Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

VÝROČNÁ SPRÁVA 2004

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPSKEJ ÚNII A V NÓRSKU

SK

Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ SPRÁVA 2004

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPSKEJ ÚNII A V NÓRSKU

Právne upozornenie

Táto publikácia Európskeho strediska pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (EMSDDZ) je chránená autorským právom. EMSDDZ odmieta občianskoprávnu a inú zodpovednosť za akékoľvek dôsledky vyplývajúce z použitia údajov uvádzaných v tomto dokumente. Obsah tejto publikácie nemusí vyjadrovať oficiálny názor partnerov EMSDDZ, členských štátov EÚ, ani inštitúcií alebo agentúr Európskej únie alebo Európskych spoločenstiev.

Na internete je k dispozícii množstvo ďalších informácií o Európskej únii. Sú prístupné na serveri Europa (Europa server) **(http://europa.eu.int)**.

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

Bezplatné telefónne číslo:
00 800 6 7 8 9 10 11

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

Katalogizačné údaje nájdete na konci tejto publikácie.

Luxemburg, Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev, 2004

ISBN 92-9168-213-6

© Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti 2004
Reprodukcia sa povoľuje za predpokladu, že sa uvedie zdroj.

Printed in Belgium

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI

Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

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

Obsah

Predslov 5

Poďakovanie 7

Poznámka na úvod 7

Stručný prehľad drogovej situácie v Európe 9

Kapitola 1
Najnovší vývoj v oblasti politiky a právnych predpisov 15

Kapitola 2
Drogová prevencia – práca s komunitami a zameranie sa na najrizikovejšie osoby 24

Kapitola 3
Kanabis 28

Kapitola 4
Stimulanty amfetamínového typu, LSD a ostatné syntetické drogy 34

Kapitola 5
Kokaín a crack kokaín 44

Kapitola 6
Heroín a injekčné užívanie drog 50

Kapitola 7
Liečba – riešenie potrieb osôb v problémovej situácii 63

Kapitola 8
Otázky kriminality a väzenských zariadení 70

Vybraná otázka 1
Hodnotenie „národných stratégií pre drogy" v Európe 75

Vybraná otázka 2
Problém kanabisu v kontexte – dôvody nárastu počtu žiadostí o liečbu v Európe 82

Vybraná otázka 3
Komorbidita 94

Literatúra 105

Národné kontaktné miesta siete Reitox 111

Predslov

Tohtoročná výročná správa Európskeho strediska pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (ESMDDZ) obsahuje údaje z 25 členských štátov Európskej únie a z Nórska. Množstvo predložených informácií nám nielen pomáha lepšie pochopiť do akej miery drogová problematika vplýva na občanov Európy a na komunity, v ktorých žijú, ale zároveň nám umožňuje premýšľať o politike a postupoch, ktoré vytvorili členské štáty ako odpoveď na komplexnú a mnohostrannú výzvu, ktorú drogy predstavujú.

Tí, ktorí sú oboznámení s predchádzajúcimi správami strediska o drogovej problematike, budú zrejme veľmi zarazení značnými rozdielmi, ktoré vznikli vzhľadom na rozšírenie. Bude potrebné prehodnotiť a prispôsobiť mnohé odhady týkajúce sa povahy a smerovania vývoja drogovej problematiky tak, aby odrážali realitu zložitejšej, dynamickejšej a rôznorodejšej situácie, ktorej Európa v súčasnosti čelí.

Nie všetky krajiny môžu poskytnúť informácie zo všetkých oblastí a nie všetky dostupné údaje je možné jednoducho porovnávať. Z tohto dôvodu sme zaviedli metodologické poznámky a upozorňujeme čitateľov na nástrahy, ktoré je potrebné vziať do úvahy pri vyvodzovaní záverov. Napriek tomu sú údaje o drogovej situácii v Európe dôležité a ich množstvo narastá. Teší nás, že vám aj v nasledujúcich rokoch budeme môcť predstaviť rozrastajúcu sa obsiahlu zbierku údajov ako investíciu členských štátov, ktoré už v súčasnosti zbierajú jej plody. Technicky založení čitatelia alebo tí, ktorí by mali záujem o konkrétnejšie podrobné údaje týkajúce sa ktorejkoľvek témy v tejto správe, môžu nahliadnuť do tabuliek s údajmi, ktoré sú podkladom pre zhrnuté informácie, ktoré vám tu predkladáme a sú k dispozícii v sprievodnej štatistickej ročenke a v rozšírenej on-line verzii tejto publikácie. Čitatelia, ktorí majú záujem len o stručný prehľad vývoja, nájdu v časti „Stručný prehľad" zhrnutie kľúčových trendov vo vývoji, ktoré sú podrobne rozobrané v hlavnej časti správy.

S poďakovaním uznávame fakt, že údaje v tejto správe sú produktom partnerstva a závisia od práce našich partnerov zo siete Reitox a vedeckých odborníkov, ktorí sa podieľali na práci pracovných skupín na národnej úrovni a úrovni EÚ. Správa informuje aj o našej pokračujúcej práci s Európskou komisiou a jej prínosoch v rámci podpory hodnotenia Akčného plánu EÚ pre drogy (2000-2004).

Niektoré pripomienky sa sústreďujú na problémy, ktoré môžu vzniknúť v rámci európskej integrácie po rozšírení, najmä schopnosť organizovaných zločincov profitovať z otvorených hraníc a voľného pohybu osôb a tovaru. Tieto problémy v správe neignorujeme, ale je tu aj iné posolstvo. Ako Európania, stále viac a viac zdieľame spoločné problémy vyplývajúce z užívania drog, zároveň upozorňujeme aj na odlišné historické skúsenosti a perspektívy. Údaje, ktoré sa nachádzajú v tejto správe, predstavujú spoločný záväzok členských štátov, aby zhromažďovali porovnateľné údaje a využili ich na rozvoj účinnejších a lepšie zameraných postupov a opatrení. Rozšírenie Európskej únie nám ponúka nové možnosti na zdieľanie skúseností s tým, čo funguje a na užšiu spoluprácu na účely rozvoja lepšej koordinácie opatrení. V tomto snažení musí Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti zohrať svoju úlohu v rámci spolupráce s členskými štátmi s cieľom zhromaždenia zbierok veľmi kvalitných údajov, ktoré sú potrebné ako podkladový materiál pre odborné diskusie.

Marcel Reimen
Predseda správnej rady ESMDDZ

Georges Estievenart
Výkonný riaditeľ ESMDDZ

Poďakovanie

EMSDDZ ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest siete Reitox a ich pracovníkom;
- službám v jednotlivých členských štátoch, ktoré zozbierali vstupné údaje pre túto správu;
- členom správnej rady a vedeckého výboru EMSDDZ;
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej Horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii;
- Pompidou Group Rady Európy, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Svetovej zdravotníckej organizácii, Europolu, Interpolu, Svetovej colnej organizácii, Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN) a Stredisku pre epidemiologické monitorovanie AIDS;
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

Poznámka na úvod

Táto výročná správa vychádza z informácií, ktoré EMSDDZ poskytli členské štáty EÚ a Nórsko (ktoré sa zúčastňuje na činnosti EMSDDZ od roku 2001) vo forme národných správ. Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2002 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Údaje o reakciách na užívanie drog a o vybraných otázkach môžu byť aj novšieho dáta.

Národné správy kontaktných miest siete Reitox sú k dispozícii na internetovej stránke EMSDDZ (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

On-line verzia výročnej správy je k dispozícii v 20 jazykoch a je prístupná na http://annualreport.emcdda.eu.int. Ďalšie materiály, na ktoré sa v poznámkach pod čiarou odkazuje skratkou OL, sú dostupné len v on-line verzii, v angličtine a obsahujú množstvo ďalších grafických znázornení, tabuliek a podkladových údajov.

Štatistická ročenka EMSDDZ 2004 obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza (http://statistics.emcdda.eu.int). Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodológii.

Stručný prehľad situácie s drogami v Európe

V tejto prehľadovej časti upozorňujeme na kľúčové otázky najnovšieho vývoja, zahrnuté vo výročnej správe EMSDDZ za rok 2004 o stave drogového problému v Európe. Podrobné informácie nájde čitateľ v úplnom texte správy.

Politiky a právny rámec

Medzi najdôležitejšie aspekty najnovšieho vývoja spomenuté v správe patrí strednodobé hodnotenie akčného plánu prijatého na osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia Organizácie Spojených národov o svetovom drogovom probléme (UNGASS) v roku 1998. EMSDDZ sa podieľa aj na hodnotení akčného plánu EÚ pre drogy (2000–2004), ktorý sa končí v roku 2004.

Rada ministrov prijala v júni 2003 odporúčanie pre prevenciu a znižovanie poškodzovania zdravia súvisiaceho s drogovou závislosťou. Medzi kľúčové oblasti záujmu odporúčania patrí ochrana zdravia a znižovanie rizika, znižovanie výskytu ochorení prenášaných krvou medzi užívateľmi drog (HIV, HCV a TBC), znižovanie počtu úmrtí súvisiacich s drogami a zavádzanie primeraných hodnotiacich mechanizmov. V roku 2003 Rada ministrov dosiahla tiež politickú dohodu na rámcovom rozhodnutí o nezákonnom obchodovaní s drogami. Táto dohoda sa zameriava na dosiahnutie zosúlaďovania trestov a rozšírenie cieľov pôsobenia na také zločinecké a teroristické organizácie, ktoré získavajú prostriedky obchodovaním s drogami.

V roku 2003 pokračovali práce na kontrole nových syntetických drog v Európskej únii, keď Rada ministrov prijala rozhodnutie o uplatňovaní kontrolných opatrení voči 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 a TMA-2.

V roku 2003 sa zvýšil počet krajín s drogovou politikou integrovanou do celkovej národnej stratégie, pričom drogové plány boli prijaté v Dánsku, Nemecku, Litve a v Slovinsku. Keď sa k nim pridajú, ako sa plánuje, Estónsko a Francúzsko v roku 2004, bude sa tento prístup uplatňovať už vo viac ako v troch štvrtinách všetkých členských štátov EÚ. Medzi spoločné témy, ktoré nájdeme v národných stratégiách, patrí presadzovanie vyváženého prístupu k aktivitám na strane dopytu i ponuky a výslovné uznanie významu koordinácie.

Hodnotenia drogovej politiky môžu priniesť dôležité poučenie pre budúcnosť. Medzi oblasti, v ktorých členské štáty v roku 2003 informovali o monitorovaní alebo hodnoteniach, patrí dopad novej drogovej legislatívy, dopad zmeny zákonnej úpravy držania drog na osobné použitie a predovšetkým držanie kanabisu, opatrenia umožňujúce miestnym orgánom konať proti objektom spojeným s obchodovaním s drogami alebo budením verejného pohoršenia, schémy navrhnuté na posielanie osôb s drogovými problémami orgánom mimo systému trestnej justície a akcie na boj proti obchodovaniu s drogami a praniu špinavých peňazí. Prístupy, ktoré si členské štáty zvolili na hodnotenie národných drogových stratégií, sú vysvetlené vo vybranej otázke o hodnotení.

Dve krajiny (Belgicko, Spojené kráľovstvo) informovali o zmenách právnej klasifikácie kanabisu. V oboch týchto krajinách zákony alebo usmernenia výslovne upravujú problematické užívanie kanabisu a zavedené právne zmeny majú veľa dôležitých aspektov, ktoré sa v spravodajstve médií často ignorujú.

Stále dôležitejšou oblasťou budúcej činnosti a medzinárodnej spolupráce sa javí problematika uplatňovania právomocí umožňujúcich konfiškovanie majetku obchodníkov s drogami a zločineckých gangov. Španielsko, Francúzsko, Írsko a Spojené kráľovstvo informujú o najnovšom vývoji v tejto oblasti.

Otázka vedenia motorového vozidla pod vplyvom drogy a prístup k jej riešeniu aj naďalej zostáva predmetom veľkého záujmu v mnohých členských štátoch. V roku 2003 tri krajiny (Francúzsko, Rakúsko a Fínsko) prijali významné zmeny smerujúce k vyjasneniu alebo posilneniu legislatívy v tejto oblasti.

Drogová prevencia

Práce na drogovej prevencii v Európe možno kategorizovať ako zameriavajúce sa na komunitu ako celok (univerzálna prevencia), alebo na osoby vystavené najväčšiemu riziku, či už na skupinovej (selektívnej), alebo individuálnej úrovni (indikovanej). Najviac rozvinuté modely univerzálnej prevencie sú programy zamerané na školskú populáciu, pre ktorú je k dispozícii pomerne silná dôkazová základňa na definovanie obsahu a formy poskytovania programu. Celý rad krajín informuje o povzbudzujúcom vývoji z hľadiska záberu a realizácie programov prevencie na báze škôl. V mnohých krajinách však zostáva ešte významný potenciál na zlepšenie

z hľadiska záberu i kvality univerzálnej preventívnej činnosti. Značný potenciál má aj univerzálna prevencia v mimoškolských podmienkach, avšak v súčasnosti sa tento typ prístupu uplatňuje iba v malom počte krajín.

Hoci sa stále viac uznáva dôležitosť rozvíjania preventívnej činnosti pre najviac ohrozené osoby, naďalej sa pociťuje významná potreba investovať do tohto typu cielenej prevencie.

Kanabis

Najviac užívanou nezákonnou látkou v EÚ je aj naďalej kanabis, so značnými rozdielmi medzi jednotlivými krajinami. Výsledky najnovších štúdií medzi 15-ročnými žiakmi škôl nasvedčujú, že celoživotná prevalencia sa pohybuje od menej ako 10 % do viac ako 30 %, pričom najvyššia miera užívania bola hlásená u chlapcov v Spojenom kráľovstve (42,5 %). Malé, avšak konzistentné percento (15 %) 15-ročných školákov, ktorí užili kanabis v poslednom roku, udáva jeho užitie 40 alebo viackrát. Takéto intenzívne užívanie kanabisu vzbudzuje obavy, predovšetkým vzhľadom na možnosť, že táto skupina môže byť vystavená riziku nepriaznivých dôsledkov. O tejto otázke a o skutočnosti, že v Európe je hlásené zvýšenie dopytu po liečení závislosti od kanabisu, sa podrobnejšie hovorí v časti venovanej vybranej otázke. Prevalencia nedávneho (za posledný rok) užívania kanabisu vrcholí medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov), pričom vo väčšine krajín sa pohybuje v rozsahu od 5 % do 20 %. Zdá sa, že užívanie kanabisu sa vo väčšine krajín v 90. rokoch minulého storočia významne zvýšilo, avšak teraz sa, prinajmenšom v niektorých krajinách, stabilizovalo.

Ako zdroj kanabisu zachyteného v Európe sa uvádza viac ako 30 krajín, čo ilustruje globálny charakter produkcie kanabisu. Európa je celosvetovo najväčší trh kanabisovej živice, väčšinou pochádzajúcej z Maroka, ktoré je dnes hlavným svetovým zdrojom tejto formy drogy. Kanabis sa dnes pestuje aj vo väčšine krajín Európy, hoci vo všetkých krajinách, okrem Holandska, stále prevažujú dovážané kanabisové produkty. Zdá sa, že potencia kanabisu dovážaného do Európy zostáva pomerne stabilná už viac rokov. Kanabis pestovaný v EÚ intenzívnymi metódami má spravidla vyššiu potenciu, tieto dva produkty sa však významne prekrývajú.

Stimulanty amfetamínového typu, LSD a ostatné syntetické drogy

V Európe je amfetamín historicky najviac užívanou drogou po kanabise. Zdá sa však, že v celom rade krajín sa situácia mení, najmä v Nemecku, Španielsku, Holandsku, Fínsku a v Spojenom kráľovstve, kde výsledky z najnovšieho prieskumu nasvedčujú, že užívanie extázy sa vyrovnáva užívaniu amfetamínu alebo ho dokonca prekračuje. Napriek tomuto zvýšeniu užívania extázy v roku 2002 v celosvetovom meradle na Európu opäť pripadla väčšina zachytení amfetamínu (86 % podľa objemu). Celoživotná miera prevalencie extázy sa obyčajne pohybuje od 0,5 % do 7 % v dospelej populácii, hoci u mladších mužov je táto miera vyššia. Napríklad miera celoživotnej prevalencie od 11 % po 17 % sa udáva u 15- až 24-ročných mužov v Českej republike, Španielsku, Holandsku a v Spojenom kráľovstve. Zdá sa, že zvýšenie užívania extázy, ku ktorému došlo v deväťdesiatych rokoch minulého storočia, sa celkovo stabilizovalo, keď iba niekoľko málo krajín aj naďalej vykazuje rastúci trend. Štúdie v jednotlivých populáciách opakovane ukazujú, že užívanie extázy je rozšírenejšie medzi mládežou, navštevujúcou takzvané „tanečné podujatia/večierky“, hoci niektoré novšie dôkazy nasvedčujú, že táto väzba sa zoslabuje.

Úmrtia súvisiace s extázou sú v porovnaní s úmrtiami súvisiacimi s opiátmi zriedkavé, avšak vyvolávajú veľké obavy verejnosti. Problémy definície a hodnotenia sťažujú analýzu tejto problematiky. Za posledný rok, za ktorý boli k dispozícii údaje, bolo EMSDDZ hlásených menej ako 100 úmrtí na extázu. K tomuto číslu však treba pristupovať obozretne, pretože niektoré krajiny neuviedli žiadne údaje a v prípade, že boli k dispozícii toxikologické informácie, často boli prítomné aj iné látky. Približne dve tretiny všetkých správ o úmrtiach súvisiacich s extázou EMSDDZ boli hlásené zo Spojeného kráľovstva, kde je trend stúpajúci. Nie je jasné, do akej miery je toto zistenie prejavom vysokej prevalencie užívania extázy a do akej miery odzrkadľuje rozdiely v postupoch vykazovania.

Členské štáty sa naďalej zameriavali na rekreačné užívanie stimulantov prostredníctvom radu programov na prevenciu a znižovanie poškodzovania zdravia, pričom aktivity v tejto oblasti sú najzreteľnejšie v niektorých nových členských štátoch. Užívanie stimulantov amfetamínového typu ako hlavný dôvod vyhľadania liečby drogovej závislosti je pomerne vzácne, okrem Švédska a Fínska, ktoré majú dlhoročné skúsenosti s problémami spôsobenými chronickým užívaním amfetamínu, a Českej republiky, kde problémy s užívaním „pervitínu“, metamfetamínu miestnej výroby, už určitý čas existovali.

Hoci je užívanie metamfetamínu v celosvetovom kontexte rastúcim problémom, v Európe sa významnejšie užívanie tejto drogy doteraz obmedzovalo na Českú republiku. Sporadické správy o užívaní metamfetamínu v súčasnosti

prichádzajú z viacerých európskych krajín a vyvolávajú obavy z potenciálneho ďalšieho rozšírenia tejto mimoriadne škodlivej formy užívania drog.

Kokaín

Nedávne prieskumy nasvedčujú, že 0,5 % až 6 % dospelých už niekedy užili kokaín (celoživotná prevalencia). Medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) sa percento celoživotnej prevalencie vo všeobecnosti pohybuje v rozsahu od 1 % po 10 %. Približne polovica osôb, ktoré aspoň raz vyskúšali kokaín, spravidla udáva, že tak urobili v poslednom roku. Čísla o spotrebe sú vyššie v Španielsku a v Spojenom kráľovstve – v oboch krajinách je prevalencia nedávneho užívania (posledný rok) medzi dospelými nad 2 %, v porovnaní s menej ako 1 % vo väčšine iných krajín. To znamená, že prevalencia nedávneho užívania kokaínu v Španielsku a v Spojenom kráľovstve je dnes podobná ako v USA, hoci miera celoživotnej prevalencie zostáva nižšia. Trendy kokaínu sa na národnej úrovni ťažko sledujú, avšak existujúce údaje nasvedčujú, že nedávne užívanie kokaínu medzi mládežou sa do určitej miery zvýšilo v Dánsku, Nemecku, Španielsku, Holandsku v Spojenom kráľovstve, pričom Grécko, Írsko, Taliansko a Rakúsko tiež udávajú zvýšenie užívania na základe miestnych alebo kvalitatívnych zdrojov.

Počet zachytení kokaínu sa v období 1997 – 2002 vo všetkých krajinách, okrem Nemecka a Talianska, zvýšil. Trendy vychádzajúce z dostupných údajov nasvedčujú, že ak by bola možná komplexná analýza, odhalila by, že počet zachytení na úrovni EÚ v roku 2002 opäť vzrástol. Udáva sa, že cena kokaínu za toto obdobie vo väčšine krajín klesla.

Fajčenie cracku (bázického kokaínu) zostáva obmedzené na niektoré z väčších miest Európy, kde je jeho užívanie zrejme najrozšírenejšie v marginalizovaných skupinách. Údaje zo štúdií medzi užívateľmi miestností na konzumáciu drog napríklad ukazujú, že percento fajčenia kokaínu je vysoké hlavne medzi sexuálnymi pracovníčkami. Fajčenie kokaínu, hoci je vo všeobecnej populácii vzácne, je spojené s mimoriadne vysokým rizikom poškodzovania zdravia a vzniku sociálnych problémov.

Toxikologická analýza ukazuje, že v niektorých krajinách sa pri smrteľných prípadoch súvisiacich s drogami kokaín často nachádza v kombinácii s opiátmi. Úmrtia, ktoré možno pripísať na vrub kokaínu bez prítomnosti opiátov, zostávajú vzácne, môžu však byť na vzostupe.
V Spojenom kráľovstve sa počet zmienok o kokaíne na úmrtných listoch za roky 1993 – 2001 zvýšil na osemnásobok. V Holandsku sa počet úmrtí pripisovaných kokaínu zvýšil z dvoch v roku 1994 na 26 v roku 2001. Kokaín môže prispievať aj k úmrtiam spôsobeným kardiovaskulárnymi problémami, zastúpenie týchto prípadov však môže byť nedostatočné z hľadiska štatistickej preukázateľnosti.

Možnosti liečby osôb s problémami s kokaínom sa väčšinou zakladajú na všeobecných prístupoch, spravidla bez farmakologickej zložky. Na zlepšení účinnosti farmakologických intervencií sa pracuje, okrem predpisovania liekov na základe príznakov však zatiaľ neexistuje jednoznačný konsenzus, čo v tejto oblasti znamená správna prax. Predovšetkým manažment užívateľov cracku môže byť pre centrá na liečbu drogovej závislosti veľmi náročnou úlohou.

Problémové užívanie drog, užívanie heroínu a injekčné užívanie drog

Hlavným prvkom indikátora problémového užívania drog EMSDDZ je užívanie heroínu a injekčné užívanie drog. Tento indikátor predstavuje zložené meradlo navrhnuté na pomoc pri odhadovaní rozsahu do značnej miery skrytého problému chronického užívania drog. Odhady problémového užívania drog sa pohybujú od 2 po 10 prípadov na 1 000 obyvateľov dospelej populácie. Odhady rozsahu problému populácie užívajúcej drogy značne kolíšu medzi krajinami, ale aj v rámci jednotlivých krajín, pričom relatívne vysoké čísla udáva Dánsko, Taliansko, Luxembursko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo.

Zdá sa, že skupina problémových užívateľov drog v Európe sa stáva heterogénnejšou. V mnohých krajinách sa najproblémovejší užívatelia drog historicky vyznačujú užívaním heroínu, avšak neustále sa rozširuje súčasné užívanie viacerých drog a užívanie stimulantov. Hoci sú odhady zložité, zdá sa, že užívanie heroínu je v mnohých krajinách relatívne stabilné a úrovne nového prílevu do tohto správania (incidencia) sa v porovnaní so situáciou v 90. rokoch minulého storočia znížili. Táto analýza nemusí platiť pre nové krajiny EÚ.

Na Európu pripadá iba o niečo viac ako štvrtina všetkého heroínu zachyteného na celom svete. Nedá sa vysledovať žiadny jednoznačný trend objemu heroínu zachyteného v EÚ a celkove sa javí ako relatívne stabilný. Z hľadiska objemu i počtu zachytení udáva Spojené kráľovstvo, nasledované Španielskom, viac zachytení ako ostatné krajiny.

Výroba opiátov prebieha v obmedzenom rozsahu v európskych krajinách, kde je v prevažnej miere obmedzená na výrobu miestne konzumovaných produktov z makových stebiel. Z údajov z nedávnej minulosti nie je

možné odsledovať žiadne jednoznačné trendy v súvislosti s čistotou heroínu alebo úrovňou ceny heroínu na ulici.

Opiáty zostávajú hlavnou príčinou úmrtí súvisiacich s nelegálnymi látkami v Európe. Každý rok sa zaznamenáva od 8 000 do 9 000 úmrtí spôsobených predávkovaním, avšak toto číslo je takmer určite podhodnotené. Väčšina obetí sú mladí muži vo veku okolo 25 rokov alebo tridsiatnici, hoci sa zdá, že vek pri úmrtí sa zvyšuje. Hoci sú medzi krajinami zreteľné výrazné rozdiely, počty úmrtí súvisiacich s drogami za celú EÚ sa počas osemdesiatych a deväťdesiatych rokov minulého storočia vo všeobecnosti zvyšovali. Medzi rokmi 2000 a 2001 veľa krajín udávalo zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami, v dôsledku čoho na úrovni EÚ došlo k malému, avšak štatisticky významnému poklesu hlásených úmrtí z 8 838 na 8 306 prípadov. Počet úmrtí však z historického pohľadá zostáva vysoký.

Znepokojivé sú najnovšie správy o obchode s fentanylom, syntetickým opiátom, ktorý je až 100-krát účinnejší ako heroín. Z nedávnej minulosti sa udávajú zachytenia fentanylu vo viacerých krajinách okolo Baltského mora a v Ruskej federácii. V Estónsku sa fentanyl objavil na drogovom trhu ako náhrada heroínu koncom roku 2001. Vo Fínsku bola veľká zásielka metylfentanylu zachytená v roku 2002.

Štúdie medzi užívateľmi heroínu v liečbe poukazujú na významný rozdiel medzi krajinami z hľadiska rozsahu, v akom sa droga užíva injekčne alebo fajčením. V nových žiadostiach o liečbu od užívateľov heroínu dnes menej ako polovica udáva injekčné užívanie a zdá sa, že v niektorých krajinách je stále menej rozšírené. Inde, najmä v nových členských štátoch, ale nielen tam, zostáva injekčné užívanie drogy medzi užívateľmi heroínu normou. Celkové odhady prevalencie injekčného užívania drog sa pohybujú od dvoch do šiestich prípadov na 1 000 obyvateľov dospelej populácie.

V niektorých nových členských krajinách EÚ a v krajinách, ktoré s nimi susedia, sa šíri epidémia HIV, hoci miera prevalencie v krajinách EÚ v širokom rozsahu kolíše. Nad evidentnou stabilizáciou alebo poklesom prevalencie v západnej Európe sa vznášajú obavy vyvolané niekoľkými miestnymi prepuknutiami epidémie od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia a naďalej sa udržujúcim vysokým výskytom infekcie, zisteným u určitých populácií.

Výskyt infekcie hepatitídy C (HCV) medzi injekčnými užívateľmi drog v Európe je aj naďalej vysoký, keď podľa zistení štúdie má v krvi protilátky na tento vírus jedna štvrtina až takmer všetci skúmaní injekční užívatelia drog. V niektorých prípadoch možno zaznamenať priamu koreláciu medzi výskytom infekcií HCV a HIV. Medzi injekčnými užívateľmi drog v Európe zostáva, i napriek dostupnosti očkovania, rozšírená aj infekcia hepatitídy B. Prevalencia tuberkulózy medzi injekčnými užívateľmi drog v krajinách EÚ, možno s výnimkou niektorých pobaltských krajín, zostáva nízka, avšak vysoký výskyt infekcie bol zistený v niektorých krajinách hraničiacich s EÚ.

Vo všeobecnosti sa zdá, že v celej EÚ sa zvýšili investície do programov výmeny ihiel a striekačiek pre injekčných užívateľov drog. V Estónsku a Lotyšsku sa v tejto oblasti rapídne rozšírili služby a programy výmeny ihiel a striekačiek, boli zavedené aj v Severnom Írsku a vo Flámsku (Belgicko). Počet distribuovaných striekačiek sa však v niektorých krajinách so zavedenými programami znížil. Je možné, že to je prejav poklesu injekčného užívania. Hlavnými trendmi rozvoja nízkoprahových služieb sú posilnenie integrácie so službami orientovanými na prežitie, ako sú útulky a zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti, spolu s predĺžením ich otváracej doby. Miestnosti na konzumáciu drog sa poskytujú v troch členských štátoch. Stredisko uverejnilo podrobnú štúdiu o týchto zariadeniach v roku 2004.

Liečba drogovej závislosti

Liečba drogovej závislosti vo väčšine členských štátov zahŕňa v prevažnej miere liečbu závislosti od užívania opiátov alebo súčasného užívania viacerých drog, vrátane opiátov. Pre túto skupinu zostáva prevažujúcou alternatívou určitá podoba substitučnej terapie, hoci v nových členských štátoch je dostupnosť substitučnej terapie obmedzená a aj naďalej sú rozšírené „čisté liečebné režimy". Treba pripomenúť tiež to, že v Českej republike, Fínsku a Švédsku tvoria injekční užívatelia amfetamínov významnú časť účastníkov liečby drogovej závislosti.

Dostupné údaje o žiadateľoch o pomoc pri problémoch s drogami nasvedčujú, že charakteristiky tých, čo potrebujú pomoc, sú dnes rôznorodejšie. Okrem injekčného a neinjekčného užívania heroínu sa udáva aj široká paleta problémov s užívaním viacerých drog súčasne a problémy s užívaním kanabisu. V roku 2002 indikátor dopytu po liečbe EMSDDZ po prvý raz poukázal na to, že v 11 krajinách, za ktoré sú k dispozícii údaje, kanabis vytlačil z prvého miesta opiáty ako droga, pre ktorú sa na ambulantnú liečbu v špecializovaných zariadeniach prihlásil najväčší počet nových klientov. O rozsahu, v akom to reprezentuje zmeny postupov vykazovania, rozširovanie poskytovania služieb alebo zmeny charakteristík osôb, ktoré potrebujú pomoc, sa podrobne hovorí vo vybranej otázke Problém kanabisu v kontexte.

Stále rozšírenejší je názor, že drogové služby sa musia integrovať so zariadeniami zdravotníckej starostlivosti, predovšetkým so službami, cielene určenými pre marginalizované a sociálne znevýhodnené skupiny. Mimoriadne náročná je úloha reagovať účinne na potreby tých, čo majú problém s drogami i psychiatrické zdravotné problémy. Táto problematika sa rozoberá vo vybranej otázke o psychiatrickej komorbidite.

Otázky väzenských zariadení

Užívatelia drog majú v porovnaní so všeobecnou populáciou zvýšené zastúpenie vo väzniciach. Odhady celoživotnej prevalencie užívania drog medzi väzňami sa pohybujú od 22 % do 86 %, v závislosti od populácie, nápravného zariadenia a od krajiny. Pri relatívne vysokej prevalencii injekčného užívania drog sú nápravné zariadenia vysokorizikovou scénou šírenia infekčných chorôb. Na zlepšenie tohto stavu boli prijaté opatrenia, ktorých súčasťou je zavedenie substitučnej liečby a programy výmeny ihiel a striekačiek vo väzniciach. V kontexte národných zdravotníckych systémov a systémov sociálneho zabezpečenia sa venuje čoraz väčšia pozornosť zdravotným dôsledkom užívania drog vo väzniciach, ktoré ešte znásobuje obmedzený prístup k službám a izolácia väznice od zdravotníckych služieb štandardného zdravotníckeho systému a systému sociálnej starostlivosti. Alternatívy k väzniciam, zavedené inováciami v trestnej politike, nasmerujú užívateľov drog na kvázipovinnú liečbu alebo na komunitnú službu vychádzajúc z predpokladu, že ich potrebám lepšie poslúžia takéto intervencie.

Kapitola 1

Najnovší vývoj v oblasti politiky a právnych predpisov

Táto kapitola uvádza najnovší vývoj v oblasti drogovej politiky na úrovni celej EÚ a v jednotlivých členských štátoch. Väčšina predkladaných informácií odráža zmeny, ku ktorým došlo v roku 2003, keď akčný plán pre drogy EÚ na obdobie 2000 – 2004 vstúpil do druhého polčasu. Rok 2003 zároveň predznamenal posledný termín, do ktorého mali národné vlády vykonať priebežné hodnotenie pokroku dosiahnutého pri vypracúvaní a implementácii národnej stratégie pre drogy v súlade s vyhlásením o hlavných zásadách znižovania dopytu po drogách, ktoré bolo výsledkom osobitného zasadnutia Valného zhromaždenia OSN (UNGASS) ([1]) venovaného celosvetovému drogovému problému. Keďže sa akčný plán EÚ na obdobie 2000–2004 završí v tomto roku, je to príležitosť prediskutovať doteraz dosiahnutý pokrok pri vypracúvaní hodnotenia. EMSDDZ v tomto procese zohráva plnú a aktívnu úlohu a dúfa, že tým podporí prijímanie primeranej politiky v drogovej oblasti. Najmä z tejto perspektívy sa budú skúmať stratégie a legislatívny vývoj na národnej úrovni a na úrovni EÚ.

Vývoj na úrovni EÚ

V roku 2003 boli na európskej úrovni prijaté dva nové právne dokumenty zamerané na zvládnutie drogovej problematiky. Jeden sa vzťahuje na oblasť verejného zdravia, druhý na nelegálny obchod s drogami. K ďalším otázkam, ktoré sa riešili na úrovni EÚ v roku 2003, patria opatrenia týkajúce sa nových syntetických drog, uskutočňovania koordinačných aktivít a nástrojov a úlohy EMSDDZ.

Verejné zdravie

Dňa 23. septembra 2002 Európsky parlament a Rada prijali nový akčný program spoločenstva pre verejné zdravie (2003 – 2008), ktorý má tri hlavné ciele: informácie o verejnom zdraví, rýchla reakcia na ohrozenie zdravia a podpora zdravia prostredníctvom rozhodujúcich zdravotných činiteľov. Kroky v oblasti informácií o zdraví a podpory sú obzvlášť dôležité pre drogovú problematiku.

V júni 2003 prijala Rada ministrov odporúčanie pod názvom „Prevencia a znižovanie poškodzovania zdravia súvisiaceho s drogovou závislosťou" – dokument vypracovaný na podnet Európskej komisie v máji 2002. Tento dokument predstavuje veľký úspech v oblasti verejného zdravia, pretože je prvým odporúčaním ES zameraným na znižovanie poškodzovania zdravia súvisiaceho s drogovou závislosťou ([2]). Mnohé členské štáty už závery tohto dokumentu zapracovali do svojich národných stratégií pre drogy.

Dokument odporúča:

- Na zabezpečenie vysokého stupňa ochrany zdravia by si členské štáty v oblasti verejného zdravia mali vytýčiť za cieľ predchádzať vzniku drogovej závislosti, znižovať s tým súvisiace riziká a vypracovať a realizovať primerané komplexné stratégie.
- S cieľom podstatne znížiť incidenciu poškodenia zdravia súvisiaceho s užívaním drog (ako je napríklad HIV, hepatitída B a C a tuberkulóza) a počet úmrtí súvisiacich s užívaním drog by členské štáty mali v rámci svojej celkovej politiky prevencie a liečby drogových závislostí sprístupniť rad rozličných služieb a zariadení zameraných najmä na znižovanie rizika.
- Členské štáty by mali zvážiť kroky na vypracovanie primeraného hodnotenia na zvýšenie efektívnosti a účinnosti drogovej prevencie a zníženie zdravotných rizík spojených s drogami.

Členské štáty by mali Komisii predložiť informáciu o plnení tohto odporúčania do dvoch rokov od jeho prijatia a následne vždy na žiadosť Komisie. Umožní sa tým sledovať plnenie odporúčania na úrovni spoločenstva a prijímať primerané následné opatrenia na dosiahnutie cieľov Akčného plánu pre drogy EÚ.

Odporúčanie okrem toho vyzýva ESMDDZ k poskytnutiu technickej podpory pre Európsku komisiu formou prípravy správy v súlade s Akčným programom pre drogy vzhľadom na prehodnotenie a aktualizáciu tohto odporúčania.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.

([2]) Pre informáciu o úlohe politiky zameranej na znižovanie poškodzovania zdravia pozri tabuľku 1 OL: Úloha znižovania poškodzovania zdravia.

Obchodovanie s drogami

Vychádzajúc zo záverov osobitného zasadnutia Európskej rady vo fínskom Tampere v roku 1999 a v reakcii na Stratégiu a Akčný plán EÚ pre drogy, Európska komisia predložila Rade a Európskemu parlamentu návrh rámcového rozhodnutia o „minimálnych ustanoveniach týkajúcich sa znakov trestných činov a postihov v oblasti nelegálneho obchodu s drogami". Rada ministrov dosiahla v novembri 2003 politickú dohodu týkajúcu sa tohto prvého rámcového rozhodnutia pre oblasť obchodu s drogami. Toto rámcové rozhodnutie sa považuje za kľúčový nástroj v boji proti obchodu s drogami vzhľadom na narastajúci význam zosúlaďovania trestov za trestné činy obchodu s drogami v členských štátoch rozšírenej EÚ.

Základným princípom tohto rámcového rozhodnutia je, že členské štáty by mali medzi trestné činy zaradiť nielen obchodovanie s drogami, ale aj pokus oň a navádzanie, napomáhanie alebo podnecovanie iných osôb k obchodovaniu s drogami. Opatrenia obsiahnuté v tomto rámcovom rozhodnutí sú zamerané proti obchodníkom s drogami a teroristickým organizáciám, ktoré získavajú finančné prostriedky z obchodovania s drogami na financovanie svojich nezákonných aktivít.

Toto rámcové rozhodnutie predpokladá ukladanie trestov osobám zapojeným do ktoréhokoľvek štádia obchodovania s drogami uvedenými v dohovoroch OSN a v rozhodnutiach ES: do výroby, ponúkania na účely predaja, prepravy, distribúcie a držania alebo kúpy s úmyslom obchodu. Ustanovuje požiadavku, aby krajiny zabezpečili, že „za trestné činy ... sa ukladajú maximálne tresty odňatia slobody v trvaní najmenej 1 až 3 roky, pokiaľ je čin spojený s veľkým množstvom drog alebo s drogami spôsobujúcimi najväčšie škody na zdraví." Kľúčovým prvkom tohto rámcového rozhodnutia je, že zavádza spoločnú definíciu toho, čo sa považuje za obchod s drogami na úrovni EÚ a ustanovuje odporúčané tresty za tento trestný čin v rámci EÚ. Na dosiahnutie dohody medzi členskými štátmi bolo potrebné nájsť riešenie pre rozdielne vnútroštátne definície pojmu osobná spotreba. Z tohto dôvodu sa z uvedeného rámcového rozhodnutia vylúčili trestné činy spojené s osobnou spotrebou drog, ako ju vymedzuje vnútroštátna legislatíva členských štátov.

Rámcové rozhodnutie nadobudne platnosť dňom jeho uverejnenia v *Úradnom vestníku Európskej únie*. Členské štáty budú mať 18 mesiacov na prijatie potrebných opatrení na dosiahnutie súladu s týmto dokumentom.

Nové syntetické drogy

Pokračujúc v plnení svojej úlohy kontrolovať nové syntetické drogy, Rada ministrov prijala v novembri 2003 rozhodnutie týkajúce sa kontrolných opatrení a trestného postihu v súvislosti s novými syntetickými drogami 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 a TMA-2. Na tieto látky, ktoré neuvádza ani jeden zo zoznamov pripojených k Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971, sa dnes v členských štátoch vzťahujú kontrolné opatrenia a trestný postih.

V októbri 2003 Komisia predložila návrh rozhodnutia Rady, ktoré malo nahradiť spoločnú akciu v oblasti výmeny informácií, posudzovania rizík a kontroly nových syntetických drog z roku 1997 ([3]). Táto iniciatíva priamo súvisí s výsledkami externého hodnotenia spoločnej akcie Komisie tak, ako je to upravené v Akčnom pláne Európskej únie pre drogy 2000 – 2004. Nový navrhnutý právny nástroj má za cieľ vyjasniť definície a postupy a rozšíriť pôsobnosť na všetky nové syntetické drogy a podobné nové narkotické látky.

Koordinácia

V novembri 2003 prijala Komisia Oznámenie o koordinačných aktivitách a nástrojoch v drogovej oblasti v EÚ. Oznámenie vychádza z výsledkov štúdie, vypracovanej na podnet EMSDDZ v spolupráci s Komisiou, o existujúcich koordinačných postupoch a mechanizmoch v členských štátoch ([4]). Oznámenie potvrdzuje zásadný význam koordinácie pre schopnosť EÚ účinne reagovať na drogový fenomén a jeho dôsledky v celej jeho šírke.

Úloha EMSDDZ

Napokon v decembri 2003 Komisia navrhla zrevidovať vnútorné predpisy EMSDDZ. Tento návrh, ktorý Rada prediskutuje v roku 2004, sa týka viacerých oblastí, vrátane zmeny základných predpisov, zmien zameraných na posilnenie úlohy EMSDDZ v kontexte nových vzorcov užívania drog a rozšírenia EÚ a zmien odrážajúcich úlohu EMSDDZ ako prispievateľa k hodnoteniu Akčného plánu pre drogy EÚ.

Národné politiky

„Stratégie pre drogy" ([5])

Trend členských štátov prijímať „národné stratégie pre drogy" ako základný kameň drogovej politiky EÚ, ktorý uvádzala minuloročná výročná správa, pokračoval aj

([3]) Ú. v. ES C L 167, 25.6.1997, s. 1 – 3.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

([5]) Vzhľadom na veľkú rozdielnosť štruktúry aj obsahu národných stratégií pre drogy medzi jednotlivými krajinami sa v tejto správe nepokúšame zosúlaďovať definície a pojmy. Výraz „národná stratégia pre drogy" znamená akýkoľvek oficiálny dokument schválený vládou, ktorý vymedzuje všeobecné princípy a konkrétne intervencie/ciele, ktoré sa majú (v stanovenom časovom rámci) dosiahnuť v drogovej oblasti, a to bez ohľadu na to, či sa oficiálne prezentuje ako stratégia pre drogy, alebo akčný plán, politické zámery atď. Bližšie pozri v správe EMSDDZ Národné stratégie a mechanizmy koordinácie *(National strategies and coordination mechanisms)* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

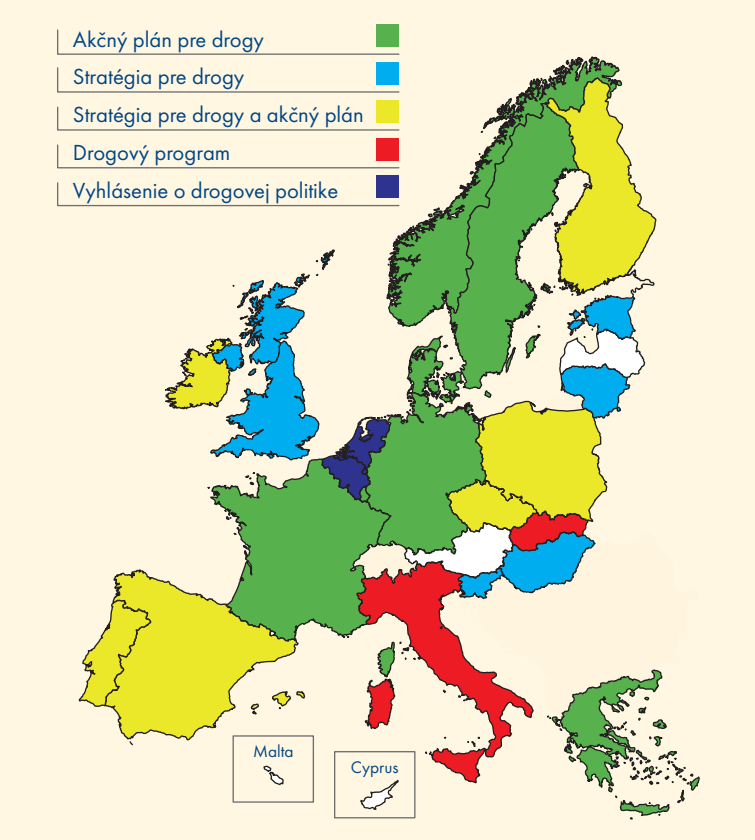
v roku 2003 (obrázok 1). V roku 2003 prijali plány a programy pre drogy Dánsko, Nemecko, Litva a Slovensko a v roku 2004 by sa k nim malo pripojiť Estónsko a Francúzsko ([6]), čím sa celkový počet členských štátov uplatňujúcich drogovú politiku v rámci celkovej národnej stratégie pre drogy zvýši na 21 z celkového počtu 25 štátov (spolu s Nórskom na 22 z 26 štátov) ([7]) ([8]).

