtia súvisiace s GHB si pozrite v kapitole 4.

Úmrtia súvisiace s kokaínom

Existuje narastajúca obava zo zdravotných rizík užívania kokaínu po náraste rekreačného užívania, ktoré sa pozorovalo v niektorých krajinách medzi mladými ľuďmi, medzi ľuďmi liečenými kvôli závislosti na drogách a medzi marginalizovanými populáciami.

Užívanie kokaínu je časté medzi užívateľmi opiátov a kokaín sa bežne nachádza pri toxikologických analýzach predávkovania opiátmi, ako aj inými látkami, napríklad alkoholom a benzodiazepínmi. Kokaín sa bežne užíva spolu s alkoholom, čo je kombinácia, ktorá môže viesť k zvýšenej toxicite.

Súčasná štatistika, ktoré sú dostupné v Európe, sú obmedzené a rozdiely v kritériách používaných na identifikovanie prípadov súvisiacich s kokaínom znamenajú, že údaje nie sú porovnateľné; okrem toho niektoré úmrtia súvisiace s kokaínom sa nemusia rozpoznať alebo sa neuvádzajú, čo vedie k nízkemu uvádzaniu. Údaje, ktoré naozaj existujú, naznačujú, že mnohé úmrtia, ktoré súvisia s kokaínom, súvisia aj s opiátmi.

V krajinách, ktoré poskytli údaje, národné správy za rok 2005 identifikovali viac ako 400 úmrtí súvisiacich s kokaínom; toto je minimálny odhad. Zdá sa, že vo väčšine týchto prípadov kokaín hral kauzálnu úlohu, hoci toto nie je vždy zo správ úplne jasné. Deväť krajín neuviedlo výslovnú existenciu alebo absenciu úmrtí súvisiacich s kokaínom. Kokaín zodpovedal za 0 – 20 % uvádzaných akútnych úmrtí

súvisiacich s drogami, čo predstavuje 10 % až 20 % takýchto úmrtí v Nemecku, Španielsku, vo Francúzsku, v Holandsku a Spojenom kráľovstve. Úmrtia, pri ktorých hral kokaín kauzálnu úlohu (samotný alebo v kombinácii), uvádzalo Nemecko (166), Španielsko (53), Francúzsko (14), Holandsko (20), a Spojené kráľovstvo (142 „zmienok“ – 133 v Anglicku a Walese). Deväť ďalších krajín uviedlo od nuly do dvoch prípadov. Okrem toho v niektorých krajinách sa kokaín bežne nachádza pri analýzach predávkovania opiátmi. Z obmedzených údajov, ktoré sú k dispozícii, je ťažké s istotou identifikovať trendy, zdá sa však, že narastajúci trend existuje vo všetkých krajinách s väčším počtom prípadov, t. j. v Nemecku, v Španielsku, vo Francúzsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve, hoci v posledných dvoch rokoch sa nárast v Holandsku zastavil.

Okrem toho kokaín môže prispievať k úmrtiam kvôli kardiovaskulárnym problémom (arytmie, infarkty myokardu, krvácania do mozgu), najmä u užívateľov s náchylnosťou alebo rizikovými faktormi (tabak, hypertenzia, angiomy) alebo s vyšším vekom. Mnohé z týchto prípadov môžu v súčasnosti zostať nepovšimnuté kvôli chýbaniu povedomia. V tejto oblasti je potrebný ďalší výskum.

Znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami

Účinné reakcie

Dosiahnutie neliečených populácií užívateľov drog a vytvorenie spojení pre komunikáciu je predpokladom pre vzdelávanie v oblasti rizík a riadenie rizík a pre sprostredkovanie prístupu k službám vrátane liečby.

Výskum okolností predávkovania podporil vývoj zásahov, ktoré sa zameriavajú na vysoko rizikové situácie alebo vysoko rizikových jednotlivcov. Takéto opatrenia môžu dosiahnuť dôležité zníženie počtu úmrtí pripísateľných okamžitým účinkom užívania drog. Úloha rôznych zásahov pri znižovaní akútnych úmrtí súvisiacich s drogami a spôsobených predávkovaním bola zhrnutá v nedávnej inštruktáži EMCDDA o politike (EMCDDA, 2004d).

Keďže väčšina úmrtí v Európe súvisiacich s predávkovaním zahŕňa heroín, zvýšenie podielu užívateľov heroínu, ktorí sa liečia, sa môže považovať za opatrenie na prevenciu predávkovania. Za nedávny mierny obrat v trende úmrtí súvisiacich s predávkovaním v niektorých členských štátoch môže zodpovedať viacero faktorov. Tieto zahŕňajú zníženie prevalencie a miery injekčného užívania, zvýšenie preventívneho úsilia, zvýšenú dostupnosť a pochopenie a spoluúčasť na liečbe a možné zníženie rizikového správania.

⁽²¹⁰⁾ V závislosti od krajiny sa údaje pre extázu a kokaín vzťahujú na rok 2003 alebo na rok 2004.

