



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

WYPRONACHA
SPRAVA
2011



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

WYPRONAZAVAT S PRÁVIT 2011

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právna poznámka

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

Na internete je k dispozícii množstvo ďalších informácií o Európskej únii. Môžete k nim získať prístup prostredníctvom portálu Európa (<http://europa.eu>).

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

Bezplatné číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Niektorí operátori mobilných telefónov neumožňujú prístup na čísla 00 800, alebo tieto hovory spolatňujú.

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

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie, 2011.

ISBN 978-92-9168-484-7

doi:10.2810/47430

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2011

Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Luxembourg

VÝTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI.



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

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Obsah

Predslov	5
PodĎakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár: Komplexný pohľad – súčasný stav užívania drog v Európe	13
Kapitola 1: Politiky a právne predpisy	
Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ • Národné stratégie • Verejné výdavky • Vnútroštátne právne predpisy • Výskum	19
Kapitola 2: Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad	
Prevenca • Liečba • Sociálna reintegrácia • Znižovanie poškodení • Zabezpečenie kvality • Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami • Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach	28
Kapitola 3: Kanabis	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Liečba	42
Kapitola 4: Amfetamíny, extáza, halucinogénne látky, GHB a ketamín	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Intervencie v rekreačnom prostredí • Liečba	53
Kapitola 5: Kokaín a crack kokaín	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Zdravotné následky • Problémové užívanie a dopyt po liečbe • Liečba a znižovanie poškodení	65
Kapitola 6: Užívanie opioidov a injekčné užívanie drog	
Ponuka a dostupnosť • Problémové užívanie opioidov • Injekčné užívanie drog • Liečba	75
Kapitola 7: Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami	
Infekčné choroby • Reagovanie na infekčné choroby • Úmrtia a úmrtnosť • Znižovanie počtu úmrtí	85
Kapitola 8: Nové drogy a vznikajúce trendy	
Opatrenia v oblasti nových drog • Mefedrón • Iné látky • Nekontrolované psychoaktívne látky • Kontrola predaja nových drog	97
Literatúra	103



Predslov

V tomto roku si pripomíname 50. výročie podpísania Jednotného dohovoru OSN o omamných látkach, ktorý je základným kameňom medzinárodného systému kontroly drog. Pri predložení nášho každoročného hodnotenia stavu drogovej problematiky v Európe je ťažké nevedomiť si, akým výrazným vývojom prešiel tento fenomén za posledné polstoročie. Komplexné problémy s drogami, ktorým v súčasnosti v Európe čelíme, sú ovplyvňované mnohými faktormi a nie sú sociálne ani geograficky izolované. V našej správe sa uznáva táto skutočnosť, ako aj potreba zohľadniť širší kultúrny vývoj a celosvetové trendy, keďže oba tieto činitele môžu mať zásadný vplyv na spôsoby užívania drog a súvisiace poškodenia, s ktorými sa stretávame. Súčasnú hospodársku problémy v mnohých európskych krajinách sú súčasťou kontextu našej správy, pričom sú citelné už z hľadiska toho, že čoraz ťažšie sa nachádzajú zdroje na financovanie služieb. Pokroky v oblasti informačných technológií menia takmer všetky aspekty nášho moderného života a nie je teda prekvapujúce, že pozorujeme ich vplyv aj v oblasti drogovej problematiky. Vidieť to konkrétne nielen na spôsobe, akým sa drogy uvádzajú na trh a predávajú, ale aj v tom, že sa objavujú nové možnosti prevencie a liečby. Narastajúcu prepojenosť súčasného sveta čoraz častejšie využíva organizovaný zločin, pre ktorý sú drogy len jedným typom nelegálneho tovaru spomedzi mnohých. A tu je opäť dôležité globálne hľadisko, pretože dôsledky užívania drog v Európe nekončia na našich hraniciach. Ako jeden príklad za všetky možno uviesť ohrozenie výsledkov úsilia EÚ o podporu sociálneho rozvoja v susedných krajinách v dôsledku zmien v obchodných trasách s drogami, ktoré oslabujú rozvoj krehkých demokratických inštitúcií a živia korupčné praktiky.

Je dôležité si uvedomiť, že táto správa je výsledkom spolupráce a týmto vyslovujeme uznanie všetkým, ktorí prispeli k jej vzniku. Predovšetkým, táto správa mohla vzniknúť len vďaka usilovnej práci a zariadeniu našich partnerov v sieti národných kontaktných miest Reitox a expertov z celej Európy, ktorí prispeli k jej analýze. Za poskytnuté analýzy vďačíme tiež ďalším európskym a medzinárodným agentúram. Naša práca však nespočíva

len v zhromažďovaní informácií od iných. Našou úlohou je poskytovať vedecky spoľahlivú a nezávislú analýzu európskeho drogovej problematiky v Európe, a teda často musíme interpretovať neúplné údaje. Prístup centra EMCDDA k analýze je jednak obozretný, jednak vychádza z viacerých rôznych ukazovateľov. Závety vyvedené z jedného súboru údajov sa musia overiť na základe ďalších informačných zdrojov a my sa nijako netajíme svojím konzervatívnym postojom pri interpretácii málo kvalitných informácií. Znamená to, že kvalita, množstvo a porovnateľnosť dostupných informácií o drogovej situácii v Európe neustále rastie. Toto samé o sebe je skutočným úspechom a svedčí o prínose spolupráce a koordinovaných činností v rámci Európskej únie.

Na záver poznamenávame, že táto výročná správa by sa nemala čítať izolovane, ale ako súčasť nášho komplexného balíčka každoročne predkladaných informácií. Údaje, na ktorých sa naša analýza zakladá, a rozsiahle metodické poznámky sa uvádzajú v sprievodnej štatistickej ročenke. V publikáciách s užším tematickým zameraním súvisiacich s tohoročnou správou, sa tiež podrobnejšie skúmajú: náklady a financovanie protidrogovej liečby, usmernenia k poskytovaniu starostlivosti, trh s kanabisom a celková úmrtnosť, ktorú možno pripísať na vrub užívaniu drog. Informácie týkajúce sa jednotlivých krajín sú uvedené v podrobných národných správach a online prehľadoch o jednotlivých krajinách. Naše správy sú koncipované tak, aby boli prístupné pre bežného čitateľa, aby svojím strategickým zameraním slúžili tvorcom politik a aby boli dostatočne podrobné pre potreby výskumných pracovníkov, študentov a vedcov. Nech už je váš uhol pohľadu akýkoľvek, dúfame, že naša práca vám pomôže lepšie pochopiť drogovú situáciu v Európe. Toto je našim poslaním, okrem toho sme však presvedčení o tom, že takéto porozumenie je zásadným predpokladom pri vytváraní účinnej politiky a reakcií v oblasti boja s drogami.

João Goulão

predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest Reitox a ich pracovníkom;
- inštitúciám a odborníkom jednotlivých členských štátov, ktorí zozbierali vstupné údaje pre túto správu;
- členom správnej rady a vedeckému výboru EMCDDA;
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii;
- Európskemu centru pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC), Európskej agentúre pre lieky (EMA) a Europolu;
- Pompidouovej skupine Rady Európy, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Medzinárodnému úradu pre kontrolu omamných látok, Regionálnemu úradu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre Európu, Interpolu, Svetovej colnej organizácii, riaditeľstvu pre kontrolované látky a tabak Ministerstva zdravotníctva Kanady (Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health Canada), Správe služieb pre zneužívanie látok a duševné zdravie USA (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration), štúdiu o prístupe detí školského veku ku svojmu zdraviu, projektu ESPAD a Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN);
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie publikácií Európskej únie.

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.

Kontaktné informácie národných kontaktných miest sa nachádzajú na webovej stránke EMCDDA.



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré poskytli centru EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny Chorvátsko, Turecko a Nórsko. Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2009 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). V grafoch a tabuľkách v tejto správe môže byť niekedy zahrnutá podskupina štátov EÚ: výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie, alebo na účely zdôraznenia určitých trendov.

Analýza trendov je založená len na tých krajinách, ktoré poskytli dostatočné údaje na popis zmien za príslušné časové obdobie. Pri analýze trendov údajov o trhu s drogami môžu byť chýbajúce údaje za rok 2009 nahradené údajmi za rok 2008, pri analýze iných trendov chýbajúce údaje môžu byť interpolované.

Základné informácie a viaceré upozornenia, ktoré by sa mali pri čítaní výročnej správy zohľadniť, sa uvádzajú ďalej v texte.

Údaje o ponuke a dostupnosti drog

Systematické a bežné informácie charakterizujúce trhy a obchodovanie s nezákonnými drogami sú stále obmedzené. Odhady produkcie heroínu, kokaínu a kanabisu sa získavajú z odhadov pestovania založených na práci v teréne (získavanie vzoriek) a na leteckých a satelitných prieskumoch. Tieto odhady majú niekoľko dôležitých obmedzení súvisiacich napríklad s odchýlkami údajov o výnosoch alebo so zložitou monitorovaním plodín, ktoré sa môžu pestovať v interiéri, alebo sa neobmedzujú len na určité geografické oblasti, ako napríklad kanabis.

Záchyty drog sa často považujú za nepriamy ukazovateľ ponuky, obchodných trás a dostupnosti drog. Sú priamejším ukazovateľom činností spojených s presadzovaním práva v oblasti drog (napríklad priority, prostriedky a stratégie) a zároveň tiež odrážajú postupy podávania správ a zraniteľnosť priekupníkov. Na to, aby bolo možné porozumieť maloobchodným trhom s drogami, možno analyzovať aj údaje o čistote alebo sile a maloobchodných cenách nezákonných drog. Maloobchodné ceny drog oznámené EMCDDA vyjadrujú cenu pre užívateľa. Trendy cien sú upravené o vnútroštátnu infláciu v príslušnej krajine. Správy o čistote alebo účinnosti z väčšiny krajín sú založené na vzorke všetkých zachytených drog a vo všeobecnosti nie je možné dávať do súvislosti oznámené údaje s konkrétnou úrovňou trhu s drogami. Pokiaľ

Prístup k výročnej správe a zdrojom údajov, ktoré sú v nej uvedené, na internete

Výročná správa je k dispozícii na prevzatie v 22 jazykoch na webovej stránke EMCDDA. Elektronická verzia obsahuje odkazy na všetky online zdroje citované vo výročnej správe.

Tieto zdroje sú k dispozícii len na internete.

Štatistická ročenka 2011 obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a približne 100 ďalších štatistických grafov.

Národné správy kontaktných miest siete Reitox poskytujú podrobný opis a analýzu drogových problémov v každej krajine.

Prehľad podľa krajín poskytujú najlepší grafický súhrn hlavných aspektov drogového situácie každej krajiny.

ide o čistotu alebo účinnosť a maloobchodné ceny, analýzy sú založené na oznámených stredných alebo modálnych hodnotách alebo, ak nie sú k dispozícii, na mediáne. Dostupnosť údajov o cenách a čistote môže byť v niektorých krajinách obmedzená a môžu sa vyskytnúť pochybnosti, pokiaľ ide o spoľahlivosť a porovnateľnosť.

EMCDDA zhromažďuje vnútroštátne údaje o záchytoch drog, čistote a predajných cenách drog v Európe. Ďalšie údaje o ponuke drog pochádzajú väčšinou z informačných systémov a analýz Úradu OSN pre drogy a kriminalitu a analýz doplnených o ďalšie informácie od Europolu. Informácie o prekurzoroch drog sa získavajú z Európskej komisie, ktorá zhromažďuje informácie o záchytoch týchto látok v EÚ a z medzinárodnej rady INCB, ktorá sa podieľa na medzinárodných iniciatívach na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri výrobe nezákonných drog.

Keďže v mnohých častiach sveta ešte vždy chýbajú prepracované informačné systémy týkajúce sa ponuky drog, údaje a odhady predložené v tejto správe, aj keď predstavujú najlepšie dostupné približné hodnoty, sa musia interpretovať opatrne.

Prevalencia užívania drog podľa prieskumov v celkovej populácii

Užívanie drog v celkovej alebo školskej populácii možno merať prostredníctvom reprezentatívnych prieskumov, ktoré poskytujú odhady podielu osôb, ktoré uvádzajú, že užívali

konkrétne drogy počas definovaných období. Prieskumy poskytujú tiež užitočné kontextové informácie o formách užívania, sociálno-demografických charakteristikách užívateľov a vnímaní rizík a dostupnosti.

Centrum EMCDDA vypracovalo v úzkej spolupráci s odborníkmi z členských štátov súbor základných informácií na používanie v prieskumoch medzi dospelými („Európsky modelový dotazník“, EMQ). Tento protokol sa teraz uplatňuje vo väčšine členských štátov EÚ. Stále však ešte existujú rozdiely medzi krajinami v používanej metodike a roku zberu údajov, čo znamená, že malé rozdiely, najmä medzi krajinami, by sa mali interpretovať opatrne.

Vykonávanie prieskumov je nákladné a málo európskych krajín zhromažďuje informácie každý rok, aj keď mnohé ich zhromažďujú každé dva alebo štyri roky. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu v každej krajine, ktorý sa vo väčšine prípadov uskutočnil v období rokov 2006 až 2009. Údaje o prevalencii za Spojené kráľovstvo sa vzťahujú na Anglicko a Wales, pokiaľ nie je uvedené inak, aj keď sú dostupné samostatné údaje aj za Škótsko a Severné Írsko.

Z troch štandardných časových rámcov používaných na podávanie správ o údajoch z prieskumu je najrozšírenejšia celoživotná prevalencia (užívanie drogy v určitom úseku života jednotlivca). Táto miera neodráža aktuálnu situáciu v užívaní drog medzi dospelými, ale môže byť užitočná pre pochopenie foriem užívania a výskytu. V prípade dospelých sú štandardné vekové rozpätia EMCDDA 15 – 64 rokov (všetci dospelí) a 15 – 34 rokov (mladí dospelí). Ku krajinám, ktoré používajú inú hornú alebo dolnú vekovú hranicu patria: Dánsko (16), Nemecko (18), Maďarsko (18), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené kráľovstvo (16 – 59). Pozornosť sa sústreďuje na časový rámec užívania v minulom roku a minulom mesiaci (užívanie počas posledných 12 mesiacov alebo posledných 30 dní pred prieskumom, viac informácií sa uvádza na webovej stránke EMCDDA). Pokiaľ ide o školskú populáciu, celoživotná prevalencia a prevalencia užívania drog v minulom roku sú

často podobné, pretože užívanie nezákonných drog pred dosiahnutím veku 15 rokov je zriedkavé.

V európskom prieskume, ktorý sa uskutočňuje na školách a ktorý sa týka užívania alkoholu a iných drog (ESPAD) sa používajú štandardizované metódy a nástroje na meranie užívania drog a alkoholu v reprezentatívnych vzorkách študentov, ktorí v príslušnom kalendárnom roku dosiahnu vek 16 rokov. V roku 2007 sa zhromaždili údaje v 35 krajinách vrátane 25 členských štátov EÚ, Chorvátska a Nórska. Výsledky piateho kola, ktoré sa konalo v roku 2011 za účasti 23 z 27 členských štátov spolu s Chorvátskom a Nórskom, budú uverejnené v roku 2012.

Prieskum týkajúci sa prístupu detí školského veku ku svojmu zdraviu je kolektívnou štúdiou WHO, ktorá skúma zdravie detí a prístup detí ku svojmu zdraviu a od roku 2001 zahŕňa otázky o užívaní kanabisu medzi študentmi vo veku 15 rokov. Tretie kolo tohto prieskumu s otázkami o užívaní kanabisu sa uskutočnilo v rokoch 2009 – 2010 za účasti 23 z 27 členských štátov EÚ spolu s Chorvátskom a Nórskom.

Dopyt po liečbe

V správach o dopyte po liečbe sa pojem „noví klienti“ vzťahuje na osoby, ktoré vstúpili do liečby po prvýkrát vo svojom živote v príslušnom kalendárnom roku a pojem „všetci klienti“ označuje všetky osoby vstupujúce do liečby v príslušnom kalendárnom roku. Do týchto údajov nie sú zahrnutí klienti v nepretržitej liečbe na začiatku príslušného roka. Keď sa udáva pomer dopytu po liečbe pre primárnu drogu, menovateľom je počet prípadov, v prípade ktorých je primárna droga známa.

Intervencie

Informácie o dostupnosti a zabezpečovaní rôznych intervencií v Európe sa vo všeobecnosti zakladajú na informovanom posudku národných expertov a zhromažďujú sa prostredníctvom štruktúrovaných dotazníkov. Pre niektoré ukazovatele sú však dostupné aj kvantitatívne údaje z monitorovania.





Komentár

Komplexný pohľad – súčasný stav užívania drog v Európe

Drogová situácia v kontexte

Tohtoročná správa je v mnohých ohľadoch správou kontrastov. Na jednej strane sa zdá, že užívanie drog v Európe je pomerne stabilné. Úrovně prevalence užívania v porovnaní s historickými úrovňami sú celkove naďalej vysoké, avšak nerastú. A v niektorých dôležitých oblastiach, akou je napríklad užívanie kanabisu medzi mladými ľuďmi, sa objavujú pozitívne signály. Na druhej strane existujú znepokojujúce náznaky trendov na trhu so syntetickými drogami a všeobecnejšie znepokojenie vyvoláva skutočnosť, že v súčasnosti užívatelia drog užívajú širší súbor látok. Prevládajúcim spôsobom užívania drog v Európe sa stalo užívanie viacerých drog vrátane kombinácie nezákonných drog s alkoholom a niekedy s liekmi a nekontrolovanými látkami. Táto skutočnosť predstavuje výzvu tak pre európske protidrogové politiky, ako aj pre oblasť reakcií. Komplexný politický rámec pre riešenie užívania psychoaktívnych látok vo väčšine členských štátov ešte stále chýba a služby v oblasti liečby musia prispôbiť svoje postupy potrebám klientov, ktorí majú problémy s užívaním viacerých látok. Ďalej je potrebné, aby sa zameranie opatrení na zníženie ponuky drog a posudzovanie ich vplyvu sústredilo na celkový trh s psychoaktívnymi látkami. Bez tejto širšej perspektívy môže dôjsť k tomu, že pokroky dosiahnuté vo vzťahu k jednej droge môžu viesť k presunu k užívaniu iných produktov. V tejto správe sa uvádza mnoho príkladov poukazujúcich na to, že európsky trh s nezákonnými drogami je dynamický, inovatívny a rýchlo sa dokáže prispôbiť príležitostiam aj kontrolným opatreniam.

Prehodnotenie európskeho modelu

Európa má podľa celosvetových meradiel prepracovaný, vyspelý a preukázateľne pomerne efektívny prístup v oblasti reakcie na užívanie nezákonných drog. Na úrovni EÚ je formulovaný na základe súčasnej protidrogovej stratégie EÚ a jej akčného plánu, ktorý je jedinečným príkladom dlhodobej spolupráce a výmeny poznatkov na nadnárodnej úrovni. Výsledky najnovšej protidrogovej stratégie EÚ sa práve skúmajú. Väčšina členských štátov má dnes pomerne konzistentnú a prepracovanú protidrogovú stratégiu, ktorá

do značnej miery odráža spoločný model. Napriek tomuto pozitívnemu vývoju a celkovému nárastu poskytovania služieb osobám, ktoré majú problémy s drogami, stále pretrvávajú výrazné rozdiely medzi jednotlivými krajinami, najmä v súvislosti s investíciami do intervencií na znižovanie dopytu. Riešenie týchto rozdielov bude dôležitou úlohou budúcich politík EÚ v tejto oblasti.

Európsky model možno charakterizovať pragmatickým úsilím o dosahovanie rovnováhy medzi cieľmi v oblasti znižovania ponuky drog a cieľmi v oblasti znižovania dopytu, ako aj uznaním dôležitosti ľudských práv a bezpečnosti spoločenstva. Tento prístup umožňuje zosúladený postup i spoluprácu v oblasti presadzovania práva a hraničných kontrol na obmedzenie ponuky drog, o čom svedčia aktuálne programy zamerané na trasy dovozu heroínu z Afganistanu, pašovanie kokaínu cez Atlantik a západnú Afriku a výrobu syntetických drog. Umožňuje tiež novátorské postupy v oblasti liečby a znižovania poškodení, príkladom je asistovaná liečba závislosti od heroínu, o ktorú je v mnohých európskych krajinách čoraz väčší záujem a je predmetom nového skúmania EMCDDA.

Možný nárast rizika lokálnych epidémií HIV medzi injekčnými užívateľmi drog

Po obmedzení celkového šírenia HIV v Európskej únii zameranie na prevenciu HIV ako primárneho cieľa verejného zdravotníctva v oblasti protidrogovej politiky sa stáva menej zrejme. Tohtoročná analýza však naznačuje znepokojujúce vyhliadky možného nárastu potenciálneho rizika nových lokálnych epidémií HIV. Hospodársky pokles, ktorý postihol mnohé európske krajiny môže zvýšiť zraniteľnosť skupín obyvateľstva a zároveň obmedziť schopnosť členských štátov primerane reagovať. Historické dôkazy sú jasné: v prípade vhodných podmienok sa v rámci zraniteľných skupín obyvateľstva môžu infekcie HIV súvisiace s drogami rýchlo rozšíriť. Okrem toho pokroky, ktoré sa v Európskej únii dosiahli pri znižovaní šírenia HIV súvisiaceho s drogami, sa nepozorujú v mnohých našich susedných krajinách, kde prenos vírusu súvisiaci s injekčným užívaním drog, ako aj nechráneným sexom je

naďalej hlavným problémom v oblasti verejného zdravia. V poslednej dobe v dôsledku politického a hospodárskeho vývoja dochádza k nárastu migrácie z týchto postihnutých oblastí do členských štátov EÚ, čo môže vyvíjať ďalší tlak na už preťažené služby.

Z tohto dôvodu obavy vyvoláva predovšetkým skutočnosť, že v mnohých členských štátoch EÚ vrátane tých, v ktorých sa predtým nezaznamenali významné epidémie HIV súvisiace s drogami, existujú podmienky, ktoré spôsobujú, že sú potenciálne zraniteľné v súvislosti s budúcimi problémami. Grécko, krajina s tradične nízkou prevenciou, oznámilo miestnu epidémiu HIV medzi injekčnými užívateľmi v roku 2011 a situácia v mnohých východných členských štátoch je tiež znepokojujúca, ako vyplýva z narastajúcej miery infekcie v Bulharsku. Situácia je tiež menej pozitívna v niektorých krajinách, ktoré dosiahli pokrok v riešení epidémie HIV/AIDS súvisiacej s drogami, pričom v posledných rokoch sa dosiahol pokrok v boji s novými prípadmi infekcie napríklad v Estónsku a Litve, ktoré sú v súčasnosti stále viac zraniteľné, keďže obe tieto krajiny uvádzajú nové nárasty prípadov infekcií.

Trendy v oblasti opioidov: potreba porozumieť dynamike trhu

Na medzinárodnej úrovni a najmä v Severnej Amerike narastajú obavy v súvislosti s dostupnosťou a zneužívaním opioidov na predpis, predovšetkým liekov proti bolesti. Z údajov, ktoré sú v súčasnej dobe k dispozícii, sa rozsah tohto javu v Európe ťažko dá hodnotiť. Okrem toho priame porovnanie medzi Európskou úniou a inými časťami sveta sú zložité z veľkej časti pre značné rozdiely, ktoré existujú v spôsoboch predpisovania a reguláciách. V súčasnej dobe sa zdá, že nezákonné užívanie syntetických opioidov v Európe sa týka hlavne užívania substitučných liekov zneužitých z oblasti protidrogovej liečby. Okrem toho niektoré krajiny v severnej a strednej Európe teraz uvádzajú užívanie fentanylu, ktorý sa pravdepodobne nezákonne vyrába mimo Európskej únie. Výskyt tejto drogy vyvoláva obavy a celkovo vzhľadom na situáciu inde je dobrým argumentom pre zlepšenie našej schopnosti monitorovať trendy v zneužívaní psychoaktívnych produktov určených na užívanie len na terapeutické účely.

Keďže syntetické opioidy sa nezákonným spôsobom užívajú najmä namiesto heroínu, informácie o ich užívaní môžu poskytnúť informácie o celkovom trhu s heroínom. V súčasnosti dôležitou otázkou v tejto oblasti je to, do akej miery opatrenia na znižovanie ponuky drog vplyvajú na dostupnosť heroínu na uliciach Európy. Možnosť, že opatrenia na znižovanie ponuky drog prispievajú k zníženiu dostupnosti heroínu v Európe, podporujú informácie, že

v niektorých, ale nie vo všetkých členských štátoch EÚ sa koncom roka 2010 prejavil nedostatok heroínu a že to mohlo mať vplyv aj na niektoré krajiny mimo EÚ, napríklad Rusko a Švajčiarsko. Alternatívne vysvetlenie na objasnenie tohto zjavného nedostatku sa odvoláva na nedávny výskyt plesne makovej v niektorých častiach Afganistanu. Pri bližšom skúmaní je však táto súvislosť pravdepodobne nevýznamná, aj keď iné udalosti v Afganistane a niektoré významné úspechy vyplývajúce zo spolupráce medzi policajnými zložkami Turecka a EÚ môžu zohrávať úlohu. Na všetky krátkodobé problémy s ponukou je však potrebné nahliadať v kontexte s dlhodobým a pomerne stabilným trhom s heroínom v Európe.

Napriek významu informácií o dostupnosti heroínu pre pochopenie dynamiky trhu s nezákonnými drogami v Európe, je potrebné poznamenať, že v súčasnosti sa ťažko dá zodpovedne vyjadriť k tejto otázke. V súčasnosti prebiehajú na základe analýzy údajov o výrobe i užívaní prepracovanejšie pokusy na získanie lepších informácií o tomto jave. Z mnohých technických príčin sa však závery o tejto citlivej téme vyvodzujú so značnou mierou opatrnosti. Napríklad zväčša chýbajú dobré ukazovatele dostupnosti na trhu v Európe. Odhady produkcie ópia v Afganistane sa často pokladajú za vhodné smerné čísla, napriek skutočnosti, že takéto výpočty sú v mnohých ohľadoch metodologicky náročné. A len zriedkakedy sa posudzujú informácie o produkcii ópia v ďalších ázijských krajinách. Okrem toho modely tokov heroínu často zahŕňajú existenciu „zásob“ uskladneného ópia alebo heroínu napriek tomu, že empirické dôkazy na podporu tohto predpokladu sú obmedzené. Objasnenie vzťahu medzi produkciou ópia a dostupnosťou heroínu komplikuje ďalej existencia rôznych prepravných trás do Európskej únie a čiastkové trhy v rámci EÚ a značné predpokladané oneskorenie od zberu ópia v Afganistane po jeho objavenie sa vo forme heroínu na uliciach Európy.

Sú úmrtia z predávkovania len špičkou ľadovca?

Typickou obeťou smrteľného predávkovania v Európe je muž vo veku 35 až 40 rokov s anamnézou dlhodobého problémového užívania opioidov. Je známe, že riziko predávkovania sa znižuje účasťou na protidrogovej liečbe, najmä na substitučnej liečbe. Avšak napriek výraznému zvýšeniu dostupnosti liečby v priebehu rokov počet užívateľov zomierajúcich na predávkovanie drogami v Európe zostáva stabilný. Obmedzenie úmrtí z predávkovania preto predstavuje veľkú výzvu pre protidrogové služby v celej Európe. V súčasnosti prebieha hodnotenie niektorých nových programov a vývoja v tejto oblasti, ktoré je často zamerané na udalosti, o ktorých je známe, že sú obzvlášť rizikové pre užívateľov opioidov,

ako napríklad prepustenie z väzenia alebo predčasné ukončenie liečby. Aj keď táto práca je dôležitá, týkať sa bude len časti problému. Zo štúdií vyplýva, že úmrtia z predávkovania môžu zodpovedať asi za jednu až dve tretiny celkovej úmrtnosti medzi problémovými užívateľmi drog. K ďalším najčastejším príčinám úmrtí medzi užívateľmi drog patrí AIDS, samovražda a trauma. Dôsledky tohto zistenia sa podrobne rozoberajú v publikácii pripojenej k tejto správe a ostro poukazujú na vysokú úroveň nadmernej úmrtnosti v tejto skupine užívateľov a na úlohu, ktorú môžu služby zohrávať pri znižovaní ľudských obetí v prípade dlhodobých problémov s drogami.

Spľasla kokaínová bublina?

V posledných desiatich rokoch sa kokaín etabloval ako najčastejšie užívaná stimulačná droga v Európe, aj keď vysoké miery užívania sa zistili len v obmedzenom počte krajín. Vysvetľuje sa to tým, že časť záujmu o túto látku spočíva v jej imidži, keďže s užívaním kokaínu sa často spája honosný a moderný životný štýl. Realita pravidelného užívania kokaínu je však iná. Pozitívny obraz môže byť stále viac spochybňovaný čoraz častejším pripúšťaním problémov súvisiacich s kokaínom, ktoré sa prejavujú zvýšením počtu urgentných nemocničných prípadov, úmrtí a dopytu po liečbe súvisiacich s touto drogou. Finančné náklady spojené s pravidelným užívaním kokaínu môžu byť príčinou toho, že kokaín bude menej atraktívnou možnosťou v krajinách, kde v súčasnosti dochádza k tomu, že na denný poriadok sa dostáva otázka úspornosti. Z nových údajov vyvstáva otázka, či popularita tejto drogy teraz vrcholí. Z posledných prieskumov vyplýva určitý pokles užívania v krajinách s najvyššími úrovňami prevalencie, aj keď inde tento obraz nie je taký jasný. Údaje o ponuke tiež nie sú jednoznačné. Množstvo zachyteného kokaínu od roku 2006 značne kleslo a celkovo došlo k zníženiu aj ceny a čistoty tejto drogy. Na rozdiel od objemu však počet zachytení ďalej stúpal a existujú dôkazy o tom, že pašeráci v rámci reakcie na zvýšené úsilie o zákaz tejto látky pokračujú v prispôbovaní svojich postupov a pritom existuje riziko rozšírenia užívania do nových oblastí.

MDMA na vzostupe

V posledných rokoch európsky trh s extázou prechádzal obdobím, v ktorom bola dostupnosť tabliet s obsahom MDMA stále zriedkavejšia. Tablety „extázy“ predávané na nelegálnom trhu obvykle obsahovali iné drogy, často piperazín, pričom niektorí z tých, čo kupovali a verili, že kupujú nezákonnú drogu v skutočnosti kupovali nekontrolovanú látku. Nedostatok MDMA v tabletách extázy sa podľa všetkého spája s nedostatkom hlavného prekursora PMK, čo pravdepodobne odráža úspešnosť

Orientačný prehľad – odhady užívania drog v Európe

Uvedené odhady sa vzťahujú na dospelú populáciu (vo veku 15 – 64 rokov) a vychádzajú z najnovších dostupných údajov (prieskumy boli vykonané v rokoch 2001 až 2009/2010, najmä 2004 – 2008). Úplný súbor údajov a informácie o metodike sú uvedené v štatistickej ročenke.

Kanabis

Celoživotná prevalencia užívania: asi 78 miliónov (23,2 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: asi 22,5 milióna dospelých Európanov (6,7 %) alebo jeden z troch celoživotných užívateľov

Užívanie v minulom mesiaci: asi 12 miliónov (3,6 %)

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,4 % až 14,3 %

Kokaín

Celoživotná prevalencia užívania: asi 14,5 milióna (4,3 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: asi 4 milióny dospelých Európanov (1,2 %) alebo jeden z troch celoživotných užívateľov

Užívanie v minulom mesiaci: asi 1,5 milióna (0,5 %)

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: celkový rozsah 0,0 % až 2,7 %

Extáza

Celoživotná prevalencia užívania: asi 11 miliónov (3,2 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: asi 2,5 milióna (0,7 %) alebo pätina celoživotných užívateľov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,1 % až 1,6 %

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia užívania: asi 12,5 milióna (3,8 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: 1,5 – 2 milióny (0,5 %) alebo až šestina celoživotných užívateľov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,0 % až 1,1 %

Opioidy

Problémoví užívatelia opioidov: odhaduje sa 1,3 až 1,4 milióna Európanov

Približne 700 000 užívateľov opioidov absolvovalo substitučnú liečbu v roku 2009

Hlavná droga vo viac než 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu

Úmrtia zapríčinené drogami: asi 7 600, pričom opioidy boli zistené v približne troch štvrtinách prípadov

úsilia v rámci zákazu takýchto látok. Z najnovších údajov však vyplýva nárast dostupnosti MDMA, pričom v niektorých správach sa uvádza existencia tabliet s veľmi vysokými dávkami a práškov s vysokou čistotou.

Súčasný metódy výroby MDMA sú podľa všetkého založené buď na safrole, alebo v stále väčšej miere na dovoze chemických látok, ako sú napríklad PMK-glycidát a alfafenylacetoacetonitril, ktoré sú štrukturálne podobné, aj keď nie totožné, s doteraz používanými kontrolovanými prekurzormi. Existuje tu určitá paralela s vývojom v oblasti nekontrolovaných psychoaktívnych látok, kde nekontrolované produkty nahrádzajú kontrolované. Tieto chemikálie sú vyberané tak, aby spĺňali dva ciele: nová látka by nemala byť predmetom súčasných kontrol a mala by sa ľahko premieňať na prekurzor potrebný na syntézu MDMA. Toto opäť poukazuje na značnú adaptibilitu výrobcov syntetických drog. Na trhu s amfetamínmi sa pozoroval súvisiaci jav, keď sa prekurzory chemicky „maskovali“, aby sa vyhli existujúcim kontrolným mechanizmom na hraniciach a pri predaji. Keďže dochádza k zvyšovaniu technickej sofistikovanosti výrobcov, ktorí hľadajú nové spôsoby, ako obísť úsilie o zákaz týchto látok a predpisy, možnosť modifikovať a spätne premieňať látky predstavuje pre súčasné prístupy v oblasti kontroly drog ďalšiu výzvu.

Nové psychoaktívne látky: hľadanie správneho riešenia

Rýchle objavovanie sa mnohých nových nekontrolovaných psychoaktívnych látok predstavuje čoraz väčšiu výzvu pre súčasné modely kontroly drog.

V roku 2010 bolo nahlásených do európskeho systému včasného varovania rekordných 41 nových látok a z predbežných údajov za rok 2011 nevyplývajú žiadne náznaky poklesu. Odráža to pokračovanie zavádzania nových látok a produktov na trh, ako aj zvýšené uplatňovanie aktívnych opatrení na identifikáciu nových látok. Internet patrí k hlavným trhom pre tieto látky a z predbežných výsledkov z posledného online prieskumu EMCDDA (v júli 2011) vyplýva, že počet online obchodov, ktoré predávajú psychoaktívne produkty stále rastie. Ukazuje sa, že aj predajné praktiky v tejto oblasti sú stále dômyselnejšie, pričom existuje viac dôkazov o prijatých opatreniach na obmedzenie prístupu a ochranu totožnosti kupujúcich a predávajúcich. Okrem toho sa objavili správy o predaji nezákonných drog prostredníctvom tajných webových stránok. Nie je jasné, do akej miery bude takýto vývoj predstavovať v budúcnosti významnú hrozbu, ale vzhľadom na rýchlosť, ktorou dochádza k zmenám v tejto oblasti, je potrebné zachovať ostražitosť.

Zlepšenie našich schopností pri detekcii nových drog

Právny mechanizmus, ktorý podporuje európsky systém včasného varovania, sa v súčasnosti skúma. Európska komisia vykonala hodnotenie a zaznamenala tak silné stránky existujúceho systému, ako aj potrebu posilniť schopnosť Európy reagovať na tempo vývoja v tejto oblasti. Aj keď Európa stojí v čele odhaľovania nových psychoaktívnych látok, na odbornom sympóziu, ktoré EMCDDA organizovalo v roku 2011, sa v diskusiách objasňovali globálne dimenzie tohto problému. Medzinárodní experti potvrdili, že v mnohých častiach sveta sú dnes k dispozícii produkty obsahujúce nové psychoaktívne látky vrátane Ameriky, Stredného východu, Oceánie a častí Ázie a že identifikácia stále širšieho radu látok na rýchlo sa meniacom trhu je spoločným problémom. Experti na tomto stretnutí dospeli ku konsenzu, že výzvy, ktoré predstavujú nové drogy si budú vyžadovať aktívnejšie monitorovanie trhu a výmenu informácií z forenzných oblastí, ako aj lepšiu identifikáciu zdravotných problémov vyplývajúcich z používania týchto látok.

Predvídanie budúcnosti: nové produkty a vzájomné ovplyvňovanie trhov

Väčšina nových psychoaktívnych látok nahlásených do systému včasného varovania boli buď stimulanty, alebo syntetické kanabinoidy, čo do značnej miery odráža stav trhu s nezákonnými drogami v Európe. Je pravdepodobné, že nové látky takéhoto typu budú aj naďalej vstupovať na trh. Okrem toho výrobcovia zrejme skúmajú ďalšie látky s psychoaktívnymi účinkami, ktoré môžu byť atraktívne pre užívateľov. Na tento účel možno využiť existujúcu rozsiahlu a dostupnú odbornú literatúru a vyskytujú sa obavy, že výsledky farmaceutického výskumu sa môžu využívať na zabezpečenie väčšieho množstva nových psychoaktívnych látok, ktoré sa objavia v budúcnosti.

Politika v tejto oblasti je vo veľkej miere zameraná na právne postavenie nových látok, dôležité je však tiež vidieť ich v kontexte celkového trhu s drogami. Užívateľia napríklad uvádzajú, že okrem internetového predaja sa mefedrón (pozri kapitolu 8) predával aj prostredníctvom rovnakých nezákonných sietí, ktoré sa používajú pre drogy ako extáza a kokaín. Navyše a ako už bolo uvedené, nekontrolované psychoaktívne látky sa môžu tabletovať ako extáza a predávať na nelegálnom trhu. Na rozdiel od toho v poslednej dobe bola zistená kontrolovaná droga PMMA v niektorých produktoch inzerovaných ako tzv. legálne opojenia. Celkovo je vývoj v tejto oblasti znepokojujúci, pretože poukazuje na nárast vzájomného pôsobenia medzi trhom s nekontrolovanými psychoaktívnymi látkami a trhom s nezákonnými drogami.

Kanabis: dilemy v oblasti politiky

Kanabis je v Európe naďalej najobľúbenejšou nezákonnou drogou, je však tiež drogou, v prípade ktorej sa postoj verejnosti najviac rozchádzajú. Odráža sa to aj v nedávnej štúdii Eurobarometra o postojoch mládeže k užívaniu drog, z ktorej vyplynulo, že názory na zákaz kanabisu boli jednoznačnejšie, než v prípade iných drog. Celkovo nie je zrejmy žiadny jasný smer vo vývoji politik týkajúcich sa kanabisu. K zaujímavým príkladom vývoja politiky v tejto oblasti patria USA a Holandsko. V USA dochádza v niektorých štátoch k posunu smerom k liberalizácii dostupnosti rastlinného kanabisu na lekárske účely. V Holandsku sa ukazuje, že tvorcovia politiky zaujímajú čoraz dôraznejší postoj proti domácej produkcii kanabisu a k prevádzkovým pravidlám uplatňovaným na predaj v rámci „coffee shopov“.

Často diskutovanou otázkou býva miera vplyvu politiky na zmeny v užívaní kanabisu. Z údajov uvedených v tejto správe nemožno vyvodíť priamu spojitosť medzi opatreniami týkajúcimi sa nedávneho užitia tejto drogy a zmenami v oblasti zvýšenia alebo zníženia sankcií za užívanie, čo naznačuje, že ide o komplexnejšie procesy. Všeobecne možno konštatovať, že v poslednom desaťročí európskej politiky týkajúcej sa kanabisu sa spravidla orientovali na to, aby sa úsilie v oblasti presadzovania právnych predpisov sústredilo skôr na trestné činy súvisiace s nezákonným obchodovaním a ponukou než na užívanie tejto drogy. Jedným z dôvodov je zabrániť možným negatívnym dôsledkom, ak by sa veľké množstvo mladých ľudí dostalo do kontaktu so systémom trestného súdnicstva, najmä ak užívali kanabis experimentálne. Z údajov však vyplýva, že počet trestných činov súvisiacich s užívaním kanabisu v Európe neustále narastá oproti stabilnej alebo dokonca klesajúcej prevalencii užívania. Poukazuje to na možný rozpor medzi cieľmi politiky a praxou. Táto skutočnosť sa ťažko vysvetľuje, môže však dochádzať k tomu, že údaje odrážajú tzv. účinok rozširovania siete (net widening), pri ktorom prijatie viacerých administratívnych sankcií za užívanie zvyšuje pravdepodobnosť, že sa budú uplatňovať v praxi.

Domáca produkcia kanabisu: narastajúci problém

Európa naďalej zostáva najväčším svetovým odbytkom pre kanabisovú živicu. Maroko je historicky hlavným producentom živice spotrebúvanej v Európe. Z nedávnych správ však vyplýva, že dovoz kanabisovej živice z iných

krajín vrátane Afganistanu a Libanonu sa neustále zvyšuje. Tieto informácie potvrdzujú aj nedávne prieskumy úradu UNODC v teréne, v ktorých sa uvádza rozsiahla produkcia kanabisovej živice v Afganistane. Rastlinný kanabis dovážaný do Európskej únie pochádza hlavne zo susedných krajín v oblasti Balkánu a v menšej miere z niektorých afrických a ázijských krajín. Väčšina členských štátov EÚ v súčasnosti v správach uvádza domáce pestovanie kanabisu, čo je jav, ktorý sa podľa všetkého rozmáha. Odráža sa to v existencii tzv. obchodov pre pestovateľov, ktoré sa špecializujú na vybavenie potrebné na pestovanie konope. Domáce pestovanie môže sa vykonávať v malom rozsahu, môže však tiež zahŕňať veľké pestovateľské lokality, ktoré prevádzkujú skupiny organizovanej trestnej činnosti. Reťazový účinok tejto skutočnosti spočíva v tom, že niektoré krajiny v súčasnosti podávajú správy o náraste násilia a iných trestných činov súvisiacich s veľkými pestovateľskými lokalitami. Vývoj na európskom trhu s kanabisom sa podrobne skúma v najnovšom vydaní publikácie „Insight“ („Pohľad zblízka“) centra EMCDDA .

Usmernenia, normy a výmena účinných postupov

Vzhľadom na zložitost a rýchlo sa meniaci charakter súčasnej drogovej problematiky je dôležité zabezpečiť, aby sa výsledky výskumu a poznatky získané z úspešného rozvoja služieb širili v čo najväčšej miere. Na tento účel vzniklo viacero európskych iniciatív s cieľom identifikovať osvedčené postupy a pomôcť pri podpore výmeny osvedčených postupov. V roku 2011 Európska komisia v spolupráci s EMCDDA zorganizovala konferenciu na určenie minimálnych kritérií a noriem kvality pre programy znižovania dopytu. EMCDDA tiež rozširuje svoje webové zdroje na šírenie postupov založených na dôkazoch. Je však potrebné poznamenať, že dostupnosť dôkazov automaticky nezaručuje ich premietnutie do praxe. Príklad toho možno nájsť v oblasti drogovej prevencie, kde stratégie selektívnej prevencie a environmentálne stratégie aj napriek čoraz pádnejším dôkazom svedčiacim o ich účinnosti často patria medzi najmenej bežné intervencie. Pred prijatím osvedčených postupov je však potrebné vedieť, aké prístupy preukázateľne prinášajú prínosy. A keďže informácie smerodajné pre vytváranie politických rozhodnutí pribúdajú a sú čoraz dostupnejšie, bude čoraz ťažšie odôvodniť investície do prístupov, ktoré nie sú podložené kvalitnými dôkazmi.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Úvod

Keďže v roku 2012 súčasná protidrogová stratégia EÚ dospeje ku koncu, táto kapitola sa zaoberá vývojom prístupu protidrogovej politiky EÚ za posledných 20 rokov. Skúmajú sa stratégie, ktoré nedávno prijali niektoré krajiny, ktoré nie sú členmi EÚ, skúma sa, či sa v nich prejavujú známky približovania sa k európskemu prístupu, alebo sa od neho odlišujú. V krátkosti sa tiež uvádza prehľad najnovších prijatých národných protidrogových stratégií.

V prehľade štúdií týkajúcich sa verejných výdavkov členských štátov EÚ, ktoré sa tu uvádzajú, sa poukazuje na rôznorodé spôsoby prístupu k téme a potrebu zlepšiť a harmonizovať zhromažďovanie údajov v tejto oblasti. V tejto kapitole sa skúmajú zmeny trestov za prechovávanie drog, ku ktorým došlo v európskych krajinách za posledných 10 rokov a najnovší vývoj vo výskume súvisiacom s drogami.

Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ

Cesta k novým iniciatívam protidrogovej politiky EÚ

Nový rámec protidrogovej politiky, ktorý pripravuje Európska komisia, bude jedným z prvých dokumentov protidrogovej politiky prijatých v rámci Lisabonskej zmluvy (pozri EMCDDA, 2010a). Prípravné práce zahŕňajú konečné externé hodnotenie protidrogovej stratégie EÚ na obdobie rokov 2005 – 2012. Pri tomto hodnotení sa bude vychádzať z rozhovorov so zainteresovanými stranami

z členských štátov, tretími krajinami a medzinárodnými organizáciami a z analýzy dokumentov politiky a správ o vývoji. Fórum občianskej spoločnosti pre boj proti drogám prispeje svojím pozičným dokumentom. Okrem toho členovia jednotlivých politických skupín Európskeho parlamentu organizujú stretnutia a vypočutia s cieľom diskutovať o súčasnej a budúcej protidrogovej politike EÚ. Tieto početné diskusie a príspevky spolu s hodnotením prispievajú k príprave komplexnej protidrogovej politiky EÚ na obdobie po roku 2012.

Dve desaťročia protidrogovej politiky EÚ

Od začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia Európska únia prijala osem protidrogových stratégií alebo akčných plánov (pozri obrázok 1) a posun v obsahu po sebe nasledujúcich dokumentov odráža vývoj v európskom prístupe k drogám. Prvé dva európske protidrogové plány zahŕňali činnosti zamerané na zníženie ponuky drog i dopytu po drogách. Koncepcia integrovaného prístupu spájajúca obidva tieto prvky sa prvýkrát objavila v pláne na obdobie rokov 1995 – 1999. V stratégii prijatej v roku 2000 sa stanovil prístup EÚ, ktorý bol integrovaný aj vyvážený a podobná váha sa v rámci politiky pripisovala intervenciám na znížovanie dopytu, ako na znížovanie ponuky drog. Tento posun v prístupe sa odráža v názvoch týchto strategických dokumentov EÚ, kde po „plánoch boja proti drogám“ nasledovali dokumenty s neutrálnejším pomenovaním „protidrogové stratégie“ a „akčné plány“. Pokiaľ ide o obsah, jednou z najvýraznejších zmien v priebehu posledných dvoch desaťročí bolo zavedenie

Obrázok 1: Časový prehľad európskych dokumentov v oblasti protidrogovej politiky



cieľov znižovania poškodení v oblasti znižovania dopytu v rámci dokumentov protidrogovej politiky EÚ.

Posudzovanie a hodnotenie politiky sa v prvých dvoch európskych plánoch neuvádzali, pretože prioritou začiatkom deväťdesiatych rokov bolo vytvoriť spoľahlivý európsky informačný systém o drogách. Hodnotenie vykonávania sa zaviedlo v pláne na rok 1995, ale až do protidrogovej stratégie na obdobie rokov 2000 – 2004 toto hodnotenie nebolo konsolidované ako neoddeliteľná súčasť prístupu EÚ k drogám. Od tej doby sa všetky protidrogové stratégie a akčné plány EÚ hodnotili a výsledky sa použili k usmerneniu ďalších dokumentov politiky. Nový rámec európskej protidrogovej politiky sa bude riadiť touto zásadou a po prvýkrát bude založený na externom hodnotení predchádzajúcej stratégie.

Medzinárodné hľadisko

Okrem stratégie Európskej únie nedávno bol uverejnený celý rad národných a regionálnych stratégií, a to stratégie Austrálie, Ruska, USA a Organizácie amerických štátov (OAS) (1). Zo skúmania obsahu týchto dokumentov politiky vidno, do akej miery iné krajiny prevzali charakteristiky prístupu EÚ.

Stratégia USA na kontrolu drog na rok 2010 sa prezentuje ako nový smer v protidrogovej politike, v rámci ktorého sa na užívanie drog nazerá predovšetkým ako na problém verejného zdravia a dopyt po drogách sa uznáva ako prvotná príčina problému s drogami v krajine. V stratégii sa kladie dôraz na prevenciu závislosti, jej liečbu a vyzdravenie a vyzýva sa v nej k zaradeniu liečby závislosti do bežnej medicíny, ako je tomu v prípade

iných chronických ochorení. Stratégia USA sa odráža v hemisférickej protidrogovej stratégii organizácie OAS, kde je drogová závislosť charakterizovaná ako chronické recidivujúce ochorenie, ktoré by sa ako takéto malo liečiť. Prvá ruská protidrogová stratégia (2010 – 2020) vychádza z uznania rozsahu drogovej problematiky charakterizovanej nárastom užívania nezákonných drog a ich príspevku k šíreniu infekčných chorôb. V Stratégii OAS, Ruska a USA sa zdôrazňuje dôležitosť vyváženého prístupu. Austrálska protidrogová stratégia (2010 – 2015) má najširší rozsah z týchto štyroch dokumentov politiky, zahŕňa všetky psychoaktívne látky, ktoré môžu spôsobiť závislosť a zdravotné problémy: alkohol, tabak, nezákonné a iné drogy. Celkový prístup tejto stratégie je založený na minimalizovaní škôd.

Stratégie organizácie OAS, Austrálie a USA charakterizuje prístup k znižovaniu dopytu založený na dôkazoch spolu s výsledkami hodnotenia. Krajiny, ktoré prijali hemisférickú protidrogovú stratégiu, sa zaviazali k tomu, že svoje národné politiky a opatrenia budú podrobovať pravidelnému, nezávislému hodnoteniu a na základe jeho výsledkov sa rozdelia zdroje. Raz ročne sa má preskúmať a aktualizovať 106 položiek stratégie USA, aby bolo možné splniť ciele stratégie do roku 2015, ktoré zahŕňajú 15 % zníženie prevalencie užívania drog medzi osobami vo veku 12 až 17 rokov a 10 % zníženie medzi mladými dospelými. Výsledky austrálskej stratégie sa budú hodnotiť podľa troch kritérií: prekazenie ponuky nelegálnych drog, užívanie drog a súvisiace škody. V ruskej stratégii sa dôraz kladie na zlepšenie monitorovania a nástrojov na zhromažďovanie údajov, výslovne sa však odmieta substitučná liečba závislosti od opioidov, intervencia, ktorá sa v stratégii EÚ

Tabuľka 1: Najnovšie prijaté vnútroštátne dokumenty protidrogovej politiky

Krajina	Názov politického dokumentu	Časové rozpätie	Hlavné zameranie	Poznámky
Česká republika	Stratégia	2010 – 2018	Nezákonné drogy	Doplnené akčným plánom na roky 2010 – 2012
Dánsko	Akčný plán	od 2010	Nezákonné drogy	
Taliansko	Akčný plán	2010 – 2013	Nezákonné drogy	Doplnené projektovými plánom 2010
Lotyšsko	Program	2011 – 2017	Nezákonné drogy	
Litva	Program	2010 – 2016	Nezákonné drogy	Doplnené ročnými akčnými plánmi
Luxembursko	Strategický a akčný plán	2010 – 2014	Nezákonné drogy	V stratégii sa posudzuje aj alkohol, tabak, lieky a závislé správanie
Poľsko	Program	2011 – 2016	Nezákonné drogy	
Portugalsko	Akčný plán	2009 – 2012	Nezákonné drogy	Druhý akčný plán podľa strategického plánu na obdobie rokov 2005 – 2012
Rumunsko	Akčný plán	2010 – 2012	Nezákonné drogy	Druhý akčný plán podľa stratégie na obdobie rokov 2005 – 2012
Spojené kráľovstvo	Stratégia	od 2010	Nezákonné drogy	Nahrádza stratégiu na obdobie rokov 2008 – 2018 prijatú predchádzajúcou vládou
Turecko	Akčný plán	2010 – 2012	Nezákonné drogy, alkohol, tabak	Druhý akčný plán podľa národnej stratégie 2006 – 2012

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

(1) OAS je regionálna organizácia združujúca všetkých 35 nezávislých štátov Ameriky, kde je hlavným fórom pre medzivládnu spoluprácu.

považuje za kľúčový prístup založený na dôkazoch. Dôležité je tiež pripomenúť, že mediálne kampane sú súčasťou nielen ruskej stratégie, ako aj stratégie USA, napriek tomu, že existuje len málo dôkazov o ich účinnosti.

Celkovo sa javí, že z medzinárodného hľadiska dochádza k určitému zblíženiu protidrogových stratégií. Zatiaľ čo v rámci prvej ruskej protidrogovej stratégie sa problém síce uznáva a zdôrazňuje monitorovanie, ide v nej o ideologický prístup odlišný od ostatných stratégií. Zdá sa, že stratégia USA i organizácie OAS sa približujú k modelu EÚ. Austrálsky prístup, aj keď obsahuje mnoho prvkov politiky EÚ, sa odlišuje širokým rozsahom látok, ktorými sa zaoberá.

Národné protidrogové stratégie

Ústredným prvkom európskeho modelu protidrogovej politiky je prijatie národných protidrogových stratégií a akčných plánov, ktoré v súčasnosti existujú takmer vo všetkých 30 krajinách monitorovaných centrom EMCDDA. Dokument týkajúci sa najnovšej protidrogovej politiky je vo väčšine týchto krajín maximálne trojročný. V týchto dokumentoch je opísaná situácia v súvislosti s drogami a ciele a zámery vlád v tejto oblasti a uvedené sú opatrenia a strany zodpovedné za ich realizáciu. Často bývajú uvedené kritériá na meranie úspechu každého opatrenia a stále častejšie sa bude vykonávať záverečné hodnotenie stratégie a akčného plánu.

Nový vývoj

Nové národné protidrogové stratégie a akčné plány prijalo nedávno jedenásť krajín (tabuľka 1) s časovým rozpätím od troch do deviatich rokov. Dokumenty protidrogovej politiky v prípade troch z nich (Portugalsko, Rumunsko, Turecko) sú v súlade s aktuálnou protidrogovou stratégiou EÚ (2005 – 2012). Aj keď niekedy sa uvádza alkohol a tabak, väčšina dokumentov protidrogovej politiky je zameraná hlavne na nezákonné drogy a v mnohých krajinách majú pre alkohol a tabak samostatné národné akčné plány. Jedna z mála výnimiek, kombinovaná stratégia pre drogy a alkohol, ktorá má byť prijatá v Írsku, bola odložená z dôvodu parlamentných volieb začiatkom roka 2011.

Omeškanie prijatia nového dokumentu protidrogovej politiky po zmene vlády oznámilo aj Holandsko⁽²⁾, zatiaľ čo novozvolená maďarská vláda uviedla svoj úmysel nahradiť protidrogovú stratégiu, ktorú pre rokom prijala predchádzajúca vláda. Ďalšie štyri krajiny (Nemecko, Estónsko, Slovinsko, Švédsko) uviedli, že sa nachádzajú v štádiu prípravy a nové dokumenty protidrogovej politiky prijímú v roku 2011, zatiaľ čo Nórsko rozšírilo svoj akčný plán (2007 – 2010) do roku 2012.

Vývoj v oblasti protidrogovej politiky

Najnovší vývoj v Spojenom kráľovstve predstavuje opätovné zameranie cieľov protidrogovej politiky na podporu vyzdravenia v po sebe nasledujúcich dokumentoch protidrogovej politiky, ktoré sú orientované na výsledky liečby a sociálnu reintegráciu užívateľov drog⁽¹⁾ a na to, aby sa vyzdravenie stalo kľúčovým prvkom protidrogovej politiky⁽²⁾. Predchádzajúce politiky boli v prvom rade zamerané na zvýšenie počtu osôb vstupujúcich do protidrogovej liečby, a to najmä substitučnej liečby, závislosti od opioidov, zatiaľ čo niektoré nové politiky sa viac sústreďujú na kvalitu služieb. Neskôr sa ukáže, ako sa tieto nové smery v oblasti politiky premietnu do zmien v protidrogovej liečbe a služieb sociálnej reintegrácie. A je otázne, či to poukazuje na hlbšie zmeny v protidrogovej politike v budúcnosti. Zo skúmania dôkazov týkajúcich sa uzdravenia sa zistilo, že na to, aby osoba mohla žiť bez drog a mohla sa stať aktívnym členom komunity rozhoduje niekoľko faktorov, ktoré sú mimo pôsobnosti protidrogovej politiky a súvisia s individuálnymi vlastnosťami a širšími sociálnymi politikami (Best a kol., 2010). Dosiahnuť zmenu v tejto oblasti, najmä ak si to vyžaduje ďalšie finančné prostriedky, môže byť pre vlády zložité v čase, keď znižujú verejné výdavky.

Súčasná protidrogová politika Portugalska má už viac ako desať rokov, do väčšej pozornosti sa však dostáva až v posledných rokoch, najskôr zo strany analytikov protidrogovej politiky a záujmových skupín, ale teraz už aj zo strany vlád v Európe aj inde vo svete. Ústredným bodom portugalskej politiky je dekriminalizácia užívania drog a úloha „komisií pre odrádzanie od užívania drog“ riadených ministerstvom zdravotníctva (EMCDDA, 2011b). Tieto orgány posudzujú situáciu užívateľov drog a sú oprávnené poskytovať podporu alebo ukladať sankcie. Aj keď žiadna iná krajina doteraz tento model neprijala, výbor, ktorý zriadila nórska vláda nedávno odporučil v tejto krajine zriadiť podobné medziodborové tribunály.

(1) Stratégia Spojeného kráľovstva 2008.

(2) Stratégia Škótska 2008 a Spojeného kráľovstva 2010.

Verejné výdavky

Verejné výdavky na všetky aspekty drogového fenoménu sa v poslednom desaťročí v Európe podrobne skúmajú (EMCDDA, 2008c). Táto časť sa zaoberá dostupnými komplexnými odhadmi národných verejných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe. Sústreďuje sa na dve hlavné otázky týkajúce sa verejných výdavkov. Po prvé, aký podiel hrubého domáceho produktu (HDP) krajiny vynakladajú na drogový problém a po druhé, ako sa tieto prostriedky rozdeľujú medzi jednotlivé oblasti činnosti, najmä rozdelenie na intervencie na znižovanie ponuky drog a znižovanie dopytu.

(2) Nová stratégia bola predstavená parlamentu v roku 2011 formou „protidrogovej listiny“.