Skutočnosť, že „národné stratégie pre drogy" sa v takom širokom meradle zaviedli za taký relatívne krátky čas (1997–2004) ([9]) a v rámci zreteľne vymedzenej zemepisnej oblasti, ponúka možnosť porovnávať tento vývoj v jednotlivých členských štátoch a získať prehľad o situácii v celej EÚ.

Po prvé, čoraz častejšie sa uplatňuje celostný prístup k drogovej politike, zahŕňajúci aktivity na znižovanie dopytu aj na znižovanie ponuky, tzv. „vyvážený prístup" ([10]). Túto črtu majú všetky analyzované dokumenty. Po druhé, zvyšuje sa význam koordinácie. Čoraz viac národných stratégií pre drogy sa vykonáva centrálne a koordinovane [väčšina krajín EÚ má národné koordinačné agentúry a národných koordinátorov ([11])], aj keď sa to deje v tesnej súčinnosti s regionálnymi a miestnymi agentúrami. Po tretie, väčšia pozornosť sa venuje intervenciám priamo v teréne a monitorovaniu a hodnoteniu implementácie ako nástrojom na zabezpečenie zodpovednosti rozhodovacích orgánov (pozri vybranú problematiku Hodnotení, s. 75).

Jednotlivé „národné stratégie pre drogy" sa však významne líšia svojou štruktúrou a obsahom. Výrazne sa líšia napríklad čo do stupňa rozpracovanosti a dôrazu na jednotlivé akcie a ciele. Niektoré dokumenty sú štruktúrované tak, aby umožnili sledovať vytýčené akcie a ich celkovú realizáciu, zatiaľ čo iné sú menej podrobné, predstavujú všeobecné ciele, ktoré však nie sú prepojené na operatívne ciele ani na výkonnostné ukazovatele. Dokumenty o drogovej politike sa líšia aj čo do používanej terminológie: niektoré krajiny prijali akčné plány, iné majú stratégie a niektoré uskutočňujú programy. Odlišné politické ciele a programy môžu vytvoriť rôznorodé obrazy, ktoré pod názvom „národná stratégia pre drogy" znázorňujú rôzne situácie

Obrázok 1: Rozmanitosť „národných stratégií pre drogy"



Poznámky: Teoretické odlíšenie drogovej politiky, národnej stratégie pre drogy (ktorá by mala identifikovať všeobecné princípy, ako aj rámec a smerovanie) od akčného plánu (ktorým sa vykonáva stratégia a stanovujú podrobné konkrétne akcie) sa v jednotlivých národných dokumentoch nie vždy dodržiava. Vzhľadom na rozdiely medzi krajinami uvádzame národné strategické dokumenty tak, ako boli oficiálne prezentované, bez snahy o konsolidáciu definícií alebo o porovnávanie.

Zdroj: Národné stratégie členských štátov.

([6]) Pozri rámček 1 OL: Nedávno prijaté národné stratégie pre drogy.

([7]) Hoci Nórsko nie je členom EÚ, je členom EMSDDZ. Z 25 členských štátov EÚ tzv. národnú stratégiu pre drogy neprijali (zatiaľ) len štyri : Cyprus, Lotyšsko, Malta a Rakúsko. Na Cypre a v Lotyšsku sa stratégia pre drogy pripravuje. V Rakúsku má každá krajina svoj vlastný plán, ale spolková stratégia pre drogy neexistuje.

([8]) Pozri tabuľku 2 OL: Súčasné „národné stratégie pre drogy" zamerané na drogovú oblasť v krajinách EÚ.

([9]) Do tohto časového obdobia spadá aj Holandsko, ktoré zdokumentovalo svoju drogovú politiku v politickej nóte Drogová politika v Holandsku: pokračovanie a zmeny (1995) a rôzne nadväzujúce dokumenty (Extáza 2001, Kokaín 2002, Kanabis 2004 [*Drug policy in the Netherlands: continuity and change (1995) and various follow-up documents (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004)*].

([10]) Zásadu vyváženého prístupu ustanovilo Valné zhromaždenie OSN vo svojej deklarácii z roku 1998: „bude sa uplatňovať vyvážený prístup k znižovaniu dopytu aj k znižovaniu ponuky, pričom jeden posilňuje druhý, v rámci integrovaného prístupu k vyriešeniu drogového problému". V tejto kapitole sa nepokúšame vyhodnotiť mieru, do akej sa členským štátom podarilo dosiahnuť „vyvážený prístup", ale jednoducho konštatujeme, že tomuto prístupu sa venuje čoraz väčšia pozornosť.

([11]) Bližšie pozri na http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

([12]) Stratégiu pre drogy možno definovať ako „jednotiacu tému, rámec na rozhodovanie, konzistentnosť a smerovanie" a akčný plán ako „schému alebo program podrobných konkrétnych akcií": Stratégie a koordinácia v drogovej oblasti v Európskej únii, deskriptívny prehľad, november 2002 (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review,* http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

(obrázok 1). Napriek tomu, že výrazy akčný plán, program a stratégia sa používajú rovnocenne ([12]), nemusia vždy vyjadrovať rozdiely v politických cieľoch alebo programoch.

Ďalším aspektom, v ktorom sa jednotlivé členské štáty navzájom odlišujú, je časový rámec národnej stratégie pre drogy. Väčšina krajín prijala troj- až päťročný časový rámec, v ďalších sa stratégia vzťahuje na obdobie 8 až 10 rokov a v iných sa neuvádza vôbec žiadny časový rámec (tabuľka 1). V tejto súvislosti by bolo vhodné zvážiť prepojenie medzi jednotlivými „národnými stratégiami pre drogy" a Akčným plánom pre drogy EÚ.

Rozdiely v obsahu môžu vyjadrovať odlišné politické ciele alebo rozdiely v národných charakteristikách drogového fenoménu. Na tomto mieste uvádzame dve oblasti s najrelevantnejšími rozdielmi: látky, ktorých sa stratégie týkajú, a hlavné ciele stratégií.

Hoci národné stratégie pre drogy sa v typickom prípade sústreďujú na klasifikované drogy, mnohé dokumenty sa vzťahujú aj na tzv. legálne drogy, najmä alkohol a tabak, predovšetkým v súvislosti so vzdelávaním, prevenciou a liečbou (tabuľka 2). V niektorých krajinách má táto skutočnosť podobu konkrétnych akcií a projektov, zatiaľ čo v iných sa hovorí len o „legálnych drogách". V mnohých krajinách, ktoré do svojich „drogových"

Tabuľka 1: Časový rámec „národných stratégií pre drogy"

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Európska únia				(1)					(2)				
Belgicko (2001)						Časový rámec sa neuvádza							
Česká republika													
Dánsko (2003)						Časový rámec sa neuvádza							
Nemecko	(Plán boja proti omamným látkam 1990)							V termíne do 2008 – 2013					
Estónsko								2004 – 2012					
Grécko													
Španielsko													
Francúzsko			(1)					(2)					
Írsko													
Taliansko													
Litva			(1)					(2)					
Luxembursko													
Maďarsko (2000)						Časový rámec sa neuvádza							
Holandsko (1995)						Časový rámec sa neuvádza							
Poľsko			(1)			(2)							
Portugalsko				(1)					(2)				
Slovinsko													
Slovensko			Do roka 2003 s výhľadom do roka 2008										
Fínsko	(1) Časový rámec sa neuvádza				(2)								
Švédsko													
Spojené kráľovstvo		(1)				(2)							
Nórsko													

Tieňovanie znázorňuje časové obdobie, na ktoré sa vzťahuje „národná stratégia pre drogy": 1 a 2 označujú po sebe nasledujúce stratégie.

([13]) 1. Do piatich rokov významne znížiť prevalenciu užívania drog a počet nových užívateľov, najmä medzi mladými ľuďmi vo veku do 18 rokov; 2. do piatich rokov významne znížiť incidenciu poškodenia zdravia súvisiaceho s drogami (HIV, hepatitída, TB atď.) a úmrtí súvisiacich s drogami; 3. výrazne zvýšiť počet úspešne liečených závislých; 4. do piatich rokov výrazne zredukovať dostupnosť nelegálnych drog; 5. do piatich rokov výrazne znížiť počet trestných činov súvisiacich s drogami; 6. do piatich rokov výrazne obmedziť pranie špinavých peňazí a nelegálny obchod s prekurzormi.

stratégií zahŕňajú aj alkohol, bol prijatý aj národný akčný plán pre alkohol.

Hoci všeobecné ciele sú pre všetky krajiny rovnaké (znižovanie dopytu, znižovanie ponuky atď.) a Akčný plán EÚ na obdobie 2000 – 2004 stanovuje šesť spoločných cieľov ([13]), spôsob, akým by sa tieto ciele mali dosiahnuť, sa líši v závislosti od celkového cieľa drogovej politiky. Hlavným rozdielom je to, že v niektorých krajinách ide o vytvorenie „bezdrogovej spoločnosti", zatiaľ čo v iných je hlavným cieľom obmedziť negatívne dôsledky drog na jednotlivcov i na spoločnosť. Situácia však nie je taká jednoznačná: vo väčšine „národných stratégií pre drogy" sa tieto dva ciele prelínajú (ba pridávajú sa k nim aj ďalšie) a na jeden alebo na druhý sa kladie väčší dôraz. Zvolený cieľ (a stupeň, do akého sa kladie dôraz na jeho dosiahnutie) určuje aj typ akcií vyplývajúcich z „národných stratégií pre drogy".

Tabuľka 2: „Legálne drogy" v národných stratégiách pre drogy

Krajina	Alkohol	Tabak	Akčný plán týkajúci sa alkoholu ([1])
Belgicko	●	●	Nie
Česká republika	●	●	Nie
Dánsko	–	–	Áno
Nemecko	●	●	Áno
Estónsko	○	○	Áno
Grécko	●	–	Nie
Španielsko	●	●	Nie
Francúzsko	●	●	Áno
Írsko	●	○	Áno
Taliansko	○	–	Áno
Litva	–	–	Áno
Luxembursko	–	–	Nie
Maďarsko	●	○	Áno
Holandsko	●	●	Áno
Poľsko	○	○	Áno
Portugalsko	●	○	Áno
Slovinsko	○	○	Nie
Slovensko	●	●	Nie
Fínsko	–	–	Áno
Švédsko	–	–	Áno
Spojené kráľovstvo	○	○	Áno
Nórsko	●	●	Áno

• Plánovaná akcia; ○ uvádzaná látka; – nie je k dispozícii.
([1]) Databáza WHO o alkohole (WHO alcohol database) (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Hoci sa pripúšťa, že vzhľadom na špecifické politické programy a miestne charakteristiky a kultúry sú určité rozdiely nevyhnutné, vynakladá sa značné úsilie na zabezpečenie koordinácie na celoeurópskej úrovni. Koordinovaný prístup EÚ k drogám (Stratégia a Akčný plán pre drogy EÚ na obdobie 2000 – 2004), ktorý sa v posledných rokoch skonsolidoval a zlepšila sa jeho štruktúra, sa bude uplatňovať aj v budúcnosti.

Otvorenou otázkou zostáva budúce smerovanie drogovej politiky v rozšírenej EÚ a prípadné prepojenie 25 rôznych národných stratégií pre drogy pod hlavičkou stratégie EÚ (bez prihliadnutia na regionálne a miestne stratégie). Členské štáty EÚ však už dnes zvažujú druhy nástrojov (stratégia, program, akčný plán) a medzi sebou diskutujú aj o ich časovej platnosti, základných princípoch a kritériách a o ich hlavných dlhodobých aj krátkodobých cieľoch.

Národné politiky: hodnotenie právnych predpisov ([14])

V posledných rokoch sa objavuje čoraz výraznejší trend hodnotiť nové právne predpisy alebo informovať o ich hodnotení (či už z hľadiska ich uplatňovania a/alebo dosahu). V drogovej oblasti sa môže monitorovať alebo hodnotiť množstvo rôznych aspektov právnych predpisov na kontrolu drog, vrátane základného zákona zakazujúceho užívanie alebo držanie, reakcie na trestné činy súvisiace s drogami a boj proti obchodu s drogami a praniu špinavých peňazí. V niektorých krajinách sa zavádzajú pilotné schémy, ktoré sa pred rozšírením na celé územie krajiny najskôr vyhodnotia.

Napríklad v roku 1999 ohlásilo Belgicko, Česká republika, Nemecko, Maďarsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo isté formy monitorovania a hodnotenia rôznych aspektov základných právnych ustanovení týkajúcich sa trestných činov užívania alebo prechovávania drog. Toto vyústilo do veľkých zmien v oblasti drogovej legislatívy v Belgicku, Maďarsku a v Spojenom kráľovstve.

Ťažiskom diskusie a hodnotenia bolo posúdenie kriminalizujúceho účinku. Dve zo zjavne podobných situácií viedli k odlišným výsledkom. Maďarsko a Švédsko nedávno hodnotili kriminalizujúce účinky užívania drog. V marci 1999 bol zmenený a doplnený maďarský Trestný zákonník v tom zmysle, že užívanie drog sa stalo trestným činom a voľba požadovať od páchateľov, aby sa podrobili liečeniu sa obmedzila na závislých užívateľov

([14]) Rozšírenú verziu tejto časti nájdete v rámčeku 2 OL: Národné politiky: hodnotenie právnych predpisov.

drog. Neskoršie vedecké štúdie však ukázali, že pôvodný zámer, ktorým bolo zníženie závislosti, konzumácie a cirkulovania narkotických látok sa nedosiahol a počet ľudí, ktorí skúšali drogy a počet zaznamenaných trestných činov naďalej narastal. Okrem toho zmeny v legislatíve sťažili právnu klasifikáciu drog a skomplikovali súdne konania a mali nepriaznivý účinok na jednanie aktérov na trhu s drogami. Autori štúdie vyvodili záver, že tresty boli príliš tvrdé a nezohľadňovali fakt, že mladí ľudia sa stávajú užívateľmi drog nie z kriminálnych pohnútok, ale na základe okolností. Výsledkom toho bolo, že 1. marca 2003 sa zaviedla novela s inverznými zmenami, ktorá zohľadnila zistenia štúdie.

Vo Švédsku v roku 2000 Národná rada pre prevenciu kriminality skúmala účinky predpisu z roku 1988 (sprísneného v roku 1993), ktorý klasifikuje užívanie drog ako trestný čin. Výskum odhalil, že výsledkom zavedenia predpisu bol prudký nárast v počte ľudí zadržaných za priestupky súvisiace s drogami. Napriek tomu, že väčšina zadržaných boli známi užívatelia drog, niektorí z nich boli mladí, doposiaľ neznámi užívatelia drog. Jedným z dôležitých dôvodov na prijatie tohto predpisu bolo identifikovanie mladých ľudí v počiatočnej fáze užívania drog a správa vyvodila záver, že táto úloha bola splnená. Správa hovorí aj o dopade tohto predpisu na trh s drogami (ktorý sa rozšíril). V správe sa uzatvára, že nejestvujú žiadne jasné dôkazy o tom, že kriminalizácia drog má preventívny účinok na mladých ľudí.

So zreteľom na iné reakcie sa v Spojenom kráľovstve hodnotí alebo sa hodnotilo niekoľko právnych nástrojov v oblasti drogovej trestnej činnosti, ako je testovanie po prvej trestnej činnosti, drogové súdy a systém odkazovania vo väzení. Iné metódy ako postupovať proti páchateľom trestnej činnosti v drogovej oblasti sa hodnotia aj v Nemecku (liečenie namiesto potrestania), Írsku (odkazovanie vo väzení) a v Holandsku (povinné liečenie).

Holandsko využíva hodnotiace postupy aj na hodnotenie účinnosti predchádzajúcich právnych predpisov na boj proti obchodovaniu s drogami (uväznenie kuriérov) a praniu špinavých peňazí (štátne zákazky). Vo Švédsku smernice vládnych orgánov obsahujú aj osobitné žiadosti na vládu, aby zhodnotila začlenenie a činnosť polície v boji proti drogám. Hodnotiace postupy sa použili aj na zlepšenie reakcie na lokálne obchodovanie s drogami na verejné obťažovanie, ako je koordinovanie lokálnych reakcií v Írsku, právomoc uzavrieť priestory v Holandsku a právomoc nariadiť preskúšanie vodičov v Nemecku.

Hodnotenie sa čoraz viac stáva uznávaným a dôležitým nástrojom pri zohľadňovaní všetkých aspektov drogovej problematiky. Hodnotenia právnych predpisov môžu posudzovať ich zavedenie, účinnosť a efektívnosť. Vo všeobecnosti sa ukázalo, že zverejnené hodnotenia mali tendenciu podporiť hodnotu reakcie na hodnotenú politiku. Ochota, ktorá inak často chýba, spätne opraviť postup na základe výsledkov hodnotenia, ako to urobili v Maďarsku, poukazuje na to, že je tu dôvera vo výskum založený na dôkazoch. Tento pozitívny trend je súčasťou všeobecného trendu väčšej zodpovednosti v rámci verejnej správy a čoraz viac sa orientuje na koncepty, ktoré sú typické pre súkromnú sféru, ako je výkon a efektívne vynakladanie finančných prostriedkov.

Vývoj národnej legislatívy

Legislatíva týkajúca sa kanabisu

V uplynulom roku bol kanabis reklasifikovaný v dvoch krajinách – čo v obidvoch prípadoch vyvolalo veľkú, a nie vždy celkom správnu odozvu v tlači. V Belgicku sa prostredníctvom dvoch právnych noriem – nariadenia a príkazu prokuratúry – vnieslo do právneho rámca niekoľko zmien, z ktorých najdôležitejšou bolo zaradenie kanabisových produktov do inej právnej kategórie ako ostatné drogy. Zaviedli sa nové skutkové podstaty trestných činov, podľa ktorých sa dospelej osobe, ktorá sa po prvý raz dopustí trestného činu držania kanabisu na účely osobnej spotreby bez známok nepatričného alebo problematického používania, uloží len pokuta a povinnosť zaevidovať sa na polícii. V príkaze prokuratúry sa maximálne množstvo kanabisu na osobnú spotrebu interpretuje ako 3 gramy alebo jedna rastlina. Budenie verejného pohoršenia sa však môže potrestať odňatím slobody v trvaní od troch mesiacov do jedného roka a/alebo pokutou od 5 000 do 500 000 eur, pričom prítomnosť priťažujúcich okolností, napr. držanie drogy v prítomnosti maloletých osôb, má za následok sprísnenie trestu.

V Spojenom kráľovstve bol kanabis a jeho deriváty reklasifikovaný z triedy B a A na triedu C podľa britského klasifikačného systému. Dôsledkom bolo zníženie maximálneho trestu za držanie drogy na osobnú spotrebu z piatich na dva roky odňatia slobody, pričom však akékoľvek držanie kanabisu jednoznačne predstavuje trestný čin. Vďaka súbežným legislatívnym opatreniam zostali dva s tým súvisiace faktory – maximálny trest za držanie kanabisu s úmyslom predaja a možnosť zatknutia za tento trestný čin – bezo zmeny. Združenie policajných náčelníkov však vo svojich pokynoch odporúča, aby polícia využila právo zatknúť osobu za držanie kanabisu len za určitých okolností, napríklad pri fajčení na verejnosti alebo v blízkosti maloletých. Zatýkať by sa mali

aj osoby mladšie ako 18 rokov, aby sa mohli poslať na liečenie.

Belgicko aj Spojené kráľovstvo riešia problematické užívanie kanabisu zákonmi alebo usmerneniami, o čom sa hovorí na inom mieste tejto správy.

Zhabanie majetku

Počas uplynulého roka prijal celý rad krajín legislatívne zmeny týkajúce sa zhabania majetku obchodníkov s drogami a hospodárenia s finančnými prostriedkami pochádzajúcimi z takéhoto majetku. V Írsku činnosť Criminal Assets Bureau (CAB) zahŕňa spoluprácu s Garda National Drugs Unit (GNDU) a spoločne sa zameriavajú na majetok miestnych drogových dílerov. V Spojenom kráľovstve sa na základe zákona o príjmoch z trestnej činnosti (2003) zriadila Agentúra na vrátenie majetku a nová legislatíva dáva polícii a colníkom právomoc zaistiť a hľadať peniaze. Zákon obsahuje opatrenia, ktoré vyšetrovateľom pomôžu vyhľadávať príjmy z trestnej činnosti a vyšetrovať pranie špinavých peňazí. V Škótsku boli posilnené právomoci orgánov polície aj prokuratúry tak, aby v trestných aj občianskoprávnych veciach bolo možné zvýšiť objem späť získaných prostriedkov.

V Španielsku sa prijatím nového zákona upravujúceho postup pri zaisťovaní prostriedkov získaných obchodom s drogami v roku 2003 zrušil príslušný zákon z roka 1995. Nový zákon urýchľuje odovzdávanie dokladov potrebných na identifikáciu a vyhľadávanie zachyteného tovaru a rozširuje okruh príjemcov finančných prostriedkov o medzinárodné a nadnárodné subjekty a vlády cudzích štátov. V Holandsku bola vypracovaná štúdia legislatívy umožňujúcej zhabanie majetku 10 rokov po prijatí, ktorá zisťovala povahu a hodnotu majetku 52 veľkých zločineckých organizácií postavených súdne stíhaných v uvedenom období. Štúdia dospela k záveru, že zhabať sa podarí len 10 % odhadovanej hodnoty nelegálne nadobudnutých peňazí; stále je však ťažké presne určiť výšku sumy získanej protiprávnym spôsobom. Vyšetrovatelia odporúčajú zlepšenie odbornej spôsobilosti v oblasti trestného finančného vyšetrovania. Vo Francúzsku Odbor trestných vecí a odkladu konania vydal v roku 2002 obežník, v ktorom ustanovuje presné pravidlá a postup pri sledovaní zachytených prostriedkov pochádzajúcich z obchodu s omamnými látkami alebo prania špinavých peňazí. Dôvodom bolo konštatovanie, že do fondu na drogovú politiku zriadeného v roku 1995 neplynuli významnejšie príjmy.

Drogy a vedenie motorového vozidla

Tri krajiny EÚ vniesli do svojich zákonov významné zmeny týkajúce sa vedenia motorového vozidla po užití drog. V Rakúsku nadobudla v roku 2003 účinnosť 21. novela zákona o cestnej premávke, ktorá políciu oprávňuje nariadiť vodičom krvnú skúšku pri podozrení, že znížená schopnosť viesť motorové vozidlo je spôsobená užitím drogy. Sankcie v prípade pozitívnej skúšky a dôsledky odmietnutia vodiča nechať si odobrať krv sú rovnaké ako v prípade vedenia motorového vozidla pod vplyvom alkoholu. Okrem toho podľa uvedeného zákona pozitívny test nemá za následok podanie policajného hlásenia o porušení zákona o omamných látkach, ale upovedomuje len okresné orgány zdravotnej starostlivosti.

Boj proti praniu špinavých peňazí

V súčasnosti nie je možné presne odhadnúť globálny rozsah obchodovania s drogami kvôli nedostatku spoľahlivých údajov. Europol udáva (2002) dohodnutý číselný údaj 2 % až 5 % svetového hrubého domáceho produktu. Obchodovanie s narkotikami je zrejme aj naďalej jediným najväčším zdrojom špinavých peňazí. Medzinárodné pranie špinavých peňazí znamená nezákonný alebo neobvyklý pohyb kapitálu alebo tovaru ako je zlato, platina alebo diamanty cez hranice (Svetová colná organizácia, 2003c).

Zmeny a doplnky k smernici Rady 91/308/EHS o praní špinavých peňazí oveľa širšie definujú pranie špinavých peňazí založené na väčšej palete predikovaných trestných činov a posilňujú ohlasovaciu povinnosti pre nezávislých právnych odborníkov.

Rozšírenie mandátu Europolu dáva organizácii od januára 2002 právomoci pre všetky operácie súvisiace s praním špinavých peňazí a s predikovanými trestnými činmi, ktoré sú uvedené na zozname v prílohe 2 Dohovoru o Europole (Europol 2002).

Interpol vytvoril sieť expertných kontaktných miest v každej členskej krajine, takže je možné rýchlym a efektívnym spôsobom zdieľať informácie o praní špinavých peňazí (Interpol, 2002). Sieť na vykonávanie colných predpisov (CEN) je elektronický informačný a komunikačný systém, ktorý vytvorila Svetová colná organizácia a spustila ho do prevádzky v júni 2000. Od júna 2003 ho využilo 700 užívateľov zo 130 krajín a bolo nahlásených viac ako 700 zachytení meny. V rokoch 2002 – 2003 finančná akčná pracovná skupina (FATF) významne pokročila v boji proti praniu špinavých peňazí. Finančná akčná pracovná skupina úspešne dokončila prehodnocovanie 40 odporučení (FATF, 2003a). Osobitná pozornosť sa venovala boju proti zneužívaniu alternatívnych systémov na úhrady platieb (FATF, 2003b).

Vo Francúzsku sa podľa nového zákona prijatého vo februári 2003 považuje za trestný čin vedenie motorového vozidla po užití látok alebo rastlín klasifikovaných ako omamné látky a u všetkých vodičov – účastníkov dopravnej nehody so smrteľnými následkami – sa musí povinne vykonať skúška. Oveľa prísnejšie postihy sa ukladajú v prípade, že drogy sa kombinujú s alkoholom. Okrem toho by sa mali štandardne testovať aj vodiči – účastníci dopravnej nehody, pri ktorej došlo k ublíženiu na zdraví – pri dôvodnom podozrení, že užili omamné látky. Žandári aj polícia sú navyše oprávnení vykonávať u vodičov náhodné skúšky.

Vo Fínsku sa v novelizovanej kapitole 23 Trestného zákonníka uvádza, že každý, u koho sa pri vedení motorového vozidla v krvi zistí aktívna omamná látka alebo jej metabolický derivát, bude obvinený z vedenia motorového vozidla v stave opitosti, pokiaľ túto látku nepredpísal lekár. V prípade zníženej schopnosti viesť motorové vozidlo bude vodič obvinený z jazdy v stave opitosti bez ohľadu na to, či látka bola, alebo nebola predpísaná. Ak je schopnosť viesť motorové vozidlo znížená natoľko, že je ohrozená bezpečnosť ostatných osôb, obvinenie z jazdy v stave opitosti s priťažujúcimi okolnosťami môže byť potrestané minimálnou pokutou v rozsahu 60-dňových pokutových jednotiek alebo odňatím slobody v trvaní najviac dvoch rokov.

V júni 2003 uverejnila Európska právna databáza o drogách (ELDD) porovnávaciu štúdiu ([15]) o právnej situácii v oblasti drog a vedenia motorových vozidiel v 16 krajinách. Uviedla, že hoci jazda pod vplyvom drog je trestným činom vo všetkých krajinách, existujú medzi nimi veľké rozdiely týkajúce sa právomoci polície testovať vodičov, zahrnutých drog a možných sankcií. EMSDDZ túto štúdiu predstavilo na seminári skupiny Pompidou Rady Európy o cestnej premávke a psychoaktívnych látkach v júni 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Kapitola 2

Drogová prevencia – práca s komunitami a zameranie sa na najrizikovejšie osoby

Cieľom opatrení v oblasti drogovej prevencie je znížiť počet osôb, ktoré prídu do styku s užívaním drog alebo – čo je častejšie – oddialiť užívanie drog na neskoršiu dobu, a tak aspoň zmierniť drogový problém (Rhodes et al., 2003). Drogová prevencia zahŕňa aj vzdelávanie o drogách a varovanie o ich nebezpečenstve, ale neobmedzuje sa len naň. Zameranie sa na konkrétne drogy tvorí v skutočnosti len menšiu časť drogovej prevencie. Účinné stratégie kombinujú informácie o látkach s vybranými behaviorálnymi a kognitívnymi technikami (normatívne presvedčenia), ktoré majú preventívny účinok na správanie sa pri užívaní drog (Flay, 2000).

Prevencia sa klasifikuje podľa cieľovej skupiny. Univerzálna prevencia je zameraná na všeobecnú (zvyčajne mladú) populáciu napr. v školách bez ohľadu na konkrétne rizikové skupiny, zatiaľ čo selektívna prevencia je zameraná na zraniteľné skupiny a indikovaná prevencia na zraniteľných jedincov. Ale hoci prevencia v školách je často politickou prioritou, je otázne, či predstavuje hlavný pilier prevencie aj v skutočnosti. Keďže financie na prevenciu sú obmedzené a v niektorých krajinách sa ešte znížili [napr. vo Francúzsku sa rozpočet na drogovú prevenciu (štátne subvencie) znížil z 15 miliónov eur v roku 2001 na 11 miliónov eur v roku 2002], je čoraz dôležitejšie, aby drogová prevencia mala vysokú kvalitu a vychádzala zo silnej dôkazovej základne. V ideálnom prípade by politiku prevencie, plánovanej a uplatňovanej z pohľadu verejného zdravia s cieľom zabezpečiť základnú a nákladovo efektívnu mieru univerzálnej prevencie (pręt-a-porter) pre veľkú cieľovú populáciu, mali dopĺňať intenzívnejšie a na mieru šité intervencie zamerané najmä na zraniteľné skupiny a jedincov ([16]).

Univerzálna prevencia

Princípy a obsah moderných stratégií drogovej prevencie, najmä programov univerzálnej prevencie na školách, sú založené na dôkazoch. Dokonca aj malé merateľné dlhodobé účinky (Stothard a Ashton, 2000) znamenajú veľký prínos, ak sa dosiahnu u početných populácií. Dnes sú už dobre známe základné princípy a vieme, čo sa osvedčilo a čo nie. Medzi účinné prvky patrí interaktívna výučba (so zapojením rovesníkov) (Tobler a Stratton, 1997), korekcia normatívnych presvedčení (Flay, 2000), veľký dôraz na sociálne zručnosti a poskytnutie istých informácií o drogách; tieto prvky musia byť vyvážené a relevantné pre sociálnu realitu mladých ľudí (Hansen, 1992; Dusenbury a Falco, 1995; Paglia a Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). Skutočnosť je taká, že tvorcovia politiky aj odborníci v niektorých členských štátoch naďalej uprednostňujú prístupy, ktoré sa ukázali ako neúčinné, napríklad afektívne vzdelávanie (napr. posilňovanie sebaúcty), poskytovanie informácií (zvyšovanie povedomia) a reflexia.

Podobne sú známe aj faktory prispievajúce k úspešnej realizácii ([17]) prevencie na školách: prísne dodržiavanie predpísaných učebných osnov učiteľmi s potrebným vzdelaním; zreteľne stanovený obsah a poskytovanie príručiek a materiálov. Drogová prevencia by pritom mala byť aj súčasťou komplexnej školskej politiky v oblasti drog a podpory zdravia (Paglia a Room, 1999; Chinman et al., 2004). V skutočnosti však poznáme tri osobitné stratégie, ktoré sú len zriedkakedy vzájomne integrované. V rámci prvej stratégie sa prevencia robí prostredníctvom veľkých celoštátnych programov (Česká republika, Írsko, Litva, Holandsko) alebo súboru schválených programov (Grécko, Španielsko, Maďarsko, Švédsko). V inom prístupe sa dôraz kladie na prípravu učiteľov (frankofónna časť Belgicka, časti Nemecka, Rakúsko) a predpokladá sa, že učitelia prevenciu začlenia do každodenných školských aktivít. A napokon niektoré krajiny (napr. Portugalsko, Fínsko) sa rozhodli vybudovať sieť škôl podporujúcich zdravie. Len v Írsku a Španielsku sa všetky tri prístupy uplatňujú konzistentne na území celej krajiny ([18]).

Základným cieľom univerzálnej prevencie mimo školského prostredia ([19]) je osloviť mladých ľudí najmä troma spôsobmi: ponukou alternatívnych spôsobov trávenia

([16]) Pozri obrázok 1 OL: Národné plány prevencie.
([17]) Pozri obrázok 2 OL: Spôsoby poskytovania prevencie na školách.
([18]) Pozri tabuľku 3 OL: Súhrnné parametre prevencie na školách.
([19]) Pozri obrázok 3 OL: Prevencia medzi mládežou mimo škôl.

voľného času, ako sú napríklad pracovné činnosti pre mládež, dobrodružné a kreatívne aktivity (Grécko, Španielsko, Lotyšsko, Luxembursko, Spojené kráľovstvo); prostredníctvom športu a práce v športových klubov s cieľom umožniť mládeži osvojiť si protektívne skupinové normy, správanie sa a postoje (Nemecko Taliansko, Fínsko); alebo používaním techník práce priamo v teréne („outreach") (Dánsko, Rakúsko, Poľsko, Portugalsko, Nórsko). Preventívna práca mimo školy má obrovský potenciál identifikovať ohrozených mladých ľudí a cielene pôsobiť na zraniteľné skupiny. Využívajú ho však len niektoré členské štáty (Írsko, Maďarsko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo).

Selektívna prevencia

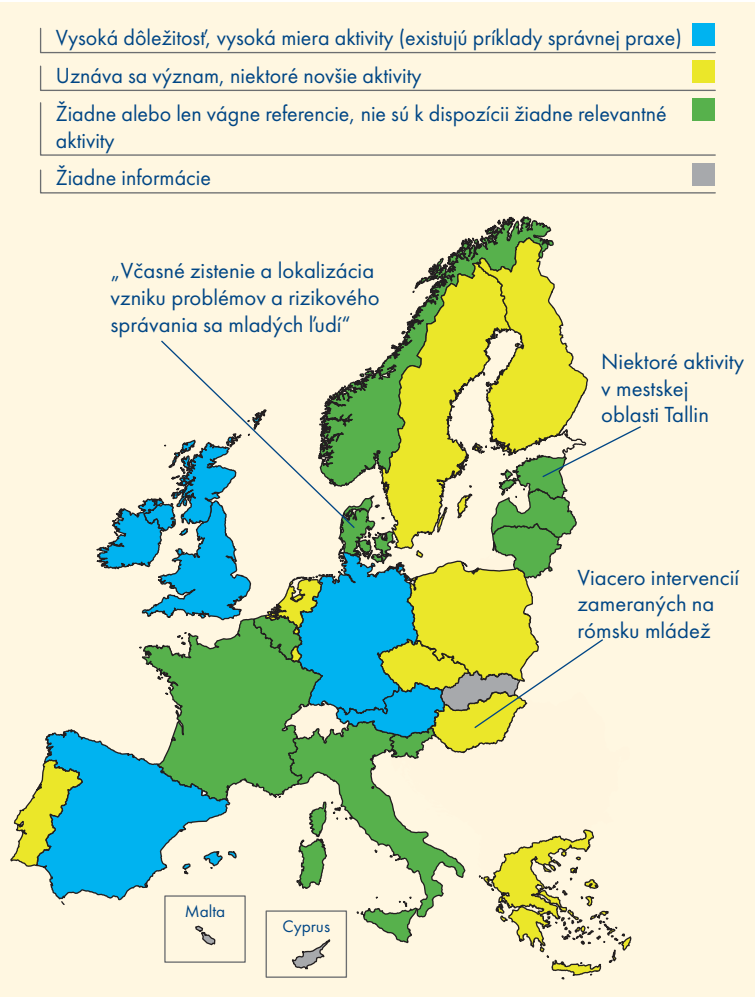
Na rozdiel od široko koncipovanej/nízkodávkovej univerzálnej prevencie sa politiky selektívnej prevencie sústreďujú na zraniteľných jedincov alebo skupiny. Selektívna prevencia využíva existujúce (podľa možnosti miestne) výskumy o rizikových faktoroch, zraniteľných skupinách a problematických susedoch s cieľom sústrediť sa na reakcie spojené s najväčším rizikom skĺznutia do drogových problémov. Selektívnej prevencii sa v niektorých krajinách, napr. vo Fínsku a Švédsku, venuje čoraz väčšia pozornosť vzhľadom na nárast rekreačného užívania kanabisu a alkoholu (pozri kapitolu 3), avšak predbežne sa obmedzuje len na niekoľko členských štátov (obrázok 2), a to najmä tie, ktoré už majú strategickú politiku univerzálnej prevencie. Nevyhnutná je solídna teoretická základňa a hodnotenie, aby sa výber cieľových skupín zakladal na údajoch z výskumu a aby bolo možné vymedziť a navzájom prepájať ciele jednotlivých intervencií. Napríklad v Maďarsku sa viaceré intervencie zameriavajú na rómske obyvateľstvo, využívajúc prístupy rovesníckych skupín. Kapitola 4 opisuje prevenciu v oddychovom prostredí ako špecifickú podmnožinu selektívnej prevencie.

Najnovší pokrok v rozšírenej Európskej únii

V Grécku, Portugalsku a Švédsku sa politika prevencie vyvíja smerom k moderným koncepciám a prehľadnejším štruktúram; napr. prevencia na školách je presnejšie vymedzená ako v minulosti. Najmä v Grécku a Rakúsku sa rozšírili programy pre mladšie deti v škôlkach a na základných školách.

Politiky prevencie členských štátov, pre ktoré bol vypracovaný systém kontroly kvality (obrázok 3), sú obyčajne aj lepšie štruktúrované [napr. uskutočňujú sa prostredníctvom prepracovanejších programov ([20])]

Obrázok 2: Členské štáty, ktorých stratégie uvádzajú a implementujú selektívnu prevenciu (t. j. zameranie sa na zraniteľné populácie alebo oblasti)



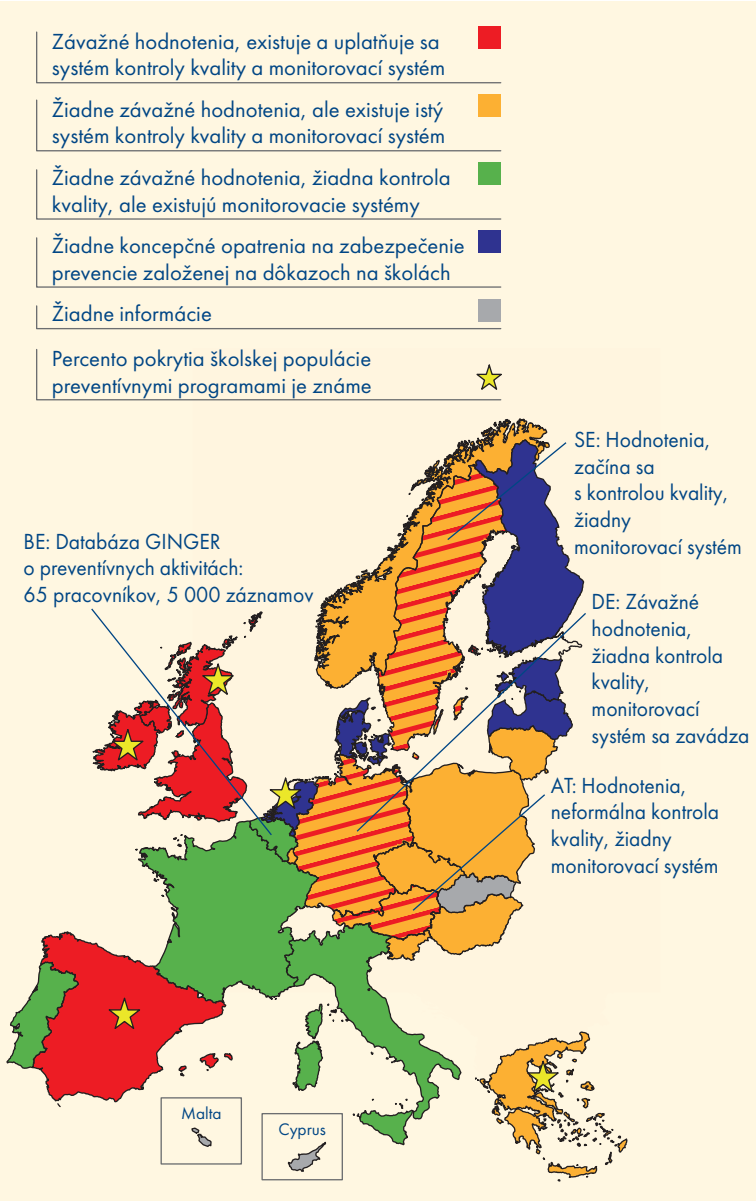
Zdroje: Národné správy siete Reitox a Správa o selektívnej prevencii v EÚ (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

a väčšia pozornosť sa venuje selektívnej prevencii (pozri obrázok 2). Kľúčovými faktormi pri porovnávaní európskych politík prevencie sú kvalita (dôkazová základňa koncepcie), štruktúra (ako a kto zabezpečuje realizáciu) a pokrytie (veľkosť zasiahnutej populácie).

Systémy a normy kontroly kvality existujú v Českej republike, Litve, Slovinsku a Švédsku; v Nemecku a Portugalsku začali fungovať alebo sa vyvíjajú nové systémy monitorovania intervencií v oblasti prevencie. V národných stratégiách sa čoraz častejšie definujú a odporúčajú konkrétne prvky preventívnych intervencií, ako je napríklad podpora sociálnych zručností a rozhodovacích schopností a posilňovanie sebaúcty v Litve a vo Švédsku.

([20]) Pozri obrázok 1 OL: Národné plány špecifikujúce prevencie a stratégie.

Obrázok 3: Členské štáty, v ktorých sa kontrola kvality, monitorovanie a hodnotenie prevencie na školách považujú za prioritu a vykonávajú



Zdroj: Národné správy siete Reitox.

Pokrytie prevencie na školách, vyjadrené ako percento žiakov vystavených univerzálnej prevencii, možno merať len u prevencie založenej na programoch; cieľom niektorých stratégií je vysoká miera pokrytia (Španielsko, Írsko, Spojené kráľovstvo). Vo všetkých španielskych Comunidades Autónomas sa ďalej zvyšuje percento školskej populácie vystavenej pôsobeniu schválených a odporúčaných programov prevencie a v niektorých iných členských štátoch (Česká republika, Grécko, Nórsko) sa nedávno hodnotilo pokrytie. Výsledkom je postupné skvalitňovanie opatrení drogovej prevencie v mnohých členských štátoch, ktoré predtým charakterizovala „nízka adresnosť (prevažne nešpecifické intervencie a nedostatok adekvátnych materiálov o prevencii), nízka intencionalita (nedostatočná úroveň prípravy odborníkov pracujúcich v tejto oblasti), nízka proaktivita a hodnotenie (nízka úroveň výskumu a nedostatočné hodnotiace procedúry), nízka kontinuita (časté *ad hoc* intervencie) a slabá koordinácia a participácia (nedostatočná koordinácia realizovaných aktivít)" (portugalská národná správa).

... a nedostatok pokroku

V niektorých členských štátoch je pokrok príliš pomalý a ešte stále prevládajú koncepcie, ktoré nie sú založené na dôkazoch. K príčinám tohto stavu patrí zotrvačnosť, príliš veľký dôraz na medicínske prístupy a prístupy zamerané na závislosť, nedocenenie významu sociálnych vplyvov a sústreďovanie sa na osobnostné charakteristiky. Neexistencia noriem v niektorých krajinách navyše znamená, že prevenciu majú na starosti výlučne miestni zdravotnícki špecialisti alebo učitelia, často s obmedzenými vedomosťami o prevencii založenej na dôkazoch, v dôsledku čoho prevencia nepresahuje úroveň všeobecných názorov a presvedčení. V niektorých členských štátoch (napr. v Dánsku, Estónsku, Francúzsku, Lotyšsku a v častiach Belgicka, Nemecka a Talianska) sa prevencia na školách do veľkej miery ešte stále zakladá na poskytovaní informácií prostredníctvom brožúr, príležitostných seminárov, akčných dní a výstav, stretnutí, prednášok alebo návštev expertov.

Isté, hoci neveľmi rozsiahle dôkazy (Flay, 2000) ukazujú, že úspešná prevencia na školách musí byť zaintegrovaná do učebných osnov na podporu zdravia a do školskej drogovej politiky a že musí riešiť aspekty sociálneho života a komunity (Paglia a Room, 1999). Nadmerné používanie výrazov, ako je „podpora zdravého životného štýlu", „holistické prístupy" a „integrálna prevencia", často maskuje absenciu pevného základu politiky prevencie a svedčí o slabom odhodlaní presadzovať prevenciu založenú na dôkazoch. Nedosiahol sa žiadny viditeľný pokrok v rodinnej prevencii. Ako súčasť univerzálnej prevencie sa obmedzuje len na stretávanie sa rodičov s učiteľmi alebo na rodičovské skupiny (napr. v Nemecku, Grécku, Švédsku), kým zložku selektívnej prevencie (t. j. sústredenie sa na rizikové rodiny) tvorí len v Španielsku, Írsku, Švédsku a Spojenom kráľovstve ([21]).