⁽²¹¹⁾ Prieskumy užívania v posledných 12 mesiacoch medzi obyvateľstvom.

Profil reakcií

Vo väčšine krajín odborné stanovisko k použitiu rôznych intervenčných stratégií na zníženie úmrtí súvisiacich s predávkovaním drog považuje substitučnú liečbu závislosti od opiátov za najcennejší prístup⁽²¹²⁾. Hoci je v Maďarsku a vo Švédsku tento druh liečby dostupný, nepovažuje sa za prostriedok na znížovanie počtu úmrtí súvisiacich s drogami. V Estónsku a Poľsku nízka úroveň poskytovania substitučnej liečby znamená, že substitučná liečba metadónom sa bežne nepovažuje za hlavnú reakciu, aby sa znížil počet úmrtí súvisiacich s predávkovaním.

Informácie, vzdelávanie a oznamovanie reakcií orientovaných na IEC sú ďalšími dôležitými opatreniami vo väčšine európskych krajín. Šírenie posolstiev o povedomí rizík a pokynov na riadenie predávkovania pomocou špeciálne vypracovaných tlačných materiálov alebo iných médií (letákov, internetových stránok, kampaní v masmédiách) je bežné alebo prevláda v 19 krajinách. Avšak 7 krajín (Estónsko, Francúzsko, Írsko, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Fínsko) používa takéto opatrenia zriedkavo a jedna krajina (Švédsko) ich nepoužíva vôbec.

Podľa NFP prístup systematického integrovania hodnotenia individuálneho rizika do poradenstva a programov liečby a organizovania skupinových sedení pre vzdelávanie v oblasti rizík a odozvu pre užívateľov drog je menej bežný.

Široká kategória činností sa môže definovať ako „zásahy pred prepustením z väzenia“. Tieto siahajú od jednoduchého šírenia informácií, cez poradenstvo o rizikách predávkovania a prevenciu po iniciovanie alebo pokračovanie substitučnej liečby vo väzení. Avšak činnosti, ktoré spadajú do tohto spektra reakcií sa veľmi zriedkavo používali v 13 krajinách a vôbec sa nepoužívajú v ďalších 5 krajinách (v Lotyšsku, Maďarsku, Poľsku, Rumunsku a vo Švédsku). V Španielsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve patria zásahy vo väzení medzi prevládajúce prístupy na zníženie akútnych úmrtí súvisiacich s drogami.

Miestne podmienky rizika súvisiaceho s verejným injekčným užívaním viedli k otvoreniu zariadení na užívanie drog pod profesionálnym dozorom v štyroch krajinách EÚ a Nórsku⁽²¹³⁾. Ich cieľovými skupinami sú silno marginalizovaní pouliční injekční užívatelia drog náchylní na riziko (EMCDDA, 2004c).

⁽²¹²⁾ Výsledky založené na prieskume, ktorý sa vykonal prostredníctvom 27 NFP v roku 2004. Dokument si možno stiahnuť na: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

⁽²¹³⁾ Krajinami EÚ sú Nemecko, Španielsko, Luxembursko a Holandsko.



Kapitola 8

Zlepšovanie monitorovania problémového a viacnásobného užívania drog

Narkómia, závislosť od drog, zneužívanie drog, škodlivé užívanie, problémové užívanie: existuje množstvo pojmov súvisiacich s ukazovateľom problémového užívania drog EMCDDA, z ktorých každý má svoje vlastné jemné rozdiely v lekárskejších alebo sociálnych rozmeroch. Ukazovateľ problémového užívania drog EMCDDA (PDU) monitoruje „injekčné užívanie drog alebo dlhotrvajúce/pravidelné užívanie heroínu, kokaínu a/alebo amfetamínov“. Definícia konvenčne zahŕňa užívanie iných opiátov, napríklad metadónu.

Táto definícia PDU je čisto behaviorálna, založená na formách užívania drog a výslovne v žiadnom zmysle neposudzuje problémy. Napriek tomu je spojená s rôznymi pojmami závislosti chápaním, že ak sa niekto správa týmto spôsobom, veľmi pravdepodobne spadá do rámca všeobecného pojmu „problémového užívateľa“. V tomto ohľade je dôležité si všimnúť, že ukazovateľ PDU odhaduje iba dôležitú podskupinu tých, o ktorých je možné si myslieť, že majú v nejakej forme problém s drogami. Napriek tomu má tento prístup cenu: ako behaviorálne stanovený pojem má tieto klady:

- Umožnil, aby monitorovanie prebiehalo bez väzby na definície narkómie, závislosti, škodlivosti a samotného problému.
- Relatívne ľahko sa s ním pracuje vo výskumných štúdiách.
- Zoskupuje rôzne druhy drog a spôsoby podávania ako alternatívy bez toho, aby ich špeciálne rozlišoval.