Tabuľka 2: Odhady verejných výdavkov súvisiacich s drogami

Krajina	Rok	Pridelené rozpočtové prostriedky na verejné výdavky súvisiace s drogami (%)		Podiel HDP (%) (1)	Úroveň vlády
		Znižovanie dopytu	Znižovanie ponuky drog		
Belgicko	2004	43,4	56,2	0,10	Federálne, regionálne, oblastné a obecné orgány
Česká republika (2)	2006	8,2	91,8	0,20	Ústredná, regionálna a miestna vláda a sociálne zabezpečenie
Francúzsko	2005	51,6	48,4	0,07	Ústredná vláda
Nemecko	2006	35,0	65,0	0,22 - 0,26	Federálne, štátne, miestne orgány a sociálne zabezpečenie
Maďarsko	2007	25,0	75,0	0,04	Ústredná vláda
Lotyšsko (2)	2008	40,9	51,3	0,04	Ústredná vláda a jeden miestny program
Luxembursko	2009	43,0	57,0	0,10	Ústredná vláda a sociálne zabezpečenie
Holandsko	2003	25,0	75,0	0,46	Ústredná a miestna vláda
Slovensko	2006	30,0	70,0	0,05	Ústredná vláda a sociálne zabezpečenie
Fínsko	2008	45,0	55,0	0,07	Ústredná a miestna vláda
Švédsko	2002	25,0	75,0	0,28	Neidentifikované verejné sektory (len zapojené agentúry)
Spojené kráľovstvo	2005/ 2006	41,3	58,7	0,48	Ústredné a regionálne vlády

(1) V dôsledku rozdielov medzi krajinami v metodike, kvalite a úplnosti údajov, hodnoty verejných výdavkov súvisiacich s drogami ako podiel hrubého domáceho produktu (HDP) sú len indikatívne a nemali by sa brať ako reprezentatívne pre úplný rozsah národných verejných výdavkov na problém s drogami.
 (2) Len označené výdavky.
 Poznámka: Úplný zoznam zdrojov sa uvádza v tabuľke PPP-10 v štatistickej ročenke 2011.
 Zdroje: Národné správy siete Reitox, Eurostat

Množstvo a kvalita dostupných informácií o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami sa medzi jednotlivými krajinami značne líši. Dostupné štúdie sa vzťahujú na rôzne roky, používajú celý rad metód a uvádzajú sa odkazy na krajiny s odlišnými štruktúrami verejného sektora. Rozdiely v spôsobe účtovania výdavkov súvisiacich s drogami značne obmedzujú možnosti porovnávania medzi jednotlivými štátmi. Niektoré z finančných prostriedkov, ktoré vláda vyčlenila na výdavky vzťahujúce sa na úlohy súvisiace s drogami sú vo vnútroštátnych rozpočtoch identifikované ako takéto („označené“). Väčšina výdavkov súvisiacich s drogami býva však často neidentifikovaná („neoznačené“) a musia sa odhadnúť pomocou modelovania.

V posledných desiatich rokoch sa o podrobné odhady výdavkov súvisiacich s drogami pokúsilo aspoň 12 krajín (tabuľka 2). Tieto krajiny uvádzali verejné výdavky na oblasť drogovej problematiky v rozmedzí od 0,04 % HDP do 0,48 % HDP.

Ako vidno v iných oblastiach sociálnej politiky, čím sú krajiny bohatšie, tým väčší podiel na HDP vláda vynakladá na aktivity súvisiace s drogami (OECD, 2006; Prieto, 2010). V Belgicku, Českej republike, Nemecku, Luxembursku, Holandsku, Švédsku a Spojenom kráľovstve sa odhaduje, že na oblasť drogovej problematiky bolo vyčlenených minimálne 0,1 % HDP, vo Francúzsku, Lotyšsku (len označené výdavky), v Maďarsku to bolo 0,1 % a na Slovensku 0,04 % HDP. Vzhľadom na použitie rôznych metód a rozdiely v mierach úplnosti, sa tieto hodnoty

príliš nelíšia od odhadov v USA (0,42 %) (Reuter, 2006) a Austrálie (0,41 % HDP) (Moore, 2008).

Štúdie týkajúce sa verejných výdavkov sa tiež pokúšajú o odhad rozdelenia finančných prostriedkov na rôzne typy drogových problémov. Pri porovnávaní medzi jednotlivými krajinami je však potrebné postupovať opatrne, pretože sa nemusia vzťahovať na rovnakú klasifikáciu výdavkov. Z 12 krajín, ktoré predložili kompletne odhady, aktivity na znižovanie ponuky drog – v oblasti „presadzovania práva“ alebo „verejného poriadku a bezpečnosti“ – predstavovali 48 % a 92 % z celku. Najčastejšie sa uvádzali výdavky na také položky ako spravodlivosť, polícia, colné správy a väznice.

Spôsob, akým krajiny kategorizujú výdavky na znižovanie dopytu, je v Európe značne premenlivý. Výdavky na liečbu alebo zdravotnú starostlivosť zodpovedajú približne za 40 % alebo viac z celkových výdavkov uvádzaných v Belgicku, Francúzsku a Luxembursku. V piatich krajinách boli identifikované výdavky na znižovanie poškodení, a to od 0,1 % do 28,8 % odhadovaných výdavkov súvisiacich s drogami. Sedem krajín poskytlo údaje o výdavkoch týkajúcich sa prevencie, pričom odhady sa pohybovali od 1 % do 12 % celkových výdavkov na oblasť drogovej problematiky.

Viacere európske krajiny už používajú údaje o verejných výdavkoch ako nástroj plánovania a vyhodnocovania realizácie protidrogových politík, zatiaľ čo iné, ako

napríklad Portugalsko a Slovensko uvádzajú, že tak plánujú urobiť. Vytvorenie jasného a uceleného obrazu národných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe, však stále zostáva výzvou. V súčasnej dobe neexistuje zhoda, pokiaľ ide o odhad konkrétnych typov výdavkov súvisiacich s drogami. Na zlepšenie presnosti a porovnateľnosti medzi krajinami bude za potreby mapovanie financovania protidrogovej politiky verejných orgánov, ako aj harmonizácia pojmov a definícií.

Vnútroštátne právne predpisy

Prechovávanie drog pre vlastnú potrebu: zmeny sankcií v Európe v priebehu desiatich rokov

V posledných desiatich rokoch 15 európskych krajín prijalo zmeny v sankciách za prechovávanie malého množstva drog. V článku 3 ods. 2 Dohovoru OSN z roku 1988 proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami sa vyžaduje, aby každý štát na základe svojich ústavných zásad a základných koncepcií svojho právneho systému ustanovil, že prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu je trestný čin. V Európe sa to uskutočnilo rôznymi spôsobmi. Prechovávanie akejkoľvek nezákonnej drogy pre vlastnú potrebu sa môže považovať za trestný čin, nemusí sa považovať za trestný čin, alebo v prípade kanabisu sa môžu uplatňovať iné ako trestné sankcie, zatiaľ čo prechovávanie iných drog zostáva trestným činom.

Za posledných desať rokov možno uviesť výskyt troch všeobecných typov zmien sankcií: zmeny, ktorými sa mení právne postavenie porušenia právnych predpisov (trestnoprávne a iné než trestnoprávne); zmeny v prípade, keď sa sankcia určuje podľa kategórie a zmeny týkajúce sa výšky najvyššej novej sankcie. Väčšina krajín, ktoré zmenili svoje sankcie za prechovávanie, použila kombináciu týchto typov zmien, čo komplikuje uskutočnenie koncíznej analýzy.

Zmena právneho postavenia porušenia právnych predpisov je pre zákonodarcov snáď najvýznamnejším krokom a k tomuto došlo v Portugalsku, Luxembursku a Belgicku. V Portugalsku sa zákonom z júla 2001 dekriminalizovalo prechovávanie všetkých drog pre vlastnú potrebu. Týmto sa znížil maximálny trest za prechovávanie malého množstva drog z 3 mesiacov odňatia slobody na správnu pokutu udelenú novými „komisiami na odrádzanie od zneužívania drog“, ktoré uprednostňujú zdravotné riešenia pred a trestnými postihmi⁽³⁾. V Luxembursku sa v máji 2001 ustanovilo, že prechovávanie kanabisu pre vlastnú potrebu sa bude kvalifikovať ako osobitné porušenie právnych predpisov s menším trestom, čo znamená po prvé porušenie len pokutu bez prirážajúcich okolností. Zároveň

Recesia: vplyv na intervencie v oblasti drog

Hospodárska recesia, ktorá zasiahla Európu v roku 2008, vážne postihla členské štáty EÚ. Jej dosah na verejné účty môže pretrvávajúť a vyžaduje si politiky zamerané na zníženie deficitov verejných financií a verejného dlhu vo väčšine krajín. Európska komisia (2011) predpovedá, že v roku 2011 po prvýkrát za desať rokov verejné výdavky (bez platby úrokov) v Európskej únii v reálnom vyjadrení klesnú.

Údaje o pridelovaní rozpočtových prostriedkov na intervencie súvisiace s drogami zhromaždili národné kontaktné miesta siete Reitox, aby získali prvý prehľad o dosahu úsporných opatrení na protidrogovú politiku. Z 19 krajín, ktoré poskytli informácie, 15 uviedlo zníženie finančných prostriedkov pre niektoré oblasti protidrogovej politiky od roku 2008. Rozsah zníženia sa však značne líši, zníženia sa pohybujú od 2 % do 44 % v závislosti od krajiny a oblasti politiky.

Fiškálne úsporné opatrenia mali podľa všetkého odlišný vplyv na rozličné oblasti protidrogovej politiky. V prípade označených výdavkov najviac postihnutými oblasťami bol výskum, prevencia, sociálna reintegrácia a organizačné aktivity. Väčšina krajín sa podľa všetkého vyhla znižovaniu svojich rozpočtov na liečbu, aj keď niektoré uvádzajú reorganizáciu služieb a obmedzenie jej poskytovania. Uvádzalo sa zníženie financovania na programy súvisiace s drogami vo väzniciach alebo na aktivity v oblasti presadzovania práva. Informácie týkajúce sa neoznačených výdavkov, ktoré tvoria najväčší podiel verejných výdavkov súvisiacich s drogami pre väčšinu krajín nie sú k dispozícii. Na základe toho by informácie o vplyve úsporných opatrení v sektoroch, ako napr. presadzovanie práva, spravodlivosť alebo niektoré oblasti poskytovania liečby, mohli byť neúplné.

sa maximálne sankcie za prechovávanie všetkých drog na vlastnú potrebu, okrem kanabisu, skrátili z troch rokov odňatia slobody na šesť mesiacov. V máji 2003 sa podobná zmena uskutočnila v Belgicku. Za prechovávanie malého množstva kanabisu pre vlastnú potrebu bez prirážajúcich okolností bolo možné predtým udeliť trest odňatia slobody až do piatich rokov, teraz sa mu však v rámci postihu prikladá menšia priorita a zavádza sa policajná pokuta.

K posunu smerom k „dekriminalizácii“ došlo aj v Estónsku a Slovinsku. V Estónsku pred septembrom 2002 druhý správny priestupok prechovávanie drog v rámci 12 mesiacov po prvom bol trestným činom, za ktorý bolo možné uložiť trest odňatia slobody až na tri roky. V novom trestnom zákonníku je to zrušené, takže druhé porušenie právnych predpisov sa považuje za priestupok rovnako ako prvé a môže sa uložiť pokuta alebo administratívne zadržanie až do 30 dní. V Slovinsku sa od januára 2005 priestupkovým zákonom zrušilo odňatie slobody za priestupky, jedným z nich je prechovávanie pre vlastnú potrebu. Týmto sa

⁽³⁾ Nedávno bola uverejnená podrobná analýza vplyvov dekriminalizácie v Portugalsku (Hughes a Stevens, 2010).

maximálny trest odňatia slobody na 30 dní alebo päť dní v prípade malého množstva znížil na pokutu.

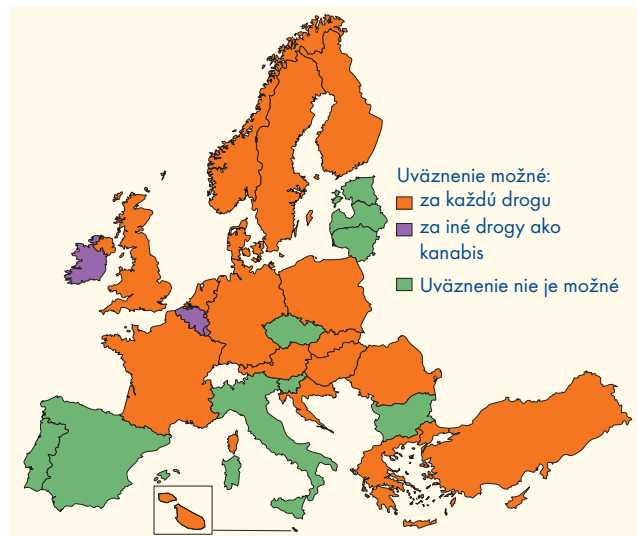
Bez zmeny právneho postavenia porušenia právneho predpisu šesť krajín uskutočnilo zmeny v spôsobe kategorizovania jednotlivých drog, pričom sankcia sa určuje podľa kategórie. V Rumunsku sa zákonom z roku 2004 látky rozdelili do vysoko rizikovej a rizikovej kategórie. Trestom za prechovávanie vysoko rizikových látok zostalo naďalej odňatie slobody v trvaní od dvoch do piatich rokov, pričom za látky v rizikovej kategórii sa teraz ukladá nižší trest odňatia slobody v trvaní šesť mesiacov až dva roky. V Bulharsku sa v roku 2006 zaviedli v trestnom zákonníku osobitné tresty za porušenia právnych predpisov nesúvisiace s distribúciou, a to trest odňatia slobody v trvaní šesť rokov za vysoko rizikové drogy (zníženie z 10 – 15 rokov) a do piatich rokov za rizikové drogy (zníženie z troch až šiestich rokov), ustanovilo sa tiež, že menšie priestupky by sa mohli trestať pokutou. V Českej republike sa od januára 2010 podľa nového trestného zákonníka uplatňoval nižší maximálny trest za kanabis (odňatie slobody v trvaní jeden rok) než v prípade iných drog (bez zmeny v trvaní dva roky) za prechovávanie drog na vlastnú potrebu v množstve „väčšom ako malom“. Naopak koncom roka 2006 Taliansko zrušilo rozdiely v trestoch medzi nezákonnými drogami a zároveň zvýšilo maximálne trvanie správnych sankcií, napr. zadržanie vodičského preukazu až na jeden rok za akúkoľvek nezákonnú drogu. V Spojenom kráľovstve kanabis bol v roku 2004 preklasifikovaný z triedy B do triedy C a maximálne tresty odňatia slobody za prechovávanie pre vlastnú potrebu boli znížené z piatich na dva roky, vydané boli usmernenia pre štátnu políciu, aby v prípadoch, keď nie sú priradzujúce okolnosti, nezatýkali, ale poskytlí neformálne upozornenie. V januári 2009 bol kanabis opäť preklasifikovaný z triedy C do triedy B a maximálne tresty odňatia slobody sa zvýšili na päť rokov. V revidovaných usmerneniach pre národnú políciu sa ďalej odporúčalo neformálne upozornenie za prvé porušenie právnych predpisov.

Tretia skupina krajín zmenila tresty za prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu bez riešenia právneho postavenia alebo súvisiacich škôd. Sankcie za prechovávanie všetkých drog pre vlastnú spotrebu sa jednoducho zmenili v štyroch krajinách a právoplatne aj na Slovensku predefinovaním porušenia právneho predpisu. Vo Fínsku sa v roku 2001 zmenou a doplnením trestného zákonníka znížil maximálny trest odňatia slobody v prípade porušenia právnych predpisov menšieho rozsahu z dvoch rokov na šesť mesiacov, čo umožnilo prokurátorovi riešiť väčšinu prípadov pokutou. V Grécku bol v roku 2003 najvyšší trest odňatia slobody za užívanie alebo prechovávanie malých množstiev pre vlastnú potrebu užívateľom, ktorý nie je závislý, znížený z piatich rokov na jeden rok. Toto

porušenie právnych predpisov týkajúcich sa narkotík nebude zapísané do registra trestov, pokiaľ po dobu piatich rokov nedôjde k opakovanému porušeniu. V Dánsku usmernenia prokurátorov z mája 2004 stanovovali, že bežnou reakciou na porušenia právnych predpisov v menšom rozsahu by mala byť pokuta, nie upozornenie. V roku 2007 to bolo ustanovené v zákone. Vo Francúzsku sa zákonom z roku 2007 rozšíril rozsah možných justičných možností na zahrnutie „kurzu na zvýšenie informovanosti o drogách“ zameraného na príležitostných užívateľov drog a mladistvých. Náklady kurzu uhrádza páchateľ. V roku 2005 sa zmenou slovenského trestného zákonníka rozšírila definícia „prechovávanie pre vlastnú potrebu“ z jednej na tri dávky akejkoľvek nezákonnej látky, pričom maximálny trest zostal nezmenený. Týmto páchateľom sa môžu tiež udeliť dva nové tresty: domáce väzenie až na jeden rok alebo verejnoprospešné práce od 40 do 300 hodín. Zmenou sa tiež zaviedol nový trestný čin „prechovávanie väčšieho množstva pre osobnú potrebu“ až do desiatich dávok, za ktorý možno udeliť trest odňatia slobody až na päť rokov. Predtým by to znamenalo obchodovanie s drogami s možným trestom odňatia slobody v trvaní od dvoch do ôsmich rokov.

Pohnútky na zmeny sú zložité a odlišné v jednotlivých krajinách. Napríklad zákony sa zmenili s cieľom získať prístup k závislým osobám (Portugalsko), zjednodušiť tresty (Belgicko, Fínsko, Spojené kráľovstvo v roku 2004), harmonizovať sankcie za priestupky (Estónsko, Slovinsko) a určiť úrovne škôd (Bulharsko, Česká republika, Francúzsko, Luxembursko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo Taliansko v roku 2009).

Obrázok 2: Sankcie v právnych predpisoch: možnosť uväznenia za prechovávanie drog pre vlastnú potrebu (menej závažné porušenia)



Poznámka: Viac informácií sa uvádza v európskej databáze právnych predpisov týkajúcich sa drog (ELDD).

Zdroje: Národné kontaktné miesta Reitox a ELDD

Pokiaľ ide o celkový európsky trend v oblasti sankcií za prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu, dalo by sa povedať, že v prvej polovici desaťročia sankcie boli znížené, v druhej polovici však boli zvýšené. Dôležitejšie však je, že aj keď väčšina krajín ponechala možnosť odňatia slobody ako trest (obrázok 2), žiadna krajina nezaviedla trestné sankcie alebo vyššie tresty odňatia slobody ako v trvaní desať rokov. V tomto smere sa v Európe objavujú známky zblížovania smerom k nižším trestom za prechovávanie drog pre vlastnú spotrebu.

Výskum súvisiaci s drogami

Posilnenie výskumnej kapacity EÚ

Posilnenie výskumnej kapacity v oblasti drog je v posledných rokoch súčasťou európskeho programu. V roku 2010 sa uskutočnila prvá každoročná výmena Rady týkajúca sa výskumu súvisiaceho s drogami s Európskou komisiou, ktorá predložila prehľad výskumných projektov financovaných Komisiou a poukázala na pridanú hodnotu týchto iniciatív. Centrum EMCDDA predložilo prehľad mechanizmov a tém výskumu súvisiaceho s drogami v členských štátoch a odporúčania jeho vedeckého výboru pre budúce výskumné priority ⁽⁴⁾.

Hlavným zdrojom financovania výskumu v Európe je 7. RP, siedmy rámcový program pre výskum a technologický rozvoj, ktorý bude prebiehať až do roku 2013. V rámci programu „Spolupráca“ 7. RP sa uverejňujú výzvy na predkladanie návrhov osobitne zamerané na oblasti výskumu drog ⁽⁵⁾. Patria k nim výzvy na tému „Návykové a/alebo kompulzívne správanie deťí a mladistvých“, „Pochopenie neplánovaných dôsledkov globálnych opatrení na kontrolu nezákonných drog“ a ALICE-RAP ⁽⁶⁾.

Európska komisia financuje aj ďalšie štúdie súvisiace s drogami v rámci programov „Protidrogová prevencia a informovanosť“, „Prevencia a boj proti trestnej činnosti“, „Trestné súdnictvo“ a „Verejné zdravie“. Projekty, ako napríklad „Štúdia o príprave rámca EÚ pre minimálne kvalitatívne normy alebo kritériá v oblasti znižovania dopytu po drogách“, „Nové metodické nástroje pre hodnotenie politík a programov“ a „Ďalšia analýza trhu EÚ s nezákonnými drogami a reakcií“ prinesú dôležité informácie o jednotlivých výzvach, ktorým členské štáty čelia v tejto oblasti a prispievajú k realizácii súčasnej stratégie a akčného plánu EÚ proti drogám.

EMCDDA v úzkej spolupráci s Európskou komisiou a v súlade so závermi Rady z roku 2009 šíri informácie

Priority budúceho výskumu: odporúčania vedeckého výboru EMCDDA

V rámci príspevku k prebiehajúcej diskusii o európskych prioritách výskumu v oblasti drog vedecký výbor navrhol súbor odporúčaní, ktoré sa vzťahujú na päť hlavných oblastí.

Intervencie: potrebné je zamerať sa na efektívnosť liečebných intervencií, vplyv včasných intervencií a dosah na postihnutých rodinných príslušníkov.

Analýza politiky: potrebný je ďalší výskum týkajúci sa spôsobu tvorby národnej a európskej politiky, spôsobu rozhodovania o tejto politike a jej vykonávania, ale aj spôsobu jej hodnotenia vrátane porovnávania výsledkov v jednotlivých krajinách.

Ponuka nezákonných drog: väčšiu pozornosť je potrebné venovať zlepšeniu ukazovateľov na štúdium dynamiky trhu.

Epidemiologický výskum: na pochopenie dlhodobého priebehu jednotlivých foriem užívania látok sa odporúčajú priebežné kohortové štúdie a pretrvávajú potreba po kvalitnejších metódach na odhad veľkosti populácie užívajúcej drogy.

Základný výskum v oblasti etiológie a priebehu užívania drog: výskumom v tejto oblasti možno zlepšiť diagnostiku a výsledky liečby.

ALICE-RAP

V rámci programu „Spolupráca“ siedmeho rámcového programu pre výskum a technologický rozvoj Európskej komisie sa financuje hlavná výskumná iniciatíva týkajúca sa závislosti. Problémy, ktorým súčasná európska spoločnosť čelí v dôsledku drog a iných závislostí, sú analyzované v rámci projektu „Závislosť a životné štýly v súčasnej Európe – preformulovanie problému závislosti“ (Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project, ALICE-RAP), ktorý združuje výskumníkov z 25 krajín. Rozpočet projektu vo výške 10 miliónov EUR bude použitý na financovanie výskumu všetkých aspektov závislosti pod hlavičkami: prehľad týkajúci sa závislosti, výpočty týkajúce sa závislosti, faktory určujúce závislosť, podnikanie v oblasti závislosti, riadenie činnosti v oblasti závislosti a vyvolávanie závislosti u mládeže.

Viac informácií sa nachádza na webovej stránke projektu ALICE-RAP.

a hlavné zistenia vyplývajúce z týchto projektov v tematickej časti svojich webových stránok venovanej výskumu.

⁽⁴⁾ Pozri rámček „Priority budúceho výskumu: odporúčania vedeckého výboru EMCDDA“.

⁽⁵⁾ Výzvy sú uverejnené v Úradnom vestníku Európskej únie a vedeckí pracovníci sa v nich vyzývajú, aby predložili návrhy na projekty v konkrétnych oblastiach rámcového programu.

⁽⁶⁾ Pozri rámček „ALICE-RAP“.

Informácie o výskume z členských štátov

Európa nemá v súčasnosti žiadny zoznam výskumných projektov súvisiacich s drogami vykonávaných na národnej úrovni. Všetky členské štáty EÚ vykonávajú výskum drogovej problematiky a časť z týchto štúdií je zachytená a použitá v národných správach Reitox. Aj keď citácie z týchto správ sa týkajú len výberu štúdií a nemusia zahŕňať všetky príslušné publikácie v krajine, určité trendy v počte a typoch citovaných

výskumných tém sa dajú identifikovať. V rokoch 2008 až 2010 sa ročný počet štúdií citovaných v národných správach Reitox zvýšil z 370 na 750. Štúdie týkajúce sa reakcií na užívanie drog tvoria najväčšiu kategóriu (34 % všetkých citácií v národných správach z rokov 2008 – 2010), po nich nasledujú štúdie o prevalencii, výskyte a formách užívania drog (29 %) a štúdie o dôsledkoch užívania drog (23 %). Štúdie o metodikách a mechanizmoch a účinkoch drog sa uvádzajú len zriedka.



Kapitola 2

Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad

Úvod

V tejto kapitole sa predkladá prehľad reakcií na drogovú problematiku v Európe a vysvetľujú sa trendy, vývojové zmeny a otázky kvality. Uvádza sa prehľad preventívnych opatrení, po ňom nasledujú intervencie v oblasti liečby, sociálnej reintegrácie a znižovania poškodení. Všetky tieto opatrenia, ktoré sú súčasťou komplexného systému na znižovanie dopytu po drogách, sú čoraz koordinovanejšie a integrovanejšie.

V časti týkajúcej sa presadzovania právnych predpisov súvisiacich s drogami sa uvádza prehľad najnovších údajov o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami a skúma sa úloha, ktorú zohrávajú tajné operácie pri rozložení ponuky nezákonných drog. Táto kapitola končí prehľadom dostupných údajov o užívateľoch drog vo väzniciach a o existujúcich reakciách v tomto konkrétnom prostredí.

Prevenicia

Protidrogovú prevenciu je možné rozdeliť na jednotlivé úrovne alebo stratégie, v rozsahu od zamerania na spoločnosť ako celok (prevencia v prostredí) až po zameranie na rizikových jednotlivcov (indikovaná prevencia). Medzi hlavné výzvy politik prevencie patrí schopnosť zosúladiť tieto rôzne úrovne prevencie stupňu zraniteľnosti cieľových skupín (Derzon, 2007) a zabezpečiť, aby sa intervencie zakladali na dôkazoch a mali dostatočné pokrytie. Väčšina aktivít v oblasti prevencie je zameraná na užívanie látok vo všeobecnosti, len obmedzený počet programov je zameraný na konkrétne látky, ako napr. alkohol, tabak alebo kanabis.

Stratégie zamerané na prostredie

Stratégie prevencie zamerané na prostredie sa sústreďujú na zmenu kultúrneho, sociálneho, fyzického a ekonomického prostredia, v ktorom sa ľudia rozhodnú, že budú užívať drogy. Tieto stratégie spravidla zahŕňajú

opatrenia ako zákaz fajčenia, tvorba cien alkoholu a rozvoj škôl podporujúcich zdravie. Z dôkazov vyplýva, že preventívne opatrenia v prostredí, ktoré pôsobia na spoločenskej úrovni a sú zamerané na spoločenskú atmosféru v školách a komunitách, môžu byť účinné pri zmene normatívnych názorov a následne užívania látok (Fletcher a kol., 2008).

Vďaka nedávne zavedeniu úplného zákazu fajčenia v Španielsku majú teraz už takmer všetky európske krajiny zavedenú nejakú formu zákazu tabaku. Environmentálne stratégie zamerané na alkohol sú v Európe menej časté, aj keď väčšina severných krajín uvádza nárast zavádzania spoľahlivých stratégií⁽⁷⁾, ktoré sa v miestnych štúdiách ukázali ako účinné (Gripenberg a kol., 2007).

Vo väčšine európskych krajín došlo k nárastu zavádzania protidrogových politík na školách⁽⁸⁾ a viac než tretina krajín uvádza, že drogová prevencia je začlenená do školských osnov, napríklad prostredníctvom programov v oblasti „zdravia“ alebo „občianskej výchovy“. Štyri krajiny (Luxembursko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo) uvádzajú zavedenie „celoškolských“ programov prevencie⁽⁹⁾, t. j. prístupu, ktorý bol pozitívne hodnotený z hľadiska zníženia užívania návykových látok (Fletcher a kol., 2008) a ďalších výhod, ako napr. zlepšenie atmosféry na školách a zlepšenie sociálneho začlenenia.

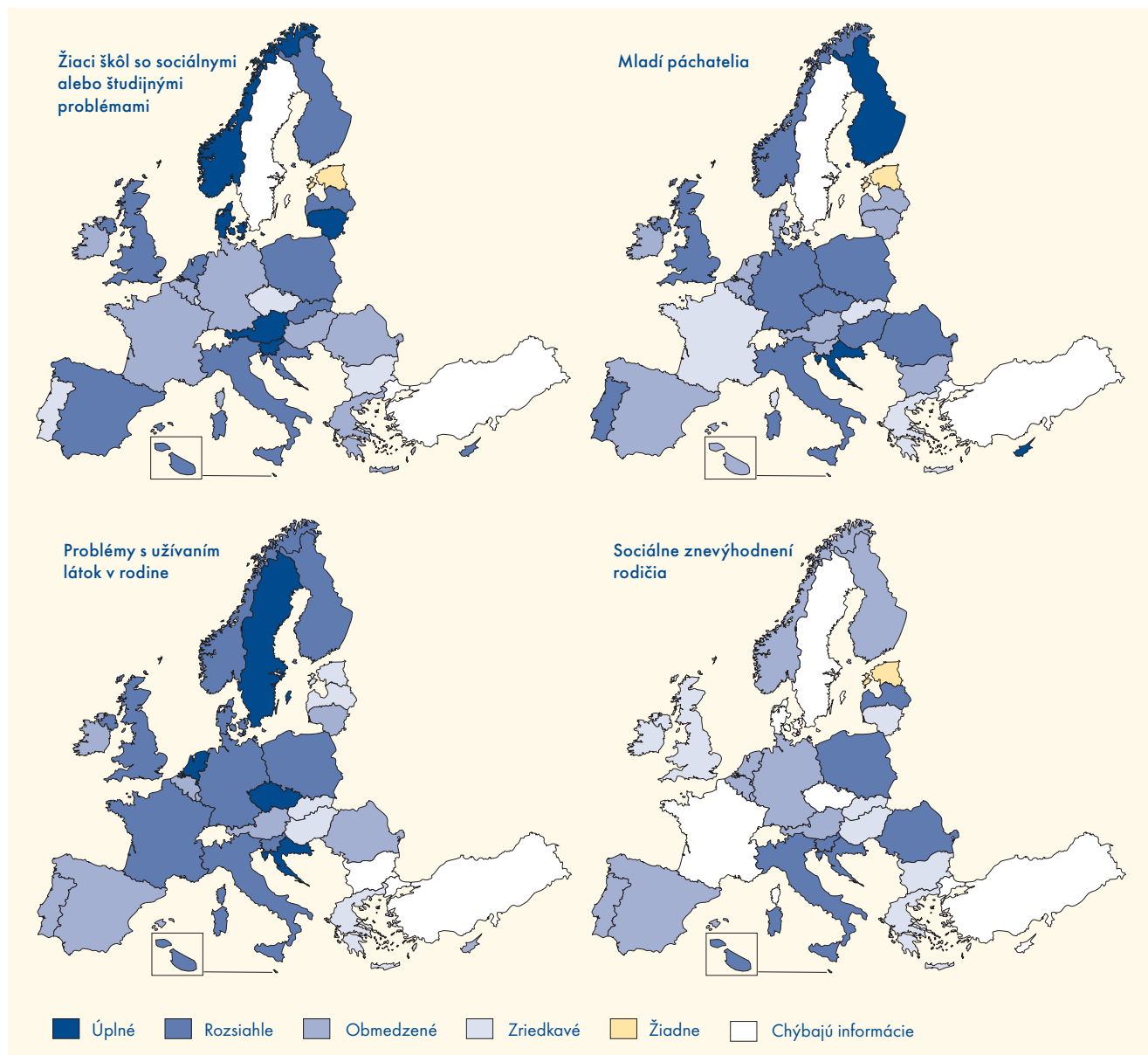
Všeobecná prevencia

Všeobecná prevencia sa zameriava na celé populácie, najmä na úrovni škôl a komunity. Jej cieľom je odradiť od užívania drog alebo oddialiť začatie užívania drog a problémy súvisiace s drogami na základe vybavenia mladých ľudí potrebnými kompetenciami na zabránenie tomu, aby začali užívať drogy. Pri zavádzaní prístupov všeobecnej prevencie z dôkazov vyplýva, že venovanie pozornosti kultúrnemu, normatívnemu a sociálnemu kontextu zvyšuje šance, že programy budú prijaté a budú úspešné (Allen a kol., 2007).

(7) Spoľahlivé stratégie zamerané na predchádzanie predaja alkoholu osobám pod vplyvom alkoholu a neplnoletým kombináciou zaškolenia obsluhy a policajných intervencií.

(8) Protidrogová politika na školách stanovuje normy a nariadenia týkajúce sa užívania látok v školskom prostredí a poskytuje usmernenie, ako postupovať pri porušení pravidiel.

(9) Celoškolské prístupy majú za cieľ zabezpečiť ochranné prostredie a pozitívnu atmosféru na školách.

Obrázok 3: Poskytovanie intervencií v oblasti selektívnej prevencie podľa odhadov národných expertov

Poznámka: Opatrenie sa vzťahuje na všeobecné a geografické rozdelenie intervencií, a hodnotí sa ako: úplné, ak takmer vo všetkých relevantných lokalitách (oblastiach, v ktorých cieľová populácia je dostačujúca na vykonanie intervencie); rozsiahle, ak sa poskytuje vo väčšine, ale nie vo všetkých relevantných lokalitách; obmedzené, ak sa poskytuje vo viac ako niekoľkých, ale nie vo väčšine relevantných lokalitách; zriedkavé, ak sa poskytuje iba v niekoľkých relevantných lokalitách; žiadne, ak intervencia nie je dostupná. Informácie boli zhromaždené prostredníctvom štruktúrovaného dotazníka.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Z celoeurópskeho odborného hodnotenia vyplýva, že malý posun v prevencii na školách od prístupov, ktoré sa ukázali byť neefektívne, ako napr. samotné poskytovanie informácií, informačné dni a testovanie na drogy v školách, k sľubnejším prístupom, ako napr. príručky s programami zameranými na životné návyky a intervencie konkrétne zamerané na chlapcov. Krajiny tiež uvádzajú, že niektoré účinnejšie všeobecné intervencie v oblasti prevencie sa prenášajú medzi krajinami ⁽¹⁰⁾. Avšak napriek dostupnosti kladne hodnotených metód prevencie, stále častejšie niektoré krajiny uvádzajú mnohé intervencie, ktoré nie

sú podložené vedeckými dôkazmi, ako napr. návštevy expertov a policajtov na školách.

Všeobecná rodinná prevencia je zväčša vo forme jednoduchých a nenákladných intervencií, ako napr. večery rodičov a distribúcia letákov a brožúr. Zložitejšie intervencie, ako napríklad rodičovské skupiny pre priamu vzájomnú komunikáciu (peer-to-peer) (Nemecko, Írsko), vzdelávanie v oblasti osobných a sociálnych kompetencií (Grécko, Portugalsko) alebo príručky s výchovnými programami (Španielsko, Veľká Británia) sa uvádzajú len zriedkavo.

⁽¹⁰⁾ Pozri SFP, FRED, Preventure, EU-DAP a GBG na portáli s najlepšimi postupmi.

Selektívna prevencia

Pri selektívnej prevencii sa zabezpečujú intervencie v rámci špecifických skupín, rodín alebo komunit, ktoré pre obmedzené sociálne väzby a zdroje môžu byť náchylnejšie na užívanie drog alebo na vznik závislosti. Niekoľko členských štátov uvádza posun v zameraní svojich stratégií na zraniteľnosť, zatiaľ čo z odborného hodnotenia vyplýva celkový nárast v období rokov 2007 až 2010 v poskytovaní intervencií ohrozeným skupinám okrem intervencií zameraných na mládež v ústavnej starostlivosti. Najväčšie nárasty sa uvádzali v prípade žiakov s problémami na školách a v sociálnej oblasti (úplné alebo rozsiahle poskytovanie intervencií v 16 krajinách) a v prípade mladých páchatelov porušujúcich právne predpisy súvisiace s drogami (úplné alebo rozsiahle poskytovanie intervencií v 12 krajinách) (obrázok 3). V prvom prípade by mohlo ísť o zvýšenú pozornosť niektorých členských štátov a Európskej únie zlyhaniu na školách a predčasnému ukončeniu školskej dochádzky, ktoré majú rovnaké rizikové faktory ako v prípade problémového užívania drog (King a kol., 2006). Zvýšené poskytovanie intervencií v prípade mladých páchatelov by sa dalo čiastočne vysvetliť zavedením programu FRED, viacnásobného psychosociálneho programu (EMCDDA, 2010a) vo viacerých krajinách, ako aj nových intervencií v prípade prvopáchatelov v Grécku, Írsku a Luxembursku.

Zvýšené poskytovanie intervencií zameraných na zraniteľné rodiny sa tiež uvádzalo, najmä v prípade osôb s problémami s užívaním látok (úplne alebo rozsiahle poskytovanie intervencií v 14 krajinách) a sociálne znevýhodnených rodín (úplne alebo rozsiahle poskytovanie intervencií v siedmich krajinách) (obrázok 3). V tejto súvislosti možno poukázať na rastúcu popularitu programu „Posilňovanie rodín“ (Kumpfer a kol., 2008) v Európe: tento program bol nedávno zavedený v troch nových krajinách (Nemecko, Poľsko, Portugalsko) a na ďalších miestach v Spojenom kráľovstve.

Selektívnu prevenciu možno vykonávať prostredníctvom terénnej práce alebo služieb v inštitúciách. Preventívna práca s etnickými skupinami a návštevníkmi večierkov/festivalov sú jedinými oblasťami, kde sa uvádza väčšia miera terénnej práce, pričom existujú správy o znížení terénnej práce v prípade mládeže bez domova. Celkovo možno konštatovať, že väčšina kontaktov v rámci služieb so sociálne vylúčenými skupinami, ako napr. osoby s predčasne ukončenou školskou dochádzkou, prisťahovalci a mladými ľuďmi bez domova, sa uskutočňuje na úrovni inštitúcií.

Okrem toho sa pomerne málo vie o obsahu mnohých programov selektívnej prevencie⁽¹¹⁾. Celkovo z dostupných údajov vyplýva, že k najbežnejším intervenciám v Európe patria tie, ktoré kladú dôraz na informácie, zvyšovanie

informovanosti a poradenstvo, napriek rastúcemu počtu dôkazov o účinnosti prístupov, ako napr. stanovenie noriem, motivácia, zručnosti a rozhodovanie.

Indikovaná prevencia

Cieľom indikovanej prevencie je identifikovať jednotlivcov s problémovým správaním alebo psychickými problémami, na základe ktorých existuje predpoklad rozvoja problémového užívania látok v budúcnosti, a zamerať sa špeciálnymi intervenciami jednotlivo na tieto osoby. Množstvo programov indikovanej prevencie bolo kladne hodnotené (EMCDDA, 2009c).

Len polovica členských štátov EÚ a Nórsko uvádza existenciu aktivít v oblasti indikovanej prevencie a len veľmi málo krajín uvádza používanie štruktúrovaných intervencií založených na príručkách. Stále väčší počet krajín uvádza, že na identifikáciu zraniteľných žiakov využíva školské prostredie, najmä žiakov s poruchami správania, čo sa často spája s neskorším užívaním drog. Belgicko, Česká republika, Portugalsko a Nórsko uvádzajú používanie nových nástrojov pre skrining a včasné odhalenie v prostredí škôl aj komunit.

Včasná intervencia a poradenstvo v prípade užívania drog patria k najčastejšie uvádzaným stratégiám indikovanej prevencie. O intervenciách zameraných na včasný nástup behaviorálnych problémov existuje len málo správ. To znamená, že v Európe nie je plne využitý potenciál indikovanej prevencie, ktorá pomáha znižovať vplyv neurobehaviorálnych problémov v detstve, ako napr. agresivita a impulzivnosť, na neskoršie správanie, spojené s užívaním látok (EMCDDA, 2009c). Indikovaná prevencia môže fungovať ako premostenie medzi prevenciou v prostredí komunity a špecializovanou liečbou v klinickom prostredí, najmä pri včasných intervenciách zameraných na konkrétne skupiny, napr. zraniteľných užívateľov kanabisu alebo alkoholu.

Liečba

Hlavnými metódami, ktoré sa v Európe používajú na liečbu problémov súvisiacich s drogami, sú psychosociálne intervencie, substitučná liečba závislosti od opioidov a detoxifikácia. Relatívny význam rôznych metód liečby v každej krajine je ovplyvnený niektorými faktormi vrátane organizácie národného systému zdravotnej starostlivosti. Služby v oblasti protidrogovej liečby možno poskytovať v rôznych prostrediach: oddeleniach špecializovanej liečby vrátane ambulantných a lôžkových zariadení, psychiatrických klinikách a nemocniciach, zariadeniach vo väzení, nízkoprahových zariadeniach a ambulanciách praktických lekárov.

⁽¹¹⁾ Niektoré príklady sú však uvedené na webovej stránke venovanej výmene informácií o opatreniach na znižovanie dopytu po drogách.

Neexistuje žiadny súbor údajov umožňujúci charakterizovať celú populáciu užívateľov drog, ktorí v súčasnosti absolvujú protidrogovú liečbu v Európe. Informácie o významej podskupine tejto populácie sa však zhromažďujú v rámci ukazovateľa dopytu po liečbe centra EMCDDA, ktorý sústreďuje údaje o osobách vstupujúcich do špecializovanej protidrogovej liečby počas príslušného kalendárneho roka umožňujúce získať prehľad o ich charakteristikách a profiloch užívania drog ⁽¹²⁾. V roku 2009 ukazovateľ registroval okolo 460 000 osôb, ktoré vstúpili do liečby, pričom 38 % (175 000) z nich vstúpilo do protidrogovej liečby po prvýkrát v živote.

Na základe celého radu rôznych zdrojov vrátane ukazovateľa dopytu po liečbe možno odhadnúť, že v roku 2009 absolvovalo v Európskej únii, Chorvátsku, Turecku a Nórsku protidrogovú liečbu zameranú na užívanie nezákonných drog prinajmenšom 1,1 milióna osôb ⁽¹³⁾. Aj keď viac ako polovica z týchto klientov absolvovala substitučnú liečbu závislosti od opiodov, značný počet absolvoval iné formy liečby problémov súvisiacich s opiodmi, stimulantmi, kanabisom a inými nezákonnými drogami ⁽¹⁴⁾. Z tohto odhadu protidrogovej liečby v Európskej únii, aj keď je potrebné určité zlepšenie, vyplýva pomerne vysoká úroveň poskytovania liečby, aspoň pre užívateľov opiodov. Je to dôsledok veľkého rozšírenia špecializovaných ambulantlych služieb v posledných dvoch desaťročiach s výrazným zapojením primárnej zdravotnej starostlivosti, svojpomocných skupín, všeobecných zariadení starostlivosti o duševné zdravie, poskytovateľov terénnych a nízkoprahových služieb.

Najmä v západnej Európe sa prejavuje postupný odklon od posudzovania protidrogovej liečby ako súčasť niektorých špecializovaných disciplín zabezpečujúcich intenzívne, krátkodobé intervencie k multidisciplinárnemu, integrovanému a dlhodobému prístupu. Sčasti je to reakcia na to, že sa na drogovú závislosť stále viac nazerá ako na postupujúce chronické ochorenie, ktoré u mnohých klientov je poznamenané cyklami remisie, relapsu, opakovanej liečby a zdravotným postihnutím (Dennis a Scott, 2007), tento náhľad podporujú údaje zhromaždené centrom EMCDDA, z ktorých vyplýva, že viac než polovica osôb vstupujúcich do liečby už predtým absolvovala liečbu. Ďalším faktorom je, že v západoeurópskych krajinách dochádza k výraznému starnutiu populácií užívateľov drog absolvujúcich liečbu, najmä dlhodobých problémových užívateľov s predchádzajúcimi liečebnými epizódami a uvádzajúcich viaceré zdravotné a sociálne problémy (EMCDDA, 2010f).

V rámci reakcie niektoré vnútroštátne a miestne protidrogové stratégie odporúčajú prístup spočívajúci v nepretržitej starostlivosti s dôrazom na koordináciu a integráciu intervencií rôznych poskytovateľov protidrogovej liečby (napr. prepustenie z pobytového zariadenia a zaradenie do ambulantlych liečby) a liečby a širšieho spektra zdravotných a sociálnych služieb. Trvalá starostlivosť je založená na pravidelnom sledovaní stavu klienta, včasnom odhaľovaní možných problémov, odporúčaní služieb zdravotnej a sociálnej starostlivosti a pokračujúcej podpore klientov bez stanoveného časového rámca. Všeobecní lekári môžu v tejto oblasti zohrávať rozhodujúcu úlohu. V rámci nedávneho francúzskeho prieskumu medzi poskytovateľmi služieb sa uznala úloha všeobecných lekárov pri umožňovaní prístupu užívateľom opiodov k odbornej starostlivosti v prípade poskytovania odporúčaní do nemocníc na začatie liečby metadónom, ako aj pokračovanie liečby po prepustení. V ďalšom príklade sa uvádza, že holandská vláda a miestne orgány v štyroch najväčších mestách krajiny prijali integrovaný prístup k liečbe v rámci širšej stratégie sociálnej podpory, ktorý zahŕňa široké spektrum zariadení.

Reakcie v oblasti trvalej starostlivosti a integrovanej liečby možno podporiť prípravou protokolov o starostlivosti, usmernení a stratégií riadenia medzi poskytovateľmi (Haggerty a kol., 2003). Pri prieskume medzi národnými kontaktnými miestami z roku 2010 sa zistilo, že 16 krajín má dohody o partnerstve so zariadeniami na protidrogovú liečbu a sociálnymi službami. V šiestich krajinách (Francúzsko, Holandsko, Portugalsko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo, Chorvátsko) sa najčastejšie používajú štruktúrované protokoly ako mechanizmy koordinácie medzi zariadeniami, zatiaľ čo v iných krajinách sa partnerstvá opierajú hlavne o neformálne siete.

„Vybraná téma“ týkajúca sa financovania protidrogovej liečby a nákladov na ňu

V tomto období fiškálnych úsporných opatrení sa zvýšená pozornosť venuje všetkým aspektom štátnych výdavkov vrátane nákladov na liečbu. Vo „vybranej téme“, ktorú tento rok uverejnilo centrum EMCDDA, sa mapujú hlavné zdroje financovania protidrogovej liečby vo viacerých európskych krajinách. Sú v nej zhrnuté dostupné údaje o tom, koľko sa vydalo na služby v oblasti protidrogovej liečby a koľko na náklady na liečbu.

Táto publikácia je k dispozícii v tlačenej forme a na webovej stránke EMCDDA len v anglickom jazyku.

⁽¹²⁾ Pre ukazovateľ dopytu po liečbe boli poskytnuté údaje zo špecializovaných protidrogových centier z 29 krajín. Väčšina krajín poskytla údaje za viac než 60 % svojich jednotiek, aj keď v prípade niektorých krajín je podiel zahrnutých jednotiek neznámy (pozri tabuľku TDI-7 v štatistickej ročenke 2011).

⁽¹³⁾ Pozri tabuľku HSR-10 v štatistickej ročenke.

⁽¹⁴⁾ Podrobnejšie informácie o konkrétnych typoch liečby závislosti od jednotlivých látok a ich účinnosti, kvalite a dôkazoch sú uvedené v príslušných kapitolách.

Ambulantná liečba

V Európe sa väčšia časť protidrogovej liečby poskytuje ambulantne. K dispozícii sú informácie asi o 400 000 užívateľoch drog, ktorí vstúpili v roku 2009 do ambulantnej liečby. Polovica osôb vstupujúcich do liečby (51 %) uvádza ako primárnu drogu opioidy, hlavne heroín, zatiaľ čo 24 % uvádza kanabis a 18 % kokaín a 4 % iné stimulanty ako kokaín. Najbežnejší spôsob vyhľadania liečby je, že ju vyhľadajú sami (37 %), potom nasleduje liečba na základe odporúčania protidrogových, sociálnych a zdravotníckych služieb (28 %) a na základe odporúčania systému trestného súdnicstva (20 %). Zvyšok sú klienti na základe odporúčania rodiny a priateľov a neformálnych sietí ⁽¹⁵⁾.

Vstupujúci do ambulantnej liečby sú zďaleka tou najväčšou skupinou užívateľov drog, v prípade ktorých je možné uviesť osobné a sociálne charakteristiky a profily užívania drog. Sú to predovšetkým mladí muži s priemerným vekom 32 rokov. Počet mužov je takmer štyrikrát vyšší ako počet žien, čo čiastočne odráža prevahu mužov medzi problematickejšími užívateľmi drog. Spomedzi klientov, ktorí vstupujú do liečby, primárni užívatelia kanabisu sú takmer o 10 rokov mladší (25) než primárni užívatelia kokaínu (33) a opioidov (34). Najmladších klientov (25 - 26) v priemere uviedlo Poľsko, Maďarsko a Slovensko - krajiny, ktoré sa pripojili k EÚ v roku 2004 - a najstarších klientov uviedlo Španielsko, Taliansko a Holandsko (34). Pomery medzi mužmi a ženami sú vysoké pre všetky látky, aj keď sú rôzne, pokiaľ ide o konkrétnu drogu a krajinu. Pomery medzi mužmi a ženami sú spravidla vyššie v krajinách na juhu Európy a nižšie v krajinách na severe ⁽¹⁶⁾.

Dve hlavné formy ambulantnej liečby v Európe sú psychosociálne intervencie a substitučná liečba závislosti od opioidov. Psychosociálne intervencie zahŕňajú poradenstvo, motivačné pohovory, kognitívnu behaviorálnu terapiu, manažment prípadov, skupinovú a rodinnú terapiu a prevenciu relapsu. V závislosti od krajiny ich poskytujú zväčša verejné inštitúcie alebo mimovládne organizácie. Psychosociálne intervencie podporujú užívateľov v ich snahe zvládnuť a prekonať svoje problémy s drogami a predstavujú hlavnú formu liečby užívateľov stimulujúcich drog, ako napr. kokaín a amfetamíny. V prípade užívateľov opioidov sa často poskytujú v kombinácii so substitučnou liečbou. Podľa prieskumu národných expertov z roku 2008 väčšina európskych krajín uvádza dostupnosť ambulantnej psychosociálnej liečby pre osoby, ktoré ju vyhľadajú. Aj

keď v rámci Európy panujú značné rozdiely, väčšina krajín uviedla priemernú čakaciu dobu menej ako mesiac.

Substitučná liečba je prevládajúcou možnosťou liečby pre užívateľov opioidov v Európe. Vo všeobecnosti sa poskytuje v špecializovaných ambulantlych zariadeniach, aj keď v niektorých krajinách je k dispozícii aj v nemocničných zariadeniach a stále častejšie sa poskytuje vo väzniciach ⁽¹⁷⁾. Čoraz významnejšiu úlohu zohrávajú všeobecní lekári v ambulanciách, ktorí často majú uzatvorené dohody o spoločnej starostlivosti so špecializovanými centrami. Substitučná liečba závislosti od opioidov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ a tiež aj v Chorvátsku a Nórsku. V Turecku bola v roku 2010 zavedená substitučná liečba formou kombinácie buprenorfinu a naloxonu. Celkove sa odhaduje, že v roku 2009 sa v Európe uskutočnilo približne 700 000 substitučných liečebných procesov (pozri kapitolu 6) ⁽¹⁸⁾.

Nemocničná liečba

K dispozícii sú informácie približne o 44 000 klientoch, ktorí vstúpili v roku 2009 v Európe do protidrogovej liečby v nemocničných zariadeniach ⁽¹⁹⁾. Polovica týchto klientov uvádza ako primárnu drogu opioidy (53 %), nasleduje kanabis (16 %), kokaín (8 %) a nekokaínové stimulanty (12 %). Nemocničnými klientmi sú hlavne mladí muži v priemere vo veku 31 rokov a v pomere 3 muži na jednu ženu ⁽²⁰⁾.

Pri nemocničnej alebo pobytovej liečbe sa od pacientov vyžaduje, aby počas niekoľkých týždňov až mesiacov v zariadeniach nocovali. V mnohých prípadoch sú tieto programy zamerané na to, aby umožnili klientom zdržať sa užívania drog a neumožňujú substitučnú liečbu. Detoxifikácia od drog, krátkodobá intervencia pod lekárskej dohľadom zameraná na vyriešenie abstinenčných príznakov spojených vysadením drogy po chronickom užívaní, je niekedy nevyhnutnou podmienkou pre začatie dlhodobej abstinenčnej nemocničnej liečby. Detoxifikácia sa obvykle poskytuje v nemocniciach ako intervencia pre nemocničných pacientov, v špecializovaných liečebných centrách alebo pobytových zariadeniach s nemocničnými alebo psychiatrickými oddeleniami.

Klientom sa v nemocničných zariadeniach poskytuje ubytovanie, individuálne štruktúrovaná psychosociálna liečba a zúčastňujú sa na činnostiach, ktoré ich majú pripraviť na rehabilitáciu a reintegráciu do spoločnosti.

⁽¹⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-16 a TDI-19 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-9 (časť iv), TDI-21 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2011. Informácie o liečbe klientov podľa primárnej látky sa uvádzajú v príslušných kapitolách.

⁽¹⁷⁾ Pozri „Pomoc užívateľom drog vo väzniciach“, s. 40.

⁽¹⁸⁾ Pozri tabuľky HSR-1, HSR-2 a HSR-3 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁹⁾ Tento číselný údaj je potrebné interpretovať s opatrnosťou, pretože nezahŕňa všetkých užívateľov, ktorí dočasne vstupujú do nemocničnej liečby v rámci komplexnejšieho procesu liečby.

⁽²⁰⁾ Pozri tabuľky TDI-7, TDI-10, TDI-19 a TDI-21 štatistickej ročenke 2011.

V tomto kontexte sa často používa komunitný terapeutický prístup. Nemocničnú protidrogovú liečbu poskytujú aj psychiatrické nemocnice, a to pre klientov s komorbidnými psychiatrickými poruchami.

Podľa prieskumu národných expertov z roku 2008 väčšina európskych krajín uvádza dostupnosť nemocničnej psychosociálnej liečby a detoxifikačných služieb pre osoby, ktoré ju vyhľadajú. Odhady čakacích lehôt pre prístup k nemocničnej psychosociálnej liečbe, ktoré poskytli experti zo 16 krajín sa líšia v rámci Európy. V 14 krajinách sa uvádzali menej ako mesačné čakacie lehoty, niekoľko mesačné v Maďarsku a 25 týždňov v Nórsku.

Sociálna reintegrácia

Miera sociálneho vylúčenia medzi klientmi protidrogovej liečby je spravidla vysoká, čo môže potenciálne brániť úplnému vyliečeniu osôb a oslabiť prínosy liečby. Z údajov o klientoch, ktorí vstúpili do protidrogovej liečby v roku 2009 vyplýva, že väčšina z nich boli nezamestnaní (59 %) a takmer každý desiaty nemal stabilné ubytovanie (9 %). Medzi klientmi absolvujúcimi liečbu je bežná nízka úroveň vzdelania, pričom 37 % má len základné vzdelanie a 4 % nedosiahlo ani túto úroveň ⁽²¹⁾. Čoraz častejšie sa uznáva, že rozvoj služieb na boj proti marginalizácii a stigmatizácii zlepši vyhliadky na úspešnú sociálnu reintegráciu klientov a zlepšenie ich kvality života (Lloyd, 2010).

Sociálna reintegrácia užívateľov drog do ich miestnych komunit sa považuje za najdôležitejšiu súčasť komplexných protidrogových stratégií, orientuje sa na zlepšenie sociálnych zručností, podporu vzdelávania a zamestnateľnosti a uspokojenie potrieb bývania. Riešenie sociálnych potrieb klientov, ktorí absolvujú protidrogovú liečbu, môže zohrávať úlohu pri znižovaní užívania drog a udržaní ich dlhodobej abstinencie (Laudet a kol., 2009).

Dvadsaťjeden európskych krajín uvádza, že ich národná protidrogová stratégia ⁽²²⁾ obsahuje konkrétne časti týkajúce sa sociálnej reintegrácie zamerané najmä na potreby užívateľov drog, pokiaľ ide o bývanie, vzdelávanie a zamestnanie. Služby v oblasti sociálnej reintegrácie sa poskytujú buď súběžne s protidrogovou liečbou, alebo po ukončení liečby, pričom sa opierajú o spoluprácu medzi špecializovanými liečebnými zariadeniami a inštitúciami zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Celkovo, aj keď väčšina krajín uvádza existenciu intervencií v oblasti bývania, vzdelávania a účasti na trhu práce, z dostupných údajov vyplýva, že úrovne poskytovania nie sú dostačujúce na uspokojenie potrieb osôb absolvujúcich protidrogovú liečbu.

Bývanie

Zabezpečenie prístupu k stálemu bývaniu a jeho udržaniu je pre reintegráciu procesu rozhodujúce, pomáha udržať klientov v liečbe a podporiť prevenciu relapsu (Milby a kol., 2005).

V Európe je poskytovanie služieb zameraných na riešenie bytových potrieb pacientov v liečbe drogovej závislosti celkovo na nízkej úrovni. Z 29 krajín, ktoré reagovali na nedávny prieskum, menej než jedna tretina uvádza, že väčšina klientov absolvujúcich liečbu by mohla získať prístup k núdzovému ubytovaniu (deväť), prechodnému bývaniu (osem) a podporovaným službám v oblasti bývania (päť).

Napriek nízkej úrovni poskytovania uvádzanej európskymi krajinami, väčšina uvádza dostupnosť zariadení sociálneho bývania zameraných na zraniteľné skupiny, ktoré sú v rôznej miere dostupné osobám absolvujúcim protidrogovú liečbu. Takéto ubytovanie zvyčajne poskytujú miestne orgány alebo mimovládne organizácie. Dĺžka pobytu môže byť rôzna a vstup môže byť podmienený (napr. že osoba nesmie užívať drogy, dohľad zo strany liečebného personálu). Okrem toho mnohé krajiny prispôbili bývanie ľuďom absolvujúcim protidrogovú liečbu, napr. 18 krajín uvádza zabezpečenie núdzového ubytovania (napr. nocľahárne, zariadenia poskytujúce nocľah s raňajkami) a 20 krajín poskytuje určitú úroveň prechodného ubytovania, ako napr. „domy na pol ceste“. Nezávislý život môže byť dôležitým krokom k začleneniu do spoločnosti a v 12 krajinách liečení klienti majú určitý prístup k zariadeniu podporovaného bývania, zatiaľ čo 15 krajín uvádza programy, ktoré umožňujú prístup k nezávislému bývaniu v rámci všeobecného trhu s bývaním. Vo Francúzsku špecializované liečebné centrá poskytujú tzv. „kľzavé“ nájomy. Centrum platí nájom za bývanie a prenajíma ho potom klientovi, ktorý prispieva malou čiastkou na nájomné. Klient dostáva podporu na nájom s administratívnymi úlohami (napr. platenie účtov) a riadenie rozpočtu a po „skúšobnej dobe“ sa stane oficiálnym nájomcom.

Odborná príprava a vzdelávanie

Potreby vzdelávania užívateľov drog absolvujúcich liečbu možno riešiť viacerými spôsobmi. Aj keď bežný vzdelávací systém môže poslúžiť ako prvá možnosť, individuálne a systémové bariéry, ako napr. nízke očakávania, stigmatizácia a strach zo zlyhania, môžu brániť účasti klientov (Lawless a Cox, 2000). Jedenásť krajín uvádza dostupnosť podporných programov zameraných na umožnenie prístupu pacientom v liečbe drogovej závislosti k bežnému vzdelávaniu. Okrem toho 15 krajín uvádza, že pacienti v liečbe drogovej závislosti sa môžu zúčastňovať

⁽²¹⁾ Pozri tabuľky TDI-12, TDI-13 a TDI-15 v štatistickej ročenke 2011.

⁽²²⁾ Litva a Rakúsko nemali národnú protidrogovú stratégiu v čase uskutočnenia prieskumu.

na vzdelávacích programoch zameraných na sociálne ohrozené skupiny.

Odborné alebo technické vzdelávanie pomáha ľuďom získať praktické zručnosti potrebné pre prácu v určitom povolani alebo remese a zvyčajne vedie k získaniu odbornej kvalifikácie. Vo väčšine krajín (20) klienti absolvujú odbornú prípravu prostredníctvom intervencií zameraných na sociálne ohrozené skupiny. V 16 krajinách tiež existujú intervencie v oblasti odbornej prípravy špeciálne zamerané na osoby absolvujúce protidrogovú liečbu.

Zamestnanosť

Zamestnateľnosť je kľúčovým pojmom v sociálnej reintegrácii a potreby užívateľov drog v oblasti zamestnateľnosti viaceré európske krajiny riešia vo svojich národných stratégiách zamestnanosti. Aktivity na zvýšenie zamestnateľnosti môžu byť zamerané na psychologickú oblasť (napr. osobný rozvoj, sebarealizácia, sebaúcta, schopnosti zvládať ťažkosti) a môžu poskytnúť pre zotavujúcich sa užívateľov drog alternatívne skupiny rovesníkov a nové zručnosti, ktoré im pomôžu pri úspešnom opätovnom začlenení do širšej komunity. Pätnásť krajín uvádza, že zamestnateľnosť osôb absolvujúcich protidrogovú liečbu je riadnym, štandardným cieľom individuálnych plánov starostlivosti.