([21]) Pozri tabuľku 4 OL: Prehľad kľúčových parametrov prevencie.

Kapitola 3
Kanabis

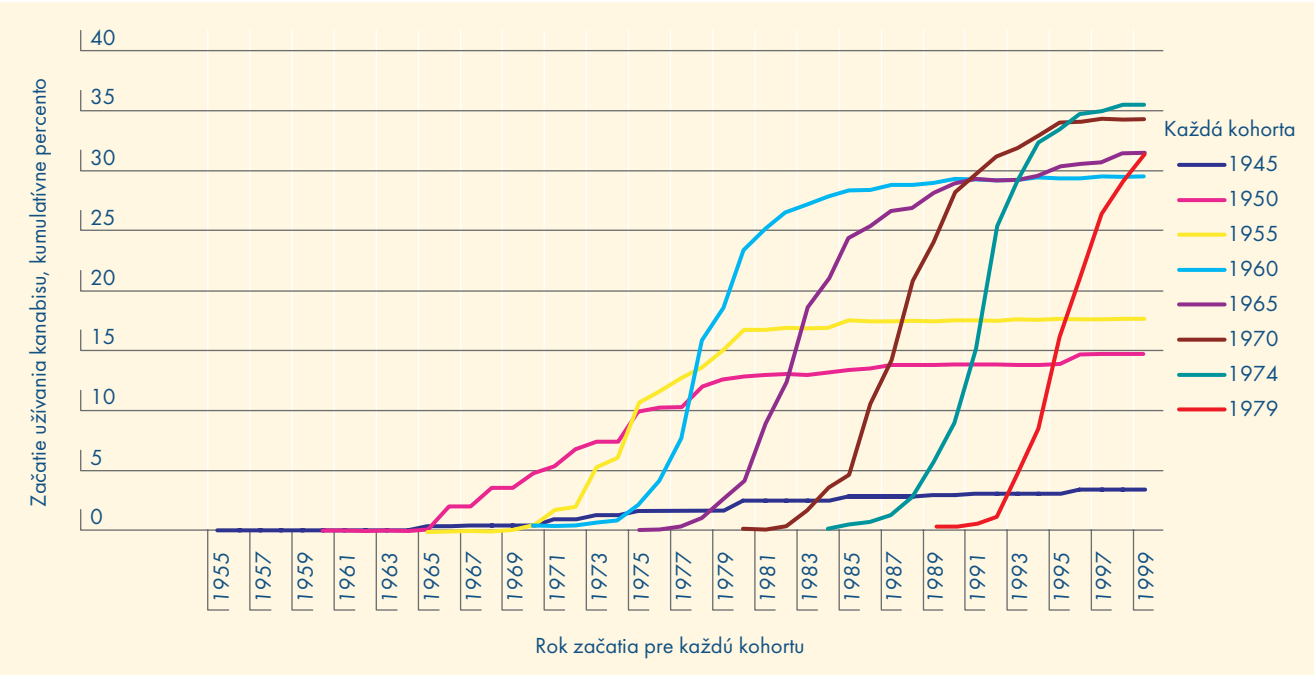
Vo všetkých krajinách EÚ je najčastejšie užívanou nelegálnou látkou kanabis, hoci v tomto smere medzi nimi existujú značné rozdiely. Užívanie kanabisu u mládeže sa začalo rozmáhať v niektorých európskych krajinách v sedemdesiatych rokoch minulého storočia a v priebehu sedemdesiatych a osemdesiatych rokov (obrázok 4 – príklad zo Španielska) sa rozšírilo aj do ostatných krajín EÚ. V nových členských štátoch EÚ je široké užívanie drog novším javom.

Prevalencia a vzorce užívania

Užívanie drog medzi obyvateľstvom sa posudzuje prostredníctvom prieskumov, ktoré proporčne odhadujú, koľko obyvateľov užívalo drogy v určitom časovom období ([22]). Podľa najnovších prieskumov túto látku aspoň raz vyskúšala významná časť európskej dospelej populácie (15 – 64 ročných osôb), od 5 – 10 % v Belgicku, Estónsku, Maďarsku a Portugalsku po 24 – 31 % v Dánsku, Španielsku, Francúzsku a Spojenom kráľovstve. Na porovnanie – v národnom prieskume domácností o drogách z roku 2002 v Spojených štátoch 40 % dospelých (12-ročných a starších osôb) priznalo, že aspoň raz vyskúšalo kanabis alebo marihuanu a 11 % udávalo jej užitie počas predchádzajúcich 12 mesiacov (SAMHSA, 2002) ([23]).

Prieskumy ukazujú, že užívanie kanabisu sa koncentruje medzi osobami v mladšom dospelom veku (15–34 rokov), a najmä medzi dvadsiatnikmi. Miera užívania kanabisu je výrazne vyššia u mužov než u žien. Národné prieskumy poukazujú aj na to, že sa častejšie užíva v mestských oblastiach alebo v oblastiach s vysokou hustotou obyvateľstva. Niektoré rozdiely medzi krajinami by mohli byť sčasti spôsobené aj rozdielmi v stupni urbanizácie.

Obrázok 4: Vývoj užívania kanabisu podľa kohort s rovnakým rokom narodenia na príklade Španielska



Poznámky: Národný prieskum o drogách z roku 1997 (*n* = 12 515; 15- až 64-roční) a Národný prieskum o drogách z roku 1999 (*n* = 12 488; 15-roční až 65-roční). Vybrané kohorty s rovnakým rokom narodenia len bez významných rozdielov medzi prieskumami a vzorkou v uvedenom roku narodenia.

Zdroj: Kraus L. a Augustin R.: Analýza veku pri prvom užití kanabisu v Nemecku, Grécku a Španielsku. V správe EMSDDZ CT.00.EP.14: *Technická realizácia a aktualizácia databanky EÚ o národných populačných prieskumoch týkajúcich sa užívania drog a uskutočnenie spoločnej analýzy zozbieraných údajov.*

([22]) Pozri metodické poznámky o prieskumoch obyvateľstva v Štatistickej ročenke z roku 2004.

([23]) Upozorňujeme, že vekové rozpätie v prieskume USA (12 a viac rokov) je širšie ako vekové rozpätie, o ktorom referuje EMSDDZ v prieskumoch konaných v EÚ (15 – 64).

Počet školákov vo veku 15 a 16 rokov, ktorí považujú kanabis za ľahko alebo veľmi ľahko dostupný, je konzistentne oveľa vyšší ako počet tých, ktorí udávajú celoživotné skúsenosti s užívaním kanabisu ([24]), avšak obidve tieto miery vykazujú rovnaké zemepisné variácie. Medzi jednotlivými krajinami existujú značné rozdiely. Podľa nedávnych prieskumov sa celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi 15-ročnými školákmi pohybuje od menej ako 10 % v Grécku, na Malte, vo Švédsku a Nórsku po viac ako 30 % v Českej republike, Španielsku, Francúzsku a Spojenom kráľovstve ([25]). Najvyššia miera prevalencie sa zistila u chlapcov v Anglicku (42,5 %) a mierne nižšia miera (38 %) u dievčat v Anglicku. Rozdiely v užívaní kanabisu medzi chlapcami a dievčatami nie sú v jednotlivých krajinách rovnaké a zvyčajne sú menej výrazné v severnej Európe. Napríklad vo Švédsku je celoživotná prevalencia 7,7 % u chlapcov a 6,6 % u dievčat, zatiaľ čo porovnateľné údaje za Grécko sú 8 % a 2,7 %.

Vo vysokom percente prípadov sa kanabis užíva len príležitostne alebo sa po čase prestane užívať celkom. Vo väčšine krajín EÚ priznáva užitie kanabisu v posledných 12 mesiacoch len 20 – 40 % všetkých dospelých, ktorí ho niekedy vyskúšali a len 1 – 10 % priznáva, že ho užili v posledných 30 dňoch.

Užívanie kanabisu v posledných 12 mesiacoch je vyššie u mladých dospelých (15–34 rokov) ako u celkovej dospelej populácie a vo väčšine krajín sa pohybuje od 5 % do 20 % (obrázok 5).

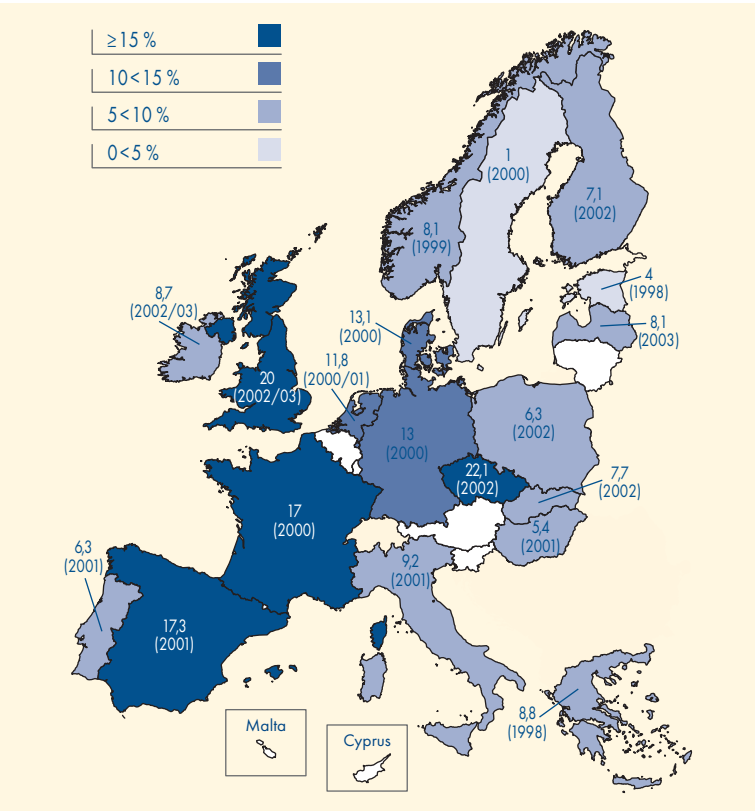
Neveľmi vysoké, avšak závažné a konzistentné percento (okolo 15 %) 15-ročných školákov v EÚ, ktorí užili kanabis v poslednom roku, udáva jeho užitie 40 alebo viackrát (čo sa považuje za „silné" užívanie). Obrázok 6 ukazuje, že pravdepodobnosť silného užívania je viac ako dvojnásobne vyššia u školákov ako u školáčok. Medzi školákmi sa podiel „silných" užívateľov pohybuje od menej ako 1 % vo väčšine štátov okolo Baltského mora (Estónsko, Lotyšsko, Litva, Fínsko a Švédsko) a na Malte a od 5 % do 10 % v Belgicku, Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Írsku, Slovinsku a v Spojenom kráľovstve. Na porovnanie, u školáčok je toto rozpätie 0 % až 4,6 %. Miera, do akej „silné" užívanie kanabisu prispieva k zdravotným problémom a k zvýšenému dopytu po liečbe, je predmetom vybranej časti „Problematika kanabisu v kontexte" (s. 82) ([26]).

Trendy

Neprítomnosť dlhodobých radov konzistentných prieskumov sťažuje identifikáciu drogových trendov vo väčšine krajín EÚ. Rôzne typy prieskumov (celoštátnych, miestnych, prieskumov medzi odvedencami a na školách) však ukazujú, že užívanie kanabisu sa v deväťdesiatych rokoch minulého storočia výrazne zvýšilo takmer vo všetkých krajinách EÚ, najmä medzi mladými ľuďmi. V niektorých prípadoch tento nárast nasledoval po jeho poklese v osemdesiatych rokoch minulého storočia ([27]).

Hoci mnohé krajiny v poslednom období udávajú ďalší nárast užívania kanabisu, podľa štyroch ďalších krajín

Obrázok 5: Nedávne užívanie (v minulom roku) kanabisu u mladých dospelých (15 – 34-ročných) merané podľa národných populačných prieskumov

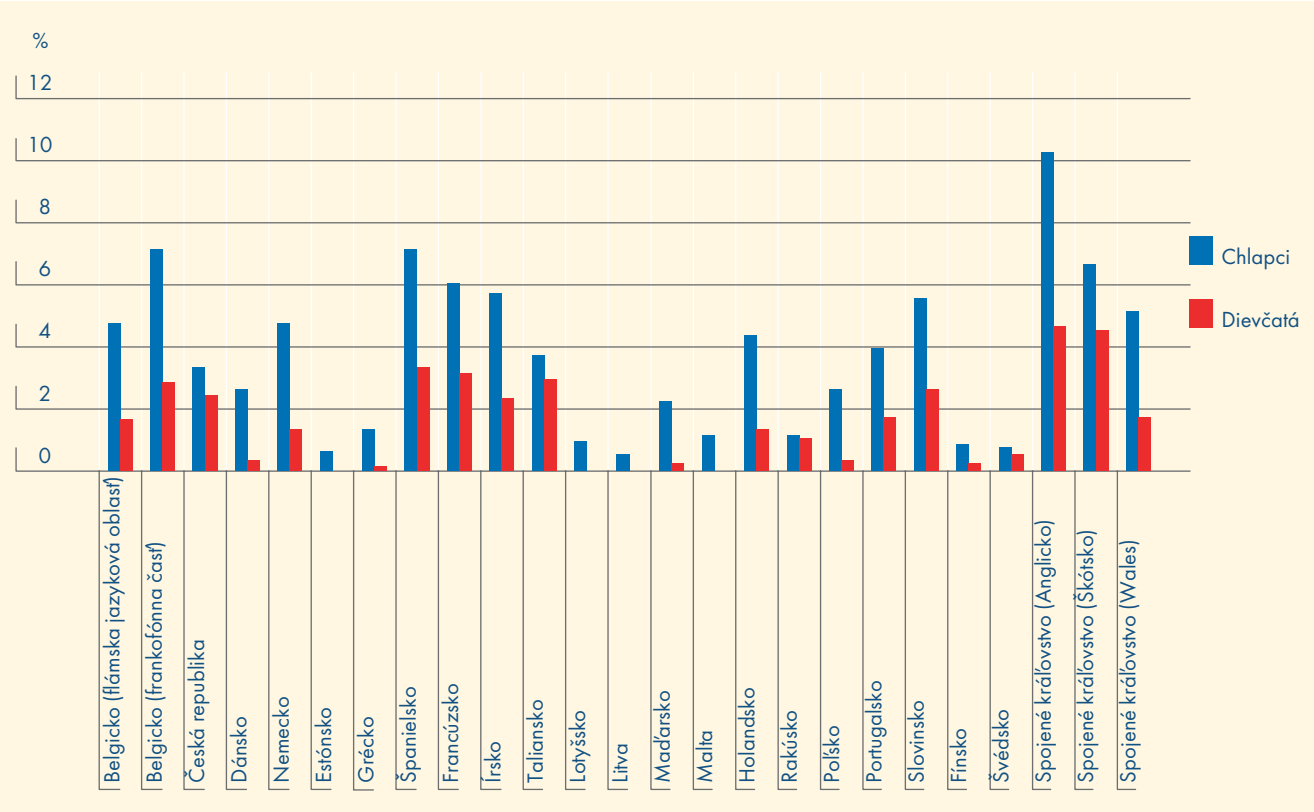


Poznámky: Údaje pochádzajú z najnovších národných prieskumov, ktoré sú pre jednotlivé krajiny k dispozícii, okrem Francúzska, kde malá veľkosť vzoriek zabránila použitiu prieskumu z roku 2002 a z tohto dôvodu sú tu prezentované údaje z roku 2000.
Bližšie údaje o počte respondentov podľa vekových skupín pozri v tabuľke 4 GPSurvey v Štatistickej ročenke 2004.
Nie všetky údaje zodpovedajú štandardnému vekovému rozpätiu EMSDDZ (Dánsko a Spojené kráľovstvo 16 – 34 rokov, Estónsko, Maďarsko a Nemecko 18 – 34 rokov). Variácie medzi vekovými rozpätiami môžu mierne ovplyvniť niektoré rozdiely medzi krajinami. V niektorých krajinách sa údaje prepočítavali na celoštátnu úroveň s cieľom prispôsobiť ich definícii EMSDDZ.

Zdroje: Národné správy siete Reitox z roku 2003, prevzaté zo správ o prieskumoch alebo vedeckých článkov. Pozri aj tabuľky populačných prieskumov v Štatistickej ročenke 2004.

([24]) Pozri tabuľku 2: Prevalencia v Štatistickej ročenke 2004.
([25]) Ibid.
([26]) Pozri aj obrázok 4 OL: Relatívna frekvencia užívania kanabisu medzi 15-ročnými školákmi, ktorí ho užívali v minulom roku.
([27]) Pozri obrázok 5 OL: Vývoj užívania kanabisu medzi mladými ľuďmi v niektorých krajinách EÚ meraný na základe populačných prieskumov.

Obrázok 6: Prevalencia „silného" užívania kanabisu u 15-ročných školákov podľa pohlavia



Poznámky: „Silné" užívanie kanabisu je definované ako 40 alebo viac užití v minulom roku. Nemecko, len vzorka na regionálnej úrovni. Portugalsko, obmedzená porovnateľnosť z dôvodu veľkosti vzoriek a veku.
Zdroj: Curie et al.: Medzinárodná správa HBSC z prieskumu WHO 2001/2002, 2004.

(Holandsko, Fínsko, Švédsko a Nórsko) sa jeho úroveň počas posledných 2 až 4 rokov ustálila medzi školákmi, odvedencami a tínedžermi. Výsledky pripravovanej správy ESPAD o prieskume na školách z roku 2003 umožnia presnejšie popísať trendy medzi školákmi v EÚ ([28]).

Záverom možno povedať, že v mnohých európskych krajinách sa v deväťdesiatych rokoch minulého storočia značne rozšírilo rekreačné a príležitostné užívanie kanabisu, ale prinajmenšom v niektorých krajinách dnes začína zrejme dosahovať svoj vrchol. Bežné užívanie sa pravdepodobne tiež zvýšilo, najmä u mladých ľudí.

Informácia o zachyteniach a o trhu

V roku 2002 bol kanabis naďalej celosvetovo najviac produkovanou a predávanou nelegálnou drogou. Vzhľadom na globálne rozšírenie produkcie kanabisu a absenciu monitorovacích systémov je však naďalej ťažké odhadnúť jeho skutočne produkované množstvo (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Interpretácia zachytení drog a údajov o trhu

Počet zachytení drog v krajine sa zvyčajne považuje za nepriamy ukazovateľ dodávok a dostupnosti drog, avšak odzrkadľuje aj zdroje súvisiace s výkonom práva, priority a stratégie a zároveň aj zraniteľnosť nelegálnych obchodníkov s drogami v súvislosti s výkonom práva. Zachytené množstvo sa môže meniť z roka na rok, ak napríklad v jednom roku dôjde k niekoľkým zachyteniam vo veľkom množstve. Z tohto dôvodu niektoré krajiny považujú počet zachytení drog za lepší ukazovateľ. Vo všetkých krajinách v počte zachytení drog proporčne prevládajú zachytenia menších množstiev na maloobchodnej úrovni. Pôvod a miesto určenia zachytených drog, ak je známe, môže naznačovať niečo o obchodných trasách a oblastiach výroby. Cenu a čistotu drog na maloobchodnej úrovni udáva väčšina členských štátov. Údaje však pochádzajú z rôznych zdrojov, nie vždy sa dajú porovnávať a nie vždy sú spoľahlivé a tým sa sťažuje presné porovnávanie krajín.

([28]) Pozri rámček 3 OL: Projekt prieskumu európskych škôl týkajúci sa alkoholu a iných drog.

Výroba a nezákonné obchodovanie

V posledných rokoch bolo najväčším svetovým zdrojom kanabisovej živice Maroko, po ktorom nasledovali Afganistan a Pakistan. Isté množstvo pochádza aj z iných krajín Strednej Ázie, Ruskej federácie, Libanonu a Albánska (UNODC, 2003a). V roku 2002 sa ako zdroj kanabisovej živice naďalej najčastejšie uvádzalo Maroko pred Albánskom a Indiou; skutočnosť, že ako zdroj sa uvádzalo aj 31 ďalších krajín, potvrdzuje rozšírenosť obchodu a vysoký počet zdrojových krajín (CND, 2004). V roku 2003 Úrad Spojených národov pre drogy a kriminalitu (UNDOC) a vláda Maroka vykonali prvý prieskum výroby kanabisu v Maroku. Prieskum odhalil, že na 27 % ornej pôdy v oblasti Rif sa pestovalo konope, čo zodpovedá potenciálnej výrobe 3 080 metrických ton kanabisovej živice v roku 2003 (UNODC a vláda Maroka, 2003). Väčšina kanabisovej živice, ktorá sa spotrebuje v EÚ, pochádza z Maroka a pašuje sa najmä cez Iberský polostrov, hoci Holandsko predstavuje druhé najdôležitejšie stredisko distribúcie pre ďalšiu prepravu do krajín EÚ (Bovenkerk and Hogewind, 2002; národné správy z roku 2003).

Krajiny, ktoré sú zdrojom konope, sú roztrúsené po celom svete. Najvýznamnejšími celosvetovými zdrojmi v roku 2001 bolo Albánsko, Kolumbia, Južná Afrika, Ruská federácia, Jamajka a Holandsko. Okrem Európy, väčšina nelegálneho obchodu s konope prebieha na úrovni medzi regiónmi, t. j. vyrába aj konzumuje sa na miestnej úrovni alebo v susedných krajinách (UNODC, 2003a). Udáva sa, že trávový kanabis zachytený v EÚ v roku 2002 pochádzal z rôznych krajín, najmä z Holandska a Albánska (CND, 2004; INCB, 2004a), ale aj z Ázie (Thajsko), Afriky (Malawi, Juhoafrická republika, Nigéria, Angola) a z Amerík (Mexiko, Jamajka, USA) (národné správy siete Reitox, 2003).

Miestne pestovanie a produkcia kanabisu existuje vo väčšine členských štátov EÚ. Hoci zachytené rastliny mohli byť v niektorých prípadoch na ceste z inej krajiny, zachytenia rastlín konopy v EÚ (pozri tabuľku 3) možno vnímať ako indikátor miestneho pestovania kanabisu. V Belgicku sa pestovanie konopy v posledných rokoch rozšírilo po celej krajine. V Českej republike boli prvé príklady veľkoplošného hydroponického pestovania kanabisu – ktoré nahradilo domáce „samozásobovacie" pestovanie v exteriéri – odhalené v roku 2002. V Estónsku sa počet odhalených kanabisových plantáží v roku 2002 zvýšil a zistili sa aj niektoré veľké plantáže. V Maďarsku sa udáva neprestajný nárast výmery pestovania kanabisovej trávy. V rámci EÚ bol najväčší počet rastlín konopy zachytený v Taliansku, po ktorom nasleduje Holandsko, kde sa počet zachytených rastlín od roku 1998 zvýšil. Posledne menovaný fakt je dôsledkom úspešného integrovaného prístupu viacerých inštitúcií na miestnej úrovni (napr. úzka spolupráca medzi miestnymi orgánmi, elektrárňami, daňovými úradmi atď.) v Holandsku. Odhaduje sa, že hoci približne polovica až tri štvrtiny kanabisu spotrebovaného v Holandsku sa vypestujú v samotnej krajine („nederwiet"), význam Holandska ako zdroja kanabisu určeného na vývoz do

Tabuľka 3: Zachytenia kanabisových rastlín v krajinách EÚ a v Nórsku v roku 2001

Krajina	Počet zachytení	Zachytené množstvo: počet rastlín (v kg, ak neexistuje údaj o počte rastlín)
Belgicko	n.a.	n.a.
Česká republika (1)	n.a.	343
Dánsko (1)	n.a.	230
Nemecko	785	68 696
Estónsko	24	6 043
Grécko	n.a.	18 821
Španielsko	n.a.	(3 907 kg)
Francúzsko	681	(41 kg)
Írsko	20	365
Taliansko	n.a.	3 219 414
Cyprus (1)	n.a.	274
Lotyšsko (1)	n.a.	(72,7 kg)
Litva	n.a.	n.a.
Luxembursko	2	11
Maďarsko	n.a.	n.a.
Malta	n.a.	n.a.
Holandsko	n.a.	884 609
Rakúsko	120	(36 kg)
Poľsko (1)	n.a.	2 550
Portugalsko	64	3 807
Slovinsko	426	1 925
Slovensko (1)	n.a.	535
Fínsko	612	(16 kg)
Švédsko	51	(3 kg)
Spojené kráľovstvo (2)	1 875	71 507
Nórsko	n.a.	(17 kg)

n.a.: údaje nie sú k dispozícii.
Zdroj: národné kontaktné miesta siete Reitox okrem:
(1) Interpol: Národné štatistiky o produkcii, obchode a užívaní nelegálnych drog, 2001, Lyon, Interpol, 2003.
(2) Corkery, J.M. a Airs, J.: Zachytenia drog v Spojenom kráľovstve v roku 2001, Findings no. 202, London, RDS-Home Office, 2003.

iných krajín sa znižuje, pričom rastie jeho význam ako tranzitnej krajiny pre zahraničný kanabis, najmä v súvislosti s nárastom pestovania v iných krajinách EÚ.

Zachytenia

Celosvetovo sa v roku 2002 zachytilo spolu 1 039 ton kanabisovej živice a 3 800 ton trávového kanabisu. Väčšia časť kanabisovej živice sa aj v uvedenom roku zachytila v Európe – 70 % a v Ázii – 23 %, zatiaľ čo trávový kanabis bol zachytený prevažne v Amerikách (70 %) a v Afrike (19 %) (CND, 2004). Kanabis je najčastejšie a v najväčšom množstve zachytávanou drogou vo všetkých krajinách EÚ s výnimkou Lotyšska, kde prevláda počet zachytení heroínu. K zachyteniu kanabisu dochádza najčastejšie v Spojenom kráľovstve, nasleduje Španielsko a Francúzsko ([29]). Počas posledných piatich rokov však krajinou, v ktorej sa zachytila viac ako polovica celkového množstva tejto drogy v EÚ, bolo Španielsko. Na úrovni EÚ počet zachytení kanabisu ([30]) od roku 1997 kolíše pri celkovo vzostupnom trende, avšak zachytené množstvo ([31]) od roku 1999 klesá. Podľa trendov v krajinách, ktoré poskytli údaje, sa v roku 2002 po poklese zaznamenanom v roku 2001 opäť zvýšil počet zachytení, aj množstvo drogy zachytenej v EÚ.

Niektoré krajiny investovali do nových technologických systémov s cieľom zvýšiť efektívnosť boja proti obchodu s kanabisom. Napríklad Španielsko nedávno vyvinulo Integrovaný systém externého sledovania (SIVE) – ktorý sa v súčasnosti používa v regióne Algeciras a na niektorých ostrovoch Kanárskeho súostrovia – s cieľom pomôcť odhaľovať pašovanie kanabisu a nelegálne prisťahovalectvo v reálnom čase ([32]).

Cena a potencia

V roku 2002 sa priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice v EÚ pohybovala od 2,7 eur za gram v Španielsku po 21,5 eur za gram v Nórsku a cena trávového kanabisu od niečo pod 2 eur za gram v Estónsku a Španielsku po 14 eur za gram v Lotyšsku ([33]). V období 1997–2002 zostávala priemerná cena kanabisovej živice vo väčšine EÚ rovnaká alebo mierne klesala – s výnimkou Luxemburska, kde sa v tomto období udával mierny nárast. V roku 2002 sa udával podobný trend vo všetkých krajinách s výnimkou Nemecka, Francúzska, Lotyšska, Litvy a Holandska, kde sa cena kanabisovej živice na ulici zvýšila. V rámci rovnakého päťročného obdobia vo väčšine krajín aj cena trávového kanabisu buď zostávala rovnaká, alebo sa znižovala, hoci Belgicko, Česká republika, Litva a Luxembursko udávali isté zvýšenie. V roku 2002 sa zvýšila cena trávového kanabisu v Nemecku, Litve a Lotyšsku, zatiaľ čo v ostatných členských štátoch buď zostala na rovnakej úrovni, alebo sa znížila.

Potencia kanabisových produktov sa určuje podľa obsahu primárnej aktívnej zložky – Δ^9–tetrahydrokanabinolu (THC) (EMSDDZ, 2004c). V roku 2002 sa v krajinách, ktoré poskytli údaje, priemerný obsah THC v kanabisových produktoch – živici ([34]) a tráve ([35]) – na maloobchodnej úrovni udával v rozmedzí od menej ako 1 % do 14 %.

([29]) Treba však preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002. Údaje o počte zachytení kanabisu v roku 2002 chýbali za Taliansko, Maďarsko, Poľsko a Slovinsko; údaje o počte prípadov zachytenia kanabisu, aj o množstve kanabisu zachyteného v roku 2002 chýbali za Cyprus, Maltu, Holandsko, Slovensko a Veľkú Britániu.

([30]) Pozri tabuľku 1: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([31]) Pozri tabuľku 2: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([32]) Pozri http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) Pozri tabuľku 14: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([34]) Pozri tabuľku 15: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([35]) Pozri tabuľku 16: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

Kapitola 4

Stimulanty amfetamínového typu, LSD a ostatné syntetické drogy

Táto kapitola podáva prehľad celého radu synteticky vyrobených drog. Užívanie niektorých z nich, napríklad amfetamínov, má v Európe veľmi dlhú históriu. Iné – ako je napríklad skupina extáz – sa začali užívať len nedávno pre svoje psychoaktívne vlastnosti. V tejto kapitole sa hovorí aj o snahách o identifikáciu všetkých nových syntetických drog, ktoré sa objavujú na európskej scéne.

Generický výraz amfetamíny označuje amfetamín, metamfetamín a mnohé ďalšie menej známe látky, z ktorých všetky stimulujú centrálnu nervovú sústavu. V Európe je z nich ďaleko najdostupnejší amfetamín. Užívanie metamfetamínu v globálnom meradle rastie a vyvoláva značné obavy, keďže ide o drogu spojenú s celým radom vážnych zdravotných problémov. Zdá sa, že metamfetamín sa dnes vo významnej miere užíva len v Českej republike, hoci sporadické správy vyvolávajú obavu, že táto droga môže získavať pozície aj inde.

Skupina extáz, ktoré sa niekedy označujú ako entaktogény, zahŕňa syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale do istej miery sa od nich odlišujú svojím účinkom. Najznámejším členom skupiny extáz je 3,4-metyléndioxy-metamfetamín (MDMA), avšak v tabletkách extázy sa niekedy nachádzajú aj iné príbuzné analógy.

Celková prevalencia užívania extázy, amfetamínu a LSD vo všeobecnej populácii je nízka; pri bližšom pohľade však zistíme oveľa vyššiu prevalenciu medzi nižšími vekovými skupinami, pričom užívanie týchto drog môže byť zvlášť vysoké v niektorých sociálnych prostrediach, resp. medzi niektorými subkulturálnymi skupinami.

Prevalencia a vzorce užívania

Prieskumy medzi populáciou už tradične ukazujú, že medzi najčastejšie užívané nelegálne látky popri kanabise tradične patria amfetamíny, ktorých celková prevalencia je však jednoznačne nižšia (obrázok 7). V niektorých krajinách, v ktorých sa konali opakované prieskumy (napr. Nemecko, Španielsko, Holandsko, Fínsko a Spojené kráľovstvo), sa však zistilo, že užívanie extázy v posledných rokoch dosiahlo alebo presiahlo úroveň užívania amfetamínu ([36]). Novšie prieskumy v niektorých ďalších krajinách svedčia o tom, že užívanie extázy je pomerne veľké – Česká republika, Írsko, Portugalsko, hoci nie sú súčasťou radu.

Podľa posledných prieskumov sa celoživotná prevalencia užívania amfetamínu medzi všeobecnou dospelou populáciou (15 – 64 rokov) pohybuje od 0,5 % do 6 % v členských štátoch EÚ okrem Spojeného kráľovstva, kde dosahuje až 12 %. Extázu vyskúšalo okolo 0,5 – 7 % populácie.

Užívanie amfetamínov alebo extázy v poslednom čase (prevalencia za posledných 12 mesiacov) u dospelých obyčajne nedosahuje ani 1 %, hoci údaje o obidvoch typoch látok sú o niečo vyššie v Českej republike, Španielsku, Írsku (prieskum z roku 1998) a v Spojenom kráľovstve; vyššie ako priemerné užívanie amfetamínov sa v poslednom čase zaznamenalo aj v Dánsku a užívanie extázy v Holandsku.

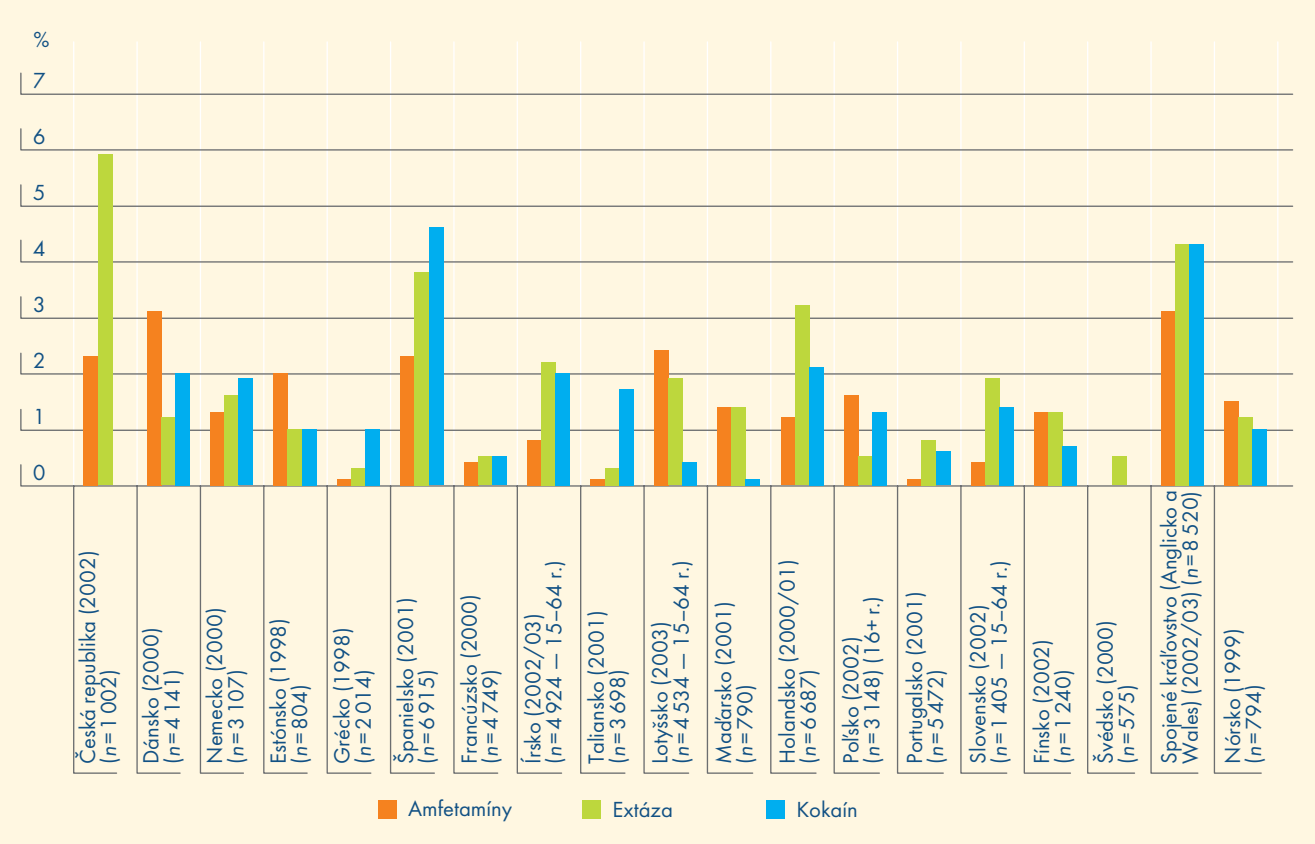
Celkove je užívanie amfetamínov a extáz najmä fenoménom mladých ľudí. Celoživotná prevalencia u mladých dospelých (15 – 34 rokov) sa pohybuje od 2 % do 11 % a prevalencia nedávneho užívania od 0,5 % do 6 %. Národné prieskumy udávajú celoživotnú prevalenciu užívania extázy u mužov vo veku 15–24 rokov v rozmedzí 11 – 17 % v Českej republike, Španielsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve a mieru nedávneho užívania v rozmedzí 5 – 13 % v Českej republike, Španielsku, Írsku (1998), Lotyšsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve. Je pravdepodobné, že tieto údaje by boli ešte vyššie, keby sa brala do úvahy len mestská populácia (obrázok 8).

Užívanie extázy sa v deväťdesiatych rokoch minulého storočia všeobecne zvýšilo. Hoci jej užívanie u mladých ľudí možno ešte rastie, zdá sa, že eskalácia medzi všeobecnou populáciou je v súčasnosti obmedzená.

Na porovnanie – v národnom prieskume domácností o drogách z roku 2001 v Spojených štátoch celoživotné

([36]) Pozri obrázok 6 OL: Najnovší vývoj (minuloročná prevalencia) užívania amfetamínov a extázy u mladých dospelých (15–34 ročných) v Spojenom kráľovstve (Britský prieskum zločinnosti).

Obrázok 7: Nedávne (v minulom roku) užívanie amfetamínov, extázy a kokaínu u mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) v krajinách EÚ merané podľa národných populačných prieskumov



Poznámky: Údaje pochádzajú z najnovších národných prieskumov, ktoré sú k dispozícii pre jednotlivé krajiny, okrem Francúzska, kde malá veľkosť vzoriek zabránila použitiu prieskumu z roku 2002 a z tohto dôvodu sú tu prezentované údaje z roku 2000 (pozri tabuľku 4 GPSurvey GPSurvey v Štatistickej ročenke 2004).
Vzorky (*n*) označujú počet respondentov vo vekovej skupine 15 – 34 rokov. Údaje o veľkosti vzoriek s počtom respondentov za celé prieskumy pozri v tabuľke 4 GPSurvey v Štatistickej ročenke 2004.
Nie všetky údaje zodpovedajú štandardnému vekovému rozpätiu EMSDDZ (Dánsko a Spojené kráľovstvo 16 – 34 rokov, Estónsko, Maďarsko a Nemecko 18 – 34 rokov). Variácie medzi vekovými rozpätiami môžu mierne ovplyvniť niektoré rozdiely medzi krajinami. V niektorých krajinách sa údaje prepočítavali na celoštátnu úroveň s cieľom prispôsobiť ich definícii EMSDDZ.
Zdroje: Národné správy siete Reitox z roku 2003, prevzaté zo správ o prieskumoch alebo vedeckých článkov. Pozri aj tabuľky populačných prieskumov v Štatistickej ročenke 2004.

skúsenosti s užívaním extázy udávalo 4,3 % dospelých (definovaných ako osoby vo veku 12 a viac rokov), zatiaľ čo užitie stimulantov priznalo 9 % (vrátane 5,3 % osôb, ktoré udávali užitie metamfetamínu). Nedávne užívanie (posledných 12 mesiacov) extázy udávalo 1,3 % a nedávne užívanie stimulantov 1,4 % (vrátane 0,7 %, ktorí udávali užitie metamfetamínu) ([37]).

Prieskumy a štúdie týkajúce sa mládeže

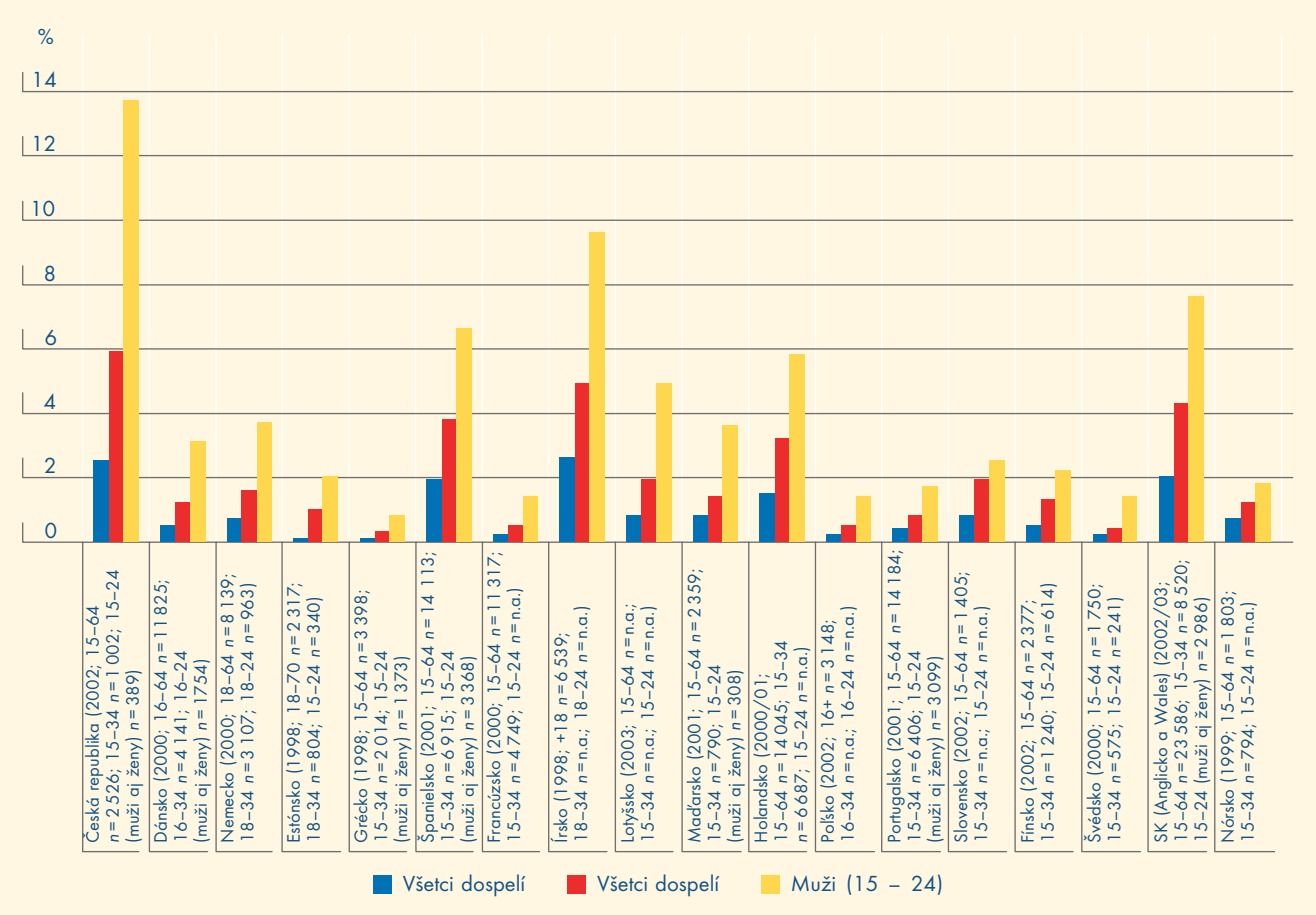
Porovnateľné údaje o mladých ľuďoch sa väčšinou zakladajú na prieskumoch v školách zameraných na školákov vo veku 15 a 16 rokov.

Údaje z prieskumov v školách ukazujú, že v rokoch 2001–2002 bola celoživotná prevalencia užívania extázy u školákov vo veku 15 a 16 rokov stabilná alebo klesala v šiestich členských štátoch (Belgicku, Českej republike, Španielsku, Taliansku, Maďarsku a Švédsku). Celoživotné užívanie extázy sa v týchto krajinách pohybovalo medzi 1 % a 4,7 % ([38]).

1 % nárast celoživotnej prevalencie užívania extázy u školákov vo veku 15 a 16 rokov sa udával v Anglicku (5 %). Pripravovaná správa Európskeho projektu prieskumov na školách (ESPAD) ([39]) prinesie dôležité údaje aj o trendoch v ďalších členských štátoch EÚ v období 1995 až 1999.

([37]) Výsledky národného prieskumu USA o užívaní drog z roka 2002 a zdravotnícke štatistické údaje. Sú k dispozícii na internetovej stránke SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Upozorňujeme, že vekové rozpätie v prieskume USA (12 a viac rokov) je širšie ako vekové rozpätie, o ktorom referuje EMSDDZ v prieskumoch konaných v EÚ (15–64).
([38]) Pozri tabuľku 1: Prevalencia v Štatistickej ročenke 2004.
([39]) Rámček 3 OL: Projekt prieskumu európskych škôl týkajúci sa alkoholu a iných drog.