Z historického hľadiska bol ukazovateľ monitorovania EMCDDA dieťaťom svojej doby – počas osemdesiatych rokov minulého storočia a vo veľkej miere v deväťdesiatych rokoch sa na užívanie heroínu a na injekčné užívanie drog pozeralo ako na kľúčové komponenty drogového problému, ktoré si vyžadujú odhad. Okrem toho tieto formy užívania drog by sa nemohli presvedčivo merať metódami prieskumov. Pridanie amfetamínov urobilo definíciu vhodnou pre niektoré škandinávске krajiny, kde bolo injekčné užívanie amfetamínov dôležité; a hoci sa zahrnul kokaín, v praxi bol zriedkavo významným komponentom v akýchkoľvek odhadoch. Zatiaľ čo ukazovateľ PDU nám ešte stále poskytuje užitočné okno do dôležitého prvku drogového problému,

je čoraz viac očividné, že potrebuje ďalší vývoj, aby splnil požiadavky na monitorovanie dnešnej heterogénnejšej európskej drogovéj situácie. Pozeráme sa na čoraz zložitejší obraz ohľadom chronických drogových problémov v Európe. Aby sa udržiavala jeho relevantnosť pre meniaci sa svet nezákonných drog, úloha monitorovania musí postupovať dopredu a čeliť výzvam na pokrytie širšieho spektra drog a podrobnejšie pokrytie ich užívania ako doteraz.

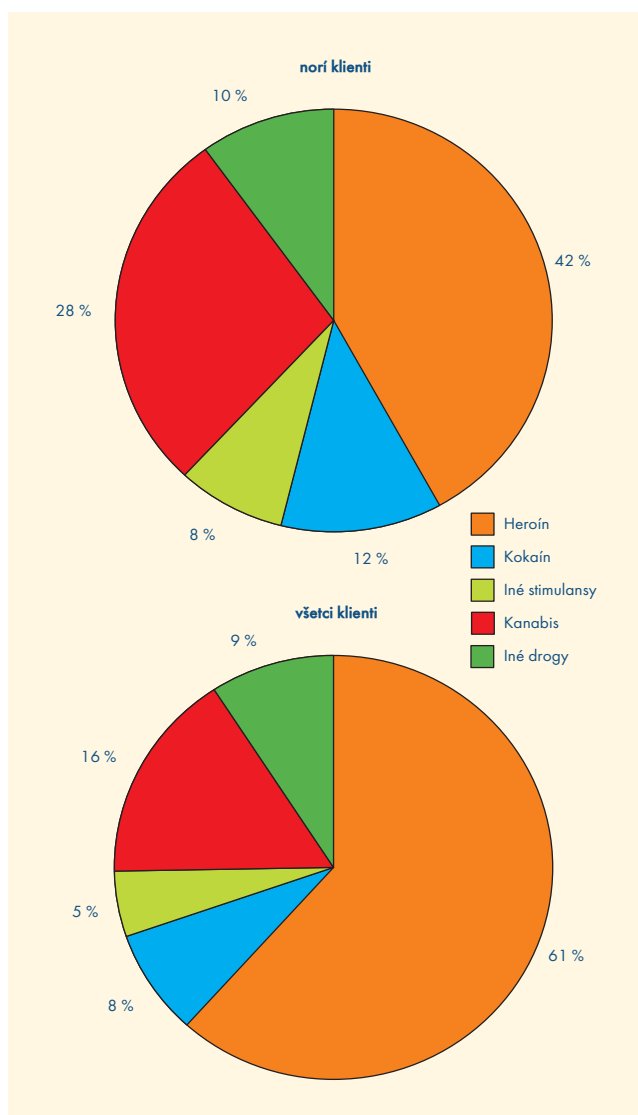
Rozšírenie EÚ zahrnulo väčšiu rozmanitosť sociálneho správania, pričom užívanie nezákonných drog nie je žiadnou výnimkou. Vývoj v rámci drogovéj kultúry, vzostup syntetických drog a nezákonne užívaných liekov, posun smerom ku kokaínu a všeobecne vysoká prevalencia užívania kanabisu museli byť potvrdené, aby sa pochopilo, čo predstavuje potreby tých, ktorí majú problémy súvisiace s užívaním drog. V predchádzajúcich častiach tejto správy si možno všimnúť, že hoci užívatelia heroínu ešte stále jasne prevládajú v dopytoch po službách liečenia súvisiaceho s drogami, obraz sa mení ohľadom tých, ktorí podstupujú liečbu po prvýkrát, u ktorých uvádzané problémy s kanabisom a stimulansmi narastajú (obrázok 14).

Na túto meniacu sa pozíciu musíme hľadieť oproti pozadiu veľmi sa rozširujúceho poskytovania liečby pre tých, ktorí majú problémy súvisiace s opiátmi, ako aj narastajúceho podávania správ o službách liečenia. Najmä substitučná liečba užívania opiátov, ktorá uzatvára ľudí do dlhodobej nepretržitej starostlivosti (všimnite si, že toto nie je ukázané na tých grafoch, ktoré ukazujú iba tých, ktorí sa podrobujú liečbe v bežnom roku), zdôrazňuje úlohu opiátov v súčasnom zaťažení liečbou v porovnaní s novými účastníkmi liečby. Napriek tomu v mnohých krajinách sa zdá, že tí, ktorí dnes vytvárajú v Európe drogový problém, budú pravdepodobne, prinajmenšom z hľadiska látok, ktoré užívajú, heterogénnejší, ako je z historického hľadiska dnešná skutočnosť.