Z dôkazov vyplýva, že zamestnanosť a podpora zamestnateľnosti zlepšuje výsledky protidrogovej liečby (Kaskutas a kol., 2004) a má pozitívny vplyv na zdravie a kvalitu života a na zníženie kriminality (Gregoire a Snively, 2001). Podporné systémy, ako napr. prechodný trh práce, ktorý poskytuje platenú prácu v osobitne vytvorených dočasných zamestnaniach, môžu pomôcť preklenúť obdobie medzi dlhodobou nezamestnanosťou a možnosťou zamestnať sa na otvorenom trhu práce. Tieto systémy sú všeobecne zamerané na znevýhodnené osoby (napr. prostredníctvom vytvárania podnikov na zamestnanie osôb so zdravotným postihnutím alebo sociálne vylúčených osôb) a môžu zahŕňať pracovné a dobrovoľnícke práce.

Dvadsať krajín uvádza intervencie v oblasti prechodného trhu práce dostupné sociálne ohrozeným skupinám, ktoré sú prístupné aj osobám absolvujúcim protidrogovú liečbu, v 11 krajinách sú takéto intervencie dostupné špeciálne pre klientov absolvujúcich liečbu. Napríklad v Írsku organizácia Ready for Work pomáha bezdomovcom vrátane užívateľov drog, aby sa mohli zúčastniť sa odbornej prípravy alebo nastúpiť do zamestnania tým, že im zabezpečí odbornú prípravu pred nástupom do zamestnania, neplatenú prax

a následnú podporu. Pacienti v liečbe drogovej závislosti sa môžu zúčastňovať na ďalších iniciatívach, ako napr. podporované zamestnanie, ktoré pomáha osobám so zdravotným postihnutím alebo iným znevýhodneným skupinám zabezpečiť a udržať si platené zamestnanie. Aj keď 17 krajín uvádza dostupnosť intervencií v oblasti podporovania zamestnávania pre klientov absolvujúcich protidrogovú liečbu, len 4 krajiny uvádzajú dostatočnú úroveň služieb.

Znižovanie poškodení

Prevenca a znižovanie škôd súvisiacich s drogami je cieľom verejného zdravotníctva vo všetkých členských štátoch EÚ a protidrogovej stratégie EÚ⁽²³⁾. Prehľad vedeckých dôkazov o intervenciách na znižovanie škôd, ako aj štúdie preukazujúce kombinovaný vplyv týchto intervencií sú teraz k dispozícii na účely plánovania služieb (EMCDDA, 2010b)⁽²⁴⁾.

K hlavným intervenciám v tejto oblasti patrí substitučná liečba závislosti od opioidov a programy poskytovania ihiel a striekačiek, ktoré sú zamerané proti úmrtiam z predávkovania a šíreniu infekčných chorôb. Všetky krajiny uvádzajú dostupnosť substitučnej liečby a programy poskytovania ihiel a striekačiek existujú vo všetkých krajinách okrem Turecka. V posledných dvoch desaťročiach v Európe došlo k zvýšeniu úrovne a konsolidácii v oblasti znižovania poškodení a jeho integrácii s radom iných služieb zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Od počiatočného zamerania z konca osemdesiatych rokov minulého storočia na epidémiu HIV/AIDS sa znižovanie poškodení rozšírilo do širšej perspektívy uspokojovania zdravotných a sociálnych potrieb problémových užívateľov drog, najmä sociálne vylúčených.

V roku 2009 sa počet klientov vstupujúcich do substitučnej liečby vo väčšine krajín zvýšil⁽²⁵⁾. Okrem toho Bulharsko, Česká republika, Grécko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko a Chorvátsko uviedli zvýšenie využívania nízkoprahových zariadení na znižovanie škôd a v Maďarsku došlo ku geografickému rozšíreniu programov výmeny ihiel a striekačiek.

Väčšina európskych krajín poskytuje určitý rozsah zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb vrátane vyhodnotenia individuálneho rizika a poradenstva, cielených informácií a poučenia o bezpečnejšom užívaní. V posledných rokoch sa zvýšila miera distribúcie iného injekčného vybavenia ako ihly a striekačky, podporovania používania kondómu v prípade injekčných užívateľov drog, testovania na infekčné choroby a poradenstva,

⁽²³⁾ KOM(2007) 199 v konečnom znení.

⁽²⁴⁾ Pozri aj portál s najlepšimi postupmi.

⁽²⁵⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2011 a kapitulu 6.

antiretrovirálnej liečby a očkovania proti vírusovej hepatitíde. Z modelových prognóz vyplýva, že poskytovanie intervencií s najväčším potenciálnym vplyvom (programy poskytovania ihl a striekačiek, substitučná liečba a antiretrovirusová liečba) značnej časti cieľovej populácie a po dlhšiu dobu znižuje riziko prenosu vírusu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, ale naznačujú aj, že najväčší vplyv sa dosiahne, ak je infekcia ešte na nízkej úrovni (Degenhardt a kol., 2010).

Francúzsky národný ústav pre zdravie a medicínsky výskum (Inserm) uskutočnil v roku 2010 multidisciplinárny výskum dôkazovej základne pre intervencie na minimalizáciu škôd zamerané na zníženie rizika infekcií medzi užívateľmi drog. V rámci štúdie sa skúmala vedecká literatúra týkajúca sa medicínskych, epidemiologických, sociologických, ekonomických aspektov a aspektov v oblasti verejného zdravia týkajúcich sa znižovania poškodení a organizovali sa zasadnutia odborníkov a verejné diskusie. V „kolektívnej expertnej správe“ sa odporúča, aby sa politiky znižovania škôd považovali za základnú súčasť širšej stratégie na zníženie rozdielov v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Okrem toho v rámci kontinuity starostlivosti je potrebné služby integrovať s ďalšími službami pre užívateľov drog. Aj keď prioritou zostáva, že by sa malo zamedziť užívaniu drog a prechodu na injekčné užívanie, injekčným užívateľom drog by sa malo umožniť znížiť riziká súvisiace s injekčným užívaním. V správe sa odporúča, aby opatrenia na minimalizáciu škôd boli súčasťou individuálnych plánov pomoci tak, ako je tomu v prípade zdravotných a sociálnych intervencií.

Zabezpečenie kvality

Väčšina európskych krajín uskutočňuje množstvo aktivít zameraných na zabezpečenie kvality drogových intervencií a služieb. Patrí k nim vypracovanie usmernení týkajúcich sa liečby, referenčné porovnávanie služieb, vzdelávanie zamestnancov a postupy na certifikáciu kvality a akreditáciu.

Normy kvality pre Európu

Štúdia EQUUS, ktorú zadala Európska komisia, je zameraná na dosiahnutie súladu medzi európskymi odborníkmi a zainteresovanými stranami v oblasti existujúcich štandardov kvality pri intervenciách na znižovanie dopytu. Patrí k tomu jasnejšie vymedzenie minimálnych noriem, ktoré sa používajú v súvislosti s odporúčaniami založenými na dôkazoch a organizačnými postupmi. Štúdia EQUUS sa zaoberá týmto nesúlalom a rozlišuje tri typy noriem. Vymedzené sú ako štruktúrne normy (napr. fyzické prostredie, dostupnosť, personálne zloženie a kvalifikácia),

Zapájanie užívateľov drog

Koncepcia zapájania užívateľov služieb do zdravotnej politiky sa začala vo väčšej miere rozvíjať po ustanovení nového programu pre verejné zdravie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti Ottawskou deklaráciou Svetovej zdravotníckej organizácie v roku 1986. Aktívne zapájanie užívateľov drog do formovania služieb užívateľom drog sa však datuje až do roku 1970 v Holandsku.

Nedávnejšie na umožnenie zapojenia organizácií užívateľov drog na národnej a európskej úrovni európska sieť na znižovanie poškodení začala pripravovať zoznam organizácií užívateľov drog v Európe.

Zapájanie užívateľov sa líši svojou formou a sleduje množstvo rôznych cieľov (Bröring a Schatz, 2008). Aktivity môžu zahŕňať prieskumy užívateľov služieb týkajúce sa dostupnosti a kvality služieb, informácie od užívateľov v súvislosti s prijímaním zamestnancov, smerovanie cieľových skupín k vývoju nových oblastí služieb a zapájanie organizácií užívateľov do propagovania zdravia a tvorby protidrogovej politiky. Organizácie užívateľov drog sa často zapájajú do partnerskej podpory a vzdelávania v oblasti prevencie infekčných ochorení a do prípravy informačných materiálov, ktoré podporujú vytváranie sietí a pomáhajú zvyšovať informovanosť verejnosti o hlavných problémoch užívateľov drog (Hunt a kol., 2010). Zapájanie užívateľov môže byť pragmatickou a etickou cestou na zabezpečenie kvality a prijateľnosti služieb. Povzbudenie užívateľov drog, aby k tomu prispeli a zabezpečenie úspešného zapájania užívateľov si vyžaduje primeranú podporu.

Pozri tiež webovú stránku siete Európskej siete pre znižovanie poškodení (European Harm Reduction Network).

procesné normy (napr. individuálne plánovanie, spolupráca s ostatnými zariadeniami, uchovávanie záznamov o pacientoch) a normy týkajúce výsledkov (spokojnosť pacientov a zamestnancov, určenie a hodnotenie cieľov liečby). Výsledky štúdie by mali byť k dispozícii do konca roka 2011 a Európska komisia ich použije na prípravu konsenzu EÚ, ktorý predloží Rade do roku 2013 ⁽²⁶⁾.

Odborná príprava a vzdelávanie zamestnancov

Odborná príprava a ďalšie vzdelávanie súvisiace s užívaním drog sú rozhodujúce pre zabezpečenie kvality služieb. Z výsledkov nedávneho ad-hoc zberu údajov vyplýva, že špeciálne vzdelávacie programy v oblasti drogovej závislosti existujú v 27 krajinách, ktoré poskytli informácie, a prednostne sú zamerané na zdravotné a ošetrovateľské profesie, psychologov a sociálnych pracovníkov. Zatiaľ čo niektoré krajiny vyvinuli špecializované univerzitné kurzy, iné poskytujú postgraduálne alebo ďalšie vzdelávacie kurzy. Najviac

⁽²⁶⁾ Ďalšie informácie sú uvedené na portáli s najlepšimi postupmi.

štruktúrované a rozvinuté vzdelávanie a vzdelávacie aktivity možno nájsť v oblasti medicíny. Tri krajiny uvádzajú, že pripravili lekársku špecializáciu v oblasti závislosti. Česká republika zaviedla v roku 1980 špecializáciu medicína závislosti a v roku 2008 nelekárske povolanie „liečiteľ závislosti“, dvojročný špecializovaný modul medicíny závislosti bol zavedený v Holandsku v roku 2007, Nemecko má postgraduálne kurzy v oblasti užívania návykových látok a poradenstva týkajúceho sa závislosti a tiež modul týkajúci sa asistovanej liečby závislosti za pomoci heroínu. Dôkazy o účinnosti prístupov, ako napr. „ďalšie medicínske vzdelávanie“, sú stále obmedzené a nepresvedčivé. Navrhnutý bol najnovší interaktívnejší prístup, známy ako „ďalší profesionálny rozvoj“ (Horsley a kol., 2010), zahŕňajúci vzdelávanie lekárov v celom rade zručností vrátane komunikácie, manažmentu a propagovania zdravia, ktorý sa ešte stále testuje.

Presadzovanie právnych predpisov súvisiacich s drogami a porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov je dôležitou súčasťou protidrogových politík na národnej úrovni i na úrovni EÚ, zahŕňa celý rad intervencií, ktoré vykonáva hlavne polícia a polícii podobné inštitúcie (napr. colné úrady). Stručný prehľad jednej skupiny takýchto intervencií, tajných operácií, sa uvádza v tomto materiáli. Údaje o aktivitách v oblasti presadzovania práva bývajú často menej rozšírené a dostupné než tomu býva v iných oblastiach protidrogovej politiky. Jednou významnou výnimkou sú údaje o porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktorých prehľad sa uvádza v tejto časti.

Tajné operácie

Úspešné trestné stíhanie páchatel'ov drogových trestných činov na vyšších úrovniach a rozkladanie organizovaných sietí dodávateľov drog sú hlavnými prioritami pri znižovaní ponuky drog v aktuálnom protidrogovom akčnom pláne EÚ. Pre orgány presadzovania práva je to výzvou, pretože väčšinu porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami možno odhaliť len na základe aktívneho presadzovania práva (EMCDDA, 2009a). Platí to predovšetkým v prípade závažných trestných činov zahŕňajúcich sprostredkovateľa a veľkoobchodnú ponuku drog, ktoré obvykle páchajú jednotlivci a zločinecké organizácie, ktoré konajú v hlbokom utajení.

Vo svojej reakcii na závažnú drogovú kriminalitu európske orgány presadzovania práva čoraz častejšie využívajú tajné techniky vrátane takých technológií, ako napr. odpočúvanie alebo elektronické sledovanie a tajné

operácie osôb. Na týchto operáciách sa môžu podieľať policajti (tajní agenti) a súkromné osoby pod policajným dohľadom (informátori). Ich nasadenie je právne prípustné vo všetkých 27 členských štátoch EÚ.

Utajené operácie proti sieťam priekupníkov s drogami sa používajú na zhromaždenie spoľahlivých údajov o totožnosti a úlohe členov siete, odhalenie trás pašovania, destináciách a skladovacích zariadení a na zistenie času a miesta uskutočnenia dodávok drog. Agenti alebo informátori často prenikajú do zločineckých sietí, ktoré bývajú podozrievavé voči osobám zvonka a neposkytujú úplné informácie. Zhromažďovanie spravodajských informácií sa zameriava hlavne na fungovanie sietí priekupníkov drog a úlohu ich členov.

Utajené operácie vyvolávajú právne problémy, najmä pokiaľ ide o podnecovanie. Európsky súd pre ľudské práva stanovil základné pravidlá týkajúce sa používania „agentov provokatérov“ v rozhodnutí z roku 1998, rozhodnutie (Teixeira de Castro proti Portugalsku) (Európsky súd pre ľudské práva, 1998). V ňom sa uvádza, že používanie techník s osobami v utajení by nemalo porušovať právo na spravodlivý proces, a preto orgány presadzovania práva by nemali tak vplývať na subjekt, aby podnecovali k spáchaniu trestného činu, ktorý by inak nebol spáchaný. Orgány presadzovania práva preto musia mať pred realizáciou techník s osobami v utajení „objektívne podozrenie“, pokiaľ ide o ciele osoby. Vo väčšine členských štátov je zakázané podnecovať tretie osoby k páchaniu trestnej činnosti.

Vnútroštátne právne a správne predpisy upravujú utajené operácie a ich cieľom je zabezpečiť súlad s právnym poriadkom, ako aj bezpečnosť tajných agentov. Vnútroštátne zákony a sprievodné predpisy sa líšia, ale spravidla poskytujú všeobecný rámec, ktorý je špecifikovaný v sprievodných predpisoch, ktoré sa zriedka zverejňujú. Ďalšie informácie, ako napr. počet operácií uskutočnených každý rok, sa tiež spravidla nezverejňujú. Výskum však ukázal, že v roku 2004 sa v Holandsku uskutočnilo 34 tajných operácií a 12 z nich prispelo k vyšetrovaniu alebo súdnemu konaniu (Kruisbergen a kol., 2011).

Vo väčšine členských štátov EÚ sa pred začatím tajnej operácie vyžaduje povolenie od súdneho orgánu a pre väčšinu operácií je potrebné monitorovanie zo strany nadriadeného orgánu, obvykle prokurátora alebo súdu. Trinásť členských štátov špecifikuje pravidlá týkajúce sa proporcionality a subsidiarity, podľa ktorých intervencia musí byť úmerná vyšetrovanému drogovému deliktu, ktorý musí byť dostatočne závažný na účely tajného opatrenia. Okrem toho pred uskutočnením tajnej operácie

musí byť zrejmé, že žiadne iné, menej rušivé opatrenie presadzovania práva by nebolo rovnako úspešné.

Použitie operačného krytia vrátane falošných dokladov totožnosti a „krycích organizácií“ – vytvorených na zabezpečenie vierohodných zamestnaní a príjmu pre tajných agentov – je vo väčšine členských štátov právne prípustné.

V rámci tajných operácií sa používajú rôzne techniky. Napríklad fingované nákupy drog sa používajú predovšetkým na zadržanie osôb pri predaji nezákonných drog. Technika kontrolovaných dodávok umožňuje prepravu nezákonných zásielok s vedomím a pod dohľadom príslušných orgánov cez štátne hranice a v rámci nich. Zásielky môžu obsahovať lieky alebo prekursor, zbrane, cigarety, peniaze z nezákonnej činnosti alebo dokonca ľudí. Väčšina kontrolovaných dodávok v Európe sa týka drogových zásielok (Rada Európskej únie, 2009) a v závislosti od vnútroštátnych právnych predpisov môžu byť sprevádzané tajnými agentmi a informátormi alebo môžu byť pod dohľadom technického dohľadu ⁽²⁷⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiacich s drogami

V praxi jedinými bežne dostupnými informáciami o drogovej trestnej činnosti v Európe sú len úvodné správy

Odborná príprava európskej polície

Európska policajná akadémia (Cepol) je agentúra Európskej únie, ktorá pôsobí ako sieť národných policajných akadémii a univerzít. Jednou z jej hlavných úloh je organizovať približne 100 vzdelávacích akcií za rok, a to najmä pre vyšších policajných dôstojníkov, o dôležitých témach týkajúcich sa európskych policajných síl. Celkovým cieľom je podporiť spoločný európsky prístup k policajnej problematike.

Na podporu svojich aktivít a aktivít členských štátov EÚ v oblasti vzdelávania Cepol vypracoval spoločné študijné osnovy pre rôzne cieľové skupiny vrátane vysokých dôstojníkov, vyšetrovateľov a prípadových manažérov, ale aj zástupcov vlád jednotlivých štátov a policajných akadémii. Spoločný študijný program týkajúci sa obchodovania s drogami poskytuje prehľad o medzinárodnej situácii v oblasti drog, právnych predpisoch týkajúcich sa drog, základných informáciách o nezákonných látkach, medzinárodnej spolupráci, existujúcej policajnej stratégii, ako aj taktických možnostiach v prípade konkrétnej trestnej činnosti, ako napríklad tajné operácie, a poskytuje prehľad problémov vrátane drogovej trestnej činnosti, ale aj informácie o protidrogovej prevencii a znižovaní dopytu po drogách.

o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, hlavne od polície ⁽²⁸⁾. Tieto údaje sa obvykle týkajú porušení právnych predpisov týkajúcich sa užívania drog (užívania a prechovávaní pre vlastnú spotrebu) alebo ponuky drog (výroby, obchodovania a predaja), aj keď v niektorých krajinách sa môžu uvádzať niektoré ďalšie typy porušení právnych predpisov (napr. týkajúce sa drogových prekursorov).

Údaje o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami sú priamym ukazovateľom aktivity v oblasti presadzovania práva, pretože sa týkajú konsenzuálnych trestných činov, ktoré potenciálne obeť obvykle neoznamujú. Často sa na ne nahliada ako na nepriame ukazovatele užívania drog a obchodovania s drogami, aj keď zahŕňajú len tie činnosti, ktoré sa dostali do pozornosti orgánom presadzovania práva. Okrem toho môžu tiež odrážať rozdiely medzi jednotlivými členskými štátmi, pokiaľ ide o právne predpisy, priority a zdroje. Navyše sa môžu vzájomne odlišovať aj národné informačné systémy v rámci Európy, najmä pokiaľ ide o postupy evidencie a podávania správ. Z týchto dôvodov je ťažké uskutočniť podrobné porovnania medzi krajinami, a preto je vhodnejšie porovnávať skôr trendy ako absolútne čísla.

Vo všeobecnosti sa v roku 2009 spomalil nárast počtu oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktorý sa pozoroval v predchádzajúcich rokoch. Z indexu EÚ založenom na údajoch, ktoré poskytlo 21 členských štátov, ktoré predstavujú 95 % populácie vo veku 15 – 64 rokov v Európskej únii, vyplýva, že počet oznámených porušení právnych predpisov sa zvýšil asi o 21 % od roku 2004 do 2009. Ak sa posudzujú všetky krajiny, ktoré podali správu, z údajov vyplýva vzostupný trend v 18 krajinách a stabilizácia alebo celkový pokles počas tohto obdobia v 11 krajinách ⁽²⁹⁾.

Trestné činy súvisiace s užívaním a ponukou

Rovnováha medzi porušeniami právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahovali na užívanie drog, a tými, ktoré sa vzťahovali na ponuku, sa v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi výrazne nezmenila. Vo väčšine (22) európskych krajín sa väčšina porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami v roku 2009 naďalej týkala užívania drog alebo prechovávaní pre vlastnú spotrebu, pričom najväčšie podiely (81 – 94 %) uviedli Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Maďarsko, Rakúsko a Švédsko ⁽³⁰⁾.

V roku 2009 sa spomalil nárast počtu oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním

⁽²⁷⁾ Prehľad právnych aspektov kontrolovaných dodávok v Európe sa uvádza na webovej stránke európskej databázy právnych predpisov týkajúcich sa drog.

⁽²⁸⁾ Vzájomným vzťahom medzi drogami a trestnou činnosťou a definícií pojmu „trestná činnosť súvisiaca s drogami“ sa venuje publikácia EMCDDA (2007b).

⁽²⁹⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2011.

v predchádzajúcich rokoch. V období rokov 2004 až 2009 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog zvýšil v 15 krajinách, ktoré podali správu, pričom len Bulharsko, Nemecko, Estónsko, Malta, Rakúsko a Nórsko uviedli pokles za uvedené obdobie. Celkovo sa odhaduje, že v období rokov 2004 až 2009 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog v Európskej únii zvýšil o 29 %.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s ponukou drog zostali na stabilnej úrovni od roku 2007, aj keď vykazujú nárast v období rokov 2004 – 2009, ktorý sa odhaduje na asi 7 % v Európskej únii. Zvýšenie počtu porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou za toto obdobie oznámilo 15 krajín a 3 krajiny oznámili zníženie ⁽³¹⁾.

Trendy podľa drog

Kanabis je naďalej najčastejšie uvádzanou nezákonnou drogou v oznámených porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v Európe ⁽³²⁾. Vo väčšine európskych krajín trestné činy týkajúce sa kanabisu tvorili od 50 % do 75 % oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami v roku 2009. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s inými drogami bol vyšší ako počet súvisiacich s kanabisom len v troch krajinách: Českej republike a Lotyšsku súviseli s metamfetamínom (55 % a 27 %) a na Malta súviseli kokaínom (36 %).

V období rokov 2004 – 2009 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom zvýšil v 11 krajinách, ktoré poskytli údaje, čo malo za následok zvýšenie v Európskej únii asi o 20 % (obrázok 4). Klesajúci trend uviedlo Francúzsko, Taliansko, Cyprus, Malta a Holandsko ⁽³³⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom zaznamenali nárast za obdobie rokov 2004 – 2009 v 11 krajinách, ktoré podali správu, zatiaľ čo Bulharsko, Nemecko, Taliansko, Rakúsko a Chorvátsko oznámili klesajúce trendy. Celkovo sa v Európskej únii za rovnaké obdobie zvýšil počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kokaínom približne o 39 % so známami stabilizácie v uplynulých dvoch rokoch ⁽³⁴⁾.

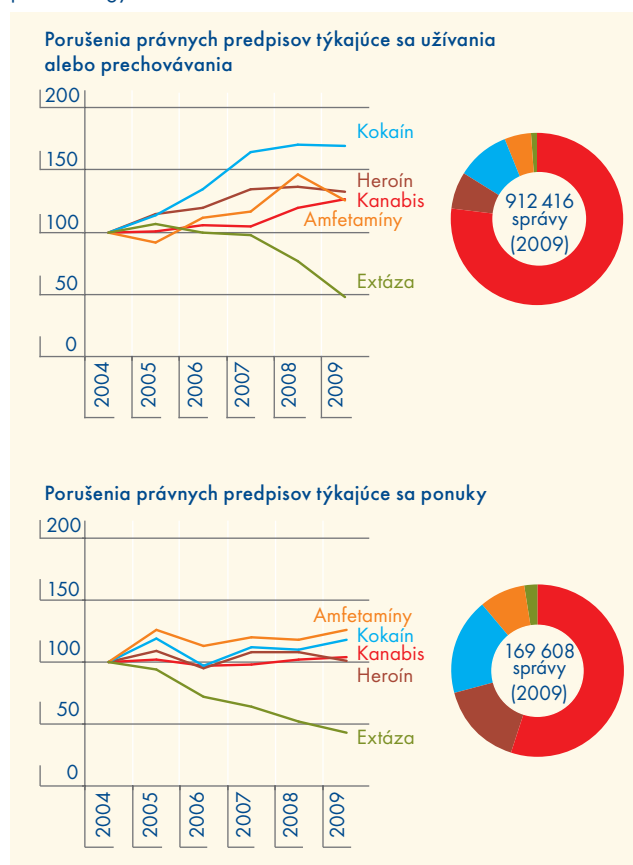
Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom mierne klesol v roku 2009. Počet takýchto porušení v EÚ sa zvýšil o 22 % v období rokov 2004 – 2009. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom sa zvýšil v 11 krajinách, ktoré poskytli údaje, zatiaľ čo Bulharsko, Nemecko, Malta, Holandsko a Rakúsko uviedli za toto obdobie pokles ⁽³⁵⁾.

Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s amfetamínmi oznámených v Európskej únii mierne klesol v roku 2009, aj keď všeobecný trend od roku 2004 vykazuje celkový nárast o 16 %. Na rozdiel od toho porušenia právnych predpisov súvisiace s extázou za rovnaké obdobie klesli o polovicu (54 % zníženie).

Zdravotná a sociálna situácia užívateľov drog vo väzniciach

V Európskej únii sa podiel väzňov odsúdených za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami pohybuje

Obrázok 4: Správy o porušeníach právnych predpisov týkajúcich sa užívania drog alebo prechovávaní pre vlastnú potrebu a s ponukou drog v členských štátoch EÚ: indexované trendy v období rokov 2004 – 2009 a rozdelenie správ za rok 2009 podľa drogy



Poznámka: Trendy sú založené na dostupných informáciách o počte správ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami (trestnoprávnymi a iných než trestnoprávnymi) uvedených členskými štátmi EÚ; všetky série sú indexované voči základu 100 v roku 2004 a vážené podľa veľkosti populácie jednotlivých krajín, aby sa vytvoril celkový trend v EÚ; rozdelenie podľa drogy sa vzťahuje na celkový počet správ za rok 2009. Ďalšie informácie sú k dispozícii na obrázkoch DLO-4 a DLO-5 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽³¹⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³²⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³³⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³⁴⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-8 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³⁵⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2011.

Vývoj ukazovateľov v oblasti trhov s drogami, drogovej trestnej činnosti a znižovania ponuky v Európe

Rozšírenie monitorovania ponuky nezákonných drog v Európe je prioritou súčasnej protidrogovej stratégie a akčného plánu EÚ. Po uverejnení pracovného dokumentu Európskej komisie o zlepšení zhromažďovania údajov o ponuke drog v októbri 2010 ⁽¹⁾ sa prvou európskou konferenciou o ukazovateľoch ponuky drog, ktorú usporiadala Európska komisia a EMCDDA, začal proces prípravy ukazovateľov na monitorovanie ponuky drog v Európe ⁽²⁾.

Celkový koncepčný rámec pre monitorovanie nezákonných drog v Európe bude spájať tri zložky: trhy s drogami, drogovú trestnú činnosť a znižovanie ponuky drog. Tri pracovné skupiny s podporou EMCDDA pripravujú v roku 2011 plán pre tieto oblasti so zameraním na krátkodobé, strednodobé a dlhodobé ciele monitorovania. Pozornosť sa bude venovať potenciálu štandardizácie, rozšírenia a skvalitnenia existujúcich systémov zberu údajov v každej z týchto oblastí a cielenému výskumu.

V oblasti trhov s drogami sa ďalšie aktivity sústredia na zlepšenie súborov údajov o cenách a čistote drog a na prípadné údaje forenzných ved. Príprava európskeho štandardného nástroja na monitorovanie porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami a príprava ukazovateľov týkajúcich sa výroby drog v rámci Európy bude pre oblasť drogovej trestnej činnosti zásadná spolu so stanovením priorít v oblasti výskumu. Pri monitorovaní znižovania ponuky drog ústrednú úlohu budú zohrávať policajné orgány a orgány trestného súdnictva. Práce v tejto nedostatočne preskúmanej oblasti sa začnú mapovaním, ktoré poskytne prehľad o aktivitách na znižovanie ponuky drog v Európe. Východiskovým bodom bude existencia, úloha a postupy špecializovaných jednotiek pre presadzovanie právnych predpisov súvisiacich s drogami spolu s prieskumom, ktorý EMCDDA začne v roku 2011.

⁽¹⁾ SEK(2010) 1216 v konečnom znení (k dispozícii online).

⁽²⁾ Závery z konferencie sú k dispozícii online.

v rozsahu od 3 % do 53 % a polovica krajín uvádza podiely od 9 % do 25 % ⁽³⁶⁾. Tieto čísla nezahŕňajú odsúdených za majetkové trestné činy spáchané na podporu ich drogovej závislosti, ani za iné trestné činy súvisiace s drogami.

Užívanie drog vo väzniciach

Nadálej chýba štandardizácia metodík používaných v štúdiách o užívaní drog vo väzniciach (Carpentier a kol., 2011). Z výskumu však vyplýva, že medzi väzňami je

vyššia prevalencia užívania drog ako v celkovej populácii. Z údajov niektorých štúdií uskutočnených od roku 2006 vyplýva, že v prevalencii užívania drog medzi väzňami existujú značné rozdiely: užívanie nezákonných drog pred vstupom do väzenia niekedy v živote respondenti uvádzali v rozmedzí od asi len 8 % v niektorých krajinách až po 65 % v iných. Zo štúdií tiež vyplýva, že väčšina škodlivých foriem užívania drog môže byť častejšia medzi väzňami, pričom od 5 % do 31 % respondentov uviedlo, že už niekedy užívali drogy injekčne ⁽³⁷⁾.

Po prijatí do väznice väčšina užívateľov drog znížila spotrebu alebo prestala užívať drogy, a to hlavne pre ťažkosti so získavaním týchto látok. Avšak uznáva sa skutočnosť, že nezákonné drogy si nájdu cestu do väčšiny väzníc napriek všetkým opatreniam, ktoré sa prijali na zníženie ich ponuky. V štúdiách vykonaných od roku 2006 odhady užívania drog vo väzniciach kolíšu od 1 % do 51 %. Najčastejšie užívanou drogou užívanou väzňami je kanabis, po ktorom obvykle nasleduje kokaín a heroín ⁽³⁸⁾. Väznica môže byť prostredím, kde sa drogy začnú užívať alebo dochádza k škodlivejším formám ich užívania. Napríklad v rámci belgickej štúdie vykonanej v roku 2008 sa zistilo, že viac než tretina väzňov užívajúcich drogy začala počas väzby užívať novú drogu, pričom najčastejšie sa uvádzal heroín (Tods a kol., 2009). Ukazuje sa, že užívatelia drog vo väzbe sa pri injekčnom užívaní drog častejšie delia o svoje vybavenie ako užívatelia v komunite, čo vyvoláva otázky týkajúce sa potenciálneho šírenia infekčných chorôb medzi väzenskými populáciami.

Výskyt HIV a vírusovej hepatitídy medzi injekčnými užívateľmi drog vo väzniciach

Údaje o infekcii HIV u injekčných užívateľov drog vo väzniciach sú v Európe nedostatočné. Nie sú dostupné najmä za tie krajiny, ktoré udávajú najvyššie úrovne prevalencie infekcie súvisiacej s injekčným užívaním drog. V rámci ôsmich krajín poskytujúcich údaje od roku 2004 (Bulharsko, Česká republika, Španielsko, Maďarsko, Malta, Fínsko, Švédsko, Chorvátsko) ⁽³⁹⁾ sa vo všeobecnosti nepozorujú väčšie rozdiely v prevalencii HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vo väzniciach a injekčnými užívateľmi drog v iných prostrediach v krajine, aj keď čiastočne to môže byť v dôsledku obmedzených údajov. Prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vo väzniciach bola väčšinou nízka (0 - 7,7 %) v siedmich krajinách, zatiaľ čo Španielsko uviedlo prevalenciu vo výške 39,7 %. Údaje o prevalencii vírusu hepatitídy C (HCV) medzi injekčnými užívateľmi drog vo

⁽³⁶⁾ V Európskej únii bolo k 1. septembru 2009 v nápravných zariadeniach viac než 640 000 osôb. Údaje o trestnej štatistike v Európe sú dostupné na webovej stránke Rady Európy.

⁽³⁷⁾ Pozri tabuľky DUP-1, DUP-2 a DUP-105 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³⁸⁾ Pozri tabuľky DUP-3 a DUP-105 v štatistickej ročenke 2011.

⁽³⁹⁾ Pozri tabuľku INF-117 v štatistickej ročenke 2011 a národné správy krajín siete Reitox z Malty (2005) a Českej republiky (2010).

väznicach oznámilo osem krajín a bola v rozsahu od 11,5 % (Maďarsko) po 90,7 % (Luxembursko). V Českej republike, Luxembursku a na Malte sa ukazuje, že najvyššia prevalencia HCV je medzi injekčnými užívateľmi drog testovanými vo väznicach v porovnaní s injekčnými užívateľmi drog testovanými v iných prostrediach. Údaje infekcii HBV (povrchovom antigéne hepatitídy B) medzi injekčnými užívateľmi drog vo väznicach sú dostupné pre štyri krajiny: Bulharsko (11,6 % v roku 2006), Česká republika (15,1 % v roku 2010), Maďarsko (0 % v roku 2009) a Chorvátsko (0,5 % v roku 2007).

Zdravotná situácia vo väznicach v Európe

Predovšetkým väzni s históriou injekčného užívania často mávajú viaceré a zložité zdravotné potreby, ktoré si vyžadujú multidisciplinárny prístup a špecializovanú lekársku starostlivosť. Väzni majú nárok na prístup k zdravotným službám dostupným v krajine bez diskriminácie na základe ich právnej situácie⁽⁴⁰⁾ a od väzenských zdravotných služieb sa očakáva, že dokážu poskytnúť liečbu problémov týkajúcich sa užívania drog v podmienkach porovnateľných s tými, ktoré existujú mimo väzníc (CPT, 2006). Aj keď Európska únia uznáva túto všeobecnú zásadu rovnocennosti na základe odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou⁽⁴¹⁾ a vyzýva k jej implementácii prostredníctvom súčasného akčného plánu EÚ na boj proti drogám (2009 – 2012), poskytovanie služieb vo väznicach často zaostáva za poskytovaním služieb v komunite.

Pomoc užívateľom drog vo väznicach

V súvislosti s užívaním drog a s tým súvisiacimi problémami sa vo väznicach v Európe môžu poskytovať celý rad služieb. Patrí k nim informovanie o drogách a zdraví, zdravotnej starostlivosti v prípade infekčných chorôb, detoxifikácia a liečba drogovej závislosti kombinovaná

s psychologickou pomocou, opatrenia na znižovanie škôd a príprava na prepustenie⁽⁴²⁾.

Väčšina krajín vytvorila vzájomné partnerstvá medzi väzenskými zdravotníckymi službami a poskytovateľmi služieb v komunite vrátane mimovládnych organizácií, aby poskytovali vo väznicach zdravotnú výchovu a liečbu a zabezpečili kontinuitu starostlivosti po prepustení. Niektoré európske krajiny pokročili ešte o krok ďalej a zaradili väzenské zdravotníctvo pod ministerstvo zdravotníctva alebo organizovali poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom verejných zdravotných služieb s cieľom znížiť nerovnosti v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Priekopníkmi v tomto smere sú Nórsko a Francúzsko, nasleduje Švédsko, Taliansko, Anglicko a Wales a Slovinsko. V Škótsku a Španielsku táto reforma v súčasnej dobe prebieha.

Substitučná liečba závislosti od opioidov je v spoločenstve čoraz viac akceptovaná, ale preberanie tejto liečby do väzenského prostredia je pomalé a pokrytie je veľmi rôznorodé⁽⁴³⁾. V roku 2009 užívatelia drog absolvujúci substitučnú liečbu v šiestich krajinách EÚ (Estónsko, Grécko, Cyprus, Lotyšsko, Litva, Slovensko) nemohli po zatknutí pokračovať v tejto liečbe. Kontinuita a spojitosť protidrogovej liečby medzi komunitou a väzením a naopak sú dôležité najmä v súvislosti s vysokou mierou úmrťí z predávkovania po prepustení (Merrall a kol., 2010).

Hepatitída C vo väzenskej populácii vyvoláva čoraz väčšie znepokojenie v oblasti verejného zdravia v Európe a Belgicko, Bulharsko, Francúzsko, niektoré spolkové krajiny Nemecka, Litva, Luxembursko, Maďarsko a Fínsko uvádzajú zavedenie špecifických skriningových programov. Napriek dôležitosti odhalenia týchto infekcií pri nástupe do väzenia (Sutton a kol., 2006) a zdokumentovanej nákladovej efektívnosti zabezpečenia liečby HCV v prostredí väzníc (Tan a kol., 2008), mnoho väzňov nastupuje do väzenia bez testov a liečenia.

⁽⁴⁰⁾ Valné zhromaždenie OSN, uznesenie A/RES/45/111, Základné zásady zaobchádzania s väzňami (k dispozícii online).

⁽⁴¹⁾ Ú. v. EÚ L 165, 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴²⁾ Pozri tabuľku HSR-7 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁴³⁾ Pozri tabuľku HSR-9 v štatistickej ročenke 2011.



Kapitola 3 Kanabis

Úvod

Kanabis je nezákonná droga, ktorá je v Európe široko dostupná nielen z dovozu, ale aj z domácej produkcie. Vo väčšine krajín sa užívanie kanabisu zvýšilo v priebehu deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom 21. storočia. Európa teraz možno prechádza do novej fázy, keďže údaje zo strany celkovej populácie a z prieskumov na školách poukazujú na stabilizáciu alebo dokonca klesajúci trend v užívaní kanabisu v mnohých krajinách. Úrovně užívania zostávajú podľa historických úrovní vysoké. V posledných niekoľkých rokoch sme svedkami aj zvyšovania porozumenia, pokiaľ ide o vplyvy dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy na zdravie obyvateľstva a zvyšuje sa uvádzaná úroveň dopytu po liečbe problémov súvisiacich s kanabisom, preto je v európskych diskusiách o drogách naďalej kľúčová otázka týkajúca sa toho, čo predstavuje efektívnu reakciu na užívanie kanabisu.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Kanabis sa dá pestovať v rozmanitých prostrediach a voľne rastie v mnohých častiach sveta. Odhaduje sa, že kanabis sa pestuje v 172 krajinách a územiach (UNODC, 2009). V posledných odhadoch UNODC sa uznávajú ťažkosti s presnými číslami o globálnej produkcii kanabisu. Globálna produkcia v roku 2008 sa odhaduje na 13 300 až 66 100 ton rastlinného kanabisu a 2 200 až 9 900 ton kanabisovej živice.

V Európe je pestovanie kanabisu rozšírené a podľa všetkého sa zvyšuje. Celkove 29 európskych krajín oznámilo informácie o domácom pestovaní kanabisu, aj keď sa ukazuje, že rozsah a charakter tohto javu je veľmi premenlivý. Významný podiel kanabisu

Tabuľka 3: Záchyty, cena a účinnosť rastlinného kanabisu a živice

	Kanabisová živica	Rastlinný kanabis	Rastliny kanabisu (1)
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle	1 261 ton	6 022 ton	n.a.
Zachytené množstvo EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	584 ton (594 ton)	57 ton (99 ton)	1,4 miliónov rastlín a 42 ton (1,4 miliónov rastlín a 42 ton) (2)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)			
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) (3)	3 - 19 (6,8 - 10,2)	2 - 70 (6,3 - 10,9)	n.a. n.a.
Priemerná účinnosť (obsah THC%)			
Rozsah (Medzikvartilové rozpätie) (3)	3 - 17 (4,3 - 11,5)	1 - 15 (4,4 - 8,9)	n.a. n.a.

(1) Krajiny uvádzajú zachytené množstvo buď ako počet zachytených rastlín, alebo podľa hmotnosti; tu sa uvádzajú celkové množstvá z oboch týchto údajov.

(2) Celkové množstvo rastlín kanabisu zadržaných v roku 2009 je pravdepodobne podhodnotené zväčša na základe nedostatočných najnovších údajov za Holandsko, krajinu, ktorá uvádzala pomerne veľké záchyty do roku 2007. V dôsledku chýbajúcich údajov za roky 2008 a 2009 hodnoty za Holandsko nemožno zahrnúť do európskych odhadov za rok 2009.

(3) Interval, v ktorom sa nachádza prostredných 50 % uvedených údajov.

Poznámka: Všetky údaje za rok 2009, nie je k dispozícii, neuplatňuje sa.

Zdroje: Úrad OSN pre drogy a trestnú činnosť (UNODC) (2011) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu.

používaného v Európe je však pravdepodobne výsledkom nezákonného obchodovania medzi jednotlivými oblasťami. Medzinárodná rada pre kontrolu omamných látok (2011b) uviedla ako zdroje kanabisu užívaného v strednej a východnej Európe Albánsko, Bulharsko, Bývalú juhoslovanskú republiku Macedónsko, Moldavsko, Čiernu Horu, Srbsko a Ukrajinu.

Rastlinný kanabis sa do Európy tiež dováža, najčastejšie z Afriky (napr. Ghana, Južná Afrika, Egypt) a menej často z amerického kontinentu, hlavne z Karibských ostrovov, Stredného východu (Libanon) a Ázie (Thajsko).

Z nedávneho prieskumu vyplýva, že Afganistan nahradil Maroko v úlohe najväčšieho producenta kanabisovej živice. Produkcia kanabisovej živice v Afganistane sa odhaduje na 1 200 až 3 700 ton ročne (UNODC, 2011). Aj keď určitá časť kanabisovej živice vyrábanej v Afganistane sa predáva v Európe, je pravdepodobné, že Maroko bude aj naďalej hlavným dodávateľom tejto drogy do Európy. Kanabisová živica z Maroka sa do Európy pašuje obvykle cez Pyrenejský polostrov, pričom Belgicko a Holandsko zohrávajú úlohu ako sekundárne distribučné a skladovacie centrum (Europol, 2011).

Záchyty

Odhaduje sa, že v roku 2009 sa na celom svete zabavilo 6 022 ton rastlinného kanabisu a 1 261 ton kanabisovej živice (tabuľka 3), čo znamená asi 11 % celkové zníženie oproti predchádzajúcemu roku. Severná Amerika vykazuje aj naďalej najväčší podiel zachyteného rastlinného kanabisu (70 %), pričom najväčšie množstvá zachytenej živice sú naďalej koncentrované v západnej a strednej Európe (48 %) (UNODC, 2011).

Odhaduje sa, že v Európe sa v roku 2009 uskutočnilo 354 000 záchytov rastlinného kanabisu v objeme asi 99 ton, z čoho Turecko zodpovedalo za rekordné množstvo – viac než tretinu (42 ton), okrem toho rekordné záchyty uviedlo Grécko (7 ton) a Portugalsko (5 ton) (44). Od roku 2004 do 2009 sa celkový počet záchytov zdvojnásobil a tiež sa zvýšilo množstvo zachyteného rastlinného kanabisu. Od roku 2005 Spojené kráľovstvo zodpovedalo za približne polovicu celkového počtu záchytov vo výške minimálne okolo 20 ton ročne.

Záchyty kanabisovej živice v Európe prevýšili záchyty rastlinného kanabisu tak z hľadiska počtu, ako aj zachyteného množstva, aj keď rozdiel sa znižuje (45). V roku 2009 sa uskutočnilo približne 405 000 záchytov

kanabisovej živice, výsledkom čoho bol záchyt 594 ton drogy, šesťnásobku množstva zachyteného rastlinného kanabisu. Od roku 2004 do 2009 sa počet záchytov kanabisovej živice neustále zvyšoval, zatiaľ čo celkové zachytené množstvo klesá od záchytu maximálneho množstva 1 080 ton v roku 2004. V roku 2009 podobne ako v iných rokoch Španielsko oznámilo polovicu celkového počtu záchytov kanabisovej živice a asi tri štvrtiny zachyteného množstva.

Počet záchytov rastlín kanabisu sa od roku 2004 zvyšoval až po asi 25 100 prípadov v roku 2009. Krajiny uvádzajú zachytené množstvo buď ako odhadovaný počet zachytených rastlín, alebo odhad hmotnosti. Oznámený počet zachytených rastlín sa v Európe zvýšil z 1,7 milióna v roku 2004 na asi 2,5 milióna v roku 2005 – 2007 (46). Dostupné údaje môžu poukazovať na pokles v roku 2008 na európskej úrovni, ale súčasné trendy oznámených počtov zachytených rastlín kanabisu nemožno vyjadriť pre nedostatok najnovších údajov z Holandska, krajiny, ktorá tradične udáva veľké množstvá. Od roku 2004 sa záchyty uvádzané podľa váhy rastlín viac než strojnásobili a dosiahli 42 ton v roku 2009, za väčšinu z nich opäť zodpovedalo Španielsko (29 ton) a Bulharsko (10 ton).

Účinnosť a cena

Účinnosť kanabisových výrobkov je určená ich obsahom delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej účinnej zložky. Účinnosť kanabisu sa výrazne líši medzi krajinami a v rámci jednotlivých krajín a medzi rôznymi kanabisovými výrobkami a medzi genetickými druhmi. Informácie o účinnosti kanabisu sa opierajú hlavne o forenznú analýzu vybraných vzoriek zachyteného kanabisu. Nie je jasné, do akej miery analyzované vzorky odrážajú celkový trh, preto je potrebné interpretovať údaje o účinnosti s opatrnosťou.

V roku 2009 bol oznámený priemerný obsah THC kanabisovej živice v rozpätí od 3 % do 17%. Priemerná účinnosť rastlinného kanabisu (vrátane sinsemilly – formy rastlinného kanabisu s najvyššou účinnosťou) bola v rozsahu od 1 % do 15 %. Priemernú účinnosť sinsemilly uviedli len niektoré krajiny: 2 % v Rumunsku, 11 % v Nemecku a 15 % v Holandsku. V období rokov 2004 – 2009 bola priemerná účinnosť kanabisovej živice rôzna v 15 krajinách poskytujúcich dostačujúce údaje. Účinnosť rastlinného kanabisu zostala pomerne stabilná alebo klesla v desiatich krajinách podávajúcich správy a zvýšila sa v Českej republike, Estónsku, Holandsku a na Slovensku. Informácie o účinnosti miestne vyprodukovaného

(44) Údaje o záchytoch drog v Európe uvedené v tejto kapitole možno nájsť v tabuľkách SZR-1 až SZR-6 v štatistickej ročenke 2011.

(45) V dôsledku rozdielov vo veľkosti prepravovaného nákladu a prekonaných vzdialeností, ako aj potreby prekročiť medzinárodné hranice, v prípade kanabisovej živice môže byť riziko záchytu vyššie ako v prípade doma vyprodukovaného rastlinného kanabisu.

(46) Analýza nezahŕňa záchyty, ktoré uviedlo Turecko, 20,4 milióna rastlín v roku 2004, pretože za ďalšie roky nie sú dostupné údaje o zachytených množstvách.

rastlinného kanabisu za viaceré roky sú k dispozícii len za Holandsko, kde sa nedávno pozoroval pokles priemernej účinnosti „nederwietu“ z najvyššej hodnoty 20 % v roku 2004 na 15 % v roku 2007 a 2009 ⁽⁴⁷⁾.

Priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice sa v roku 2009 pohybovala od 3 EUR do 19 EUR za gram v 18 krajinách, ktoré poskytujú informácie pričom 12 krajín uviedlo ceny od 7 EUR do 10 EUR. Priemerná maloobchodná cena rastlinného kanabisu sa pohybovala od 2 EUR do 70 EUR za gram v 20 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom 12 krajín uviedlo ceny od 5 EUR do 10 EUR. V období 2004 až 2009 priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice a rastlinného kanabisu zostala na stabilnej úrovni alebo sa zvýšila vo väčšine z 18 krajín, ktoré poskytli údaje okrem Lotyšska, Maďarska a Poľska, kde cena živice klesla.

Prevalencia a formy užívania

Prevalencia a formy užívania kanabisu v rámci celkovej populácie

Podľa konzervatívneho odhadu kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac než 78 miliónov Európanov, čo je viac než pätina všetkých osôb vo veku 15 až 64 rokov (zhrnutie údajov sa nachádza v tabuľke 4). Medzi krajinami existujú rozdiely a údaje za jednotlivé krajiny sú v rozpätí od 1,5 % do 32,5 %. Pre väčšinu krajín sú odhady prevalence v rozpätí 10 – 30 % dospelých.

Odhaduje sa, že v minulom roku užilo kanabis okolo 22,5 miliónov Európanov, alebo v priemere 6,7 % osôb vo veku 15 – 64 rokov. Odhady prevalence užívania drog v minulom mesiaci budú zahŕňať tých, ktorí užívajú drogu pravidelnejšie, aj keď nemusia každodenne alebo intenzívne. Odhaduje sa, že približne 12 miliónov Európanov užilo drogu v minulom mesiaci, v priemere približne 3,6 % všetkých osôb vo veku 15 – 64 rokov.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu sa zväčša sústreďuje medzi mladými ľuďmi (vo veku 15 – 34 rokov), pričom najvyššie úrovne prevalence za minulý rok sa vo všeobecnosti uvádzajú medzi osobami vo veku 15 – 24 rokov. Je tomu tak v prípade všetkých krajín, ktoré poskytli údaje, okrem Portugalska ⁽⁴⁸⁾.

Údaje z prieskumov medzi obyvateľstvom naznačujú, že kanabis užilo aspoň raz v priemere 32,0 % mladých

dospelých Európanov, pričom 12,1 % z nich užilo drogu v minulom roku a 6,6 % v minulom mesiaci. Odhaduje sa, že ešte vyšší podiel Európanov vo vekovej skupine 15 až 24 rokov užilo kanabis v minulom roku (15,2 %) alebo v minulom mesiaci (8,0 %). Národné odhady prevalence užívania kanabisu sa medzi krajinami značne líšia vo všetkých stanoveniach prevalence. Napríklad odhady prevalence užívania drog v minulom roku medzi mladými dospelými v krajinách v hornej časti stupnice sú 20-krát vyššie než v krajinách s najnižšou prevenciou.

Užívanie kanabisu je vo všeobecnosti vyššie medzi mužmi, napríklad pomer mužov k ženám medzi mladými dospelými uvádzajúcimi užívanie kanabisu v minulom roku sa pohybuje od 6:1 v Portugalsku až po takmer vyrovnaný pomer v Nórsku ⁽⁴⁹⁾.

Medzinárodné porovnania

Číselné údaje z Austrálie, Kanady a USA o celoživotnom a minuloročnom užívaní kanabisu medzi mladými dospelými sú nad európskymi priermi, ktoré sú 32,0 % resp. 12,1 %. Napríklad v Kanade (2009) je celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými na úrovni 48,4 % a prevalencia užívania kanabisu v minulom roku na úrovni 21,6 %. V USA podľa odhadu SAMHSA (2010) bola celoživotná prevalencia užívania kanabisu 51,6 % (16 – 34 rokov, prepočítané centrom EMCDDA) a prevalencia užívania kanabisu v minulom roku vo výške 24,1 %, zatiaľ čo v Austrálii (2007) to bolo 46,7 % a 16,2 % v prípade osôb vo veku 14 až 39 rokov. Spomedzi študentov vo veku 15 až 16 rokov malý počet európskych krajín (Česká republika, Španielsko, Francúzsko, Slovensko) uviedlo úrovne celoživotnej prevalence užívania kanabisu porovnateľné s údajmi, ktoré uviedli Austrália a USA.

Užívanie kanabisu medzi študentmi

Prieskum ESPAD poskytuje každé 4 roky porovnateľné údaje o užívaní alkoholu a drog medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov v Európe (Hibell a kol., 2009). V roku 2007 sa uskutočnil prieskum v 25 členských štátoch EÚ, ako aj v Nórsku a Chorvátsku. Okrem toho v rokoch 2009 – 2010 národné prieskumy na školách uskutočnilo Taliansko, Slovensko, Švédsko a Spojené kráľovstvo.

Z údajov z ESPAD z roku 2009 až 2010 vyplýva, že najvyššia celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov je v Českej republike (45 %), pričom Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko a Spojené kráľovstvo (Anglicko) uvádzajú úrovne prevalence v rozpätí od 26 % do 33 %.

⁽⁴⁷⁾ Údaje o účinnosti a cenách sa uvádzajú v tabuľkách PPP-1 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2011. Definície kanabisových výrobkov sa uvádzajú v online glosári.

⁽⁴⁸⁾ Pozri obrázok GPS-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁴⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2011.

Tabuľka 4: Prevalencia užívania kanabisu v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	78 miliónov	22,5 milióna	12 miliónov
Priemer v Európe	23,2%	6,7%	3,6%
Rozsah	1,5 – 32,5%	0,4 – 14,3%	0,1 – 7,6%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (1,5%) Malta (3,5%) Bulharsko (7,3%) Maďarsko (8,5%)	Rumunsko (0,4%) Malta (0,8%) Grécko (1,7%) Maďarsko (2,3%)	Rumunsko (0,1%) Malta (0,5%) Grécko, Poľsko (0,9%) Švédsko (1,0%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (32,5%) Španielsko (32,1%) Taliansko (32,0%) Francúzsko, Spojené kráľovstvo (30,6%)	Taliansko (14,3%) Česká republika (11,1%) Španielsko (10,6%) Francúzsko (8,6%)	Španielsko (7,6%) Taliansko (6,9%) Francúzsko (4,8%) Česká republika (4,1%)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	42 miliónov	16 miliónov	9 miliónov
Priemer v Európe	32,0%	12,1%	6,6%
Rozsah	2,9 – 45,5%	0,9 – 21,6%	0,3 – 14,1%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (2,9%) Malta (4,8%) Grécko (10,8%) Bulharsko (14,3%)	Rumunsko (0,9%) Malta (1,9%) Grécko (3,2%) Poľsko (5,3%)	Rumunsko (0,3%) Grécko (1,5%) Poľsko (1,9%) Švédsko, Nórsko (2,1%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (45,5%) Dánsko (44,5%) Francúzsko (43,6%) Španielsko (42,4%)	Česká republika (21,6%) Taliansko (20,3%) Španielsko (19,4%) Francúzsko (16,7%)	Španielsko (14,1%) Taliansko (9,9%) Francúzsko (9,8%) Česká republika (8,6%)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	19 miliónov	9,5 milióna	5 miliónov
Priemer v Európe	30,0%	15,2%	8,0%
Rozsah	3,7 – 53,8%	1,5 – 29,5%	0,5 – 17,2%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (3,7%) Malta (4,9%) Grécko (9,0%) Cyprus (14,4%)	Rumunsko (1,5%) Grécko (3,6%) Portugalsko (6,6%) Slovensko, Švédsko (7,3%)	Rumunsko (0,5%) Grécko (1,2%) Švédsko (2,2%) Nórsko (2,3%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (53,8%) Francúzsko (42,0%) Španielsko (39,1%) Dánsko (38,0%)	Česká republika (29,5%) Španielsko (23,9%) Taliansko (22,3%) Francúzsko (21,7%)	Španielsko (17,2%) Francúzsko (12,7%) Česká republika (11,6%) Taliansko (11,0%)
Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalencie vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa na krajiny s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúce maximálne ako 3 % cieľovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (336 miliónov), 15 – 34 (132 miliónov) a 15 – 24 (63 miliónov). Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2001 až 2009/2010 (hlavne 2004 – 2008), nevzťahujú sa na jediný rok. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti „Prieskumy v celkovej populácii“ v štatistickej ročenke 2011			

15 krajín uvádza úroveň celoživotnej prevalencie užívania kanabisu od 13 % do 25 %. Najnižšie úrovne (menej ako 10 %) uvádza Grécko, Cyprus, Rumunsko, Fínsko, Švédsko a Nórsko.

Rozdiel medzi pohlaviami v užívaní kanabisu je menej výrazný medzi študentmi ako medzi mladými dospelými. Pomer mužov a žien medzi študentmi sa pohybuje od takmer vyrovnaného pomeru v Španielsku a Spojenom kráľovstve po 2:1 alebo viac na Cypre, v Grécku, Poľsku a Rumunsku ⁽⁵⁰⁾.

Trendy v užívaní kanabisu

Koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom tohto storočia mnohé európske krajiny uvádzali nárasty užívania kanabisu tak v prieskumoch v celkovej populácii, ako aj v školských prieskumoch. Odvtedy sa obraz v Európe stal zložitejším. Mnohé krajiny uvádzajú, že užívanie kanabisu sa stabilizuje alebo dokonca klesá, zatiaľ čo v malom počte krajín (Bulharsko, Estónsko, Fínsko, Švédsko) môže dochádzať k nárastu. Aj keď väčšina európskych krajín v posledných rokoch uskutočnila

⁽⁵⁰⁾ Pozri tabuľku EYE-20 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2011.

prieskumy v celkovej populácii, len šesťnásť krajín poskytlo dostatočné údaje na analyzovanie trendov užívania kanabisu v dlhšom časovom období.

Trendy v týchto šiestnástich krajinách možno zoskupiť podľa úrovni prevalencie (obrázok 5). Prvá je skupina šiestich krajín (Bulharsko, Grécko, Maďarsko, Fínsko, Švédsko, Nórsko), ktoré sa nachádzajú hlavne na severe a juhovýchode Európy a vždy uvádzali nízku prevalenciu užívania kanabisu v minulom roku medzi osobami vo veku 15 až 34 rokov na úrovniach nepresahujúcich 10 %. Druhá je skupina piatich krajín (Dánsko, Nemecko, Estónsko, Holandsko, Slovensko), ktoré sa nachádzajú v rôznych častiach Európy a uvádzajú vyššie úrovne prevalencie, ale nepresahujúce 15 % v ich poslednom prieskume. Všetky krajiny v tejto skupine okrem Holandska uvádzali značné nárasty užívania kanabisu v deväťdesiatych rokoch minulého storočia a začiatkom tohto storočia. Okrem Estónska táto skupina krajín uvádzala v ďalšom desaťročí čoraz stabilnejší trend. Napokon je tu skupina piatich krajín, ktoré všetky v určitom bode za posledných 10 rokov dosiahli najvyššie úrovne užívania kanabisu v Európe, pričom minuloročné užívanie kanabisu medzi mladými dospelými v regióne dosahovalo 20 % a viac. Tieto krajiny sa nachádzajú na juhu a západe Európy (Francúzsko, Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo) a Česká republika. V tejto skupine môžu byť rôznorodé trendy. Aj keď Spojené kráľovstvo a v menšej miere Francúzsko vo svojich nedávnych prieskumoch uviedli poklesy, Španielsko uvádzalo pomerne stabilnú situáciu od roku 2003. Všetky tri krajiny uvádzali zvýšenie

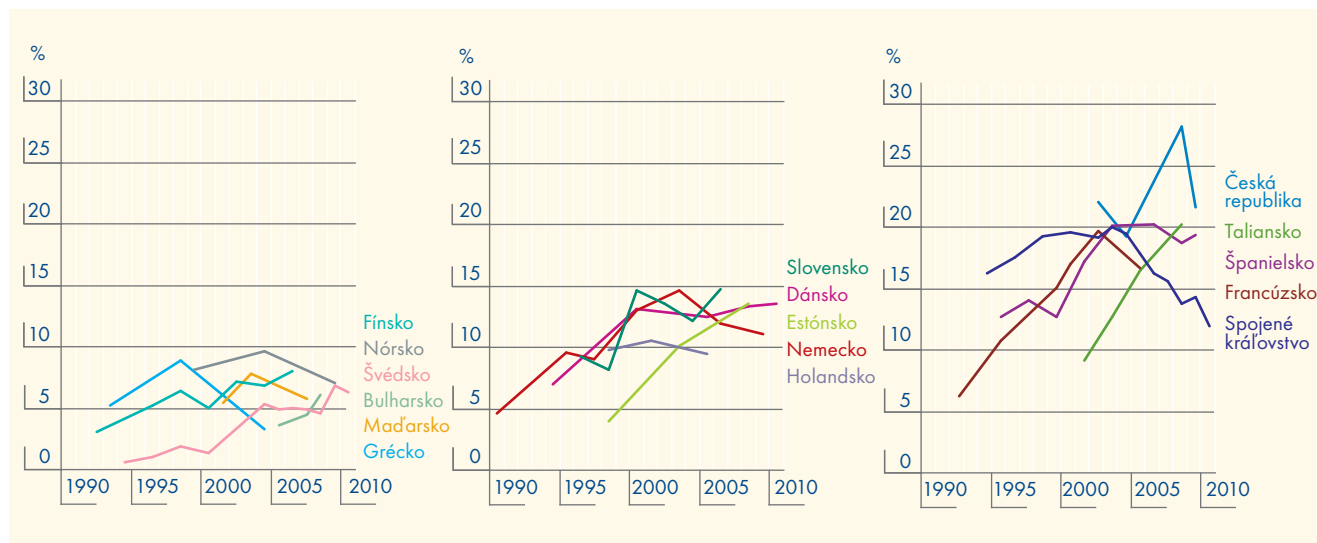
užívania kanabisu počas deväťdesiatych rokov. Taliansko aj Česká republika po poklesoch v posledných rokoch uviedli zvýšenie. Rozdiely v metódach prieskumu a mierach odpovedí však zatiaľ neumožňujú potvrdenie najnovších trendov v týchto dvoch krajinách.