Obrázok 8: Nedávne (v minulom roku) užívanie extázy u všetkých dospelých (vo veku 15 – 64 rokov), u mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) a u mladých mužov (vo veku 15 – 24 rokov) merané podľa národných populačných prieskumov



Poznámky: Údaje pochádzajú z najnovších národných prieskumov, ktoré sú k dispozícii pre jednotlivé krajiny, okrem Francúzska, kde malá veľkosť vzoriek zabránila použitiu prieskumu z roku 2002 a z tohto dôvodu sú tu prezentované údaje z roku 2000.
Nie všetky údaje zodpovedajú štandardnému vekovému rozpätiu EMSDDZ (Dánsko a Spojené kráľovstvo 16 – 34 rokov, Estónsko, Maďarsko a Nemecko 18 – 34 rokov). Variácie medzi vekovými rozpätiami môžu mierne ovplyvniť niektoré rozdiely medzi krajinami. V niektorých krajinách sa údaje prepočítavali na celoštátnu úroveň s cieľom prispôsobiť ich definícii EMSDDZ.

Zdroje: Národné správy siete Reitox, prevzaté zo správ o prieskumoch alebo vedeckých článkov. Pozri GPSurvey tabuľku 3 a tabuľku 4 v Štatistickej ročenke 2004.

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov u školákov vo veku 15 a 16 rokov vo všetkých krajinách, s výnimkou Maďarska, ktoré poskytli nové údaje za roky 2001 – 2002 ([40]), zostala stabilná alebo sa znížila.

Celoživotná prevalencia aj intenzívne užívanie stimulantov amfetamínového typu sú všeobecne vyššie u mužov ako u žien s výnimkou Českej republiky, kde prieskumy ESPAD a WHO na školách zistili vyššiu celoživotnú prevalenciu užívania metamfetamínu (najmä „pervitínu“) u dievčat. Je to v súlade so zisteniami o mladých ľuďoch navštevujúcich centrá na liečbu drogových závislostí v Českej republike: vyše polovice klientov – tínedžerov, ktorí vyhľadali liečbu pre problémy spojené s užívaním stimulancií (najmä pervitínu), tvoria osoby ženského pohlavia na rozdiel od klientov vo vekových skupinách 20 a viac rokov, kde je dvakrát viac mužov ako žien. Predbežne sa neposkytlo žiadne vysvetlenie tohto fenoménu, ktorý však signalizuje nutnosť starostlivo monitorovať rodovú situáciu vo vzťahu k užívaniu stimulantov amfetamínového typu.

Nedávne štúdie z Holandska a Spojeného kráľovstva ukazujú, že užívanie extázy je naďalej oveľa rozšírenejšie medzi osobami, ktoré navštevujú (tanečné) večierky než medzi všeobecnou populáciou (Deehan a Saville, 2003; Ter Bogt a Engels, 2004). Hoci sú k dispozícii iba obmedzené údaje týkajúce sa frekvencie užívania extázy a skonzumovaného množstva, dostupné informácie svedčia o značnej variabilnosti vzorcov užívania. Napríklad podľa výsledkov prieskumu z roku 2001 extázu v poslednom mesiaci užila viac ako polovica návštevníkov *rave parties* v Holandsku (58 %).

([40]) Pozri tabuľku 1: Prevalencia v Štatistickej ročenke 2004.

17 % z nich – definovaných ako „súčasní užívatelia extázy" – priznalo, že extázu užíva „niekoľkokrát týždenne" a 22 % raz týždenne. Jeden z troch (32 %) užíval extázu „niekoľkokrát do mesiaca". V súvislosti s budúcimi trendmi Španielsko uvádza, že prepojenie medzi užívaním extázy a určitými typmi hudby alebo podujatí sa pravdepodobne oslabuje a znižuje sa význam drogy na identifikáciu konkrétnych skupín.

Napriek rozšíreným obavám z prepojenia medzi užívaním povzbudzujúcich drog a vedením motorových vozidiel sa v španielskej toxikologickej štúdii smrteľných nehôd na cestách z roku 2002 extáza zistila len v 0,4 % z celkového počtu 1 441 vyšetrovaných vodičov.

Úmrtia súvisiace s extázou

Hoci v porovnaní s úmrtiami pri užití opiátov bývajú úmrtia súvisiace s užitím extázy zriedkavé, vo verejnosti vyvolávajú vážne obavy, čo pravdepodobne súvisí s mladým vekom obetí a s celkom nečakaným výsledkom. Výraz „úmrtie súvisiace s extázou" treba presnejšie definovať. V súčasnosti by mohol znamenať, že táto látka bola uvedená na úmrtnom liste alebo sa zistila pri toxikologickej analýze (často v kombinácii s opiátmi, alkoholom, kokaínom alebo inými drogami).

Údaje v správach siete Reitox z roku 2003, že vo väčšine krajín EÚ sa „úmrtia súvisiace s extázou" vyskytovali veľmi zriedkavo a úmrtia priamo spojené s užitím extázy ešte zriedkavejšie (dve v Rakúsku, dve vo Francúzsku, po užití jednej extázy, 19 v Nemecku, z ktorých sa výlučne užitiu extázy pripisuje osem, jedno v Grécku a dve v Amsterdame, jedno v spojení s alkoholom), aj keď neexistoval jednotný postup vykazovania týchto prípadov. Spojené kráľovstvo v roku 2001 oznámila 55 úmrtí spojených s užitím extázy, čo predstavuje nárast oproti 16 prípadom v roku 1998. Britská štúdia založená na sérii 202 prípadov nahlásených v rokoch 1996 až 2002 Národnému programu úmrtí spôsobených zneužívaním drog tiež zistila zvýšenie počtu úmrtí súvisiacich s extázou od obdobia 1996–1997 (12 prípadov) do obdobia 2001 – 2002 (72 prípadov), pričom v 17 % prípadov (Schifano et al., 2003) sa extáza uvádzala ako jediná droga. Relatívne vysoký počet úmrtí súvisiacich s extázou v Spojenom kráľovstve by mohol byť výsledkom reálne vyššej prevalencie užívania extázy, ale aj lepších monitorovacích a analytických procedúr.

Za indikátor akútnych zdravotných problémov súvisiacich s užívaním drog možno takisto považovať údaje oddelení urgentnej medicíny. Mierny nárast počtu naliehavých zdravotných problémov súvisiacich s extázou a amfetamínmi udávalo v rokoch 1996 až 2001 Španielsko ([41]) ([42]); ostatné krajiny na národnej úrovni systematicky nezbierajú údaje z núdzových príjmov a podobný nárast neudávali.

Britská štúdia, ktorá zisťovala riziko smrti po užití extázy na základe preskúmania veľkého počtu užívateľov, zistila veľmi široký rozptyl (0,2 – 5,3 na 10 000 užívateľov) a zdôraznila potrebu lepšie definovať úmrtia súvisiace s extázou, ako aj referenčné rizikové populácie (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Niektorým úmrtiam spojeným s užitím extázy sa dá vyhnúť zavedením pomerne jednoduchých opatrení ako je zlepšenie vetrania, poskytnutie prístupu k vode a podporou bezpečnejšieho správania prostredníctvom zdravotníckej osvety. V iných prípadoch bola smrť zrejme dôsledkom idiosynkratickej reakcie na drogu. Je ťažké zabrániť takýmto nepredvídateľným reakciám a možnosti zásahu, okrem lekárskej pomoci, sú z tohto dôvodu obmedzené.

Intervencie v oddychových prostrediach

Prevencia v oddychových prostrediach je pravdepodobne najlepšie zavedenou konkrétnou formou selektívnej prevencie. V niektorých členských štátoch ([43]) už istý čas existuje náplň činnosti, zásady a služby spojené s touto prevenciou. Preventívne aktivity sa mierne posilnili, najmä v nových členských štátoch ([44]).

Intervencie sa pohybujú od opatrení orientovaných na abstinenciu, ako je napríklad švédska kampaň „Je veľa dôvodov, prečo neskúšať drogy" z leta 2003 (jej cieľom bolo posilniť odhodlanie odporcov drog a presvedčiť nerozhodných, aby si vybrali správnu cestu), až po testovanie tabletiek pre užívateľov drog v niektorých krajinách (pozri ďalej uvádzanú štúdiu) ([45]). V poslednom čase sa však v čoraz väčšom počte členských štátov – najmä severských (predovšetkým v súvislosti s alkoholom) a v Taliansku – zvyšuje význam štrukturálnych prístupov. Tieto prístupy sa zakladajú na vypracúvaní spoločných kooperatívnych stratégií, do ktorých sú zapojené reštaurácie, kluby a bary, polícia, služby drogovej prevencie, odborové zväzy zamestnancov reštaurácií

([41]) V Španielsku sa už niekoľko rokov raz do roka po dobu jedného týždňa monitorujú náhle zdravotné prípady spôsobené akútnymi reakciami na psychoaktívne látky vo vzorke nemocníc v celej krajine. Zaznamenávajú sa „zmienky" o užívaných látkach. Podrobnejšie k metodológii pozri národnú správu siete Reitox 2003 (s. 34 – 36).

([42]) Pozri obrázok 7 OL: Percento „zmienok" v prípadoch súvisiacich s akútnymi reakciami na drogy prijatými na oddelenia urgentnej medicíny, Španielsko 1996 – 2001.

([43]) Pozri obrázok 8 OL: Význam, ktorý sa v členských štátoch pripisuje preventívnym opatreniam v oddychových prostrediach.

([44]) Pozri tabuľku 5 OL: Zhrnutie parametrov prevencie v rekreačných prostrediach.

([45]) Pozri aj obrázok 8 OL: Význam, ktorý sa v členských štátoch pripisuje preventívnym opatreniam v oddychových prostrediach.

a administratívne orgány. Dôraz sa všeobecne kladie na otázky bezpečnosti, prvú pomoc, sledovanie drog, predchádzanie naliehavým zdravotným problémom a násilia. Pre zamestnancov sa organizujú školenia zamerané na identifikáciu rizikových situácií a ich profesionálne zvládnutie.

V Dánsku sa realizoval rozvojový projekt na prevenciu užívania extázy v dvoch „modelových okresoch". Zameriaval sa na preventívne intervencie na úrovni obce (tvorba miestnych akčných plánov a drogovej politiky), na školách, na vysokých školách a v prostredí zábavných večierkov. Súčasťou intervencií bolo vydanie „sprievodcu nulovej tolerancie" voči drogám v nočných kluboch a internetová stránka s podkladovými informáciami. Pre vedenie aj zamestnancov reštaurácií sa organizovali školenia o tom, ako postupovať v súvislosti s drogami. Podľa prvých správ sa niektoré služby špecificky zamerané na extázu, napr. telefonická linka pomoci a poradenské služby, využívajú len v malom rozsahu. Na oddelenia urgentnej medicíny alebo do liečebných zariadení bolo prijatých len niekoľko osôb.

Nedávna holandsko-nemecko-rakúska štúdia (Benschop et al., 2002) ([46]) v troch európskych mestách (Amsterdam, Hannover a Viedeň) analyzovala dopad testovania tabletiek na správanie sa pri užívaní drog a uvedomovanie si rizika užívateľmi extázy. Respondenti vo všetkých troch mestách si boli pozoruhodne podobní: rozdiely medzi osobami využívajúcimi služby testovania tabletiek a ostatnými boli malé. Najbežnejším zdrojom informácií o extáze sú rovesníci, zatiaľ čo masmédiá a časopisy o životnom štýle hrajú len menej významnú úlohu. Užívatelia informujú svojich priateľov o výsledkoch testov. Táto neformálna cesta šírenia informácií sa považuje za skrytú výhodu testovania tabletiek: rozširuje sieť drogovej prevencie a znižuje prah nadväzovania kontaktu so službami prevencie. Zdá sa, že užívatelia drog majú odlišné sociálne siete ako osoby, ktoré neberú drogy a že nedochádza k ich vzájomnému premiešavaniu, a to ani pri návšteve rovnakých podujatí (napr. večierkov). Štúdia nezistila žiadne náznaky svedčiace o tom, že by testovanie tabletiek povzbudilo užívanie alebo rozšírilo okruh užívateľov extázy.

Liečba

Užívanie stimulantov amfetamínového typu (ATS) býva málokedy primárnym dôvodom na návštevu centra pre liečbu drogových závislostí. Existujú však aj niektoré výrazné výnimky: 52 % klientov v Českej republike, 35,3 % vo Fínsku a 29 % vo Švédsku udáva ATS ako primárny dôvod vyhľadania liečby. V Českej republike existuje najvyšší dopyt po liečbe medzi užívateľmi pervitínu ([47]), z ktorých približne jednu tretinu tvoria osoby mladšie ako 20 rokov – z toho viac ako polovica je ženského pohlavia. Vo Švédsku aj vo Fínsku amfetamíny zohrali významnú úlohu v histórii vzniku národného drogového problému, čo do istej miery platí dodnes.

Informácia o zachyteniach a o trhu ([48])

Podľa Úradu OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC, 2003a) sa výroba ATS – „syntetickej drogy, vrátane chemicky príbuzného amfetamínu, metamfetamínu a extázy" – ťažko kvantifikuje, pretože „sa pri nej používajú bežne dostupné chemikálie v ľahko utajiteľných laboratóriách". Celoročná globálna produkcia ATS sa však odhaduje asi na 520 ton (UNODC, 2003b). Celosvetovo sa najviac ATS – 46,2 ton – zachytilo v roku 2000; zachytené množstvo medzitým kleslo na 25,7 ton v roku 2002 (CND, 2004).

Metamfetamín

Z hľadiska objemu výroby a predaja ATS je celosvetovo najvýznamnejší metamfetamín. Najväčšie množstvo metamfetamínu sa zachytáva vo východnej a juhovýchodnej Ázii (Thajsko, Čína), po ktorej nasleduje Severná Amerika (UNODC, 2003a). Výroba metamfetamínu v Európe dosahuje oveľa menšie rozmery; v období 2000–2001 sa z tajných metamfetamínových laboratórií odhalených vo svete len 2 % nachádzali v Európe – najmä v Českej republike, Ruskej federácii a na Slovensku. V rámci EÚ sa výroba metamfetamínu menšieho rozsahu udáva aj v Belgicku, Nemecku, Estónsku, Francúzsku, Lotyšsku, Litve a v Spojenom kráľovstve (UNODC, 2003a,b). V Českej republike sa výroba metamfetamínu udáva už od začiatku osemdesiatych rokov minulého storočia; väčšinou je určený na miestnu spotrebu, hoci časť sa pašuje aj do Nemecka a Rakúska (UNODC, 2003a). Napriek tomu, že údaje o zachytení metamfetamínu EMSDDZ systematicky nezbiera, Česká republika, Dánsko, Estónsko, Litva, Nórsko a Švédsko poskytli údaje o zachytení metamfetamínu v roku 2002.

V roku 2002 zostávala priemerná cena pervitínu v Českej republike relatívne stabilná vo výške 32 eur za gram; výnimkou bol začiatok roka, keď cena stúpla v dôsledku

([46]) V EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) „Pervitín" je miestny názov typu metamfetamínu, ktorý sa nelegálne vyrába v Českej republike. Má dlhú históriu užívania a aplikuje sa najmä injekčným spôsobom. Jeho výrobu možno dať do súvisu s legálnym priemyslom výroby efedrínu (Globálny prieskum extázy a amfetamínov UNODC, 2003.

([48]) Pozri kapitolu 3: Interpretácia zachytení drog a údaje o trhu, s. 30.

nedostatku jeho prekurzora (efedrínu). Priemerná čistota na maloobchodnej úrovni sa udávala v hodnote 40 %.

Amfetamín

Súdiac podľa počtu odhalených laboratórií sa celosvetová výroba amfetamínov naďalej sústreďuje v Európe. V roku 2002 boli amfetamínové laboratóriá odhalené v Poľsku a Holandsku, niekoľko aj v Nemecku, Estónsku, Francúzsku a Litve ([49]) (národné správy siete Reitox, 2003; CND, 2004). Krajinami zdroja amfetamínu zachyteného v EÚ v roku 2002 boli najmä Holandsko a Poľsko, v menšej miere Belgicko, Estónsko a Litva.

Aj k väčšine zachytení amfetamínu došlo v západnej Európe. Tento subregión predstavoval 86 % z celkového objemu celosvetovo zachyteného amfetamínu v roku 2002, východná Európa 10 % a krajiny Blízkeho a Stredného Východu 3 % (CND, 2004). Z členských štátov EÚ sa v posledných piatich rokoch najviac amfetamínov zachytilo v Spojenom kráľovstve ([50]). Rastúci trend počtu zachytení amfetamínu ([51]) na úrovni EÚ vyvrcholil v roku 1998 a jeho množstvo ([52]) v roku 1997. Trendy v krajinách, ktoré poskytli údaje, svedčia o opätovnom náraste – počtu zachytení od roka 2000 a 2001 ([53]). V roku 2002 sa priemerné ceny amfetamínu na úrovni užívateľov pohybovali od 11 eur za gram v Maďarsku a Estónsku po 37,5 eur za gram v Nórsku ([54]). Vo väčšine krajín, ktoré mohli poskytnúť tieto údaje, boli ceny počas posledných piatich rokov buď stabilné, alebo klesali.

Priemerná maloobchodná čistota amfetamínu sa v roku 2002 pohybovala od 10 % (Nemecko) do 52 % (Nórsko), pričom najčistejšie po Nórsku boli amfetamíny z krajín okolo Baltského mora – Estónska, Lotyšska, Litvy a Fínska. Výraznou výnimkou je Portugalsko, kde bola v roku 2002 priemerná čistota menej ako 1 %. Počas posledných piatich rokov bola čistota amfetamínov vo všetkých krajinách stabilná alebo klesala, hoci v roku 2002 sa udávalo jej zvýšenie v Belgicku, Estónsku a Spojenom kráľovstve.

Extáza

V celosvetovom meradle zostáva hlavným centrom výroby extázy Európa. Jej relatívny význam však zrejme klesá, keďže výroba extázy sa rozširuje aj do iných častí sveta, najmä do Severnej Ameriky a do južnej a juhovýchodnej Ázie (UNODC, 2003a; CND, 2004). V Európe sa väčšina extázy vyrába v Holandsku a Belgicku. Napríklad v Európe boli v rokoch 1999 – 2001 vo vyše 63 % prípadov prekurzory extázy zachytené v Holandsku a v 21 % prípadov v Belgicku; z laboratórií na výrobu extázy odhalených v EÚ sa 75 % nachádzalo v Holandsku, 14 % v Belgicku, 6 % v Spojenom kráľovstve a 4 % v Nemecku. Odhalenie laboratórií na výrobu extázy (a/alebo laboratórií na výrobu ATS) hlásilo v rokoch 1991–2001 aj Estónsko, Španielsko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Poľsko a Nórsko (UNODC, 2003a). V roku 2002 bolo na celom svete odhalených 54 laboratórií na výrobu extázy, z toho 18 v Holandsku ([55]), tri v Spojenom kráľovstve a po jednom vo Francúzsku a Estónsku (CND, 2004). Udáva sa, že extáza zachytená v EÚ pochádza najmä z Belgicka a Holandska, hoci vo viacerých správach sa ako producentské krajiny uvádzajú aj Estónsko a Spojené kráľovstvo (národné správy siete Reitox, 2003).

Obchodovanie s extázou sa ešte stále vo veľkej miere sústreďuje v západnej Európe, ale rovnako ako jej výroba sa v poslednom čase rozšírilo po celom svete (UNODC, 2003a). Pokiaľ ide o zachytený objem, v roku 2002 západná Európa predstavovala 73 % a Severná Amerika 20 % (CND, 2004). V posledných piatich rokoch je spomedzi členských štátov EÚ krajinou konzistentne zachytávajúcou najviac extázy Spojené kráľovstvo ([56]).

Od poklesu v rokoch 1997 počet zachytení extázy ([57]) na úrovni EÚ rýchlo rastie. Podľa trendov v krajinách, ktoré poskytli údaje, v roku 2002 počet zachytení extázy klesol.

([49]) Hoci nie sú zaradené do tohto zoznamu, v posledných rokoch bolo niekoľko nelegálnych laboratórií na výrobu amfetamínov odhalených aj v Spojenom kráľovstve. Okrem toho sa začiatkom roka 2003 po prvý raz zistilo tajné laboratórium na výrobu amfetamínov v Luxemburgu.

([50]) Túto situáciu treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za Veľkú Britániu za rok 2002. Údaje o počte zachytení amfetamínov v roku 2002 chýbali za Belgicko, Taliansko, Maďarsko, Holandsko a Poľsko; údaje o množstve amfetamínov zachytených v roku 2002 chýbali za Grécko; údaje o počte zachytení amfetamínov aj množstve zachytených amfetamínov v roku 2002 chýbali za Írsko, Cyprus, Maďarsko, Maltu, Poľsko, Slovensko a Veľkú Britániu.

([51]) Pozri tabuľku 7: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([52]) Pozri tabuľku 8: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([53]) Treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002.

([54]) Pozri tabuľku 14: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([55]) Spomedzi všetkých 43 odhalených miest na výrobu syntetických drog v roku 2002 v Holandsku, 18 z nich sa špecificky týka MDMA.

([56]) Túto situáciu treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za Veľkú Britániu za rok 2002. Údaje o počte zachytení extázy v roku 2002 chýbali za Belgicko, Maďarsko, Holandsko a Poľsko; údaje o počte zachytení extázy aj o množstve extázy zachytenej v roku 2002 chýbali za Taliansko, Cyprus, Maltu, Slovensko a Veľkú Britániu.

([57]) Pozri tabuľku 9: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

Treba to však potvrdiť po dodaní zatiaľ chýbajúcich údajov za rok 2002 – najmä od Spojeného kráľovstva. Množstvo zachytenej extázy ([58]) sa v rokoch 1997 a 2000 prudko zvyšovalo a v roku 2001 sa stabilizovalo. V roku 2002 znova stúplo vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje.

V roku 2002 sa priemerná cena jednej tabletky extázy pohybovala od 6 eur (Česká republika) do 20 – 25 eur (Taliansko, Fínsko) ([59]). Podľa najnovších údajov (DrugScope, 2004) však v niektorých častiach Spojeného kráľovstva jedna tabletka extázy stojí len 1,5 eur. V posledných piatich rokoch sa cena tabletky extázy vo väčšine krajín EÚ neprestajne znižovala. V roku 2002 tento trend pokračoval vo všetkých krajinách okrem Estónska, kde cena za jednu tabletku mierne stúpla.

V porovnaní so situáciou spred piatich rokov sa zdá, že dochádza k znižovaniu obsahu amfetamínov v tabletkách predávaných ako extáza, pričom sa v nich čoraz častejšie zisťuje extáza a látky podobné extáze. Jedinou psychoaktívnou látkou zistenou vo väčšine analyzovaných tabletiek predávaných ako extáza vo všetkých krajinách EÚ v roku 2002 bola extáza (MDMA) a látky podobné extáze (MDEA, MDA). V Belgicku, Dánsku, Nemecku, Litve a Nórsku tieto tabletky predstavovali vyše 95 % celkového počtu analyzovaných tabletiek extázy. Obsah MDMA v tabletkách extázy značne kolíše v závislosti od výrobnej šarže (aj u tabletiek s rovnakým logotypom) tak v jednotlivých krajinách, ako aj medzi nimi. Vo väčšine krajín EÚ sa v roku 2002 priemerný obsah aktívnej látky (MDMA) na jednu tabletku udáva v rozmedzí 60 až 80 mg; v Maďarsku a Nórsku bolo toto rozpätie širšie.

LSD

LSD sa vyrába a predáva v oveľa menšom rozsahu ako ostatné syntetické drogy, napríklad ATS. V rokoch 2000 a 2001 počet zachytení LSD vo svete klesol o 73 %. Krajinami, ktoré v roku 2001 zachytili najväčší počet jednotiek, boli USA, Španielsko a Holandsko (UNODC, 2003a). Až do roku 2000 bolo členským štátom EÚ s najväčším počtom zachytení LSD Spojené kráľovstvo, ktoré však dnes predbehlo Nemecko ([60]). Počet zachytení LSD ([61]), aj zachytené množstvá ([62]) na úrovni EÚ počas posledných piatich rokov neustále klesajú – okrem vrcholu v roku 2000. V roku 2002 sa priemerná cena jednej jednotky LSD pre užívateľov pohybovala od 5 eur v Spojenom kráľovstve po vyše 20 eur v Taliansku ([63]).

Medzinárodná akcia proti obchodu so syntetickými drogami

Európska komisia v spolupráci s Europolom pripravila v decembri 2003 správu, ktorá prezentuje súčasný stav veľkých viacstranných projektov zameraných na mapovanie distribučných sietí a skúseností získaných v tejto oblasti na úrovni EÚ, v členských štátoch a kandidátskych krajinách. Kľúčové projekty prezentované v správe obsahujú rozsiahlu akciu proti syntetickým drogám v Európe (CASE), ktorá kombinuje forenznú analýzu amfetamínu, ktorú vykonalo Švédske národné laboratórium forenzných vied (SKL) a koláciu údajov o vykonávaní práva na úrovni Európskej únie na účely identifikácie výrobných miest syntetických drog a zločineckých organizácií zapletených do výroby a obchodu so syntetickými drogami a začatia trestného vyšetrovania. Projekt využíva analytický pracovný spis Europolu CASE. Ďalší projekt nazvaný Porovnávací systém Europolu pre nelegálne laboratóriá porovnáva fotografické a technické údaje získané na miestach pre výrobu syntetických drog v celej Európskej únii, a tým otvára možnosť vyšetrovať prepojenia medzi rôznymi miestami výroby, zadržané vybavenie a dodávateľov vybavenia.

Okrem toho, systém Europolu Logo systém extázy každoročne vydáva katalóg s logami, ktorý sa globálne rozposiela dôležitým inštitúciám na výkon práva. EELS úzko spolupracuje s programom centrálnej analýzy extázy, na ktorom pracuje Federálny kriminálny úrad polície v Nemecku.

Interpol inicioval projekt zameraný proti skupinám organizovaného zločinu vyrábajúcim a predávajúcim syntetické drogy. Projekt SYDRUG združuje a prepája operatívne údaje a umožňuje tak vykonávať mnohonárodné operácie ([64]). Trendy svedčia o tom, že extáza sa pašuje zo západnej Európy do Severnej Ameriky, juhovýchodnej Ázie a Oceánie (Interpol, 2002).

Čoraz zreteľnejšie sú prepojenia medzi sieťami pašujúcimi drogy a sieťami pašujúcimi prekurzory. V januári 2003 začali prebiehať operatívne aktivity pod hlavičkou projektu

([58]) Pozri tabuľku 10: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([59]) Pozri tabuľku 14: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([60]) Túto situáciu treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za Veľkú Britániu za rok 2002. Údaje o počte zachytení LSD v roku 2002 chýbali za Španielsko, Taliansko, Maďarsko a Holandsko; údaje o počte zachytení LSD aj o množstve LSD zachyteného v roku 2002 chýbali za Belgicko, Írsko, Cyprus, Maltu, Slovensko a Veľkú Britániu.
([61]) Pozri tabuľku 11: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([62]) Pozri tabuľku 12: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([63]) Pozri tabuľku 14: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([64]) SYDRUG, globálny projekt Interpolu pre syntetické drogy, Lyon, apríl 2003.

Nové syntetické drogy podliehajúce kontrole podľa spoločnej akcie

V rokoch 1998 a 2002 bolo podrobených posúdeniu rizika v rámci spoločnej akcie päť nových syntetických drog (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamín a PMMA). V roku 2003 vedecký výbor EMSDDZ, doplnený o expertov vymenovaných členskými štátmi a predstaviteľmi Európskej komisie, Europolu a Európskej agentúry pre hodnotenie liekov (EMEA) uskutočnil posudzovanie rizík pre štyri nové syntetické drogy: 2C-I (2,5-dimethoxy-4-jodofenetylamín), 2C-T-2 (2,5-dimethoxy-4-etyltiofenetylamín), 2C-T-7 (2,5-dimethoxy-4-(*n*)-propyltiofenetylamín) a TMA-2 (2,4,5-trimetoxyamfetamín) ([1]). Na jeho základe prijala 27. novembra 2003 Rada rozhodnutie ([2]) podrobiť všetky štyri zlúčeniny kontrolným opatreniam a trestnému postihu vo všetkých 15 členských štátoch EÚ.

Špecifické vedecké posúdenie rizika nových syntetických drog je veľmi náročné z dôvodu obmedzených vedeckých údajov zrevidovaných kolegami z odboru. Základom pre posúdenie sú informácie založené na zvieracích štúdiách o toxických účinkoch (napr. o TMA-2), analógie s čiastočne podobnými zlúčeninami, ako aj dôkazový materiál z iných informačných zdrojov, napr. údaje od individuálnych užívateľov, z médií a z neoficiálnych publikácií.

([1]) Správy o hodnotení rizík sú prístupné na internetovej stránke EMSDDZ (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Rozhodnutie Rady 2003/847/JHA z 27. novembra 2003 o kontrolných opatreniach a trestnom postihu v súvislosti s novými syntetickými drogami 2C-I,2C-T-2, 2C-T-7 a TMA-2.

Prizma – medzinárodnej iniciatívy zameranej na riešenie odklonu hlavných prekurzorov potrebných na nelegálnu výrobu ATS. Obchodníci sa čoraz častejšie zameriavajú na farmaceutické prípravky ako na zdroj prekurzorov (INCB, 2004b).

Informácie zo systému včasného varovania (Early Warning System)

Cieľom prijatia spoločnej akcie ([65]) a jej systému včasného varovania (EWS) je identifikácia nových syntetických drog ([66]), vyhodnotenie ich nebezpečenstva a prijatie rozhodovacieho procesu umožňujúceho ich kontrolu. Nové syntetické drogy ešte stále predstavujú len veľmi malý zlomok celkového trhu so syntetickými drogami, ktorému naďalej dominuje MDMA (extáza), amfetamíny a LSD. Napriek úspechu Spoločnej akcie pri identifikácii nových syntetických drog je dôležité upozorniť, že väčšina údajov o nových zlúčeninách pochádza z členských štátov disponujúcich kvalitným potenciálom pre analýzu aj nahlasovanie, pokiaľ ide o forenzné a toxikologické laboratóriá, ako aj fungujúce siete poskytovateľov údajov. Z tohto dôvodu môže výsledný popis situácie odrážať skôr fungovanie národných systémov včasného varovania o nových syntetických drogách než skutočnú situáciu na európskom drogovom trhu.

Drogy monitorované v rámci systému včasného varovania (EWS)

V roku 2003 sa v rámci EWS vykonávalo rutinné monitorovanie všetkých deviatich látok, u ktorých sa od roka 1998 robí hodnotenie rizika – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB a ketamínu – a ďalej uvedených fenetylamínov: 2C-I, 2C-T-2 a 2C-T-7 a TMA-2. Navyše sa monitoroval rad látok, o ktorých EMSDDZ získal informácie – medzi nimi skupina tryptamínov (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, AMT, 5-MeO-AMT a 5-MeO-tryptamín) a piperazínov (BZP a TFMPP) ([67]).

V roku 2003 referovalo Španielsko aj Spojené kráľovstvo o policajnom zachytení menších množstiev MBDB. 4-MTA, ktorý sa začal kontrolovať v roku 1999 v rámci spoločnej akcie, sa zrejme z trhu vytratil, pretože v posledných rokoch sa neudávalo žiadne zachytenie. Jedno zachytenie PMMA udáva Švédsko a v Dánsku boli v jednom prípade zachytené tabletky obsahujúce PMMA aj PMA. V Belgicku jedno laboratórium referovalo o vzorkách moču pozitívnych na PMMA; pri toxikologickej analýze intoxikovanej osoby, o ktorej referovalo oddelenie urgentnej medicíny, sa zistil PMA (v kombinácii s MDA a MDMA). Zdá sa, že všetky tri látky – MBDB, 4-MTA a PMMA – prestali byť medzi užívateľmi syntetických drog populárne.

Väčšina zachytení drog z tryptamínovej skupiny sa udiala vo Švédsku a Fínsku. O získaní vzoriek 5MeO-DiPT však referovali aj Francúzsko a Dánsko. Keďže mnohé tryptamínové zlúčeniny sa nekontrolujú na medzinárodnej ani národnej úrovni, môžu ich vyrábať komerčné laboratóriá a môžu sa predávať na internete ako „chemické látky pre výskum“ (najmä americkými spoločnosťami). Internet navyše uvádza množstvo

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.

([66]) Spoločná akcia z roku 1997 týkajúca sa výmeny informácií, hodnotenia rizika a kontroly nových syntetických drog (Ú. v. ES L 167, 25.6.1997) definuje nové syntetické drogy ako: syntetické drogy, ktoré sa v súčasnosti neuvádzajú v žiadnom zo zoznamov k Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971, ktoré predstavujú vážnu hrozbu pre verejné zdravie ako látky uvedené v zoznamoch I alebo II k uvedenému dohovoru, alebo ktoré majú obmedzenú terapeutickú hodnotu. Vzťahuje sa na finálne produkty a nie na prekurzory.

([67]) Väčšina uvedených nových látok je na trhu celkom nová a ešte nemá ľudové (hovorové) názvy.

receptov na syntézu takmer všetkých nových aj „starých" syntetických drog.

O BZP, ktorý sa často nachádza v spojení s TFMPP, je čoraz častejšie oznamovaný zo Švédska a zistený bol aj v Belgicku, Španielsku, Holandsku a Fínsku.

Z fenetylamínov, ktoré sa hodnotili z hľadiska rizika v roku 2003, zrejme nadobúda na popularite 2C-I, často predávaný vo forme tabletiek s logom „i" – menšie množstvá boli zachytené vo Fínsku, Švédsku a Spojenom kráľovstve a droga bola zistená aj vo Francúzsku, Španielsku a Holandsku. Vo Fínsku a Holandsku sa navyše zachytili relatívne veľké množstvá 2C-H (zlúčeniny, ktorá nie je aktívna u ľudí, ale je prekurzorom C-I, 2C-C a 2C-B) a existujú dôkazy o tom, že v Holandsku sa táto látka mala použiť ako prekurzor na výrobu 2C-I.

Syntetické drogy s potenciálom ďalšieho rozšírenia

Ako predpokladá Európsky systém EWS a ako vyplýva z hodnotenia rizika, ktoré uskutočnil vedecký výbor EMSDDZ v rámci spoločnej akcie, GHB a ketamín sú dvoma syntetickými drogami ([68]) s potenciálom významného ďalšieho rozšírenia v kontexte oddychových prostredí.

GHB

Väčšina členských štátov EÚ plní rozhodnutie OSN z marca 2001 zaradiť GHB medzi kontrolované látky. V roku 2003 udávalo zachytenie GHB (obyčajne v tekutej forme) políciou alebo colnými orgánmi Belgicko, Dánsko, Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Fínsko, Švédsko a Nórsko. Trendy uvádzané v súvislosti s GHB neboli jednotné. Švédsko udávalo pokles počtu zachytení GHB v roku 2003, kým Nórsko udávalo značný nárast a Spojené kráľovstvo neuvádzalo žiadnu zmenu. Ani Holandsko neudávalo žiadne zmeny v počte vzoriek GHB dodaných systému na monitorovanie drogových informácií, hoci Národné stredisko Holandska pre jedy udávalo mierny nárast počtu žiadostí o informácie o GHB. Estónsko uviedlo významné zvýšenie dostupnosti GHB. Holandsko a Belgicko uviedlo, že dostali len malé množstvo vzoriek GHB v práškovej forme.

Nórsko a Švédsko uvádzali výrazný nárast zachytení chemických prekurzorov GHB – GBL (gama-butyrolakton) a BD (1,4-butanediol) ([69]) – ktoré majú mnohoraké použitie v rôznych priemyselných procesoch a sú teda široko dostupné (obidve sa po prehltnutí rýchlo menia na GHB). V Nórsku a Švédsku sa v roku 2003 udávala ľahšia dostupnosť prekurzorov GHB na nelegálnom trhu oproti predchádzajúcim rokom.

Otázky súvisiace s užívaním GHB sa čoraz častejšie zaraďujú do prieskumov o drogách v oddychovom prostredí nočných a tanečných klubov. Rastúcu spotrebu GHB udával Federálny úrad kriminálneho vyšetrovania (BKA) v Nemecku ([70]) a podľa panelovej štúdie Antenna Amsterdam z roku 2002 ([71]) sa v Amsterdame „GHB stále užíva takmer vo všetkých klubových sieťach; zdá sa však, že osoby určujúce trend sa na túto drogu obracali menej často ako v predchádzajúcom roku a šírenie GHB sa zastavilo". V rámci štúdie testovania tabletiek v Rakúsku sa zistilo, že celoživotná prevalencia GHB vo vzorke 225 mladých ľudí navštevujúcich *rave parties* vo Viedni bola 12,6 % (Benschop et al., 2002).

V roku 2003 sa GHB našiel v ľudských vzorkách v Belgicku, Švédsku a Nórsku a vo vzorkách odobratých intoxikovaným osobám a pacientom oddelení urgentnej medicíny v Španielsku (Barcelona) a Holandsku. Počet žiadostí o pomoc v naliehavých zdravotných prípadoch v Amsterdame súvisiacich s GHB v rokoch 2001 a 2002 sa nezmenil, t. j. v každom roku ich bolo niečo vyše 60.

Ketamín

V roku 2003 uvádzali zachytenia a/alebo zistenia ketamínu v ľudských vzorkách Belgicko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Fínsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko. V Rakúsku Benschop et al. (2002) zistili celoživotnú prevalenciu užívania ketamínu v 11,7 % vzorky 225 mladých ľudí, účastníkov *rave parties* vo Viedni. Zastaveniu ďalšieho šírenia ketamínu bráni skutočnosť, že naň bola udelená licencia ako na veterinárny liek, a preto je zrejme ľahko dostupný cestou odklonu legálnej výroby.

Zdravotné riziká nových vzorcov užívania

V roku 2003 systém EWS umožnil členským štátom EÚ vymieňať si cenné informácie o niektorých kontrolovaných látkach, ktoré môžu spôsobiť závažné zdravotné riziká v dôsledku nových vzorcov ich užívania. Krajiny EÚ dostali napríklad včasné varovanie o tabletkách s vysokou dávkou MDMA, ktoré vychádzali z informácií poskytnutých Belgickom, Francúzskom a Europolom a na základe informácií poskytnutých Írskom o tabletkách predávaných ako extáza, ale obsahujúcich aj iné nebezpečné látky, ako napríklad DOB (2,5-dimetoxy-4-bromoamfetamín).

([68]) V prísnom zmysle slova z pohľadu spoločnej akcie z roku 1997 ani jedna z nich nie je novou syntetickou drogou, ale po posúdení rizika sa obidve monitorujú.

([69]) Priebežné správy siete Reitox o systéme včasného varovania za rok 2003.

([70]) Ibid.

([71]) Antenna Amsterdam je monitorovací systém využívajúci viacero metód na identifikáciu a vysvetlenie nových trendov a vývoja v užívaní legálnych aj ilegálnych drog a v gamblerstve medzi mladými ľuďmi v Amsterdame a na aktualizáciu a zlepšenie drogovej prevencie.

Kapitola 5

Kokaín a crack kokaín

Úvod

Užívatelia kokaínu sa vo všeobecnosti vnímajú ako bohatí, elegantní a sociálne integrovaní, alebo naopak, ako marginalizovaní, chudobní a sociálne vylúčení, pričom fajčenie kokaínu sa spája hlavne s problémovým užívaním. Treba pripomenúť, že ak sa užívanie drogy koncentruje do špecifických podskupín alebo zemepisných území, národné údaje neodzrkadľujú trendy potenciálne významné pre spoločenstvá alebo populácie, v ktorých sa vyskytujú. V súčasnosti však silnejú obavy, že užívanie kokaínu sa môže v Európe rozšíriť, a že sociálne zloženie užívateľov drogy sa bude diverzifikovať.

Prevalencia užívania kokaínu

Prieskumy všeobecnej populácie

Podľa najnovších národných prieskumov medzi populáciou priznáva užitie kokaínu aspoň raz v živote 0,5 % až 6 % dospelej populácie (t. j. celoživotnú prevalenciu), pričom v hornej časti tohto rozpätia sa nachádza Španielsko a Spojené kráľovstvo. Nedávne užitie kokaínu (posledných 12 mesiacov) všeobecne udáva menej ako 1 % dospelých, hoci v Španielsku a Spojenom kráľovstve je nedávna prevalencia vyššia ako 2 %. Tieto údaje sú jednoznačne nižšie ako porovnateľné údaje za kanabis, hoci miera užívania u mladších dospelých môže podstatne presiahnuť priemer za celú populáciu.

U mladých dospelých (15 – 34 rokov) sa celoživotná prevalencia pohybuje od 1 % do 10 %. Hodnota nedávnej prevalencie je všeobecne asi o polovicu nižšia ako hodnota celoživotnej prevalencie; Španielsko a Spojené kráľovstvo udávajú vyše 4 %.

U všeobecnej populácie sa užívanie kokaínu po období experimentovania v mladšom dospelom veku buď zastavilo, alebo je len príležitostné a dochádza k nemu najmä cez víkendy a v oddychových prostrediach (bary a diskotéky).

Prieskumy identifikovali vybrané skupiny, v ktorých je konzumácia kokaínu vyššia ako v celkovej populácii. V nedávnych prieskumoch z piatich krajín (Dánsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko a Spojené kráľovstvo) sa napríklad zistilo, že medzi osobami mužského pohlavia vo veku 15 až 24 rokov celoživotné skúsenosti udávalo 5 % až 13 %, pričom miera nedávneho užitia v Španielsku a Spojenom kráľovstve môže dosahovať až 5 – 7 %. Je pravdepodobné, že úroveň užívania v mestských oblastiach je podstatne vyššia. Okrem toho cielené (nereprezentatívne) prieskumy návštevníkov tanečných klubov udávajú celoživotnú prevalenciu užívania kokaínu vo výške 40 % až 60 % (EMSDDZ, 2001).

Na porovnanie s mimoeurópskym prostredím – podľa národného prieskumu domácností o drogách konaného v roku 2002 v Spojených štátoch celoživotnú skúsenosť s užívaním kokaínu udáva 14,4 % dospelých (definovaných ako osoby vo veku 12 a viac rokov), čo je viac ako v ktorejkoľvek európskej krajine. Nedávne užitie kokaínu (posledných 12 mesiacov) udávalo 2,5 %, čo je takisto viac ako vo všetkých európskych krajinách okrem Španielska (2,6 %) ([72]). U mužov vo veku 18 – 25 rokov predstavovala v roku 2002 celoživotná prevalencia užívania kokaínu v USA 18,1 % a prevalencia nedávneho užívania 8,4 %.

Trendy v užívaní kokaínu

Na národnej úrovni sa kokaínové trendy dajú ťažko vysledovať vzhľadom na nízky počet konzistentných sérií národných prieskumov a na malé vzorky. Konzistentné série umožnia lepšiu identifikáciu trendov najmä zacielením analýzy a vzorkovania na vybrané skupiny, napríklad na mladých mužov v mestských oblastiach.

Všeobecná populácia

Zdá sa, že nedávne užívanie kokaínu u mladých ľudí konzistentne stúpalo až do roku 2002 v Spojenom

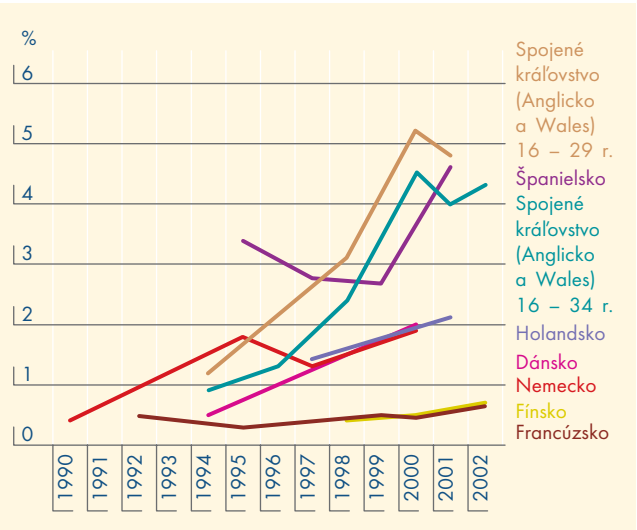
([72]) Výsledky národného prieskumu USA o užívaní drog z roka 2002 a zdravotnícke štatistické údaje. Sú k dispozícii na internetovej stránke SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Upozorňujeme, že vekové rozpätie v americkom prieskume (12 a viac rokov) je širšie ako vekové rozpätie, ktoré udáva EMSDDZ pre prieskumy v EÚ (15 – 64 rokov). Je pravdepodobné, že keby sa údaje zo Spojených štátov vzťahovali na vekové rozpätie 15 – 64 rokov ako v EÚ, čísla by boli vyššie.

kráľovstve ([73]) a v menšej miere možno aj v Dánsku, Nemecku, Holandsku a Španielsku (obrázok 9). Ostatné krajiny vo svojich najnovších národných správach pre sieť Reitox (2001 – 2003) udávajú nárast zistený na základe miestnych alebo kvalitatívnych informácií (Grécko, Írsko, Taliansko a Rakúsko).