Ukazovateľ PDU a počítanie skrytých populácií užívateľov drog

Súčasný prístup k PDU sa osvedčil ako mimoriadne cenný pri získavaní lepších odhadov o dôležitej skupine užívateľov drog, ktorí predstavujú hlavných odberateľov služieb liečenia súvisiaceho s drogami v Európe. Tento

Obrázok 14: Distribúcia „nových“ a „všetkých“ klientov požadujúcich liečbu podľa svojej primárnej drogy



Poznámka: Na základe údajov z Českej republiky, Dánska, Nemecka, Grécka, Talianska, Cypru, Maďarska, Malty, Holandska, Slovinska, Slovenska, Fínska, Švédska, Spojeného kráľovstva, Bulharska a Turecka.

Zdroje: Národné kontaktné miesta Reitox.

prístup slúžil na podnietenie vývoja viacerých metód a štatistických postupov na odhadovanie skutočnej veľkosti tejto z veľkej časti skrytej populácie. Vo všetkých týchto prístupoch meranie spočíva na myšlienke, že nejaké percento problémových užívateľov drog je „administratívne viditeľné“, pretože sú v kontakte s viacerými liečebnými, právnymi, pohotovostnými a sociálnymi službami a na základe tejto viditeľnej menšiny sa môže odhadnúť veľkosť populácie, ak je známe percento. Tieto druhy nepriamych štatistických metód dopĺňajú prieskum medzi populáciou, ktorý je kvôli viacerým metodickým a praktickým dôvodom menej vhodný na odhadovanie prevalencie užívania drog, ktoré má nízku prevalenciu, je stigmatizované a z veľkej časti skryté.

Z hľadiska súčasnej implementácie ukazovateľa PDU v Európe upravili krajiny definíciu tak, aby zahŕňala skutočnosti z ich miestnej situácie a stanovisko je preto heterogénne. Deväť krajín v podstate dodržiava definíciu EMCDDA tak, ako je, jedenásť krajín odhaduje iba počet užívateľov opiátov (alebo heroínu) a ďalšie štyri krajiny nevyklučujú problémových užívateľov kanabisu, hoci užívatelia kanabisu vo všeobecnosti tvoria iba veľmi malú časť ich odhadov (kritériá pre zahrnutie užívateľov kanabisu sú dosť prísne, pretože sa počíta iba závislé alebo veľmi intenzívne užívanie).

Rozšírenejšie užívanie kokaínu, kraku a stimulantov vo všeobecnosti spolu s prekrývaním sa drogových problémov s problémami súvisiacimi s alkoholom a predpisovanými liekmi znamená, že dokonca v rámci dôslednej implementácie ukazovateľa by mali teraz odhady zahŕňať viacero repertoárov brania drog než predtým s možnosťou rozmanitejších dôsledkov s problémov. Okrem monitorovania celkového rozsahu problémového užívania drog preto existuje potreba monitorovať osobitne odlišné správania, ktoré dopĺňajú ukazovateľ PDU, t. j. injekčné užívanie a každý druh drogy v rámci definície PDU. Toto môže byť zvlášť dôležité vo svetle dôkazov z niektorých krajín o narastajúcom užívaní kokaínu a o formách užívania amfetamínov a tiež môže umožňovať podrobné sledovanie trendov v užívaní opiátov. Ak sa všetky tieto správania uvádzajú len ako celok, existuje nepochybne možnosť na zamaskovanie dôležitého vývoja a stratu príležitosti na lepšie pochopenie trendov.

Vyššie sa v tejto správe po prvýkrát uviedol odhad užívania heroínu a injekčného užívania drog v Európe. Okrem toho sme zaznamenali zvýšenie dostupnosti liečby kvôli problémom s opiátmi s odhadmi viac ako pol milióna substitučných liečení užívania opiátov v Európe. To naznačuje, že podiel užívateľov heroínu a injekčných užívateľov drog, ktorí majú alebo mali kontakt s liečebnými službami, môže byť dosť veľký v mnohých krajinách. EMCDDA v súčasnosti skúma so svojimi národnými technickými skupinami, aká hodnota by sa mohla pridať zhrnutím informácií o dopyte po liečbe, dostupnosti liečby a o odhadoch užívania heroínu a injekčného užívania drog.