Zaujímavý je príklad Spojeného kráľovstva, kde sa prieskumy konajú každý rok. Po tradične najvyššej úrovni užívania kanabisu v Európe začiatkom tohto storočia v roku 2010 prevalencia užívania kanabisu v minulom roku klesla po prvýkrát od začiatku monitorovania pod priemer EÚ.

Zaznamenaná stabilizácia alebo pokles užívania kanabisu sa vzťahuje na užívanie v minulom roku, čo zahŕňa rekreačné formy užívania. Nie je však jasné, či sa stabilizovalo aj intenzívne a dlhodobé užívanie.

V rámci celej Európy sa v období 1995 až 2007 zistilo podobné zloženie v časových trendoch užívania kanabisu medzi študentmi (EMCDDA, 2009a). Sedem krajín, ktoré sa nachádzajú hlavne v severnej a južnej Európe, uvádza celkovo stabilnú a nízku celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu počas celého obdobia. Väčšina západoeurópskych krajín vrátane Chorvátska a Slovinska, ktoré mali vysokú a prudko rastúcu celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu až do roku 2003, zaznamenala v roku 2007 pokles alebo stabilizáciu. Vo väčšine krajín strednej a východnej Európy sa podľa všetkého stúpajúci trend, ktorý sa pozoroval od roku 1995 do 2003, začína stabilizovať. V tejto oblasti šesť krajín uviedlo stabilnú situáciu a dve uvádzajú nárast od roku 2003 do 2007.

Obrázok 5: Trendy v prevalencii užívania kanabisu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 až 34 rokov), krajiny s tromi alebo viac prieskumami a zoskupené podľa úrovne najvyššej prevalencie (pod 10 %, 10 - 15 %, nad 15 %)



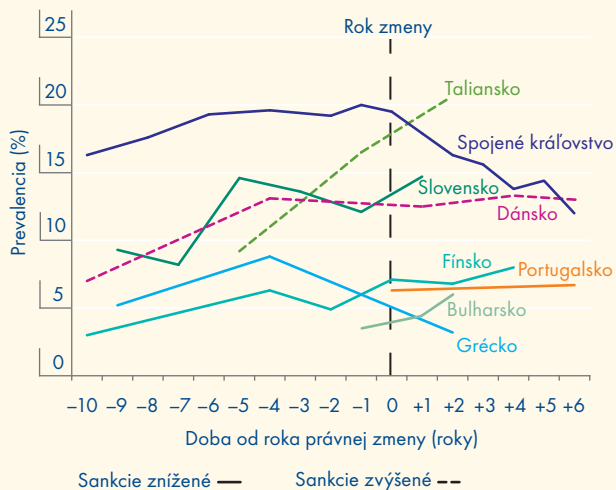
Poznámka: Česká republika skúma dôvody veľkej variability vo výsledkoch prieskumov, ktorá sa čiastočne asi dá pripísať zmenám v metódach. Údaje sa uvádzajú pre informáciu, ale porovnania by sa mali robiť s opatnosťou. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-4 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2010) prevzaté z prieskumov v rámci populácie, správ alebo vedeckých článkov

Hľadanie vzťahu medzi sankciami a užívaním kanabisu

Za posledných desať rokov mnoho európskych krajín zmenilo svoje právne predpisy súvisiace s drogami, pokiaľ ide o kanabis, a mnohé z nich majú odhady prevalencie užívania drog pred a po tejto právnej zmene. Pomocou jednoduchého porovnania týchto údajov pred a po možno skúmať, či sa prejavujú pozorovateľné zmeny v prevalencii v rokoch po zmene právneho predpisu. Keďže užívanie kanabisu sa sústreďuje medzi mladšími vekovými skupinami, uskutočnila sa analýza pomocou údajov o prevalencii u osôb vo veku 15 – 34 rokov. V grafe je prevalencia užívania kanabisu vynesena oproti času s nulou na horizontálnej osi, ktorá predstavuje rok právnej zmeny. Keďže medzi krajinami panujú rozdiely, pokiaľ ide o rok, v ktorom zmenili svoje právne predpisy, a pokiaľ ide o rozsah ich údajov z prieskumov, čiary vyjadrujúce trendy sa vzťahujú na rôzne časové obdobia.

Krajiny zvyšujúce sankcie za prechovávanie kanabisu sú zastúpené v grafe bodkovanými čiarami a krajiny znižujúce sankcie plnými čiarami. Hypotéza právneho dosahu vo svojej najjednoduchšej forme znamená, že zmena právneho predpisu povedie k zmene prevalencie, pričom zvýšené sankcie vedú k poklesu užívania drog a znížené sankcie k nárastu užívania drog. Podľa tohto by po zmene bodkované čiary mali klesať a plné čiary stúpať. V tomto desaťročnom období sa však v prípade týchto krajín nedá pozorovať jednoduchú asociáciu medzi zmenami v právnych predpisoch a prevalenciou užívania kanabisu.



Poznámka: Právne zmeny sa uskutočnili v rokoch 2001 – 2006; pozri kapitolu 1 a Prehľad tematiky z oblasti prechovávanie drog v európskej databáze právnych predpisov týkajúcich sa drog (ELDD)

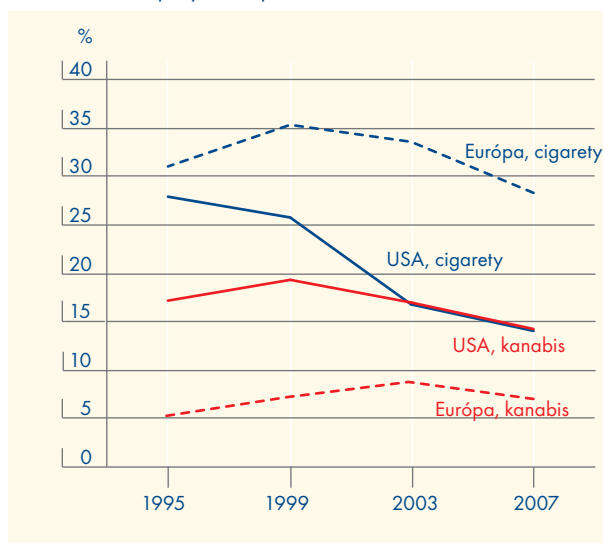
Nové údaje z najnovších prieskumov prístupu detí školského veku ku svojmu zdraviu (HBSC) v školách tiež poukazujú na celkový trend stabilizácie alebo poklesu užívania drog medzi študentmi (vo veku 15 – 16 rokov) vo väčšine krajín v období rokov 2006 – 2010. Celoživotné užívanie

kanabisu medzi študentmi odzrkadľovalo trend medzi dospelými v Anglicku, kleslo takmer o polovicu zo 40 % v roku 2002 na 22 % v roku 2010. V Nemecku celoživotné užívanie kanabisu medzi študentmi tiež kleslo na polovicu z 24 % v roku 2002 na 11 % v roku 2010. Od roku 2006 sa však zaznamenal nárast v Českej republike, Grécku, Lotyšsku, Litve, Rumunsku a Slovinsku.

Údaje o dlhodobom trende z prieskumu na školách v Austrálii a v USA tiež naznačujú klesajúci trend v užívaní kanabisu až do roku 2009⁽⁵¹⁾. Najnovší americký prieskum na školách v USA, ktorý sa uskutočnil v roku 2010 však označuje možný opätovný nárast užívania kanabisu pričom študenti uvádzali zvýšené užívanie kanabisu v minulom roku a nižšie úrovne odmietania drogy (Johnston a kol., 2010). V prieskume z roku 2010 americkí študenti vo veku 15 – 16 rokov uviedli vyššie miery užívania kanabisu ako fajčenia cigariet takto: 16,7 % užívalo kanabis v minulom mesiaci, zatiaľ čo len 13,6 % fajčilo cigarety (Johnston a kol., 2010).

Situácia je iná medzi študentmi v Európe, kde úrovne fajčenia cigariet v minulom mesiaci sa udržiavajú na podstatne vyššej úrovni než užívanie kanabisu. V rokoch 2003 až 2007 sa v prieskumoch na školách ESPAD v 23 krajinách EÚ zaznamenalo celkové zníženie fajčenia cigariet v minulom mesiaci (z 33 % na 28 %) a zníženie alebo aspoň stabilizácia užívania kanabisu (z 9 % na 7 %) (obrázok 6). V Európe, kde sa na fajčenie zvyčajne zmiešava kanabis a tabak, zníženie miery fajčenia môže mať určitý dosah na trendy, pokiaľ ide o užívanie kanabisu.

Obrázok 6: Trendy v prevalencii užívania kanabisu a fajčenia cigariet v minulom mesiaci medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov v 17 európskych krajinách a USA



Poznámka: Európsky priemer (nevážžený) je založený na študentoch vo veku 15 až 16 rokov v 15 krajinách EÚ spolu s Chorvátskom a Nórskom. Priemer študentov USA je založený na vzorke asi 16 000 študentov 10. ročníka (vo veku 15 – 16 rokov).

Zdroje: Hibell a kol. (2009), Johnston a kol. (2010)

⁽⁵¹⁾ Pozri obrázok EYE-2 (časť vi) v štatistickej ročenke 2011.

Formy užívania kanabisu

Dostupné údaje poukazujú na rôznorodé formy užívania kanabisu, počnúc od experimentálneho užívania až po závislosť. Po krátkej dobe experimentovania mnohí obvykle kanabis prestanú užívať, iní ho užívajú príležitostne alebo obmedzený čas. Spomedzi osôb vo veku 15 – 64 rokov, ktorí aspoň raz užili kanabis, 70 % tak neurobilo v priebehu minulého roka⁽⁵²⁾. Spomedzi osôb, ktoré túto drogu užili za posledný rok, asi polovica tak urobila v minulom mesiaci, čo môže naznačovať pravidelnejšie užívanie. Tieto podiely sa však medzi krajinami a medzi pohlaviami značne líšia.

Užívanie kanabisu je obzvlášť vysoké v prípade určitých skupín mladých ľudí, ktorí napríklad často navštevujú nočné kluby, pohostinstvá a hudobné podujatia. Cielené prieskumy, ktoré sa v nedávnej dobe uskutočnili v prostredí nočných zábavných podnikov alebo tanečno-hudobných kluboch v Belgicku, Českej republike, Holandsku, Litve a Spojenom kráľovstve, odhalili úroveň prevalencie, ktoré sú oveľa vyššie, než je európsky priemer medzi mladými dospelými. Užívanie kanabisu sa tiež často spája s nadmerným užívaním alkoholu: v prípade mladých dospelých (vo veku 15 až 34 rokov), ktorí často alebo v nadmernej miere užívajú alkohol, bola vo všeobecnosti dva- až šesťnásobne vyššia pravdepodobnosť užívania kanabisu v porovnaní s bežnou populáciou.

S rôznymi druhmi kanabisových výrobkov a spôsobmi, akými sa používajú, môžu súvisieť rôzne riziká. Spôsoby užívania kanabisu, ktoré vedú k užívaniu vysokých dávok, môžu užívateľa vystaviť väčšiemu riziku vzniku závislosti alebo iných problémov (Chabrol a kol., 2003; Swift a kol., 1998). K takýmto postupom patrí užívanie kanabisu s veľmi vysokým obsahom THC alebo vo veľkých množstvách a inhalovanie z vodnej fajky.

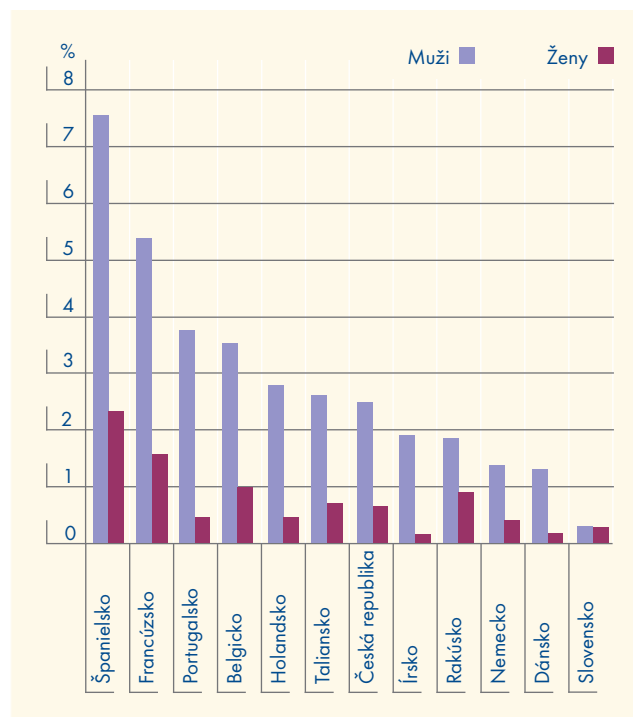
V prieskumoch v celkovej populácii sa len zriedka rozlišuje medzi použitím rôznych druhov kanabisu. V roku 2009 sa však zaviedli nové otázky do prieskumu v celkovej populácii, ktorý sa uskutočnil v Spojenom kráľovstve, na zistenie prevalencie užívania rastlinného kanabisu vrátane kanabisu známeho ako „skunk“ (slangový názov formy drogy spravidla s vysokou účinnosťou). V britskom prieskume kriminality v rokoch 2009/2010 sa uvádza odhad, že asi 12,3 % dospelých niekedy v živote užili niečo, o čom sa domnievali, že je to „skunk“. Zatiaľ čo podobné podiely užívateľov kanabisu uvádzajú celoživotné užívanie rastlinného kanabisu (50 %) a kanabisovej živice (49 %), v prípade osôb užívajúcich túto drogu v poslednom roku je väčšia pravdepodobnosť, že užívali rastlinný kanabis (71 %) než živicu (38 %) (Hoare a Moon, 2010). A keď tieto odhady nemožno zovšeobecňovať na iné

populácie v Európe, výsledky poukazujú na niektoré zmeny v užívaní kanabisu v priebehu času.

Z údajov zo vzorky 14 európskych krajín zahŕňajúcej 65 % dospeléj populácie Európskej únie a Nórska vyplýva, že približne polovica osôb, ktoré v minulom mesiaci užívali kanabis, užívali drogu 1 – 3 dni v tomto mesiaci, asi jedna tretina 4 – 19 dní a jedna štvrtina 20 dní alebo viac. Vo väčšine z týchto 14 krajín v prípade žien je väčšia pravdepodobnosť, že kanabis budú užívať príležitostne, zatiaľ čo väčšina každodenných alebo takmer každodenných užívateľov kanabisu sú muži (obrázok 7). Na základe týchto údajov podľa všetkého sú mužskí užívatelia tejto drogy v mnohých krajinách obzvlášť ohrození tým, že sa z nich stanú častí užívatelia, a toto by sa malo vziať do úvahy pri príprave aktivít v oblasti prevencie.

Z nových údajov o užívaní drog dospievajúcimi vyplýva, že čoraz väčším problémom v USA je každodenné užívanie kanabisu. Prevalencia každodenného užívania kanabisu sa výrazne zvýšila v roku 2010 na 6 % medzi študentmi stredných škôl vo veku 17 – 18 rokov (Johnston a kol., 2010).

Obrázok 7: Prevalencia denného alebo takmer denného užívania kanabisu medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) podľa pohlavia



Poznámka: Osoby, ktoré uviedli, že užívali kanabis 20 dní alebo viac v období 30 dní pred rozhovorom sa v texte označujú ako „každodenní alebo takmer každodenní užívatelia“. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke GPS-10 (časť iv) v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽⁵²⁾ Pozri obrázok GPS-2 v štatistickej ročenke 2011.

Čoraz častejšie sa uznáva, že možným dôsledkom pravidelného užívania kanabisu je závislosť, dokonca medzi mladšími užívateľmi a v niektorých európskych krajinách stúpa počet osôb, ktoré v dôsledku užívania kanabisu potrebujú pomoc (pozri nižšie). Existujú však informácie, že polovica závislých užívateľov kanabisu, ktorí prestali užívať drogu, to zvládla bez liečby (Cunningham, 2000). Niektorí užívatelia kanabisu – predovšetkým silní užívatelia – môžu mať problémy, aj keď nemusia nevyhnutne spĺňať klinické kritériá pre závislosť.

Dopyt po liečbe

Kanabis bol v roku 2009 primárnou drogou približne v 98 000 všetkých vstupov do liečby v 26 krajinách (23 % z celku), čím sa stal po heroíne druhou najčastejšie uvádzanou drogou. Kanabis uviedlo tiež ako najčastejšiu sekundárnu drogu približne 93 000 klientov (28 %). Primárni užívatelia kanabisu predstavujú viac ako 30 % účastníkov liečby v Belgicku, Dánsku, Holandsku, Nemecku, Francúzsku, Maďarsku a Poľsku, ale menej než 10 %, v Bulharsku, Estónsku, Grécku, Litve, na Malte, v Rumunsku a Slovinsku (⁵³).

Rozdiely v prevalencii užívania kanabisu a s tým súvisiacimi problémami nie sú jedinými faktormi, ktoré vysvetľujú rozdiely v úrovni liečby medzi krajinami. Iné faktory, ako napr. postupy týkajúce sa odporúčaní a úroveň a typ poskytovania liečby sú tiež dôležité. Príklady toho sú evidentné vo Francúzsku a Maďarsku, v dvoch krajinách, ktoré uvádzajú vysoký podiel užívateľov kanabisu vstupujúcich do liečby. Francúzsko má systém poradenských centier, ktoré sa zameriavajú na mladých klientov (⁵⁴). V Maďarsku sa páchatelom, ktorí užívajú kanabis, ponúka protidrogová liečba ako alternatíva k trestu, čím sa počty môžu zvýšiť.

Pokiaľ ide o trendy za posledných desať rokov, spomedzi 21 krajín, pre ktoré sú k dispozícii údaje, všetky krajiny okrem Bulharska uvádzajú zvýšenie podielu klientov vstupujúcich do liečby po prvýkrát v živote v dôsledku užívania kanabisu. V období rokov 2004 – 2009 v 18 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje, sa počet primárnych užívateľov kanabisu spomedzi tých, ktorí uviedli, že vstupujú do liečby po prvýkrát v živote, zvýšil o približne 40 % z 27 000 na 38 000 (⁵⁵). Najnovšie údaje (2008 – 2009) naznačujú pokračujúci vzostupný trend vo väčšine krajín, ktoré poskytujú údaje.

Profil liečených klientov

Klienti užívajúci kanabis zväčša vstupujú do ambulantnej liečby a podľa údajov patria k najmladším skupinám osôb

vstupujúcich do liečby s priemerným vekom 25 rokov. Mladí ľudia, ktorí uvádzajú kanabis ako svoju primárnu drogu predstavujú 74 % vstupujúcich do liečby vo veku 15 – 19 rokov a 86 % z nich sú mladší ako 15 rokov. Pomer mužov a žien je najvyšší spomedzi klientov užívajúcich drogy (približne päť mužov na jednu ženu). Celkove 49 % klientov užívajúcich kanabis ako primárnu drogu sú každodenní užívatelia, asi 18 % ju užíva 2 – 6-krát do týždňa, 12 % užíva kanabis raz do týždňa alebo menej často a 22 % sú príležitostnými užívateľmi, niektorí z nich užívali túto drogu mesiac pred vstupom do liečby. Tieto podiely sa však medzi jednotlivými krajinami líšia (⁵⁶).

Liečba

Poskytovanie liečby

Liečba závislosti od kanabisu v Európe zahŕňa široký rozsah opatrení vrátane liečby prostredníctvom internetu, poradenstva, štruktúrovaných psychosociálnych intervencií a liečby v pobytových zariadeniach. Dochádza aj k častému prekrývaniu medzi selektívnou a indikatívnou prevenciou a intervenciami v oblasti liečby (pozri kapitolu 2).

Nežiaduce účinky užívania kanabisu na zdravie

Individuálne zdravotné riziko spojené s užívaním kanabisu sa vo všeobecnosti považuje za menšie než riziká spojené s drogami ako napríklad heroín alebo kokaín. Avšak vzhľadom k vysokej prevalencii užívania kanabisu vplyv tejto drogy na verejné zdravie môže byť významný.

Zistený bol rad akútnych i chronických zdravotných problémov súvisiacich s užívaním kanabisu. K akútnym nežiaducim účinkom patrí úzkosť, panická reakcia a psychotické príznaky, ktoré častejšie môžu uvádzať užívatelia, ktorí drogu užívajú prvýkrát. Užívanie kanabisu môže tiež zvyšovať riziko spôsobenia dopravnej nehody.

Chronické účinky spojené s užívaním kanabisu boli zdokumentované, a to vrátane závislosti a viacerých ochorení dýchacích ciest. Vplyv užívania kanabisu na kognitívne schopnosti zostáva nejasný. Pravidelné užívanie kanabisu počas dospievania môže nepriaznivo ovplyvniť duševné zdravie mladých dospelých a existujú dôkazy o zvýšenom riziku psychotických symptómov a porúch, ktoré sa častým užívaním zvyšujú (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall a Degenhardt, 2009; Moore a kol., 2007).

⁽⁵³⁾ Pozri obrázok TDI-2 (časť ii) a tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-22 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁵⁴⁾ Okrem toho mnohých užívateľov opiodov vo Francúzsku liečia všeobecní lekári a na účely ukazovateľa dopytu po liečbe sa neuvádzajú, čím sa zvyšujú podiely užívateľov iných drog.

⁽⁵⁵⁾ Pozri obrázok TDI-1 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁵⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-10 (časť ii) a (časť iii), TDI-11 (časť i), TDI-18 (časť ii), TDI-21 (časť ii), TDI-24, TDI-103 (časť vii) a TDI-111 (časť viii) v štatistickej ročenke 2011.

Liečbu závislosti od kanabisu väčšinou poskytujú špecializované ambulantné zariadenia a služby zamerané na problémy súvisiace s užívaním kanabisu sú teraz k dispozícii vo viac ako polovici členských štátov. Napríklad po celom Francúzsku bolo zriadených viac ako 300 poradenských centier na prednostné uspokojenie potrieb mladých užívateľov, ktorí majú problémy s kanabisom. V Nemecku popri viacerých špecifických programoch zameraných na kanabis 161 poradenských centier prijalo program „Realise it“ („Uvedom si to“), v rámci ktorého sa od klientov požaduje, aby si stanovili ciele na kontrolu užívania a zaoberá sa faktormi súvisiacimi s užívaním kanabisu, ktoré sa týkajú jednotlivcov i prostredia. Intervencia pozostáva z piatich sedení po dobu 10 týždňov a poskytuje sa ročne až 1 400 užívateľom kanabisu. V Maďarsku sa veľká väčšina (80 %) klientov užívajúcich kanabis zúčastňuje na preventívno-poradenských službách. Tieto služby poskytujú akreditované organizácie.

Nemecko a Holandsko sú obzvlášť aktívne v oblasti rozvoja programov týkajúcich sa kanabisu. Problémy spojené s užívaním kanabisu zvyčajne súvisia s inou látkou alebo psychosociálnymi problémami, čo sa zohľadní v typoch programov, ktoré sú k dispozícii pre užívateľov kanabisu. Napríklad Amsterdamské zdravotné centrum (Amsterdam Medical Centre) vyvinulo rodinnú motivačnú intervenciu pre mladých užívateľov kanabisu so schizofréniou a pre ich rodičov (holandská národná správa Reitox, 2009). Randomizovaná kontrolovaná štúdia preukázala pozitívne výsledky tejto intervencie. Po troch mesiacoch mladí ľudia zapojení do tejto štúdie uviedli zníženie užívania kanabisu a túžbu po droge, pričom rodičia uviedli zníženie stresu a zlepšenie pohody. Prípady týkajúce sa užívania kanabisu spojeného s psychiatrickými problémami, ako napr. psychóza alebo depresie, si vyžadujú integrované prístupy medzi poskytovateľmi špecializovanej liečby a psychiatrickými zariadeniami. V praxi sa však liečba dvojitej diagnózy ešte často rieši postupne a spolupráca medzi poskytovateľmi starostlivosti zostáva zložitá.

V nedávnej nemeckej štúdii sa predpovedá čoraz častejšie vyhľadávanie liečby problémov s užívaním kanabisu v budúcnosti, najmä dospelými mužmi a mladými dospelými. V súčasnej dobe z odhadov podielu užívateľov drog kontaktovaných protidrogovými zariadeniami v Nemecku vyplýva, že aj keď špecializované služby zamerané na závislosti kontaktujú 45 % až 60 % užívateľov so závislosťou od opioidov, odhaduje sa, že sa kontaktuje len 4 % až 8 % užívateľov kanabisu, ktorí by potrebovali liečenie. V niektorých prípadoch intervencie cez internet, ktoré sú teraz k dispozícii v troch členských štátoch, môžu poskytnúť ďalšie možnosti liečby pre užívateľov kanabisu,

ktorí hľadajú podporu, ale ktorí sa zdráhajú prístupíť k tradičným liečebným službám.

Najnovšie štúdie o liečbe užívateľov kanabisu

Štúdie, v ktorých sa hodnotí liečba, sú naďalej zriedkavé v porovnaní so štúdiami týkajúcimi sa iných nezákonných drog, a to aj napriek nárastu dopytu po liečbe závislosti od kanabisu. Výskum však v Európe pokračuje a štúdie v súčasnosti prebiehajú v Nemecku, Dánsku, Španielsku, Francúzsku a Holandsku.

Mnohé z týchto štúdií potvrdzujú, že psychosociálne intervencie môžu mať pozitívne výsledky v prípade užívateľov kanabisu. Je tomu tak napríklad v prípade multidimenzionálnej rodinnej terapie, komplexnej rodinnej ambulantnej intervencie zameranej na dospelých užívateľov s problémami s užívaním drog a so správaním (Liddle a kol., 2009), ktorá bola úspešná pri znižovaní úrovni

Lekárske využitie kanabisu v USA

Od roku 1996 vydalo 15 amerických štátov a federálny dištrikt Kolumbia zákony umožňujúce prechovávať v osobnom vlastníctve stanovené množstvo kanabisu na terapeutické použitie. Pacient musí mať písomné odporúčanie od lekára vo všetkých štátoch okrem Kalifornie a Maine, kde odporúčanie môže byť ústne. Všetky štáty okrem Washingtonu zriadili dôverné registre s preukazmi totožnosti pacientov a v mnohých štátoch sú povinné. Aj keď každý štát má svoj vlastný zoznam podmienok, väčšina štátov povoľuje užívanie kanabisu na liečbu bolesti, či už „chronickej“, „závažnej“ alebo „neustupujúcej“.

Takmer všetky štáty, ktoré prijali model ošetrovateľov, v rámci ktorého určenej osobe je povolené pestovať obmedzené množstvo kanabisu na použitie pre pacienta. V závislosti od štátu pacienti si môžu určiť jedného alebo dvoch ošetrovateľov a ošetrovatelia môžu obslúžiť až piatich pacientov. Povolené množstvá sa pohybujú od 1 unce, t. j. asi 28 g – (Aljaška, Montana, Nevada) po 24 uncí (Oregon, Washington) využiteľného rastlinného kanabisu a od 6 do 24 rastlín, z ktorých niektoré by mali byť „nedozreté“. Poskytovanie kanabisu na terapeutické použitie neziskovými dispenzárnymi zariadeniami alebo štátnymi liečebnými centrami je povolené asi v polovici štátov. Okrem dvoch jurisdikcií, New Jersey a Washington DC, pacienti môžu pestovať svoj vlastný kanabis na terapeutické použitie.

Na rozdiel od toho federálny zákon klasifikuje kanabis ako nebezpečnú látku bez použitia v zdravotníctve. Tento zákon umožňuje federálnej vláde sťahovať všetkých užívateľov a dodávateľov kanabisu. V októbri 2009 však zástupca generálneho prokurátora poslal oznámenie federálnym prokurátorom, aby neuprednostňovali stíhanie prípadov týkajúcich využívania kanabisu na terapeutické použitie, ak ho právo štátu povoľuje.

užívania drog. Závery z porovnania s inými dostupnými liečbami na viacerých miestach v rámci krajiny však boli nejasné. To podnietilo centrum EMCDDA, aby zadala vypracovanie metaanalýzy európskych a amerických štúdií.

K ďalším psychosociálnym intervenciám, ktoré sa v súčasnosti vyhodnocujú patrí psychovzdelávanie (založené na prvkoch behaviorálnej terapie a motivačných rozhovoroch) a prevencii relapsu, krátkych intervenciách, motivačnou terapiou s odmenami (contingency

management) a rôznych typov kognitívno-behaviorálnej terapie.

Výskum sa vykonáva aj v oblasti farmakologických výrobkov, ktoré môžu podporovať psychosociálne intervencie (Vandrey a Haney, 2009). V tejto oblasti v súčasnej dobe prebiehajú tri základné smery výskumu na skúmanie možností použitia farmaceutík, ktoré pomáhajú u užívateľov kanabisu obmedzovať abstinenčné príznaky po vysadení drogy, túžby po nej alebo znižovať mieru jej užívania (Marshall, K. a kol., 2011).

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitola 4

Amfetamíny, extáza, halucinogénne látky, GHB a ketamín

Úvod

Amfetamíny (všeobecný termín, ktorý zahŕňa amfetamín a metamfetamín) a extáza patria celosvetovo k najbežnejšie užívaným nezákonným drogám. V mnohých krajinách buď extáza, alebo amfetamíny patria k druhej najčastejšie užívanej nezákonnej látke po kanabise. Okrem toho v niektorých častiach Európy predstavuje užívanie amfetamínov významnú súčasť drogového problému, v dôsledku čoho veľká časť užívateľov potrebuje liečbu.

Amfetamín a metamfetamín sú stimulantmi centrálnej nervovej sústavy. Z týchto dvoch drog je amfetamín v Európe oveľa dostupnejší, zatiaľ čo významná miera užívania metamfetamínu sa tradične obmedzuje na Českú republiku a Slovensko. Najnovšie sa objavujú správy o zvýšenej prítomnosti tejto drogy na trhu s amfetamínmi v niektorých krajinách v severnej Európe.

Ako extáza sa označujú syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné s amfetamínmi, ale do určitej miery sa líšia svojimi účinkami. Najznámejším členom skupiny drog

extázy je 3, 4-metyléndioxymetamfetamín (MDMA), ale v tabletkách extázy možno niekedy nájsť aj iné analógy (MDA, MDEA). Popularita tejto drogy sa tradične spája s hudobno-tanečnou scénou. Aj keď v tomto prostredí je stále populárna, v posledných rokoch dochádza v mnohých európskych krajinách k postupnému poklesu užívania a dostupnosti extázy.

Najznámejšou halucinogénnou drogou v Európe je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD), jeho užívanie je na nízkej úrovni a už dlhší čas je do istej miery stabilné. Zdá sa, že za posledné roky medzi mladými ľuďmi rastie záujem o prírodné halucinogénne látky, napr. v halucinogénnych hubách. Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa uvádza rekreačné užívanie ketamínu a gamahydroxybutyrátu (GHB) – obe látky sú anestetiká 30 rokov bežne používané v humánnej aj veterinárnej medicíne – v niektorých prostrediach a medzi podskupinami užívateľov drog v Európe. Nedovolené používanie týchto látok v niektorých európskych krajinách vyvoláva u služieb poskytujúcich liečbu obavy.

Tabuľka 5: Záchyty, cena a čistota amfetamínu, metamfetamínu, extázy a LSD

	Amfetamín	Metamfetamín	Extáza	LSD
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	33	31	5,4	0,1
Zachytené množstvo EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka) ⁽¹⁾	5,3 ton (6,5 ton)	500 kg (600 kg)	Tablety 1,9 milióna (2,4 milióna)	Jednotky 59 700 59 700
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Priemerná maloobchodná cena (EUR)	Gram	Gram	Tablety	Dávka
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	8 – 42 (10 – 23)	9 – 71	3 – 16 (4 – 9)	4 – 29 (7 – 11)
Priemerná čistota (%)				
Rozsah (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	1 – 29% (6 – 21%)	10 – 76% (25 – 64%)	3 – 108 mg (26 – 63 mg)	nie je k dispozícii

⁽¹⁾ Celkové množstvo amfetamínu, extázy a LSD zachytené v roku 2009 je pravdepodobne podhodnotené zväčša na základe nedostatočných najnovších údajov za Holandsko, krajinu, ktorá uvádzala pomerne veľké záchyty do roku 2007. V dôsledku chýbajúcich údajov za roky 2008 a 2009 hodnoty za Holandsko nemožno zahrnúť do európskych odhadov za rok 2009.

⁽²⁾ Rozpätie stredne polovice uvedených údajov.

Poznámka: Všetky údaje za rok 2009, n.a., údaje nie sú k dispozícii.

Zdroj: UNODC (2011) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu.

Ponuka a dostupnosť

Drogové prekurzory

Amfetamín, metamfetamín a extáza sú syntetické drogy, pre ktoré sú vo výrobnom procese potrebné chemické prekurzory. Prehľad týkajúci sa výroby týchto látok možno zhrnúť ako správy o záchytoch kontrolovaných chemických látok – zneužitých z legálneho obchodu – ktoré sú potrebné pre ich výrobu.

Medzinárodná rada pre kontrolu omamných látok (INCB) uvádza, že globálne záchyty 1-fenyl-2-propanónu (P2P, BMK), ktoré možno použiť na nezákonnú výrobu amfetamínu aj metamfetamínu sa znížili z 5 620 litrov v roku 2008 na 4 900 litrov v roku 2009, pričom najvyššie záchyty vykazuje naďalej Čína (2 275 litrov v roku 2009) a Rusko (1 731 litrov v roku 2009). V Európskej únii sa záchyty P2P zvýšili zo 62 litrov v roku 2008 na 635 litrov v roku 2009. Celosvetové záchyty dvoch hlavných prekurzorov metamfetamínu sa tiež zvýšili v roku 2009: efedrín na 42 ton z 18 ton v roku 2008 a 22,6 tony v roku 2007 a pseudoefedrín na 7,2 ton z 5,1 tony v roku 2008, aj keď je to stále pod úrovňou 25 ton zachytených v roku 2007. V členských štátoch EÚ bol efedrín zachytený v množstve približne 0,5 ton, čo bol takmer dvojnásobok množstva zachyteného pred rokom a pseudoefedrín bol zachytený v množstve 67 kg.

Dve prekurzorové chemikálie, ktoré sa spájajú s výrobou MDMA: 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanón (3,4-MDP2P, PMK) a safrol. 40 litrov PMK zachytených v roku 2009 z nulového množstva v roku 2008 by mohlo naznačovať, že dostupnosť tejto látky zostáva na nízkej úrovni, čo je v rozpore s vyššími úrovňami zaznamenanými v predchádzajúcich rokoch (8 816 litrov v roku 2006, 2 297 litrov v roku 2007). Celosvetové záchyty safrolu, ktorý stále častejšie môže nahrádzať PMK pri syntéze MDMA v Európe, klesli na 1 048 litrov v roku 2009 z najvyššieho množstva 45 986 litrov v roku 2007⁽⁵⁷⁾. K celému zabaveniu PMK a väčšiny safrolu v roku 2009 došlo v Európskej únii.

Medzinárodné úsilie na zamedzenie zneužívania prekurzorových chemikálií používaných na nezákonnú výrobu syntetických drog je koordinované prostredníctvom projektu „Prism“. V rámci projektu sa používajú predexportné upozornenia na zákonný obchod a podávanie správ o zaistených a zachytených zásielkach pri výskyte podozrivých transakcií. Informácie o aktivitách v tejto oblasti sa oznamujú Medzinárodnej rade pre kontrolu omamných látok (INCB, 2010b). Ďalšou nedávnou iniciatívou INCB je zverejnenie súboru usmernení na pomoc národným vládam pri príprave dobrovoľných kontrolných opatrení v spolupráci s priemyselnými výrobcami chemikálií s cieľom zabrániť ich zneužitiu na výrobu nelegálnych drog (INCB, 2009).

Diverzifikácia ponuky prekurzorov na výrobu syntetických drog v Európe

Syntetické drogy vrátane extázy (MDMA, MDEA, MDA) a amfetamínu sa v Európe vyrábajú nezákonne z dovážaných prekurzorových chemikálií. V reakcii na zvýšenie účinnosti medzinárodných kontrol niektorí nelegálni výrobcovia teraz skôr syntetizujú, než nakupujú prekurzory z tzv. „pre-prekurzorov“. Okrem toho výrobcovia pred dovozom maskujú tradičné prekurzory za iné nekontrolované chemické látky (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Nedávne výkyvy na európskom trhu s extázou sú názornými príkladmi týchto javov. Po úspešných opatreniach na obmedzenie zneužívania PMK prekurzora MDMA na nelegálny trh⁽¹⁾ sa teraz ukazuje, že ako východiskový materiál pri syntéze MDMA sa používajú viaceré pre-prekurzory vrátane safrolu.

PMK je pod medzinárodnou kontrolou, a to ako podľa Dohovoru OSN z roku 1988 a aj podľa európskych právnych predpisov. Legálny medzinárodný obchod s PMK je malý a obmedzený na niekoľko krajín. Safrol sa získava z esenciálnych olejov bohatých na safrol, ktoré sa extrahujú z niektorých druhov rastlín Južnej Ameriky a juhovýchodnej Ázie (TNI, 2009). Aj keď safrol je kontrolovaná chemikália, obchodovanie s olejmi bohatými na safrol nie je kontrolované. Safrol sa tiež široko používa v medzinárodnom meradle pri výrobe parfumov a insekticidov, čo môže znižovať vplyv medzinárodnej kontrolnej činnosti.

Zo správ z Holandska, krajiny, ktorá sa najviac spája s výrobou extázy, vyplýva, že mnohí výrobcovia tejto drogy používali ako východiskový materiál skôr safrol, než PMK. Medzinárodná rada pre kontrolu omamných látok oznámila okolo 40 legitímnych zásielok safrolu v celkovom objeme 101 840 litrov od novembra 2009 do októbra 2010. Správy o podozrivých zásielkach však zostávajú na nízkej úrovni v porovnaní s odhadovaným množstvom vyrobenej extázy (INCB, 2011a). V rokoch 2009/2010 bolo zachytených okolo 1 050 litrov safrolu a olejov bohatých na safrol, najmä v Litve, zatiaľ čo susedné Lotyšsko oznámilo zabavenie 1 841 litrov v roku 2008 (INCB, 2011a).

(1) 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanón.

Amfetamín

Celosvetová produkcia amfetamínu zostáva naďalej sústredená v Európe, čo predstavuje viac než 80 % všetkých amfetamínových laboratórií zaznamenaných v roku 2009 (UNODC, 2011). V roku 2009 sa celosvetové záchyty amfetamínu zvýšili na asi 33 ton (pozri tabuľku 5). V západnej a strednej Európe pokračovali záchyty veľkých množstiev amfetamínu, hoci organizácia UNODC oznámila zníženie zachytených množstiev o 20 % v porovnaní s rokom 2008, keď bolo zachytených 7,9 ton. Najväčší nárast záchytov amfetamínu bol zaznamenaný v Saudskej Arábii, Jordánsku a Sýrii. Spolu sa podľa UNODC v oblasti

(57) Pozri rámček „Diverzifikácia ponuky prekurzorov na výrobu syntetických drog v Európe“.

Blízkeho a Stredného východu a v juhovýchodnej Ázii zachytilo v roku 2009 okolo 25 ton, takmer všetko vo forme tabliet „captagon“ (UNODC, 2011).

Väčšina amfetamínu zachyteného v Európe je vyrobená, podľa poradia dôležitosti, v Holandsku, Poľsku, Belgicku, Bulharsku a Turecku. V roku 2009 bolo v Európskej únii odhalených a oznámených Europolu 19 miest zapojených do výroby, tabletovania a uskladňovania amfetamínu.

V Európe bolo v roku 2009 zaznamenaných približne 34 200 záchyty v objeme 5,8 tony amfetamínového prášku a 3 milióny amfetamínových tabliet⁽⁵⁸⁾ (59). Počet záchyty amfetamínu kolísal posledných päť rokov, pričom v rokoch 2008 a 2009 bol zaznamenaný pokles. Aj keď množstvo amfetamínových tabliet zabavené v Európe prudko kleslo v období rokov 2004 – 2009 v dôsledku poklesu záchyty v Turecku, množstvá zachyteného amfetamínu zostali vo väčšine európskych krajín na stabilnej úrovni alebo sa zvýšili⁽⁶⁰⁾. Toto hodnotenie je však predbežné, pretože za Holandsko nie sú dostupné najnovšie údaje a ktoré v roku 2007, v poslednom roku, keď boli údaje k dispozícii, oznámilo záchyt 2,8 ton amfetamínového prášku.

Čistota vzoriek amfetamínu zachytených v Európe v roku 2009 je naďalej značne premenlivá, od menej ako 8 % v Bulharsku, Maďarsku, Rakúsku, Portugalsku, Slovinsku, Slovensku a Chorvátsku až po viac než 20 % v krajinách, kde je zaznamenaná výroba amfetamínu alebo kde sú úrovne spotreby pomerne vysoké (Estónsko, Litva, Holandsko, Poľsko, Fínsko, Nórsko)⁽⁶¹⁾. Za posledných päť rokov čistota amfetamínu klesla v 17 z 18 krajín, ktoré uviedli dostatočné údaje na analýzu trendov

Priemerná maloobchodná cena amfetamínu sa v roku 2009 pohybovala v rozpätí od 10 EUR do 23 EUR za gram vo viac ako polovici zo 14 krajín, ktoré poskytli údaje. Maloobchodné ceny amfetamínu klesli alebo zostali na stabilnej úrovni vo všetkých 17 krajinách, ktoré poskytli údaje za obdobie rokov 2004 až 2009 okrem Holandska, kde sa zvýšili za toto obdobie, a Slovinska, ktoré uviedlo veľký nárast v roku 2009⁽⁶²⁾.

Metamfetamín

Počet zničených metamfetamínových laboratórií zaznamenaný v celosvetovom meradle vzrástol v roku 2009 o 29 %. Tak ako v minulom roku najvyšší nárast bol registrovaný v Severnej Amerike, najmä v USA, sú

však správy aj o pokračujúcom náraste počtu tajných laboratórií vo východnej a juhovýchodnej Ázii. Okrem toho bola oznámená zvýšená aktivita v súvislosti s výrobou metamfetamínu v Latinskej Amerike a Afrike. V roku 2009 bolo zachytených 31 ton metamfetamínu, čo je značný nárast oproti 22 tonám zachyteným v roku 2008. Väčšina tejto drogy bola zachytená v Severnej Amerike (44 %), pričom Mexiko zodpovedalo v roku 2009 za výnimočne veľké množstvo 6,1 ton (UNODC, 2011).

Nezákonná výroba metamfetamínu v Európe je sústredená v Českej republike, kde bolo v roku 2009 odhalených 342 výrobní, väčšinou malých „kuchynských laboratórií“ (pokles zo 434 v roku 2008). Výroba sa vyskytuje aj na Slovensku a v roku 2009 sa zvýšila, ako aj v Nemecku, Litve a Poľsku.

V roku 2009 bolo v Európe oznámených takmer 7 400 záchyty metamfetamínu v objeme približne 600 kg. V období rokov 2004 – 2009 sa zvýšil počet zachytení aj množstvá zachyteného metamfetamínu, pričom k výraznému zvýšeniu došlo v období rokov 2008 až 2009. V tomto období sa zachytilo dvojnásobne väčšie množstvo, najmä vďaka nárastu množstiev získaných vo Švédsku a Nórsku, hlavných krajín, kde došlo k záchytem tejto drogy, v Európe, kde mohla čiastočne nahradiť amfetamín. Turecko oznámilo záchyty metamfetamínu po prvýkrát v roku 2009 a zaradilo sa na tretie miesto, pokiaľ ide o získané množstvá: pomerne veľké zásielky metamfetamínu zachyteného v Turecku tranzitovali podľa poskytnutých informácií z Iránu na východ a do juhovýchodnej Ázie.

Čistota metamfetamínu značne kolísala v roku 2009 v 17 krajinách, ktoré poskytli údaje, s priemernou čistotou pod 15 % v Bulharsku a Estónsku a nad 65 % v Českej republike, Holandsku, na Slovensku a v Chorvátsku. Pokiaľ ide o čistotu metamfetamínu, nedá sa stanoviť celkový trend. Rozsah maloobchodných cien metamfetamínu tiež značne kolísal v roku 2009 v šiestich krajinách, ktoré poskytli údaje, počnúc približne 10 EUR za gram v Bulharsku, Litve a Slovinsku až po približne 70 EUR za gram v Nemecku a na Slovensku.

Extáza

Vykazovaný počet zničených laboratórií vyrábajúcich extázu sa v podstate nezmenil, v roku 2009 ich bolo 52. Väčšina týchto laboratórií sa nachádzala v Austrálii (19),

(58) Väčšina (94 %) zachytených amfetamínových tabliet bola označená ako captagon a získaná v Turecku. Captagon je jedným z registrovaných obchodných názvov pre fenetylín, syntetický stimulant centrálnej nervovej sústavy. Zistilo sa, že tabletky predávané ako captagon na nelegálnom trhu bežne obsahujú amfetamín zmiešaný s kofeínom.

(59) Toto je predbežná analýza, pretože doteraz nie sú k dispozícii údaje za Holandsko za roky 2008 a 2009.

(60) Údaje o záchytoch drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľkách SZR-11 až SZR-18 v štatistickej ročenke 2011.

(61) Údaje o záchytoch drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-8 v štatistickej ročenke 2011. Trendy v EÚ sú uvedené na obrázku PPP-2 v štatistickej ročenke 2011.

(62) Údaje o európskych cenách drog uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-4 v štatistickej ročenke 2011.

Indonézii (18) a Kanade (12). Výroba tejto drogy sa podľa všetkého ďalej geograficky rozširovala, pričom výroba sa približuje k spotrebiteľským trhom vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Severnej Amerike, a Oceánii. Napriek tomu západná Európa pravdepodobne zostáva dôležitým miestom výroby extázy.

Z celosvetového hľadiska záchyty extázy dosiahli 5,4 tony v roku 2009 (UNODC, 2011), pričom USA uvádzali 63 % z celkového množstva.

Počet záchytov extázy oznámených v Európe zostal stabilný v období rokov 2004 až 2006 a potom klesol, zatiaľ čo množstvá zachytené vo väčšine európskych krajín vykazujú od roku 2004 klesajúci trend. V roku 2009 bolo v Európe zaznamenaných približne 11 000 záchytov extázy, na základe čoho bolo zachytených viac než 2,4 milióna tabliet extázy. Tento odhad je však podhodnotený, pretože nie sú dostupné najnovšie údaje za Holandsko, ktoré oznámilo záchyty 8,4 milióna tabliet v roku 2007, ktorý bol posledným rokom, keď boli k dispozícii údaje.

Typický obsah látky MDMA v tabletách extázy, ktorý sa testoval v roku 2009, bol od 3 do 108 mg v 18 krajinách, ktoré poskytli údaje. Okrem toho niektoré krajiny uviedli výskyt tabliet extázy s vysokými dávkami, ktoré obsahovali vyše 130 mg MDMA (Belgicko, Bulharsko, Nemecko, Holandsko, Taliansko, Nórsko). V období rokov 2004 až 2009 obsah tabliet extázy klesal v 14 krajinách poskytujúcich dostačujúce údaje.

V posledných niekoľkých rokoch sa zmenil obsah tabliet nezákonnej drogy v Európe, spočiatku obsahovali MDMA alebo inú extázu podobnú látku (MDEA, MDA) ako jedinú psychoaktívnu látku a teraz je obsah rôznorodejší a látky podobné MDMA sú prítomné v menších množstvách. Tento posun sa urýchlil v roku 2009 do tej miery, že jedinými krajinami, kde látky podobné MDMA naďalej tvorili veľký podiel analyzovaných tabliet, boli Taliansko (58 %), Holandsko (63 %) a Malta (100 %).

Amfetamíny niekedy v kombinácii s látkami podobnými MDMA, sú pomerne bežné v tabletách analyzovaných v Grécku, Španielsku, Maďarsku, Poľsku, Slovinsku a Chorvátsku. Väčšina ďalších krajín, ktoré poskytujú údaje, uvádza, že v značnej časti analyzovaných tabliet boli zistené piperazíny a najmä mCPP buď samotné, alebo v kombinácii s inými látkami.

Extáza je teraz oveľa lacnejšia než v deväťdesiatych rokoch minulého storočia, keď po prvý raz začala byť široko dostupná. Aj keď sú určité správy o tom, že tablety sa predávajú za menej ako 1 EUR, väčšina krajín uvádza priemernú maloobchodnú cenu v rozpätí od 4 do 9 EUR za tabletu. Z údajov dostupných za obdobie rokov

2004 až 2009 vyplýva, že maloobchodná cena extázy pokračovala v poklese alebo sa udržala na stabilnej úrovni v rámci Európy ako celku. V roku 2009 však zvýšenie oznámilo Holandsko, ktoré je tiež krajinou uvádzajúcou najnižšie ceny za túto drogu.

Halucinogénne látky a iné látky

Užívanie LSD a nezákonné obchodovanie s ním je v Európe podľa hodnotení okrajové. Počet záchytov LSD sa od roku 2004 do 2009 zvýšil, zatiaľ čo množstvá v tomto období po dosiahnutí maximálnej hodnoty 1,8 miliónov jednotiek v roku 2005 vďaka rekordnému počtu záchytov v Spojenom kráľovstve odvtedy kolíšu na pomerne nízkych úrovniach⁽⁶³⁾. Maloobchodné ceny LSD zostali od roku 2004 stabilné vo väčšine krajín poskytujúcich údaje, zatiaľ čo Belgicko uviedlo zvýšenie a zníženie uviedlo Lotyšsko, Rakúsko a Chorvátsko. V roku 2009 bola priemerná cena 7 EUR až 11 EUR za jednotku vo väčšine z 11 krajín, ktoré poskytli údaje.

Záchyty halucinogénnych húb, ketamínu a GHB a GBL oznámili v roku 2009 len štyri alebo päť krajín v závislosti od drogy. Nie je jasné, do akej miery oznámené záchyty odrážajú použitie týchto látok, ani nie je jasné, či je to dôsledok skutočnosti, že orgány presadzovania práva sa na ne bežne nezameriavajú.

Prevalencia a formy užívania

V niektorých krajinách užívanie amfetamínu alebo metamfetamínu, často injekčnou formou, zodpovedá za značný podiel celkového počtu problémových užívateľov drog a tých užívateľov, ktorí vyhľadajú pomoc v prípade problémov s drogami. Na rozdiel od tejto populácie chronických užívateľov existuje všeobecnejšie spojenie medzi užívaním syntetických drog, často spolu s alkoholom a nočnými klubmi a tanečnými podujatiami, čo má za následok významne vyššie úrovne užívania, ktoré sa uvádzajú medzi mladými ľuďmi, a mimoriadne vysoké úrovne užívania, ktoré sa zistili v niektorých prostrediach alebo v špecifických subpopuláciách. Celkové úrovne prevalencie halucinogénnych drog, ako je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD) a halucinogénne huby, sú celkovo nízke a v posledných rokoch boli zväčša stabilné.

Amfetamíny

Na základe prevalencie užívania drog sa odhaduje, že okolo 12,5 miliónov Európanov vyskúšalo amfetamíny a približne 2 milióny užilo drogu v minulom roku (pozri tabuľku 6 so súhrnnými údajmi). Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi mladými dospelými (vo veku

⁽⁶³⁾ Táto analýza je predbežná, pretože údaje za Holandsko, ktoré oznámilo záchyt jednej tretiny množstva LSD v Európe v roku 2007, nie sú dostupné za ďalšie roky.

15 – 34 rokov) sa značne líši v jednotlivých krajinách od 0,1 % do 14,3 %, pričom európsky vážený priemer je 5,0 %. Užívanie amfetamínov v minulom roku v tejto vekovej skupine sa pohybuje od 0,1 % do 2,5 %, pričom väčšina krajín uvádza úroveň prevalence 0,5 – 2,0 %. Odhaduje sa, že počas minulého roka užilo amfetamíny okolo 1,5 milióna (1,1 %) mladých Európanov.

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov, ktorí sa zúčastnili na prieskume v roku 2007, sa pohybuje od 1 % do 8 % v 26 členských štátoch EÚ, Nórsku a Chorvátsku, hoci vyššiu úroveň prevalence ako 5 % uviedlo len Bulharsko a Lotyšsko. Päť krajín, ktoré uskutočnili v roku 2009 prieskumy na školách (Slovensko, Švédsko, Spojené kráľovstvo a Taliansko), uviedlo celoživotnú prevalenciu užívania amfetamínov vo výške 3 % alebo menej ⁽⁶⁴⁾.

Údaje o prevalencii užívania amfetamínov stimulantov v prostredí nočných podnikov v roku 2009, ktoré poskytli štyri krajiny (Belgicko, Česká republika, Holandsko, Spojené kráľovstvo), vyjadrujú značné rozdiely od 6 % do 24 % v prípade užívania amfetamínov v minulom roku.

V poslednom desaťročí užívanie amfetamínov v minulom roku zostalo na pomerne nízkej a stabilnej úrovni vo väčšine európskych krajín s úrovňami prevalence nižšími ako 3 % v prípade takmer všetkých krajín poskytujúcich údaje s výnimkou Spojeného kráľovstva a Dánska.

V Spojenom kráľovstve užívanie amfetamínov medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) v minulom roku kleslo zo 6,2 % v roku 1998 a 1,8 % v roku 2009 – 2010. V Dánsku sa zvýšilo z 3,1 % v roku 2000 na 2 % v roku 2010 (pozri obrázok 8). V období rokov 2004 – 2009 len Nórsko a Česká republika oznámili zmenu o viac než jeden percentuálny bod v prevalencii užívania amfetamínov medzi mladými dospelými v minulom roku. V Českej republike sa v dôsledku rozdielov v metódach prieskumu najnovšie trendy nedajú potvrdiť. Z prieskumov vykonaných na školách vyplýva celkovo malá zmena v úrovniach experimentovania s amfetamínmi a extázou medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov. V rokoch 2003 až 2007 väčšina krajín uvádzala nízke a stabilné trendy celoživotnej prevalence v tejto skupine.

Problémové užívanie amfetamínov

Len malý počet krajín môže poskytnúť odhady prevalence problémového užívania amfetamínov ⁽⁶⁵⁾, ale v rámci Európy sú k dispozícii údaje o užívateľoch vstupujúcich do liečby z dôvodu problémov týkajúcich sa týchto látok.

Malá časť užívateľov drog, ktorí vstúpili do liečby, uvádza amfetamín ako primárnu drogu: asi 5 % oznámených klientov užívajúcich drogy v roku 2009 (20 000 klientov). Užívateľia amfetamínov však tvoria značnú časť oznámených vstupov do liečby vo Švédsku (28 %), Poľsku (25 %) a Fínsku (17 %). Klienti užívajúci amfetamín tvoria od 6 % do 10 % oznámených vstupov do liečby v piatich iných krajinách (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Maďarsko, Holandsko), inde je tento podiel menej než 5 %. Okrem toho nekokaínové stimulanty uvádza ako sekundárnu drogu takmer 20 000 klientov vstupujúcich do liečby z dôvodu problémov týkajúcich sa iných primárnych drog ⁽⁶⁶⁾.

Užívateľia amfetamínu vstupujúci do liečby sú v priemere vo veku približne 30 rokov, s nižším pomerom mužov k ženám (dva ku jednej) než v prípade iných nezákonných drog. Vysoké úrovne injekčného užívania amfetamínov uvádzajú tie krajiny, kde užívateľia amfetamínov tvoria najväčšie podiely osôb vstupujúcich do liečby (Lotyšsko, Švédsko, Fínsko), 59 % až 83 % klientov, ktorí injekčne užívajú amfetamíny ako primárnu drogu ⁽⁶⁷⁾.

Trendy týkajúce sa užívateľov amfetamínu vstupujúcich do liečby od roku 2004 do 2009 sa držali na pomerne stabilnej úrovni vo väčšine krajín s miernym poklesom v prípade klientov, ktorí vstúpili do liečby po prvýkrát v živote, čo možno pripísať hlavne poklesu počtu nových klientov užívajúcich amfetamín vo Fínsku a Švédsku (EMCDDA, 2010d).

Na rozdiel od iných častí sveta, v ktorých sa za posledné roky užívanie metamfetamínu zvýšilo, úroveň jeho užívania v Európe sa zdajú byť obmedzené. Užívanie tejto drogy sa tradične sústreďuje v Českej republike a na Slovensku. Odhaduje sa, že v roku 2009 bol počet problémových užívateľov metamfetamínu v Českej republike približne 24 600 – 25 900 (3,3 až 3,5 prípadov na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), čo je zhruba dvojnásobok odhadovaného počtu problémových užívateľov opioidov. Predstavuje to štatisticky významný najväčší nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom. Podľa odhadov na Slovensku bolo v roku 2008 približne 5 800 až 15 700 problémových užívateľov metamfetamínu (1,5 až 4,0 prípadu na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), asi o 20 % menej, ako je odhadovaný počet problémových užívateľov opioidov.

Metamfetamín uvádza ako primárnu drogu veľký podiel klientov vstupujúcich do liečby v Českej republike (61 %) a na Slovensku (30 %). Obe krajiny uvádzajú nárast počtu a celkového podielu nových osôb vstupujúcich do liečby v súvislosti s metamfetamínom za posledné desaťročie. Spomedzi osôb, ktoré vyhľadajú pomoc v prípade

⁽⁶⁴⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁶⁵⁾ Problémové užívanie amfetamínov sa definuje ako injekčné alebo dlhodobé a/alebo pravidelné užívanie týchto látok.

⁽⁶⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-22 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁶⁷⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť iv) a TDI-37 v štatistickej ročenke 2011.