Školská populácia

Španielsko je jediným členským štátom, ktorý poskytol nové údaje o nedávnom zvýšení celoživotnej prevalencie užívania kokaínu medzi 15- a 16-ročnými školákmi zo 4,1 % v roku 2000 na 5,9 % v roku 2002 ([74]). Napriek tomu, že nedošlo k nárastu medzi 15- a 16-ročnými školákmi v Taliansku, nárast sa udával medzi ostatnými školákmi v Taliansku.

Obrázok 9: Výskyt užívania kokaínu (v minulom roku) u mladých dospelých v niektorých krajinách EÚ, meraný podľa populačných prieskumov



Poznámky: Údaje pochádzajú z národných prieskumov, ktoré sú k dispozícii pre jednotlivé krajiny. Číselné údaje a metodológiu pre jednotlivé prieskumy možno nájsť v tabuľke 4 GPSurvey v Štatistickej ročenke 2004.
Pre mladých dospelých používa EMSDDZ rozpätie 15 – 34 rokov (Dánsko a Spojené kráľovstvo od 16 rokov, Nemecko od 18 rokov, Francúzsko (1992: 25 – 34 rokov; a 1995: 18 – 39 rokov).
Veľkosti vzoriek (respondenti) pre vekovú skupinu 15 – 34 rokov pre každú krajinu predstavuje tabuľka 4 v GPSurvey v Štatistickej ročenke 2004.
V Dánsku číselný údaj za rok 1994 označuje „tvrdé drogy".

Zdroje: Národné správy siete Reitox z roku 2003, prevzaté zo správ o prieskumoch alebo vedeckých článkov. Jednotlivé zdroje pozri v epidemiologických tabuľkách z populačných prieskumov v Štatistickej ročenke 2004.

Ostatné indikátory

Znepokojenie vyvoláva nárast indikátorov užívania kokaínu v niektorých krajinách [dopyt po liečbe ([75]), využívanie nízkoprahových služieb pre užívateľov drog, počet naliehavých zdravotných prípadov, policajné zachytenia drogy, toxikologické nálezy v smrteľných prípadoch].

Zdá sa, že v rámci celej EÚ sa pozoruje nárast prípadov liečby súvisiacej s kokaínom, ktorý je zvlášť výrazný v niektorých krajinách. Kokaín je druhou najčastejšie udávanou drogou v správach o liečbe z Holandska a Španielska (35 %, resp. 26 % všetkých žiadostí). V Európe je väčšina žiadostí o liečbu spojená s užívaním práškového kokaínu (obyčajne ide o hydrochlorid kokaínu).

V celosvetovom meradle sú problematické vzorce užívania spojené najmä s kokaínovými preparátmi na fajčenie. Užívanie cracku sa ako nový alebo prehlbujúci sa problém v konkrétnych mestách alebo regiónoch uvádza v Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Írsku, Holandsku, Rakúsku a Spojenom kráľovstve.

Vzorce užívania

Medzi mladými rekreačnými užívateľmi je spotreba kokaínu nízka a jeho kontinuálne užívanie je zriedkavé. Podľa správ z niektorých krajín (Nemecko, Španielsko, Holandsko, Rakúsko a Spojené kráľovstvo) sa dokonca aj medzi problémovými užívateľmi drog využívajúcimi programy na liečbu závislosti od drog a nízkoprahové služby vzorce užívania kokaínu a cracku značne líšia medzi klientmi aj v čase. Údaje o frekvencii užívania kokaínu a cracku a o ich množstvách sú však veľmi obmedzené. Štúdie miestností na konzumáciu drog ukazujú, že užívanie kokaínu na fajčenie je zvlášť vysoké u žien – sexuálnych pracovníčok – navštevujúcich tieto zariadenia (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Spôsoby podávania

Na lepšie pochopenie zdravotných rizík a indikátorov užívania je potrebných viac a lepších informácií o spôsoboch užívania kokaínu. Hydrochlorid kokaínu (práškový kokaín) sa obyčajne vdychuje nosom a menej často sa vpichuje, zatiaľ čo crack sa fajčí v nahriatych fajkách a bázický kokaín sa „vháňa" vdychovaním pár, ktoré vznikajú pri nahriatí drogy, zvyčajne na alobalovej fólii nad plameňom. Existujú aj správy o fajčení kokaínu v cigarete alebo v jointe.

([73]) Výsledky prieskumu z rokov 2001/2002 však nasvedčujú tomu, že tento vzostupný trend sa u všetkých dospelých aj u mladých dospelých vyrovnáva (pozri obrázok 7). Podľa ministerstva vnútra bol nárast užívania kokaínu v rokoch 1996 až 1998 a v rokoch 1998 až 2000 významný na 5 %-nej úrovni. V rokoch 2000 a 2001 – 2002 však nedošlo k významnému nárastu.

([74]) Pozri tabuľku 1: Prevalencia v Štatistickej ročenke 2004.

([75]) Pozri obrázok 20 a tabuľku 10 TDI v Štatistickej ročenke 2004.

Pracovníci zo zariadení na liečbu drogových závislostí v Spojenom kráľovstve však udávajú, že ak sa crack spája s užívaním heroínu, niekedy sa vstrekuje. „Crack" je rovnako ako hnedý heroín nerozpustný a pred premenou na aktívnu formu rozpustnej soli sa musí zmiešať s kyselinou ([76]).

Frekvencia fajčenia ako obvyklého spôsobu užívania kokaínu vo forme cracku alebo bázického kokaínu (odlišné preparáty, ktoré možno považovať za farmakologicky ekvivalentné) sa v roku 2002 v porovnaní s rokom 2000 znížila.

Úmrtia spojené s kokaínom

Úmrtia spojené s intoxikáciou kokaínom, amfetamínmi alebo extázou, pri ktorých nebolo dokázané užitie opiátov, nie sú v Európe príliš časté.

Súčasné štatistiky však pravdepodobne adekvátnym spôsobom nezaznamenávajú úmrtia spojené s užitím kokaínu a informácie sa uvádzajú v rozličných podobách. V niektorých krajinách sa kokaín v kombinácii s opiátmi zistil vo veľkom percente úmrtí spojených s užitím drog (Portugalsko 22 %, Španielsko 46 %). Tento údaj môže byť rovnako vysoký aj v iných krajinách, ale v systémoch hlásenia sa úmrtia obyčajne pripisujú len opiátom, pokiaľ sa zistí ich prítomnosť. V Spojenom kráľovstve sa počet „zmienok" o kokaíne na úmrtných listoch za roky 1993 – 2001 zvýšil na osemnásobok. V Holandsku sa počet úmrtí pripisovaných kokaínu zvýšil z dvoch v roku 1994 na 26 v roku 2001. Percento úmrtí v dôsledku užitia drog, ktoré možno pripísať len kokaínu bez účasti opiátov, sa pohybuje od 1 % do 10 %, aj keď absolútne čísla sú nízke.

Kokaín môže významnou mierou prispieť k úmrtiam v dôsledku kardiovaskulárnych problémov (arytmií, infarktu myokardu, krvácania do mozgu), najmä u užívateľov s predispozíciou (napr. mozgovou aneuryzmou alebo subklinickými poruchami srdca). Je možné, že mnohé z týchto prípadov zostávajú nezistené buď vzhľadom na nedostatočnú informovanosť a/alebo kvôli rozdielnosti sociálnych pomerov obetí v porovnaní s užívateľmi opiátov.

Istý signál potenciálneho nebezpečenstva spojeného s užívaním kokaínu prichádza zo Španielska ([77]), kde sa v období 1999 – 2001 kokaín uvádzal v 44 – 49 % hospitalizácií kvôli náhlym zdravotným problémom súvisiacim s akútnymi reakciami na drogy; vo vysokom percente týchto prípadov sa kokaín fajčil alebo vpichoval. Získavanie celoročných údajov o hospitalizácii kvôli náhlym zdravotným problémom vo všetkých hlavných barcelonských nemocniciach za dlhšie časové obdobie umožní získať ucelenú predstavu o hospitalizáciách kvôli reakciám na drogy (obrázok 10).

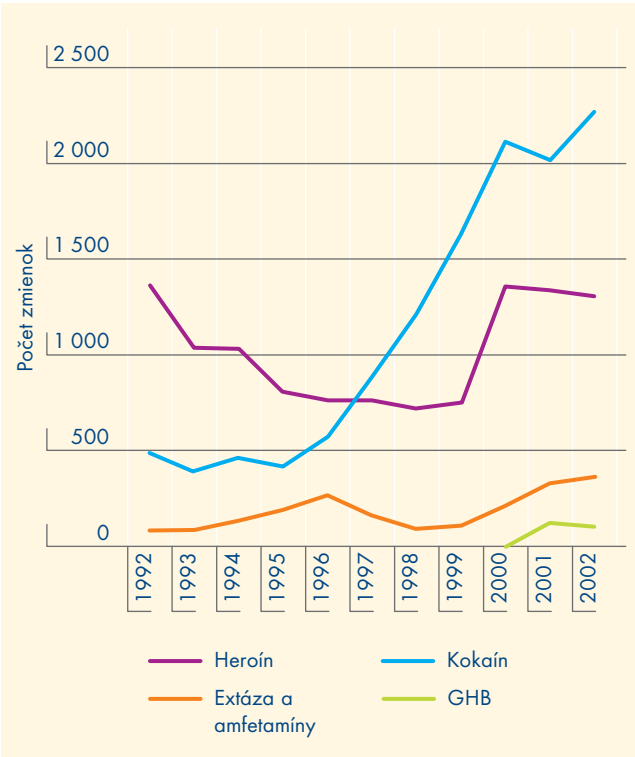
Okrem zdravotných problémov, ktoré súvisia priamo s kokaínom, jestvuje narastajúca obava, že niektoré z použitých riediacich látok môžu spôsobiť ďalšie zdravotné riziká. Napríklad fenacetín sa udáva ako bežná nežiaduca prímes v zachytených vzorkách kokaínového prášku. Táto droga pôsobí na pečeň, ľadviny a pripisujú sa jej aj poruchy krvného obehu a rakovina.

Opatrenia

Liečba problémového užívania kokaínu

Problémové užívanie kokaínu sa obyčajne lieči v prostredí, ktoré nie je špecializované na určitý typ drogy, t. j. spolu s klientmi liečenými kvôli užívaniu iných nelegálnych

Obrázok 10: Počet zmienok o drogách pri náhlej hospitalizáciách, podľa typu drogy, Barcelona, 1992 – 2002



Poznámky: Pri jednej hospitalizácii pre náhle zdravotné problémy sa môže uviesť niekoľko drog.
Zdroj: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona, *La Salut a Barcelona, 2002*. Barcelona, Agčncia de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona 2003.

([76]) Drogová spravodajská jednotka britskej služby súdnolekárskej vedy (2003), *Trendy v užívaní drog: Crack*, 24, s. 13.
([77]) V Španielsku sa už niekoľko rokov raz do roka po dobu jedného týždňa monitorujú náhle zdravotné problémy spôsobené akútnymi reakciami na psychoaktívne látky vo vzorke nemocníc v celej krajine. Zaznamenávajú sa „zmienky" o užívaných látkach. Bližšie k metodológii pozri národnú správu siete Reitox 2003 (s. 34 – 36).

(alebo legálnych) drog. Liečebné alternatívy sa viac-menej obmedzujú na nefarmakologické intervencie, ktorých cieľom je modifikovať závislé správanie bez ohľadu na konkrétnu konzumovanú drogu (drogy). Medzi tieto intervencie patria intervencie nízkej intenzity, ako sú poradenstvo, hospitalizácie a intervencie vysokej intenzity, napr. dlhodobá lôžková liečba. Môžu sa ponúkať aj alternatívne typy liečby, napríklad akupunktúra (Seivewright et al., 2000).

Pokiaľ ide o medicínsky asistovanú liečbu, na problém užívania kokaínu neexistuje žiadna ustálená farmakologická liečba. Užívatelia kokaínu majú k dispozícii len obmedzený výber farmakologických terapií, ktorých dokázateľný účinok je prinajlepšom slabý. V dvoch systematických prehľadoch literatúry sa nezistili žiadne dôkazy podporujúce klinické použitie antikonvulzívneho karbamazepínu alebo antidepresív pri liečbe kokaínovej závislosti (Lima et al., 2004a,b).

Obmedzenú škálu liečebných intervencií špecificky určených pre problémových užívateľov kokaínu rozšíria niektoré iniciatívy zacielené na túto skupinu klientov. V Holandsku bola nedávno sprístupnená internetová stránka pre osoby zneužívajúce kokaín a v Spojenom kráľovstve sa na jar 2003 rozšírila ponuka drogových služieb v podobe nových agentúr, nových poradenských aktivít a lepšieho vzdelávania. Liečebné služby v Rakúsku sa snažia prispôsobovať potrebám problémových užívateľov kokaínu.

Ďalšie súvislosti liečby kokaínovej závislosti

Podľa zistení zo zariadení na užívanie drog pod dohľadom náhle zdravotné príhody spojené s kokaínom charakterizuje mimoriadny nepokoj a častá paranoja, na ktoré má personál problémy správne reagovať (EMSDDZ, 2004a). S rozšírením obchodu s crackom súvisí aj vyššia miera agresivity klientov a dílerov (Stöver, 2001).

Nie je jasné, do akej miery sú problémy priamym dôsledkom užívania foriem kokaínu na fajčenie ako takého, alebo súvisia s frekvenciou a množstvom užitého kokaínu či s predtým existujúcimi sociálnymi, psychologickými a drogovými problémami. V rámci reakcií na túto situáciu sa vypracúvajú špecifické informačné materiály o rizikách a bezpečnejšom užívaní, zriaďujú sa miestnosti na užívanie drogy pod dohľadom, „chill-out rooms" a denné útulky, do ktorých sa užívatelia môžu utiahnuť a upokojiť, ale zabezpečuje sa aj ambulantná liečba (Stöver, 2001).

Boli vyjadrené aj obavy z potenciálneho rizika spojeného s tým, že mladí užívatelia drog navštevujúci liečebné prostredie najmä kvôli problémom súvisiacim s kanabisom môžu byť vystavení správaniu sa a problémom užívateľov kokaínu (Neale a Robertson, 2004).

Informácia o zachyteniach a o trhu ([78])

Výroba a obchod

Ďaleko najväčším zdrojom nelegálnej koky na svete je Kolumbia, po ktorej nasleduje Peru a Bolívia (UNODC, 2003a). Globálna produkcia kokaínu sa v roku 2002 odhadovala na 800 metrických ton. Kolumbia k nej prispela 72 %, Peru 20 % a Bolívia 8 %. Väčšina kokaínu zachyteného v Európe pochádza priamo z Južnej Ameriky (najmä Kolumbie) alebo prichádza cez Strednú Ameriku a karibskú oblasť. V roku 2002 však časť kokaínu predávaného v Európe prechádzala cez Brazíliu (a odtiaľ do Portugalska) alebo cez USA (a odtiaľ do Talianska). Hlavnými miestami vstupu v EÚ sú Španielsko, Portugalsko a Holandsko, do menšej miery Francúzsko a Spojené kráľovstvo (národné správy siete Reitox, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Zachytenia

Podľa Komisie pre omamné drogy (CND, 2004) je kokaín treťou najobchodovanejšou drogou na svete po kanabisovej tráve a kanabisovej živici. Súdiac podľa zachyteného objemu sa v roku 2002 s kokaínom najviac obchodovalo v Amerikách a v Európe. Európa predstavovala 13,5 % celosvetovo zachyteného množstva kokaínu (CND, 2004). K zachyteniu kokaínu dochádzalo najčastejšie v západnej Európe. V rokoch 1997 až 2002 bolo členským štátom EÚ s najväčším množstvo zachyteného kokaínu Španielsko. V rokoch 2001 a 2002 ([79]) sa v Španielsku zaznamenala viac ako polovica počtu zachytení a zachyteného množstva v EÚ.

V období 1997 – 2002 sa počet zachytení kokaínu ([80]) zvýšil vo všetkých krajinách okrem Nemecka a Talianska. Podľa trendov v krajinách, ktoré poskytli údaje, možno očakávať, že nárast počtu zachytení kokaínu v EÚ sa pravdepodobne potvrdí aj v roku 2002.

([78]) Pozri kapitolu 3: Interpretácia zachytení drog a údaje o trhu, s. 30.

([79]) Treba však preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002. Údaje o počte zachytení kokaínu v roku 2002 neboli k dispozícii z Belgicka, Talianska, Holandska a Slovinska; údaje o počte zachytení kokaínu, aj o množstve kokaínu zachyteného v roku 2002 neboli k dispozícii z Írska, Cypru, Maďarska, Malty, Slovenska a Veľkej Británie.

([80]) Pozri tabuľku 5: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

Množstvo zachyteného kokaínu v tom istom období ([81]) kolísalo, avšak so vzostupným trendom. Po rekordnom objeme zachyteného kokaínu v roku 2001 sa množstvo kokaínu zachyteného na úrovni EÚ v roku 2002 podstatne znížilo ([82]) – najmä kvôli poklesu množstva zachyteného v Španielsku (a Portugalsku) v porovnaní s rokom 2001, aj keď niektoré krajiny (Nemecko, Francúzsko, Taliansko, Nórsko) udávali veľké zvýšenie zachyteného množstva kokaínu. Zníženie množstva kokaínu zachyteného v roku 2002 v Španielsku, Holandsku a Portugalsku spolu so zvýšením, ktoré udávalo Francúzsko, Nemecko a Taliansko, by mohli nasvedčovať zmene relatívnej dôležitosti bodov vstupu, ktoré tradične využívajú obchodníci s kokaínom určeným pre Európu (CND, 2004). V tejto súvislosti je nutné poznamenať, že od začiatku roka 2002 Holandsko prijalo radikálne opatrenia na zníženie prílevu kuriérov s kokaínom cestujúcich z Karibiku na letisko Schipol a v dôsledku týchto opatrení sa počet zatknutých kuriérov s kokaínom podstatne znížil.

Niektoré krajiny EÚ udávajú zachytenia cracku, ktoré sa však niekedy nedajú odlíšiť od zachytení kokaínu. Vyššie uvedené trendy zachytení kokaínu preto môžu zahŕňať aj crack.

Medzinárodná akcia proti obchodu s kokaínom

Obchod s kokaínom naďalej kontrolujú najmä kolumbijské kriminálne kruhy. Do distribúcie tejto látky sú však zapojené aj skupiny z Albánska a Afriky. Operácia Interpolu „Trampolína" odhalila pašovanie kokaínu z Venezuely a Kolumbie do Curaćlo. Táto operácia vyústila do odhalenia viacerých veľkých priekupníckych organizácií operujúcich z karibskej oblasti prakticky do všetkých regiónov sveta (Interpol, 2002). V roku 2003 sa pozdĺž atlantického pobrežia Európy uskutočnil rad veľmi dôležitých námorných operácií na potlačenie pašovania kokaínu. Zachytilo sa až 29 ton. Väčšinu z týchto operácií uskutočnili španielske orgány.

Ďalšie úspechy zaznamenala operácia „Purple", medzinárodný program realizovaný od roku 1999 na sledovanie manganistanu draselného (používaného pri ilegálnej výrobe kokaínu). V roku 2003 sa zamedzilo odklonu takmer 900 ton tejto chemikálie do nelegálnej výroby drog.

V roku 2002 sa začala realizovať spoločná iniciatíva Svetovej colnej organizácie (WCO) a Interpolu, operácia „Andy", ktorej cieľom je umožniť národným colným a policajným orgánom vymieňať si a analyzovať informácie, ktoré by pomohli identifikovať nelegálne zásielky chemických prekurzorov v Chile, Bolívii, Kolumbii, Argentíny a Peru (WCO, 2003).

Cena a čistota

Priemerná cena ([83]) kokaínu na maloobchodnej úrovni bola v roku 2002 značne rozdielna a pohybovala sa od 38 eur za gram v Portugalsku po 175 eur za gram v Nórsku. V rokoch 1997 až 2002 bola priemerná maloobchodná cena kokaínu vo všetkých krajinách EÚ stabilná alebo sa znížila. Podobné zistenia sa udávali za rok 2002 s výnimkou Českej republiky a Litvy, kde sa ceny oproti predchádzajúcemu roku zvýšili.

V porovnaní s heroínom je priemerná čistota kokaínu na úrovni užívateľov vysoká – v roku 2002 sa pohybovala od 28 % v Estónsku po 68 % v Českej republike a Nórsku. V rokoch 1997 až 2002 sa priemerná čistota kokaínu znížila vo väčšine krajín EÚ, ktoré uvádzali údaje o časových trendoch. V roku 2002 pokračoval pokles čistoty kokaínu vo väčšine krajín okrem tých, ktoré udávali najvyššiu priemernú čistotu, ako bolo Belgicko, Česká republika, Luxembursko a Nórsko, kde sa zaznamenalo zvýšenie priemernej čistoty kokaínu.

([81]) Pozri tabuľku 6: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.
([82]) Treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002.
([83]) Pozri tabuľku 14: Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

Kapitola 6

Heroín a injekčné užívanie drog

Problémové užívanie drog

Značné percento zdravotných a sociálnych problémov súvisiacich s užívaním drog v Európe tvorí pravidelné a dlhotrvajúce užívanie heroínu, injekčné užívanie drog a v niektorých krajinách aj intenzívne užívanie stimulantov. Počet osôb, ktorých sa to týka, je v pomere k celkovej populácii malý, avšak dopad problémového užívania drog je značný. EMSDDZ v spolupráci s členskými štátmi vyvíja novú definíciu pojmu „problémové užívanie drog" a stratégie na meranie jeho rozsahu aj dopadu s cieľom pomôcť pochopiť rozmery tohto problému a umožniť monitorovanie trendov v čase.

Na pracovné účely sa problémové užívanie drog definuje ako „dlhotrvajúce injekčné užívanie drog/pravidelné užívanie opiátov, kokaínu alebo amfetamínov" ([84]). Vzhľadom na rozdielne definície a metodologickú neistotu je ťažké získať spoľahlivé odhady pre túto oblasť, preto treba pri výklade rozdielov medzi krajinami alebo v čase zachovávať opatrnosť.

Prevalencia

Odhady prevalencie problémového užívania drog sa pohybujú od 2 po 10 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (stredné hodnoty odhadov) alebo až 1 % dospelej populácie ([85]). Problémové užívanie drog neúmerne postihuje niektoré lokality, napríklad chudobné husto osídlené časti miest, a niektoré špecifické skupiny, najmä mladých mužov. Zvlášť intenzívne je tak problémové užívanie v niektorých komunitách. Vyššie odhady udávajú Dánsko, Taliansko, Luxembursko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo (6 – 10 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov), nižšiu mieru udávajú Nemecko, Grécko, Holandsko, Poľsko a Fínsko (menej než 4 prípady na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov; pozri obrázok 11). Z nových krajín EÚ dobre zdokumentované odhady poskytla len Česká republika, Poľsko a Slovinsko; pohybujú sa na dolnej hranici až v strede rozpätia na úrovni 4,9, 1,9 a 5,3 na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov.

Napriek značnému zdokonaleniu techník vypracúvania odhadov je vzhľadom na nedostatok spoľahlivých a konzistentných historických údajov ťažké hodnotiť trendy problémového užívania drog. Podľa správ o zmenách odhadov z niektorých krajín podporených údajmi z ďalších indikátorov sa od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia problémové užívanie drog v Európe zvýšilo. Deväť z 19 krajín, ktoré poskytli odhady, udáva zvýšenie problémového užívania drog od polovice alebo od konca deväťdesiatych rokov minulého storočia: Belgicko, Dánsko, Nemecko, Taliansko, Luxembursko, Švédsko (v rokoch 1992 až 1998), Spojené kráľovstvo a Nórsko. Zvýšenie v Belgicku, Fínsku a Nórsku je založené na odhadoch injekčného užívania. Hoci nové členské štáty neposkytli žiadne časové rady národných odhadov, existujúce dôkazy svedčia o nejednotnosti trendov. Podľa viacerých indikátorov sa v Českej republike problémové užívanie drog od konca deväťdesiatych rokov minulého storočia stabilizovalo, zatiaľ čo v Estónsku sa pozoruje výrazný nárast niektorých indikátorov. Vzhľadom na potenciálnu zraniteľnosť krajín prechádzajúcich sociálnou a ekonomickou transformáciou voči drogovému problému je naliehavá potreba vybudovať kapacity na sledovanie v nových členských štátoch.

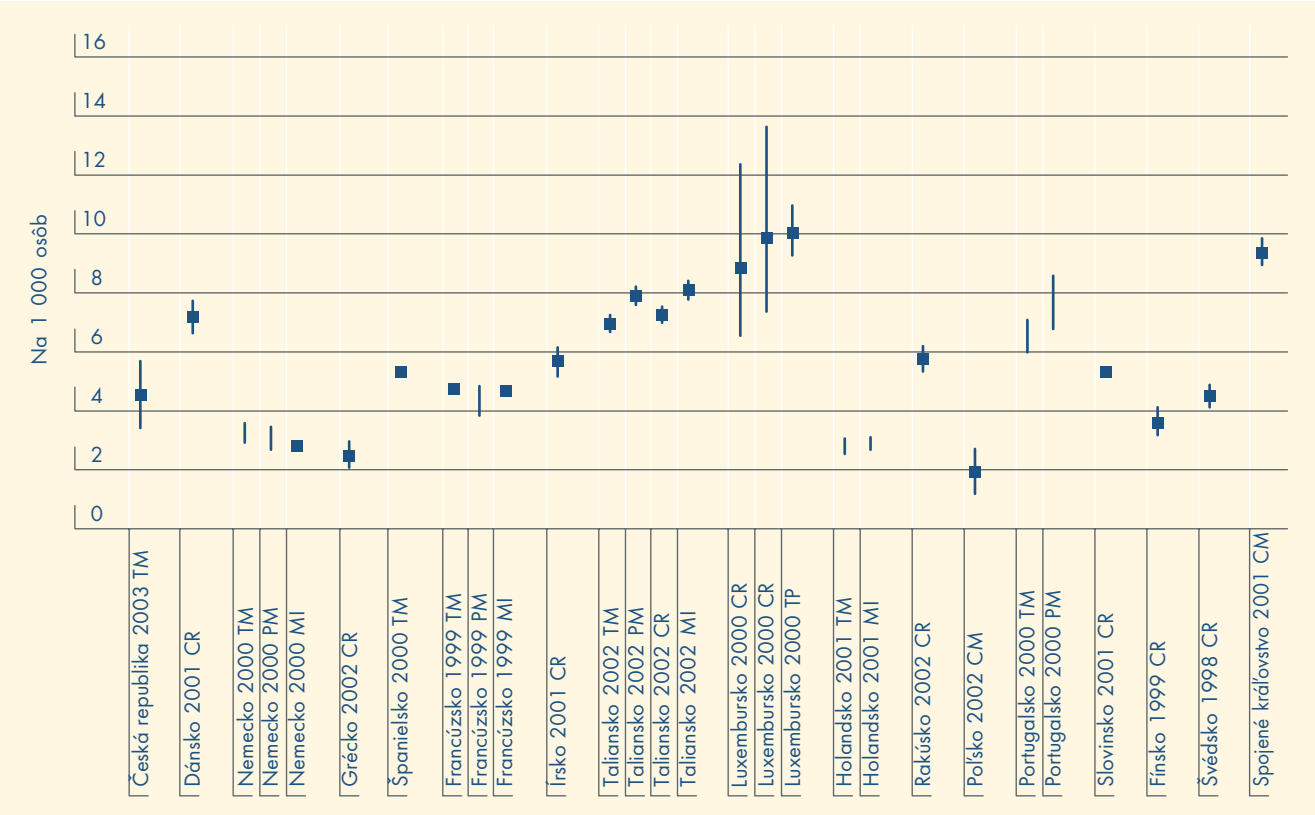
Vzorce a rozsah užívania

Problémové užívanie drog možno rozdeliť na dve dôležité skupiny. Všeobecne možno oddeliť užívanie heroínu, ktoré z historického hľadiska predstavuje väčšiu časť problémového užívania drog vo väčšine krajín EÚ, od problémového užívania stimulantov, ktoré prevláda vo Fínsku a Švédsku, kde väčšinu problémových užívateľov drog tvoria primárni užívatelia amfetamínov. Podobne aj v Českej republike užívatelia metamfetamínu tradične tvoria významné percento problémových užívateľov drog.

Problémové užívanie drog sa čoraz väčšmi diverzifikuje a EMSDDZ v súčasnosti skúma, či by sa vo svetle meniaceho sa drogového fenoménu nemala zmeniť jeho európska operačná definícia. Vo väčšine krajín napríklad neustále narastá význam problémov so súčasným užívaním viacerých drog, zatiaľ čo niektoré krajiny, kde historicky prevládali problémy s opiátmi, dnes uvádzajú prechod na iné drogy. V Španielsku sa odhaduje klesanie počtu problémových užívateľov opiátov a pozoruje sa nárast problémov spojených s kokaínom, avšak nie sú k dispozícii spoľahlivé vývojové trendy problémov s užívaním drog z hľadiska času.

([84]) Bližšie informácie pozri metodologické poznámky o problémovom užívaní drog v Štatistickej ročenke 2004.
([85]) Pozri tabuľku 3 Prevalencia a tabuľku 4 Prevalencia v Štatistickej ročenke 2004.

Obrázok 11: Odhad miery problémového užívania drog (na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov)



Poznámky: CR = Capture-recapture; TM = liečebný multiplikátor; PM = policajný multiplikátor; MI = multivariačný indikátor; TP = zredukovaný Poisson; CM = kombinované metódy.
Cieľové skupiny sa môžu mierne obmieňať v závislosti od metód a zdroja údajov. Z tohto dôvodu sa pri porovnávaní mala zachovať opatrnosť. Bližšie pozri v Prevalence v tabuľke 3 a tabuľke 4 v Štatistickej ročenke 2004. Švédsky odhad bol prispôsobený tak, aby zodpovedal definícii EMSDDZ o problematickom užívaní drog. Španielsky odhad nezahŕňa problémové užívanie kokaínu; vyšší odhad je k dispozícii v Prevalence v tabuľke 3 a tabuľke 4, kde sa prihliada aj na túto skupinu, avšak nemusí byť až taký spoľahlivý.

Zdroje: Národné kontaktné miesta. Pozri aj projekt EMSDDZ Národné odhady prevalencie problémového užívania drog v Európskej únii, 1995 – 2000, CT.00.RTX.23, Lisabon, EMCDDA, 2003. Koordinátor: Institut für Therapieforschung, Munich (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

Nemecko a Holandsko udávajú rastúci podiel užívateľov cracku medzi problémovou drogovou populáciou, aj keď celkový odhad počtu problémových užívateľov drog zostal v Holandsku nezmenený.

Vážený priemer problémového užívania drog v EÚ sa rovná pravdepodobne štyrom až siedmim prípadom na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, čo predstavuje 1,2 – 2,1 milióna problémových užívateľov drog v EÚ po rozšírení, z čoho 850 000 až 1,3 milióna sú injekční užívatelia. Tieto odhady však nie sú ani zďaleka celkom spoľahlivé a po dodaní ďalších údajov novými členskými štátmi ich bude treba spresniť.

Injekčné užívanie drog

Keďže injekční užívatelia drog sú vystavení veľmi vysokému riziku nepriaznivých dôsledkov, injekčným užívaním drog sa treba zaoberať osobitne ako kľúčovou kategóriou problémového užívania drog.

Odhady o injekčnom užívaní drog sa získavajú pomocou nepriamych metód (technických, multiplikačných) z údajov o úmrtnosti alebo o infekcii vírusom imunitnej nedostatočnosti človeka (HIV) alebo vírusovej hepatitídy C (HCV). Aj v tomto prípade kvalita údajov a metodologické aspekty navodzujú otázky týkajúce sa výkladu; uvedené odhady napríklad len sotva umožňujú odlíšiť súčasné injekčné užívanie od celoživotného injekčného užívania a pri porovnávaní krajín by sa mala zachovávať opatrnosť. Dostupné celoštátne odhady injekčného užívania drog sa pohybujú od dvoch do šiestich prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obrázok 12).

Analýza injekčného užívania medzi užívateľmi heroínu, ktorí sa liečia, poukazuje na výrazné rozdiely v prevalencii súčasného injekčného užívania drog medzi jednotlivými krajinami, aj na rozdielne časové trendy ([86]). Podľa dostupných údajov menej ako polovica (43 %) po prvý raz liečených užívateľov heroínu udáva súčasné injekčné užívanie v porovnaní s dvoma z troch (62 %)

([86]) Pozri obrázok 9 OL: Trendy injekčného užívania drog.

Obrázok 12: Odhadovaný počet injekčného užívania drog (na 1 000 osôb vo veku 15 až 64 rokov)

Poznámky: MM = multiplikátor úmrtnosti; HM = HIV multiplikátor; CM = kombinované metódy na odhad injekčného užívania drog.
Cieľové skupiny sa môžu mierne obmieňať v závislosti od metód a zdroja údajov. Z tohto dôvodu sa pri porovnávaní mala zachovať opatrnosť. Multiplikátory úmrtnosti a HIV majú poskytnúť odhady (najmä aktuálneho) injekčného užívania drog, ktoré je len jednou časťou problému užívania drog. Bližšie pozri tabuľku 3 a tabuľku 4 – Výskyt užívania Prevalence v Štatistickej ročenke 2004.

Zdroje: Národné kontaktné miesta. Pozri aj projekt EMSDDZ Národné odhady prevalencie problémového užívania drog v Európskej únii, 1995 – 2000, CT.00.RTX.23, Lisabon, EMCDDA, 2003. Koordinátor: Institut für Therapieforschung, Munich (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

všetkých liečených osôb (vážené priemery). V niektorých krajinách (Španielsko, Holandsko, Portugalsko) si heroín zrejme vpichuje len relatívne malé percento užívateľov, zatiaľ čo v iných krajinách (Česká republika, Slovinsko, Fínsko) injekčné užívanie heroínu ešte stále prevláda. Vo viacerých starších členských štátoch EÚ, ktoré poskytli údaje, injekčné užívanie drog v priebehu deväťdesiatych rokov minulého storočia postupne ustupovalo. Znepokojujúce je však zistenie, že injekčné užívanie drog v niektorých iných krajinách (Nemecko, Írsko, Fínsko) zrejme nie je na ústupe, dokonca narastá, zatiaľ čo v nových členských štátoch – aspoň pokiaľ existujú údaje – si takmer všetci užívatelia heroín zrejme vpichujú.

Informácia o zachyteniach a o trhu ([87])

Výroba, obchod a zachytávanie opiátov

Väčšina ilegálneho ópia a heroínu na svete pochádza len z niekoľkých krajín (UNODC, 2003a). V roku 2002 sa globálna produkcia ilegálneho ópia odhadovala asi na 4 500 metrických ton, z toho 76 % pochádzalo z Afganistanu. Väčšia časť zvyšku bola z juhovýchodnej Ázie, z toho asi 18 % z Mjanmarska a 3 % z Laosu. Globálna produkcia ópia zostávala v posledných piatich rokoch stabilná – až na rok 2001, keď zákaz pestovania ópiového maku presadzovaný talibanským režimom v Afganistane spôsobil dramatický, avšak krátkodobý pokles.

Heroín konzumovaný v EÚ pochádza prevažne z Afganistanu alebo z miest pozdĺž trás obchodu s ópiom, najmä z Turecka (UNODC, 2003a), a do Európy vstupuje dvoma hlavnými obchodnými cestami. Historicky dôležitá balkánska cesta naďalej hrá pri pašovaní heroínu rozhodujúcu úlohu. Po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko sa potom cesta delí na južnú vetvu cez Macedónsku republiku, Albánsko, časť Talianska, Srbsko, Čiernu horu a Bosnu a Hercegovinu a na severnú vetvu cez Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko a Rakúsko. Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa heroín v čoraz väčšom rozsahu pašuje do Európy po „hodvábnej ceste" cez Strednú Áziu, Kaspické more a Ruskú federáciu

([87]) Pozri kapitolu 3: Interpretácia zachytení drog a údaje o trhu (s. 30).

(národné správy siete Reitox, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Hoci tieto trasy sú najdôležitejšie, k zachytávaniu drogy dochádza aj na iných miestach, vrátane niektorých afrických krajín a Kolumbie.

Popri dovážanom heroíne sa niektoré opiátové drogy vyrábajú aj v EÚ. Ide najmä o limitovanú výrobu produktov z doma pestovaného maku (napr. makovicový koncentrát z rozdrvených stoniek maku alebo makovíc) vo viacerých východoeurópskych členských štátoch EÚ ako je Česká republika, Estónsko, Litva a Poľsko. Existujú isté dôkazy o tom, že dovážaný heroín vytláča tieto doma vyrábané produkty na nelegálnom trhu.

V objemovom vyjadrení v roku 2002 väčšinu celosvetovo zachyteného heroínu naďalej predstavovala Ázia (52,5 %) a Európa (28,1 %) (CND, 2004); v Európe sa pritom najviac heroínu zachytilo v západných krajinách. Od roka 1998 je členským štátom EÚ s najväčším počtom zachytení, aj množstvom zachyteného heroínu, Spojené kráľovstvo, po ktorom nasleduje Španielsko ([88]). V roku 2001 pripadala na Spojené kráľovstvo tretina celkového počtu zachytení heroínu a 40 % celkového množstva heroínu zachyteného v EÚ.

Množstvo zachyteného heroínu ([89]) v EÚ bolo stabilné až do roka 1998, kým sa v rokoch 1999 a 2000 nezačalo zvyšovať. Z trendov v krajinách, ktoré poskytli údaje, možno usudzovať, že celkové množstvo heroínu zachyteného v EÚ zostávalo od roku 2000 ([90]) stabilné, hoci v roku 2002 počet zachytení heroínu klesol vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje ([91]).

Znepokojivé sú najnovšie správy o obchode s fentanylom, syntetickým opiátom, ktorý je až 100-krát účinnejší ako heroín ([92]). V poslednom čase udávajú zachytenia fentanylu niektoré krajiny okolo Baltského mora a Ruská federácia. Vo Švédsku bol fentanyl v roku 2002 zachytený dvakrát a v roku 2003 23-krát. V Estónsku sa fentanyl a metylfentanyl objavil na drogovom trhu ako náhrada za heroín koncom roka 2001; v roku 2002 bol fentanyl zachytený v 68 prípadoch a metylfentanyl v 11 prípadoch. Vo Fínsku bola v roku 2002 zachytená veľká veľkoobchodná zásielka 3-metylfentanylu. V Litve bol fentanyl prítomný pri šiestich zachyteniach v roku 2002. INCB (2004a) uvádza nedávne zachytenie 41 kg fentanylu na Ukrajine a objavenie troch laboratórií na jeho syntézu. Výraznejší nárast dostupnosti fentanylu na európskom drogovom trhu by bol veľmi znepokojujúci vzhľadom na jeho veľký problémový potenciál. Zdôrazňujú to správy z pobaltských krajín z posledných dvoch rokov o úmrtiach spojených s predávkovaním, u ktorých toxikologická analýza odhalila fentanyl, často v kombinácii s heroínom. Potrebné je zachovávať bdelosť, nakoľko táto droga by mohla uniknúť pozornosti, najmä ak je zmiešaná s ilegálnym heroínom na zvýšenie celkovej potencie. Niektoré empirické správy hovoria aj o užívaní odklonených fentanylových produktov; napríklad podľa správ z Grécka užívatelia drog extrahujú fentanyl z analgetických náplastí Durogesic®.

Zdá sa, že na čiernom trhu niektorých krajín EÚ sa objavuje Buprenorfín – farmaceutický opioid. Ide napríklad o Českú republiku, kde sa v roku 2002 vyskytoval Subutex®, a Spojené kráľovstvo, ktoré uvádza zachytenie v priebehu posledných troch rokov. Fínsko informovalo o významných zachyteniach Subutexu® v rokoch 2001 a 2002 a Nórsko udávalo zachytenie veľkého množstva Temgesicu®v roku 2002. Nie je to veľmi prekvapujúce vzhľadom na značný nárast predpisovania buprenorfínu v mnohých krajinách. Zloženie tohto lieku je však také, aby nemal veľký potenciál na zneužívanie, a preto by tieto správy bolo treba bližšie preskúmať.

Medzinárodná akcia proti obchodu s heroínom

Posilňuje sa globálna spolupráca, aby sa pomohlo čeliť problému zvýšenej produkcie heroínu v Afganistane (Europol, 2003). Od roku 2002 sa projekt Interpolu NEHRO ([93]) zameriava na trasy obchodu s heroínom medzi Strednou Áziou a západnou Európou (Interpol, 2002; Europol, 2003). Aj Svetová colná organizácia (WCO) uskutočňuje operáciu „Tamerlán", ktorej cieľom je zabezpečiť súčinnosť pri uplatňovaní práva zapojením colných orgánov, policajných orgánov a orgánov kontroly hraníc zo všetkých krajín, cez ktoré prechádza alebo s ktorými hraničí hodvábna cesta (WCO, 2003a).

V roku 2003 sa vďaka operácii „Topaz", medzinárodnému programu na zamedzenie odklonu acetanhydridu, dôležitej chemikálie na výrobu heroínu, identifikovali priekupnícke siete a nastrčené firmy odkláňajúce tento produkt v Európe. Do operácie sa zapojil aj Afganistan a ďalšie ázijské krajiny. Operácia „Topaz" patrí k medzinárodne koordinovaným aktivitám reprezentujúcim trend sledovať chemické prekurzory potrebné na ilegálnu výrobu drog, ako aj samotné drogy.

([88]) Napriek tomu, že je potrebné to overiť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002. Údaje o zachyteniach heroínu v roku 2002 neboli k dispozícii za Belgicko, Taliansko, Maďarsko, Holandsko a Poľsko. Údaje o počte zachytení heroínu a jeho množstve v roku 2002 neboli k dispozícii za Írsko, Cyprus, Maltu, Slovensko a Spojené kráľovstvo.

([89]) Pozri tabuľku 4 Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

([90]) Treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2002.

([91]) Ibid.

([92]) Pri náhodnom užití fentanylu považovaného za heroín by riziko toxicity bolo veľmi vysoké.

([93]) Severoeurópska heroínová cesta.

Cena a čistota heroínu

V Európe sa heroín vyskytuje v dvoch formách: bežne dostupný je hnedý heroín (jeho základná chemická forma) a menej bežný a drahší biely heroín (v podobe soli), ktorý obyčajne pochádza z juhovýchodnej Ázie. V roku 2002 sa priemerná cena hnedého heroínu na ulici v krajinách EÚ udávala od 29 eur za gram v Maďarsku do 161 eur za gram vo Švédsku, zatiaľ čo cena bieleho heroínu sa pohybovala od 32 eur za gram (Maďarsko) do 213 eur za gram (Švédsko) ([94]). Tento rozdiel v cene pravdepodobne zodpovedá čistote predávanej drogy. V posledných piatich rokoch je priemerná maloobchodná cena hnedého aj bieleho heroínu vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje, stabilná alebo klesá; neplatí to pre Českú republiku, kde sa udáva zvýšenie cien. V roku 2002 priemerná cena hnedého heroínu na ulici klesla v šiestich z celkového počtu deviatich krajín EÚ, ktoré poskytli údaje, zatiaľ čo v prípade bieleho heroínu väčšina (štyri zo šiestich) krajín udávala nárast priemernej ceny.

V roku 2002 sa priemerná čistota hnedého heroínu na ulici v EÚ pohybovala od 10 % v Luxemburgu po 43 % v Španielsku a priemerná čistota bieleho heroínu od 7 % v Estónsku a Fínsku po 75 % v Nórsku. V posledných piatich rokoch čistota heroínu vo väčšine krajín EÚ buď klesla, alebo zostala rovnaká. V roku 2001 sa čistota hnedého heroínu vo väčšine krajín uvádzajúcich tieto údaje (7 z 10) zvýšila, avšak tento trend sa zmenil v roku 2002, keď podstatné zníženie priemernej čistoty udávalo päť (zo siedmich) krajín: Dánsko, Luxembursko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko. Priemerná čistota bieleho heroínu na ulici sa v rokoch 2001 a 2002 znížila, ale údaje o časových trendoch poskytli len tri krajiny (Dánsko, Estónsko, Fínsko).