Posun za indikátor PDU

Ďalším krokom v rozvoji našej schopnosti lepšie chápať európsky drogový problém je preskúmanie rozsahu, v akom môže byť zahrnuté intenzívne užívanie drog do postupu monitorovania, mimo monitorovania PDU. Miera, v akej intenzívne užívanie drogy, nech je definované akokoľvek, súvisí so závislosťou a úrovňami a typmi problémov, si vyžaduje ďalšie rozpracovanie a napríklad Kandel a Davis (1992) odhadli, že v USA by sa približne jedna

tretina denných užívateľov kanabisu mohla považovať za závislých. V tejto oblasti si cesta dopredu vyžaduje formalizovanie pojmu častého, intenzívneho užívania kanabisu a iných nezákonných drog ako špecifického cieľa pre monitorovanie. Časté alebo intenzívne užívanie sa môže merať v údajoch prieskumu, aby sa doplnil jeho odhad prostredníctvom nepriamych štatistických metód. V súčasnosti poskytujú údaje prieskumu užitočný pohľad na formy užívania kanabisu, ale ide zväčša o obmedzené merania správania a frekvencie užívania. Údaje prieskumu by boli pravdepodobne dôležité, ak by sme vyvinuli solídne odhady počtu užívateľov drog ako je kanabis, ktorí by mohli byť opísaní ako závislí alebo škodliví užívatelia, prinajmenšom vlastným podávaním správ.

Tento posun, aby sa formálnejšie definovalo časté, intenzívne užívanie pre viacero drog, by pomohol aj vývoju výskumných nástrojov na hodnotenie úrovni problémov a závislosti súvisiacej s rôznymi úrovňami a formami užívania kanabisu. Viacero európskych krajín pracuje na vývoji metodických nástrojov na meranie intenzívneho užívania a úrovni závislosti a problémov a EMCDDA podporuje spoluprácu v tejto oblasti práce.

Komplikáciou pri identifikovaní intenzívneho užívania ako ukazovateľa tých, ktorým pravdepodobne najviac hrozí, že sa stanú závislými alebo že sa stretnú s problémami je, že predstava o tom, čo znamená intenzívne užívanie, je do určitej miery špecifická podľa drogy. Hoci problémové užívanie opiátov je prísne charakterizované dennými formami užívania, toto často neplatí u stimulansov. U týchto drog je bežnejšia horúčkovitá konzumácia, eskalácia užívania počas krátkych období a potom pokles, pričom užívatelia často prechádzajú na iné drogy alebo alkohol, aby zmiernili nepriaznivé dôsledky abstinencie. Farmakologické aj kontextové faktory môžu byť dôležité pri ovplyvňovaní foriem intenzívneho užívania drog, ale je jasné, že merania súvisiace so správaním pri intenzívnom užívaní budú musieť byť citlivé na rôzne formy užívania drog súvisiace s rôznymi druhmi drog.

Výzva na poskytovanie správ o problémoch užívania viacerých drog

Kvôli dobrým praktickým a metodickým dôvodom, väčšina správ o užívaní drog opisuje každú látku osobitne. Toto poskytuje pojmovú jasnosť potrebnú na uľahčenie poskytovania správ založených na dostupných meraniach súvisiacich so správaním, ale ignoruje skutočnosť, že individuálni užívatelia drog budú často konzumovať alebo konzumujú viacero nezákonných a zákonných látok a títo užívatelia sa môžu stretávať aj s problémami súvisiacimi s viac ako len jednou drogou. Môžu nahradiť jeden druh drogy iným alebo môžu zmeniť v priebehu času svoj

výber drog alebo ich môžu užívať doplnkovo. Tento druh zložitosti je mimoriadne náročný na systém monitorovania, dokonca aj keď sa analýza obmedzí na jednoduché merania súvisiace so správaním pri užívaní drog v rôznych časových obdobiach. Ak sa zahrnú pojmy problematického a závislého užívania, tieto zložitosti budú ďalej rásť a na európskej úrovni existuje veľmi málo solídnych údajov, aby umožnili informovanú analýzu. Napriek tomu je pravdepodobné, že niektoré krajiny majú veľkú populáciu chronických problémových užívateľov drog, ktorí sa ťažko klasifikujú podľa primárnej látky a ktorí sa môžu stretávať s problémami kvôli užívaniu zákonných aj nezákonných látok. Riešenie tohto problému si vyžaduje vytvorenie lepšieho chápania foriem užívania viacerých drog a jeho použitie na zlepšenie poskytovania správ na národnej a európskej úrovni.

Polysubstitúcia

V rámci všeobecného pojmu užívania viacerých drog sa musí uvažovať s viacerými špecifickými významami tohto výrazu. Na jednej extrémnej strane existuje užívanie viacerých látok intenzívnym a chaotickým spôsobom, súčasne alebo za sebou, v mnohých prípadoch každá droga nahrádza inú podľa dostupnosti. Napríklad toto je prípad problémových užívateľov, ktorí užívajú rôzne opiáty, ako aj liečivá, kokaín, amfetamíny a alkohol.

Zdá sa, že táto forma užívania existuje medzi niektorými chronickými užívateľmi, možno medzi marginalizovanými skupinami, možno medzi ľuďmi s psychiatrickými stavmi. V mnohých systémoch zaznamenávania v Európe budú tieto prípady pripísané opiátom.