Tabuľka 6: Prevalencia užívania amfetamínov v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	12,5 milióna	1,5 – 2 milióny
Priemer v Európe	3,8 %	0,5 %
Rozsah	0,0 – 11,7 %	0,0 – 1,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,7 %)	Rumunsko, Malta, Grécko (0,0 %) Francúzsko (0,1 %) Česká republika, Portugalsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (11,7 %) Dánsko (6,2 %) Švédsko (5,0 %) Nórsko (3,8 %)	Estónsko (1,1 %) Spojené kráľovstvo (1,0 %) Bulharsko, Lotyšsko (0,9 %) Švédsko (0,8 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	6,5 milióna	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,0 %	1,1 %
Rozsah	0,1 – 14,3 %	0,1 – 2,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Malta (0,7 %) Cyprus (1,2 %)	Rumunsko, Grécko (0,1 %) Francúzsko (0,2 %) Česká republika (0,3 %) Portugalsko (0,4 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (14,3 %) Dánsko (10,3 %) Lotyšsko (6,1 %) Nórsko (6,0 %)	Estónsko (2,5 %) Bulharsko (2,1 %) Dánsko (2,0 %) Nemecko, Lotyšsko (1,9 %)
<p><small>Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalencie vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa na krajiny s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúce maximálne ako 3 % cieľovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64, 336 miliónov; 15 – 34, 132 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2001 až 2009/2010 (hlavne 2004 – 2008), nevzťahujú sa na jediný rok. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti „Prieskumy v celkovej populácii“ v štatistickej ročenke 2011.</small></p>		

problémov s metamfetamínom, injekčné užívanie je bežné v Českej republike (79 %) a v menšej miere na Slovensku (37 %) s celkove klesajúcimi úrovňami od roku 2004. Klienti užívajúci metamfetamín v týchto krajinách majú v priemere okolo 25 rokov, keď vstúpili do liečby⁽⁶⁸⁾.

V posledných rokoch sa metamfetamín objavil na drogovom trhu aj v iných krajinách, najmä v severnej Európe (Nórsko, Švédsko, Lotyšsko a v menšej miere vo Fínsku), kde podľa všetkého čiastočne nahrádza amfetamín. Tieto dve látky sú pre užívateľov v podstate nerozoznateľné.

Extáza

Na základe prevalencie užívania drog sa odhaduje, že okolo 11 miliónov Európanov vyskúšalo extázu a približne 2,5 milióna užílo túto drogu v minulom roku (pozri tabuľku 7 so súhrnnými údajmi). Užívanie drogy v minulom roku sa sústreďuje medzi mladými dospelými, pričom úrovne užívania v prípade mužov sú oveľa vyššie než v prípade

žien vo všetkých krajinách okrem Grécka, Rumunska, Fínska a Švédska. Vo vekovej skupine 15 až 34 rokov sa celoživotná prevalencia užívania extázy pohybuje od 0,6 % do 12,7 %, pričom väčšina krajín uvádza odhady v rozpätí 2,1 až 5,8 %⁽⁶⁹⁾.

Celoživotná prevalencia užívania extázy medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov sa vo väčšine z 28 krajín, v ktorých sa v roku 2007 robil prieskum, pohybovala v rozpätí od 1 % do 5 %. Len štyri krajiny uviedli vyššie úrovne prevalencie: Bulharsko, Estónsko, Slovensko (všetky 6 %) a Lotyšsko (7 %). Štyri krajiny, ktoré uskutočnili v roku 2009 prieskumy na školách (Slovensko, Spojené kráľovstvo, Švédsko a Taliansko), uviedli celoživotnú prevalenciu užívania extázy vo výške 5 % alebo menej⁽⁷⁰⁾.

Kvalitatívne štúdie poskytujú prehľad „rekreačného“ užívania stimulačných drog mladými dospelými navštevujúcimi rozličné miesta nočného života v rámci Európy. Tieto štúdie poukazujú na významné rozdiely

⁽⁶⁸⁾ Pozri tabuľky TDI-2 (časť i), TDI-3 (časť iii) a TDI-5 (časť ii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2011 a tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2006.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-7 (časť iv) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁷⁰⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2011.

Tabuľka 7: Prevalencia užívania extázy v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	11 miliónov	2,5 milióna
Priemer v Európe	3,2 %	0,7 %
Rozsah	0,3 – 8,3 %	0,1 – 1,6 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,3 %) Grécko (0,4 %) Malta (0,7 %) Nórsko (1,0 %)	Rumunsko, Švédsko (0,1 %) Malta, Grécko (0,2 %) Dánsko, Poľsko, Nórsko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (8,3 %) Írsko (5,4 %) Španielsko (4,9 %) Lotyšsko (4,7 %)	Spojené kráľovstvo, Slovensko (1,6 %) Lotyšsko (1,5 %) Česká republika (1,4 %)
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 milióna	2 milióny
Priemer v Európe	5,5 %	1,4 %
Rozsah	0,6 – 12,7 %	0,2 – 3,2 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko, Grécko (0,6 %) Malta (1,4 %) Poľsko, Nórsko (2,1 %) Portugalsko (2,6 %)	Rumunsko, Švédsko (0,2 %) Grécko (0,4 %) Nórsko (0,6 %) Poľsko (0,7 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (12,7 %) Česká republika (9,3 %) Írsko (9,0 %) Lotyšsko (8,5 %)	Spojené kráľovstvo (3,2 %) Česká republika (2,8 %) Slovensko, Lotyšsko, Holandsko (2,7 %)
Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalencie vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa na krajiny s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúce maximálne ako 3 % cieľovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64, 336 miliónov; 15 – 34, 132 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2001 až 2009/2010 (hlavne 2004 – 2008), nevzťahujú sa na jediný rok. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti „Prieskumy v celkovej populácii“ v štatistickej ročenke 2011.		

v profiloch klientov v súvislosti s užívaním drog, pričom v prípade návštevníkov podujatí s elektronickou tanečnou hudbou je oveľa väčšia pravdepodobnosť užívania drog ako v iných nočných zábavných podnikoch. Údaje o prevalencii užívania extázy v nočných zábavných podnikoch v roku 2009 sú k dispozícii len pre štyri krajiny (Belgicko, Česká republika, Holandsko, Spojené kráľovstvo), ale vykazujú značné rozdiely v úrovni oznámených úrovni nedávneho (v minulom roku) užívania, v rozmedzí od 10 % do 75 %. Vo vybraných prostrediach bolo užívanie extázy bežnejšie ako užívanie amfetamínov.

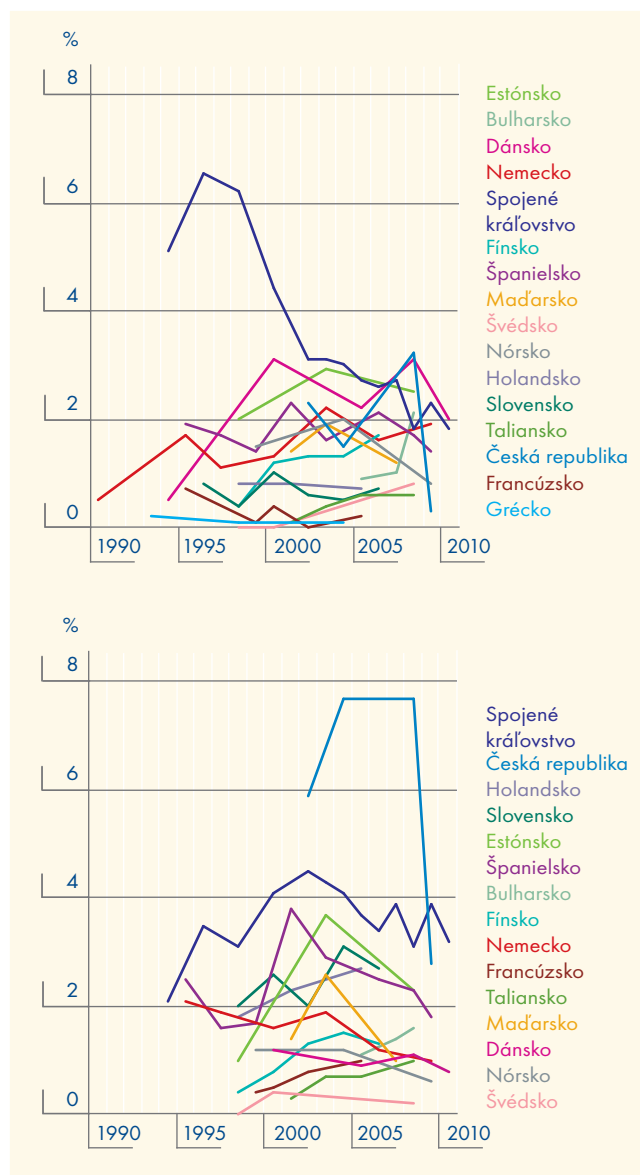
V období rokov 2003 – 2009 žiadna krajina neoznámila nárast užívania extázy, zatiaľ čo Estónsko, Španielsko, Nemecko, Maďarsko a Spojené kráľovstvo oznámili pokles o jeden percentuálny bod v poslednom roku užívania extázy vo vekovej skupine 15 – 34 rokov. Medzi krajinami však boli určité rozdiely. V krajinách uvádzajúcich vyššie než priemerné úrovne užívania extázy v minulom roku, užívanie drog medzi osobami vo veku 15 až 34 rokov začiatkom 21. storočia dosahovalo maximum niekde medzi 3 % až

5 % (Estónsko, Španielsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo; pozri obrázok 8). Výnimkou je Česká republika, kde podľa odhadov maximálne užívanie extázy v minulom roku dosahovalo maximum v roku 2008 pri 7,7 % a kleslo na 2,8 % v roku 2009. V Českej republike v dôsledku rozdielov v metódach prieskumu sa najnovšie trendy nedajú potvrdiť.

Z prieskumov vykonaných na školách vyplýva celkove malá zmena v úrovniach experimentovania s extázou medzi študentmi vo veku 15 až 16 rokov. V rokoch 2003 až 2007 väčšina krajín uvádzala nízke a stabilné trendy v celoživotnej prevalencii užívania extázy v tejto skupine, zatiaľ čo sedem krajín oznámilo rast a tri pokles – za použitia rozdielu dvoch percentuálnych bodov ako hranice. Zo štúdií uskutočnených v rekreačnom prostredí v Európe môže vyplývať pokles prevalencie užívania extázy. V Amsterdame zo štúdie týkajúcej sa návštevníkov „coffee shopov“ (tzv. amsterdamských kaviarní) vyplynul prudký pokles užívania extázy v minulom mesiaci z 23 % v roku 2001 na 6 % v roku 2009, zo štúdie zároveň vyplynul pokles celoživotného užívania amfetamínov

života, zo 63 % na 41 % v rovnakom období. Z belgickej štúdie, ktorá sa pravidelne uskutočňuje v nočných zábavných podnikoch vyplýva, že extáza už nie je druhou najviac užívanou nezákonnou drogou. V predchádzajúcich prieskumoch sa užívanie extázy v minulom roku vždy pohybovalo od 15 % do 20 %, ale v roku 2009 kleslo na 10 %.

Obrázok 8: Trendy v prevalencii užívania amfetamínov v minulom roku (hore) a extázy (dole) medzi mladými dospelými (vo veku 15 - 34 rokov)



Poznámka: Uvedené sú len údaje za krajiny aspoň s tromi prieskumami v období rokov 1998 až 2009/2010. Česká republika skúma dôvody veľkej variability vo výsledkoch prieskumov, ktorá sa čiastočne asi dá pripísať zmenám v metódach. Údaje sa uvádzajú pre informáciu, ale porovnania by sa mali robiť s opatrnosťou. Ďalšie informácie sa uvádzajú na obrázkoch GPS-8 a GPS-21 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné správy siete Reitox prevzaté z prieskumov v rámci populácie, správ alebo vedeckých článkov

Málo užívateľov extázy vyhľadá liečbu v prípade problémov v súvislosti s touto drogou. V roku 2009 uviedlo extázu ako primárnu drogu menej ako 1 % (1 300) všetkých osôb vstupujúcich do liečby. S priemerným vekom 26 rokov patria klienti užívajúci extázu k najmladším klientom vstupujúcim do protidrogovej liečby a na jednu ženu pripadá 3 - 4 mužov. Klienti užívajúci extázu často uvádzajú súčasné užívanie iných látok vrátane alkoholu, kokaínu a v menšej miere kanabisu a amfetamínov (⁷¹).

V európskych štúdiách sa uvádza užívanie extázy alebo amfetamínov spolu s alkoholom. V deviatich európskych krajinách z prieskumov v rámci populácie vyplýva, že medzi osobami, ktoré často alebo v nadmernej miere užívajú alkohol, je prevalencia užívania amfetamínov alebo extázy oveľa vyššia než je priemer (EMCDDA, 2009b). Podobne z analýzy prieskumu ESPAD na školách v prípade 22 krajín vyplýva, že 86 % študentov vo veku 15 - 16 rokov, ktorí uviedli, že užívali extázu v minulom mesiaci, uviedli tiež, že vypili päť alebo viac alkoholických nápojov pri jednej príležitosti (EMCDDA, 2009b).

Halucinogénne látky, GHB a ketamín

Medzi mladými dospelými (vo veku 15 až 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania LSD odhaduje od nuly po 5,5 %. Oveľa nižšie rozsahy prevalencie sa uvádzajú za posledný rok užívania (⁷²). V niektorých krajinách, ktoré poskytli porovnateľné údaje, väčšina uvádza úroveň užívania halucinogénnych húb vyššie ako užívania LSD tak v prípade celkovej populácie, ako aj v prípade študentov. Odhady celoživotnej prevalencie užívania halucinogénnych húb v prípade mladých dospelých sa pohybujú od 0,3 % do 14,1 % a odhady prevalencie užívania minulom roku sa pohybovali v rozpätí od 0,2 % do 5,9 %. V prípade študentov vo veku 15 - 16 rokov väčšina krajín uvádza odhady celoživotnej prevalencie užívania halucinogénnych húb v rozpätí od 1 % do 4 %, pričom Slovensko (5 %) a Česká republika (7 %) uvádzajú vyššie úrovne (⁷³).

Odhady prevalencie užívania GHB a ketamínu v populácii dospelých a študentov sú oveľa nižšie než v prípade užívania kokaínu a extázy. Užívanie týchto látok však môže byť vyššie v konkrétnych skupinách, prostrediach a zemepisných oblastiach. Cílené prieskumy, ktoré poskytujú informácie o prevalencii užívania týchto látok sa nedávno uskutočnili v Belgicku, Českej republike, Holandsku a Spojenom kráľovstve. V týchto štúdiách sa uvádza celoživotná prevalencia užívania GHB v rozmedzí od 3,9 % do 14,3 % a prevalencia užívania v minulom mesiaci do 4,6 %. Odhady užívania ketamínu v rovnakom prieskume sa pohybovali v rozsahu od 2,9 % do 62 %

(⁷¹) Pozri tabuľky TDI-5, TDI-8 a TDI-37 (časť i), (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2011.

(⁷²) Pozri tabuľku GPS-1 v štatistickej ročenke 2011.

(⁷³) Údaje z ESPAD za všetky krajiny okrem Španielska. Pozri obrázok EYE-3 (časť v) v štatistickej ročenke 2011.

v prípade celoživotnej prevalencie a 0,3 % až 28 % v prípade užívania v minulom mesiaci. Medzi jednotlivými prieskumami a krajinami panujú značné rozdiely a vysoká prevalencia užívania ketamínu je unikátna v prípade prieskumu hudobného časopisu z roku 2010 v Spojenom kráľovstve (Winstock, 2011). V tomto prieskume úroveň užívania ketamínu sú oveľa vyššie než v prípade GHB. Takáto vysoká prevalencia ketamínu môžu byť spôsobená vlastným výberom respondentov v prieskume a ich konkrétnymi profilmi užívania drog a postojmi. Holandsko uvádza, že ketamín si získal si určitú obľubu medzi určovateľmi trendov na západe, úroveň prevalencie užívania v minulom mesiaci medzi návštevníkmi veľkých večierok v roku 2009 zostávajú nízke (1,2 %) než v prípade GHB (4,6 %). Medzi návštevníkmi amsterdamských „coffee shopov“ v roku 2009 úroveň užívania GHB v minulom mesiaci bola rovnaká ako amfetamínu v minulom mesiaci, t. j. 1,5 %. Na vysoké vnímané riziko predávkovania vedúce k bezvedomiu alebo kóme, ktoré sa spája s užívaním GHB, poukazujú kvalitatívne štúdie v Nemecku, Estónsku, Francúzsku a Holandsku.

V prípade užívania GHB a ketamínu sa z opakovaných prieskumov medzi návštevníkmi večierok alebo rekreačných zariadení nedajú identifikovať všeobecné trendy a uvádzané zmeny bývajú vo väčšine prípadov malé. V štúdiách týkajúcich sa rekreačných zariadení v Belgicku sa uvádza, že užívanie GHB a ketamínu v minulom mesiaci sa zvýšilo z 2 % na 3 % v rokoch 2008 a 2009. Štúdie v nočných podnikoch v Českej republike uvádzajú, že prevalencia užívania GHB v minulom roku sa zvýšila z 1,4 % v roku 2007 na 3,9 % v roku 2009 a užívanie ketamínu sa zvýšilo z 2,2 % na 2,9 % v rovnakom období. Pokles užívania GHB v minulom mesiaci bol zaznamenaný u návštevníkov amsterdamských „coffee shopov“ z 2,8 % v roku 2001 na 1,5 % v roku 2009. Trendy v Amsterdame však nie sú reprezentatívne pre zvyšok Holandska. Aj v prípade respondentov prieskumu hudobného časopisu v Spojenom kráľovstve v roku 2010 užívanie GHB v minulom mesiaci kleslo z 1,7 % v roku 2009 na menej než 1 % v roku 2010 a v rovnakom období sa užívanie ketamínu znížilo z 32,4 % na 28 %.

Intervencie v prostredí zábavných podnikov

Aj napriek vysokej úrovni užívania drog v zábavných podnikoch len 13 krajín poskytuje informácie zavádzaní intervencií v oblasti prevencie a znižovania škôd v tomto prostredí. Zaznamenané intervencie sú naďalej zamerané na poskytovanie informácií a poradenstva. Toto zameranie je tiež evidentné v intervenciách obsiahnutých súbore nástrojov pre bezpečný nočný život Healthy Nightlife

Toolbox financovanom EÚ, internetových iniciatívach zameraných na pomoc, ktorá sa zameriava na znižovanie poškodení na základe užívania alkoholu a drog v prostredí nočných podnikov. Projekt „Bezpečnejší nočný život“, ďalšia iniciatíva financovaná EÚ v rámci programu „Demokracia, mestá a drogy II (2008 – 2011)“, je zameraný na poskytovanie informácií nad rámec bežných informácií a na zlepšenie programov prevencie v oblasti nočných podnikov a na vzdelávanie odborníkov.

V rámci posledného systematického prehľadu stratégií na znižovanie škôd realizovaných v rekreačných zariadeniach sa zistilo, že sa len zriedka hodnotia a ich účinnosť nie je vždy jasná (Akbar a kol., 2011). V rámci prieskumu sa zistilo, že intervencie zamerané na vzdelávanie zamestnancov obsluhy v rekreačných zariadeniach boli najčastejším typom dostupného programu. Tieto programy sa obvykle vzťahovali na také témy, ako napr. ako rozpoznať príznaky intoxikácie a kedy a ako odmietnuť obsluhuť zákazníkov. V rakúskom projekte „taktisch klug“ (múdra taktika) sa organizátorom večierok poskytuje pomoc pri príprave a návštevníkom večierok sa poskytuje poradenstvo s cieľom pomôcť pri rozvoji kritického prístupu k psychoaktívnym látkam a rizikovému správaniu. Viaczložkové modely týkajúce sa prostredia, ktoré patria k programom so sľubnejšími výsledkami hodnotenia, uvádzajú zväčša krajiny na severe Európy.

Zo štúdií v medzinárodných strediskách nočného života vyplýva, že tieto prostredia sa môžu spájať s náborom, eskaláciou a recidívou, pokiaľ ide o užívanie drog a môže zohrávať úlohu v medzinárodnom šírení drogových kultúr. Výskum poukazuje na vysoké úrovne užívania drog a zoznámenie sa s užívaním drog v niektorých strediskách. Napríklad v rámci štúdie zahŕňajúcej mladých ľudí (16 – 35 rokov) zo Španielska, Nemecka a Veľkej Británie, ktorí navštívili Ibizu a Malorku, sa zistili významné rozdiely v užívaní drog medzi jednotlivými štátnymi príslušníkmi a medzi oboma strediskami. Úroveň užívania drog boli obzvlášť vysoké v prípade španielskych a britských návštevníkov ostrova Ibiza a jeden z piatich britských návštevníkov vyskúšal aspoň jednu novú drogu na svojej dovolenke na tomto ostrove (Bellis a kol., 2009).

Liečba

Problémové užívanie amfetamínov

Možnosti liečby dostupné užívateľom amfetamínov v európskych krajinách sa často riadia podľa tradície a foriem problémového užívania amfetamínov v jednotlivých krajinách, ktoré sa medzi krajinami značne líšia. V krajinách západnej a južnej Európy sa

Zdravotné dôsledky užívania amfetamínov

Užívanie amfetamínov na medicínske účely sa spája s celým radom nežiaducich účinkov vrátane anorexie, nespavosti a bolesti hlavy. Užívanie nezákonných amfetamínov sa spája s širším súborom negatívnych dôsledkov (EMCDDA, 2010d), ako napr. krátkodobé negatívne vplyvy (nepokoj, triaška, úzkosť, závraty), „crash“ alebo následné účinky pri vytriezvení (depresie, poruchy spánku, samovražedné správanie), psychologické a psychiatrické účinky dlhodobého užívania (psychóza, samovražedné správanie, úzkosť a násilné správanie), ako aj závislosť s celým radom abstinenčných príznakov.

V Austrálii a USA, v krajinách, kde užívanie metamfetamínu, a to najmä fajčenie kryštalického metamfetamínu je významnou súčasťou drogového problému, sa uskutočnilo mnoho štúdií o zdravotných dôsledkoch užívania amfetamínov. Aj keď užívanie metamfetamínu je pomerne vzácné v Európe, tieto zdravotné účinky sa uvádzali aj v Európe. Identifikované boli aj cerebrovaskulárne problémy (riziko ischemickej i hemoragickej cievnej mozgovej príhody), ako aj akútne a chronické kardiovaskulárne patologické stavy (akútne zvýšenie tepovej frekvencie a krvného tlaku). V súvislosti s chronickým užívaním alebo už existujúcimi kardiovaskulárnymi patologickými stavmi môžu vyvolať závažné a potenciálne fatálne stavy (ischémiu myokardu a infarkt). Ďalšie účinky na zdravie zahŕňajú neurotoxicitu, poruchy vývoja plodu v súvislosti s užívaním amfetamínu počas tehotenstva a dentálne problémy.

Injekčné užívanie, aj keď je medzi európskymi užívateľmi amfetamínov vzácné, zvyšuje riziko infekčných chorôb (HIV a hepatitída). Vysoké miery rizikového sexuálneho správania, ktoré boli zaznamenané v Českej republike v prípade užívateľov metamfetamínu, znamenajú, že sú zraniteľnejší voči pohlavne prenosným infekciám. Štúdie v Českej republike, Lotyšsku a Holandsku poukázali na zvýšené miery úmrtnosti medzi závislými alebo chronickými užívateľmi amfetamínov. Avšak odhad úmrtnosti spojenej s amfetamínmi komplikuje užívanie viacerých drog (najmä súčasné užívanie heroínu a kokainu).

liečebné systémy špecializujú hlavne na uspokojovanie potrieb užívateľov opioidov. Napriek nízkym úrovňam problémového užívania amfetamínov v týchto krajinách nedostatok špecializovaných služieb môže týmto užívateľom brániť v prístupe k liečbe, najmä sociálne integrovanejším užívateľom amfetamínov (EMCDDA, 2010d). V krajinách severnej a strednej Európy s dlhou históriou liečby užívania amfetamínov niektoré programy sú prispôbené potrebám užívateľov amfetamínov. V krajinách strednej a východnej Európy, kde závažný problém užívania amfetamínov je novší, liečebné systémy sú primárne zamerané na problémových užívateľov opioidov a na potreby užívateľov amfetamínov reagujú pomaly. V rámci prieskumu národných expertov v roku

2008 sa zistilo, že menej než polovica európskych krajín uvádza dostupnosť programov špecializovanej liečby pre užívateľov amfetamínov, ktorí aktívne vyhľadávajú liečbu.

Psychosociálna starostlivosť poskytovaná v ambulatných službách protidrogovej liečby je najčastejšou formou liečby užívateľov amfetamínov. Problematickejší užívatelia, napr. tí, v prípade ktorých je závislosť od amfetamínov komplikovaná súčasným výskytom psychiatrických problémov, môžu absolvovať liečbu v nemocničných protidrogových službách alebo psychiatrických klinikách alebo nemocniciach. V Európe sa farmaceutiká, ako napr. antidepresíva, sedatíva alebo antipsychotiká užívajú na liečbu včasných abstinenčných príznakov na začiatku detoxifikácie, ktorá sa obvykle poskytuje v špecializovaných nemocničných psychiatrických oddeleniach. Dlhodobejšia liečba antipsychotikami sa niekedy predpisuje v prípadoch pretrvávajúcich psychopatologických stavov v dôsledku chronického užívania amfetamínov. Európski odborníci uvádzajú, že psychické problémy, ktoré problémoví užívatelia amfetamínov často uvádzajú, sú ťažko zvládnuteľné z terapeutického hľadiska. V Maďarsku prvý profesionálny protokol týkajúci sa liečby užívateľov amfetamínov uverejnilo ministerstvo zdravotníctva začiatkom roka 2008. Protokol sa vzťahuje na diagnózu, indikovanú štruktúru lekárskej asistovanej a čistej liečby a na iné terapie a rehabilitáciu.

Štúdie týkajúce sa liečby závislosti od amfetamínu

Aj keď sa v Českej republike a Spojenom kráľovstve uvádza určité obmedzené predpisovanie substitúcie, v súčasnej dobe nie sú k dispozícii žiadne dôkazy na podporu účinnosti tohto prístupu. Klinickí lekári však aktívne skúmajú farmakologické terapie, ktoré môžu byť užitočné pri liečbe závislosti od amfetamínov. Dextroamfetamín, ktorý je stimulantom centrálny nervovej sústavy, priniesol pri skúškach na pacientoch užívajúcich metamfetamín pozitívne výsledky, pokiaľ ide o zníženie túžby po droge a abstinenčné príznaky a udržanie klientov v liečbe, ale neznižil užívanie metamfetamínu v porovnaní s placebom (Galloway a kol., 2011; Longo a kol., 2010). V rámci štúdií týkajúcich sa testovania účinku modafinilu, lieku používaného na reguláciu ospalosti, na osobách závislých od metamfetamínu, sa zistili prípadné zlepšenia pracovnej pamäte (Kalechstein a kol., 2010), ale nezistil sa žiadny rozdiel v porovnaní s placebom, pokiaľ ide o úroveň užívania drog, udržanie v liečbe, depresiu alebo túžbu po droge (Heinzerling a kol., 2010).

Bupropion, antidepresívum používané na podporu odvykania od fajčenia, bol pilotne testovaný na malej skupine mužov závislých od metamfetamínu, ktorí majú sex s mužmi (Elkashef a kol., 2008). Na potvrdenie pozitívnych výsledkov je potrebná dôkladnejšia štúdia. Ďalšia pilotná

štúdiá zameraná na kontrolu príznakov hyperaktivity s poruchou pozornosti u problémových užívateľov amfetamínu sa týkala liečby metylfenidátom s postupným uvoľňovaním kombinovanou s týždennými školeniami na tréning zručností, ale nezistil sa žiadny rozdiel oproti skupine s placebom (Konstenius a kol., 2010).

V tejto oblasti je zaznamenaný celý rad prebiehajúcich štúdií vrátane štúdií o pôsobení naltrexónu s predĺženým uvoľňovaním na závislosť od amfetamínu a metamfetamínu, štúdií týkajúcich sa monoamínového antagonistu, inhibítora enzýmu konvertujúceho angiotenzín (ACE inhibítor), N-acetylcysteín, rivastigín, vareniklín.

Malé množstvo štúdií sa zameriava na psychologické a behaviorálne intervencie v prípade problémov s metamfetamínom. V rámci austrálskej štúdie sa uskutočnil pokus, pri ktorom sa porovnávali dva psychologické prístupy k užívaniu metamfetamínu, ale miera predčasného ukončenia účasti účastníkov na štúdiu bola príliš vysoká, aby sa mohli získať významné výsledky (Smout a kol., 2010). V rámci prebiehajúcich štúdií zaznamenaných v tejto oblasti sa študuje vplyv motivačných rozhovorov a kognitívno-behaviorálneho tréningu zručností na závislosť od metamfetamínu.

Závislosť od gamahydroxybutyrátu a liečba

Závislosť od gamahydroxybutyrátu (GHB) je uznávaným klinickým stavom s potenciálne závažným abstinenčným

syndrómom, keď sa užívanie drogy náhle preruší po pravidelnom alebo chronickom užívaní. Preukázalo sa, že fyzická závislosť sa môže objaviť u rekreačných užívateľov a sú zaznamenané prípady abstinenčných príznakov pri ukončení užívania GHB a jeho prekurzorov. Závislosť od GHB sa uvádza aj medzi bývalými alkoholikmi (Richter a kol., 2009).

Dostupné štúdie sa zameriavajú predovšetkým na opis abstinenčného syndrómu po vysadení GHB a súvisiacich komplikácií, ktoré sa v nalievavých prípadoch môžu ťažko rozpoznávať (van Noorden a kol., 2009). Tieto príznaky môžu zahŕňať nepokoj, záchvaty úzkosti, nespavosť, potenie sa, tachykardiu a hypertenziu. Pri vysadení drogy sa u pacientov môže tiež rozvinúť psychóza a delírium. Mierne abstinenčné príznaky možno zvládnuť v ambulantných zariadeniach, v opačnom prípade sa odporúča nemocničný dohľad. Doteraz neboli navrhnuté žiadne štandardné protokoly pre liečbu abstinenčného syndrómu po vysadení GHB.

Benzodiazepíny a barbituráty sa najčastejšie používajú na liečbu akútneho problému spojeného s užívaním GHB. V USA prebieha malá štúdia na porovnanie benzodiazepínu lorazepam s barbiturátom pentobarbitalom pri znižovaní subjektívnych abstinenčných príznakov u osôb závislých na GHB. V Holandsku v súčasnosti prebieha výskum, na základe ktorého sa pripravujú usmernenia založené na dôkazoch pre liečbu závislosti od GHB.

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 5

Kokaín a crack kokaín

Úvod

Kokaín je naďalej druhou najčastejšie užívanou nelegálnou drogou v Európe, aj keď medzi jednotlivými krajinami panujú značné rozdiely v úrovni prevalencie a v trendoch. Vysoké úrovne užívania kokaínu sa zaznamenali len v malom počte zväčša západoeurópskych krajín, zatiaľ čo v iných krajinách pretrvávajú obmedzené užívanie tejto drogy. Výrazné rozdiely sú aj medzi užívateľmi kokaínu, ku ktorým patria príležitostní užívatelia a sociálne integrovanejší užívatelia, ktorí bežne šnupajú kokaínový prášok, a marginalizovanejší a často závislí užívatelia, ktorí kokaín užívajú injekčne alebo užívajú crack kokaín.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Pestovanie kríkov koky, zdroja kokaínu, sa naďalej sústreďuje v troch krajinách andského regiónu: Kolumbii,

Peru a Bolívii. Podľa odhadov organizácie UNODC (2011) plocha, na ktorej sa v roku 2010 pestovali kríky, dosahovala 149 000 hektárov, čo bol 6 % pokles oproti odhadovaným 158 000 hektárom z roku 2009. Tento pokles sa zväčša pripisoval zmenšeniu plochy, na ktorej sa pestovala koka v Kolumbii, čo bolo čiastočne kompenzované nárastmi v Peru a Bolívii. Plocha 149 000 hektárov s kríkmi koky predstavuje potenciálnu produkciu od 786 do 1 054 ton čistého kokaínu v porovnaní s odhadovanými 842 – 1 111 tonami v roku 2009 (UNODC, 2011).

Lístky koky sa upravujú na hydrochlorid kokaínu zväčša v Kolumbii, Peru a Bolívii, aj keď k tomu môže dochádzať aj v iných krajinách. Význam Kolumbie pri výrobe kokaínu podporujú aj informácie o odhalených laboratóriách a záchytoch manganistanu draselného, chemickej reagentie používanej pri výrobe hydrochloridu kokaínu. V roku 2009 bolo zničených 2 900 kokaínových laboratórií (UNODC, 2011) a v Kolumbii bolo zachytených spolu

Tabuľka 8: Výroba, záchyty, cena a čistota kokaínu a crack kokaínu

	Kokaínový prášok (hydrochlorid)	Crack (kokaínová báza) ⁽¹⁾
Odhad celosvetovej produkcie (v tonách)	786 – 1 054	n.a.
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	732 ⁽²⁾	n.a.
Zachytené množstvo (v tonách)		
EÚ a Nórsko	49	0,09
(vrátane Chorvátska a Turecka) ⁽³⁾	(49)	(0,09)
Počet záchytov		
EÚ a Nórsko	98 500	7 500
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(99 000)	(7 500)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)		
Rozpätie	45 – 104	55 – 70
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽⁴⁾	(50,2 – 78,2)	
Priemerná čistota (%)		
Rozsah	18 – 51	6 – 75
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽⁴⁾	(25,0 – 38,7)	

⁽¹⁾ Pretože len malý počet krajín poskytol informácie, údaje je potrebné interpretovať s opatrnosťou.

⁽²⁾ UNODC odhaduje, že tento číselný údaj sa rovná 431 – 562 tonám čistého kokaínu.

⁽³⁾ Celkové množstvo kokaínu zachyteného v roku 2009 je pravdepodobne podhodnotené, zväčša na základe nedostatočných najnovších údajov za Holandsko, krajinu, ktorá uvádzala pomerne veľké záchyty do roku 2007. V dôsledku chýbajúcich údajov za roky 2008 a 2009 hodnoty za Holandsko nemožno zahrnúť do európskych odhadov za rok 2009.

⁽⁴⁾ Rozpätie stredu polovice uvedených údajov.

Poznámka: Všetky údaje za rok 2009, nie je k dispozícii, údaje nie sú k dispozícii.

Zdroj: UNODC (2011) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu.

23 ton manganistanu draselného (90 % celosvetových záchytov) (INCB, 2011a).

Zásielky kokaínu do Európy podľa všetkého tranzitovali cez väčšinu juho- a stredoamerických krajín, aj keď hlavne cez Argentínu, Brazíliu, Ekvádor, Venezuelu a Mexiko. Na prepravu tejto drogy do Európy sa často využívajú karibské ostrovy. V posledných rokoch boli odhalené alternatívne trasy cez západnú Afriku (EMCDDA a Europol, 2010). Aj keď od roku 2007 sa uvádzal „výrazný pokles“ záchytov kokaínu tranzitujúcich cez západnú Afriku (UNODC, 2011), je pravdepodobné, že významné množstvá drogy ešte stále prechádzajú týmto regiónom (EMCDDA a Europol, 2010).

Španielsko, Holandsko a Portugalsko a do určitej miery Belgicko zostávajú hlavnými vstupnými bránami pre kokaín dovážaný do Európy. V rámci Európy sa Nemecko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo často uvádzajú ako dôležité tranzitné krajiny alebo cieľové krajiny. Spojené kráľovstvo odhaduje, že každý rok sa do krajiny dovezie 25 – 30 ton kokaínu. Z najnovších správ tiež vyplýva, že nezákonné obchodovanie s kokaínom sa môže rozširovať aj smerom na východ (EMCDDA a Europol, 2010; INCB, 2011b). Zo súhrnných údajov za dvanásť krajín strednej a východnej Európy vyplýva nárast počtu záchytov kokaínu, zo 666 prípadov v roku 2004 na 1 232 v roku 2009, čo však ešte stále predstavuje len asi 1 % celkového počtu v Európe. Množstvá zachyteného kokaínu v tejto oblasti sa od roku 2008 do 2009 viac než zdvojnásobili, hlavne v dôsledku rekordných záchytov v Bulharsku (0,23 tony) a Rumunsku (1,3 tony), v dvoch krajinách, ktoré ležia pozdĺž tzv. balkánskej trasy, bežne spájanej s pašovaním heroínu.

Záchyty

Nezákonné obchodovanie s kokaínom tvorí hneď za rastlinným kanabisom a kanabisovou živicom najväčší podiel nezákonného obchodovania s drogami na svete. V roku 2009 na celosvetovej úrovni bol počet záchytov kokaínu zväčša stabilný na úrovni asi 732 ton (tabuľka 8) (UNODC, 2011). Južná Amerika naďalej udáva najväčšie zachytené množstvá, čo predstavuje 60 % z celosvetových číselných údajov, hneď za ňou nasleduje Severná Amerika s 18 % a Európa s 8 % (UNODC, 2011).

Počet záchytov kokaínu v Európe za posledných 20 rokov stúpol a obzvlášť od roku 2004, pričom v roku 2009 to bolo až 99 000. Celkové zachytené množstvo dosiahlo maximum v roku 2006 a odvtedy sa znížilo na polovicu na asi 49 ton v roku 2009. Tento pokles sa pripisuje zväčša poklesom množstiev zachytených v Španielsku a Portugalsku ⁽⁷⁴⁾, aj keď nie je jasné, do akej miery je

to v dôsledku zmien prepravných trás alebo postupov alebo priorit v oblasti presadzovania práva. V roku 2009 Španielsko naďalej uvádzalo najvyšší počet záchytov i najväčšie množstvo zachyteného kokaínu v Európe – približne polovicu celkového objemu v oboch prípadoch. Toto hodnotenie je však predbežné, pretože za Holandsko nie sú dostupné najnovšie údaje. V roku 2007, v poslednom roku, keď boli údaje k dispozícii, Holandsko oznámilo záchyt približne 10 ton kokaínu.

Čistota a cena

Priemerná čistota vzoriek kokaínu sa pohybovala v rozpätí 25 % až 43 % v polovici krajín, ktoré poskytli údaje v roku 2009. Najnižšie hodnoty oznámilo Dánsko (len maloobchod, 18 %) a Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales, 20 %) a najvyššie Belgicko (51 %) a Španielsko a Holandsko (49 %) ⁽⁷⁵⁾. Dvadsaťdva krajín poskytlo dostatočné údaje na analýzu trendov čistoty kokaínu za obdobie rokov 2004 – 2009, pričom 19 krajín uviedlo pokles, 2 stabilnú situáciu (Nemecko, Slovensko) a Portugalsko zaznamenalo nárast. Celkove v Európskej únii čistota kokaínu v období 2004 – 2009 klesla priemerne asi o 20 % ⁽⁷⁶⁾.

Veľkoobchodné a maloobchodné ceny drog: kokaín

Veľkoobchodné ceny drog sú ceny, ktoré sa platia za veľké množstvá, ktoré sa budú distribuovať po krajine, zatiaľ čo maloobchodné ceny, ktoré platí užívateľ drog. Porovnaním týchto dvoch cien možno odhadnúť maximálne ziskové rozpätia, ktoré obchodníci s drogami môžu získať na maloobchodnom trhu.

Z posledných údajov, ktoré centrum EMCDDA získalo zo 14 európskych krajín, vyplýva, že v roku 2008 veľkoobchodná cena za zásielky jedného kilogramu kokaínu sa môžu pohybovať asi od 31 000 EUR do 58 000 EUR, pričom väčšina krajín uvádza číselné údaje vo výške okolo 35 000 EUR. Priemerná čistota týchto zásielok v čase poskytnutia týchto údajov bola takmer 70 %.

V roku 2008 sa maloobchodná cena kokaínu pohybovala v rozmedzí od 50 000 EUR do 80 000 EUR za ekvivalent jedného kilogramu kokaínu v týchto krajinách a boli tak o 25 % až 83 % vyššie než veľkoobchodné ceny. Úrovně čistoty klesli pri prechode z veľkoobchodného na maloobchodný trh, kde sa udávali tieto úrovne v priemere od 13 % do 60 % v závislosti od krajiny. Potrebné sú však ďalšie údaje na presný odhad cenových rozdielov na základe čistoty medzi veľkoobchodnou a maloobchodnou úrovňou.

Prehľad metód a dostupnosti údajov v Európe je k dispozícii v správe EMCDDA o pilotnej štúdii týkajúcej sa veľkoobchodných cien drog uverejnenej v roku 2011.

⁽⁷⁴⁾ Pozri tabuľky SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁷⁵⁾ Údaje o čistote a cene sa uvádzajú v tabuľkách PPP-3 a PPP-7 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁷⁶⁾ Pozri obrázok PPP-2 v štatistickej ročenke 2011.

Priemerná maloobchodná cena kokaínu sa v roku 2009 pohybovala od 50 EUR do 80 EUR za gram vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje. Najnižšiu priemernú cenu uviedlo Spojené kráľovstvo (45 EUR), zatiaľ čo najvyššiu (104 EUR) uviedlo Luxembursko. Takmer všetky krajiny, ktoré poskytli dostatočné údaje na porovnanie, uviedli stabilizáciu alebo pokles maloobchodných cien kokaínu v období rokov 2004 až 2009. V období rokov 2004 – 2009 maloobchodná cena kokaínu v Európskej únii klesla priemerne asi o 21 %⁽⁷⁷⁾.

Prevalencia a formy užívania

Užívanie kokaínu v celkovej populácii

Kokain je po kanabise druhou druhou najčastejšie užívanou drogou v Európe, aj keď jeho užívanie sa sústreďuje v malom počte krajín s vysokou prevalenciou, niektoré z nich sú s veľkou populáciou. Odhaduje sa, že približne

14,5 miliónov Európanov užilo kokain aspoň raz za život, čo je priemerne 4,3 % dospelých vo veku 15 až 64 rokov (pozri tabuľku 9 so súhrnom údajov). Údaje za jednotlivé štáty sa pohybujú v rozmedzí od 0,1 do 10,2 %, pričom polovica z 24 krajín, ktoré poskytli údaje vrátane stredoeurópskych a východoeurópskych krajín uvádza veľmi nízke úrovne celoživotnej prevalence (0,5 – 2,5 %).

Odhaduje sa, že približne 4 milióny Európanov užilo túto drogu v minulom roku (v priemere 1,2 %). Najnovšie národné prieskumy uvádzajú odhady prevalence užívania tejto drogy v minulom roku v rozsahu od nula po 2,7 %. Odhad prevalence užívania kokaínu v minulom mesiaci v Európe predstavuje približne 0,5 % dospeléj populácie alebo 1,5 milióna osôb.

Úrovně užívania kokaínu v minulom roku nad európskym priemerom uvádza Írsko, Španielsko, Taliansko, Cyprus a Spojené kráľovstvo. Vo všetkých týchto krajinách z najnovších údajov o prevalencii vyplýva, že kokain je najčastejšie užívanou nelegálnou stimulačnou drogou.

Tabuľka 9: Prevalencia užívania kokaínu v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	14,5 milióna	4 milióny	1,5 milióna
Priemer v Európe	4,3%	1,2%	0,5%
Rozsah	0,1 – 10,2%	0,0 – 2,7%	0,0 – 1,3%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Malta (0,4 %) Litva (0,5 %) Grécko (0,7%)	Rumunsko (0,0%) Grécko (0,1 %) Maďarsko, Poľsko, Litva (0,2%) Malta (0,3%)	Rumunsko, Grécko (0,0%) Česká republika, Malta, Švédsko, Poľsko, Litva, Estónsko, Fínsko (0,1%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Španielsko (10,2%) Spojené kráľovstvo (8,8%) Taliansko (7,0%) Írsko (5,3%)	Španielsko (2,7%) Spojené kráľovstvo (2,5%) Taliansko (2,1%) Írsko (1,7%)	Španielsko (1,3%) Spojené kráľovstvo (1,1%) Cyprus, Taliansko (0,7%) Rakúsko (0,6%)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	8 miliónov	3 milióny	1 milión
Priemer v Európe	5,9%	2,1%	0,8%
Rozsah	0,1 – 13,6%	0,1 – 4,8%	0,0 – 2,1%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Litva (0,7%) Malta (0,9%) Grécko (1,0%)	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2%) Poľsko, Litva (0,3%) Maďarsko (0,4%)	Rumunsko (0,0%) Grécko, Poľsko, Litva, Nórsko (0,1 %) Česká republika, Maďarsko, Estónsko (0,2%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Španielsko (13,6%) Spojené kráľovstvo (13,4%) Dánsko (8,9%) Írsko (8,2%)	Spojené kráľovstvo (4,8%) Španielsko (4,4%) Írsko (3,1 %) Taliansko (2,9%)	Spojené kráľovstvo (2,1%) Španielsko (2,0%) Cyprus (1,3%) Taliansko (1,1%)

Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalence vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa na krajiny s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúce maximálne ako 3 % cieľovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64, 336 miliónov; 15 – 34, 132 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2001 až 2009/2010 (hlavne 2004 – 2008), nevzťahujú sa na jediný rok. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti „Prieskumy v celkovej populácii“ v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁷⁷⁾ Pozri obrázok PPP-1 v štatistickej ročenke 2011.

Užívanie kokainu medzi mladými dospelými

Odhaduje sa, že v Európe užilo kokain aspoň raz za život asi 8 miliónov mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov), alebo priemerne 5,9 % užilo kokain aspoň raz v živote. Údaje za jednotlivé krajiny sa pohybujú od 0,1 do 13,6 %. Európsky priemer užívania kokainu v minulom roku v tejto vekovej skupine sa odhaduje na 2,1 % (asi 3 milióny) a užívania v minulom mesiaci na 0,8 % (1 milión).

Užívanie je obzvlášť vysoké medzi mladými mužmi (vo veku 15 – 34 rokov), u ktorých sa prevalencia užívania kokainu v minulom roku pohybuje v rozsahu od 4 % do 6,7 % v Dánsku, Španielsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve ⁽⁷⁸⁾. V 13 z krajín, ktoré poskytli údaje, je pomer mužov a žien, pokiaľ ide o prevalenciu užívania kokainu v minulom roku medzi mladými dospelými, najmenej 2:1 ⁽⁷⁹⁾.

Medzinárodné porovnania

Odhadovaná prevalencia užívania kokainu v minulom roku je celkovo nižšia medzi mladými dospelými v Európe (2,1 %) ako medzi ich rovesníkmi v Austrálii (3,4 % medzi osobami vo veku 14 – 39 rokov), Kanade (3,3 %) a USA (4,1 %

medzi osobami vo veku 16 – 34 rokov). Španielsko (4,4 %) a Spojené kráľovstvo (4,8 %) však uvádzajú vyššie čísla (obrázok 9). Potrebne je pripomenúť, že malé rozdiely medzi krajinami, by sa mali interpretovať s opatrnosťou.

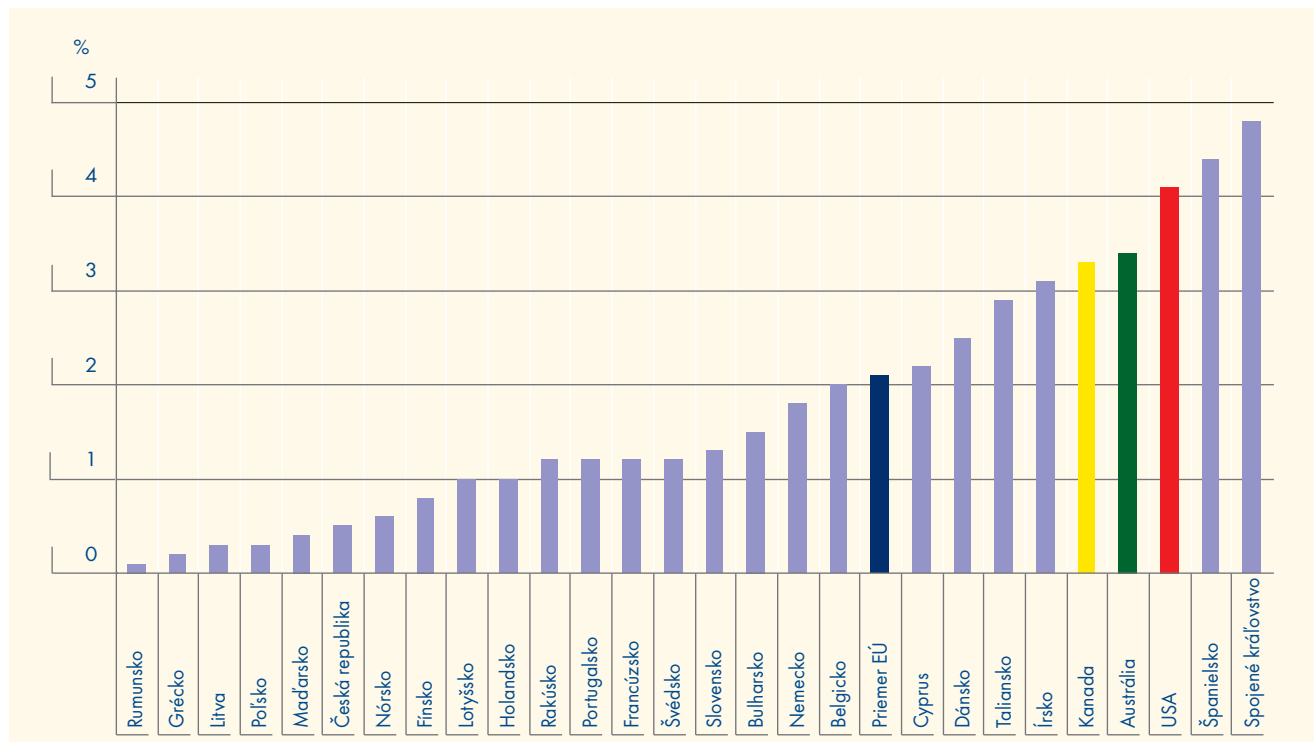
Užívanie kokainu medzi študentmi

Celoživotná prevalencia užívania kokainu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov v najnovších dostupných prieskumoch sa pohybuje od 1 % do 2 % vo viac než polovici 29 krajín, ktoré poskytli údaje. Väčšina zvyšných krajín uvádza úrovne prevalencie 3 % – 4 %, pričom Francúzsko a Spojené kráľovstvo uvádza 5 %. Ak sú k dispozícii údaje od starších študentov (vo veku 17 – 18 rokov), celoživotná prevalencia užívania kokainu je spravidla vyššia, v Španielsku až 8 % ⁽⁸⁰⁾.

Trendy v užívaní kokainu

Trendy v užívaní kokainu v Európe sa vyvíjali rozdielne. V Španielsku a v Spojenom kráľovstve, krajinách s najvyššími úrovňami prevalencie, užívanie kokainu značne vzrástlo koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia predtým, než sa začalo stabilizovať, ale vo všeobecnosti malo

Obrázok 9: Prevalencia užívania kokainu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v Európe, Austrálii, Kanade a USA



Poznámka: Údaje sú z posledného prieskumu dostupného za každú krajinu. Európsky priemer miery prevalencie bol vypočítaný ako priemer národných mier prevalencie vážených podľa obyvateľov krajiny vo veku 15 až 34 rokov (2007, prevzaté z Eurostatu). Údaje za USA a Austráliu boli prepočítané z pôvodných výsledkov prieskumu na vekovú skupinu vo veku 16 – 34 rokov, resp. 14 – 39 rokov. Údaje za Austráliu sa vzťahujú na rok 2007, údaje za Kanadu a USA na rok 2009. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-20 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010)

⁽⁷⁸⁾ Pozri obrázok GPS-13 v štatistickej ročenke 2011.

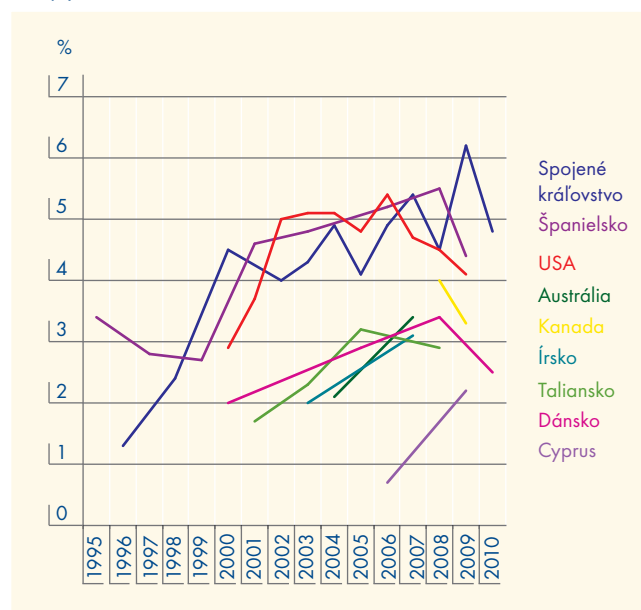
⁽⁷⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁸⁰⁾ Pozri tabuľky EYE-10 až EYE-30 v štatistickej ročenke 2011.

vzostupný trend. V štyroch ďalších krajinách (Dánsko, Írsko, Taliansko a Cyprus) nárast prevalencie bol menej výrazný a došlo k nemu neskôr. Všetky tieto krajiny uviedli prevalencie užívania kokáinu v minulom roku medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) nad priemerom EÚ vo výške 2,1 % (obrázok 9). Štyri z týchto šiestich krajín uviedli celkový nárast za posledných 10 rokov, aj keď zaznamenali pokles vo svojom poslednom prieskume (Dánsko, Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo), ktorý odrážal trend zaznamenaný v Kanade a USA (obrázok 10). Ďalšie dve krajiny hlásia nárast vo svojich posledných prieskumoch: Írsko z 2,0 % v roku 2003 na 3,1 % v roku 2007 a Cyprus z 0,7 % v roku 2006 na 2,2 % v roku 2009.

V 17 ďalších krajinách s opakovanými prieskumami je užívanie kokáinu pomerne nízke a vo väčšine prípadov stabilné. K prípadným výnimkám patrí Bulharsko a Švédsko, ktoré oznámili známky nárastu, a Nórsko, kde podľa všetkého existuje klesajúci trend. Potrebne je však pamätať na to, že malé zmeny s nízkou prevalenciou sa musia interpretovať s opatrnosťou. V Bulharsku užívanie kokáinu v minulom roku medzi mladými dospelými vzrástlo z 0,7 % v roku 2005 na 1,5 % v roku 2008 a vo Švédsku z nuly v roku 2000 na 1,2 % v roku 2008 ⁽⁸¹⁾. Nórsko uviedlo pokles z 1,8 % v roku 2004 na 0,8 % v roku 2009.

Obrázok 10: Trendy prevalencie užívania kokáinu v minulom roku medzi mladými dospelými v šiestich členských štátoch EÚ s najvyššími hodnotami, Austrálii, Kanade a USA



Poznámka: Ďalšie informácie sa uvádzajú na obrázku GPS-14 (časť ii) v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), SAMHSA (2010)

Zo štyroch krajín, ktoré uskutočnili národné prieskumy na školách v rokoch 2009 – 2010 (Taliansko, Slovensko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) len Slovensko uviedlo zmenu (pokles) v celoživotnom užívaní kokáinu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov o viac ako jeden percentuálny bod. V rámci nedávnej štúdie medzi staršími študentmi v Nemecku sa zistilo, že podiel študentov vo veku 15 – 18 rokov vo Frankfurte uvádzajúcich celoživotnú skúsenosť s kokáinom sa mierne zvýšil na 6 % v roku 2008 a klesol na 3 % v roku 2009.

Cielené prieskumy môžu poskytnúť cenný prehľad o správaní mladých ľudí súvisiacom s užívaním drog v prostredí s tanečnou hudbou a iných rekreačných zariadeniach. Aj keď v týchto prieskumoch sa spravidla uvádza pomerne vysoká prevalencia kokáinu, z nedávnych štúdií v niektorých európskych krajinách vyplýva pokles. Napríklad zo štúdie návštevníkov „coffee shopov“ v Amsterdame vyplynul pokles celoživotného užívania kokáinu z 52 % v roku 2001 na 34 % v roku 2009 a pokles užívania v poslednom mesiaci z 19 % na 5 % za rovnaké obdobie ⁽⁸²⁾. Aj v Holandsku monitorovanie kvalitatívnych trendov ukázalo, že v porovnaní s predchádzajúcimi generáciami vo veku 20 až 24 rokov sa ľudia v tomto veku menej zaujímajú o užívanie kokáinu. V belgickej štúdii, ktorá sa pravidelne uskutočňovala v nočných podnikoch od roku 2003, bol vykázaný nárast užívania kokáinu v poslednom roku v období rokov 2003 – 2007 z 11 % na 17 %, po ktorom nasledoval pokles na 13 % podľa štúdie z roka 2009. Podobné štúdie v Českej republike uvádzajú nárast celoživotného užívania kokáinu z 19 % v roku 2007 na 23 % v roku 2009. Tieto zistenia je však potrebné potvrdiť ďalšími súbormi údajov.

Formy užívania kokáinu

Z prieskumov vyplýva, že v rekreačnom prostredí sa užívanie kokáinu úzko spája s konzumáciou alkoholu. Z údajov z prieskumov v celkovej populácii v deviatich krajinách vyplýva, že prevalencia užívania kokáinu je dva až deväťkrát vyššia u osôb s ťažkým epizodickým pitím alkoholu ⁽⁸³⁾ než v celkovej populácii (EMCDDA, 2009b). Z prieskumov tiež vyplýva, že užívanie kokáinu sa spája s užívaním iných nezákonných drog. Napríklad z analýzy údajov z britského prieskumu kriminality v rokoch 2009/2010 vyplynulo, že 89 % dospelých (vo veku 16 – 59 rokov), ktorí užili kokáinový prášok v minulom roku, užili aj iné drogy v porovnaní s len 42 % užívateľmi kanabisu (Hoare a Moon, 2010).

V niektorých európskych krajinách značný počet ľudí užije kokáin len experimentálne raz alebo dva razy (Van der

⁽⁸¹⁾ Pozri obrázok GPS-14 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁸²⁾ Potrebne je pripomenúť, že trendy v Amsterdame nereprezentujú trendy v Holandsku ako celku.

⁽⁸³⁾ Ťažké epizodické pitie alkoholu, známe aj ako pijanský záťah, je v tomto materiáli definované ako šesť alebo viac pohárikov alkoholického nápoja, ktoré sa vypije pri tej istej príležitosti aspoň raz za týždeň počas posledného roka.

Poel a kol., 2009). V rámci pravidelnejších užívateľov kokainu možno rozlišovať medzi dvomi skupinami. Prvú skupinu tvoria sociálne integrovanejší užívatelia, ktorí obvykle užívajú kokain po víkendoch, na večierkoch alebo pri iných špeciálnych príležitostiach, niekedy vo veľkom množstve. Mnohí z týchto užívateľov uvádzajú, že majú užívanie kokainu pod kontrolou, napr. stanovením pravidiel o množstve, frekvencii alebo kontexte užívania (Reynaud-Maurupt a Hoareau, 2010). Niektorí z týchto užívateľov môžu trpieť zdravotnými problémami v súvislosti s užívaním kokainu, alebo sa u nich vyvinú kompulzívne formy užívania, ktoré si vyžadujú liečbu. Zo štúdií však vyplýva, že značná časť osôb s problémami súvisiacimi s kokaínom sa môže zotaviť bez formálnej liečby (Cunningham, 2000).

Druhú skupinu tvoria silní užívatelia kokainu a cracku, ktorí patria do sociálne marginalizovaných alebo znevýhodnených skupín a môžu zahŕňať aj bývalých alebo súčasných užívateľov opioidov, ktorí užívajú crack alebo injekčne užívajú kokain (Prinzleve a kol. 2004).

Zdravotné následky užívania kokainu

Zdravotné následky užívania kokainu sa zvyknú podceňovať. Môže to byť čiastočne vplyvom nešpecifickej alebo chronickej povahy patológií, ktoré obvykle vznikajú v dôsledku dlhodobého užívania kokainu (pozri kapitolu 7). Pravidelné užívanie vrátane šnupania môže mať súvis s kardiovaskulárnymi, neurologickými a psychiatrickými problémami a rizikom úrazov a prenosu infekčných chorôb v dôsledku nechráneného sexu (Brugal a kol., 2009) a prípadne v dôsledku spoločného užívania slamiek (Aaron a kol., 2008), čo podľa všetkého potvrdzuje stále viac dôkazov (Caiaffa a kol., 2011). Zo štúdií v krajinách s vysokou úrovňou užívania vyplýva, že značná časť problémov so srdcovou činnosťou u mladých ľudí by mohla súvisieť s užívaním kokainu (Qureshi a kol., 2001). Napríklad v Španielsku sa užívanie kokainu podľa všetkého podieľa na významnom podiele akútnych prípadov v nemocniciach súvisiacich s drogami a z nedávnej španielskej štúdie vyplynulo, že 3 % náhlych úmrtí súvisí s kokaínom (Lucena a kol., 2010). Nárasty užívania v Dánsku sa zhodovali s nárastom počtu naliehavých prípadov súvisiacich s kokaínom, ktorý vzrástol z 50 prípadov v roku 1999 na takmer 150 v roku 2009.