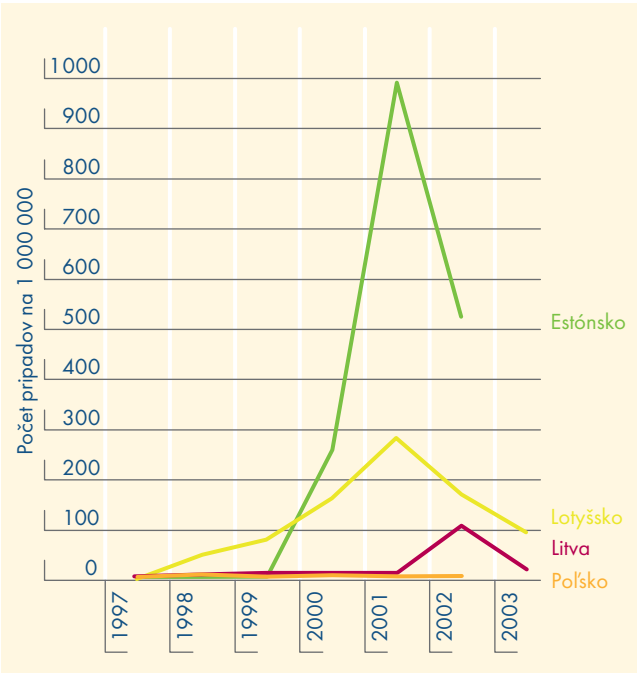
Infekčné choroby súvisiace s drogami

HIV

Epidémia HIV sa rýchlo šíri v niektorých nových krajinách EÚ a v krajinách s nimi susediacich. Estónsko, Lotyšsko, Rusko a Ukrajina patria ku krajinám s najrýchlejšie sa šíriacou epidémiou HIV na svete. V ostatných nových členských štátoch EÚ je prevalencia HIV značne nerovnomerná, pričom niektorým z nich prepuknutie podobnej epidémie ešte len hrozí. Spomedzi „starých" členských štátov EÚ sa dnes známky zvýšeného rizika prejavujú v niektorých krajinách, ktorým sa rozsiahla epidémia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog doteraz vyhýbala.

Podľa analýzy údajov o prípadoch výskytu medzi injekčnými užívateľmi drog, výskyt HIV vyvrcholil v roku 2001 v Estónsku s 991 prípadmi a v Lotyšsku s 281 prípadmi na milión obyvateľov; v roku 2002 sa znížil na ešte stále vysokú mieru 525 a 170 prípadov na milión obyvateľov ročne (obrázok 13) (EuroHIV, 2004). K možným dôvodom zisteného poklesu patria artefakty, ktoré vznikajú pri hlásení, saturácia najrizikovejších injekčných užívateľov drog a/alebo behaviorálne zmeny. Z nových krajín Estónsko (6,2 – 13 %), Lotyšsko (6,6 – 14,6 %) a Poľsko (6,8 – 9,1 %) udávali najvyššiu prevalenciu v rôznych národných vzorkách injekčných užívateľov drog v rokoch 2001 – 2003 a miestne maximá v týchto rokoch sa vyskytli vo výške 41 % (z 964) v Estónsku, 22 % (z 205) v Lotyšsku a 29,7 % (zo 165) v Poľsku. V Estónsku údaje o výskyte HIV z viacerých zdrojov potvrdzujú pokles výskytu medzi testovanými injekčnými užívateľmi drog v poslednom období (na 6,2 % v roku 2002 zo vzorky 1 186 injekčných užívateľov drog na národnej úrovni z 13 % zo vzorky 2 078 v roku 2001). V Lotyšsku národné údaje zo stredísk pre liečenie drogovej závislosti tiež dokazujú pokles výskytu vo vzorke testovaných injekčných užívateľov drog (z 13,7 % v roku 2001 na 6,6 % v roku 2003). Údaje z iných národných zdrojov (údaje z nemocníc a väzníc: zo 7,8 % v roku 2000 na 14,6 % v roku 2002) a miestne zdroje (rôzne prostredia v oblasti Rigi a Tukums: z 18,3 % v roku 2000 na 22,0 % v roku 2003) poukazujú na zvýšenie výskytu v iných vzorkách testovaných injekčných užívateľov drog.

Obrázok 13: Počet nahlásených novodiagnostikovaných prípadov infekcie HIV u injekčných užívateľov drog na jeden milión obyvateľov v niektorých nových členských štátoch



Zdroj: Európske stredisko pre epidemiologické monitorovanie AIDS (EuroHIV).

([94]) Pozri tabuľku 14 Trhy v Štatistickej ročenke 2004.

Vysoký nárast počtu nových prípadov HIV nedávno (v roku 2002) zaznamenala Litva v dôsledku prepuknutia nákazy v jednom väzení; medzi injekčnými užívateľmi drog je však prevalencia v tejto krajine naďalej nízka (v roku 2002 a 2003 predstavovala 1,0 % z 2 831 a 2,4 % z 1 112 injekčných užívateľov drog z rôznych prostredí na národnej úrovni a 0,6 % zo 641 v roku 2002 a 0,4 % z 235 injekčných užívateľov drog zúčastnených na programe výmeny injekčných ihiel vo Vilniuse v roku 2003). Prepuknutie nákazy vo väzení svedčí jednak o nutnosti realizovať preventívne opatrenia v tejto krajine v regiónoch, kde je prevalencia medzi injekčnými užívateľmi drog zatiaľ nízka, a jednak o významnej úlohe, ktorú môžu pri šírení HIV medzi injekčnými užívateľmi drog zohrávať väzenia (Dolan, 1997 – 98; Dolan et al., 2003).

Celoštátne údaje o prevalencii, ktoré poskytli štátne zdravotnícke laboratóriá v Poľsku, svedčia o poklese prevalencie medzi testovanými injekčnými užívateľmi drog z 10,7 % (z 3 106) v roku 2000 na 6,8 % (z 2 626) v roku 2002. Tento pokles je v súlade s trendom počtu novonahlásených prípadov u injekčných užívateľov drog, ktorý sa znížil z najvyššej úrovne 8,6 na milión obyvateľov v roku 2000 na 5,1 v roku 2001 a 6,9 v roku 2002. Údaje o miestnej prevalencii poukazujú na vysokú prevalenciu v regióne Pomorskie v roku 2002 (30 % zo 165 injekčných užívateľov drog zo zariadení na liečbu drogových závislostí a z ulice; 15 % zo 69 len zo vzorky z ulice), hoci treba poznamenať, že údaje o prevalencii medzi liečenými injekčnými užívateľmi drog môžu nadhodnotiť prevalenciu medzi celkovou populáciou injekčných užívateľov drog. V ostatných nových členských štátoch EÚ bola prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v rokoch 2000 – 2001 ešte stále veľmi nízka, avšak novšie údaje väčšinou nie sú k dispozícii. Prevalencia HIV bola v priemere menej ako 1 % v Českej republike, Slovinsku a na Slovensku, podobne ako v susedných kandidátskych krajinách EÚ, Rumunsku a Bulharsku (EMSDDZ, 2003a). Hoci týmto krajinám sa epidémia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog doteraz vyhýbala, rozšírenie injekčného užívania môže v blízkej budúcnosti viesť k zvýšeniu prevalencie infekcie HIV a hepatitídy, pokiaľ sa neprijmú dostatočné preventívne opatrenia (pozri časť Znižovanie výskytu infekčných chorôb súvisiacich s drogami v tyto kapitole).

V pôvodných 15 členských štátoch EÚ podľa údajov o počte nových prípadov epidémia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v západnej časti EÚ väčšinou dosiahla stabilnú úroveň alebo sa zmierňuje, keď v roku 2002 pribudlo od 1,3 nových prípadov na milión obyvateľov v Grécku po 115,7 prípadov v Portugalsku (v Portugalsku v roku 2003 zaznamenali pokles na 88,4) (EuroHIV, 2004). Keďže však krajiny s najväčšou epidémiou medzi injekčnými užívateľmi drog nemajú vytvorený národný systém vykazovania prípadov, časové trendy odvodené z nahlásených prípadov za EÚ ako celok môžu byť zavádzajúce, a preto sú údaje o séroprevalencii medzi injekčnými užívateľmi drog významným doplnkom. Dostupné údaje o prevalencii na národnej úrovni svedčia o veľkom rozptyle tak medzi krajinami, ako aj v rámci krajín: od 0 % až 1 % vo Fínsku (údaje z výmeny ihiel) po 9,7 – 35 % medzi užívateľmi drog v rôznych národných vzorkách v Španielsku (2001 – 2003) (obrázok 14). Prevalencia medzi injekčnými užívateľmi drog je vo všeobecnosti stabilná alebo klesá ([95]), hoci stabilná prevalencia neznamená, že k šíreniu už nedochádza; v niektorých krajinách pritom došlo k nárastu prevalencie od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia na miestnej a regionálnej úrovni. Okrem toho pritom chýbajú novšie údaje za niektoré miestne oblasti, v ktorých sa predtým hlásilo zvýšenie. Nárast prevalencie svedčí o tom, že preventívne opatrenia v týchto oblastiach nie sú dostatočné, a to aj v niektorých oblastiach s dlhotrvajúcou epidémiou. O stále pokračujúcom šírení medzi injekčnými užívateľmi drog vo viacerých oblastiach svedčí vysoká prevalencia medzi mladými (pod 25 rokov) a novými injekčnými užívateľmi drog (ktorí si drogu vpichujú kratšie ako dva roky) (EMSDDZ, 2003b) ([96]). Tam, kde je prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog naďalej vysoká, je dôležité vyvíjať systematické preventívne úsilie s cieľom zabrániť prenosu na nových injekčných užívateľov drog, na sexuálnych partnerov injekčných užívateľov drog a prenosu z matky na dieťa.

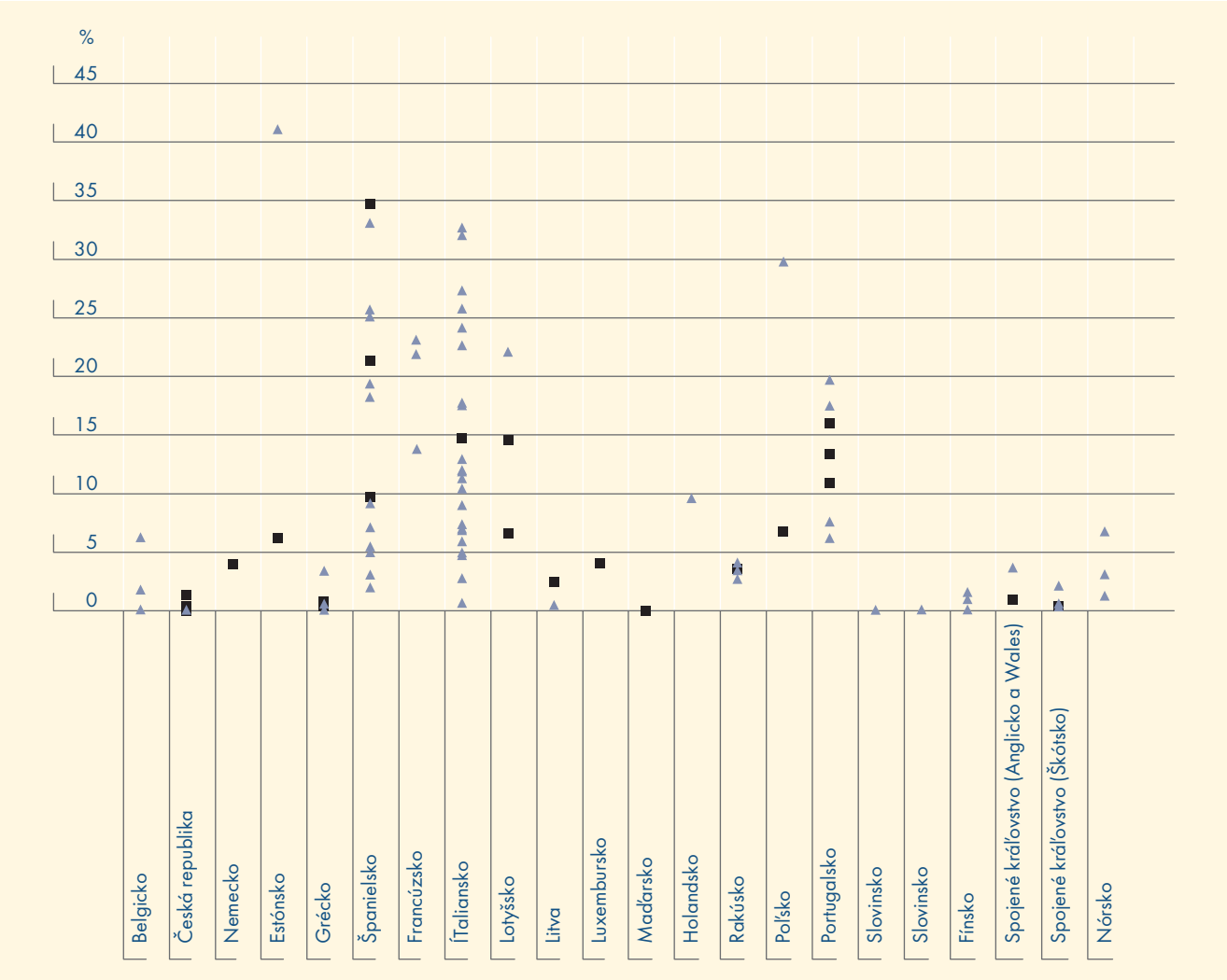
Hepatitída B a C a ďalšie infekcie

Prevalencia protilátok vírusu hepatitídy B (HBV) (6 – 85 %) a protilátok vírusu hepatitídy C (HCV) (17 – 95 %) medzi injekčnými užívateľmi drog v EÚ je všeobecne mimoriadne vysoká a indikuje výraznú potrebu liečby a prevencie (obrázok 15). Prevalencia HCV je nižšia (25 – 33 %) v niektorých krajinách s nízkou prevalenciou HIV (najmä v nových krajinách EÚ: Maďarsku, Slovinsku, Slovensku), čo svedčí o tom, že v týchto krajinách ešte nie je veľmi rozšírené vysokorizikové správanie. Znamená to, že šíreniu týchto ochorení je snáď ešte možné zabrániť prostredníctvom intervencií zameraných na znižovanie poškodzovania zdravia (pozri nižšie).

Injekčné užívanie drog môže byť cestou na šírenie celého radu ďalších infekčných ochorení; napríklad v posledných rokoch došlo v spojení s injekčným užívaním drog k prepuknutiu tetanu a botulizmu vyskytujúcemu sa pri poraneniach v Spojenom kráľovstve, ktoré pravdepodobne súviselo s kontamináciou heroínu alebo

([95]) Bližšie k týmto údajom a pôvodným prameňom pozri tabuľku 1 Infekčné choroby a tabuľku 8 Infekčné choroby v Štatistickej ročenke 2004.
([96]) Ibid.

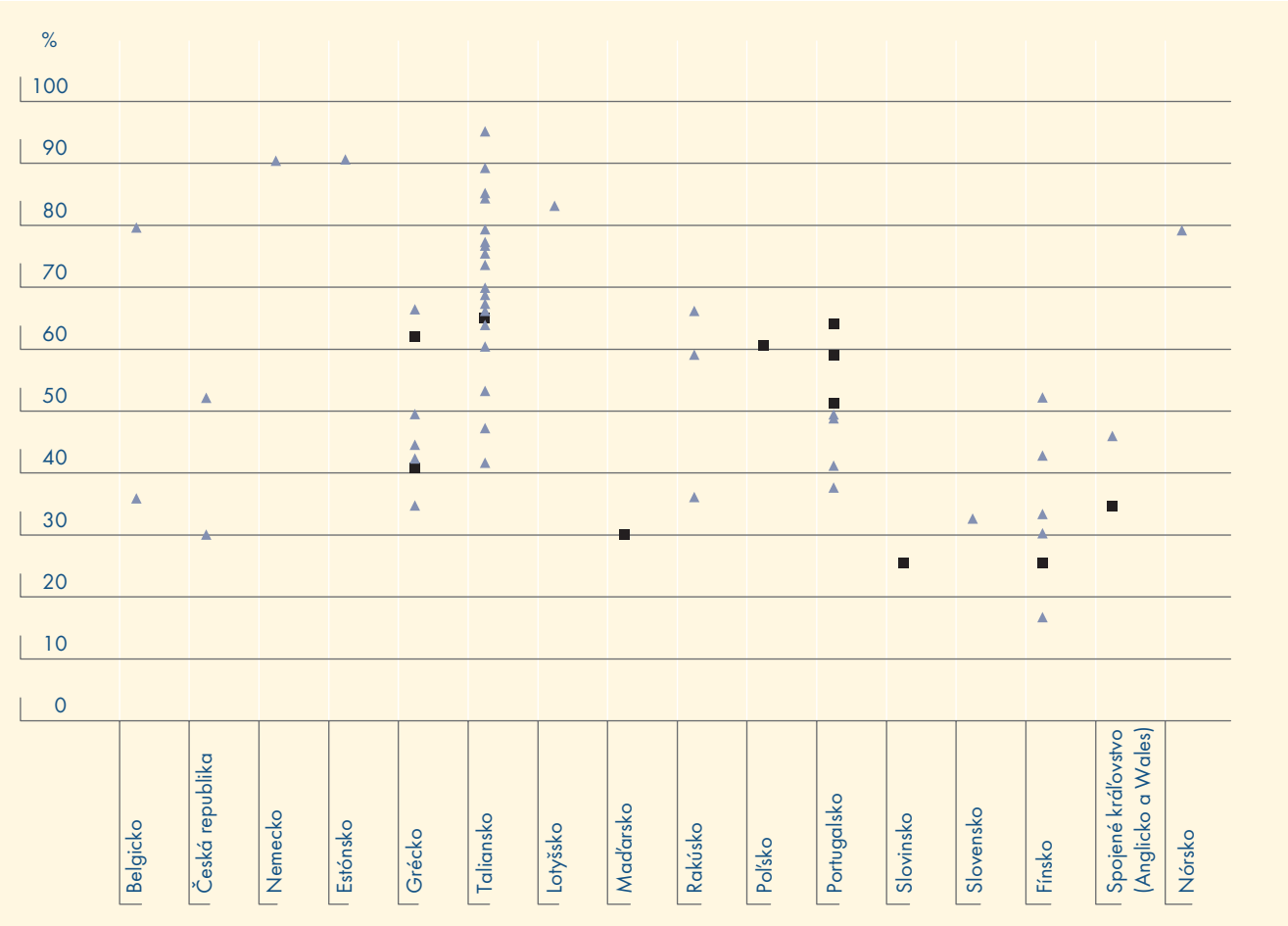
Obrázok 14: Prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog – štúdie s pokrytím na národnej a miestnej úrovni, 2001 – 2003



Poznámky: ■ = vzorky s pokrytím na národnej úrovni; ▲ = vzorky s pokrytím na miestnej/regionálnej úrovni.
Rozdiely medzi krajinami sa musia interpretovať opatrne vzhľadom na rozdielne prostredie, postup pri výbere vzoriek a/alebo odlišné metódy použité v štúdii.
Údaje za Taliansko a Portugalsko nezahŕňajú užívateľov drog, ktorí drogy neužívajú injekčne, a preto by výskyt medzi injekčnými užívateľmi drog mohol byť v skutočnosti vyšší (percentuálne zastúpenie užívateľov drog, ktorí ich neužívajú injekčným spôsobom: v Taliansku 5 – 10 %, Portugalsko: neznámy údaj). Toto isté platí aj pre niektoré vzorky vo Francúzsku.
Údaje za Nemecko, Taliansko, Maďarsko, Portugalsko a Slovensko sú obmedzené na údaje o výskyte HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa liečia a nereprezentujú teda prevalenciu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa neliečia.
Údaje za Nemecko a Luxembursko a časť údajov za Belgicko a Francúzsko sú založené na výsledkoch testu vlastného nahlásenia, a preto sú menej spoľahlivé než klinicky zdokumentované testy.
Zdroj: Národné kontaktné miesta Reitox. Úplné údaje o primárnych zdrojoch, štúdiách a údajoch pred rokom 2001 pozri v tabuľke 8 IDisease v Štatistickej ročenke 2004.

s konkrétnymi praktikami injekčného užívania (Hope et al., 2004). Prevalencia tuberkulózy (TBC) medzi injekčnými užívateľmi drog v EÚ sa zdá byť všeobecne nízka a s možnou výnimkou baltských krajín sa nezvyšuje (Migliori a Centis, 2002). V susedných východoeurópskych krajinách sa však stáva čoraz väčším problémom kvôli zvýšenej rezistencii na liečbu a vzhľadom na veľmi vysokú prevalenciu medzi väzňami, z ktorých mnohí užívajú drogy. Pohlavne prenosné choroby môžu byť indikátorom vysokorizikového sexuálneho správania sa a rizikovým faktorom infikovania vírusom HIV (Estebanez et al., 2001). V súčasnosti prudko rastie prevalencia pohlavne prenosných chorôb vo viacerých členských štátoch EÚ, najmä medzi homosexuálnymi mužmi. Medzi užívateľmi drog sú pohlavne prenosné choroby veľmi časté v niektorých krajinách ako je napríklad Írsko a Taliansko (Giuliani a Suligoi, 2004), zatiaľ čo v iných (napr. Švédsko a Nórsko) sa udávajú len zriedka; vo väčšine krajín však chýbajú údaje zo sledovania špecificky zameraného na užívateľov drog. Aby mohli údaje zo sledovania pohlavne prenosných chorôb slúžiť ako indikátor vysokorizikového sexuálneho

Obrázok 15: Prevalencia infekcie HCV medzi injekčnými užívateľmi drog – štúdie s pokrytím na národnej a miestnej úrovni, 2001 – 2002



Poznámky: ■ = vzorky s pokrytím na národnej úrovni; ▲ = vzorky s pokrytím na miestnej/regionálnej úrovni.
Rozdiely medzi krajinami sa musia interpretovať opatrne vzhľadom na rozdielne prostredie, postup pri výbere vzoriek a/alebo odlišné metódy použité v štúdii.
Údaje za Taliansko a Portugalsko nezahŕňajú užívateľov drog, ktorí drogy neužívajú injekčne, a preto by výskyt medzi injekčnými užívateľmi drog mohol byť v skutočnosti vyšší (percentuálne zastúpenie užívateľov drog, ktorí ich neužívajú injekčným spôsobom: v Taliansku 5 – 10 %, Portugalsko: neznámy údaj). Toto isté platí aj pre jednu vzorku v Českej republike.
Údaje za Anglicko a Wales a časť údajov za Fínsko sú založené na testovaní slín, čo podhodnocuje prevalenciu HCV.
Údaje za Belgicko, Taliansko, Maďarsko, Slovinsko a Slovensko sú obmedzené na prevalenciu HCV medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa liečia a nereprezentujú teda výskyt HCV medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa neliečia.
Zdroj: Národné kontaktné miesta Reitox. Primárne zdroje, štúdie a údaje pred rokom 2001 pozri v tabuľke 11 IDisease v Štatistickej ročenke 2004.

správania sa injekčných užívateľov drog pri odhade potenciálu šírenia HIV pohlavným stykom (Wiessing a Kretzschmar, 2003), je dôležité, aby umožnili sledovať trendy, najmä medzi injekčnými užívateľmi drog. Epidemiologická situácia v oblasti prenosných ochorení medzi injekčnými užívateľmi drog je celkovo vážna. Preto treba robiť systematický skríning užívateľov drog pri každom kontakte so zdravotníckymi službami a zabezpečiť dostatočné zdroje na prevenciu a liečbu.

Znižovanie počtu infekcií súvisiacich s drogami

Počet aj geografické pokrytie programov výmeny injekčných ihiel a striekačiek sa vo viacerých členských štátoch od roka 2001 ďalej zvyšoval ([97]). Najmä v Estónsku a Lotyšsku sa rýchlo rozširujú nové služby s podporou miestnych, národných a medzinárodných grantov, ktoré boli udelené vzhľadom na významnú epidémiu HIV. V Škótsku sa v rokoch 1997 až 2002 počet vymenených striekačiek zvýšil takmer na trojnásobok a ďalší nárast sa očakáva po zvýšení maximálneho počtu striekačiek na 60 pre jedného klienta, čo uľahčí vzájomnú výmenu medzi užívateľmi drog. Rozšírením programu výmeny injekčných ihiel a striekačiek v Severnom Írsku (v lekárňach) a vo Flámsku (Belgicko) sa pokryli aj zvyšné lokality v západoeurópskych krajinách. Vo Švédsku sa však diskusie o rozšírení programu ešte stále neskončili.

Podľa prieskumov dostupnosti injekčných striekačiek sa injekčné pomôcky najčastejšie získavajú ich zakúpením

([97]) Pozri tabuľku 6 OL: Realizácia a typy programov výmeny ihiel a striekačiek, zapojenie lekární, počet rozdaných/predaných striekačiek.

v lekárni (robí tak napr. 30 – 45 % klientov programu v Belgicku, 32 % v Luxembursku a 30 – 40 % v Maďarsku). Lekárne hrajú dôležitú úlohu pri výmene alebo poskytovaní striekačiek v štyroch krajinách: v Španielsku, Portugalsku a Spojenom kráľovstve, lekárne vymieňajú striekačky bezplatne a vo Francúzsku sa štátom dotované „stérikits" predávajú najmä v lekárňach. Vďaka zapojeniu sa lekární tieto štyri krajiny dosiahli veľmi dobré geografické pokrytie miest zabezpečujúcich výmenu ihiel. V ostatných krajinách si užívatelia drog musia striekačky (a ostatné potrebné pomôcky) kupovať, pričom ich vysoká cena v niektorých krajinách vyvoláva obavy ([98]).

Francúzsko a Portugalsko uvádzajú pokles počtu striekačiek získavaných z lekární. Vo Francúzsku sa predaj striekačiek v rokoch 1999 až 2002 znížil o 45 % a klesol zo 16,5 na 9 miliónov. Toto zníženie nebolo vykompenzované zvýšenou aktivitou v rámci programu výmeny ihiel a striekačiek. K možným vysvetleniam patrí rozšírenie neinjekčných spôsobov užívania, zlepšenie dostupnosti substitučnej terapie pre injekčných užívateľov alebo dokonca aj zvýšenie miery spoločného používania ihiel (Emmanuelli, 2003).

Programy výmeny ihiel a striekačiek sa môžu realizovať rôznymi spôsobmi, napríklad prostredníctvom nízkoprahových zariadení, lekární, všeobecných zdravotníckych a sociálnych zariadení, ako aj mobilných výmenných miest (špeciálne vybavený autobus alebo terénni pracovníci) a špeciálnych automatov. V niekoľkých nových členských štátoch (Česká republika, Poľsko, Slovinsko a Bulharsko), ale aj v Belgicku, Írsku a Spojenom kráľovstve, hrajú čoraz dôležitejšiu úlohu pri dodávaní sterilných pomôcok užívateľom drog rovesnícki terénni pracovníci (McVeigh et al., 2003).

Vývoj v oblasti liečenia infekčných chorôb súvisiacich s drogami

Vysoká miera výskytu vírusovej hepatitídy C (HCV) medzi užívateľmi drog spôsobuje nárast obavy medzi zdravotníkmi. 60 až 80 % ľudí, ktorí sa nakazia vírusom, zostávajú chronicky nainfikovaní a až v 20 % prípadov to vedie k ochoreniu pečene, avšak dostupnosť liečby hepatitídy C pre užívateľov drog je nízka. EMSDDZ pripravilo brífing o postupe pri hepatitíde C a vedeckú monografiu o hepatitíde C. Obidva dokumenty sú dostupné on-line (EMSDDZ, 2003c; EMSDDZ, 2004d) ([99]).

Situáciu s užívateľmi drog a ich prístupom k liečeniu pečene je potrebné zlepšiť vo väčšine krajín. Keďže usmernenia týkajúce sa liečby sa považujú za dôležitý nástroj na riadenie poskytovania lekárskeho ošetrenia, EMSDDZ vykonalo analýzu usmernení pre liečbu infekčného ochorenia HCV v 15 „starých" členských štátoch EÚ a v Nórsku v rokoch 2003 – 2004 ([100]). Štúdia zistila, že v mnohých krajinách sa práve pracovalo na prehodnotení národných usmernení, berúc pritom do úvahy zdokonalené liečebné postupy a podstatne lepšie výsledky. Niektoré nové usmernenia sa výslovne odvolávali na výskum, ktorý dokumentoval prínosy pre užívateľov drog v prípade, že liečbu poskytoval zmiešaný tím hepatológov a odborníkov na užívanie drog.

Globálny fond proti AIDS, tuberkulóze a malárii (GFATM) má vyčleniť osobitné finančné prostriedky na zabezpečenie antiretrovírusovej liečby pre pacientov v Estónsku a v kandidátskej krajine Bulharsku: predpokladaný počet osôb, ktoré sa podrobia antiretrovírusovej liečbe, je 500 v Estónsku a 200 v Bulharsku (GFATM Secretariat, 2004).

Nové trendy v poskytovaní služieb

K hlavným trendom v poskytovaní nízkoprahových služieb pre užívateľov drog, ktoré sa spočiatku sústreďovali na výmenu ihiel a striekačiek, patrí prehlbovanie ich integrácie s ostatnými službami orientovanými na prežitie, ako sú útulky, zdravotné a lekárske služby a predĺženie otváracej doby do večerných a nočných hodín a cez víkendy.

Čeliac narastajúcemu počtu neorganizovaných užívateľov drog, ktorí majú minimálne sklony kontaktovať príslušné inštitúcie, holandské inštitúcie zamerané na liečbu drogovej závislosti obnovili metódu „priateľského" presviedčania s cieľom vymanenia sa z dosahu užívateľov drog normálnou cestou a zveriť sa do zdravotnej starostlivosti. Tento prístup, ktorý sa nazýva „interferenčná starostlivosť", zabezpečuje rozsiahly a asertívny zdravotnícky servis pre zraniteľnú skupinu ľudí s rôznymi problémami, ktorí napriek alarmujúcej situácie vážne ohrozujúcej ich kvalitu života, nevyužívajú bežné zdravotnícke zariadenia (Roeg et al., 2004).

Kontakt s užívateľmi drog a s rizikovými osobami má zásadný význam z hľadiska odovzdania zdravotného posolstva a predchádzania poškodzovaniu zdravia súvisiacemu s užívaním drog. Do veľkej miery sa to podarilo v Českej republike, kde v roku 2002 využilo hustú sieť 93 zariadení rozptýlených po celej krajine vyše 22 000 individuálnych problémových užívateľov drog – čo je viac ako polovica odhadovanej populácie užívateľov drog (národná správa Českej republiky, 2003, s. 35).

Viacero ďalších krajín uznáva úlohu nízkoprahových zariadení, napríklad nórskych „terénnych ošetrovateľských staníc", ako platformy na poskytovanie základnej lekárskej starostlivosti, ako je ošetrenie rán a abscesov.

([98]) Pozri tabuľku 7 OL: Ceny bežne používaných typov striekačiek (s ihlami) v eurách.
([99]) Rámček 4 OL: Kľúčové opatrenia k hepatitíde C predstavené na základe zistení troch najnovších publikácií EMSDDZ o hepatitíde C.
([100]) Analýza usmernení pre liečbu vírusového infekčného ochorenia hepatitídy C vzhľadom na dostupnosť liečby pre užívateľov drog.

Vo Fínsku nízkoprahové lekárske služby, tzv. „zdravotné poradenské strediská“, úspešne uskutočňujú testovacie a očkovacie kampane. Možnosť lekárskej starostlivosti je atraktívna dokonca aj pre užívateľov drog, ku ktorým je inak ťažký prístup a kontakt s lekárskym personálom poskytuje príležitosti presahujúce možnosti programu výmeny ihiel a striekačiek, napríklad možnosť sprostredkovania zdrojov a služieb ako je poradenstvo a testovanie v súvislosti s HIV a liečbu závislosti od drog (EMSDDZ, 2004a).

Potreba nízkoprahových služieb je väčšia v krajinách s dlhšou históriou epidémií, kde dlhodobí injekční užívatelia drog trpia značnými zdravotnými problémami, zvýšeným stupňom marginalizácie a sociálneho vylúčenia – rozšírenie okruhu ponúkaných služieb by mohlo riešiť aj rastúcu závislosť tejto skupiny na službách.

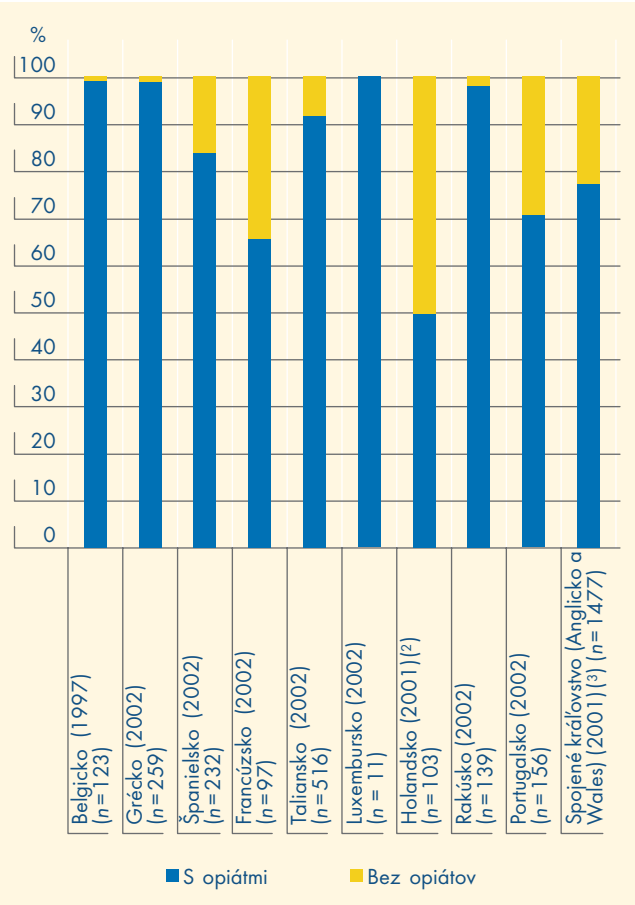
Úmrtia súvisiace s drogami ([101])

Vo väčšine prípadov „úmrtí súvisiacich s drogami“ ([102]) spôsobených ilegálnymi látkami, ktoré sa nahlasujú v EÚ, sú prítomné opiáty, hoci v mnohých prípadoch toxikologické vyšetrenie odhalí aj ďalšie látky (obrázok 16) ([103]).

V rokoch 1995 až 2001 sa v krajinách EÚ každoročne udávalo 8 000 – 9 000 úmrtí v dôsledku predávkovania ([104]). Tieto čísla možno považovať za minimálne odhady a údaje za väčšinu krajín sú pravdepodobne do istej miery podhodnotené. Väčšinu obetí predávkovania tvoria mladí muži (70 – 93 %) vo veku tesne pod 30 alebo medzi 30 a 40 rokov, ktorých priemerný vek je 31 až 40 rokov. Vo väčšine krajín EÚ sa prejavuje trend k starnutiu obetí, čo by nasvedčovalo „efektu starnutia kohorty“ ([105]). Tento trend sa neprejavuje vo Fínsku a je menej výrazný aj v Grécku a v Spojenom kráľovstve. Toto zistenie si zasluhuje pozornosť, keďže by mohlo svedčiť o zvýšenom výskyte injekčného užívania alebo užívania opiátov v posledných rokoch (obrázok 17).

Viaceré členské štáty EÚ pravidelne hlásia úmrtia spojené s drogami, pri ktorých sa u obetí zistil metadón. Metadón, rovnako ako každý iný opiát, je potenciálne toxickou látkou, avšak výsledky výskumov jednoznačne ukazujú, že substitučná liečba znižuje riziko úmrtia účastníkov programu na predávkovanie. Viacero štúdií preukázalo, že úmrtia, pri ktorých je prítomný metadón, spôsobilo skôr jeho nelegálne ako predpísané užívanie; pri iných štúdiách sa zasa zistilo zvýšené riziko v počiatočných štádiách metadónovej udržiavacej liečby. Tieto zistenia poukazujú na potrebu dodržiavať štandardy kvality substitučných programov.

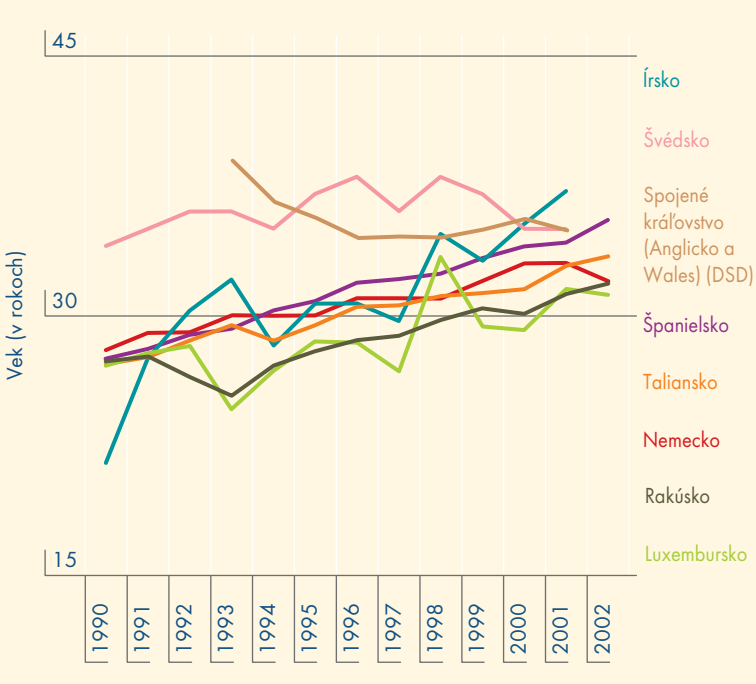
Obrázok 16: Podiel úmrtí súvisiacich s drogami, bez prítomnosti alebo s prítomnosťou opiátov v niektorých krajinách EÚ v rokoch 2001 – 2002 ([1])



([1]) Alebo posledný rok, za ktorý sú k dispozícii údaje.
([2]) V Holandsku sú v niektorých prípadoch označených „bez opiátov“ prítomné „iné alebo nešpecifikované omamné látky“ alebo „iné a nešpecifikované psychodysleptiká“, kde by mohli patriť aj opiáty a kokaín.
([3]) Toxikologické informácie pre Spojené kráľovstvo vychádzajú z np-SAD (St George's Hospital Medical School) a sú založené na správach patológov. Zahrnuté sú prípady aspoň s jednou zmienkou o opioidoch; môže dochádzať k istému prekrývaniu a celkový podiel môže byť nižší.
Poznámky: V niektorých krajinách „národná definícia“ úmrtia v súvislosti s drogami sa vzťahuje len na obmedzený počet prípadov úmrtí, ktoré nepriamo súvisia s drogami.
Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003, prevzaté z národných registrov úmrtí alebo zo špeciálnych registrov (súdnolekárskych alebo policajných). Založené na národných definíciách uvedených v metodologických poznámkach „Definícia akútnych úmrtí súvisiacich s drogami v členských štátoch“. Pozri aj tabuľku 1 v DRDeaths v Štatistickej ročenke 2004.

([101]) Prehľad úmrtí súvisiacich s drogami pozri v minuloročnej výročnej správe, časť „Úmrtia súvisiace s drogami a mortalita užívateľov drog“ (EMSDDZ, 2003b).
([102]) Pozri metodologické poznámky „Úmrtia súvisiace s drogami – definícia EMSDDZ“ v Štatistickej ročenke. Pozri protokol EMSDDZ o úmrtiach súvisiacich s drogami (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Pozri tabuľku 1 Úmrtia súvisiace s drogami v Štatistickej ročenke 2004.
([104]) Pozri tabuľku 2 Úmrtia súvisiace s drogami a tabuľku 3 Úmrtia súvisiace s drogami v Štatistickej ročenke 2004.
([105]) Pozri obrázok 10 OL: Vývoj podielu osôb vo veku nad 35 rokov medzi obeťami úmrtí súvisiacich s drogami v krajinách EÚ od roku 1990 do rokov 2001 – 2002.

Obrázok 17: Priemerný vek obetí, ktoré zomreli v súvislosti s užívaním drog v niektorých krajinách EÚ v rokoch 1990 – 2002



Poznámky: Údaj sa vzťahuje na krajiny, ktoré uvádzali priemerný vek obetí pre väčšinu rokov vykazovacieho obdobia.
Pozri aj obrázok 10 OL: Vývoj podielu osôb starších ako 35 rokov na úmrtiach súvisiacich s drogami v krajinách EÚ od roku 1990 do rokov 2001 – 2002.
Informácie založené na národných definíciách uvádzaných v metodologických poznámkach k národným definíciám akútnych úmrtí súvisiacich s drogami. V Anglicku a Walesi sa používa „definícia stratégie pre drogy" (Štatistická ročenka 2004).

Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003, prevzaté z národných registrov úmrtí alebo zo špeciálnych registrov (súdnolekárskych alebo policajných).

Trendy akútnych úmrtí súvisiacich s drogami

Hoci trendy úmrtí súvisiacich s drogami sa medzi jednotlivými krajinami líšia, v krajinách EÚ možno pozorovať niektoré všeobecné trendy. Celkový výrazný nárast úmrtnosti spojenej s drogami sa pozoroval v osemdesiatych a začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia ([106]). Aj napriek poklesu v niektorých krajinách tento nárast pokračoval, hoci miernejším tempom, v rokoch 1990 – 2000. V roku 2000 sa vykázalo 8 838 úmrtí v porovnaní so 6 284 v roku 1990 (40-percentný nárast).

V rokoch 2000 a 2001 – 2002 mnohé členské štáty EÚ vykázali pokles počtu úmrtí súvisiacich s drogami, ktorý v niektorých prípadoch (Nemecko, Grécko, Írsko, Taliansko a Portugalsko) dosiahol štatistickú významnosť.

Aj v Nórsku polícia udávala za rok 2002 významný pokles smrteľných prípadov v súvislosti s drogami. Na úrovni EÚ došlo v rokoch 2000 až 2001 k celkovému poklesu (z 8 838 na 8 306 prípadov), čo predstavuje skromné, avšak štatisticky významné zníženie (6 %) (obrázok 18) ([107]).

Rastúci trend úmrtnosti spojenej s drogami možno očakávať v nových členských štátoch alebo v kandidátskych krajinách. V súčasnosti je kvalita informácií o úmrtiach súvisiacich s drogami v niektorých z týchto krajín obmedzená a pozorované trendy by sa mali interpretovať opatrne. Vzostupný trend vykazuje Estónsko a Slovinsko, zatiaľ čo trend v Bulharsku a Českej republike nie je jednoznačný.

Napriek priaznivým faktorom, ako je upúšťanie od injekčného spôsobu užívania medzi užívateľmi opiátov v mnohých krajinách a širšie poskytovanie liečby, pokles počtu úmrtí súvisiacich s drogami v posledných dvoch rokoch zostáva nízky (v niektorých krajinách sa ich počet vôbec neznížil) a údaje o súčasnom užívaní sú z dlhodobejšieho pohľadu naďalej vysoké.

Celková úmrtnosť užívateľov opiátov

Štúdie úmrtnosti kohort ukazujú, že úmrtnosť užívateľov opiátov je až 20-krát vyššia ako úmrtnosť všeobecnej populácie v rovnakom veku. EMSDDZ koordinuje v ôsmich krajinách kooperatívny projekt úmrtnosti kohort, ktorého predbežné výsledky boli prezentované v predchádzajúcich správach EMSDDZ. Do ďalších analýz sú zahrnuté aj kohorty z Francúzska a Škótska. Očakáva sa, že výsledky predstavia budúce výročné správy.

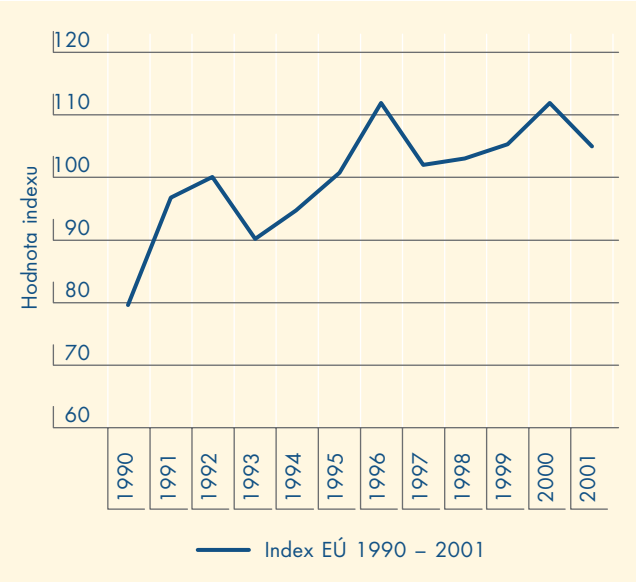
Zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami

Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa prehĺbilo poznanie sociálnych aj osobných rizikových faktorov, rizika úmrtí súvisiacich s drogami a okolností, za akých k nim najčastejšie dochádza, najmä smrteľného predávkovania sa heroínom (napr. Best et al., 2000; 2001; Origer a Delucci, 2002) a zistenia svedčia o značnom potenciáli medicínskych i vzdelávacích prístupov pre znižovanie počtu úmrtí. Pokles počtu úmrtí v dôsledku predávkovania, ktorý sa v poslednom čase pozoroval vo viacerých krajinách (Francúzsko, Španielsko), sa pripisuje zvýšenej dostupnosti substitučnej liečby (napr. vo Francúzsku: národná správa, 2002, 2003), ako aj zmenám v spôsobe podávania drog a zníženiu miery injekčného užívania (EMSDDZ, 2004b).