Títo jednotlivci ako takí spadajú do definície a monitorovania problémových užívateľov drog. Existuje však ešte ďalšia otázka, či toto intenzívne, chaotické užívanie viacerých drog postačuje pre samotný subjekt – drogovo nešpecifická závislosť si preto vyžaduje ciele epidemiologické merania a liečbu, podporu alebo znižovanie škôd v obzvlášť ťažkej situácii. Za týchto okolností akékoľvek monitorovanie súčastí problémového užívania drog by malo zahŕňať užívanie viacerých drog ako jeden z týchto osobitne meraných komponentov.

Kombinácie drog

Existuje druhá skupina užívateľov, ktorí berú viacero látok systematickým spôsobom súčasne, očakávajú účinky farmakologickej kombinácie, napríklad speedballing – súčasné injekčné užívanie heroínu a kokaínu.

Druhá droga s funkčným alebo farmakologickým základným princípom nie je ohraničená na súčasné užívanie, ale sa môže používať následne, ako náhrada alebo ako doplnková droga. Napríklad benzodiazepín sa môže

používať na zníženie príznakov vyradenia, keď opiáty nie sú dostupné. V iných prípadoch sa druhá droga môže užívať pre jej kompenzačný farmakologický účinok: toto je prípad, keď omamný účinok opiátov je modifikovaný užívaním kokaínu alebo keď úzkostný účinok kokaínu alebo amfetamínov je utišený užívaním opiátov alebo iných sedatív.

Zvýšené riziká spôsobené užívaním viacerých drog

Zosilňujúci účinok jednej drogy na druhú je niekedy značný a tu je potrebné brať do úvahy zákonné drogy a lieky – napríklad alkohol, nikotín a antidepresíva – spolu s regulovanými psychoaktívnymi látkami. Úroveň rizika bude závisieť od úrovne dávkovania oboch látok. Existujú obavy súvisiace s viacerými farmakologickými dvojicami: alkohol a kokaín zvyšujú kardiovaskulárnu toxicitu, alkohol alebo sedatíva, keď sa berú s opiátmi, vedú k zvýšenému riziku predávkovania; opiáty alebo kokaín brané s extázou alebo amfetamínmi tiež vedú k dodatočnej akútnej toxicite.

Obmedzenia dostupných údajov o užívaní viacerých drog

Chýbanie dostupných údajov obmedzuje uvádzanie mnohých aspektov užívania viacerých drog. Údaje sú k dispozícii z toxikologických správ o predávkovaní drogami a vlastných správ od tých, ktorí sa zúčastňujú na službách liečenia. Hoci tieto zdroje umožňujú určité hĺbkové pohľady do užívania viacerých drog, dostupné informácie sú často obmedzené a je potrebné zvážiť reprezentatívnosť potrieb údajov.

Výsledky prieskumov naozaj ukazujú značné užívanie viac ako dvoch drog jednotlivcami v rovnakom časovom období. Údaje prieskumov však slabo informujú o niektorých formách užívania drog a dokonca keď údaje existujú, je potrebné vypracovať porovnateľné normy poskytovania správ. Príklad rozsahu údajov o užívaní viacerých drog, ktoré sú k dispozícii z prieskumov medzi obyvateľstvom, možno vidieť v nedávnej technickej správe EMCDDA (2005b). Ak vezmeme príklad údajov zo Španielska, obrázok 15 ukazuje, že užívanie jednej drogy vedie k zvýšenej tendencii, v porovnaní s tendenciou všeobecnej populácie, užívať ďalšiu drogu a že toto sa líši podľa uvažovanej drogy. Napríklad užívanie kokaínu je relatívne bežné medzi užívateľmi heroínu, ale užívanie iných drog je menej očividné pre užívateľov kokaínu.

Vypracovanie operatívnej definície užívania viacerých drog: otázka načasovania?

Je potrebné venovať pozornosť tomu, aké časové obdobia sú zvolené pre hodnotenie a podávanie správ o užívaní viacerých drog. Celoživotné miery prevalencie vo všeobecnosti pravdepodobne nebudú veľmi užitočné

alebo vhodné pre otázky verejného zdravia v porovnaní s meraniami nedávnejšieho užívania.