Kokaínové injekcie a užívanie cracku sa v prípade užívateľov kokainu spájajú s najvyššími zdravotnými rizikami (vrátane kardiovaskulárných a psychických problémov). Tieto sa zvyčajne zhoršujú v dôsledku spoločenskej marginalizácie a rizík spojených s injekčným užívaním vrátane prenosu infekčných chorôb a predávkovania (EMCDDA, 2007a).

Kokain a alkohol

Užívatelia kokainu bežne konzumujú aj alkohol. Z prieskumov v rámci populácie vyplýva, že užívanie kokainu a alkoholu – najmä ťažké epizodické pitie alkoholu – často spolu súvisí. A v dvoch štúdiách sa zistilo, že viac než polovica liečených užívateľov závislých od kokainu bola závislá aj od alkoholu.

Popularitu tejto kombinácie možno vysvetliť tým, že obe látky sa úzko spájajú s prostredím nočných podnikov a večierkov, ale aj farmakologickými faktormi. Úroveň „opojenia“, ktoré možno dosiahnuť kombináciou týchto látok je vnímané ako kvalitnejšie ako po užití samotnej drogy. Okrem toho kokain môže zmierniť účinky opojenia z alkoholu a môže tiež pôsobiť proti niektorým behaviorálnym a psychomotorickým deficitom spôsobených alkoholom. Alkohol sa tiež užíva na zmiernenie nepríjemného pocitu pri triezvení z kokaínového „opojenia“. Z tohto hľadiska táto kombinácia môže viesť k zvýšenému užívaniu oboch látok.

Zdokumentované sú riziká a toxické účinky spojené so súčasným užívaním alkoholu a kokainu vrátane zvýšenia srdcovej frekvencie, zvýšenia systolického krvného tlaku, čo môže mať za následok kardiovaskulárne komplikácie, ako aj poruchu kognitívnych a motorických funkcií. Z retrospektívnych štúdií však vyplýva, že kombinované užívanie podľa všetkého nespôsobuje viac kardiovaskulárných problémov, ako by sa dalo očakávať z dodatočného užívania každej drogy (Pennings a kol., 2002). Okrem toho kombinované užívanie má za následok vznik novej látky, kokaetylénu, metabolitu, ktorý sa tvorí v pečeni. Prebiehajú diskusie, či kokaetylén je zodpovedný za zvýšenie srdcovej frekvencie a kardiotoxicity.

Viac informácií uvádza EMCDDA (2007a).

Problémové užívanie kokainu a dopyt po liečbe

Pravidelní užívatelia kokainu, ktorí ho užívajú dlhé obdobia a ktorí túto látku užívajú injekčne, sú podľa EMCDDA definovaní ako problémoví užívatelia kokainu. Z odhadov veľkosti tejto populácie je možné aproximáciou zistiť počet užívateľov, ktorí môžu potrebovať liečbu. Sociálne integrovanejší problémoví užívatelia kokainu sú však spravidla nedostatočne zastúpení v týchto odhadoch.

Národné odhady problémového užívania kokainu sú dostupné len pre Taliansko, kde odhadovaný počet bol okolo 178 000 (od 4,3 do 4,7 na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov) v roku 2009⁽⁸⁴⁾. Údaje o trende problémového užívania kokainu a ďalšie zdroje údajov (napr. vstupy do liečby) poukazujú na postupný nárast užívania kokainu v Taliansku.

Užívanie cracku je veľmi neobvyklé medzi sociálne integrovanými užívateľmi kokainu a vyskytuje sa hlavne

⁽⁸⁴⁾ Pozri tabuľku PDU-102 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

medzi marginalizovanými a znevýhodnenými skupinami, napr. sexuálnymi pracovníkmi, problémovými užívateľmi opioidov a zväčša je mestským fenoménom (Prinzleve a kol., 2004; Connolly a kol., 2008). V Londýne sa užívanie cracku považuje za najdôležitejšiu súčasť drogového problému mesta. Regionálne odhady užívania crack kokainu sú dostupné len pre Anglicko (Spojené kráľovstvo), kde v období rokov 2008/2009 bolo asi 189 000 problémových užívateľov crack kokainu, čo zodpovedá 5,5 (5,4 – 5,8) prípadom na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Uvádzalo sa, že väčšina týchto užívateľov cracku sú aj užívateľmi opioidov.

Dopyt po liečbe

Ďalšie prehľady o problémovom užívaní kokainu možno získať z údajov o počte a charakteristikách osôb vstupujúcich do liečby v dôsledku užívania kokainu. Takmer všetci uvádzaní klienti užívajúci kokain sú liečení v ambulantných zariadeniach, aj keď niektorí by mohli byť liečení na súkromných klinikách, v takýchto prípadoch nie sú k dispozícii údaje. Mnoho problémových užívateľov kokainu však nevyhľadá liečbu (Escot a Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt a Hoareau, 2010).

Kokain, hlavne práškový kokain, uviedlo ako hlavný dôvod vstupu do liečby 17 % všetkých uvedených užívateľov drog vstupujúcich do liečby v roku 2009. Spomedzi užívateľov, ktorí vstupujú do liečby po prvýkrát, je vyšší podiel tých, ktorí uvádzajú kokain ako svoju primárnu drogu (23 %).

Medzi jednotlivými krajinami existujú veľké rozdiely v podiele a počte klientov užívajúcich kokain ako primárnu drogu, pričom najvyšší podiel uviedlo Španielsko (46 %), Holandsko (31 %) a Taliansko (28 %). V Belgicku, Írsku, na Cypre a v Spojenom kráľovstve klienti užívajúci kokain tvoria 11 % až 15 % všetkých klientov užívajúcich drogy. Inde v Európe užívatelia kokainu tvoria menej ako 10 % pacientov v liečbe drogovej závislosti, pričom šesť krajín uvádza menej ako 1 %⁽⁸⁵⁾. Španielsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo spolu uvádzajú takmer 58 000 zo 72 000 klientov užívajúcich kokain, ktoré hlásilo 26 európskych krajín.

Počet klientov vstupujúcich do protidrogovej liečby pre primárne užívanie kokainu sa v Európe už niekoľko rokov zvyšuje. Na základe údajov zo 17 krajín, ktoré poskytli údaje za obdobie rokov 2004 – 2009, počet užívateľov kokainu stúpil z asi 38 000 v roku 2004 na asi 55 000 v roku 2009. V rovnakom období sa počet klientov užívajúcich kokain, ktorí vstúpili do liečby po prvýkrát v živote, zvýšil takmer o tretinu, z približne 21 000 na 27 000 (na základe údajov z 18 krajín, ktoré poskytli údaje).

Profil ambulantne liečených klientov

Klienti, ktorí vstúpili do ambulantnej liečby v dôsledku primárneho užívania kokainu vrátane práškového kokainu a crack kokainu, charakterizuje vysoký pomer mužov k ženám (asi 5 mužov na 1 ženu) a patria ku skupine s najvyšším priemerným vekom (okolo 32 rokov) spomedzi pacientov v liečbe drogovej závislosti. Priemerný vek je najvyšší vo Francúzsku, Taliansku a Holandsku (35 rokov). Užívatelia kokainu ako primárnej drogy uvádzajú vyšší priemerný vek v prípade prvého užitia, a to 22,5 rokov, pričom 86 % z nich začalo pred dosiahnutím 30 rokov. Priemerný interval medzi prvým užitím kokainu a prvým vstupom do liečby je asi deväť rokov. Takmer tretinu všetkých klientov užívajúcich kokain oznámilo Spojené kráľovstvo, pričom ich profil sa odlišuje od klientov v iných krajinách s vysokým počtom užívateľov kokainu absolvujúcich liečbu: sú mladší ako priemer (31 rokov), majú nižší pomer medzi pohlaviami (asi traja muži na 1 ženu) a kratší interval medzi prvým užitím a prvým vstupom do liečby (okolo sedem rokov).

Väčšina klientov uvádza ako hlavný spôsob užívania šnupanie kokainu (66 %) alebo fajčenie (29 %). Injekčné užívanie ako hlavný spôsob užívania uvádza len 3 % klientov užívajúcich kokain a v období rokov 2005 až 2009 bol zaznamenaný pokles injekčného užívania kokainu. Takmer polovica z nich užívala drogu pred vstupom do liečby jeden- až šesťkrát týždenne, asi štvrtina ju užívala denne a zvyšná štvrtina ju neužívala počas tohto obdobia alebo len príležitostne⁽⁸⁶⁾. Kokain sa často užíva v kombinácii s inými drogami, najmä s alkoholom, kanabisom, inými stimulantmi a heroínom. Pri analýze údajov z liečby zo 14 krajín v roku 2006, sa zistilo, že okolo 63 % klientov užívajúcich kokain ako primárnu drogu je užívateľmi viacerých drog, pričom uvádzajú problémy aspoň s jednou ďalšou drogou. Najčastejšie uvádzaným ďalším problémom bol alkohol, ktorý užívalo 42 % klientov užívajúcich kokain, nasledoval kanabis (28 %) a heroín (16 %) (EMCDDA, 2009b). Kokain sa uvádza aj ako sekundárna látka⁽⁸⁷⁾ a čoraz častejšie ho uvádzajú primárni užívatelia heroínu v Taliansku a Holandsku.

Z analýzy údajov o vstupoch do liečby vyplýva, že problém s užívaním cracku je v Európe aj naďalej geograficky obmedzený. V roku 2009 približne 10 540 klientov uviedlo, že vstúpili do ambulantnej liečby z dôvodu užívania crack kokainu ako primárnej drogy, čo predstavuje 16 % všetkých klientov užívajúcich kokain a 3 % všetkých klientov užívajúcich drogy, ktorí vstúpia do ambulantnej liečby. Väčšinu klientov užívajúcich crack (okolo 7 500) uvádza Spojené kráľovstvo, kde tvoria

⁽⁸⁵⁾ Pozri obrázok TDI-2 a tabuľky TDI-5 (časť i) a (časť ii) a TDI-24 v štatistickej ročenke 2011; údaje za Španielsko sa vzťahujú na rok 2008.

⁽⁸⁶⁾ Pozri tabuľku TDI-18 (časť ii) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁸⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-22 v štatistickej ročenke 2011.

40 % klientov užívajúcich kokaín a 6 % všetkých klientov užívajúcich drogy v tejto krajine. Holandsko oznámilo 1 231 klientov užívajúcich crack, tvorili 38 % všetkých klientov krajiny užívajúcich kokaín a 12 % všetkých klientov užívajúcich drogy⁽⁸⁸⁾. Užívanie heroínu je bežné medzi užívateľmi crack kokaínu vstupujúcimi do liečby. Napríklad v Spojenom kráľovstve asi 31 % klientov užívajúcich primárne crack uviedlo heroín ako sekundárnu drogu a tento podiel sa zvyšuje.

Liečba a znižovanie poškodení

Liečba problémov užívania drog v Európe je tradične zameraná na závislosť od opiodov. Avšak v dôsledku čoraz väčšieho znepokojenia v oblasti verejného zdravia v súvislosti s kokaínom a crackom sa v mnohých krajinách venuje väčšia pozornosť reakcii na problémy spojené s týmito drogami. Aj keď liečba závislosti od kokaínu sa poskytuje hlavne v špecializovaných ambulatných zariadeniach, špeciálne služby pre užívateľov kokaínu sa poskytujú v Dánsku, Írsku, Taliansku, Rakúsku a Spojenom kráľovstve. Liečba závislosti od kokaínu sa v obmedzenej miere poskytuje aj v prostredí primárnej zdravotnej starostlivosti. V súčasnej dobe iba Nemecko a Spojené kráľovstvo poskytujú usmernenie pre liečbu problémov s kokaínom.

K primárnym možnostiam liečby závislosti od kokaínu patria psychosociálne intervencie vrátane motivačných pohovorov, kognitívno-behaviorálne terapie, behaviorálne tréningovanie sebaovládania, intervencie na prevenciu relapsu a poradenstvo. Svojpomocné skupiny, ako napr. Anonymní kokainisti tiež môžu zohrávať úlohu v procese uzdravenia v prípade osôb, ktoré majú problém s užívaním kokaínu. Podporu, ktorú poskytujú, možno kombinovať s formálnou liečbou.

Štúdie týkajúce sa liečby závislosti od kokaínu

V Nemecku Koerkel a Verthein (2010) hodnotili v prípade závislých osôb vplyv behaviorálneho tréningovania sebaovládania na zníženie užívania heroínu a kokaínu. Podľa poskytnutých informácií tréning pomohol účastníkom znížiť užívanie oboch látok a udržať užívanie drog na úrovniach, aké si sami stanovili. Dve nedávne štúdie skúmali účinnosť programov protidrogovej liečby v Anglicku. V rámci výskumnej štúdie týkajúcej sa výsledkov protidrogovej liečby (Jones, A. a kol., 2009) sa zistilo, že viac ako polovica klientov užívajúcich kokaín prestala užívať drogu v priebehu troch až piatich mesiacov od začatia liečby. Po celom roku liečby 60 % boli abstinenti. Podobné výsledky boli zaznamenané v prípade

užívateľov cracku podstupujúcich liečbu v 12 komunitných zariadeniach v Londýne (Marsden a Stillwell, 2010).

Prebiehajú početné randomizované štúdie na testovanie nových liekov na liečbu závislosti od kokaínu. V súčasnej dobe sa ukazujú ako sľubné dve látky. Jednou z nich je disulfiram, látka, ktorá zasahuje do metabolizmu alkoholu, a ukázala sa ako nádejná na liečbu závislosti od kokaínu (Pani a kol., 2010a). V brazílskej štúdii sa teraz testuje v kombinácii s kognitívno-behaviorálnou terapiou v rámci liečby závislosti od crack kokaínu. Vigabatrín, liek proti epilepsii, bol testovaný na 103 mexických podmienčne odsúdených s pozitívnymi výsledkami pri krátkodobom sledovaní. Teraz sa testuje na 200 pacientoch v USA. V Holandsku sa v rámci nového prístupu v súčasnej dobe skúša rimonabant (selektívny antagonist kanabinoideho receptora, ktorý sa predtým používal ako liek proti obezite). Okrem toho viaceré farmakoterapeutické možnosti (topiramát, dexamfetamín a modafinil) sa porovnávajú v randomizovanej kontrolovanej štúdii závislosti od crack kokaínu, ktoré boli nedávno zaregistrované v Holandsku (Hicks a kol., 2011).

Viaceré ďalšie skúšky priniesli slabé alebo nevýrazné výsledky v súvislosti so závislosťou od kokaínu. Modafinil, stimulant centrálného nervového systému, nebol lepší ako placebo pri riešení problému užívania kokaínu (Anderson a kol., 2009). Obe látky naltrexón (antagonista opiodov) aj vareniklín (používaný na liečbu závislosti od fajčenia) boli testované na pacientoch s viacnásobnou závislosťou od kokaínu a alkoholu alebo tabaku, ale pri užívaní sa neprejavil žiadny rozdiel v porovnaní s placebom. Memantín (liek na liečenie Alzheimerovej choroby) bol testovaný v kombinácii s poukážkovými stimulmi, ale nebol úspešnejší ako placebo pri znižovaní užívania kokaínu.

Zistilo sa, že motivačná terapia s odmenami (contingency management) bola účinná bez ohľadu na etnický pôvod (Barry a kol., 2009) a ukázala sa ako úspešná stratégia v kombinácii s prevenciou relapsu (McKay a kol., 2010). V španielskej štúdii sa zistilo, že použitie poukážok ako stimulu spolu s posilňovaním zo strany komunity podporovalo abstinenciu užívateľov závislých od kokaínu (Garcia-Rodriguez a kol., 2009). Avšak v inej štúdii stimuly vo forme poukážok vykazovali slabé výsledky z hľadiska dlhodobiejšieho posilňovania abstinencie (Carpeneo a kol., 2010).

Ďalšie intervencie so sľubnými výsledkami zahŕňajú posilňovanie abstinencie na základe zamestnania, v ktorom klienti absolvujú školenie v oblasti pracovných zručností po dobu šiestich mesiacov, po ktorom nasleduje rok zamestnania, v rámci ktorého sa uskutočňuje náhodné testovanie na užívanie kokaínu. K ďalším metódam, ktoré sa

⁽⁸⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-115 v štatistickej ročenke 2011.

testujú na pomoc užívateľom dosiahnuť abstinenciu, patria cvičenia na zvýšenie uvedomenia a integračné meditácie. Testy prebiehajú v Holandsku cieľom znížiť túžbu po droge s transkraniálnou magnetickou stimuláciou, technikou, ktorá sa používa na liečenie neurologických a psychiatrických stavov.

Pokračujú pokusy o vytvorenie kokáinovej vakcíny. V USA sa uskutočnila randomizovaná kontrolovaná štúdia (Martell a kol., 2009) s napojením derivátu kokáínu na proteín B cholery, výsledky sa však javia príliš slabé na to, aby sa pokračovalo s plánovanými štúdiami v teréne v Španielsku a Taliansku. Americká výskumná skupina robí teraz nábor na 300 pacientov na testovanie upravenej verzie vakcíny a výsledky sa očakávajú v roku 2014 (Whitten, 2010). V ďalšej štúdii sa vyvíja vakcína za použitia bežného vírusu nádchy ako nosiča na zvýšenie tvorby protilátok, ale tento model je potrebné ešte testovať na ľuďoch.

Znižovanie poškodení

Užívanie kokáínu a crack kokáínu znamená pomerne nové zameranie na intervencie na znižovanie škôd a potrebné je prehodnotiť tradičné stratégie. Členské štáty zvyčajne poskytujú injekčným užívateľom kokáínu rovnaké služby a zariadenia ako užívateľom opioidov. Injekčné užívanie kokáínu sa však spája so špecifickými rizikami. Konkrétne ide o potenciálne vyššiu frekvenciu injekčného užívania, chaotické správanie pri injekčnom užívaní a zvýšenú mieru

rizikového sexuálneho správania. Potrebná je táto skupina je potrebné prispôbiť odporúčania pre bezpečnejšie použitie. Vzhľadom k potenciálnej vysokej frekvencii injekčného užívania by sa ponuka sterilného vybavenia pre injekčných užívateľov nemala obmedzovať, ale by mala byť skôr založená na lokálnom posúdení foriem užívania kokáínu a sociálnej situácie injekčných užívateľov (Des Jarlais a kol., 2009).

Poskytovanie špecifických programov na znižovanie poškodení pre fajčiarov cracku je v Európe obmedzené. Aj keď je to kontroverzné, takéto intervencie môžu mať potenciál obmedziť injekčné užívanie a spoločné používanie fajok na drogu, ako uvádzajú títo užívatelia (Leonard a kol., 2008), aj keď celková efektívnosť znižovania vírusových ochorení prenášaných krvou si vyžaduje ďalšie štúdium. Niektoré zariadenia na užívanie drog v troch krajinách (Nemecko, Španielsko, Holandsko) poskytujú vybavenie na inhaláciu drog vrátane kokáínu. Hygienické vybavenie na inhaláciu vrátane čistých crackových fajok alebo „crackového náčinia“ (sklenená trubička s náustkom, kovové sitko, balzam na pery a obrúsky na ruky) v súčasnosti ojedinele poskytujú užívateľom drog, ktorí fajčia crack kokáin, niektoré nízkoprahové zariadenia v Belgicku, Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Luxembursku a Holandsku. V niektorých nízkoprahových zariadeniach v siedmich členských štátoch EÚ sa poskytuje fajčiarom heroínu alebo kokáínu aj fólia.

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 6

Užívanie opioidov a injekčné užívanie drog

Úvod

Užívanie heroínu, najmä injekčné užívanie tejto drogy, sa od sedemdesiatych rokov minulého storočia úzko spája s problémami v oblasti verejného zdravia a sociálnej oblasti v Európe. Dnes ešte stále pripadá v Európskej únii na túto drogu najväčší podiel morbidity a mortality súvisiacej s užívaním drog. Po dvoch desaťročiach zväčša narastajúcich problémov súvisiacich s heroínom koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom tohto storočia bol v Európe zaznamenaný pokles užívania heroínu a s tým spojených poškodení. Avšak od rokov 2003 – 2004 bol tento trend menej výrazný a ukazovatele naznačovali stabilnejší alebo zmiešaný obraz. Okrem heroínu sa v správach o užívaní syntetických opioidov, napr. fentanylu, a o injekčnom užívaní stimulačných drog, napr. kokaínu alebo amfetamínov, odráža čoraz rôznorodejší charakter problémového užívania drog v Európe.

Ponuka a dostupnosť

Na trhoch s nezákonnými drogami sa tradične ponúkajú dve formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín (jeho základná chemická forma), ktorý pochádza najmä z Afganistanu a biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie, aj keď táto forma je oveľa menej bežná. V niektorých severoeurópskych krajinách (napr. Estónsku, Fínsku, Nórsku) sa používa fentanyl, syntetický opioid a jeho analógy. Okrem toho niektoré opioidné drogy sa vyrábajú v Európe, najmä domáce výrobky z maku siateho (napr. maková slama, koncentrát z rozdrvených stoniek rastlín maku alebo makovic) v niektorých východoeurópskych krajinách (napr. Lotyšsko, Litva, Poľsko).

Výroba a nezákonné obchodovanie

Heroín užívaný v Európe pochádza prevažne z Afganistanu, ktorý predstavuje väčšinu celosvetovej produkcie nezákonného ópia. Ďalšími producentami krajínami sú Mjanmarsko, ktoré zásobuje hlavne trhy vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Pakistan, Laos, po nich nasleduje Mexiko a Kolumbia, ktoré sa považujú

za najväčších dodávateľov heroínu do USA (UNODC, 2011). Odhaduje sa, že celosvetová produkcia ópia sa znížila oproti maximu, ktorý dosiahla v roku 2007, najmä v dôsledku zníženia produkcie v Afganistane zo 6 900 ton v roku 2009 na 3 600 ton v roku 2010. Najnovší odhad celosvetovej potenciálnej produkcie heroínu je 396 ton (pozri tabuľku 10), čo je pokles proti odhadovanej úrovni 667 ton v roku 2009 (UNODC, 2011).

Heroín sa dostáva do Európy prevažne dvomi trasami. Tradične významnou balkánskou cestou sa dováža heroín vyrobený v Afganistane cez Pakistan, Irán a Turecko a potom cez ďalšie tranzitné alebo cieľové krajiny hlavne do západnej a južnej Európy. Heroín sa dostáva do Európy aj tzv. hodvábnou cestou cez strednú Áziu a Rusko.

Tabuľka 10: Výroba, záchyt, cena a čistota heroínu

Výroba a záchyt	Heroín
Odhad celosvetovej produkcie (v tonách)	396
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	76
Zachytené množstvo (v tonách) EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	8 (24)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	56 000 (59 000)
Cena a čistota v Európe ⁽¹⁾	Heroínová báza („hnedý“ heroín)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)	
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	23 – 135 (37,5 – 67,9)
Priemerná čistota (%)	
Rozsah (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	13 – 37 (16,8 – 33,2)

⁽¹⁾ Keďže málo krajín uvádza maloobchodnú cenu a čistotu hydrochloridu („bieleho“) heroínu, údaje sa tu neuvádzajú. Možno ich nájsť v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2011.

⁽²⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených údajov.

Poznámka: Údaje za rok 2009 okrem odhadu celosvetovej produkcie (2010).

Zdroj: UNODC (2011) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

V obmedzenom rozsahu sa potom tento heroín pašuje cez Bielorusko, Poľsko a Ukrajinu do iných destinácií, napr. do škandinávskych krajín cez Litvu (INCB, 2011a, 2010). V rámci Európskej únie zohráva Holandsko a v menšej miere Belgicko úlohu dôležitých druhotných distribučných centier.

Záchyty

Záchyty ópia uvádzané v celosvetovom meradle zostali stabilné v období rokov 2008 až 2009 na úrovni 657, resp. 653 ton. Irán zodpovedal za približne 90 % celkových záchytov a Afganistan asi za asi 5 %. Uvádzané celosvetové záchyty heroínu zostali stabilné v roku 2009 (76 ton), zatiaľ čo celosvetové záchyty morfinu klesli na 14 ton (UNODC, 2011).

V Európe približne 58 000 záchytov viedlo k zadržaniu asi 24 ton heroínu v roku 2009, z čoho dve tretiny (16,1 ton oznámilo Turecko. Spojené kráľovstvo, po ktorom nasledovalo Španielsko) aj ďalej uvádzalo najvyšší počet záchytov⁽⁸⁹⁾. Z údajov za obdobie rokov 2004 – 2009 z 28 krajín, ktoré poskytli údaje, vyplýva celkový nárast počtu záchytov. Celkový trend v kvalite heroínu zachyteného v Turecku sa odlišuje od kvality pozorovanej v Európskej únii, čiastočne v dôsledku väčšej spolupráce orgánov presadzovania práva Turecka a EÚ. Zatiaľ čo Turecko uviedlo v období rokov 2004 až 2009 dvojnásobný nárast množstva zachyteného heroínu, množstvo zachytené v Európskej únii vykazuje malý pokles v tomto období, hlavne v dôsledku poklesu, ktoré uviedlo Taliansko a Spojené kráľovstvo, dve krajiny s najväčšími záchytmi v Európskej únii.

Celosvetové záchyty acetanhydridu používaného pri výrobe heroínu klesli z maxima asi 200 000 litrov v roku 2008 na 21 000 litrov v roku 2009. Údaje pre Európsku úniu ukazujú ešte prudší klesajúci trend: z maxima takmer 150 800 litrov zachytených v roku 2008 na 866 litrov v roku 2009. V roku 2010 však záchyt rekordného množstva acetanhydridu – 110 ton oznámilo Slovinsko. Podľa medzinárodnej rady INCB (2011a) za úspechom stálo úsilie EÚ na zabránenie zneužívania prekursora v prípade niektorých členských štátov EÚ a Turecka spolu s vyšetrovaniami, ktoré uskutočňovali.

Čistota a cena

V roku 2008 sa stredná hodnota čistoty testovaného hnedého heroínu pohybovala od 16 % do 32 % vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje. Nižšie stredné hodnoty uviedlo Francúzsko (14 %), Rakúsko (len maloobchod, 13 %) a vyššie Malta (36 %), Rumunsko (36 %) a Turecko (13 %). Od roku 2004 do 2009 sa čistota hnedého heroínu zvýšila

Výrazný pokles produkcie ópia v Afganistane

Produkcija ópia v Afganistane v roku 2010 podľa odhadov klesla na 3 600 ton, t. j. polovicu úrovne dosiahnutej v predchádzajúcom roku. K pravdepodobným príčinám tohto veľkého zníženia výnosov z ópiového maku sú nepriaznivé klimatické podmienky a šírenie plesne makovej, plesňovej infekcie, ktorá postihla ópiové polia v hlavných oblastiach pestovania maku, a to Helmand a Kandahár (UNODC and MCN, 2010). Plesň významne nezmenila plochu pestovania ópia, ale ovplyvnila množstvo vyprodukovaného ópia.

Pokles výnosov tiež viedlo k dramatickému nárastu oznámených cien ópia v čase zberu. Priemerná výstupná cena za kilogram suchého ópia z farmy vzrástla 2,6-krát, zo 64 USD v roku 2009 na 169 USD v roku 2010 (UNODC a MCN, 2010). V rovnakej dobe sa priemerná cena heroínu v Afganistane zvýšila 1,4-krát.

Vysoká cena ópia nemusí mať dlhé trvanie. Zvýšenie cien, ku ktorému došlo v roku 2004, keď produkcia ópia klesla v dôsledku choroby, trvalo menej ako rok (UNODC a MCN, 2010). Dosahy poklesu produkcie ópia na spotrebiteľské trhy, najmä v Európe, sa musia starostlivo sledovať.

v štyroch krajinách, zatiaľ čo v štyroch ďalších zostala na stabilnej úrovni alebo sa znížila. V troch európskych krajinách, ktoré poskytli údaje, bola stredná hodnota čistoty bieleho heroínu vo všeobecnosti vyššia (25 – 50 %) ⁽⁹⁰⁾.

Maloobchodná cena hnedého heroínu bola naďalej značne vyššia v severských krajinách než v ostatnej Európe, pričom Švédsko uviedlo v roku 2009 priemernú cenu 133 EUR za gram a Dánsko 107 EUR. V polovici krajín, ktoré poskytli údaje, sa celkove pohybovala od 40 do 62 EUR za gram. V období rokov 2004 až 2008 sa maloobchodná cena hnedého heroínu znížila v polovici zo 14 európskych krajín, ktoré uviedli časové trendy.

Problémové užívanie drog

Centrum EMCDDA definuje problémové užívanie drog ako injekčné užívanie drog alebo dlhodobé/pravidelné užívanie opioidov, kokaínu a/alebo amfetamínu. Injekčné užívanie drog a užívanie opioidov predstavuje väčšiu časť problémového užívania drog v Európe, aj keď v niektorých krajinách významnou súčasťou sú aj užívatelia amfetamínov alebo kokaínu. Potrebné je tiež poznamenať, že užívatelia drog užívajú väčšinou viaceré drogy a že údaje o prevalencii sú oveľa vyššie v mestských oblastiach a v rámci sociálne vylúčených skupín.

⁽⁸⁹⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2011. Upozorňujeme, že pokiaľ údaje za rok 2009 chýbajú, na odhad celkového množstva v Európe sa použili údaje za rok 2008.

⁽⁹⁰⁾ Údaje o čistote a cene sa uvádzajú v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 štatistickej ročenky 2011.

Vzhľadom na relatívne nízku prevalenciu a skrytý povahu problémového užívania drog na získanie odhadov prevalence z dostupných zdrojov údajov sú potrebné metódy štatistickej extrapolácie (najmä údaje o protidrogovej liečbe a presadzovaní práva). Celková prevalencia problémového užívania drog sa uvádza v rozmedzí od 2 do 10 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Tieto odhady môžu zahŕňať veľké intervaly neurčitosti a špecifické obmedzenia. Napríklad, aj keď užívatelia absolvujúci liečbu sú spravidla zahrnutí, užívatelia drog nachádzajúci sa v súčasnosti vo väzení, najmä s dlhšími trestami, môžu byť v odhadoch nedostatočne zastúpení.

Problémové užívanie opioidov

Väčšina európskych krajín v súčasnosti dokáže poskytnúť odhady prevalence „problémového užívania opioidov“. Nedávne národné odhady sa pohybujú od 1 do 8 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obrázok 11). Ku krajinám, ktoré uvádzajú najvyššie dobre zdokumentované odhady problémového užívania opioidov patrí Írsko, Taliansko, Luxembursko a Malta, najnižšie uvádza Česká republika, Holandsko, Poľsko, Slovensko a Fínsko. Len Turecko a Maďarsko uvádzajú menej ako 1 prípad na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov.

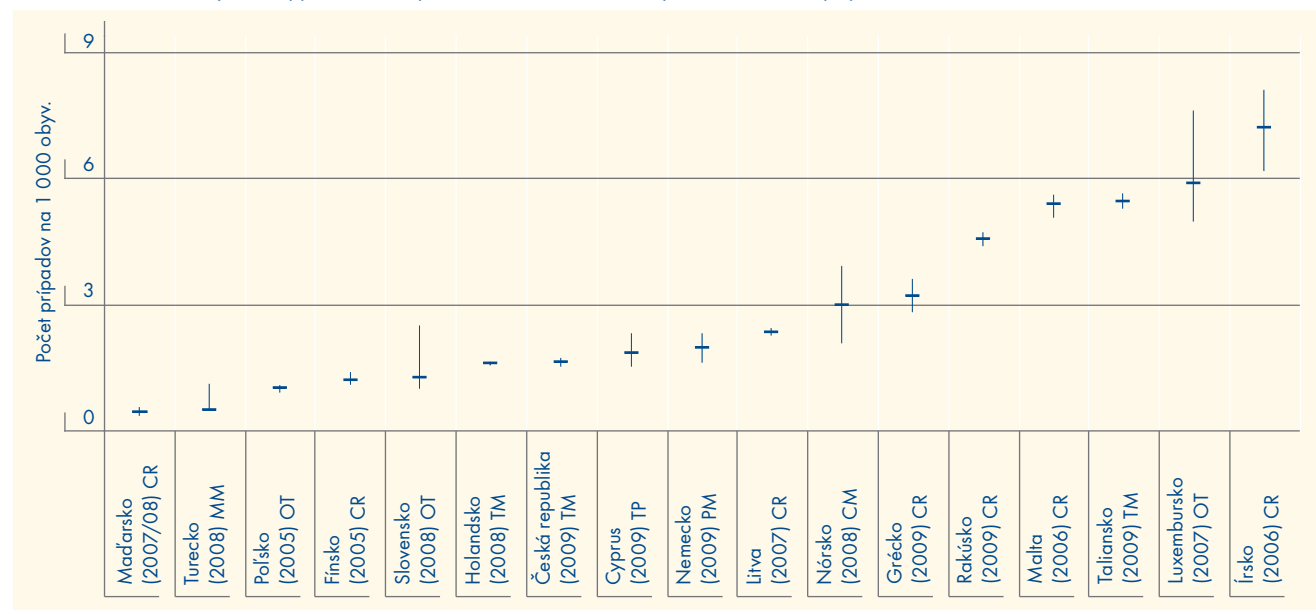
Priemerná prevalencia problémového užívania opioidov v Európskej únii a Nórsku vypočítaná z národných štúdií sa odhaduje na 3,6 až 4,4 prípady na 1 000 obyvateľov

vo veku 15 – 64 rokov. Toto zodpovedá asi 1,3 miliónu (1,3 – 1,4 miliónu) problémových užívateľov opioidov v EÚ a Nórsku v roku 2009. Na porovnanie odhady pre krajiny susediace s EÚ sú vysoké, Rusko so 16 prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2009) a Ukrajina s 10 – 13 prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2010). Odhady prevalence problémového užívania opioidov, ktoré sú vyššie než európsky priemer, sa uvádzajú aj inde vo vyspelom svete, pričom počet prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov je 6,3 v Austrálii (Chalmers a kol., 2009), 5,0 v Kanade a 5,8 v USA (UNODC, 2010). Porovnanie medzi jednotlivými krajinami by sa mali robiť s opatrnosťou, pretože definície cieľovej populácie sa môžu líšiť.

Užívatelia opioidov vstupujúci do liečby

Opioidy, najmä heroín, uvádza väčšina osôb vstupujúcich do liečby ako primárnu drogu, čo je okolo 216 000 alebo 51 % zo všetkých osôb, ktoré v roku 2009 podľa poskytnutých informácií vstúpili do špecializovanej protidrogovej liečby v 29 európskych krajinách. V Európe však panujú značné rozdiely, pričom klienti užívajúci opioidy tvoria viac než 80 % klientov vstupujúcich do liečby v šiestich krajinách, od 60 % do 80 % v siedmich a len dve zo zvyšných 16 krajín uvádza, že klienti užívajúci opioidy zodpovedajú za menej ako 20 % vstupujúcich do liečby (obrázok 12). Okrem toho ďalších 30 000 užívateľov

Obrázok 11: Odhady ročnej prevalence problémového užívania opioidov (v rámci populácie vo veku 15 – 64 rokov)



Poznámka: Symbol označuje bodový odhad; zvislá značka označuje interval neurčitosti: 95 % interval spoľahlivosti alebo založený na analýze citlivosti. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od rôznych metód odhadu a zdrojov údajov; porovnania by sa preto mali robiť s opatrnosťou. Pri štúdiách boli použité neštandardné vekové kategórie vo Fínsku (15 – 54 rokov), na Malte (12 – 64 rokov) a v Poľsku (všetky vekové kategórie). Všetky tri miery boli upravené na populáciu vo veku 15 – 64 rokov. V prípade Nemecka interval predstavuje najvyššiu a najnižšiu hranicu všetkých existujúcich odhadov a bodový odhad a jednoduchý priemer stredov. Metódy odhadu sú vo forme skratiek: CR = metóda spätného záchytu (capture-recapture); TM = multiplikátor liečby; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; TP = skrátaná Poissonová metóda; PM = policajný multiplikátor; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-1 (časť ii) a v tabuľke PDU-102 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitolx

(9 % klientov užívajúcich drogy) iných drog uviedlo opioidy ako sekundárnu drogu ⁽⁹¹⁾.

Klienti vstupujúci do špecializovanej liečby v dôsledku užívania opioidov ako primárnej drogy sú v priemere vo veku 34 rokov, pričom klientky a všeobecne osoby vstupujúce do liečby po prvýkrát sú v nižšom veku vo väčšine krajín. V rámci Európy počet klientov užívajúcich opioidy je vyšší ako počet takýchto klientok v pomere 3:1, pričom nižšie pomery mužov k ženám sú v severovýchodných krajinách. Vo všeobecnosti sa v prípade užívateľov opioidov vstupujúcich do liečby vyskytuje vyššia miera nezamestnanosti, nižšia úroveň dosiahnutého vzdelania a vyššia miera psychiatrických porúch, než v prípade klientov uvádzajúcich iné primárne drogy ⁽⁹²⁾.

Takmer polovica klientov užívajúcich opioidy uviedla, že po prvýkrát užila drogu vo veku 20 rokov (47 %) a veľká väčšina tak urobila vo veku do 30 rokov (88 %). Klienti užívajúci opioidy uvádzajú priemerný interval deväť rokov

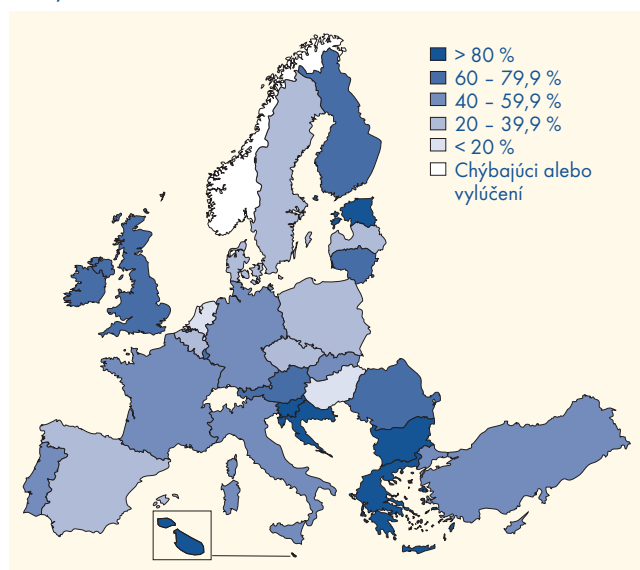
medzi prvým užitím opioidov a prvým vstupom do liečby, pričom klientky uvádzajú kratší priemerný interval (sedem rokov) ⁽⁹³⁾. Injekčné užívanie tejto drogy uvádza ako obvyklý spôsob užívania asi 40 % klientov, ktorí užívajú opioidy, vstupujúcich do liečby v Európe a zvyšných 60 % uvádza, že drogu šnupajú, inhalujú alebo fajčia. Takmer dve tretiny klientov užívajúcich opioidy (64 %) uvádza každodenné užívanie drog v mesiaci pred vstupom do liečby ⁽⁹⁴⁾ a väčšina užíva ako sekundárnu drogu často alkohol, kanabis, kokaín alebo iné stimulanty. Kombinácia heroínu a kokaínu (vrátane cracku) je pomerne bežná medzi klientmi, užíva sa injekčne buď spoločne, alebo samostatne.

Trendy v problémovom užívaní opioidov

V období rokov 2004 – 2009 z údajov ôsmich krajín s opakovanými odhadmi prevalencie problémového užívania opioidov vyplýva pomerne stabilná situácia. Na základe vzorky 17 európskych krajín, pre ktoré sú k dispozícii údaje za obdobie 2004 – 2009, došlo k celkovému nárastu počtu vykazovaného počtu klientov vstupujúcich do špecializovanej protidrogovej liečby v Európe vrátane tých, ktorí vstupujú do liečby v dôsledku užívania heroínu ako primárnej drogy (od 123 000 do 143 000). Tento nárast však môže byť z veľkej časti spôsobený skôr užívateľmi heroínu opätovne vstupujúcimi do liečby než užívateľmi vstupujúcimi do liečby po prvýkrát ⁽⁹⁵⁾. V prípade klientov, ktorí prvýkrát vstupujú do liečby, počet užívateľov heroínu zostal takmer stabilný (okolo 32 000 vo vzorke 18 krajín) ⁽⁹⁶⁾. Počet úmrtí spôsobených drogami v období 2004 – 2009, ktoré sa väčšinou spájajú s užívaním opioidov, bol stabilný alebo stúpajúci vo väčšine sledovaných krajín do roku 2008. Predbežné údaje za rok 2009 poukazujú na stabilný alebo klesajúci počet úmrtí ⁽⁹⁷⁾.

Aj napriek náznakom celkovo stabilnej situácie, charakteristiky problému s opioidmi v Európe sa menia. Klienti užívajúci opioidy absolvujujú liečenie sú v priemere starší, pričom podiel injekčných užívateľov v rámci tejto skupiny sa zmenšil a podiel užívateľov iných opioidov ako heroín a užívateľov viacerých drog sa zvýšil ⁽⁹⁸⁾.

Obrázok 12: Percentuálny podiel primárnych užívateľov opioidov zo všetkých oznámených osôb, ktoré vstúpili do protidrogovej liečby v roku 2009



Poznámka: Údaje vyjadrené ako percentuálny podiel osôb, v prípade ktorých je známa primárna droga (92 % oznámených klientov). Údaje za rok 2009 alebo za posledný rok, keď boli k dispozícii. Údaje za Lotyšsko, Litvu a Portugalsko sa týkajú klientov vstupujúcich do liečby po prvýkrát v živote. Počet primárnych užívateľov opioidov môže byť podhodnotený v niektorých krajinách vrátane Belgicka, Českej republiky, Nemecka a Francúzska, pretože mnohých liečba všeobecní lekári a nemusia byť hlásení na účely ukazovateľa dopytu po liečbe.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Injekčné užívanie drog

Injekční užívatelia drog patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú napríklad infekcie prenášané krvou (napríklad HIV/AIDS, hepatitída) alebo predávkovanie

⁽⁹¹⁾ Pozri obrázok TDI-2 (časť ii) a tabuľky TDI-5 a TDI-22 v štatistickej ročenke 2011. Údaje z ambulantných a nemocničných liečebných zariadení

⁽⁹²⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁹³⁾ Pozri tabuľky TDI-11, TDI-33, TDI-106 (časť i) a TDI-107 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁹⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-18 a TDI-111 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁹⁵⁾ Pozri obrázky TDI-1 a TDI-3 v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁹⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-3 a TDI-5 v štatistickej ročenke 2009 a 2011.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľku DRD-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

⁽⁹⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-113 v štatistických ročenkách 2008, 2009, 2010 a 2011 a tabuľku TDI-114 v štatistickej ročenke 2009. Dostupné údaje rozdelené podľa typu opioidu za roky 2005 a 2009. Pozri aj EMCDDA (2010f).

Iné opioidy ako heroín

Nárast nezákonného užívania opioidov iných ako heroín bol zaznamenaný v Austrálii, Kanade, Európe a USA (SAMHSA, 2009). Väčšina z týchto látok sa používa v lekárskej praxi ako lieky proti bolesti (morfín, fentanyl, kodeín, oxykodón, hydrokodón) alebo ako substitučné drogy na liečbu závislosti od heroínu (metadón, buprenorfín). Tak ako v prípade heroínu použitie týchto látok na iné ako lekárske účely môže viesť k radu nepriaznivých účinkov na zdravie vrátane závislosti, predávkovania a poškodení spojených s injekčným užívaním.

V Európe asi 5 % (približne 20 000 pacientov) všetkých osôb vstupujúcich do liečby uvádza ako primárnu drogu iné opioidy ako heroín. Tak je tomu konkrétne v Estónsku, kde 75 % respondentov uvádza fentanyl ako svoju primárnu drogu a vo Fínsku, kde 58 % účastníkov liečby uvádza ako primárnu drogu buprenorfín. K ďalším krajinám s významným podielom klientov, ktorí uvádzajú metadón, morfín a iné opioidy ako primárnu drogu patrí Dánsko, Francúzsko, Rakúsko, Slovensko a Švédsko, kde užívatelia opioidov iných ako heroín tvoria 7 % až 17 % všetkých klientov užívajúcich drogy (!). Česká republika tiež uvádza, že užívatelia buprenorfinu tvorili viac než 40 % všetkých problémových užívateľov opioidov v rokoch 2006 až 2009.

Úrovně nedovoleného užívania opioidov sa môžu spájať s rôznorodými faktormi vrátane trhu s drogami a praktikami predpisovania liekov. Napríklad zníženie dostupnosti heroínu a zvýšenie jeho ceny môže viesť k užívaniu iných opioidov, ako sa pozorovalo v Estónsku s fentanylom (Talu a kol., 2010) a vo Fínsku s buprenorfinom (Aalto a kol., 2007). Nevhodné praktiky predpisovania liekov tiež môžu viesť k nezákonnému užívaniu opioidov. Rozšírenie substitučnej liečby sprevádzané nedostatočným dohľadom môže vytvárať nelegálny trh, pričom obmedzená dostupnosť tejto liečby a predpisovanie substitučných dávok, ktoré sú príliš nízke, môžu užívateľov viesť k užívaniu iných látok v rámci samoliečby (Bell, 2010; Roche a kol., 2011; Romelsjo a kol., 2010).

(!) Pozri tabuľku TDI-113 v štatistickej ročenke 2011.

drogami. Vo väčšine európskych krajín sa injekčné užívanie všeobecne spája s užívaním opioidov, aj keď v niektorých krajinách sa spája s užívaním amfetamínov.

Iba 14 krajín dokázalo poskytnúť nové odhady prevalencie injekčného užívania drog (⁹⁹). Z dostupných údajov vyplývajú veľké rozdiely medzi krajinami, pričom odhady sa pohybujú od menej ako jedného až k piatim prípadom na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom v Estónsku bola zaznamenaná výnimočne vysoká úroveň 15 prípadov na 1 000 obyvateľov. Keď sa týchto 14 krajín posudzuje ako celok, možno vypočítať, že existuje asi 2,6 injekčných užívateľov drog na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Okrem aktívnych injekčných užívateľov drog, existuje veľké množstvo bývalých injekčných užívateľov drog v Európe (Sweeting a kol., 2008), ale pre väčšinu EÚ krajín nie sú k dispozícii číselné údaje.

(⁹⁹) Pozri obrázok PDU-2 v štatistickej ročenke 2011.

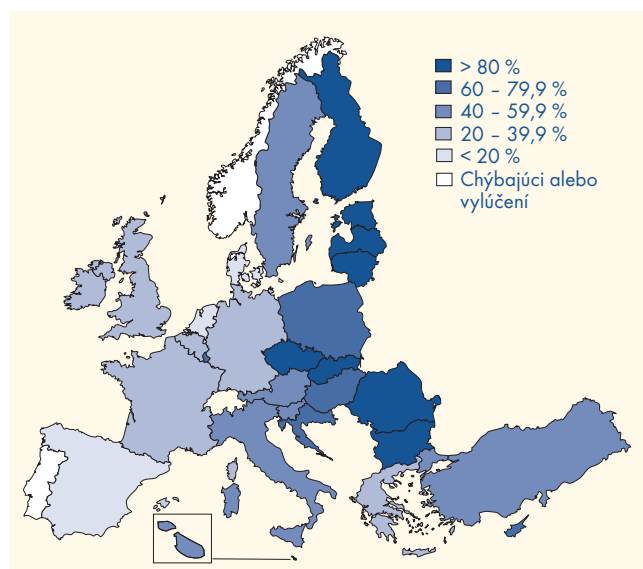
(¹⁰⁰) Pozri tabuľku PDU-6 (časť iii) v štatistickej ročenke 2011.

Asi 41 % klientov užívajúcich opioidy ako primárnu drogu, najmä užívatelia heroínu, vstupujúci do špecializovanej protidrogovej liečby, uvádza ako obvyklý spôsob užívania injekčné užívanie. Úrovně injekčného užívania medzi užívateľmi opioidov sa pohybujú v jednotlivých krajinách od 8 % v Holandsku až po 99 % v Lotyšsku a Litve (obrázok 13), čo možno vysvetliť na základe tradície užívania heroínu v krajine, typu dostupného heroínu (biely alebo hnedý), ceny a užívateľskej kultúry.

Záveru o časových trendoch v prevalencii injekčného užívania drog založené na opakovaných odhadoch prevalencie sa dajú ťažko vyvodiť pre nedostatok údajov a v niektorých prípadoch pre široké intervaly nespoľahlivosti v odhadoch. Z dostupných údajov vyplýva celkový pokles injekčného užívania opioidov, najmä injekčného užívania heroínu, v Európe. V niektorých krajinách však úrovně injekčného užívania zostali na pomerne stabilnej úrovni (Grécko, Cyprus, Maďarsko, Chorvátsko, Nórsko), zatiaľ čo Česká republika uviedla nárast počtu injekčných užívateľov, najmä užívateľov metamfetamínu v období rokov 2004 až 2009 (¹⁰⁰).

Väčšina európskych krajín uviedla pokles podielu injekčných užívateľov medzi klientmi, ktorí užívajú heroín ako primárnu drogu v období rokov 2004 až 2009. Niektoré krajiny, v ktorých tomu tak nebolo, uvádzajú najvyššie podiely užívateľov heroínu spomedzi klientov vstupujúcich do liečby.

Obrázok 13: Injekčné užívanie ako obvyklý spôsob užívania medzi primárnymi užívateľmi opioidov vstupujúcimi do liečby v roku 2009



Poznámka: Údaje vyjadrené ako percentuálny podiel osôb, v prípade ktorých je známy spôsob užívania. Údaje za rok 2009 alebo za posledný rok, keď boli k dispozícii. Pozri tabuľku TDI-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Nedostatok heroínu v Európe?

Koncom roka 2010 a začiatkom roka 2011 došlo podľa správ v Spojenom kráľovstve a Írsku k prudkému poklesu dostupnosti heroínu. Túto skutočnosť potvrdzujú údaje, z ktorých vyplýva značný pokles čistoty heroínu zachyteného v Spojenom kráľovstve medzi tretím kvartálom roku 2009 a tretím kvartálom roku 2010 (UNODC, 2011).

Rozsah nedostatku heroínu v ďalších európskych krajinách je menej jasný, aj keď správy naznačujú, že nedostatok heroínu sa prejavil v Taliansku aj Slovinsku. Ostatné členské štáty EÚ vrátane Nemecka, Francúzska a škandinávskych krajín oznámili malé alebo žiadne obmedzenie dostupnosti heroínu.

Nedostatok heroínu sa vysvetľuje viacerými dôvodmi. Po prvé, predpokladá sa, že príčinou môže byť obmedzenie produkcie ópia v Afganistane v dôsledku plesne makovej v jar roku 2010. Je to však diskutabilné, pretože z policajných správ vyplýva, že heroín vyrábaný z afganského ópia sa nemôže objaviť na európskych drogových trhoch skôr ako 18 mesiacov po zbere. Druhým argumentom je, že heroín určený pre západnú Európu bol presunutý na ruský trh, ale ukazuje sa, že aj v Rusku je nedostatok heroínu. Predpokladá sa tiež, že orgány presadzovania právnych predpisov prekazili pašovanie, najmä vďaka rozloženiu sietí veľkoobchodu s heroínom medzi Tureckom a Spojeným kráľovstvom. A tiež sa predpokladá, že príčinou mohli byť rekordné záchyty v nedávnych rokoch (2007, 2008) prekurzora heroínu, anhydridu kyseliny octovej v Európe a že tieto konfiškácie mohli na dlhšie obdobie ovplyvniť drogový trh. Napokon ďalší vývoj v Afganistane, ako napríklad ťažké boje na juhu krajiny, a opatrenia v oblasti presadzovania právnych predpisov proti laboratóriám vyrábajúcim heroín a zásobárňam ópia mohli tiež ovplyvniť dodávky heroínu do Európy.

Je pravdepodobné, že kombinácia niektorých z týchto faktorov zohrala úlohu pri prerušení dodávok heroínu do Európy a spôsobila vážny nedostatok na niektorých trhoch.

Liečba problémového užívania opioidov

Pôsobnosť a rozsah

Čistá aj substitučná liečba pre užívateľov opioidov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku, Turecku a Nórsku. Vo väčšine krajín liečba prebieha v ambulantných zariadeniach, ktoré môžu zahŕňať špecializované strediská, ordinácie všeobecných lekárov a nízkoprahové zariadenia. V niektorých krajinách zohrávajú v liečbe závislosti od opioidov dôležitú úlohu špecializované nemocničné centrá⁽¹⁰¹⁾. Malý počet krajín poskytuje vybranej skupine chronických užívateľov heroínu asistovanú liečbu za pomoci heroínu.

V prípade užívateľov opioidov čistej liečbe spravidla predchádza program detoxifikácie, v rámci ktorého sa

im poskytuje pomoc prostredníctvom farmaceutík na zvládnutie fyzických abstinenčných príznakov. V rámci tohto terapeutického prístupu sa od jednotlivca vo všeobecnosti vyžaduje, aby sa zdržal všetkých látok, aj substitučných liekov. Pacienti sa zúčastňujú na denných činnostiach a dostávajú intenzívnu psychologickú podporu. Zatiaľ čo liečba sa môže vykonávať v ambulantnom aj nemocničnom prostredí, najbežnejším typom uvádzaným členskými štátmi sú pobytové (alebo rehabilitačné) programy, v rámci mnohých z nich sa uplatňujú terapeutické komunitné zásady alebo model Minnesota.

Substitučná liečba spravidla integrovaná s psychosociálnou starostlivosťou, sa bežne poskytuje v špecializovaných ambulantných strediskách. Štrnásť krajín uvádza, že substitučnú liečbu poskytujú aj všeobecní lekári, zvyčajne v zariadeniach kombinovanej starostlivosti so špecializovanými liečebnými centrami. Celkový počet užívateľov opioidov absolvujúcich substitučnú liečbu v Európskej únii, Chorvátsku a Nórsku sa odhaduje na 700 000 (690 000 v členských štátoch EÚ) v roku 2009, čo je nárast oproti 650 000 v roku 2007 a asi pol miliónu v roku 2003⁽¹⁰²⁾. Prevažná väčšina substitučnej liečby sa naďalej poskytuje v 15 členských štátoch EÚ pred rozšírením v roku 2004 (asi 95 % z celku) a počty liečených v týchto krajinách sa ďalej zvyšovali v období rokov 2003 až 2009 (obrázok 14). Najvyššie nárasty spomedzi týchto krajín sa pozorovali vo Fínsku, kde došlo k trojnásobnému nárastu a Rakúsku a Grécku, kde sa počty liečených zdvojnásobili.

V 12 krajinách, ktoré sa k EÚ pripojili neskôr, sa počty substitučných klientov takmer strojnásobili v období rokov 2003 až 2009, zo 6 400 na 18 000. Vzhľadom k referenčnému roku 2003 sa v rokoch 2005 – 2007 zaznamenal prudký nárast, ale odvtedy dochádzalo len k malému rastu. Proporcionálne bolo rozšírenie substitučnej liečby v týchto krajinách za šesťročné obdobie najvyššie v Estónsku (16-násobné zo 60 na viac ako 1 000 klientov, aj keď stále dosahuje úroveň len 5 % injekčných užívateľov opioidov) a Bulharsku (8-násobné), zatiaľ čo k 3-násobnému nárastu došlo v Lotyšsku. Najmenší nárast oznámilo Slovensko a Maďarsko a počet klientov v Rumunsku zostal prakticky nezmenený. Zvýšené poskytovanie substitučnej liečby môže byť spojené s niektorými faktormi zahŕňajúcimi: reakciu na vysokú mieru injekčného užívania drog a súvisiaci prenos HIV, súlad s protidrogovou stratégiou EÚ a financovanie pilotných projektov medzinárodnými organizáciami, ako napr. Globálny fond a UNODC.

Z porovnania klientov v substitučnej liečbe v Európskej únii s odhadovanými počtom problémových užívateľov opioidov vyplýva rôzna miera pokrytia liečbou. Zo 16 krajín, pre

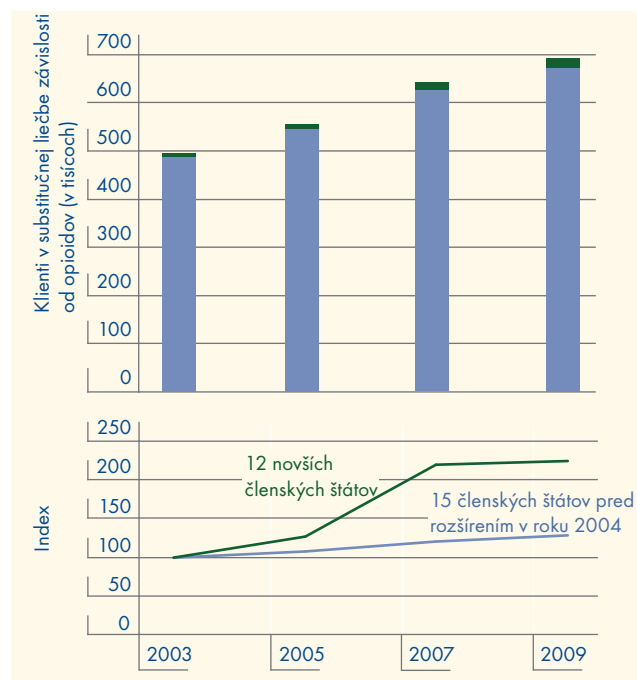
⁽¹⁰¹⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁰²⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2011.

ktoré sú k dispozícii spoľahlivé odhady počtu problémových užívateľov opioidov, osem uvádza počet prípadov substitučnej liečby, ktorý zodpovedá 40 % alebo viac cieľovej populácie. Sedem z týchto krajín sú členské štáty pred rozšírením v roku 2004 a ďalšou krajinou s vysokým pokrytím je Malta. Pokrytie je na úrovni 37 % v Holandsku a 32 % v Českej republike a Maďarsku. Z piatich krajín s pokrytím nižším ako 30 % štyri sú nové členské štáty. Výnimkou v tejto skupine je Grécko s odhadovaným pokrytím 23 % ⁽¹⁰³⁾.

Krajiny v strednej a východnej Európe uvádzajú snahu o zlepšenie dostupnosti, kvality a poskytovania substitučnej liečby. V roku 2010 boli v Litve vydané klinické usmernenia na liečbu závislosti od opioidov metadónom a buprenorfinom. Geografická dostupnosť substitučnej liečby v Lotyšsku sa rozširuje novými poskytovateľmi liečby za hranice hlavného mesta Riga. V Českej republike boli prijaté pravidlá financovania liečby závislosti od opioidov v rámci národného zdravotného poistenia. Nedostatok finančných prostriedkov na substitučnú liečbu, však uvádza Poľsko, čo spôsobuje obmedzenie geografického pokrytia a značne znižuje počet liečebných programov v rámci hlavných poskytovateľov substitučnej liečby v Bulharsku, ktorí nie sú verejne financovanými organizáciami.

Obrázok 14: Klienti v substitučnej liečbe závislosti od opioidov v 15 členských štátoch EÚ pred rozšírením v roku 2004 a 12 novších členských štátoch EÚ – odhadované počty a indexované trendy



Poznámka: Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku HSR-2 v štatistickej ročenke 2011

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Celkovo sa odhaduje, že asi polovica problémových užívateľov opioidov Európskej únie má prístup k substitučnej liečbe, čo je úroveň, ktorá je porovnateľná s úrovňou v Austrálii a USA, a dokonca je vyššia ako úroveň, ktorá sa uvádza v Kanade. Čína uvádza oveľa nižšie úrovne, zatiaľ čo Rusko, napriek tomu, že má najvyšší odhadovaný počet problémových užívateľov opioidov, nezaviedol tento typ liečby (pozri tabuľku 11).