([106]) Pozri obrázok 11 OL: Dlhodobý trend akútnych úmrtí priamo súvisiacich s užívaním drog v EÚ (1985 – 2001).

([107]) Pozri aj obrázok 12 OL: Trendy akútnych úmrtí súvisiacich s drogami v jednotlivých krajinách EÚ a celkovo v EÚ 1985 – 2001. Pokiaľ ide o Spojené kráľovstvo, pozri aj Metodologické poznámky k národným definíciám úmrtí súvisiacich s drogami ((Štatistická ročenka): „definícia protidrogovej stratégie" a „tradičná definícia Národného štatistického úradu (ONS)". Definícia drogovej stratégie prináša odhady, ktoré sú veľmi úzko prepojené so Štandardnou európskou definíciou EMSDDZ („Výber B").

Obrázok 18: Zmeny v počte náhlych úmrtí súvisiacich s drogami, EÚ a Nórsko, 1990 – 2001 (Indexované na 100 na priemer počas obdobia 1990 – 2001)



Poznámky: Index nebol vypočítaný z dôvodu nedostatočných údajov za rok 2002.
Trendy v jednotlivých krajinách sú k dispozícii v obrázku 11 OL.
Počty prípadov za krajinu uvádzajú tabuľky 2 a 3 v DRDeaths (Štatistická ročenka 2004).
Pre Spojené kráľovstvo sa použili vybrané údaje z údajov, ktoré poskytol Národný štatistický úrad (ONS), pretože sú k dispozícii za dlhšie obdobie.

Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003, prevzaté z národných registrov úmrtí alebo zo špeciálnych registrov (súdnolekárskych alebo policajných). Podľa národných definícií uvádzaných v metodologických poznámkach k národným definíciám akútnych úmrtí súvisiacich s drogami (Štatistická ročenka 2004).

Na celoeurópskej úrovni bol vytýčený cieľ znížiť počet úmrtí súvisiacich s drogami (Stratégia pre drogy EÚ 2000 – 2004 Cieľ 2) a čoraz väčší počet národných stratégií pre drogy v členských štátoch ho potvrdzuje ([108]).

Šírenie informácií a vzdelávacích materiálov o rizikách predávkovania a ich manažmente medzi užívateľmi drog a v ich sociálnych sieťach (letáčiky, plagáty, brožúry alebo videokazety) je bežnou praxou vo väčšine starých členských štátov, avšak v nových nebýva obvyklá. Niektoré krajiny udávajú ďalšie opatrenia založené na dôkazoch, ako je rovesnícka intervencia v prípade naliehavých zdravotných problémov súvisiacich s drogami a nabádanie užívateľov drog, ktorí by sa mohli stať svedkami predávkovania, aby privolali rýchlu lekársku pomoc; systematické poznatky o miere organizovania podobných kurzov však nie sú k dispozícii. Distribúcia opiátovej náhrady (naloxone) užívateľom drog je len jedným z prijatých alebo zvažovaných opatrení v niektorých krajinách s cieľom zníženia smrteľných prípadov z predávkovania ([109]) (EMSDDZ, 2003a).

V niektorých krajinách sú pre užívateľov drog na otvorených drogových scénach, u ktorých je vysoké riziko predávkovania, k dispozícii zariadenia na užívanie drogy pod dohľadom: takéto služby existujú v Nemecku, Španielsku a Holandsku a pripravujú sa v Luxembursku, Slovinsku a Nórsku. Ak sa zabezpečí primerané pokrytie, tieto zariadenia by mohli pomôcť znížiť počet úmrtí súvisiacich s drogami na úrovni miest.

V Rakúsku je užívateľom drog s históriou častého predávkovania určený projekt, ktorý realizujú oddelenia urgentnej medicíny ([110]).

Miestnosti na užívanie drog

„Miestnosti na užívanie drog" – zariadenia, v ktorých sa potvrdeným užívateľom drog umožňuje užívať drogy v hygienických podmienkach pod dohľadom kvalifikovaného personálu a bez obavy zo zatknutia – fungujú v 39 mestách Európy. Európska správa o miestnostiach na užívanie drog (*European report on drug consumption rooms*) (EMSDDZ, 2004a) opisuje, čo sú miestnosti na užívanie drog, z akého dôvodu a akým spôsobom vznikli, opisuje špecifické cieľové skupiny, pre ktoré sú tieto zariadenia určené, aké sú ich konkrétne ciele a ako fungujú. Správa podáva súhrn dostupných dôkazov.

Miestnosti na užívanie drog sú veľmi špecializovaná služba, ktorá je integrovaná do širokej siete služieb pre užívateľov drog, fungujú na princípe konsenzu a aktívnej spolupráce medzi zdravotníkmi a políciou, miestnymi úradmi a miestnou komunitou. Správa dokazuje, že tieto miestnosti pomáhajú pri nadväzovaní kontaktu s veľmi problematickou skupinou užívateľov drog a uľahčujú im prístup k primárnej zdravotníckej pomoci, ktorú nutne potrebujú a k sociálnym službám a starostlivosti. Poskytnutím sterilného injekčného materiálu a prostredia s dohľadom na užitie drogy sa znižuje výskyt smrteľných prípadov a riziko úmrtnosti a zároveň aj obťažovanie verejnosti v zmysle verejného užívania drog.

([108]) Pozri Tabuľku 8 OL: Stratégie a vybrané opatrenia na zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami v 25 členských štátoch EÚ a v Nórsku.
([109]) Ibid.
([110]) Pozri kontakt na rakúsky projekt EDDRA v databáze EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Kapitola 7

Liečba – riešenie potrieb osôb v problémovej situácii

Mnohým ľuďom, ktorí majú problém s užívaním drog, môže pomôcť kontakt s liečebným zariadením. V krajinách Európskeho spoločenstva existuje široká škála možností liečby, ktoré odrážajú národný a historický kontext, ako aj odlišné charakteristiky populácie vyžadujúcej pomoc. Ich súhrn podávame nižšie. V jednotlivých krajinách nie je liečba rovnako dostupná a všeobecne menej rozvinutá je v nových členských štátoch. Celkovo sa však priebežne investuje do zvyšovania kapacity tohto sektora a sú náznaky zlepšenia možností, ktoré majú osoby s drogovými problémami.

Novým prvkom v tejto oblasti je využívanie komunikačného potenciálu novej technológie, ako je internet na rozšírenie služieb pre užívateľov drog. Značná pozornosť sa venuje úlohe, ktorú pri propagácii nelegálneho užívania drog zohráva internet. Z tohto dôvodu treba oceniť skutočnosť, že niektoré krajiny, napríklad Holandsko a Fínsko, sa podujali preskúmať potenciál tohto média s cieľom zlepšiť informovanosť a dostupné možnosti starostlivosti. Súčasťou týchto aktivít je využívanie priamych komunikačných prepojení prostredníctvom e-mailu a mobilných telefónov a preskúmanie možnosti využiť elektronické poradenské služby a SMS (textové) služby v prospech užívateľov drog.

V EÚ prevláda trend presúvať liečbu závislosti od drog z nemocníc do liečebných centier v prostredí komunity. Tento vývoj je menej zreteľný v nových členských štátoch, kde liečbu zabezpečujú hlavne psychiatrické nemocnice (Estónsko, Lotyšsko, Litva, Slovinsko), hoci v niektorých krajinách sa situácia mení; napríklad v Českej republike sa starostlivosť poskytuje v obidvoch typoch prostredí.

Charakteristika liečebných služieb

„Čistá“ liečba

„Čistá“ liečba spočíva v uplatňovaní psychosociálnych a edukačných techník na dosiahnutie dlhodobej abstinencie od drog. Tradične býva „čistá“ liečba dlhodobá a v domácom prostredí, napr. v terapeutických skupinách. V súčasnosti často prebieha aj na komunálnej úrovni. Na zmiernenie abstinenčných príznakov sa môže použiť medikácia. Táto sa obyčajne obmedzuje na antidepresíva a/alebo benzodiazepíny, hoci v niektorých terapeutických komunitách sa nepodávajú žiadne podobné lieky ([111]).

Keďže liečba s pomocou liekov je zvyčajne k dispozícii len pre užívateľov opioidov, pre osoby trpiace problémami súvisiacimi s neopioidnými drogami je zvyčajne jedinou terapeutickou alternatívou nejaká forma „čistej“ liečby.

Liečba s pomocou liekov

Liečba s pomocou liekov zahŕňa substitučnú terapiu agonistami aj liečbu antagonistami. V typickom prípade sa pri tejto farmakologickej intervencii používa naltrexon (antagonista) alebo jeden z týchto opioidných agonistov: metadón, buprenorfín, dihydrokodeín, heroín, morfín s postupným uvoľňovaním.

Metadón je naďalej najbežnejšie predpisovanou substitučnou látkou v rozšírenej EÚ. V posledných rokoch sa však možnosti liečby rozšírili. V roku 2002 s výnimkou Holandska a Írska (kde sa používa len na detoxifikáciu) ([112]) udávalo používanie buprenorfínu všetkých 15 bývalých členských štátov. Ďalšie substitučné látky, napríklad dihydrokodeín (Belgicko, Nemecko, Luxembursko, Rakúsko), morfín s postupným uvoľňovaním (Rakúsko) a heroín (Nemecko, Holandsko, Spojené kráľovstvo), sa používajú menej často alebo sú súčasťou klinických skúšok (Springer, 2003a) ([113]).

Z pohľadu absolútnych čísiel sa substitučná liečba stala najbežnejšie dostupnou formou špecializovanej protidrogovej liečby pre užívateľov opiátov v EÚ, kde sa liečba tohto druhu poskytuje vyše 400 000 jedincom. S výnimkou Slovinska je však táto forma intervencie v oveľa menšej miere dostupná v nových členských štátoch EÚ, kde prevládajú alternatívy čistej liečby ([114]).

([111]) Pozri obrázok 13 OL: Čistá lôžková liečba.
([112]) V Írsku sa buprenorfín používa len na odstránenie symptómov.
([113]) Pozri tabuľku 9 OL: Aplikované substitučné látky v členských štátoch EÚ.
([114]) Pozri obrázok 14 OL: Prevaha substitučnej liečby alebo čistej liečby pri užívaní opiátov.

Dostupnosť a kritériá na zaradenie do substitučnej liečby

Ďalej pokračuje trend zavádzania menej reštriktívnych prijímacích kritérií pre substitučnú liečbu. Kritériá prijímania na tento typ liečby boli v minulosti často veľmi selektívne a obmedzovali liečbu len na osoby, u ktorých sa predpokladali zvlášť výrazné chronické problémy. Dnes sa prijímanie na substitučnú liečbu všeobecne obmedzuje na osoby vo veku 18 a viac rokov, ktoré majú za sebou 1 – 2 roky problémového užívania drog (napr. Belgicko, Írsko, Holandsko). Väčšina nových členských štátov udáva vyššie vekové hranice, napr. minimálny vek 20 rokov a aspoň päťročnú históriu problémového užívania (napr. Estónsko a Lotyšsko); v Slovinsku sa však povoľuje substitučná liečba užívateľov drog už od 16 rokov. Relatívne prísne kritériá na zaradenie uplatňuje aj Grécko, Fínsko, Švédsko a Nórsko, kde sa minimálny vek pohybuje od 20 do 25 rokov a vyžaduje sa 4 – 5 rokov problémového užívania.

Napriek zvýšenej dostupnosti substitučnej liečby rad krajín udáva, že dopyt ešte stále prevyšuje ponuku; čakacie zoznamy udáva Belgicko, Česká republika, Grécko, Estónsko, Maďarsko, Írsko, Švédsko a Nórsko. Dostupnosť môže obmedzovať aj organizácia služieb pre pacientov so závislosťou od drog; napríklad v Litve si pacienti musia sami platiť za lieky, čo znižuje využívanie týchto služieb.

Zavádzanie substitučnej liečby

Medzi členskými štátmi existujú značné rozdiely čo do času, keď začali zavádzať substitučnú liečbu. Niektoré členské štáty zaviedli metadónové substitučné programy už koncom šesťdesiatych a začiatkom sedemdesiatych rokov minulého storočia, zatiaľ čo iné štáty túto formu liečby zaviedli v širšom meradle až v deväťdesiatych rokoch (Belgicko, Grécko, Francúzsko, Nórsko). Vo väčšine nových členských štátov je substitučná liečba relatívne nová záležitosť; väčšina z nich zaviedla substitučnú liečbu v deväťdesiatych rokoch minulého storočia a Estónsko zaviedlo svoj prvý program až v roku 2001. Výnimkou je Slovinsko, ktoré tieto programy malo už od roka 1990 ([115]).

Psychosociálna podpora pri substitučnej liečbe

Napriek všeobecne uznávanému názoru, že substitučnú liečbu by mala sprevádzať psychosociálna podpora, táto ani zďaleka nie je štandardnou zložkou liečby. V Českej republike, Nemecku a Holandsku obmedzuje poskytovanie primeranej psychosociálnej podpory nedostatok zdrojov. A v Nórsku, kde by teoreticky mal byť každému klientovi substitučnej terapie pridelený sociálny poradca, v praxi na to často neexistujú potrebné kapacity. Podľa jednej dánskej štúdie metadónoví klienti, ktorým sa neposkytuje žiadna psychosociálna podpora, užívajú sekundárnu drogu významne častejšie ako tí, ktorí takúto podporu majú. V ďalšom výskume sa zisťuje, či rozšírenie psychosociálnej podpory môže zlepšiť výsledky liečby (Pedersen, 2001). Írske kolégium všeobecných lekárov schválilo smernice substitučnej liečby založené na dôkazoch (2003), zdôrazňujúc nevyhnutnosť psychosociálneho komponentu.

Užitočnosť psychosociálnej podpory však závisí aj od toho, ako hodnotu tohto typu terapeutickej alternatívy vnímajú klienti. V Grécku napríklad pacienti zaradení do programu metadónovej liečby využívajú psychosociálne poradenstvo často, zatiaľ čo v Lotyšsku je ochotných akceptovať tento typ intervencie len málo pacientov.

Zabezpečenie kvality

Zabezpečenie kvality liečby možno definovať ako „systematickú snahu monitorovať, dokumentovať a zvyšovať kvalitu poskytovaných služieb". V EÚ sa všeobecne akceptuje päť mechanizmov zabezpečenia kvality: akreditácia liečebných zariadení, liečebné štandardy, vzdelávanie personálu, monitorovanie klientov a výsledkov a napokon hodnotenie mier retencie, výsledkov, spokojnosti, ukončenia liečby atď. (obrázok 19).

Novým vývojom v oblasti zabezpečenia kvality v protidrogových liečebných službách je začlenenie kvality do národných stratégií pre drogy (Grécko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Švédsko) alebo stanovenie minimálnych požiadaviek na tieto služby (Belgicko, Česká republika, Nemecko, Holandsko, Poľsko, Slovinsko a Spojené kráľovstvo). Akreditáciu liečebných služieb uplatňuje ako mechanizmus na zabezpečenie kvality viacero krajín (Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Luxembursko, Holandsko, Poľsko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo), hoci niektoré z nich pripúšťajú, že je potrebná ďalšia implementácia (Česká republika, Holandsko). Mnohé krajiny udávajú, že prehĺbili vzdelávanie pracovníkov liečebných služieb, hoci jeho skutočný rozsah a pokrytie sa nie vždy systematicky monitoruje. Systematické, veľkoplošné hodnotenie protidrogových liečebných zariadení je relatívne zriedkavé a robí sa len v Dánsku, Taliansku, Lotyšsku, Luxembursku, Poľsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku.

([115]) Pozri obrázok 15 OL: Zavádzanie metadónovej liečby v EÚ.

Resocializácia

Resocializácia má tri „piliere“: 1. bývanie; 2. vzdelávanie a 3. zamestnanie a odborná príprava. Bývanie je podmienkou stabilného života a cieľom intervencií je zabezpečiť užívateľom drog (bývalým alebo súčasným) miesto na bývanie a/alebo dotovať im nájomné. Väčšina užívateľov drog má relatívne nízke formálne vzdelanie a pomohla by im možnosť zvýšiť si gramotnosť, zlepšiť matematické vedomosti a iné schopnosti. A napokon iniciatívy v oblasti zamestnanosti a odborného vzdelávania majú za cieľ pomôcť klientovi dosiahnuť sociálnu nezávislosť jeho začlenením do trhu práce buď tak, že sa mu pomôže nájsť alebo dokonca dotuje zamestnanie, alebo sa mu pomôže získať konkrétnu kvalifikáciu.

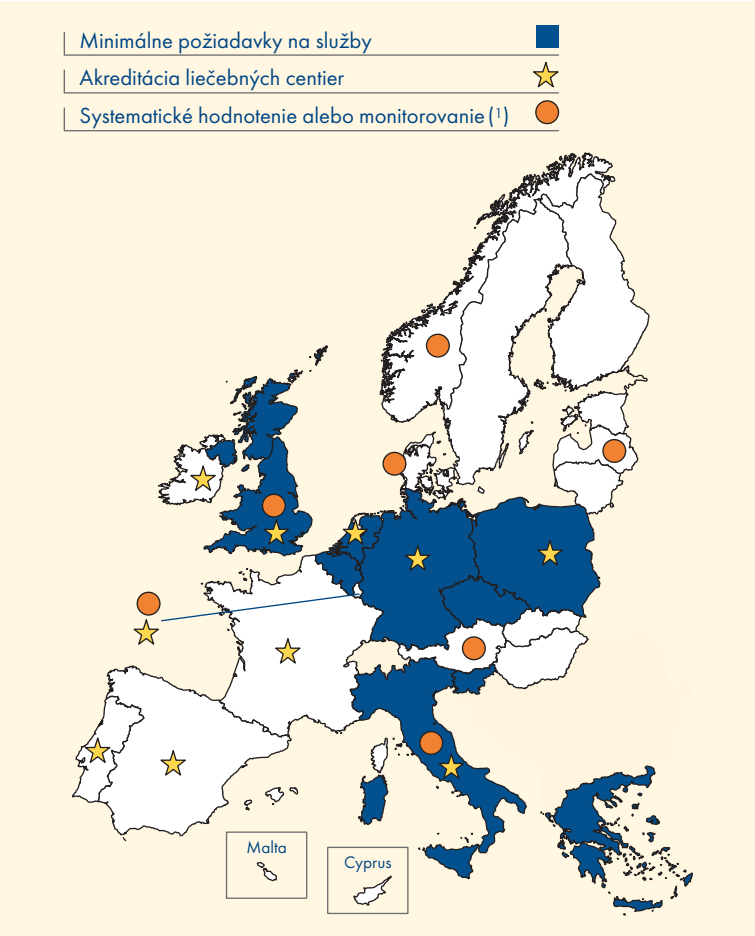
Resocializácia je menej dobre zavedenou reakciou na problémové užívanie drog než liečba a z tohto dôvodu je aj monitorovanie a vykazovanie v tejto oblasti menej systematické. Niektoré členské štáty udávajú, že tejto oblasti treba venovať oveľa väčšiu pozornosť a finančné zdroje (Nemecko, Estónsko, Fínsko). V niektorých štátoch sa však resocializácii venuje čoraz väčšia politická pozornosť tým, že sa stala súčasťou národných stratégií pre drogy a vyčlenila sa na ňu finančná podpora (Grécko, Írsko, Anglicko a Wales) ([116]).

Údaje o dopyte po liečbe

Informácie o počte ľudí, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli problému s drogami, umožňujú získať užitočnú predstavu o všeobecných trendoch problémového užívania drog a ponúkajú aj obraz o organizácii a využívaní liečebných zariadení v Európe. Ukazovateľ dopytu po liečbe EMSDDZ (TDI) ustanovuje jednotnú štruktúru vykazovania počtu a charakteristiky klientov odporúčaných do protidrogových liečebných zariadení. Hoci údaj TDI možno považovať za primerane spoľahlivý a užitočný obraz charakteristík klientov špecializovaných protidrogových zariadení, z viacerých technických dôvodov treba pri extrapolácii zistení na klientelu celej škály poskytovaných služieb zachovávať opatrnosť.

Celkový obraz, ktorý podávajú najnovšie údaje TDI a národné správy, aj naďalej odráža trend nárastu celkového počtu jedincov nastupujúcich do liečebných zariadení v posledných rokoch. Napriek celkovému nárastu počtu liečených osôb sa počet nových žiadostí o liečbu, t. j. počet jednotlivcov vstupujúcich po prvý raz do liečby, zdá byť pomerne stabilný ([117]). Zvýšenie celkového dopytu možno vysvetliť kombináciou faktorov,

Obrázok 19: Zabezpečenie kvality liečby spojenej s drogami



(1) Centrálny register alebo databáza, do ktorej sa ukladajú záznamy o klientoch a/alebo o poskytnutom liečení.
Zdroj: Národné správy siete Reitox.

najmä vrátane lepšieho pokrytia systému samotného vykazovania, ako aj istého rozšírenia dostupnosti liečby ([118]).

Charakteristiky klientov žiadajúcich o liečenie drogovej závislosti

Programy na liečbu závislostí od drog a ich klienti sú väčšinou sústredení v chudobných husto osídlených častiach miest a v mestských oblastiach, kde sa drogové problémy vyskytujú v kombinácii s celým radom ďalších sociálnych a zdravotných problémov častejšie pozorovaných v marginalizovaných a znevýhodnených komunitách.

Väčšina klientov nastupuje na špecializovanú liečbu závislosti od drog vo veku 20 až 30 rokov alebo po dovŕšení tridsiatky; priemerný vek klientov nastupujúcich

([116]) Pozri obrázok 16 OL: Prehľad zabezpečenia resocializácie.
([117]) Pozri obrázok 17 OL: Počet nových klientov využívajúcich liečbu drogovej závislosti v niektorých členských štátoch EÚ.
([118]) Pozri tabuľku 1 Liečba a tabuľku 2 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.

po prvý raz liečbu je 26 rokov. Súbor európskych údajov ako celok však javí nerovnomernú vekovú distribúciu s vrcholmi zodpovedajúcimi veku viac ako 39 a menej ako 20 rokov. Je to najmä dôsledok skutočnosti, že vo vekovej distribúcii sa odráža prevažne vyšší vek problémových užívateľov opiátov alebo kokaínu v porovnaní s priemerom, pričom žiadatelia o liečbu kvôli užívaniu kanabisu alebo povzbudzujúcich drog iných ako kokaín obyčajne bývajú mladší ([119]). V krajinách, v ktorých sa výrazne zvýšil počet klientov liečených kvôli problémom s kanabisom, ako je Dánsko, Nemecko a Fínsko, preto klienti bývajú mladší ako v krajinách, ako je Grécko, Španielsko a Holandsko, kde prevládajú problémy s heroínom alebo kokaínom. Pri určovaní veku liečenej populácie zohráva úlohu aj historický vývoj drogového problému; napríklad relatívne mladý vek klientov vo Fínsku je odrazom skutočnosti, že drogový problém je tam relatívne nový. Podobné výsledky možno očakávať v prípade mnohých nových členských štátov, v ktorých sú problémy s drogami takisto relatívne novým historickým fenoménom, aj keď u osôb vyhľadávajúcich liečbu závislosti od drog prevláda najmä problém heroínu ([120]).

Hoci vo všetkých európskych krajinách prevládajú medzi užívateľmi muži, pomer počtu mužov k počtu žien je medzi jednotlivými krajinami značne rozdielny a pohybuje sa od 3:1 do 6:1. Aj v tomto prípade rozdiely medzi krajinami závisia od typu drogového problému a od regiónu (najvyšší podiel žien užívajúcich drogy majú severoeurópske krajiny a nové členské štáty) a od veku klienta.

Zaujímavé je konštatovanie, že väčšina klientov vyhľadávajúcich liečbu kvôli heroínu, kokaínu a hypnotikám alebo sedatívam užíva tieto drogy denne, zatiaľ čo frekvencia užívania iných drog vykazuje širšiu distribúciu. O tejto otázke sa podrobnejšie hovorí v rámci špeciálnej časti o problémoch kanabisu v kontexte (s. 82).

Väčšina liečených klientov udáva, že drogy začali užívať v adolescencii – najčastejšie vo veku 15 až 19 rokov. Výrazne odlišný je však vek prvého užitia heroínu alebo kokaínu, ktorý je u 20 – 30% klientov 25 alebo viac rokov ([121]).

Sociálna demografia

Demografické informácie poukazujú na neúmerne vysokú pravdepodobnosť príslušnosti liečených klientov ku kategórii sociálne a ekonomicky znevýhodnených osôb. Viac ako polovica klientov nemá ukončené stredoškolské vzdelanie ([122]). Percento osôb bez pravidelného zamestnania je v porovnaní s celkovou mierou nezamestnanosti vysoké: v niektorých krajinách patrí vyše polovice liečených užívateľov drog medzi nezamestnaných ([123]). Často majú tiesnivú bytovú situáciu – okolo 15 % liečených osôb žije v sociálnych inštitúciách alebo nemá stále ubytovanie ([124]). Treba tiež pripomenúť, že aj bezdomovstvo ako také môže zredukovať schopnosť ľudí využiť možnosti liečby – a že bezdomovstvo môže zhoršiť drogové problémy aj ich dôsledky (EMSDDZ, 2003b, s. 65).

Spomedzi klientov so stabilnou bytovou situáciou jedna tretina žije sama, ďalšia tretina s rodičmi a zvyšok s partnerom alebo s inými osobami. Vyše 10 % klientov býva so svojimi deťmi; podľa niektorých dôkazov môžu mať deti užívateľov rôzne ťažkosti. Drogové problémy zároveň mimoriadne sťažujú plnenie rodičovskej úlohy (Murphy-Lawless, 2002).

Užívaná droga

V TDI sa zaznamenáva primárna droga, pre ktorú užívateľ vyhľadáva liečbu, a prípadná sekundárna užívaná droga. Tri drogy najčastejšie zaznamenávané ako primárny dôvod liečby alebo ako sekundárna droga sú opiáty, kokaín a kanabis (obrázok 20).

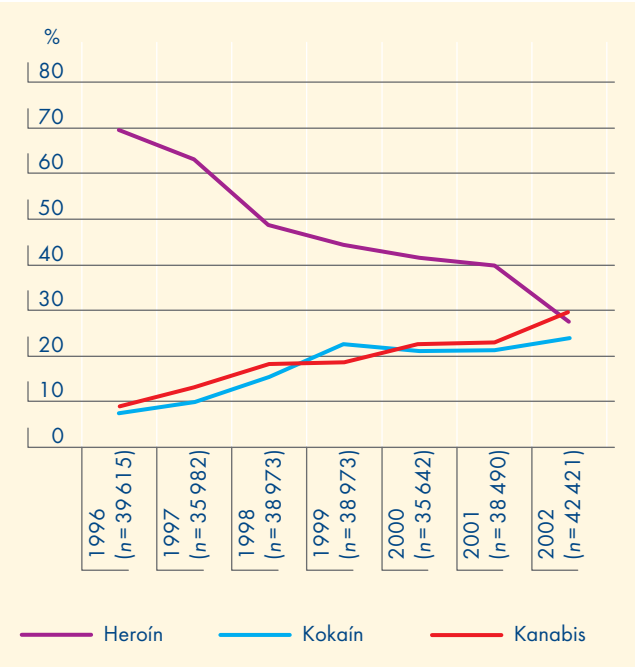
Vzhľadom na to, že užívatelia bežne užívajú celý rad psychoaktívnych látok, je ťažké získať jednoznačný obraz o drogách, pre ktoré vyhľadávajú liečbu závislosti od drog. Často je ťažké zistiť, do akej miery ich problémy súvisia s niektorou konkrétnou drogou. Vo všetkých krajinách je medzi liečenými klientmi bežné súčasné užívanie viacerých drog a 40 % až 80 % všetkých klientov udáva užívanie aspoň jednej sekundárnej drogy. U mnohých je užívanie viacerých drog bežnou vecou a liečbu často ešte väčšmi sťažujú pridružené problémy s alkoholom. Znepokojivým trendom v mnohých krajinách je nárast počtu osôb, u ktorých sa zistili problémy s viacerými drogami.

Opiáty

Opiáty (väčšinou heroín) zostávajú vo väčšine krajín hlavnou drogou, pre ktorú klienti vyhľadávajú liečenie. Spravidla predstavujú 40 % až 90 % všetkých žiadostí o liečbu. V závislosti od toho, do akej miery sú v liečenej populácii zastúpené osoby s heroínovými problémami, možno krajiny EÚ rozdeliť zhruba na tri skupiny:

([119]) Pozri tabuľku 5 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([120]) Pozri tabuľku 4 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([121]) Pozri obrázok 18 OL: Vek pri prvom užití drogy, podľa hlavnej drogy a tabuľka 5 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([122]) Pozri obrázok 19 OL: Všetci klienti, podľa dosiahnutého vzdelania a tabuľka 6 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([123]) Pozri obrázok 20 OL: Klienti spolu, podľa pracovnoprávneho postavenia a tabuľka 7 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([124]) Pozri obrázok 21 OL: Bytové pomery (kde) všetkých klientov a bytové pomery (s kým) všetkých klientov.

Obrázok 20: Percento nových klientov využívajúcich liečebné programy pre problémy s drogami, ktorí ako primárnu drogu udávajú heroín, kokaín alebo kanabis, 1996 – 2002



Poznámky: Krajiny, ktoré poskytujú údaje každý rok: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI a SE (okrem údajov z FI za obdobie 1996/97, z SE chýbajú údaje za rok 2000).
Číselné údaje sú zhrnutím všetkých prispievajúcich krajín za každý rok.
Zdroj: Národné správy siete Reitox 2003.

- menej ako 40 % – Česká republika, Maďarsko, Fínsko, Švédsko;
- 40 – 70 % – Dánsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko, Slovensko;
- viac ako 70 % – Grécko, Taliansko, Litva, Luxembursko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo.

Kanabis

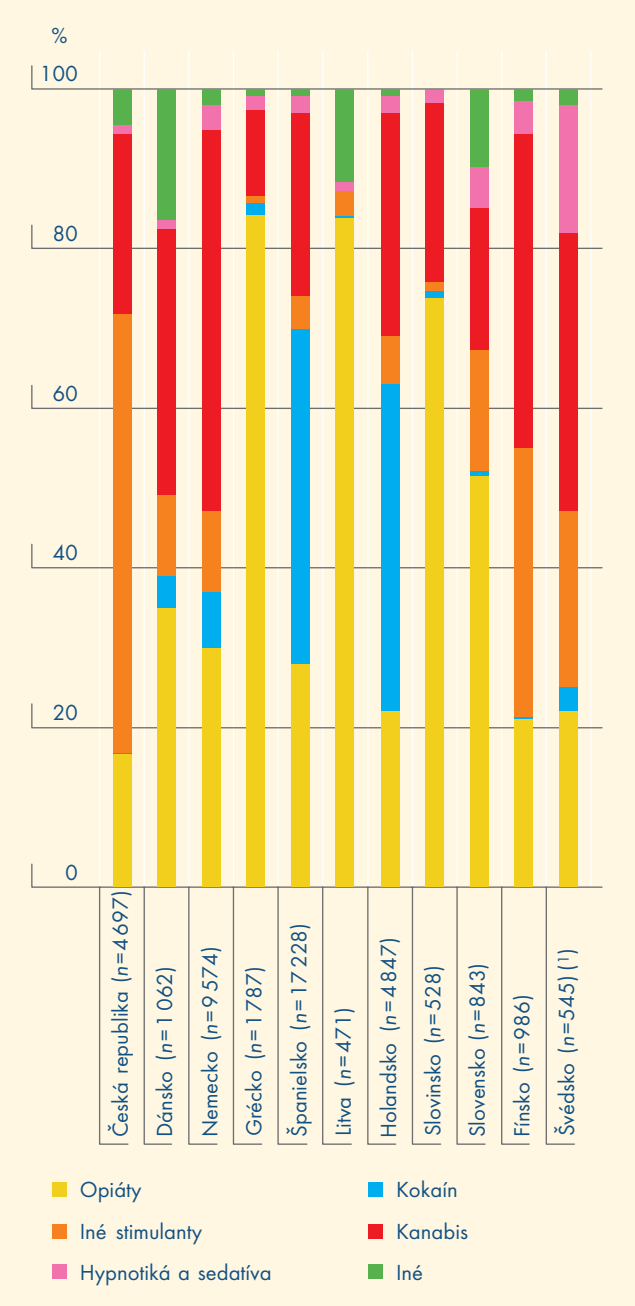
Kanabis je celkovo druhou najčastejšie uvádzanou drogou v správach osôb nastupujúcich na liečbu. Platí to najmä pre nových klientov (obrázok 21), z ktorých takmer u jednej tretiny (29,5 %) sa ako primárny problém uvádza kanabis. Percento osôb, ktoré vyhľadávajú liečbu kvôli kanabisu, sa medzi jednotlivými krajinami značne líši ([125]). O žiadostiach na liečenie kvôli závislosti na kanabise sa podrobnejšie hovorí v inej časti (s. 82) tejto správy.

Kokaín

Kokaín je treťou najčastejšie udávanou drogou pri nástupe na liečbu závislosti od drog, hoci medzi jednotlivými krajinami existujú výrazné rozdiely.

Napríklad v nových členských štátoch je počet žiadostí súvisiacich s užívaním kokaínu mimoriadne nízky alebo úplne absentujú. Vo väčšine ostatných krajín predstavuje kokaín ako primárna droga menej ako 10 % všetkých žiadostí o liečbu, hoci medzi novými klientmi je toto percento vyššie a tvorí asi 25 %.

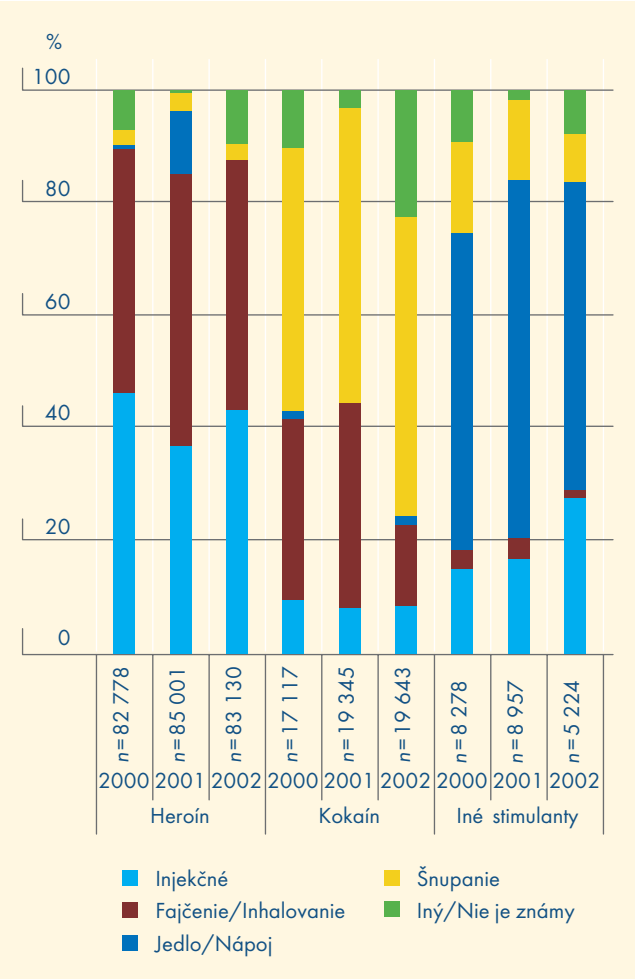
Obrázok 21: Noví klienti, ktorí požiadali o liečbu kvôli užívaniu drog v roku 2002 podľa hlavnej drogy



Poznámky: Celkový počet prípadov: 42 568.
(1) Len ambulantné liečenia.
Zdroj: Národné správy siete Reitox 2003.

([125]) Pozri tabuľku 10 TDI a tabuľku 11 TDI v Štatistickej ročenke 2004.

Obrázok 22: Distribúcia spôsobu podávania heroínu, kokaínu a iných iných stimulantov u ambulantných pacientov v období 2000 – 2002



Poznámky: Údaje sú k dispozícii za DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE a UK (údaje za rok 2002 pre Írsko neboli k dispozícii).
Číselný základ z celkového počtu udávaných spôsobov podania je uvedený.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2001, 2002, 2003); údaje TDI (2000, 2001, 2002) z ambulantných liečebných centier.

Menej ako 8 % klientov, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli závislosti na kokaíne, udáva ako obvyklý spôsob podávania drogy jej injekčné užívanie.

Ostatné stimulanty

Popri kokaíne sa ako primárny dôvod liečby závislosti od drog len zriedkakedy udávajú iné stimulanty s výnimkou Českej republiky, Fínska a Švédska, kde tvoria štvrtinu až viac ako polovicu všetkých žiadostí o liečenie. V Českej republike vyše 50 % vykazovaných žiadostí o liečbu súvisí s primárnym metamfetamínovým problémom. V iných krajinách sa povzbudzujúce drogy ako dôvod na liečenie vyskytujú menej často; tento dôvod však udáva takmer 10 % osôb nastupujúcich na liečenie na Slovensku, 7 % v Nemecku, 6 % v Dánsku a 5% v Maďarsku. Vo všetkých ostatných krajinách je toto percento ešte nižšie. Údaje z roka 2002 svedčia aj o náraste počtu užívateľov stimulantov udávajúcich injekčné užívanie zo 14 % v roku 2000 na 27 % v roku 2002, aj keď v absolútnom číselnom vyjadrení táto skupina zostáva relatívne malá (obrázok 22).

Kapitola 8

Otázky kriminality a väzenských zariadení

Drogová kriminalita

Do drogovej kriminality možno zahrnúť tieto štyri kategórie:

- psychofarmakologické trestné činy: trestné činy spáchané pod vplyvom psychoaktívnej látky;
- kompulzívne trestné činy ekonomického charakteru: trestné činy spáchané s cieľom získať peniaze (alebo drogy) na udržiavanie drogového návyku;
- systémové trestné činy: trestné činy páchané v rámci fungovania ilegálneho trhu s drogami ako súčasť podnikania v oblasti distribúcie a ponuky ilegálnych drog;
- Porušenie protidrogovej legislatívy: trestné činy podľa protidrogovej (a inej súvisiacej) legislatívy.

O prvých troch kategóriách trestných činov existuje v EÚ veľmi málo údajov a tie, ktoré sú k dispozícii, pochádzajú z *ad hoc* miestnych štúdií, ktoré sa zväčša nerobili štandardným spôsobom a z ktorých je ťažké robiť extrapolácie.

„Správy" ([126]) o porušení protidrogovej legislatívy (užívanie, držanie, dílerstvo, obchodovanie atď.) odrážajú rozdiely vo vnútroštátnej legislatíve, ale aj rozdielne spôsoby uplatňovania a presadzovania zákonov a rozdiely v prioritách a prostriedkoch, ktoré orgány trestnej justície uplatňujú v súvislosti s jednotlivými trestnými činmi. Medzi jednotlivými krajinami pritom existujú aj značne odlišné systémy informovania o porušovaní protidrogovej legislatívy, najmä pokiaľ ide o postupy pri vykazovaní a zaznamenávaní, t. j. čo, kedy a ako sa zaznamenáva. Vzhľadom na tieto rozdiely je pomerne ťažké robiť porovnania medzi jednotlivými krajinami EÚ.

V období 1997 – 2002 sa vo väčšine krajín EÚ zvýšil počet „správ" o porušení protidrogovej legislatívy. Nárast bol zvlášť výrazný (na dvojnásobok a viac) v Českej republike, Estónsku, Litve, Maďarsku, Poľsku, Slovinsku a Nórsku. Počet „správ" o porušení protidrogovej legislatívy však v rokoch 2001 a 2002 klesol v Taliansku a Portugalsku ([127]) a v roku 2002 v Estónsku ([128]), Írsku, Lotyšsku, Slovinsku a Fínsku.

Vo väčšine členských štátov EÚ súvisí väčšina porušení protidrogovej legislatívy s užívaním alebo držaním drog na osobnú spotrebu ([129]), ktoré predstavuje od 52 % všetkých porušení protidrogovej legislatívy vo Fínsku po 90 % v Rakúsku. V Českej republike sa 90 % všetkých porušení protidrogovej legislatívy týka dílerstva drog alebo obchodu s drogami, zatiaľ čo v Taliansku a v Španielsku – kde užívanie a držanie drog na osobnú spotrebu nie je trestným činom – s dílerstvom alebo obchodom s drogami súvisia všetky drogové trestné činy. A napokon v Luxembursku, Portugalsku a Nórsku ([130]) súvisí väčšina trestných činov s užívaním/dílerstvom drog a s obchodom s drogami.

Okrem Portugalska sa vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje, za päťročné obdobie 1997 – 2002 zvýšil podiel porušení protidrogovej legislatívy súvisiacich s užívaním/držaním drog na celkovom počte drogových trestných činov ([131]). Hoci zvyšovanie bolo väčšinou pomalé, výraznejšie vzostupné trendy sa zaznamenali v Belgicku, Luxembursku a Slovinsku a v Írsku do roku 2001. V Portugalsku začal podiel trestných činov spojených s užívaním drog klesať v roku 2000 – t. j. rok pred zrušením trestnosti užívania a držania drog na osobnú spotrebu (v júli 2001) ([132]).

([126]) Výraz „správy" sa v súvislosti s porušovaním protidrogovej legislatívy uvádza v úvodzovkách, pretože popisuje rôzne koncepty v rôznych krajinách (policajné správy o osobách podozrivých z porušenia drogovej legislatívy, obvinenia z porušenia drogovej legislatívy atď.). Presnú definíciu pre jednotlivé krajiny pozri v metodologických poznámkach k definíciám „správ" o porušení protidrogovej legislatívy v Štatistickej ročenke 2004. (Výraz „zatknutia" sa používal vo výročných správach do roku 2001.)

([127]) Zníženie počtu „správ" o trestných činoch súvisiacich s drogami v Portugalsku je výsledkom dekriminalizácie užívania alebo držby drog pre osobnú spotrebu v júli 2001.

([128]) Zníženie počtu "správ" o trestných činoch súvisiacich s drogami v Estónsku je výsledkom dekriminalizácie užívania alebo držby drog pre osobnú spotrebu v septembri 2002.

([129]) Pozri tabuľku 2 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.

([130]) V Nórsku sa nerozlišuje „dílerstvo drog/obchod s drogami" od „užívania drog/dílerstva a obchodu s drogami". Ostatné porušenia protidrogovej legislatívy súvisia len s „užívaním drog".

([131]) Pozri tabuľku 4 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.

([132]) Zákon o dekriminalizácii užívania a držania drog pre osobnú spotrebu bol prijatý v novembri 2000 a účinnosť nadobudol v júli 2001.

Tabuľka 4: Najčastejšie uvádzané drogy v „správach" o drogových trestných činoch v krajinách EÚ a v Nórsku

Krajina	Poznámky	Rok	Podiel (%)		
			Kanabis	Heroín	Kokaín
Belgicko		2002	67	8	7
Česká republika	(2)	2002	37	8	1
Dánsko			n.a.	n.a.	n.a.
Nemecko	(2) (3)	2002	56	17	9
Estónsko			n.a.	n.a.	n.a.
Grécko			n.a.	n.a.	n.a.
Španielsko	(1) (4)	2002	52	7	33
Francúzsko	(2)	2002	87	5	3
Írsko	(2)	2002	65	9	6
Taliansko	(1) (4)	2002	42	27	28
Cyprus			n.a.	n.a.	n.a.
Lotyšsko			n.a.	n.a.	n.a.
Litva	(1)	2002	10	15	1
Luxembursko	(1)	2002	28	51	21
Maďarsko	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.a.	n.a.	n.a.
Holandsko	(2) (5)	2002	37	58	
Rakúsko	(1)	2002	58	11	11
Poľsko			n.a.	n.a.	n.a.
Portugalsko	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovinsko	(1)	2002	82	10	2
Slovensko			n.a.	n.a.	n.a.
Fínsko			n.a.	n.a.	n.a.
Švédsko	(1) (7)	2001	34	7	2
Spojené kráľovstvo	(1)	2000	69	12	5
Nórsko			n.a.	n.a.	n.a.