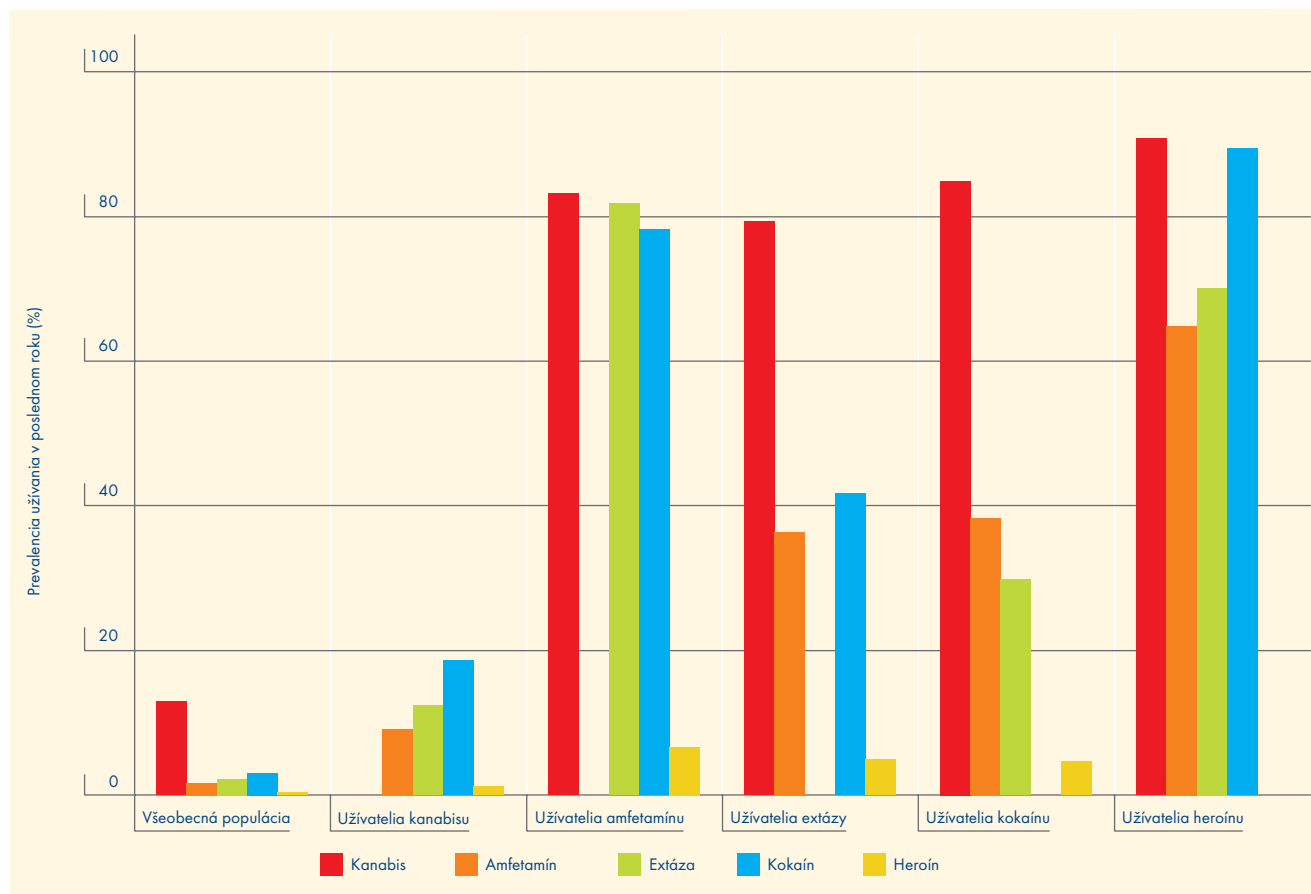
Užívanie viacerých drog by sa mohlo operatívne úspešne definovať ako časté užívanie viac ako jednej látky počas minimálnej špecifikovanej doby, napríklad 1 mesiac. Táto definícia nerozlišuje rôznych formy užívania opísané vyššie, ale poskytuje celkový obraz o tom, čo by mohlo byť vysoko rizikovou skupinou. Výnimkou na odmietnutie celoživotného užívania pri charakterizovaní správania súvisiaceho s užívaním viacerých drog je, keď sa zaoberáme veľmi mladými ľuďmi – žiakmi alebo študentmi – kedy celoživotné viacnásobné užívanie môže presnejšie odrážať terajšie užívanie. Dôkazy, napríklad z prieskumov ESPAD, naznačujú, že viac odchylných foriem užívania drog alebo foriem s nízkou prevalenciou medzi študentmi (extáza, amfetamín, halucinogénne látky, kokaín, heroín) sa zoskupuje medzi niekoľkými jednotlivcami.

Zlepšovanie monitorovania drogového problému v Európe a zlepšovanie citlivosti na užívanie viacerých drog

Lepšie chápanie charakteru a rozsahu európskeho drogového problému je jednou z kľúčových úloh EMCDDA. Užívanie drog je však komplikovanou otázkou, ktorá zahŕňa viacero správania, ktoré sú variabilne spojené s viacerými dôležitými problémami verejného zdravia a sociálnymi problémami. Užívateľia drog môžu zažívať problémy alebo môže u nich byť riziko problémov. Formy užívania drog siahajú od skúsenostných, epizodických a príležitostných po pravidelné, intenzívne a nekontrolovateľné. Užívateľia drog môžu byť klasifikovaní podľa klinických definícií ako tí, ktorí majú drogový problém alebo sú závislí a z hľadiska výskumu možno obe tieto kategórie spracovať na kontinuu. Aby sa táto komplikovanosť ešte zvýšila, užívateľia drog často konzumujú viacero látok a časom menia svoje spôsoby konzumácie. Žiadny jednoduchý nástroj na poskytovanie správ nemôže primerane zahrnúť túto komplikovanosť. V praxi je prístup s viacerými ukazovateľmi, ktorý prijalo EMCDDA, určený na objasnenie týchto rôznych aspektov drogového javu.