V Európe je metadón liekom, ktorý sa v rámci substitučnej liečby najčastejšie predpisuje až trom štvrtinám klientov. Buprenorfin sa predpisuje až štvrtine klientov v rámci substitučnej liečby v Európe a je hlavným substitučným liekom v Českej republike, Francúzsku, na Cypre, vo Fínsku, Švédsku a Chorvátsku ⁽¹⁰⁴⁾. Kombinácia buprenorfinu a naloxónu je k dispozícii v 15 krajinách. Liečba perorálne podávaným morfinom s pomalým uvoľňovaním (pozri ďalej v texte), kodeínom (Nemecko, Cyprus) a diacetylmorfinom ⁽¹⁰⁵⁾ (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo) predstavuje len malú časť všetkých prípadov liečby.

Okrem bežne používanej substitučnej liečby perorálne užívaný morfin s pomalým uvoľňovaním, ktorý bol pôvodne povolený na liečbu bolesti u onkologických pacientov, sa v súčasnej dobe poskytuje ako alternatívny liek na substitučnú liečbu závislosti od opioidov v Bulharsku, Rakúsku, Slovinsku a na Slovensku. Z nedávneho prieskumu (Jegu a kol., 2011) 13 štúdií vyplynulo, že úrovne udržania v liečbe sa javili dostatočne vysoké v prípade tejto látky (80,6 % až 95 %) a nelíšili sa úrovni udržania v liečbe uvádzaných pre metadón. Väčšina štúdií preukázala, že kvalita života, abstinénčné príznaky, túžba pod droge a užívanie nezákonných drog sa zlepšili pomocou užívania

Tabuľka 11: Medzinárodné porovnanie odhadov problémových užívateľov opioidov a počty klientov v substitučnej liečbe závislosti od opioidov

	Problémoví užívatelia opioidov	Klienti v substitučnej liečbe závislosti od opioidov
Európska únia a Nórsko	1 300 000	695 000
Austrália	90 000	43 000
Kanada	80 000	22 000
Čína	2 500 000	242 000
Rusko	1 600 000	0
USA	1 200 000	660 000

Poznámka: Rok: 2009, okrem Kanady (rok 2003 je referenčný rok).
Zdroje: Arfken a kol. (2010), Chalmers a kol. (2009), Popova a kol. (2006), UNODC (2010b), Yin a kol. (2010).

⁽¹⁰³⁾ Pozri obrázok HSR-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Pozri rámček „Asistovaná liečba za pomoci podávania heroínu“.

morfia, ale nebolo urobené žiadne porovnanie s inými substitučnými liekmi. Viac informácií by mohol poskytnúť nadchádzajúci systematický prieskum Cochrane.

Liečba závislosti od opioidov: účinnosť a výsledky

Substitučná liečba závislosti od opioidov v kombinácii s psychosociálnymi intervenciami sa považuje za

Asistovaná liečba za pomoci podávania heroínu

Asistovaná liečba závislosti za pomoci podávania heroínu sa poskytuje celkovo asi 1 100 problémovým užívateľom opioidov v piatich členských štátoch EÚ (Dánsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo) a 1 360 užívateľom opioidov vo Švajčiarsku. Táto liečba sa nenavrhuje ako možnosť prvej voľby, ale je vyhradená pre pacientov, ktorí nereagovali na iné prístupy, ako napríklad metadónová udržiavacia liečba. Všetky injekčné dávky (obvykle okolo 200 mg diamorfinu na injekciu) sa užívajú pod priamym dohľadom, aby bol zabezpečený súlad s predpismi, zachovaná bezpečnosť a aby sa predišlo možnému zneužitiu na nelegálnom trhu: vyžaduje si to, aby kliniky boli otvorené každý deň v roku, aby mohli vykonať niekoľko ošetrovaní za deň.

V posledných pätnástich rokoch sa uskutočnilo šesť randomizovaných klinických štúdií, v ktorých sa skúmali výsledky a posúdila sa nákladová efektívnosť tohto typu liečby za posledných 15 rokov (pozri EMCDDA, 2011a). Všetky štúdie zahŕňali osoby chronicky závislé od heroínu, v prípade ktorých opakovane zlyhali iné liečebné prístupy a ktoré boli náhodne pridelené na asistovanú liečbu závislosti od heroínu za pomoci heroínu alebo liečbu perorálne podávaným metadónom. V štúdiách sa používajú rôzne metódy a výstupné premenné a ich výsledky sú preto konzistentné len do určitej miery. Celkovo znamenajú pridanú hodnotu pre dlhodobých užívateľov opioidov, v prípade ktorých iné prístupy neboli úspešné, spočívajúcu v injekčnom užívaní heroínu spolu s doplnkovými dávkami metadónu pod dohľadom. Pacienti užívajú menej drog na ulici a ukazuje sa, že dosahujú určité zlepšenie v oblasti fungovania fyzického a duševného zdravia.

Cena asistovanej liečby za pomoci heroínu sa odhaduje na 19 020 EUR na jedného pacienta za rok v Nemecku a 20 410 EUR v Holandsku (upravené na ceny roku 2009). Tieto náklady sú podstatne vyššie ako náklady na poskytnutie jednoročnej substitučnej liečby metadónom podávaného perorálne, ktorá sa odhaduje na 3 490 EUR v Nemecku a 1 634 v Holandsku. Rozdiel medzi nákladmi na asistovanú liečbu za pomoci heroínu a liečbu metadónom vyplýva z veľkej časti z prísnejších požiadaviek na personál na špecializovaných klinikách. Aj napriek vyšším nákladom sa preukázalo, že asistovaná liečba za pomoci heroínu je nákladovo efektívnou intervenciou pre vybranú skupinu chronických užívateľov heroínu (EMCDDA, 2011a).

najefektívnejšiu liečbu závislosti od opioidov. V porovnaní s detoxifikáciou alebo vôbec žiadnou liečbou vykazuje liečba metadónom alebo buprenorfinom vo vysokých dávkach lepšie výsledky, pokiaľ ide o udržanie v liečbe a výrazne lepšie výsledky. V prípade užívania drog, kriminálnej činnosti, rizikového správania a prenosu HIV, predávkovania a celkovej mortality (WHO, 2009).

Viacere nové štúdie sú zamerané na podávanie liekov, ktoré môžu dopĺňať substitučnú liečbu. V rámci dvoch systematických prieskumov sa zisťovalo, či antidepresíva prispievali k obmedzeniu predčasného ukončenia liečby medzi pacientmi užívajúcimi metadón alebo buprenorfin, nezistili sa však dôkazy o účinnosti (Pani a kol., 2010b; Stein a kol., 2010). V rámci ďalšej štúdie sa preukázalo, že jediná doplnková dávka metadónu by mohla pomôcť obmedziť problémy s psychickými stavmi v dôsledku túžby po droge u stabilizovaných pacientov užívajúcich metadón (Strasser a kol., 2010).

Na prevenciu relapsu užívania opioidov sa používa antagonist opioidných receptorov naltrexón. V štúdií uskutočnenej v malom meradle sa zistilo, že implantáty naltrexónu sú účinnejšie než perorálne podávaný naltrexón, pokiaľ ide o obmedzenie túžby po droge, ako aj relapsu (Hulse a kol., 2010). Zo štúdií medzi prepustenými väzňami vyplynulo, že implantáty naltrexónu umožnili podobné zníženie užívania heroínu a benzodiazepínov ako metadón (Lobmaier a kol., 2010). V USA boli tiež testované implantáty buprenorfinu, ktoré boli vyvinuté na prekonávanie problémov porušenia liečby a zabránenie zneužívania liečby, v porovnaní s implantátmi placebo. Z predbežnej štúdie vyplynul malý rozdiel, pokiaľ ide o abstinenciu vďaka aktívnym implantátom (Ling a kol., 2010) a ďalším krokom bude porovnanie týchto implantátov s inými typmi liečby (O'Connor, 2010). V Európe sa v rámci fínskej štúdie testuje, či poskytovanie suboxónu v elektronickom prístroji, ktorý registruje užívanie, zlepšuje dodržiavanie liečby a obmedzuje zneužívania liekov na domáce použitie.

Štúdia o výsledkoch liečby drogovej závislosti dokladá niektoré povzbudivé výsledky. V rámci výskumnej štúdie o výsledkoch protidrogovej liečby sa používa 12-mesačný rámec na posúdenie výsledkov liečby pre 1 796 užívateľov drog z 342 agentúr^[106] v celom Anglicku (Jones, A. a kol., 2009). Spomedzi užívateľov heroínu, ktorí sa zúčastnili na základných pohovoroch, 44 % prestalo s užívaním pri prvej kontrole a 49 % pri druhej kontrole a dochádzalo tiež k stálemu obmedzeniu v prípade iných hlavných látok, ktoré sa hodnotili.

[106] Komunitná liečba (najmä perorálna udržiavacia liečba metadónom) a pobytová liečba.

Perorálna substitučná liečba v tehotenstve

Tehotným ženám závislým od opioidov sa počas tehotenstva odporúča absolvovať substitučnú liečbu metadónom. Aj keď mnohé ženy budú chcieť ukončiť používanie opioidov po tom, ako zistia, že sú tehotné, v tehotenstve by sa malo zamedziť ukončeniu užívania opioidov z dôvodu vysokého rizika relapsu užívania heroínu a nebezpečenstva, spojeného s abstinenčnými príznakmi, ktoré by mohli vyvolať potrat alebo predčasný pôrod (WHO, 2009). Prenatálne vystavenie metadónu je však tiež spojené s novorodeneckým abstinenčným syndrómom, ktorý si vyžaduje liečbu a hospitalizáciu.

Buprenorfín je alternatívou k metadónu pri udržiavacej liečbe a nedávno bol skúmaný na vzorke 175 tehotných žien závislých od opioidov, ktoré sa zúčastnili na medzinárodnej

randomizovanej kontrolovanej štúdií (Jones, H., a kol. 2009), ktorá prebiehala v USA na šiestich miestach, v Kanade a vo Viedni na jednom mieste. Zúčastnené ženy boli v 13. až 30. týždni tehotenstva, boli náhodne rozdelené do skupín, ktoré dostávali metadón alebo buprenorfín, a boli sledované aj s novonarodencami až do šiestich mesiacov po pôrode. Tak, ako v iných štúdiách, s buprenorfínom sa spájala vyššia miera predčasného ukončenia liečby (33 %) než s metadónom (18 %), ale ukázalo sa, že deti narodené v buprenorfínovej skupine potrebovali menej morfínu na liečbu novorodeneckého abstinenčného syndrómu a vyžadovali menej dní hospitalizácie. Zo štúdie vyplynul záver, že pri udržaní v liečbe možno tehotným ženám na liečbu závislosti od opioidov v tehotenstve poskytnúť buprenorfín alebo metadón (Jones, H. a kol., 2009b).

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

Úvod

Užívanie drog môže vyvolať celý rad negatívnych následkov, napr. úrazy, poruchy duševného zdravia, pľúcne choroby, kardiovaskulárne problémy, nezamestnanosť alebo bezdomovecstvo. Škodlivé následky sa obzvlášť často vyskytujú medzi problémovými užívateľmi drog, ktorých všeobecná zdravotná a sociálno-ekonomická situácia môže byť ďaleko pod úrovňou celkovej populácie.

Užívanie opioidov a injekčné užívanie drog sú dve formy užívania drog, ktoré sa úzko spájajú s takýmito poškodeniami, najmä s predávkovaním a prenosom infekčných chorôb. Počet smrteľných predávkovaní uvádzaných v Európskej únii v posledných dvoch desaťročiach sa rovná jednému úmrtiu z predávkovania za každú hodinu. Z výskumu tiež vyplýva, že v posledných dvoch desaťročiach veľké množstvo užívateľov drog zomrelo z iných príčin, napr. na AIDS alebo spáchalo samovraždu.

Zníženie mortality a morbidita v súvislosti s užívaním drog stojí v centre európskych drogových politík. Hlavné snahy v tejto oblasti sa sústreďujú prostredníctvom intervencií na najohrozenejšie skupiny a na správanie, ktoré sa priamo spája so škodami súvisiacimi s drogami.

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Centrum EMCDDA systematicky monitoruje výskyt HIV a hepatitídy B a C medzi injekčnými užívateľmi drog⁽¹⁰⁷⁾. Infekčné choroby spôsobené týmito vírusmi patria k najvážnejším zdravotným následkom užívania drog. Ďalšie infekčné choroby vrátane hepatitídy A a D, pohlavne prenosných chorôb, tuberkulózy, tetanu, botulizmu, antraxu a ľudského T-lymfotropného vírusu môžu vo zvýšenej miere postihovať užívateľov drog.

HIV a AIDS

Do konca roka 2009 sa vo väčšine krajín Európskej únie miera diagnostikovanej infekcie HIV medzi injekčnými

užívateľmi drog držala na nízkej úrovni a celková situácia v EÚ sa v celosvetovom a v širšom európskom kontexte javila relatívne pozitívna (ECDC a WHO-Europe, 2010; Wiessing a kol., 2009) (obrázok 15). Toto môže aspoň čiastočne vyplývať zo zvýšenej dostupnosti prevencie, liečby a opatrení na znižovanie poškodení vrátane substituenej liečby a programov poskytovania injekčných ihliel a striekačiek. Dôležitú úlohu môžu zohrávať aj iné faktory, napr. pokles injekčného užívania drog, ktorý uviedli niektoré krajiny (EMCDDA, 2010g). Priemerná miera nových diagnostikovaných prípadov v 26 členských štátoch EÚ, ktoré mohli poskytnúť údaje za rok 2009 dosiahla nové minimum 2,85 na milión obyvateľov alebo 1 299 nových oznámených prípadov⁽¹⁰⁸⁾. Napriek tomu v niektorých častiach Európy z údajov vyplýva, že prenos HIV súvisiaci s injekčným užívaním drog pretrvával aj v roku 2009, čo poukazuje na potrebu zabezpečiť pokrytie a účinnosť miestnych postupov pri prevencii.

Dostupné údaje o prevalencii HIV vo vzorkách injekčných užívateľov v EÚ sa porovnávajú opäť pozitívne s prevalenciou v susedných krajinách na východe⁽¹⁰⁹⁾, aj keď porovnanie medzi krajinami pre rozdiely v metódach a pokrytí je potrebné posudzovať s opatrnosťou.

Trendy v infekcii HIV

Z údajov o nových diagnostikovaných prípadoch týkajúcich sa injekčného užívania drog za rok 2009 vyplýva, že po maxime zaznamenanom v rokoch 2001 až 2002, ktoré spôsobili epidémie v Estónsku, Lotyšsku a Litve, miery infekcie v Európskej únii vo všeobecnosti stále klesajú. Z piatich krajín, ktoré uvádzajú najvyššiu mieru nových diagnostikovaných infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog v období rokov 2004 až 2009 (Estónsko, Španielsko, Lotyšsko, Litva, Portugalsko), v troch klesajúci trend pokračoval, ale v Estónsku a Litve sa táto miera opäť zvýšila z úrovni roku 2008 (obrázok 16)⁽¹¹⁰⁾. V Estónsku to bolo z 26,8 prípadov na milión v roku 2008 na 27 v roku 2008 a v Lotyšsku z 12,5 prípadov na milión v roku 2008 na 34,9 na milión v roku 2009. V rovnakom období sa miera

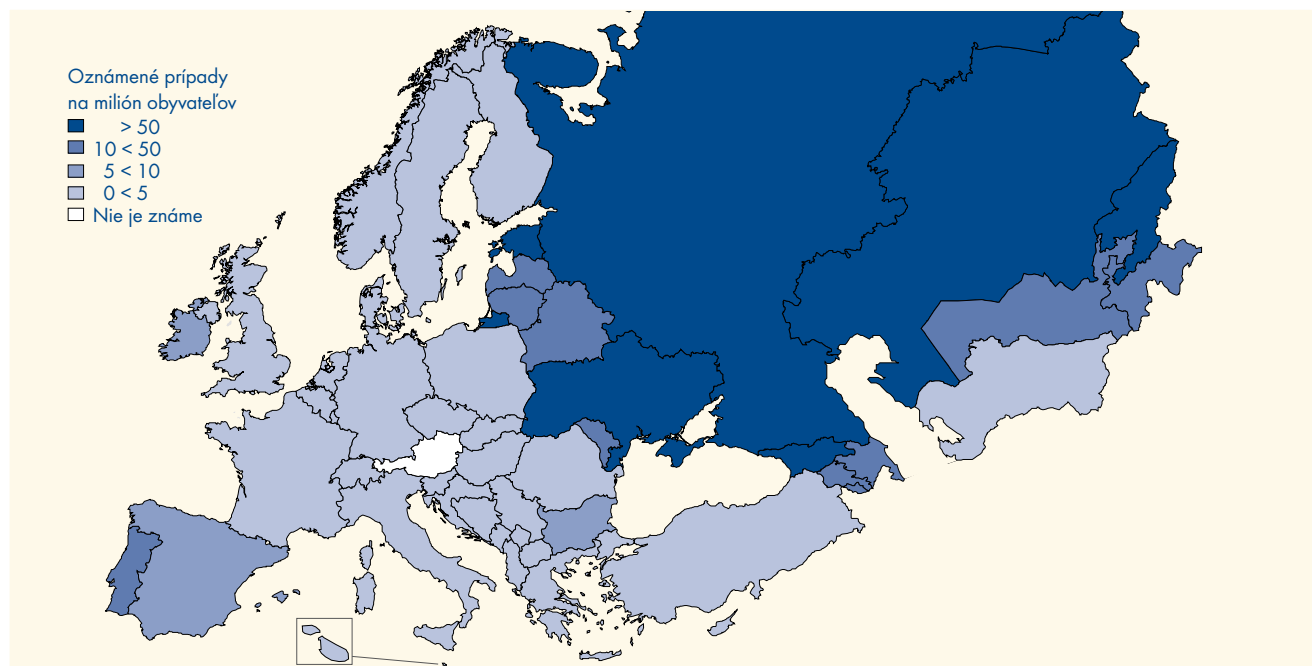
⁽¹⁰⁷⁾ Podrobné informácie o metódach a definíciách sa nachádzajú v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ Údaje za Rakúsko chýbajú. Priemerná miera je 2,44 prípadu na milión obyvateľov pre členské štáty EÚ, Chorvátsko, Turecko a Nórsko.

⁽¹⁰⁹⁾ Pozri tabuľku INF-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹⁰⁾ Údaje za Španielsko nemajú celoštátne pokrytie.

Obrázok 15: Nové HIV infekcie diagnostikované u injekčných užívateľov v roku 2009 v Európe a strednej Ázii



Poznámka: Farba označuje mieru výskytu oznámených nových diagnostikovaných prípadov HIV pripísaných rizikovej skupine injekčných užívateľov drog, ktorí boli diagnostikovaní v roku 2009, na milión obyvateľov.

Zdroje: ECDC a WHO-Europe, 2010. Ruské údaje pochádzajú z Federálneho výskumného metodického centra pre prevenciu a boj proti AIDS. HIV infekcia. Informačný bulletin č. 34, s. 35, Moskva, 2010 (v ruštine).

nových infekcií medzi injekčnými užívateľmi v Bulharsku tiež zvýšila z 0,9 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2004 na 9,7 na milión v roku 2009, zatiaľ čo vo Švédsku najvyššia miera bola 6,7 nových prípadov na milión (61 nových diagnóz) v roku 2007. Z týchto údajov vyplýva, že v niektorých krajinách pretrvávajú možnosť vypuknutia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog.

Údaje o trendoch zo sledovania prevalencie HIV vo vzorkách injekčných užívateľov drog sú dôležitým doplnkom údajov z hlásenia prípadov HIV. Údaje o prevalencii sú k dispozícii z 27 krajín za obdobie rokov 2004 až 2009⁽¹¹¹⁾. V 19 krajinách sa odhady prevalencie HIV nezmenili. V piatich krajinách (Francúzsko, Taliansko, Rakúsko, Poľsko, Portugalsko) údaje o prevalencii HIV vykazujú pokles; v troch sa tieto údaje zakladajú na národných vzorkách, zatiaľ čo vo Francúzsku je trend založený na údajoch z piatich miest. V Rakúsku národná vzorka nevykazuje zmenu, vo Viedni sa však pozoruje pokles. Dve krajiny uvádzajú nárast prevalencie HIV: Slovensko (národné údaje) a Lotyšsko (výsledky z testov oznámené samotnými užívateľmi zo siedmich miest). V Bulharsku sa v hlavnom meste (Sofia), kde je stúpajúci trend, neodráža pokles na národnej úrovni. V Taliansku

v celom štáte je klesajúci trend, pričom nárast bol zaznamenaný len v jednom z 21 regiónov⁽¹¹²⁾.

Z porovnania trendov, pokiaľ ide o nové diagnostikované infekcie súvisiace s injekčným užívaním drog, s trendmi v prevalencii HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vyplýva, že výskyt infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog klesá na národnej úrovni vo väčšine krajín.

Napriek zväčša klesajúcim trendom od roku 2004, miera oznámených nových diagnóz HIV (na milión obyvateľov) v roku 2009 v súvislosti s injekčným užívaním drog je stále pomerne vysoká v Estónsku (63,4), Litve (34,9), Lotyšsku (32,7), Portugalsku (13,4) a Bulharsku (9,7), čo poukazuje na to, že nové infekcie sa naďalej vyskytujú v značnom počte medzi injekčnými užívateľmi drog v týchto krajinách⁽¹¹³⁾.

Ďalšie náznaky pokračujúceho prenosu HIV sa pozorujú v šiestich krajinách (Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Lotyšsko, Litva, Poľsko) s úrovňami prevalencie nad 5 % vo vzorkách mladých (pod 25 rokov) injekčných užívateľov drog v rokoch 2005 až 2007⁽¹¹⁴⁾ a dvoch krajinách (Bulharsko, Cyprus), kde v období rokov 2004 až 2009 došlo k nárastu prevalencie u mladých injekčných užívateľov drog.

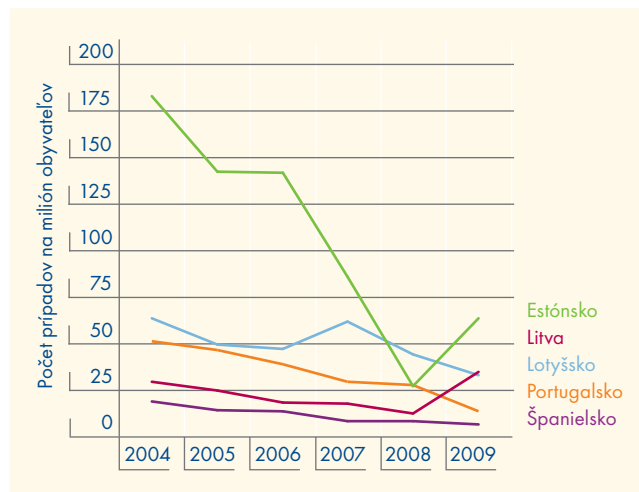
⁽¹¹¹⁾ Údaje o trendoch nie sú k dispozícii z Estónska, Írska a Turecka. Pozri tabuľku INF-108 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹²⁾ Údaje za Taliansko sa týkajú užívateľov drog absolvujúcich liečbu, kde stav injekčného užívania nie je známy, na základe toho by k poklesu prevalencie HIV mohlo dôjsť aj v dôsledku poklesu injekčného užívania drog v rámci testovanej populácie.

⁽¹¹³⁾ Pozri tabuľku INF-104 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Pozri tabuľku INF-109 v štatistickej ročenke 2011.

Obrázok 16: Trendy nových oznámených infekcií HIV u injekčných užívateľov drog v piatich členských štátoch EÚ uvádzajúcich najvyššie miery



Poznámka: Údaje oznámené do konca októbra 2010, pozri obrázok INF-2 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: ECDC a WHO-Europe, 2010.

Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

Informácie o výskyte AIDS, aj keď sú slabým ukazovateľom prenosu HIV, môžu byť dôležité na preukázanie nového výskytu symptomatického ochorenia. Vysoké miery výskytu AIDS v niektorých európskych krajinách môžu naznačovať, že mnohí injekční užívatelia drog nakazení HIV nedostávajú vysoko aktívnu antiretrovirálnu liečbu (HAART) v dostatočne včasnom štádiu infekcie, aby sa z liečby dalo vyťažiť maximum. Posledné celosvetové prehľady potvrdzujú, že k tomu môže ešte stále dochádzať v niektorých krajinách EÚ (Mathers a kol., 2010).

Lotyšsko je v súčasnosti krajinou s najväčším výskytom AIDS v súvislosti s injekčným užívaním drog s odhadovanými 20,8 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2009, čo je pokles z 26,4 na milión v roku 2008. Pomerne vysoký výskyt AIDS medzi injekčnými užívateľmi sa uvádza aj v Estónsku, Španielsku, Portugalsku a Litve podľa poradia s 19,4; 7,3; 6,6 a 6,0 nových prípadov na milión obyvateľov. Spomedzi týchto krajín klesajúci trend v období rokov 2004 až 2009 bol zaznamenaný v Španielsku a Portugalsku, ale nie v Estónsku a Litve ⁽¹¹⁵⁾.

Hepatitída B a C

Vírusová hepatitída a najmä infekcia spôsobená vírusom hepatitídy C (HCV) je medzi injekčnými užívateľmi drog v celej Európe oveľa bežnejšia. Úrovně protilátok HCV sa medzi národnými vzorkami injekčných užívateľov drog

z obdobia rokov 2008 až 2009 sa líšia v rozpätí približne od 22 % do 83 %, pričom osem z 12 krajín vykazuje úrovně prekračujúce 40 % ⁽¹¹⁶⁾. Tri krajiny (Česká republika, Maďarsko, Slovinsko) uvádzajú prevalencie nižšie ako 25 %, aj keď miery infekcie na tejto úrovni naďalej predstavujú závažný problém pre verejné zdravotníctvo.

V jednotlivých krajinách sa úrovně prevalencie HCV významne líšia, pričom odrážajú regionálne rozdiely aj charakteristiky vzorkovej populácie. Napríklad v Taliansku sa rozpätie regionálnych odhadov pohybuje od 37 % do 81 % (obrázok 17).

Nedávne štúdie (2008 – 2009) vykazujú veľký rozsah úrovní prevalencie HCV medzi injekčnými užívateľmi drog do veku do 25 rokov a tými, ktorí injekčne užívajú drogy menej než dva roky, čo naznačuje rôzne úrovně výskytu HCV v tejto populácii v celej Európe ⁽¹¹⁷⁾. Tieto štúdie však naznačujú aj to, že mnohí injekční užívatelia sa nainfikujú skoro po začatí injekčného užívania drog, a preto môže byť k dispozícii len veľmi krátky časový úsek na začatie účinných preventívnych opatrení proti HCV.

Klesajúcu prevalenciu HCV u injekčných užívateľov drog v období rokov 2004 – 2009 uvádza osem krajín a zvyšujúcu sa prevalenciu jedna krajina (Cyprus), zatiaľ čo ďalšie štyri krajiny uvádzajú rôznorodé trendy v jednotlivých súboroch údajov. Avšak vzhľadom k obmedzenému geografickému pokrytiu a/alebo veľkosti vzoriek v štúdiách v niektorých prípadoch je potrebná opatrnosť ⁽¹¹⁸⁾. Zo štúdií týkajúcich sa mladých injekčných užívateľov (do 25 rokov) opäť vyplýva, že v niektorých krajinách môže dochádzať k poklesom prevalencie v tejto skupine (Bulharsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo) na národnej alebo subnárodnej úrovni (Kréta v Grécku, Vorarlberg v Rakúsku), ktoré môžu naznačovať klesajúcu mieru prenosu. Uvádzajú sa však aj nárasty (Cyprus, Graz v Rakúsku). Niektoré z týchto trendov potvrdzujú údaje týkajúce sa nových injekčných užívateľov (užívajúcich drogy injekčne menej než dva roky). Zvyšujúca sa prevalencia HCV medzi novými injekčnými užívateľmi sa uvádza v Grécku (Attica), zatiaľ čo poklesy sa uvádzajú z Rakúska (Vorarlberg) a Švédska (Štokholm) ⁽¹¹⁹⁾.

Prevalencia protilátok na vírus hepatitídy B (HBV) sa tiež do značnej miery líši, čiastočne pravdepodobne pre rozdiely v úrovni očkovania, aj keď určitú úlohu môžu zohrávať aj iné faktory. Najviac informácií môže poskytnúť sérologický marker infekcie HBV – HBsAg (povrchový antigén hepatitídy B), ktorý indikuje prebiehajúcu infekciu. V období rokov 2004 – 2009 štyri z deviatich krajín poskytujúcich

⁽¹¹⁵⁾ Pozri obrázok INF-1 a tabuľku INF-104 (časť ii) v štatistickej ročenke 2011.

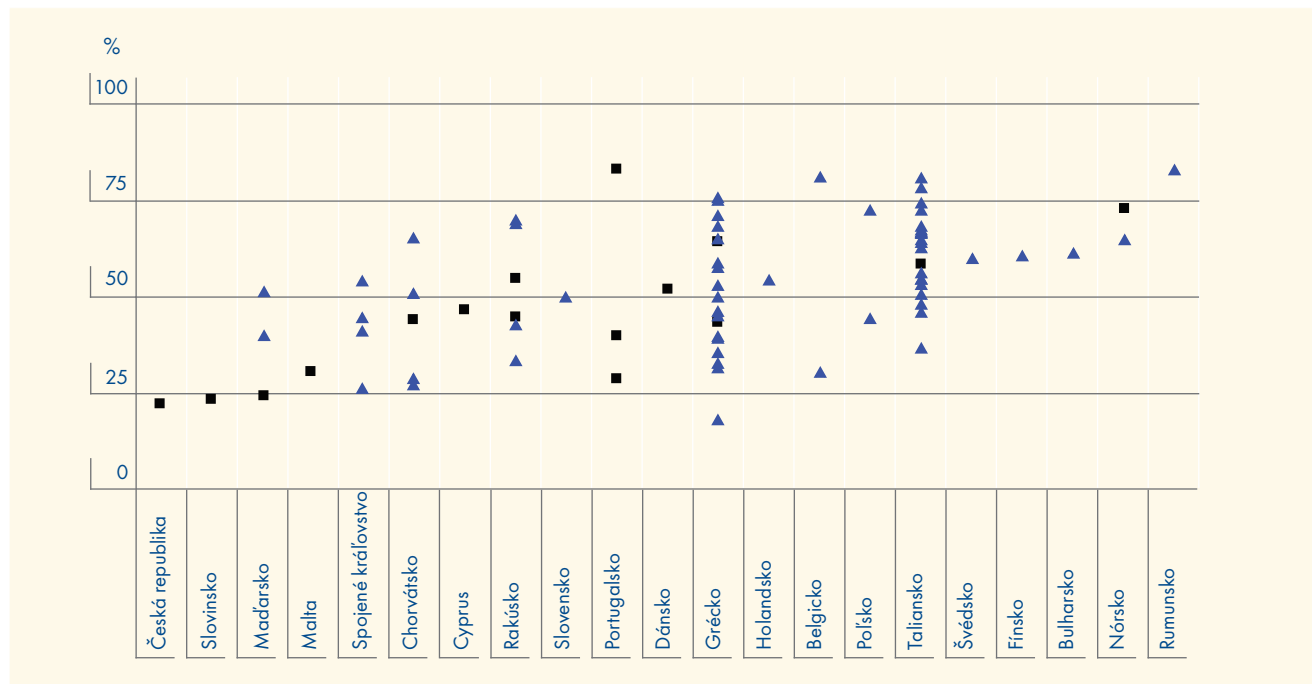
⁽¹¹⁶⁾ Pozri tabuľky INF-2 a INF-111 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹⁷⁾ Pozri tabuľky INF-112 a INF-113 a obrázok INF-6 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹⁸⁾ Pozri tabuľku INF-111 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Pozri tabuľky INF-112 a INF-113 v štatistickej ročenke 2011.

Obrázok 17: Prevalencia protilátok na HCV medzi injekčnými užívateľmi drog



Poznámka: Údaje za roky 2008 a 2009. Čierne štvorce sú vzorky s celoštátnym pokrytím; modré trojuholníky sú vzorky s pokrytím na nižšej ako celoštátnej úrovni (miestnym alebo regionálnym). Rozdiely medzi krajinami je potrebné interpretovať s opatrnosťou v dôsledku rozdielov v typoch prostredia a študijných metód, stratégie výberu vzoriek jednotlivých štátov sa líšia. Krajiny sú uvedené v poradí podľa stúpajúcej prevalencie na základe priemeru údajov jednotlivých štátov, alebo ak nie sú dostupné, na základe regionálnych údajov. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku INF-6 v štatistickej ročenke 2011.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

údaje o tomto víruse medzi injekčnými užívateľmi drog oznámili štúdie s HBsAg s úrovňami prevalencie nad 5 %⁽¹²⁰⁾.

Trendy v oznámených prípadoch hepatitídy B a C vykazujú rozdielne obrazy, ktoré je však ťažké interpretovať pre nízku kvalitu údajov. Určitý prehľad o epidemiológii týchto infekcií sa však dá získať z podielu injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi, ak sú známe rizikové faktory (Wiessing a kol., 2008). Priemere vo viac než 20 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje za obdobie rokov 2004 – 2009, injekčné užívanie drog zodpovedá za 63 % všetkých prípadov HCV a 38 % oznámených akútnych prípadov HCV, kde je riziková kategória známa. V prípade hepatitídy B injekční užívatelia drog predstavujú 20 % všetkých oznámených prípadov a 26 % akútnych prípadov. Tieto údaje potvrdzujú, že injekční užívatelia drog aj naďalej predstavujú dôležitú rizikovú skupinu v prípade infekcie vírusovej hepatitídy v Európe⁽¹²¹⁾.

Iné infekcie

Okrem vírusových infekcií sú injekční užívatelia drog citliví na bakteriálne ochorenia⁽¹²²⁾. Vypuknutie antraxu medzi injekčnými užívateľmi drog v Európe (pozri EMCDDA, 2010a) poukázalo na pretrvávajúci problém závažného

ochorenia spôsobeného baktériami vytvárajúcimi spóry v tejto skupine užívateľov drog. V rámci európskej štúdie sa zhromaždili údaje o oznámených prípadoch štyroch bakteriálnych infekcií (botulizmus, tetanus, *Clostridium novyi* a antrax) u injekčných užívateľov drog v posledných desiatich rokoch. V období rokov 2000 – 2009 šesť krajín oznámilo 367 prípadov s mierami pohybujeúcimi sa od 0,03 do 7,54 prípadov na milión obyvateľov. Väčšinu prípadov infekcie (92 %) oznámili tri krajiny na severozápade Európy: Írsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko. Táto geografická odchýlka nie je vysvetlená a vyžaduje si ďalšie skúmanie (Hope a kol., v tlači).

Prevenia infekčných chorôb a reagovanie na ne

Prevenia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog je dôležitým cieľom verejného zdravotníctva Európskej únie a súčasťou protidrogových politík väčšiny členských štátov. Krajiny sa zameriavajú na prevenciu a kontrolu šírenia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog kombináciou prístupov vrátane dohľadu, očkovania a liečby infekcií, protidrogovej liečby, najmä substituenej liečby závislosti od opioidov, a poskytovania sterilného injekčného vybavenia.

⁽¹²⁰⁾ Pozri tabuľku INF-114 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹²¹⁾ Pozri tabuľky INF-105 a INF-106 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹²²⁾ Pozri rámček „Tuberkulóza medzi užívateľmi drog“.

Tuberkulóza medzi užívateľmi drog

Tuberkulóza (TB) je bakteriálne ochorenie, ktoré väčšinou napáda pľúca, čo môže mať fatálne dôsledky. V roku 2008 sa zistilo spolu 82 605 prípadov v 26 členských štátoch EÚ a Nórsku s mierami ochorenia vyššími ako 20 prípadov na 100 000 obyvateľov v Rumunsku (114,1), Litve (66,8), Lotyšsku (47,1), Bulharsku (41,2), Estónsku (33,1) a Portugalsku (28,7) (ECDC, 2010). V Európe je ochorenie prevažne koncentrované vo vysoko rizikových skupinách, ako napr. migranti, bezdomovci, užívatelia drog a väzni. Vzhľadom k marginalizácii a životného štýlu užívateľa drog môžu čeliť vyšším rizikám nákazy TBC než celková populácia. Stav HIV pozitívny predstavuje ďalšie riziko vzniku TBC, ktoré je asi 20 až 30-krát vyššie než v prípade tých, ktorí nemajú infekciu HIV (WHO, 2010a).

Údaje o prevalencii TBC u užívateľov drog sú zriedkavé. V Európe sa vysoké miery aktívnej (symptomatickej) TBC uvádzajú u užívateľov drog v liečbe v Grécku (1,7 %), Litve (3 %) a Portugalsku (1 – 2 %), zatiaľ čo v rámci systematického testovania v zariadeniach na liečbu drogovej závislosti v Rakúsku, na Slovensku a Nórsku sa nezistili žiadne prípady.

Tuberkulózu u užívateľov drog možno účinne liečiť, aj keď si to vyžaduje komplexný liečebný režim po dobu najmenej šiestich mesiacov. Nevyhnutné je dokončiť liečbu, pretože chorý organizmus sa rýchlo stane odolný voči liekom a vyvinie si rezistenciu na liečbu. V prípade problémových užívateľov drog, najmä s chaotickým životným štýlom, môže byť ťažké dosiahnuť, aby dodržiavali liečbu. Nové prístupy, ktorých cieľom je skrátiť dobu liečby, by mohli zvýšiť pravdepodobnosť úspešného dokončenia.

Okrem toho v rámci komunitných aktivít sa poskytujú informácie, vzdelávanie a behaviorálne intervencie často vykonávané prostredníctvom informačných a nízkoprahových zariadení. Tieto opatrenia spolu s antiretrovirálnou terapiou a diagnostikovaním a liečbou tuberkulózy podporujú agentúry OSN ako základné intervencie na prevenciu HIV, liečbu a starostlivosť o injekčných užívateľov drog (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

Intervencie

Účinnosť substitučnej liečby závislosti od opioidov pri obmedzovaní prenosu HIV a rizikového injekčného správania uvádzaného samotnými užívateľmi bola potvrdená vo viacerých štúdiách a prehľadoch. Pribúda dôkazov, že kombinácia substitučnej liečby závislosti od opioidov a programov poskytovania injekčných ihliel a striekačiek je účinnejšia pri znižovaní výskytu HIV a HCV a rizikového injekčného správania ako len jeden z týchto prístupov (ECDC a EMCDDA, 2011).

Prevenia infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog: spoločné usmernenia ECDC a EMCDDA

V roku 2011 Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a EMCDDA vydali spoločné usmernenia k prevencii a kontrole infekčných chorôb medzi injekčnými užívateľmi drog. Usmernenia poskytujú ucelený prehľad o efektívnosti intervencií vrátane opatrení, ako napr. poskytovanie čistých injekčných striekačiek a ďalšieho injekčného vybavenia, protidrogovej liečby vrátane substitučnej liečby závislosti od opioidov, očkovania, testovania a liečby infekcií u užívateľov drog. Usmernenia sa zaoberajú modelmi poskytovania služieb a poskytujú najvhodnejšie informácie a poučenia pre túto skupinu.

Táto publikácia je k dispozícii v tlačenej forme a na webovej stránke EMCDDA len v anglickom jazyku.

Na základe nedávnych pokrokov v liečbe hepatitídy C väčšina krajín v súčasnosti zvyšuje svoje snahy v oblasti prevencie, detekcie a liečenia hepatitídy u užívateľov drog. Európska únia podporuje viaceré iniciatívy na zlepšenie prevencie hepatitídy typu C medzi užívateľmi drog. K týmto iniciatívam patrí: mapovanie národných štandardov a usmernení na prevenciu HCV v EÚ (Zurhold, 2011), súbor príkladov zvyšovania informovanosti, prevencie, liečby a intervencie v oblasti starostlivosti (Porovnávací projekt a EHRN, 2010), príprava vzdelávacích materiálov pre tvorcov politik, zdravotníkov a miestnych poskytovateľov služieb (napr. Hunt a Morris, 2011).

Pokiaľ ide o poskytovanie bezplatných, čistých striekačiek organizovaných špecializovanými zariadeniami alebo lekárňami vo všetkých krajinách okrem Turecka napriek značnému rozšíreniu v posledných dvoch desaťročiach, informácie o geografickom pokrytí vykazujú nerovnováhy, pričom niektoré krajiny v strednej a východnej Európe a Švédsko uvádzajú v niektorých oblastiach nedostatočnú dostupnosť (pozri obrázok 18).

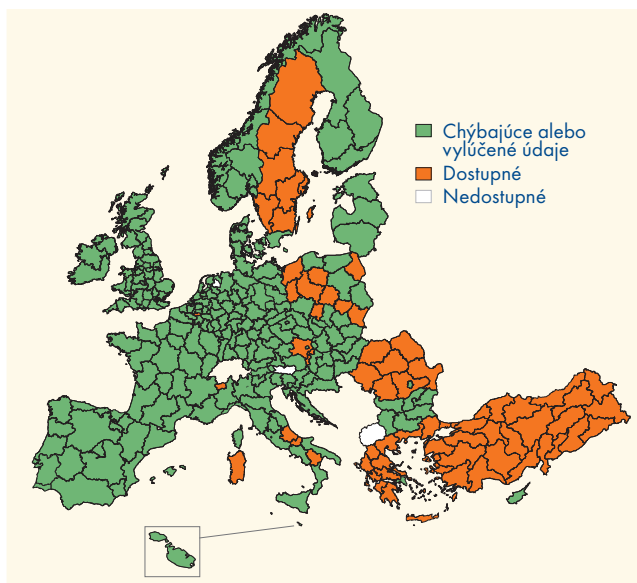
Nedávne údaje o poskytovaní injekčných striekačiek na základe špecializovaných programov na poskytovanie injekčných ihliel a striekačiek sú dostupné pre všetky krajiny okrem troch a v ďalších dvoch sú neúplné ⁽¹²³⁾. Z týchto údajov vyplýva, že na základe týchto programov bolo distribuovaných 50 miliónov injekčných striekačiek za rok. Rovná sa to v priemere 94 injekčným striekačkám na injekčného užívateľa drog podľa odhadov v krajinách, ktoré poskytli údaje týkajúce sa injekčných striekačiek.

V prípade 13 európskych krajín sa priemerný počet injekčných striekačiek distribuovaných za rok na injekčného užívateľa drog dá odhadnúť ⁽¹²⁴⁾. V siedmich z týchto

⁽¹²³⁾ Pozri tabuľku HSR-5 v štatistickej ročenke 2011. Za roky 2007 – 2008 nie sú dostupné údaje o počte injekčných striekačiek za Dánsko, Nemecko a Taliansko. Údaje týkajúce sa Holandska sa vzťahujú len na Amsterdam a Rotterdam a údaje týkajúce sa Spojeného kráľovstva nezahŕňajú Anglicko.

⁽¹²⁴⁾ Pozri obrázok HSR-3 v štatistickej ročenke 2011.

Obrázok 18: Geografická dostupnosť programu poskytovania injekčných ihliel a striekačiek na regionálnej úrovni



Poznámka: Regióny definované podľa nomenklatúry územných jednotiek na štatistické účely (NUTS) úroveň 2; ďalšie informácie sa uvádzajú na webovej stránke Eurostatu.

Zdroj: Pozri tabuľku HSR-4 v štatistickej ročenke 2011.

krajín sa priemerný počet injekčných striekačiek vydaných na základe špecializovaných programov rovná menej než 100 kusom na injekčného užívateľa, štyri krajiny vydávajú od 100 do 200 kusov a Luxembursko a Nórsko uvádzajú distribúciu viac než 200 kusov na injekčného užívateľa ⁽¹²⁵⁾. Agentúry OSN usudzujú, že na prevenciu HIV je distribúcia 100 kusov na injekčného užívateľa za rok nízka a 200 kusov je vysoká (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

Za posledné štyri roky, za ktoré sa poskytovali údaje (2005 – 2009), celkový počet rozdанных injekčných striekačiek vzrástol o 32 %. Zo subregionálnej analýzy trendov poskytovania striekačiek vyplýva menšie zvýšenie v rámci členských štátov pred rozšírením v roku 2004 a nárast v novších členských štátoch EÚ.

Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami

Užívanie drog je jednou z hlavných príčin zdravotných problémov a úmrtnosti medzi mladými ľuďmi v Európe a môže zodpovedať za značný podiel všetkých úmrtí medzi dospelými. Zo štúdií vyplýva, že 10 % až 23 % podiel na úmrtnosti medzi osobami vo veku 15 až 49 rokov možno pripísať užívaniu opioidov (Bargagli a kol., 2006; Bloor a kol., 2008).

Úmrtnosť súvisiaca s užívaním drog zahŕňa úmrtia zapríčinené priamo alebo nepriamo užívaním drog. Patria k tomu úmrtia z predávkovania (úmrtia spôsobené drogami), HIV/AIDS, dopravné nehody – najmä v kombinácii s alkoholom – násilie, samovraždy a chronické zdravotné problémy zapríčinené opakovaným užívaním drog (napr. kardiovaskulárne problémy u užívateľov kokaínu) ⁽¹²⁶⁾.

Úmrtia spôsobené drogami

Z najnovších odhadov vyplýva, že v roku 2009 došlo v členských štátoch EÚ a Nórsku k 7 630 prípadom úmrtí spôsobených drogami, čo naznačuje stabilnú situáciu pri porovnaní so 7 730 prípadmi uvedenými v roku 2008 ⁽¹²⁷⁾. Odhady tohto počtu sú pravdepodobne konzervatívne, pretože údaje z jednotlivých štátov môžu byť ovplyvnené neúplným hlásením alebo nedostatočným overením toho, že ide o úmrtia spôsobené drogami. Len málo krajín posudzovalo úroveň podhodnotenia vo svojich národných údajoch.

V období rokov 1995 až 2008 v každom členskom štáte EÚ a Nórsku bolo zaznamenaných každoročne 6 400 až 8 500 úmrtí spôsobených drogami. V roku 2008, v poslednom roku, pre ktorý sú k dispozícii údaje za takmer všetky krajiny, k viac než polovici všetkých oznámených úmrtí spôsobených drogami došlo v dvoch krajinách, Nemecku a Spojenom kráľovstve, ktoré spolu so Španielskom a Talianskom zaznamenali dve tretiny všetkých oznámených prípadov (5 075).

V roku 2009 sa priemerná miera úmrtnosti v EÚ v dôsledku predávkovania odhaduje na 21 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom väčšina krajín uvádza miery od 4 do 59 úmrtí na milión (obrázok 19). Miera úmrtnosti nad 20 úmrtí na milión obyvateľov bola zistená v 13 z 28 európskych krajín, a miera úmrtnosti nad 40 úmrtí na milión obyvateľov v siedmich krajinách. Medzi Európanmi vo veku 15 – 39 rokov k 4 % všetkých úmrtí došlo v dôsledku predávkovania ⁽¹²⁸⁾.

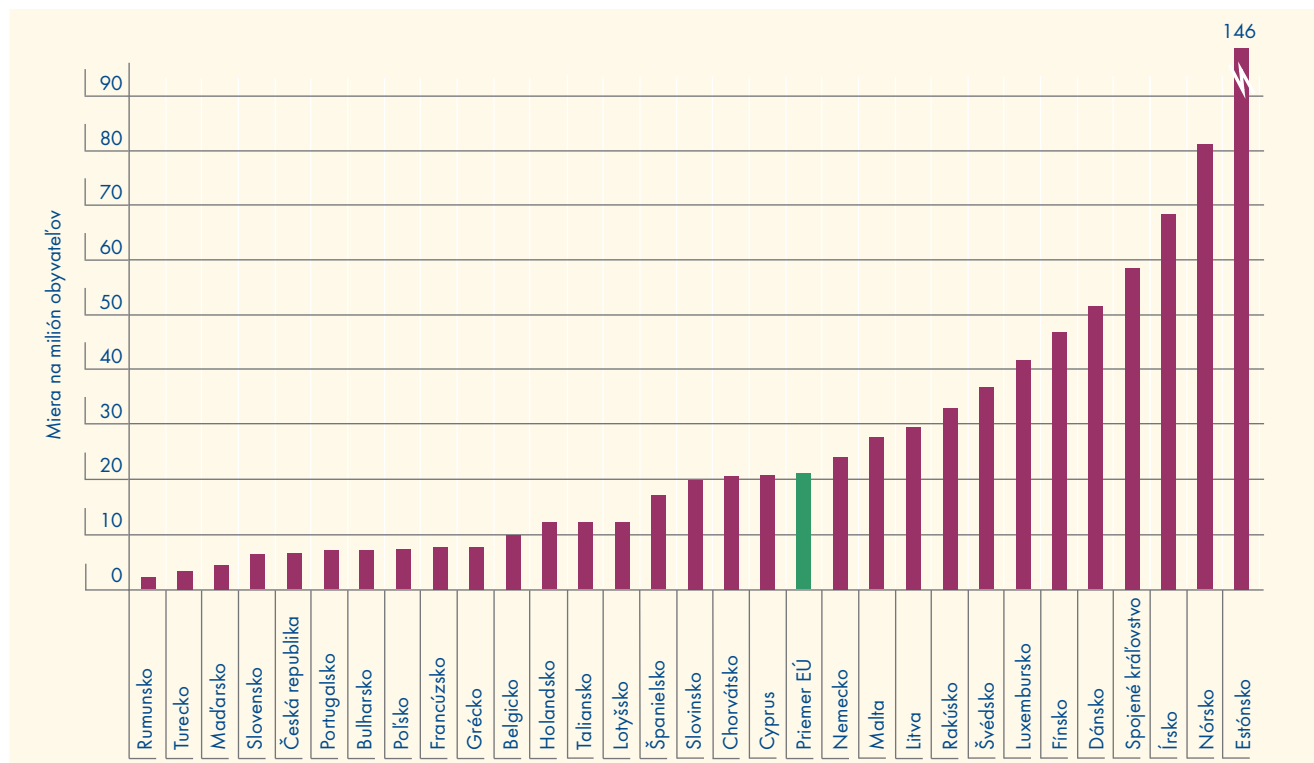
Počet oznámených úmrtí spôsobených drogami môže byť ovplyvnený takými faktormi, ako napr. prevalencia a formy užívania drog (injekčné užívanie, užívanie viacerých drog), vek a komorbidita užívateľov drog a dostupnosť liečby a pohotovostných služieb, ako aj kvalita zberu údajov a podávania správ. Zlepšenie spoľahlivosti európskych údajov umožnilo lepšiu charakterizáciu trendov a väčšina krajín v súčasnosti prijala definíciu prípadu schválenu

⁽¹²⁵⁾ Tieto čísla nezahŕňajú predaj v lekárnach, ktoré v niektorých krajinách môžu predstavovať dôležitý zdroj sterilných injekčných striekačiek pre užívateľov drog.

⁽¹²⁶⁾ Pozri „Úmrtnosť súvisiaca s drogami: komplexná koncepcia“ vo výročnej správe 2008.

⁽¹²⁷⁾ Odhad v Európe sa zakladá na údajoch za rok 2009 za 17 z 27 členských štátov a Nórska, údajoch za rok 2008 za 9 krajín a predpokladaných údajoch za jednu krajinu. Okrem Belgicka, pretože údaje neboli k dispozícii. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke DRD-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹²⁸⁾ Pozri obrázok DRD-7 (časť i) a tabuľky DRD-5 (časť ii) a DRD-107 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

Obrázok 19: Odhadované miery úmrtnosti medzi všetkými dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) v dôsledku úmrtí spôsobených drogami

Poznámka: Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku DRD-7 v štatistickej ročenke 2011.
Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

centrom EMCDDA (¹²⁹). Napriek tomu je však potrebná opatrnosť pri porovnávaní krajín, pretože stále sa vyskytujú rozdiely v metodike podávania správ a v zdrojoch údajov.

Úmrtia súvisiace s opioidmi

Heroín

Opioidy, najmä heroín alebo jeho metabolity, sa podieľajú na väčšine prípadov úmrtí spôsobených drogami zaznamenaných v Európe. V 22 krajinách, ktoré poskytli údaje za rok 2008 alebo 2009, opioidy zodpovedali za prevažnú väčšinu všetkých prípadov: viac než 90 % v piatich krajinách a od 80 % do 90 % v ďalších 12. Medzi látky, ktoré sa často vyskytujú spolu s heroínom patrí alkohol, benzodiazepíny, iné opioidy a v niektorých krajinách kokaín. Z tohto vyplýva, že významný podiel na všetkých úmrtiach spôsobených drogami môže mať užívanie viacerých drog, ako potvrdzuje prehľad toxikológie úmrtí zapríčinených drogami v Škótsku v rokoch 2000 – 2007. Preukázala sa pozitívna súvislosť medzi prítomnosťou heroínu a alkoholu, najmä u starších mužov. V prípade mužov, ktorých smrť nastala v súvislosti

s heroínom, alkohol bol prítomný u 53 % osôb vo veku nad 35 rokov v porovnaní s 36 % v prípadoch vo veku pod 35 rokov (Bird a Robertson, 2011, pozri aj GROS, 2010).

Väčšina úmrtí na predávkovanie oznámených v Európe (81 %) pripadá na mužov. Celkovo sú to asi štyria muži na 1 ženu (tento pomer sa pohybuje od 1,4:1 v Poľsku až po 31:1 v Rumunsku) (¹³⁰). V členských štátoch, ktoré nedávno vstúpili do EÚ, oznámené úmrtia zapríčinené drogami sa vyskytli častejšie u mužov a mladších ľudí v porovnaní s členskými štátmi pred rozšírením v roku 2004 a Nórskom. Toto rozdelenie je rôzne v rámci Európy s vyšším podielom mužov zaznamenaným v krajinách južnej Európy (Grécko, Taliansko, Rumunsko, Cyprus, Maďarsko, Chorvátsko) a v Estónsku, Lotyšsku a Litve. Dánsko, Holandsko, Švédsko a Nórsko vykazujú vyšší podiel prípadov zahŕňajúcich staršie osoby. Vo väčšine krajín je priemerný vek úmrtia v dôsledku predávkovania heroínom okolo 35 rokov a v mnohých krajinách sa tento vek zvyšuje. Poukazuje to na prípadnú stabilizáciu alebo pokles počtu mladých užívateľov heroínu a starnúcu kohortu problémových užívateľov opioidov. Celkovo 12 % úmrtí z predávkovania zaznamenaných v Európe sa vyskytuje u osôb vo veku do 25 rokov (¹³¹).

⁽¹²⁹⁾ Podrobné informácie o metodikách sa uvádzajú v štatistickej ročenke 2011 a na stránkach s hlavnými ukazovateľmi v oblasti úmrtí spôsobených drogami.

⁽¹³⁰⁾ Keďže väčšina úmrtí spôsobených drogami oznámených EMCDDA je v dôsledku predávkovania opioidmi (hlavne heroínom), všeobecné charakteristiky oznámených úmrtí sa uvádzajú v tejto správe s cieľom opísať a analyzovať úmrtia týkajúce sa užívania heroínu. Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹³¹⁾ Pozri obrázky DRD-2 a DRD-3 a tabuľku DRD-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2011.

So smrteľným predávkovaním heroínom alebo predávkovaním bez smrteľných následkov sa spája viacero faktorov. Patrí sem injekčné užívanie a simultánne užívanie iných látok, najmä alkoholu, benzodiazepínov a niektorých antidepresív. K ďalším faktorom súvisiacim s predávkovaním súvisí nestriedne užívanie drog, komorbidita, bezdomovectvo, zlý psychický stav (napr. depresie a úmyselná otrava), neúčast na protidrogovej liečbe, predchádzajúce skúsenosti s predávkovaním a osamotenosť v čase predávkovania (Rome a kol., 2008). Čas bezprostredne po prepustení z väzenia alebo po prepustení z protidrogovej liečby je obzvlášť rizikovým obdobím pre predávkovanie, čo potvrdzuje viacero priebežných štúdií.

Iné opioidy

Okrem heroínu sa v toxikologických správach uvádza celý rad iných opioidov vrátane metadónu⁽¹³²⁾ a buprenorfinu. Úmrtia v dôsledku otravy buprenorfinom nie sú časté a uvádza ich len zopár krajín, napriek nárastu jeho užívania v substitučnej liečbe v Európe. Vo Fínsku však buprenorfin

Metadón a mortalita

S počtom asi 700 000 užívateľov opioidov v substitučnej liečbe sa lieky ako napríklad metadón, v poslednej dobe dostávajú do pozornosti v súvislosti s úmrtiami spôsobenými drogami. Metadón sa často uvádza v toxikologických správach o úmrtiach súvisiacich s užívaním drog a niekedy sa zistí, že bol príčinou úmrtia. Napriek tomu súčasné dostupné dôkazy výrazne potvrdzujú prínosy dobre regulovanej a kontrolovanej substitučnej liečby závislosti od opioidov v kombinácii s intervenciami v oblasti psychosociálnej pomoci pre udržanie pacientov v liečbe a obmedzenie užívania nezákonných opioidov a úmrtnosti.

Z pozorovacích štúdií vyplýva, že úmrtnosť užívateľov opioidov v substitučnej liečbe metadónom je približne tretinová oproti užívateľom, ktorí sa neliečia. Doba liečby je dôležitým faktorom a najnovšie štúdie potvrdzujú, že pri substitučnej liečbe závislosti od opioidov je šanca na zníženie celkovej úmrtnosti medzi užívateľmi opioidov, ak sa udržia v liečbe po dobu 12 mesiacov alebo dlhšie, vyššia ako 85 % (Cornish a kol., 2010). Prínosy súvisiace s prežitím sa zvyšujú s kumulatívnym pôsobením liečby (Kimber a kol., 2010). Okrem toho metadón podľa všetkého znižuje riziko infekcie HIV približne o 50 % v porovnaní s predčasným ukončením liečby alebo bez liečby (Mattick a kol., 2009). Pokiaľ ide o úmrtia súvisiace s metadónom v populácii, z nedávnej štúdie v Škótsku a Anglicku vyplynulo, že po zavedení podávania metadónu pod dohľadom nasledoval výrazný pokles úmrtí, v ktorých figuroval metadón. V období rokov 1993 až 2008 sa počet úmrtí na predávkovanie metadónom na množstvo predpísaného metadónu prinajmenšom štvornásobne znížil v súvislosti s rozšírením liečby (Strang a kol., 2010).

zostáva naďalej najčastejším opoidom zisteným pri súdnych pitvách, ale obvykle v kombinácii s inými látkami. To potvrdila nedávna fínska správa, ktorá sa zaoberala skúmaním nálezov týkajúcich sa drog v prípade náhodnej otravy, v ktorej sa takmer vo všetkých (38/40) prípadoch uvádzala prítomnosť benzodiazepínov, pričom buprenorfin bol identifikovaný ako hlavná príčina smrti. Alkohol bol tiež významným faktorom, ktorý prispel k úmrtiu v 22 zo 40 prípadov (Salasuo a kol., 2009). V Estónsku väčšina úmrtí spôsobených drogami uvedených v roku 2009 bola tak ako v predchádzajúcich rokoch v dôsledku 3-metylfentanylu.

Úmrtia súvisiace s inými drogami

Úmrtia zapríčinené akútnou otravou kokaínom sú zjavne pomerne neobvyklé (EMCDDA, 2010a). Keďže predávkovanie kokaínom sa ťažšie určuje a zisťuje než v prípade opioidov, mohlo by dochádzať k podhodnoteniu (pozri kapitolu 5).

V roku 2009 bolo v 21 krajinách zaznamenaných 1 000 úmrtí súvisiacich s kokaínom. V dôsledku nedostatočnej možnosti porovnať dostupné údaje sa európsky trend zložito opisuje. Z najnovších údajov za Španielsko a Spojené kráľovstvo, dve krajiny s najvyššími úrovňami prevalencie kokaínu, vyplýva pokles úmrtí v súvislosti s touto drogou: v Španielsku z 25,1 % zaznamenaných prípadov s kokaínom (a nie opiátmi) v roku 2007 na 19,3 % v roku 2008 a v Spojenom kráľovstve z 12,7 % v roku 2008 na 9,6 % v roku 2009. Kokaín je veľmi zriedka identifikovaný ako jediná látka prispievajúca k úmrtiu spôsobenému drogami.