Ukazovateľ PDU, ktorý sa zameriava na konkrétny súbor správania, poskytuje cenný pohľad na niektoré z najškodlivejších a najdrahších foriem užívania drog. Ako taký je dôležitým komponentom pre pochopenie európskeho drogového problému ako celku. Teraz však existuje nepochybná potreba doplniť celkové odhady indikátora PDU s odhadmi komponentov špecifických pre danú látku, aby sa riešil čoraz heterogénnejší európsky drogový problém.

Obrázok 15: Užívanie drog v poslednom roku rôznymi skupinami užívateľov vo všeobecnej populácii vo veku 15 – 34 rokov



Poznámka: Údaje o Španielsku za rok 1999. Viac informácií sa nachádza v štatistickej ročenke 2006, pozri obrázok GPS-34.
Zdroj: EMCDDA (2005b).

Vzhľadom k tomu, že mnoho dostupných zdrojov údajov je založených na behaviorálnych správach o konzumácii drog, je potrebné na tomto základe vypracovať koncepciu častého alebo intenzívneho užívania. Toto rozšíri perspektívu pre monitorovanie drogových problémov mimo tých, ktoré sa bežne nachádzajú v ukazovateli PDU. Lokalizovanie informácií PDU spolu s týmto širším súborom informácií bude tiež predstavovať krok smerom k úsiliu EMCDDA zlepšiť jeho celkové chápanie rozsahu

a charakteru drogového problému v Európe. Súčasne je potrebné, aby pokračovala práca na vypracovaní noriem pre poskytovanie správ, ktoré umožnia, aby sa lepšie opísali formy užívania viacerých drog na európskej úrovni. Prvý krok v tomto smere zahŕňa vývoj prepracovanejšieho pojmového rámca pre nazeranie na rôzne druhy užívania viacerých drog – vrátane prijatia vhodných dočasných rámcov – a identifikovanie príslušných zdrojov údajov.





Literatúra

- Protidrogový výbor ACPO (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, Združenie policajných riaditeľov, 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), s. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. a kol. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, Národné spolupracujúce stredisko pre prevenciu 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, s. 11–22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. a kol. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Štatistická ročenka Ministerstva vnútra 04/05, Ministerstvo vnútra, Londýn (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- EMCDDA (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 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, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004d), 'Overdose: a major cause of avoidable death among young people', *Drugs in Focus* No. 13, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', záverečná správa, projekt CT.03.P1.200, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 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', záverečná správa, projekt CT.04.P2.329, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), 'Drugs 2006' (oznámenie pre EMCDDA zo 16. januára 2006, č. spisu 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, s. 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), s. 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 pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN) a Pempidouova skupina Rady Európy.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. a kol. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, s. 1043 – 52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- Kandel, D. a Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use', in: Glantz, M. a Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* s. 211 – 53. Americká psychologická asociácia. Washington.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. a Spoth, R. (1996), 'The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations', in: Peters, R. a McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency*:

prevention and early intervention approaches, Sage Publications, Newbury Park, Kalifornia.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. a kol. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Správa on-line Ministerstva vnútra, 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*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Úrad pre národnú štatistiku, 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, s. 219 – 28.

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, s. 147–55.

Národné správa siete 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), s. 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, s. 1 – 13.

Schäfer, C. a Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlín.

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, s. 340 – 9.

Shearer, J. a Gowing, L.R. (2004), 'Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research', *Drug and alcohol review* 23, s. 203 – 11.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, Úrad pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC a marocká vláda (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), s 196 – 8.

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 tlači).

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), s. 49 – 64.

WCO (2005), *Customs and drugs 2004*, Svetová colná organizácia, Brusel.

WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.

WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', stanovisko, Svetová zdravotnícka organizácia, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2006: Stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev

2006 — 96 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-261-6

PREDAJ A PREDPLATENIE PUBLIKÁCIÍ

Platené publikácie, ktoré vydáva Úrad pre publikácie, môžete dostať v našich predajných kanceláriách na celom svete.

Ako treba postupovať, aby ste získali niektorú z našich publikácií?

Zadovážte si zoznam našich predajných kancelárií, vyberte si kanceláriu, ktorá vám najviac vyhovuje a zašlite na jej adresu objednávku.

Ako si zadovážite zoznam predajných kancelárií?

Potrebnú informáciu nájdete na internetových stránkach Úradu pre publikácie
<http://publications.europa.eu/>

Zoznam si môžete objednať faxom na čísle (352) 2929-42758
a bude vám zaslaný v tlačenej verzii.

Čo je EMSDDZ

Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (EMSDDZ) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Stredisko, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMSDDZ zbiera, analyzuje a šíri objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie strediska sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a všeobecnú verejnosť.

Výročná správa EMSDDZ každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.