Z nedávneho medzinárodného prieskumu úmrtnosti užívateľov kokaínu vyplynulo, že existujú obmedzené údaje o rozsahu zvýšenej úmrtnosti problémových alebo závislých užívateľov kokaínu (Degenhardt a kol., 2011). Prieskum zahŕňal zistenia z troch následných európskych štúdií: francúzskej štúdie, v rámci ktorej sa sledovali osoby zatknuté za porušenia právnych predpisov v súvislosti s kokaínom, holandskej štúdie s injekčnými užívateľmi kokaínu vybraných prostredníctvom nízkoprahových služieb a talianskej štúdie so závislými užívateľmi kokaínu absolvujúcimi liečbu. Hrubá miera úmrtnosti v týchto štúdiách sa pohybovala od 0,54 do 4,6 na 100 osoborokov. Z nedávnej dánskej kohortovej štúdie s osobami absolvujúcimi liečbu v súvislosti s užívaním kokaínu vyplynulo nadmerné riziko úmrtia až 6,4 v porovnaní s rovesníkmi v rovnakom veku a rovnakého pohlavia v celkovej populácii (Arendt a kol., 2011).

Zriedkavo sa uvádzajú úmrtia v dôsledku prítomnosti extázy (MDMA) a v mnohých takých prípadoch táto droga nebola identifikovaná ako priama príčina úmrtia⁽¹³³⁾. V roku 2009

⁽¹³²⁾ Pozri rámček „Metadón a mortalita“.

⁽¹³³⁾ Údaje o úmrtiach súvisiacich s inými drogami ako heroín pozri v tabuľke DRD-108 v štatistickej ročenke 2011.

boli zaznamenané úmrtia, ktoré pravdepodobne súviseli s katinónmi v Anglicku (mefedrón) a vo Fínsku (MDPV) (pozri kapitolu 8).

Trendy v oblasti úmrtí spôsobených drogami

Počet úmrtí zapríčinených drogami sa v Európe počas osemdesiatych a na začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia prudko zvýšil spolu s nárastom užívania heroínu a injekčného užívania drog a potom sa ustálil na vysokej úrovni⁽¹³⁴⁾. V období rokov 2000 až 2003 väčšina členských štátov EÚ uvádzala pokles, za ktorým nasledoval ďalší nárast v období rokov 2003 až 2008. Z predbežných údajov dostupných za rok 2009 vyplývajú prinajmenšom rovnaké hodnoty alebo mierne nižšie ako za rok 2008. Ak bolo možné urobiť porovnanie, zistilo sa, že v niektorých z najväčších krajín vrátane Nemecka, Talianska a Spojeného kráľovstva došlo k poklesu počtu zaznamenaných úmrtí.

Príčiny pretrvávajúceho alebo rastúceho počtu zaznamenaných úmrtí spôsobených drogami v niektorých krajinách sa ťažko vysvetľujú, najmä so zreteľom na ukazovatele týkajúce sa poklesu injekčného užívania drog a zvýšenie počtu užívateľov opioidov, ktorí sú v kontakte so službami v oblasti liečby a znižovania škôd. Vysvetliť by sa to dalo zvýšenými úrovňami užívania viacerých drog (EMCDDA, 2009d) alebo vysokorizikovým správaním, relapsom zvýšeného počtu užívateľov opioidov po prepustení z väzenia alebo liečby a starnutím zraniteľnejšej skupiny užívateľov drog.

Celková úmrtnosť súvisiaca s užívaním drogami

Celková úmrtnosť súvisiaca s užívaním drog pozostáva z úmrtí spôsobených drogami a úmrtí zapríčinených nepriamo v dôsledku užívania drog, napr. v dôsledku prenosu infekčných chorôb, kardiovaskulárnych problémov a úrazov. Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog sa ťažko kvantifikujú, ale ich vplyv na verejné zdravotníctvo môže byť značný. Tieto úmrtia súvisiace s drogami sú sústredené hlavne medzi problémovými užívateľmi drog, aj keď niektoré (napr. dopravné nehody) sa vyskytujú aj medzi príležitostnými užívateľmi.

Odhady celkovej úmrtnosti súvisiacej s drogami možno odvodiť rôznymi cestami, napríklad kombináciou informácií zo skupinových štúdií úmrtnosti s odhadmi prevalencie užívania drog. Iný prístup spočíva v použití existujúcich všeobecných štatistík úmrtnosti a odhade podielu pripadajúceho na užívanie drog.

Kohortové štúdie úmrtnosti

V kohortových štúdiách úmrtnosti sa sledujú rovnaké skupiny problémových užívateľov drog za určité časové obdobie a spojením s evidenciami úmrtnosti sa identifikujú príčiny všetkých úmrtí, ku ktorým došlo v danej skupine. V tomto type štúdie je možné určiť celkovú mieru úmrtnosti a mieru úmrtnosti so špecifickými príčinami za danú skupinu a dá sa urobiť odhad nadmernej úmrtnosti v skupine v porovnaní s celkovou populáciou⁽¹³⁵⁾.

V závislosti od prostredia výberu respondentov (napr. štúdie realizované v zariadeniach protidrogovej liečby) a kritérií pre začlenenie (napr. injekční užívatelia drog, užívatelia heroínu) vo väčšine kohortových štúdií sa vykazuje miera úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % za rok medzi problémovými užívateľmi drog. Tieto miery úmrtnosti sú približne 10 až 20-krát vyššie ako miery úmrtnosti rovnakej vekovej skupiny v celkovej populácii. Relatívna dôležitosť jednotlivých príčin úmrtí sa líši v rámci skupín, medzi krajinami a v čase. Hlavnou príčinou úmrtia medzi problémovými užívateľmi drog v Európe je vo všeobecnosti predsa len predávkovanie drogami zodpovedajúce za 50 – 60 % úmrtí medzi injekčnými užívateľmi v krajinách s nízkou prevalenciou HIV/AIDS. Okrem HIV/AIDS a iných chorôb k často uvádzaným príčinám úmrtí patria samovraždy a nadmerné užívanie alkoholu.

Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog

Kombináciou existujúcich údajov z Eurostatu a surveillance HIV/AIDS podľa odhadu EMCDDA zomrelo v roku 2007 v Európskej únii okolo 2 100 osôb na HIV/AIDS, ktoré možno pripísať užívaniu drog⁽¹³⁶⁾, pričom k 90 % týchto úmrtí došlo v Španielsku, Francúzsku, Taliansku a Portugalsku.

K ďalším chorobám, ktoré majú tiež svoj podiel na úmrtiach medzi užívateľmi drog, patria chronické stavy, napr. choroby pečene, hlavne v dôsledku infekcie hepatitídy C (HCV), a často sú zhoršené ťažkým alkoholizmom a koinfekciou HIV. Úmrtia zapríčinené inými infekčnými chorobami sú zriedkavejšie. Iným príčinám úmrtí medzi užívateľmi drog, napr. samovraždy a úrazy, ako aj vraždy, sa venovala oveľa menšia pozornosť, napriek náznakom významného vplyvu na úmrtnosť.

Znižovanie počtu úmrtí súvisiacich s drogami

Pätnásť európskych krajín uvádza, že ich národné protidrogové stratégie sa sústreďujú na znižovanie úmrtí

⁽¹³⁴⁾ Pozri obrázky DRD-8 a DRD-11 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹³⁵⁾ Informácie o úmrtnosti z kohortových štúdií pozri na webovej stránke EMCDDA Kľúčové ukazovatele.

⁽¹³⁶⁾ Pozri tabuľku DRD-5 (časť iii) v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹³⁷⁾ Pozri usmernenia k poskytovaniu liečby na portáli s najlepšimi postupmi.

„Vybraná téma“: Úmrtnosť súvisiaca s užívaním drog – komplexný prístup a dosahy na verejné zdravotníctvo

V publikácii EMCDDA „Vybraná téma“ uverejnenej v tomto roku sú prezentované zistenia týkajúce sa úmrtnosti súvisiacej s drogami z nedávnych priebežných štúdií medzi problémovými užívateľmi drog v Európe. Skúma sa v nej celková miera úmrtnosti a miera úmrtnosti so špecifickými príčinami a opisujú sa rizikové a ochranné faktory zistené výskumom. Skúmajú sa aj dosahy na verejné zdravotníctvo.

Táto publikácia je k dispozícii v tlačenej forme a na webovej stránke EMCDDA len v anglickom jazyku.

súvisiacich s drogami, že takéto politiky existujú na regionálnej úrovni alebo že majú osobitný akčný plán na prevenciu úmrtí súvisiacich s drogami. V niektorých ďalších krajinách (Estónsko, Francúzsko, Rakúsko) nedávny nárast úmrtí súvisiacich s drogami (čiastočne v mladších vekových skupinách a medzi integrovanými užívateľmi) prispel k zvýšeniu informovanosti o potrebe zlepšiť reakcie.

Liečba môže výrazne znížiť riziko úmrtnosti užívateľov drog, aj keď vznikajú riziká týkajúce sa drogovej tolerancie pri vstupe do liečby alebo výstupe z nej. Zo štúdií vyplýva, že riziko úmrtia spôsobeného drogami sa výrazne zvyšuje v prípade relapsu po liečbe alebo v prvých týždňoch po prepustení z väzenia.

Na základe jeho farmakologického bezpečnostného profilu sa v niektorých krajinách odporúča na udržavaciu liečbu pri závislosti od opioidov buprenorfín⁽¹³⁷⁾ a kombinácia buprenorfínu a naloxónu získala povolenie na uvedenie výrobku na trh minimálne v polovici krajín⁽¹³⁸⁾.

Aj keď v niektorých európskych krajinách sa dosiahol pokrok pri prekonávaní rozdielu, pokiaľ ide o liečbu medzi spoločnosťou a väznicami⁽¹³⁹⁾, prerušenie protidrogovej liečby, ako sa zistilo, či už v dôsledku zatknutia, uväznenia alebo prepustenia, zvyšuje riziko predávkovania (Dolan a kol., 2005). Na základe toho Regionálny úrad Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (2010c) vydal odporúčania k prevencii predávkovania vo väznicach a zlepšeniu kontinuity starostlivosti po prepustení.

Spolu so zlepšovaním prístupu k protidrogovej liečbe sa skúmajú ďalšie intervencie na zníženie rizika predávkovania u užívateľov drog. Tieto intervencie sú zamerané na osobné, situačné faktory a faktory súvisiace s užívaním drog. Informačné materiály o rizikách predávkovania sa často vydávajú vo viacerých jazykoch, aby sa dostali k užívateľom drog z radov migrantov, vo väčšine

krajín sa distribuujú prostredníctvom špecializovaných protidrogových agentúr a webových stránok a najnovšie aj správami cez telefón a e-mail. Poradenstvo a školenia pre užívateľov drog o bezpečnejšom používaní poskytované pracovníkmi v oblasti drogovej problematiky alebo lektormi z radov rovesníkov existujú v 27 krajinách, ale zabezpečenie týchto intervencií je často sporadické a obmedzené⁽¹⁴⁰⁾.

K ďalším reakciám vykazovaným malým počtom krajín patrí: sledovanie užívateľov, ktorí sa dostali do kritickej situácie v súvislosti s drogami (Belgicko, Dánsko, Luxembursko, Holandsko, Rakúsko), „systémy včasného varovania“ na upozornenie užívateľov na nebezpečné látky (Belgicko, Česká republika, Francúzsko, Maďarsko, Portugalsko, Chorvátsko) a lepšie kontroly na zabránenie viacnásobného predpisovania liekov (Luxembursko, Spojené kráľovstvo). Priestory na užívanie drog pod dohľadom, ako napríklad v Nemecku, Španielsku, Luxembursku, Holandsku a Nórsku, poskytujú možnosť okamžitého zásahu odborníkov v prípade predávkovania a znižujú dosahy na zdravie v prípade nefatálnych predávkovaní. Dôkazy o vplyve aplikačných miestností pre užívateľov drog pod dohľadom na úmrtia spôsobené drogami v komunite zahŕňajú nedávnu štúdiu uskutočnenú vo Vancouveri, v ktorej sa uvádza 35 % zníženie smrteľných predávkovaní v ovplyvnenej komunite po otvorení zariadenia na injekčné užívanie drog (Marshall, B. a kol., 2011). Tento výsledok poukazuje na rovnaké smerovanie ako predchádzajúce štúdie skúmané v monografii o znižovaní poškodení (EMCDDA, 2010b).

Školenie o predávkovaní v kombinácii s vydávaním naloxónu na domáce použitie, ktorý pôsobí proti účinkom opioidov a často sa používa v nemocniciach a pohotovostnej medicíne, slúži ako intervencia, ktorá môže zabrániť úmrtiam z predávkovania opioidmi. Niektoré európske krajiny uvádzajú existenciu komunitných programov, v rámci ktorých sa naloxón predpisuje užívateľom drog s rizikom predávkovania opioidmi. Predpisovanie naloxónu je spojené s povinným školením o rozpoznaní predávkovania, informovaním o základných technikách na záchranu života (napr. umelé dýchanie, stabilizovaná poloha) a o tom ako užívať naloxón. Táto intervencia je zameraná na užívateľov drog, ich rodiny a rovesníkov a jej cieľom je pomôcť im prijať účinné opatrenia pri predávkovaní a pri čakaní na príchod záchranej služby.

Distribúciu naloxónu užívateľom drog uvádza Taliansko (kde látku poskytuje 40 % protidrogových agentúr), Nemecko a v Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales).

⁽¹³⁸⁾ Pozri tabuľku HSR-1 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹³⁹⁾ Pozri kapitolu 2 a tabuľku HSR-9 v štatistickej ročenke 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Pozri tabuľku HSR-8 v štatistickej ročenke 2011.

Nové iniciatívy hlási Bulharsko, Dánsko a Portugalsko. V Škótsku bolo poskytovanie „naloxónu na domáce použitie“ pre všetky ohrozené osoby opúšťajúce väzenie zavedené v krajine v roku 2010 a vláda podporuje národný program „naloxón na domáce použitie“ v prípade osôb, ktorým hrozí riziko predávkovania opioidmi a tých,

ktorí môžu prísť do kontaktu s nimi. Účinnosť naloxónu po prepustení na znižovanie úmrtí z predávkovania v týždňoch po prepustení z väzenia sa v Anglicku posudzuje v rámci projektovej štúdie N-Alive, v ktorej sa uskutočnia randomizované kontrolované skúšky medzi 5 600 väzňami.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapitola 8

Nové drogy a vznikajúce trendy

Úvod

Poskytovanie včasných a objektívnych informácií o nových drogách a nových trendoch má stále väčší význam vzhľadom na čoraz dynamickejší a rýchlo sa meniaci charakter európskeho drogového problému. Trh s novými liekmi sa vyznačuje rýchlosťou, akou dodávatelia reagujú na zavedenie kontrolných opatrení tým, že ponúkajú nové alternatívy k zakázaným výrobkom. Na poskytnutie lepšieho prehľadu o nových trendoch v Európe v oblasti drog môže slúžiť množstvo informačných zdrojov a moderných ukazovateľov vrátane monitorovania internetu a sledovania analýzy odpadových vôd. V tejto kapitole sa rozoberajú nové psychoaktívne látky zistené pomocou systému včasného varovania a kapitola nadväzuje na hodnotenie rizík mefedrónu. Fenomén nekontrolovaných psychoaktívnych látok sa skúma spolu s viacerými vnútroštátnymi reakciami na začatie predaja nových látok.

Opatrenia v oblasti nových drog

Systém včasného varovania Európskej únie bol vypracovaný ako mechanizmus rýchlej reakcie na objavenie sa nových psychoaktívnych látok na drogovéj scéne. Systém sa v súčasnosti skúma v rámci hodnotenia fungovania rozhodnutia Rady 2005/387/JHA Európskou komisiou ⁽¹⁴¹⁾.

Nové psychoaktívne látky

V období rokov 1997 až 2010 bolo prostredníctvom európskeho systému včasného varovania oficiálne oznámených viac než 150 nových psychoaktívnych látok a teraz sa monitorujú. Počas tohto obdobia sa zvýšila rýchlosť, akou sa nové látky objavujú na trhu, pričom rekordné množstvo nových látok bolo oznámených v posledných dvoch rokoch – 24 v roku 2009 a 41 v roku 2010 ⁽¹⁴²⁾. Mnohé z týchto nových látok boli zistené na základe testovania výrobkov predávaných na internete a v špecializovaných obchodoch (napr. v tzv. smartshopoch, headshopoch).

Väčšina zo 41 nových psychoaktívnych látok zistených v roku 2010 sú syntetické katinóny alebo syntetické kanabinoidy. S pätnástimi novými derivátmi zistenými v roku 2010 patria syntetické katinóny v súčasnosti po fenetylamínoch k druhej najväčšej skupine drog monitorovanej systémom včasného varovania. Zoznam nových oznámených látok obsahuje aj rôznorodú skupinu chemických látok vrátane syntetického derivátu kokaínu, čo je prírodný prekurzor viacerých syntetických psychoaktívnych látok. Deriváty fencyklidínu (PCP) a ketamínu, dvoch zavedených drog používaných v súčasnosti alebo minulosti v humánnej alebo veterinárnej medicíne boli po prvýkrát zaznamenané v roku 2010.

Objavenie sa nových drog založených na liekoch so známym potenciálom pre zneužívanie je príkladom toho, že inovácie na nelegálnom trhu si vyžadujú spoločnú reakciu zo strany regulačných orgánov v oblasti liekov a kontroly drog. Tento problém je skôr potenciálnou hrozbou ako bezprostredným problémom, ale vzhľadom na rýchlosť nového vývoja v tejto oblasti predvídanie budúcich výziev môže byť dôležité.

Hodnotenie rizík

V roku 2010 bol mefedrón (4-metylmekatinón) prvým derivátom katinónu, v prípade ktorého sa uskutočnilo oficiálne hodnotenie rizík. Bol tiež prvou látkou, ktorej riziká sa mali hodnotiť podľa nových operačných usmernení ⁽¹⁴³⁾. Pri hodnotení rizík sa vyskytli problémy v súvislosti s obmedzenou dostupnosťou údajov a tiež aj odlišnosťou mefedrónu od predtým hodnotených zlúčenín. Prvýkrát však boli zahrnuté údaje z toxikologického skríningu z výskumnej štúdie so skupinou užívateľov mefedrónu, ktoré umožňujú lepšie zapracovanie zistení do dôkazov než predchádzajúce hodnotenia rizík.

Na základe záverov správy o hodnotení rizík (EMCDDA, 2010) v decembri 2010 Európska rada rozhodla, aby sa na mefedrón vzťahovali kontrolné opatrenia a trestné sankcie v celej Európe ⁽¹⁴⁴⁾. Doteraz zaviedlo kontrolné

⁽¹⁴¹⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SVV o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok. Úradný vestník EÚ L 127, 20.5.2005.

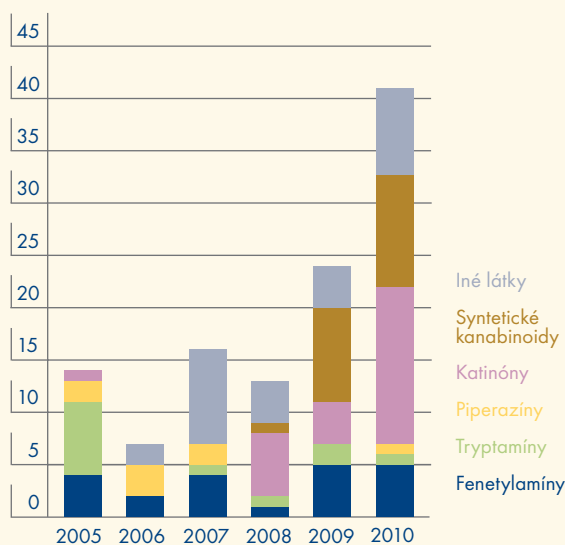
⁽¹⁴²⁾ Pozri rámček „Hlavné skupiny nových psychoaktívnych látok monitorovaných systémom včasného varovania“.

⁽¹⁴³⁾ Pozri rámček „Usmernenia k hodnoteniu rizík“.

⁽¹⁴⁴⁾ Rozhodnutie Rady 2010/759/EÚ o vystavení 4-metylmekatinónu (mefedrónu) kontrolným opatreniam Úradný vestník EÚ L 322/44, 8.12.2010, s. 44.

Hlavné skupiny nových psychoaktívnych látok monitorovaných systémom včasného varovania

Nové psychoaktívne látky, ktoré sa objavujú na trhu s drogami v Európe, tradične patria do malého počtu skupín chemikálií, pričom väčšina správ do systému včasného varovania sa týka fenetylaminov a tryptamínov. V posledných piatich rokoch sa však uvádza čoraz viac nových látok z rozširujúceho sa spektra skupín chemikálií (pozri obrázok).



Poznámka: Počet nových psychoaktívnych látok oznámených do európskeho systému včasného varovania na základe rozhodnutia Rady 2005/387/SVV.

Fenetylamíny zahŕňajú široké spektrum látok, ktoré môžu vykazovať stimulačné, entaktogénne a halucinogénne účinky. Sú to napríklad syntetické látky amfetamín, metamfetamín a MDMA (3,4-metyléndioxyamfetamín) a meskalín, ktorý sa vyskytuje v prírode.

Tryptamíny zahŕňajú viaceré látky, ktoré majú prevažne halucinogénne účinky. Hlavní predstavitelia sú prirodzene sa vyskytujúce látky dimetyltryptamín (DMT), psilocín a psilocybín (nachádzajúce sa v halucinogénnych hubách), ako aj polosyntetický dietylamid kyseliny lysergovej (LSD).

Piperazíny reprezentuje mCPP (1-(3-chlórfenyl)piperazín) a BZP (1-benzylpiperazín), obe látky sú stimulantmi centrálnej nervovej sústavy.

Katinóny majú stimulačné účinky. Hlavné deriváty katinónov sú polosyntetický mekatinón a syntetické zlúčeniny mefedrónu, metylón a MDPV (3,4-metyléndioxypropylamín).

Syntetické kanabinoídy sú funkčne podobné delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), účinnej zložke kanabisu. Rovnako ako THC môžu mať halucinogénne, sedatívne a utlmujúce účinky. Zistené boli bylinné zmesi na fajčenie, napr. „Spice“ (pozri EMCDDA, 2009d).

K ďalším látkam oznámeným do systému včasného varovania patria rôzne rastlinné a syntetické psychoaktívne látky (napr. indány, benzodiazepíny, narkotické analgetiká, syntetické deriváty kokaínu, ketamín a deriváty fencyklidínu), ktoré nepatria striktne do žiadnej z predchádzajúcich skupín. Patrí sem aj malý počet liekov a derivátov.

Viac informácií o vybraných nových psychoaktívnych látkach sa uvádza na webovej stránke EMCDDA Profily drog.

opatrenia na mefedrón už 18 európskych krajín^[145]. Zvyšné členské štáty majú jeden rok na prijatie potrebných opatrení.

Ďalšie informácie o mefedróne

Malé množstvo zdrojov umožňuje určité priebežné monitorovanie užívania mefedrónu a dostupnosti v Európe, najmä internetové prieskumy s návštevníkmi zábavných klubov a štúdie o predaji online. Podľa internetových prieskumov medzi čitateľmi časopisu návštevníkov zábavných klubov v Spojenom kráľovstve celoživotná prevencia užívania mefedrónu dosiahla úroveň okolo 40 % v roku 2010 (2 295 respondentov, Dick a Torrance, 2010) a 61 % v roku 2011 (2 560 respondentov, Winstock, 2011), hoci užívanie v poslednom mesiaci užívania kleslo z 33 % na 25 % v rovnakom období. Tieto prieskumy nemožno považovať za reprezentatívne pre širšiu skupinu návštevníkov klubov.

Online dostupnosť mefedrónu bola hodnotená v šiestich internetových štúdiách EMCDDA (prehľadoch) od decembra 2009 do februára 2011. V prvej polovici roka 2010 sa mefedrón dal bežne a legálne získať od dodávateľov na internete v maloobchodných aj veľkoobchodných množstvách. Z prehľadov EMCDDA o online obchodoch s drogami, ktoré sa uskutočňovali v angličtine vyplynulo, že online dostupnosť mefedrónu dosiahla maximum v marci 2010 a na predaj ho ponúkali 77 obchodníkov. Odvtedy celkový počet online obchodov predávajúcich mefedrón klesol, pretože od apríla 2010 európske krajiny začali na túto látku uplatňovať kontrolné opatrenia. Napriek tomu, že mefedrón bol vo väčšine členských štátov kontrolovaný do začiatku roka 2011, z viacjazyčného prehľadu EMCDDA vyplynulo, že droga bola v tom čase aj naďalej k dispozícii a zistilo sa, že kupujúcim v Európskej únii ponúkali mefedrón 23 webových stránok. Z pôvodných 77 online obchodov identifikovaných v marci 2010, zostalo o rok neskôr

[145] Belgicko, Dánsko, Nemecko, Estónsko, Írsko, Francúzsko, Taliansko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Malta, Rakúsko, Poľsko, Rumunsko, Švédsko, Veľká Británia, Chorvátsko, Nórsko.

Usmernenia k hodnoteniu rizík

Súčasná operačná usmernenia pre hodnotenie rizík nových psychoaktívnych látok prijaté v roku 2008 sa prvýkrát uplatnili v roku 2010 v prípade mefedrónu (EMCDDA, 2010c). Usmernenia zabezpečujú koncepčný rámec pre vykonávanie vedecky spoľahlivého hodnotenia založeného na dôkazoch v primeranom čase a keď sú zdroje informácií obmedzené. Hlavnými oblasťami, ktoré sa posudzujú sú: zdravotné a sociálne riziká, výroba a pašovanie, zapojenie organizovaného zločinu a možné dôsledky kontrolných opatrení.

Usmernenia zohľadňujú všetky faktory, na základe ktorých by podľa dohovorov OSN z roku 1961 a 1971 bolo oprávnené zabezpečiť, aby sa na látku vzťahovala medzinárodná kontrola. Zavádzajú aj nový semikvantitatívny bodovací systém založený na odbornom posúdení. Usmernenia zohľadňujú dvojakú definíciu rizika, a to pravdepodobnosť, že môže dôjsť k určitej škode (obvykle sa definuje ako „riziko“) a stupeň závažnosti tejto škody (obvykle sa definuje ako „nebezpečenstvo“). Okrem toho sa uvádza prehľad prevalencie užívania, potenciálne prínosy a riziká látky nezávisle od jej právneho postavenia v členských štátoch a porovnanie so známejšími drogami.

V roku 2010 Svetová zdravotnícka organizácia schválila tiež revíziu svojich usmernení k hodnoteniu psychoaktívnych látok na účely medzinárodnej kontroly (WHO, 2010b).

v prevádzke len 15 a len dva z nich ešte stále predávali mefedrón. Zvyšných 13 obchodov ďalej predávalo iné produkty, často prezentované ako „výskumné chemikálie“ a predávané ako „legálne alternatívy mefedrónu“⁽¹⁴⁶⁾. V roku 2011 sa v rámci prehľadu EMCDDA zistil tiež významný pokles od roku 2010 počtu online obchodov, ktoré ponúkajú mefedrón, ktoré podľa všetkého majú sídlo v Spojenom kráľovstve. V roku 2011 najvyšší počet online obchodov predávajúcich mefedrón sa nachádzal v USA (šesť), potom v Českej republike a Spojenom kráľovstve (po tri v každej krajine). Za rovnaké obdobie sa cena mefedrónu zvýšila z 10 – 12 EUR za gram v roku 2010 na 20 – 25 EUR za gram v roku 2011.

Intoxikácia a úmrtia súvisiace s mefedrónom sa ďalej pozorne sledujú prostredníctvom systému včasného varovania. Nefatálne nepriaznivé účinky užívania mefedrónu na zdravie boli zaznamenané v Írsku a Spojenom kráľovstve. V roku 2010 bolo v Anglicku zaznamenaných 65 podozrivých úmrtí v súvislosti s mefedrónom, v prípade ktorých testy preukázali prítomnosť drogy v 46 prípadoch. Identifikácia látky

v toxikologickej vzorke však nemusí nutne znamenať, že spôsobila alebo prispela k smrti a správy o úmrtí súvisiacich s mefedrónom je potrebné interpretovať s opatrnosťou.

Ďalšie informácie o iných látkach

V Európe neexistuje žiadne rutinné monitorovanie látok, v prípade ktorých sa uskutočnilo hodnotenie rizík vrátane tých, ktoré sa následne stali kontrolovanými látkami. Dostupné informácie o týchto látkach pochádzajú hlavne zo záchytov drog a zo správ o nepriaznivých účinkoch regulovaných látok oznámených do systému včasného varovania na zdravie. Viaceré členské štáty uvádzajú, že piperazíny BZP a mCPP boli v rokoch 2009 a 2010 ešte stále dostupné. V rámci programov na testovanie tabliet, napríklad v Holandsku, sa zistilo, že tablety predávané ako extáza často obsahovali mCPP. Aj v roku 2010 Fínsko oznámilo prítomnosť MDPV⁽¹⁴⁷⁾ v 13 posmrtných vzorkách z toxikológie, zatiaľ čo opätovné objavenie dvoch fenetylaminov, PMA a PMMA⁽¹⁴⁸⁾ uviedli tri krajiny. V Holandsku sa zistilo, že prášky predávané ako amfetamín obsahovali až 10 % PMA a tablety predávané ako extáza mali vysoký obsah PMMA, v Nórsku bolo zachytené značné množstvo PMMA a v Rakúsku zmes predávaná ako amfetamín obsahovala 50 % PMMA. Všetky krajiny uviedli prípady ohrozenia zdravia a úmrtia súvisiace s PMA a PMMA, dvomi látkami, o ktorých je známe, že sú značne toxické a ktoré boli zodpovedné za fatálne predávkovania v minulosti.

Nekontrolované psychoaktívne látky (tzv. legálne opojenia)

Od osemdesiatych rokov minulého storočia sa nové psychoaktívne látky označovali ako „dizajnérske drogy“, i keď v posledných rokoch sa stal populárnym pojem „legálne opojenia“. Pojmom „legálne opojenia“ sa označuje široká kategória neregulovaných psychoaktívnych zlúčenín alebo výrobkov, ktoré ich obsahujú, ktoré sú uvádzané na trh ako legálne alternatívy známych kontrolovaných látok, obvykle predávaných prostredníctvom internetu alebo v obchode označenom ako „smart shop“ alebo „head shop“. Tento termín sa používa pre širokú škálu syntetických a rastlinných látok a výrobkov vrátane „rastlinných opojení“, „party piluliek“ a „výskumných chemikálií“, z ktorých mnohé môžu byť špecificky navrhnuté na obídenie existujúcich drogových

⁽¹⁴⁶⁾ Tieto produkty obsahovali MDAI (5,6-metyléndioxy-2-aminoindán), 5-IAI (5-jód-2-aminoindán), MDAT (6,7-metyléndioxy-2-aminotetralín), 5-APB (5-(2-aminopropyl) benzofurán predávaný ako „Benzo fury“), 6-APB (6-(2-aminopropyl) benzofurán), nafyrón (naftylypyrovalerón predávaný ako NRG-1), 4-MEC (4-metyletkatínón predávaný ako NRG-2) a metoxetamín (2-(3-metoxifynyl)-2-(etylamin)cyklohexanón).

⁽¹⁴⁷⁾ 3,4-metyléndioxypropylamín, derivát pyrovalerónu, kontrolovaný podľa prílohy IV dohovoru OSN z roku 1971.

⁽¹⁴⁸⁾ PMA (parametoxymfetamín) je uvedený v prílohe I dohovoru OSN z roku 1971 od roku 1986 a PMMA (parametoxymetylmetamfetamín) je kontrolovaný na úrovni EÚ od roku 2002, pozri EMCDDA (2003).

kontrol. Samotný tento termín, aj keď sa bežne používa, zostáva problematický. ⁽¹⁴⁹⁾.

Prevalencia a dostupnosť cez internet

V Európe existuje niekoľko štúdií o prevalencii „legálnych opojení“ ako kolektívneho termínu alebo označenia jednotlivých látok. Z poľskej štúdie v roku 2008 vyplynulo, že spomedzi 1 400 študentov vo veku 18 rokov 3,5 % užílo „legálne opojenia“ aspoň raz v živote a nadväzujúca štúdia v roku 2010 na 1 260 študentoch vykázala nárast o 11,4 %. Užívanie „legálnych opojení“ v roku 2008 počas posledných 12 mesiacov uviedlo 2,6 % študentov a v roku 2010 došlo k nárastu na 7,2 %. Užívanie v poslednom mesiaci však kleslo z 1,5 % v roku 2008 na 1,1 % v roku 2010. Ďalšie štúdie o prevalencii „legálnych opojení“ sa očakávajú z Českej republiky, Írska a Španielska v roku 2011.

EMCDDA monitoruje dostupnosť online „legálnych opojení“ prostredníctvom pravidelných cieľených internetových prehľadov, v poslednom za použitia 18 z 23

úradných jazykov EÚ ⁽¹⁵⁰⁾, ktoré sú materinským jazykom 97 % obyvateľov EÚ, ako aj ruského a ukrajinského jazyka. Okrem vyhľadávania termínu „legálne opojenia“, látky, na ktoré sa vzťahovali tieto štúdie, zahŕňajú aj „rastlinné opojenia“ („Spice“, kratom a šalvia), GBL (gamabutyrolaktón) a halucinogénne huby. V rámci 2011 internetového prieskumu sa zistilo 314 online obchodov predávajúcich „legálne opojenia“, ktoré by mohli zasielať tovar aspoň do jedného členského štátu EÚ. Zistiť krajinu pôvodu online obchodov je ťažké, ale na základe znakov ako kontaktné údaje, doména podľa kódu krajiny, mena a prepravné informácie sa ako najčastejšie ukázalo Spojené kráľovstvo (obrázok 20). Angličtina bola najčastejšie používaným jazykom rozhrania, čo predstavuje 83 % skúmaných online obchodov v roku 2011. Kratom a šalvia boli dve najčastejšie ponúkané „legálne opojenia“ dostupné v 92, resp. 72 online obchodoch.

Dostupnosť výrobkov podobným prípravku „Spice“ na internete v roku 2011 ďalej klesala, pričom látky ponúkali 12 online predajcov, ktorí sa podieľali na prieskume, čo

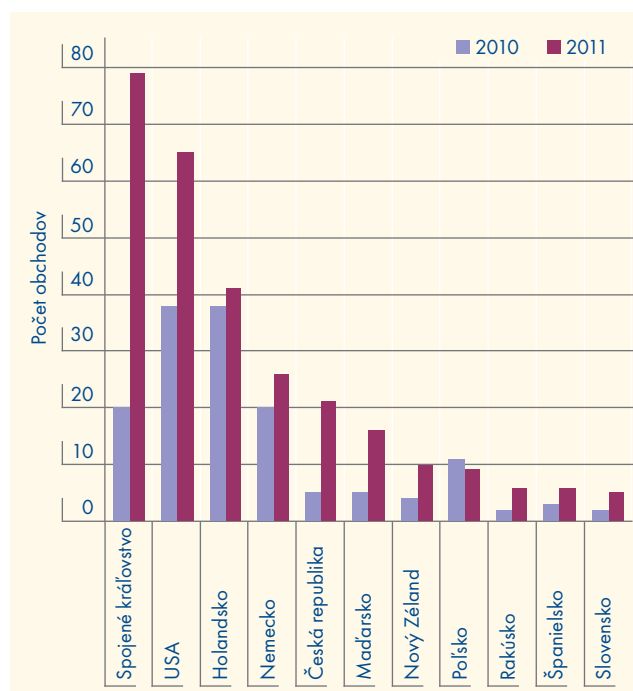
Nejde úplne o „legálne opojenia“

Výraz „legálne opojenia“ sa používa ako zastrešujúci termín pre psychoaktívne látky, ktoré nepodliehajú kontrole podľa protidrogových zákonov. Charakterizácia týchto látok ako „legálne“ môže byť nesprávna alebo zavádzajúca pre zákazníkov, pretože na mnohé z nich sa môže vzťahovať zákon o liekoch alebo potravinovej bezpečnosti.

V rámci európskej smernice o bezpečnosti výrobkov sú výrobcovia povinní uviesť na trh len bezpečné výrobky. Za racionálne predvídateľných podmienok použitia by výrobok nemal predstavovať „v súvislosti s používaním výrobku žiadne riziko alebo len minimálne riziko, ktoré sa považuje za prijateľné a je v súlade s vysokou úrovňou ochrany zdravia a bezpečnosti osôb“ so zreteľom na ich vlastnosti, označenie, všetky upozornenia a návod na jeho použitie. Možno v rámci reakcie na uvedené, online obchody čoraz častejšie zobrazujú zdravotné varovania týkajúce sa ich výrobkov. Podľa smernice distribútori musia tiež informovať príslušné orgány o závažných rizikách a o svojich opatreniach na ich prevenciu. Porušenia právnych predpisov možno trestať odňatím slobody.

V Európe predaj nových liekov už nie je „legálnejší“ ako predávanie iných netestovaných, zle označených výrobkov. Opatrenia proti predaju „legálnych opojení“ založené na predpisoch na ochranu spotrebiteľa zahŕňajú napríklad zabavenie prípravku „Spice“ a mefedrónu od dodávateľov v Taliansku a v Spojenom kráľovstve na základe nevhodného označenia. Aj v roku 2010 zdravotná inšpekcia v Poľsku zatvorila 1 200 predajní typu „head shop“.

Obrázok 20: Zrejmalá krajina pôvodu online obchodov ponúkajúcich nekontrolované psychoaktívne látky („legálne opojenia“) zistená v rámci internetových prehľadov v rokoch 2010 a 2011



Poznámka: Na obrázku sa uvádzajú len tie členské štáty, ktoré mali aspoň dva online obchody v rokoch 2010 aj 2011. V roku 2011 sa v rámci prieskumu, ktorý sa po prvýkrát konal v rumunčine zistilo 13 online obchodov so sídlom v Rumunsku.

⁽¹⁴⁹⁾ Pozri rámček Nejde úplne o „legálne opojenia“.

⁽¹⁵⁰⁾ Bulharčina, čeština, dánčina, nemčina, gréčtina, angličtina, španielčina, francúzština, taliančina, lotyština, maďarčina, maltčina, holandčina, poľština, portugalčina, rumunčina, slovenčina a švédčina.

je pokles z 21 obchodov v roku 2010 a 55 v roku 2009. V roku 2011 cena za 3-gramový balík výrobku podobného prípravku „Spice“ bola vo výške 12 – 18 EUR v porovnaní s približne 20 – 30 EUR v roku 2009. Tento paralelný pokles dostupnosti a ceny môže naznačovať konkurenciu zo strany ďalších nových liekov.

Kontrola a policajný dohľad nad voľným predajom nových drog

Rýchle šírenie nových látok núti členské štáty prehodnotiť a zmeniť niektoré zo svojich štandardných reakcií na problémy s drogami. V roku 2010 Írsko a Poľsko rýchlo vydali právne predpisy na obmedzenie voľného predaja psychoaktívnych látok, ktoré nie sú kontrolované podľa protidrogových zákonov. Obe krajiny museli vypracovať dôkladné právne definície takýchto látok. Írsky právny predpis ich definuje ako psychoaktívne látky, ktoré nie sú osobitne kontrolované podľa existujúcich právnych predpisov, ktoré majú schopnosť stimulovať alebo utlmiť centrálny nervový systém, spôsobujú halucinácie, závislosť alebo významné zmeny motorických funkcií, myslenia alebo správania. Lieky a potraviny, prostriedky pre zvieratá, alkoholické nápoje a tabak sú vylúčené. Poľské právo sa vzťahuje na „substitučné drogy“, definované ako látka alebo rastlina používaná namiesto alebo na rovnaké účely ako kontrolovaná droga a ktorých výroba alebo uvádzanie na trh nie sú upravené osobitnými opatreniami. Neuvádza sa žiadny konkrétny odkaz na to, či by sa drogy mali považovať za škodlivé.

Írsky právny predpis je vymáhateľný políciou. Vysokopostavení policajti môžu vydať predávajúcemu „oznámenie o zákaze“, ak páchatel' nekoná v súlade s týmto oznámením, súd môže vydať „príkaz na zákaz“. Predaj, reklamu a nedodržanie „príkazu na zákaz“ možno trestať až piatimi rokmi väzenia. Naproti tomu v Poľsku je zákon vymáhateľný štátnym inšpektorátom hygieny. Výroba alebo uvedenie substitučných drog do obehu sú prísne sankcionované, pričom trest za reklamu na tieto prípravky

Policajný dohľad nad novými kontrolovanými psychoaktívnymi látkami

V roku 2010 boli polícii v Spojenom kráľovstve vydané podrobné usmernenia na policajný dohľad nad novými kontrolovanými psychoaktívnymi látkami, najmä syntetickými kanabinoidmi, piperazínmi, a katinónmi, ako aj GBL a 1,4-butándiolom (ACPO, 2010). V usmerneniach sú uvedené informácie o vzhľade, spôsoboch užívania, účinkoch a rizikách drog a ručnej manipulácii s nimi. V usmerneniach sa odporúča jednotný celoštátny prístup k policajnému dohľadu nad

Analýza odpadových vôd

Analýza odpadových vôd alebo epidemiológia odpadových vôd je rýchlo rozvíjajúci sa vedný odbor umožňujúci sledovať trendy na úrovni populácie, pokiaľ ide o nezákonné drogy.

Pokrok v analytickej chémii umožnil identifikovať močom vylúčené nezákonné drogy a ich hlavné metabolity v odpadových vodách vo veľmi nízkych koncentráciách. Možno to porovnať k odberu oveľa zriedenejšej vzorky moču z celej populácie (a nie od jednotlivého užívateľa). Za určitých predpokladov je možné spätne vypočítať z množstva metabolitu v odpadovej vode odhadované množstvo drog, ktoré boli užité v komunite.

Zatiaľ čo skorší výskum bol zameraný na identifikáciu kokaínu a jeho metabolitov v odpadových vodách, nedávne štúdie priniesli odhady úrovni kanabisu, amfetamínu, metamfetamínu, heroínu a metadónu. Sľubne vyzerá identifikácia drog, ktoré sa bežne neužívajú tak často, napr. ketamínu a nových psychoaktívnych látok.

Táto oblasť práce sa rozvíja multidisciplinárnym spôsobom, pričom významne prispievajú k tejto analýze viaceré odbory, ako napr. analytická chémia, fyziológia, biochémia, inžinierstvo odpadových vôd a konvenčná drogová epidemiológia. Na stretnutí odborníkov EMCDDA týkajúcom sa analýzy odpadových vôd v roku 2011 sa identifikovalo minimálne 18 výskumných skupín, ktoré v 13 európskych krajinách pôsobia v tejto oblasti. Dosiahnutie konsenzu o metódach a nástrojoch odberu vzoriek, ako aj zavedenie kódexu osvedčených postupov v tejto oblasti stoja v popredí súčasného výskumného programu.

je až jeden rok väzenia. Inšpektori zo štátneho inšpektorátu hygieny môžu zakázať obchodovanie so „substitučnou drogou“ až na 18 mesiacov, aby sa mohla posúdiť jej bezpečnosť, ak je dôvodné podozrenie, že by mohla ohroziť život alebo zdravie. Ak sa zistí, že droga je škodlivá, distribútor je povinný uhradiť náklady hodnotenia. Inšpektori majú tiež právo až na tri mesiace uzavrieť priestory. V oboch krajinách nie je stanovené, že užívatelia týchto látok porušujú právne predpisy, ani nie sú sankcionovaní.

prechovávaním a šírením týchto látok. Pre správnu identifikáciu a ako požadované kritérium na dôkaz sa uznáva potreba vykonať forenznú analýzu. Dôraz sa kladie na význam spoločného postupu medzi políciou a miestnymi orgánmi pri policajnom dohľade nad „head shopmi“. Odporúčajú sa policajné návštevy v predajniach typu „head shop“ s cieľom zhromaždiť informácie a informovať majiteľov a poskytnúť im príležitosti, aby mohli odovzdať kontrolované látky. Na tento účel sa odporúča štandardizovaný list, v ktorom sa majiteľ obchodu vyzýva, aby preskúmal zavedené opatrenia a uistil sa, že sú v súlade s právnymi predpismi.



Literatúra ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. a Salaspuro, M. (2007): „Buprenorphine misuse in Finland“, *Substance Use & Misuse* 42, s. 1 027 – 1 028.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. a kol. (2008): „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47(7), s. 931 – 934.
- ACPO (2010): *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londýn.
- AIHW (2008): *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. a Humphris, G. (2011): „Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings“, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, s. 1 186 – 1 202.
- Allen, D., Coombes, L. a Foxcroft, D.R. (2007): „Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10 – 14: UK Phase I study“, *Health Education Research* 22, s. 547 – 560.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. a kol. (2009): „Modafinil for the treatment of cocaine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), s. 133 – 139.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., a Jensen, S.O. (2011): „Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 114, s. 134 – 139.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. a Schuster, C.R. (2010): „Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), s. 96 – 104.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. a kol. (2006): „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, s. 198 – 202.
- Barry, D., Sullivan, B. a Petry, N.M. (2009): „Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients“, *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), s. 168 – 174.
- Bell, J. (2010): „The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician’s perspective“, *Addiction* 105, s. 1 531 – 1 537.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. a Schnitzer, S. (2009): „Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands“, *European Addiction Research* 15, s. 78 – 86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. a Perkins, A. (2010): *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (k dispozícii online).
- Bird, S.M. a Robertson, J.R. (2011): „Toxicology of Scotland’s drugs-related deaths in 2000 – 2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era“, *Addiction Research and Theory* 19, s. 170 – 178.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. a McKeganey, N. (2008): „Contribution of problem drug users’ deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337, s. a478.
- Bröring, G. a Schatz, E. (editori) (2008): *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (k dispozícii online).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. a kol. (2009): „Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, s. 171 – 178.
- CADUMS (2010): *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (k dispozícii online).
- Caiaffa, W.T., Zocchetto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. a kol. (2011): „Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?“, *Addiction* 106(1) s. 143 – 151.
- Carpenedo, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. a Thompson, D.L. (2010): „Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence“, *American Journal of Health Behavior* 34(6), s. 776 – 787.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. a Hedrich, D. (2011): „Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges“, *The Howard Journal of Criminal Justice* (v tlači).
- Chabrol, H., Roura, C. a Armitage, J. (2003): „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.

⁽¹⁵¹⁾ Hypertextové odkazy na online zdroje možno nájsť v PDF verzii výročnej správy, ktorá sa nachádza na webovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. a McDonnell, G. (2009): *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (k dispozícii online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. a kol. (2008): *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (k dispozícii online).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. a Hickman, M. (2010): „Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database“, *BMJ* 341, s. c5475.
- Correlation Project a Eurasian Harm Reduction Network (2010): *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- CPT (Európsky výbor pre prevenciu mučenia a neľudského a ponižujúceho zaobchádzania a trestania) (2006): *The CPT Standards: „Substantive“ sections of the CPT’s General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (k dispozícii online).
- Cunningham, J.A. (2000): „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211 – 213.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. a Linsky, M. (2009): „Illicit drug use“, v: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. zväzok 1, Majid Ezzati a kol. (editori), Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva (k dispozícii online).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. a Hickman, M. (2010): „Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed“, *Lancet* 376, s. 285 – 301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. a all, W.D. (2011): „Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies“, *Drug and Alcohol Dependence* 113, s. 88 – 95.
- Dennis, M. a Scott, C.K. (2007): „Managing addiction as a chronic condition“, *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), s. 45 – 55.
- Derzon, J.H. (2007): „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28 (5), s. 421 – 447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. a Purchase, D. (2009): „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104(9), s. 1 441 – 1 446.
- Dick, D. a Tarrant, C. (2010): „MixMag Drugs Survey“, *Mix Mag* 225, s. 44 – 53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. a Wodak, A.D. (2005): „Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, s. 820 – 828.
- ECDC (2010): *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm.
- ECDC a EMCDDA (2011): *Joint ECDC-EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm.
- ECDC a Regionálny úrad WHO pre Európu (2010): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Európske stredisko pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. a kol. (2008): „Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence“, *Neuropsychopharmacology* 33(5), s. 1 162 – 1 170.
- EMCDDA (2003): *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).
- EMCDDA (2007a): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2007b): *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008a): *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008b): *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Prehľad, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008e): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009a): *Výročná správa 2009: stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009b): *Polydrug use: patterns and responses*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009c): *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Tematický dokument, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).
- EMCDDA (2009d): *Understanding the ‘Spice’ phenomenon*, Tematický dokument, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).

- EMCDDA (2010a): *Výročná správa 2010: stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010b): *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografia, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010c): *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).
- EMCDDA (2010d): *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010e): *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-metylmekatinón (mefedrón)*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010f): *Treatment and care for older drug users*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010g): *Trends in injecting drug use in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2011a): *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2011b): *Drug policy profiles: Portugal*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA a Europol (2010): *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, Spoločné publikácie EMCDDA – Europol, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- Escot, S. a Suderie, G. (2009): „Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles“, *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paríž.
- Europol (2007): *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998 – 2007*, príspevok Europolu k expertným konzultáciám pre hodnotenie UNGASS.
- Europol (2011): *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, Haag.
- Európska komisia (2011): *European Economic Forecast: Spring 2011*, European Economy 1/2011, Generálne riaditeľstvo pre hospodárske a finančné záležitosti, Európska komisia.
- Európsky súd pre ľudské práva: *Case of Teixeira de Castro v. Portugal*, rozhodnutie z 9. júna 1998, Reports 1998-VI, Par. 38 a 39.
- Fletcher, A., Bonell, C. and Hargreaves, J. (2008): „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, *Journal of Adolescent Health* 42 (3), s. 209 – 220.
- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. a kol. (2011): „A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), s. 276 – 282.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. a kol. (2009): „Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial“, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), s. 131 – 138.
- Gregoire, T. a Snively, C. (2001): „The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women“, *Drug Education* 31(3), s. 221 – 237.
- Gripenberg, J., Wallin, E. and Andréasson, S. (2007): „Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises“, *Substance Use and Misuse* 42 (12 – 13), s. 1 883 – 1 898.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010): *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (k dispozícii online).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. a McKendry, R. (2003): „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *BMJ* 327, s. 1 219 – 1 221.
- Hall, W. and Degenhardt, L. (2009): „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, s. 1 383 – 1 391.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. a kol. (2010): „Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), s. 20 – 29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. a kol. (2009): *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švédská rada pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN), Štokholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. a kol. (2011): „Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs“, *Molecular Therapy* 19, s. 612 – 619.
- Hoare, J. a Moon, D. (editori) (2010): „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (k dispozícii online).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. a Goldberg, D. (2011): „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* (v tlači).

- Horsley, T., Grimshaw, J. a Campbell, C. (2010): „Maintaining the competence of Europe’s workforce“, *BMJ* 341, s. c4687.
- Hughes, C.A. a Stevens, A. (2010): „What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?“, *The British Journal of Criminology* 50, s. 999 – 1 022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T. a Tait, R.J. (2010): „Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone“, *Biological Psychiatry* 68(3), s. 296 – 302.
- Hunt, N. a Morris, D. (2011): *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, vzdelávací modul, Euriázijská sieť na znižovanie škôd, Vilnius.
- Hunt, N., Albert, E. a Montañés Sánchez, V. (2010): „User involvement and user organising in harm reduction“, v: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2009): *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, OSN, New York.
- INCB (2010): *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, OSN, New York (k dispozícii online).
- INCB (2011a): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, OSN, New York (k dispozícii online).
- INCB (2011b): *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, OSN, New York (k dispozícii online).
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. a Lapeyre-Mestre, M. (2011): „Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), s. 832 – 843.
- Johnston, L.D., O’Malley, P.M., Bachman, J.G. a Schulenberg, J.E. (2010): *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (k dispozícii online).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. a D’Souza, J. (2009): *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londýn (k dispozícii online).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. a kol. (2009a): *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (k dispozícii online).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. a kol. (2009b): „Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure“, *New England Journal of Medicine* 363, s. 2 320 – 2 331.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R. a Newton, T.F. (2010): „Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment“, *American Journal on Addictions* 19(4), s. 340 – 344.
- Kaskutas, L., Ammon, L. and Weisner, C. (2004): „naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives“, *International Journal of Self Help and Social Care* 2, s. 111 – 133.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. a kol. (2010): „Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment“, *BMJ* 341, s. c3172.
- King, K., Meehan, B., Trim, R. and Chassin, L. (2006): „Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment“, *Addiction* 101, s. 1 730 – 1 740.
- Koerkel, J. a Verthein, U. (2010): „Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain“, *Suchttherapie* 11 (1), s. 31 – 34.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. a Franck, J. (2010): „Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study“, *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), s. 130 – 133.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D. a Kleemans, E.R. (2011): „Undercover policing: assumptions and empirical evidence“, *The British Journal of Criminology* 51, s. 394 – 412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. a Whiteside, H.O. (2008): „Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program“, *Evaluation and the Health Professions* 31, s. 226 – 239.
- Laudet, A., Becker, J. a White, W. (2009): „Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission“, *Substance Use and Misuse* 44, s. 227 – 252.
- Lawless, M. a Cox, G. (2000): *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., a kol. (2008): „I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed“, *International Journal of Drug Policy* 19, d. 255 – 264.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. a Greenbaum, P.E. (2009): „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), s. 12 – 25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. a kol. (2010): „Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial“, *JAMA* 304(14), s. 1 576 – 1 583.
- Lloyd, C. (2010): *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (k dispozícii online).

- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevold, T. a Waal, H. (2010): „Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release“, *European Addiction Research* 16(3), s. 139 – 145.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. a White, J.M. (2010): „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence“, *Addiction* 105(1), d. 146 – 154.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. a Basso, C. (2010): „Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain“, *European Heart Journal* 31(3), s. 318 – 329.
- Marsden, J. and Stillwell, G. (2010): *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP, Blenheim CDP, The London Drug Agency* (k dispozícii online).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. a Kerr, T. (2011): „Reduction of overdose mortality after the opening of North America’s first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study“, *Lancet* 377, s. 1 429 – 1 437.
- Marshall, K.S., Gowing, L. a Ali, L. (2011): „Pharmacotherapies for cannabis withdrawal“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. a kol. (2009): „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial“, *Archives of General Psychiatry* 66(10), s. 1 116 – 1 123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2010): „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, *Lancet* 375, s. 1 014 – 1 028.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. and Davoli, M. (2009): „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, s. CD002209.
- McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. a kol. (2010): „Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), s. 111 – 120.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. a kol. (2010): „Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison“, *Addiction* 105, s. 1 545 – 1 554.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. a Vuchinich, R. (2005): „To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment“, *American Journal of Public Health* 95, s. 1 259 – 1 265.
- Moore, T. (2008): „The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia“, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 404 – 413.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. a kol. (2007): „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review“, *Lancet* 370, s. 319 – 328.
- O’Connor, P.G. (2010): „Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges“, *JAMA* 304(14), s. 1 612 – 1 614.
- OECD (2006): „The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach“, *OECD Economic Studies* 43, s. 115 – 154.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. a Davoli, M. (2010a): „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, s. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. a Davoli, M. (2010b): „Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, s. CD008373.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P. a Wolff, F.A. (2002): „Effects of concurrent use of alcohol and cocaine“, *Addiction* 97(7), s. 773 – 783.
- Popova, S., Rehm, J. a Fischer, B. (2006): „An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada“ *Public Health* 120(4), s. 320 – 328.
- Prieto, L. (2010): „Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?“, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, s. 9.
- 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 – 155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001): „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey“, *Circulation* 103, s. 502 – 506.
- Rada Európskej únie (2009): *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (k dispozícii online).
- Reuter, P. (2006): „What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures“, *Addiction*, 101, s. 315 – 322.
- Reynaud-Maurupt, C. a Hoareau, E. (2010): „Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»“, *Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*, Saint-Denis (k dispozícii online).

- Richter, C., Romanowski, A. a Kienast, T. (2009): „Gamma-Hydroxybutyrát (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36(7), s. 345 – 347.
- Roche, A., McCabe, S. a Smyth, B. (2011): „Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence“, *European Addiction Research* 14, s. 219 – 225.
- Rome, A., Shaw, A. a Boyle, K. (2008): *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. a kol. (2010): „Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?“, *Addiction* 105, d. 1 625 – 1 632.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. a Hakkarainen, P. (2009): *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyskirjoista [Úmrtia súvisiace s drogami vo Fínsku v roku 2007. Cross-discipline study of forensic medical cause-of-death documents.]*, THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- SAMHSA (2009): *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (k dispozícii online).
- SAMHSA (2010): *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: zväzok I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (k dispozícii online).
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. a White, J.M. (2010): „Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy“, *Substance Abuse* 31(2), s. 98 – 107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. a kol. (2010): „Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), s. 157 – 166.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M. a Bird, S.M. (2010): „Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993 – 2008): analyses using OD4 index in England and Scotland“, *BMJ* 341, d. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. a Dursteler-Macfarland, K.M. (2010): „Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower- versus higher-dose methadone patients“, *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), s. 450 – 454.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. a Gill, O.N. (2006): „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, s. 170 (k dispozícii online).
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. a Hickman, M. (2008): „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381 – 395.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. and Reilly, D. (1998): „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, *Addiction* 93, s. 1 149 – 1 160.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. a kol. (2010): „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estónsko: Implications for intervention“, *Journal of Drug Policy* 21(1), s. 56 – 63.
- Tan, J.A., Joseph, T.A. a Saab, S. (2008): „Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving“, *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), s. 1 387 – 1 395.
- TNI (2009): *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (k dispozícii online).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. a Hogge, M. (2009): *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Brusel.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. a Rubel, E. (1999): „Natural recovery from cocaine dependence“, *Psychology of Addictive Behaviors* 13, s. 259 – 268.
- UNODC (2009): *World drug report 2009*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2010): *World drug report 2010*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2011): *World drug report 2011*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC a MCN (Government of Afghanistan ministry of counter narcotics) (2010): *Afghan opium survey 2010*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň (k dispozícii online).
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. a kol. (2009): „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143 – 151.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. a Vergouwen, T.A. (2009): „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known“, *General Hospital Psychiatry* 31(4), s. 394 – 396.
- Vandrey, R. a Haney, M. (2009): „Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?“, *CNS Drugs* 23(7), s. 543 – 553.

- Whitten, L. (2010): „A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response“, *NIDA Notes* 23(3) (k dispozícii online).
- WHO (1986): *Ottawa Charter for health promotion*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva (k dispozícii online).
- WHO (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- WHO (2010a): *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- WHO (2010b): *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva (k dispozícii online).
- WHO (2010c): *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Svetová zdravotnícka organizácia, Európsky úrad, Kodaň.
- WHO, UNODC and UNAIDS (2009): *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. a Cowan, S.A. (2008): „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (k dispozícii online).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. a Griffiths, P. (2009): „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users“, *American Journal of Public Health* 99, s. 1 049 – 1 052.
- Winstock, A. (2011): „The 2011 Mixmag drugs survey“, *Mixmag* March s. 49 – 59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. a Wu, Z. (2010): „Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges“, *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, s. ii29 – 37.
- Zurhold, H. (2011): *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project „Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk“, ZIS, Hamburg (k dispozícii online).

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2011: stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie

2011 – 109 s. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-484-7

doi:10.2810/47430

AKO ZÍSKAŤ PUBLIKÁCIE EÚ

Bezplatné publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej únie.
Ich kontaktné údaje nájdete na <http://ec.europa.eu> alebo si ich môžete vyžiadať faxom na čísle +352 2929-42758.

Platené publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Predplatné (napr. ročné série *Úradného vestníka EÚ*, zbierky rozhodnutí Súdneho dvora Európskej únie):

- prostredníctvom obchodných distribútorov Úradu pre vydávanie publikácií EÚ (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sk.htm).

Čo je EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Centrum, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMCDDA zbiera, analyzuje a šíri faktické, 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 centra 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 širokú verejnosť.

Výročná správa EMCDDA 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.



Úrad pre publikácie

ISBN 978-92-9168-484-7



9 789291 684847