Poznámky: Presnú definíciu pre jednotlivé krajiny pozri v metodologických poznámkach k definíciám „správ" o porušení protidrogovej legislatívy v Štatistickej ročenke 2004.
n.a.: údaje nie sú k dispozícii.
(1) Zo všetkých spomenutých drog (či už samotných, alebo nie).
(2) Z hlavných drog.
(3) Zo všetkých trestných činov podľa typu drogy (pre niektoré trestné činy rozdelenie podľa typu drogy nie je k dispozícii).
(4) Z trestných činov dílerstva drog/obchodu s drogami (pretože užívanie/držanie drogy nie je trestným činom).
(5) Údaje pod hlavičkou „heroín" sa vzťahujú na „tvrdé drogy" (ktoré sa definujú ako drogy, ktoré spôsobujú neprijateľné riziká pre verejné zdravie, napr. heroín, kokaín, extázu, LSD). Niektoré trestné činy sú spojené s kanabisom aj s „tvrdými drogami" a nie sú tu zahrnuté, čím sa vysvetľuje, že súčet je nižší ako 100 %.
(6) Toto percento je podhodnotené, pretože reprezentuje trestné činy spojené len s jedným typom drogy, napr. trestné činy spojené len s kanabisom (nezahŕňa trestné činy spojené s „kanabisom + inou drogou alebo drogami").
(7) Z osôb, ktorým prokurátor uložil pokutu v skrátenom konaní, alebo ktoré odsúdil súd.
Zdroj: Národné kontaktné miesta.

Nelegálnou drogou, ktorej sa porušenia protidrogovej legislatívy najčastejšie dotýkali, bol vo väčšine členských štátov kanabis (tabuľka 4). V krajinách, kde tomu tak nebolo, trestné činy súvisiace s kanabisom predstavovali od 34 % (Švédsko) do 87 % (Francúzsko) všetkých porušení drogovej legislatívy. Heroín sa v súvislosti s kriminalitou najčastejšie objavuje v Litve s 15-percentným a v Luxembursku s 51-percentným zastúpením medzi všetkými drogovými trestnými činmi, zatiaľ čo v Holandsku prevládajú trestné činy súvisiace s „tvrdými drogami" ([133]). Relatívny podiel trestných činov súvisiacich s porušením protidrogovej legislatívy, ktorý súvisí s ktoroukoľvek drogou je ovplyvnený počtom faktorov ako sú operačné priority úradníkov pre výkon práva a explicitné alebo implicitné strategické rozhodnutia o diferencovanom zameraní sa na rôzne typy trestných činov súvisiacich s drogami.

Od roku 1997 podiel drogovej kriminality spojenej s kanabisom rastie v Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Luxembursku, Maďarsku a Portugalsku a stálu úroveň si zachováva v Belgicku, Taliansku, Litve, Holandsku, Slovinsku a Švédsku. V Rakúsku sa podiel trestných činov spojených s kanabisom na celkovej drogovej kriminalite zvyšoval až do roku 1999, odvtedy však klesá ([134]).

V tom istom období sa znížil podiel trestných činov spojených s heroínom vo všetkých krajinách EÚ, ktoré poskytli údaje ([135]), okrem Maďarska a Spojeného kráľovstva, kde vzrástol ([136]) a Litvy, kde od roku 2000 kolíše ([137]). Opačný trend možno pozorovať pri trestných činoch spojených s kokaínom, ktorých podiel na celkovej drogovej kriminalite sa od roka 1997 zvýšil vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje, okrem Nemecka, Litvy, Luxemburska a Maďarska, ktoré udávali klesajúce trendy ([138]).

Užívatelia drog a väzenie

Užívatelia drog vo väzení

Štandardné celoštátne informácie o typoch a vzorcoch užívania drog medzi väzňami sa poskytujú len zriedkavo. Väčšina disponibilných údajov v EÚ pochádza z *ad hoc* miestnych štúdií realizovaných na vzorkách väzňov, ktoré boli značne odlišné čo do veľkosti aj procesu ich výberu. Väzenské zariadenia, v ktorých sa uskutočnili, pritom nie sú vždy reprezentatívne pre celý systém väzenstva v krajine a vzhľadom na absenciu opakovaných prieskumov vo

([133]) V Holandsku sú „tvrdé drogy" definované ako drogy, ktoré spôsobujú neprijateľné riziká pre verejné zdravie ako napr. heroín, kokaín, extáza a LSD.
([134]) Pozri tabuľku 5 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.
([135]) Rozdelenie podľa typov drog a drogových trestných činov v čase poskytli tieto krajiny: Belgicko, Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Litva, Luxembursko, Maďarsko, Holandsko (len kanabis a „tvrdé drogy"), Rakúsko, Portugalsko, Slovinsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo (len do roka 2000).
([136]) Údaje za Veľkú Britániu boli k dispozícii len do roka 2000.
([137]) Pozri tabuľku 6 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.
([138]) Pozri tabuľku 7 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.

väčšine krajín nie je možné analyzovať trendy. Kvôli uvedeným faktorom je veľmi ťažké extrapolovať výsledky.

V porovnaní so všeobecnou populáciou sú vo väzenskej populácii užívatelia drog zastúpení nadpriemerne. Celoživotná prevalencia užívania drog sa medzi populáciami väzení, zariadení na zadržiavanie osôb a medzi krajinami značne líši a pohybuje sa od 22 % do 86 % ([139]). Rovnako ako vo všeobecnej populácii je najčastejšie udávanou ilegálnou drogou kanabis, ktorého celoživotná prevalencia medzi väzňami sa pohybuje od 11 % do 86 %. Celoživotná prevalencia kokaínu (a cracku) medzi väzňami je 5 – 57 % a heroínu 5 – 66 %.

V EÚ sa prevalencia pravidelného užívania drog alebo drogovej závislosti v dobe predchádzajúcej uvázneniu pohybuje od 8 % do 73 % ([140]).

Väzenia – výzva pre verejné zdravie

Napriek tomu, že niektorí väzni môžu považovať uväznenie za príležitosť riešiť svoje problémy s drogami, realizácia v praxi môže byť náročná (Long et al., 2004). Väčšina užívateľov drog po nástupe do väzenia užívanie drog obmedzí alebo s ním skončí. Niektorí väzni však pokračujú vo svojom vzorci užívania drog a ďalší začnú drogy užívať práve vo väzení. Podľa dostupných štúdií udáva užitie drog počas pobytu vo väzení 8 % až 60 % väzňov a 10 – 36 % udáva ich pravidelné užívanie ([141]).

Mnohí väzni majú obmedzený prístup k zdravotníckym službám. Zdravotnícky personál pracujúci v nemocniciach má slabý kontakt so všeobecným systémom zdravotníckej starostlivosti, často nemá prístup k ďalšiemu vzdelávaniu, čo ďalej prehlbuje izolovanosť väzenských zdravotníckych služieb. Tieto problémy je ťažké prekonať, ako ukazuje príklad Írska, kde aj napriek snahám orgánov väzenstva a zdravotníckeho personálu o zlepšenie prístupu užívateľov drog k liečeniu a zdravotníckym službám existujú len slabé známky zlepšenia.

Objavuje sa trend prenášať zodpovednosť za zdravotnícke služby vo väzeniach z trestného systému na systém národného zdravia. Cieľom nedávno prijatého zákona v Španielsku – „Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (zákon o kohézii národného zdravotného systému) – je riešiť požiadavky na integráciu systému väzenskej zdravotníckej starostlivosti so systémom verejného zdravia. V Estónsku by do roku 2006 ministerstvo spravodlivosti v spolupráci s ministerstvom sociálnych vecí chcelo začleniť zdravotnícku starostlivosť vo väzeniach do všeobecného systému zdravotníckej starostlivosti. Vo Francúzsku bola táto zodpovednosť prenesená na ministerstvo zdravotníctva už v roku 1994. V Taliansku sú miestne zdravotnícke služby zodpovedné za starostlivosť o väzňov a ich liečenie od roku 2000. V Anglicku a Walese spadá zdravotnícka starostlivosť vo väzeniach pod kompetenciu ministerstva zdravotníctva a Národného zhromaždenia Walesu (väzenia v súkromnom sektore v obidvoch oblastiach spadajú pod ministerstvo vnútra). Do roku 2006 sa zdravotnícka starostlivosť vo všetkých nesúkromných väzeniach v Anglicku stane súčasťou Národnej zdravotnej služby (NHS) ([142]).

Infekčné choroby vo väzeniach a ich prevencia

Celoživotná prevalencia injekčného užívania drog medzi väzňami sa všeobecne udáva v rozmedzí 15 % až 50 %; niektoré štúdie však udávajú hodnoty od 1 % do 69 %.

Disponibilné komparatívne údaje svedčia o tom, že pravdepodobnosť injekčného užívania je vyššia u mladých páchateľov než u dospelých a spomedzi všetkých uväznených je vyššia u žien ([143]). Na základe viacerých štúdií realizovaných v EÚ, Bird a Rotily (2002), sa zistilo, že asi tretinu dospelých väzňov mužského pohlavia tvoria injekční užívatelia drog. Podľa dostupných údajov z kontaktných miest siete Reitox si drogy počas pobytu vo väzení vpichovalo 0,2 % až 34 % väzňov ([144]). Táto skutočnosť otvára otázku prístupu k sterilným injekčným pomôckam a hygienickým praktikám spoločného používania vo väzenskej populácii a otázku potenciálneho šírenia infekčných chorôb v prípade, že sa týmto záležitostiam nebude venovať pozornosť.

Väzenia sú vysokorizikovým prostredím z hľadiska šírenia podobných chorôb. Medzi osvedčené praktiky znižovania infekčných chorôb patrí liečenie pohlavne prenosných chorôb a poskytovanie kondómov, substitučná liečba, očkovacie programy a programy výmeny ihiel a striekačiek.

Substitučná liečba sa vo väzeniach poskytuje v čoraz širšej miere. V Belgicku, Dánsku, Španielsku, Rakúsku a Slovinsku je substitučná liečba k dispozícii vo všetkých väzeniach. Belgicko, Dánsko, Luxembursko a Nórsko väzňom umožňujú nastúpiť na substitučnú liečbu počas pobytu vo väzení. V Taliansku sa začatie substitučnej liečby sústreďuje na väzňov vo vyšetrovacej väzbe. Recepty na postupné redukovanie substitučnej liečby až do dosiahnutia abstinencie sú k dispozícii vo väčšine nemeckých spolkových krajín, v Holandsku, Slovinsku a vo väzeniach väčších talianskych miest. V Spojenom kráľovstve sa udržiavacie programy považujú za

([139]) Pozri tabuľku 1 Väzenia v Štatistickej ročenke 2004.
([140]) Pozri prílohu Väzenia v Štatistickej ročenke 2004.
([141]) Pozri tabuľku 3 Väzenia v Štatistickej ročenke 2004.
([142]) Pozri tabuľku 10 OL: Novšie väzenské stratégie pre drogy, ministerské príkazy a služobné štandardy v EÚ a Nórsku.
([143]) Pozri tabuľku 2 Väzenia v Štatistickej ročenke 2004.
([144]) Pozri tabuľku 4 Väzenia v Štatistickej ročenke 2004.

vhodné najmä pre osoby vo výkone väzby alebo odsúdené na krátke tresty odňatia slobody.

Národný imunizačný výbor Írska odporučil v roku 2002 špecifickú schému očkovania proti hepatitíde B prispôsobenú pre väzňov. Tvoria ju tri injekcie podávané tri týždne po sebe a posilňovacia injekcia po 12 mesiacoch a výsledkom je 99-percentná ochrana od 13. mesiaca (Zuckerman, 2003).

Na základe prehľadu 14 medzinárodných štúdií účinnosti programov výmeny ihiel a striekačiek vo väzenskom prostredí sa prijal záver, že tieto programy sú realizovateľné a majú za následok zníženie vysokorizikového konania i prenosu krvou prenášaných vírusov bez akýchkoľvek negatívnych sprievodných javov, ako je náhodné poranenie ihlou alebo úmyselné použitie ihiel ako zbraní proti väzenskému personálu alebo iným väzňom (Dolan et al., 2003). V roku 2002 sa programy výmeny ihiel a striekačiek realizovali v 27 nápravných zariadeniach v Španielsku a rozdalo sa 12 970 striekačiek bez toho, aby sa udávali nejaké incidenty.

Hoci v Španielsku možnosť výmeny ihiel a striekačiek poskytuje čoraz viac väzníc, v nemeckých spolkových krajinách Hamburg a Dolné Sasko sa podobné programy zastavili (Stöver a Nelles, 2003). Program výmeny ihiel a striekačiek však ešte pokračuje v jednom nemeckom väzení pre ženy (Berlín) (Weilandt, personal communication, 2004). Vo väzení Josefstadt vo Viedni sa pripravuje pilotný projekt a v Luxembursku sa plánuje poskytovať drogovo závislým osobám vo väzeniach injekčné pomôcky v rámci programu zdravotníckej starostlivosti ([145]).

Alternatívy k väzeniu pre páchateľov užívajúcich drogy

Alternatívy k väzeniu budú osobitnou témou v budúcoročnej výročnej správe, ktorá podá dôkladný a podrobný prehľad podobných opatrení v EÚ. Tohtoročná výročná správa sa preto zaoberá len jedným špecifickým aspektom alternatívnych trestov pre užívateľov drog.

Nové iniciatívy – drogové súdy a mediácia medzi obeťou a páchateľom

Drogové súdy sú súčasťou nových štruktúr budovaných v niektorých krajinách na riešenie prípadov užívateľov drog, ktorí spáchali nenásilný trestný čin. Tieto súdy nariaďujú odklad výkonu trestu a do procesu zapájajú aj osoby, ktoré sa tradične do protidrogovej liečby nezapájajú (sudca, prokurátor a iní predstavitelia orgánov na uplatňovanie práva). Cieľom je zabrániť návratu páchateľa do systému trestného súdnictva a k užívaniu drog prostredníctvom liečby a tlaku vyvíjaného systémom trestného súdnictva. Drogové súdy boli zriadené v Írsku a Škótsku, ktorých trestné systémy sú založené na zvykovom práve. V ostatných krajinách EÚ s kontinentálnym právom drogové súdy v prísnom zmysle slova neexistujú, ale aj tam vznikajú podobné iniciatívy.

V nemeckej spolkovej krajine Bádensko-Württembersko sa v roku 2003 začal realizovať projekt pre mladistvých páchateľov (*Way out*) podobný drogovým súdom, ktorý je výsledkom spojeného úsilia polície, prokuratúry, sudcov, probačnej služby, drogových poradenských služieb a kľúčových zainteresovaných strán v troch súdnych obvodoch (Baudis, 2004). Do podobného programu v Miláne „Vyliečenie za to stojí" je zapojený centrálny súd v úzkej spolupráci s miestnymi službami pre drogovo závislých a zdravotníckymi službami. Drogovo závislí páchatelia nastupujú na liečbu odo dňa vynesenia rozsudku.

Hodnotenie dublinského drogového súdu (Farrell, 2002) v závere uvádza, že jestvujú silné náznaky o tom, že časom by drogový súd ušetril finančné prostriedky trestnej justície. Ministerstvo spravodlivosti rozšírilo miestnu príslušnosť dublinského drogového súdu.

Prieskumom medzinárodného vývoja drogových súdov a ich efektívnosti, ktorý v roku 2003 uskutočnila Skupina Pompidou, sa dospelo k záveru, že vytvorenie terapeutického drogového súdu by sa malo zakladať na preukázanej potrebe a vyžaduje si politickú podporu, mechanizmus medziinštitucionálnej spolupráce a primeranú štrukturálnu/finančnú podporu garantovanú minimálne na obdobie piatich rokov (Moyle, 2003).

Na zrýchlenie trestného konania proti páchateľom nenásilných trestných činov (medzi ktorými majú užívatelia drog vysoké zastúpenie) sa v čoraz väčšej miere používa obnovujúca spravodlivosť. Je to v súlade s verejným záujmom, keďže sa tak znižujú náklady spojené s riešením menej závažných trestných činov v preťažených systémoch trestnej justície. K významným smerom vývoja patrí aj mimosúdna mediácia. Cieľom tohto systému je riešiť spory medzi obeťami a páchateľmi a urovnávať konflikty v súvislosti s trestným konaním.

V Holandsku polícia ponúka prvopáchateľom vo veku 12 až 18 rokov možnosť napraviť svoje trestné činy prostredníctvom mediácie. V Českej republike bola v roku 2000 zriadená probačná a mediačná služba, ktorej kľúčovými adresátmi sú mladiství a užívatelia drog. V roku 2002 zaznamenala 29 291 prípadov, z ktorých 765 tvorili drogové trestné činy.

([145]) Pozri tabuľku 11 OL: Sociálno-zdravotnícke služby pre užívateľov drog vo väzeniach v EÚ v roku 2002.

Vybraná otázka 1

Hodnotenie „národných stratégií pre drogy“ v Európe

Prístupy k meraniu národných stratégií pre drogy

Mnohé krajiny v poslednom čase prijali „národnú stratégiu pre drogy“ ([146]). Táto časť sa zameriava na plány na hodnotenie týchto stratégií, ktoré po prvý raz v celoeurópskom meradle umožnila tohtoročná činnosť národných kontaktných miest. Pomohla objasniť odkazy na hodnotenie v „národných stratégiách pre drogy“, ktoré nie sú vždy celkom jasné alebo jednoznačné.

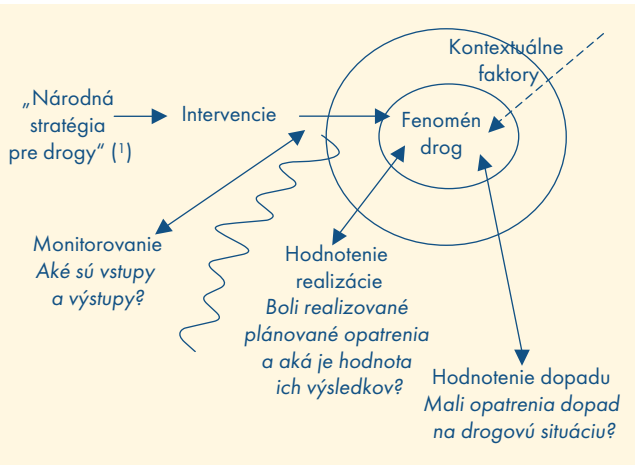
Opatrenia na hodnotenie európskych „národných stratégií pre drogy“ možno rozdeliť na tri hlavné aktivity: 1. monitorovanie, čiže štandardný zber údajov týkajúcich sa drogového fenoménu, ako aj reakcií a intervencií; 2. hodnotenie implementácie, t. j. posúdenie hodnoty pridanej implementáciou iniciatív a alokáciou zdrojov predpokladaných v stratégii pre drogy a 3. hodnotenie dopadu (všeobecne označované ako hodnotenie efektívnosti), posúdenie výsledkov (krátkodobých účinkov) a dopadu ([147]) (dlhodobých účinkov) na drogový fenomén vyplývajúcich (aspoň sčasti) z národnej stratégie pre drogy (obrázok 23) ([148]).

Hlavný rozdiel z hľadiska prístupu k hodnoteniu národných stratégií pre drogy existuje medzi krajinami, ktoré monitorujú stratégiu pre drogy a krajinami, ktoré predpokladajú vyhodnotenie jej implementácie a/alebo dopadu.

Keďže koncepcie monitorovania a hodnotenia nie sú v národných drogových stratégiách vždy jednoznačne rozlíšené, dôležité je uvedomovať si rozdiely medzi nimi. Monitorovanie je kontinuálny a systematický proces, ktorý generuje štandardné kvantitatívne aj kvalitatívne údaje o drogovom fenoméne a o intervenciách zameraných na jeho riešenie. Môže poskytovať pravidelnú spätnú väzbu o uskutočňovaní aktivít (t. j. o vstupoch: aké zdroje sa vynaložili; a o výstupoch: aké opatrenia sa realizovali, za aké dlhé časové obdobie a kto ich uskutočnil). Monitorovanie však obyčajne neposkytuje informácie o dopade stratégie ani odpovede na otázku, prečo niektorá aktivita vedie k splneniu cieľa a iná nie. Hoci monitorovací systém často dokáže poskytnúť informácie o vývoji jednotlivých aspektov drogového fenoménu a o opatreniach na jeho potláčanie, zvyčajne nie je schopný určiť, či sú dosiahnuté zmeny priamym dôsledkom realizovaných opatrení (určenie kauzality).

Otázka kauzality a ďalšie zložité vedecké otázky sa riešia prostredníctvom hodnotenia (tabuľka 5), t. j. „posúdenia hodnoty verejnej intervencie“ (v tomto prípade národnej stratégie pre drogy) „s odkazom na kritériá“ (relevantnosť, efektívnosť, dopad) a „explicitné štandardy“ (kvalita, kvantita) (definícia Európskej komisie z roku 1999) a ktoré si obyčajne vyžaduje uskutočnenie hĺbkových štúdií. Hodnotenie teda pozostáva z dvoch integrálnych prvkov: 1. dôkazov založených na kvalitných údajoch, t. j. údajoch získaných pomocou vedeckých metodológií (monitorovanie a hĺbkové štúdie), o existencii kauzality medzi realizáciou politiky a zmenou študovaného javu a 2. hodnotiaceho úsudku dosiahnutého dopadu, ktorý je neskôr potrebné prepojiť s rozhodovaním.

Obrázok 23: Úrovne hodnotenia v „národných stratégiách pre drogy“



(1) Výraz „stratégia pre drogy“ zahŕňa všetky ekvivalentné akčné plány vyplývajúce zo stratégie.

([146]) Definovaná v kapitole 1, s. 17.

([147]) Na zjednodušenie budeme výraz „hodnotenie dopadu“ používať na označenie hodnotenia výsledkov aj hodnotenia dopadu, hoci ide o dva zreteľne odlišné vedecké postupy, ktoré sa v relevantnej literatúre všeobecne rozlišujú.

([148]) Komplexné hodnotenie by zahrnulo aj hodnotenie efektívnosti, ktoré v zásade znamená meranie nákladov, s akými sa dosiahli výsledky a dopady. Údaje o tomto aspekte však boli k dispozícii len za Španielsko (pozri nižšie).

Tabuľka 5: Bežne používané výrazy pri hodnotení (metódy hodnotenia akcií štrukturálnej povahy)

Celkové hodnotenie	Hodnotenie intervencie ako celku
Koherentnosť	Miera neprotikladnosti logiky intervencia/intervencia nie je v protiklade s inými intervenciami s podobnými cieľmi
Relevantnosť	Miera, do akej sú ciele intervencie primerané z hľadiska potrieb, problémov a otázok, ktoré má intervencia riešiť
Konzistentnosť	Miera, do akej sa maximalizujú/minimalizujú pozitívne/negatívne vedľajšie účinky na iné oblasti hospodárskej, sociálnej alebo environmentálnej politiky
Užitočnosť	Miera, do akej sú účinky v súlade s potrebami, problémami a otázkami, ktoré sa majú riešiť
Efektívnosť	Miera, do akej sa dosiahli stanovené ciele
Účinnosť	Miera, do akej sa očakávané účinky dosahujú pri primeraných nákladoch
Analýza nákladov/efektívnosti	Hodnotiaci nástroj na posúdenie účinnosti
Analýza nákladov/úžitku	Hodnotiaci nástroj na posúdenie výhodnosti intervencie z pohľadu dotknutej skupiny ako celku a z pohľadu peňažnej hodnoty prisudzovanej všetkým dôsledkom intervencie
Výstup	Ktorý sa financuje a dosiahne (alebo konkretizuje) na základe peňazí vyčlenených na intervenciu
Dopad	Dôsledok pre priamych adresátov po skončení ich účasti na intervencii, po zriadení verejného zariadenia, alebo nepriame dôsledky pre iných adresátov, ktoré môžu byť priaznivé alebo nepriaznivé

Prameň: Európska komisia, 1999.

Koncepcia „hodnotenia" sa v praxi neoddeliteľne spája s „monitorovaním", ale hoci v niektorých dokumentoch sa obidva tieto pojmy používajú ako synonymá, treba mať na pamäti, že monitorovanie nie je to isté ako hodnotenie (hoci monitorovanie je rozhodne jeho súčasťou).

V Spojenom kráľovstve bola v roku 2002 uverejnená aktualizovaná Národná stratégia pre drogy, po rozsiahlej revízii, ktorá si všímala dôkazy, vrátane vyhodnotení komponentov odbytu a dopytu. Národná stratégia pre drogy „monitoruje", „sleduje" a „riadi sa jej vykonávanie", ale „nehodnotí sa" (národné správy Spojeného kráľovstva, s. 106). V Nórsku je cieľom nového Akčného plánu pre drogy a alkohol zaviesť systém merania rozsahu, do akého sa dosahujú ciele a čiastkové ciele plánu (nórska národná správa, s. 65). Národná stratégia drogovej politiky na roky 2001 – 2004 v Českej republike definuje dlhodobé aj krátkodobé ciele, zámery, ukazovatele úspešnosti a nástroje na hodnotenie efektívnosti každého piliera stratégie. Plnenie úloh sa pravidelne hodnotí; stratégia však ešte nebola systematicky vyhodnotená podľa stanovených ukazovateľov úspešnosti a definovaných nástrojov hodnotenia. Jedným z dôvodov môžu byť značné náklady na externé hodnotenia (národná správa Českej republiky, s. 114). Nový dánsky akčný plán predpokladá priebežné „hodnotenie" radu konkrétnych aktivít (dánska národná správa, s. 67). V Maďarsku a Poľsku navrhujú národné stratégie pre drogy systém sledovania plnenia úloh (národné správy siete Reitox), zatiaľ čo v Slovinsku sa zatiaľ nerobilo žiadne hodnotenie (slovinská národná správa, s. 61), hoci nová národná stratégia „predpokladá pravidelné hodnotenie realizácie". V Litve sa bude národná stratégia pre drogy (2004 – 2008) vykonávať „v súlade s finančnými možnosťami krajiny" (litovská národná správa, s. 35). A nová národná stratégia pre drogy v Estónsku „zahŕňa monitorovacie a hodnotiace komponenty a definuje ukazovatele výkonnosti" (estónska národná správa, s. 86).

Vo Fínsku a Švédsku (fínska národná správa, s. 113; švédska národná správa, s. 75 – 76) kladú národné stratégie pre drogy väčší dôraz na monitorovanie implementácie stratégie než na hodnotenie jej dopadu. Koordinátor pre drogy vymenovaný v roku 2002 vo Švédsku je zodpovedný za zabezpečenie sledovania akčného plánu (v národných správach). Aj vo Fínsku sa plánuje uskutočniť výskum s cieľom stanoviť niektoré referenčné kritériá, na základe ktorých budú orgány pre drogy monitorovať a hodnotiť svoje aktivity. Národné kontaktné miesto Luxemburska referuje, že v roku 2005 sa vyhodnotí výsledok plánu na roky 2000 – 2004 s cieľom vypracovať ďalšie a budúce stratégie (luxemburská národná správa, s. 94). V Nemecku je po prvý raz súčasťou Akčného plánu proti drogám a závislostiam z roku 2002 pokus o stanovenie operatívnych cieľov a kritérií, ktoré možno použiť na stanovenie úspešnosti alebo neúspešnosti intervencií (nemecká národná správa, s. 101), zatiaľ čo taliansky trojročný program na roky 2002 – 2004 propaguje hodnotenie v oblasti prevencie a resocializácie.

Medzi krajiny, ktoré predkladajú hodnotenie realizácie národnej stratégie pre drogy alebo jej efektívnosti, patria Grécko, Španielsko, Francúzsko, Írsko a Portugalsko (tabuľka 6). V španielskej a gréckej stratégii sa hovorí o „hodnotení efektívnosti". Deväťročná národná stratégia Španielska predpokladá hodnotenie jej celkovej realizácie v roku 2008 a realizácie v jednotlivých sektoroch v polčase realizácie, t. j. v roku 2003. Cieľom hodnotenia je „zvýšiť efektívnosť a účinnosť verejnej politiky" (španielska národná správa, s. 85) a posúdiť poskytované služby čo do rozsahu aj kvality. Podobne aj v Grécku nový Akčný plán pre drogy 2002 hovorí o externom hodnotení celkovej účinnosti uplatňovanej politiky, ktoré by sa mohlo uskutočniť v budúcnosti a ktorého základom by boli indikátory EÚ a medzinárodné indikátory (grécka národná správa, s. 110).

Vo Francúzsku, Írsku a Portugalsku národné stratégie pre drogy predpokladajú celkové ([149]) hodnotenie aj hodnotenie podľa sektorov, v niektorých prípadoch aj hodnotenie efektívnosti (írska národná správa). Získané údaje však svedčia o tom, že doteraz vykonané hodnotenia posudzovali skôr úroveň realizácie než efektívnosť stratégie. Hodnotenie Trojročného akčného plánu 1999 – 2002 vo Francúzsku (ktoré vykonával Observatoire Frančais des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) v období 2000 až 2003) zahŕňalo „celkové hodnotenie", ako aj hodnotenie piatich prioritných programov ([150]). Hodnotenie však neposudzovalo dopad prijatých opatrení na celkovú drogovú situáciu. V zásade tak išlo o posúdenie pokroku, v porovnaní s ktorým sa hodnotilo dosiahnutie operačných cieľov. V Írsku národná stratégia pre drogy predpokladá „nezávislé hodnotenie efektívnosti celkového rámca do konca roka 2004 (National Drugs Strategy 2001–2008: Building on Experience, s. 111). Zdá sa však, že hodnotenie bude skôr preskúmaním rozsahu zavedenia stratégie pre drogy, či splnila strategické ciele, než kompletné posúdenie dopadu stratégie na užívanie drog. Stratégia pre drogy v Portugalsku predpokladá „nezávislé externé hodnotenie jej celkovej aj sektorovej implementácie" (portugalská národná správa, s. 65). Hovorí aj o internom procese hodnotenia.

V tých členských štátoch, ktoré nemajú „národnú stratégiu pre drogy" v prísnom zmysle slova, sa celkovému hodnoteniu v posledných rokoch venovala len malá pozornosť, a to aj v krajinách, ktoré majú vybudovanú kultúru hodnotenia špecifických projektov pre oblasť drog. Napríklad v Holandsku, kde je výskum, monitorovanie a hodnotenie tradične súčasťou drogovej politiky, cieľom novej „vládnej riadiacej stratégie" (2002) je poskytnúť usmernenie pre činnosť orgánov verejnej správy (vrátane tých, do ktorých pôsobnosti patrí zdravotná starostlivosť a drogy) (holandská národná správa, s. 83 – 84). V Rakúsku, kde sa síce v posledných rokoch podstatne zlepšilo monitorovanie súvisiace s drogami, sa nevyhodnocovali ani krajinské plány (okrem predbežného hodnotenia vo Vorarlbergu) ani celková drogová politika (rakúska národná správa, s. 63). V ostatných krajinách (Cyprus, Lotyšsko, Malta a Slovensko, ako aj Bulharsko, Rumunsko a Turecko) nie sú k dispozícii dostatočné informácie umožňujúce podať správu o hodnotení národných stratégií pre drogy (pokiaľ vôbec existujú).

Hodnotenia – *„ex-ante"*, „v polčase" a *„ex-post"*

Príručka na hodnotenie aktivít EÚ identifikuje štyri hlavné dôvody vykonávania hodnotení: 1. prispieť k navrhovaniu intervencií; 2. zvýšiť kvalitu intervencie; 3. prehĺbiť efektívne rozdeľovanie zdrojov (t. j. efektívnosť) a 4. referovať o úspešnosti intervencie (t. j. zodpovednosť).

Tabuľka 6: Charakteristiky hodnotení niektorých národných stratégií

	„Národná stratégia pre drogy"	Rozsah hodnotenia	Cieľ hodnotenia	Podmienky hodnotenia
Grécko	Akčný plán 2002 – 2006	Všeobecný aj špecifický	Efektívnosť	Žiadne
Španielsko	Národná stratégia pre drogy 2000 – 2008	Všeobecný aj špecifický	Efektívnosť a účinnosť	2003 – 2008
Francúzsko	Trojročný plán boja proti drogám a za prevenciu závislostí 1999 – 2001	Všeobecný aj špecifický	Implementácia	2002
Írsko	Národná stratégia pre drogy 2001 – 2008: budovať na skúsenostiach	Všeobecný aj špecifický	Implementácia	2004 – 2008
Portugalsko	Národná stratégia pre drogy; Akčný plán 2000 – 2004	Všeobecný aj špecifický	Implementácia	2004

([149]) Celkové hodnotenie: hodnotenie intervencie ako celku (tabuľka 5).

([150]) 1. Regionálne dohody o cieľoch v oblasti zdravotníctva a spravodlivosti, 2. medzirezortná politika odbornej prípravy, 3. regionálne programy predchádzania vzniku závislostí, 4. experimenty s terénnou prácou v špecializovaných zariadeniach na poskytovanie všeobecnej starostlivosti osobám s prejavmi závislého správania a 5. programy na znižovanie rizika v 18. parížskom okrese.

V tej istej príručke sa popisujú tri štádiá hodnotenia: *ex-ante*, v polčase a *ex-post*.

Hodnotenie *ex-ante* sa robí pred zavedením a jeho cieľom by malo byť posúdenie potreby konať alebo vytvoriť základnú líniu. O hodnotení *ex-ante* sa v národných drogových stratégiách referuje ako o procese prehodnocovania, ktoré uskutočňujú parlamentné komisie, vládne komisie alebo vládne ministerstvá; ktoré sa uvádzajú ako základne viacerých národných stratégií pre drogy (Belgicko, Nemecko, Španielsko, Írsko, Portugalsko, Švédsko).

Hodnotenie v polčase sa uvádza v španielskej, írskej a portugalskej národnej drogovej stratégii ako nástroj na „priebežné" úpravy intervencií a cieľov. Prístup „priebežných" úprav sa neobmedzuje len na krajiny, ktoré vykonávajú riadny proces hodnotenia. O jeho používaní referujú aj krajiny, ktoré si vytvorili monitorovacie systémy; používa sa v nich ako zdroj spoľahlivých informácií, ktorého cieľom je pomôcť prispôsobovať a pretvárať budúce aktivity. Znamená to, že sa má posudzovať hodnota, čo je typickejšie pre hodnotiace aktivity. Aj tu sa výrazy monitorovanie a hodnotenie používajú rovnocenne.

Hodnotenie *ex-post* sa vzťahuje na celé obdobie intervencie, zvyčajne s osobitným dôrazom na konečné výsledky intervencie s cieľom zabezpečiť vstupy pre budúce intervencie. Takáto aktivita sa udáva vo Francúzsku, kde sa záverečné hodnotenie francúzskeho akčného plánu robilo s cieľom revidovať intervencie a ciele nového plánu pre drogy. Na rok 2008 sa navrhuje v Španielsku, Írsku a Portugalsku.

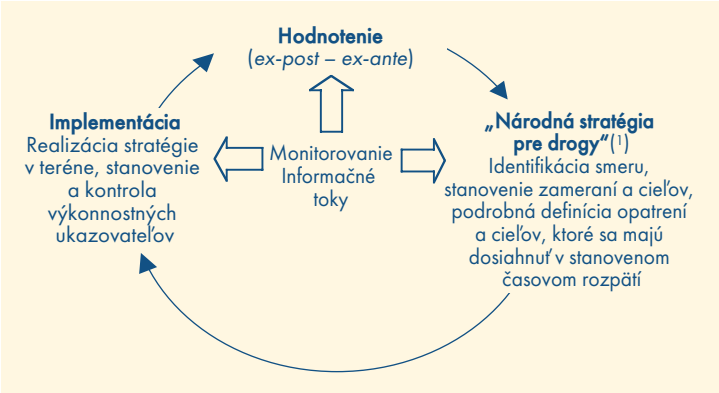
V drogovej oblasti je vždy cieľom hodnotiaceho procesu zvýšiť kvalitu existujúcich intervencií a navrhnúť nové. Možno však predpokladať, že keď jedna stratégia pre drogy nasleduje za druhou, hodnotenia *ex-ante* a *ex-post* sa zlúčia a výsledkom je cyklický proces, v ktorom konečné výsledky minulej stratégie predstavujú vstup pre budúcu stratégiu (obrázok 24).

Aktéri hodnotenia

Ďalšou kľúčovou otázkou obsiahnutou v národných drogových stratégiách je, či subjekty vykonávajúce hodnotenie majú byť „internou" súčasťou organizácie, alebo by mali byť „externé". Existujú príklady obidvoch riešení, z ktorých každé má svoje výhody aj nevýhody.

Vnútorní hodnotitelia môžu ponúknuť lepšie poznanie štruktúr a mechanizmov komunikácie, poznajú organizáciu aj predmet skúmania a majú dobrý prístup k zdrojom dát. Mohli by však javiť tendenciu ospravedlňovať nesplnenie

Obrázok 24: Hodnotenie ako cyklický proces



(1) Výraz „stratégia pre drogy" zahŕňa všetky ekvivalentné akčné plány vyplývajúce zo stratégie.

cieľov a sú menej ochotní konštatovať alebo navrhovať zmeny, ktoré by sa mohli vnímať ako hrozba pre organizáciu. Na rozdiel od toho by externí hodnotitelia mali ponúknuť objektívnejší a spoľahlivejší pohľad, pretože nie sú prepojení s organizáciou, ale mohli by mať ťažší prístup k zdrojom informácií a hrozí riziko, že sa budú snažiť uspokojiť klienta predložením čo najlepších výsledkov. Externí hodnotitelia pritom bývajú dosť drahí. Treba si teda vybrať medzi lepšou znalosťou situácie a schopnosťou získať informácie na jednej strane a vyššou objektivitou a odbornou spôsobilosťou pri hodnotení na druhej strane.

Väčšina členských štátov uprednostňuje kombinovaný prístup: v Írsku vyhodnotia národnú stratégiu pre drogy v polčase jej realizácie v roku 2005 externí konzultanti pod vedením medzirezortnej riadiacej skupiny; v Portugalsku vyhodnotia akčný plán na obdobie 2000 – 2004 interní zamestnanci aj externí konzultanti; a vo Francúzsku jednotlivé aspekty trojročného akčného plánu vyhodnocovali externí hodnotitelia aj interní zamestnanci OFDT. V Španielsku dnes vykonávajú hodnotenie v polčase (2004) zamestnanci Národného drogového plánu (PNSD); grécky plán zasa predpokladá externé hodnotenie. Vo Švédsku vyhodnotí politiku v oblasti verejného zdravia Národný ústav verejného zdravia prostredníctvom merania viacerých premenných životného štýlu. Jedným z cieľov politiky (č. 11) je znížiť spotrebu tabaku a alkoholu, dosiahnuť spoločnosť bez ilegálnych drog a dopingu a zmierniť škodlivé účinky gamblerstva.

Vo všetkých krajinách, v ktorých sa uskutočňuje proces hodnotenia, je orgánom zodpovedným za organizáciu a proces hodnotenia národná koordinačná agentúra: medzirezortná misia (MILDT) vo Francúzsku, PNSD

v Španielsku, Inštitút pre drogy a drogové závislosti (IDT) v Portugalsku, Riaditeľstvo pre drogy v Írsku, Úrad koordinátora pre drogy vo Švédsku a ako to uvádza belgická stratégia z roku 2001 Všeobecná bunka pre drogy v Belgicku (keď začne fungovať). V rámci týchto agentúr sú za poskytovanie informácií a údajov potrebných na hodnotenie zodpovedné drogové monitorovacie centrá, ktoré sú obyčajne zhodné s národnými kontaktnými miestami siete Reitox a ktoré niekedy nesú zodpovednosť aj za technickú stránku hodnotenia.

Ciele a indikátory

Často sa nastoľuje otázka merateľnosti účinkov akcií realizovaných v rámci národnej stratégie pre drogy. Je pravda, že medzinárodné aj národné stratégie pre drogy hovoria o veľmi „všeobecných cieľoch" ako je „znižovanie rizika pre užívateľov drog" alebo o „cieli bezdrogovej spoločnosti" alebo o „operatívnych cieľoch" ako je „zvýšenie počtu miest v liečebných zariadeniach" alebo „vytvorenie koordinačnej agentúry pre drogy". Pre „všeobecné" aj „operatívne" ciele by bolo užitočné, keby sa stanovili konkrétne ciele. Všeobecné ciele sú dôležité ako základ národnej drogovej politiky určujúcej smer, ale sú ťažko merateľné; operatívne ciele závisia od realizácie kvalitatívnych aj kvantitatívnych iniciatív, čo znamená, že by mali byť ľahšie merateľné.

Experti aj odborníci varujú, že predpokladom vedeckého vyhodnotenia stratégie je stanovenie cieľov jednoznačným, zreteľným a merateľným spôsobom a že „všeobecné" ciele treba odlíšiť od „operatívnych", ale že musia byť zároveň vzájomne prepojené. „Operatívne ciele" sa musia skutočne vnímať ako nástroj na rozpracovanie „všeobecných cieľov". Ďalej treba vypracovať ukazovatele výkonnosti na meranie dosahovania cieľov. Dnes možno do tejto kategórie zaradiť len niekoľko národných stratégií pre drogy.

Účinnosť

Len niekoľko národných stratégií obsahuje podrobnejšiu zmienku o analýze nákladov a úžitku alebo o analýze nákladov a efektívnosti; neplatí to o španielskej stratégii, ktorá uvádza, že súčasťou hodnotenia národnej stratégie bude aj pokus o zmeranie účinnosti verejnej politiky. Hoci rozpočet a náklady sú pre verejnú správu veľmi dôležité, v drogovej oblasti (ako sa hovorí v poslednej výročnej správe, EMSDDZ, 2003b) existuje všeobecný nedostatok poznatkov o globálnych nákladoch na verejné intervencie v tejto oblasti. Analýzy tohto druhu sa všeobecne vnímajú ako marginálne a sú zahrnuté len v niekoľkých výskumných aktivitách.

Obmedzujúce faktory hodnotenia

Vedecká komunita pripúšťa, že je veľmi ťažké určiť, či drogová politika je, alebo nie je efektívna. Experti a odborníci varujú pred ťažkosťami spojenými s hodnotením dopadu verejnej politiky: treba prihliadať na „vrstvy zložitosti" a na „množstvo príčinno-následných prepojení". Zistiť kauzálne prepojenie medzi drogovou politikou a jej výsledkami a dopadom môže byť skutočne ťažké vzhľadom na rôznorodosť intervencií a meraných účinkov a na možné externé faktory (konfúzne faktory) ovplyvňujúce realitu (ako sú napríklad socioekonomické podmienky, subkultúry a pod.). Niektoré výskumy naznačujú, že drogové fenomény by mohli väčšmi závisieť od behaviorálnych a spoločenských faktorov než od politických intervencií.

Aj nelegálna povaha užívania drog môže byť vážnou prekážkou zberu údajov, ktorý je základným nástrojom každého hodnotiaceho procesu, a mnohé dôležité aspekty drogového fenoménu tak môžu zostať neodhalené. Hodnotenie v oblasti drogovej intervencie preto treba starostlivo premyslieť a pri interpretácii jeho výsledkov treba zachovávať opatrnosť.

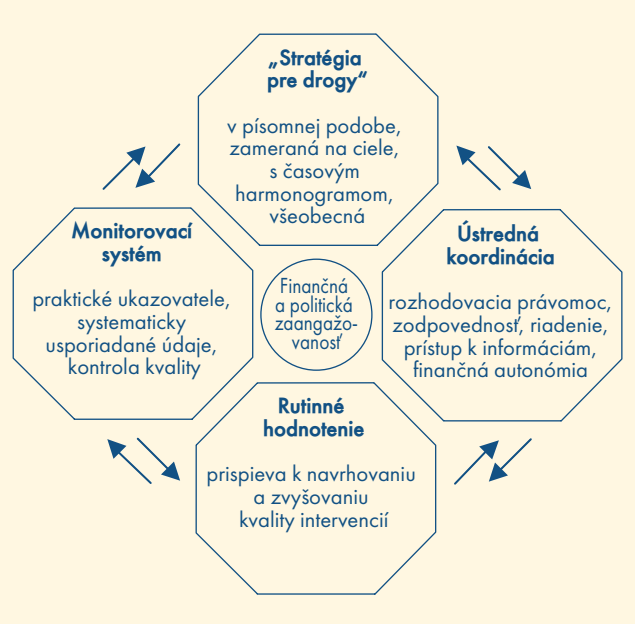
Záver

Z preskúmaných údajov vyplýva, že „národné stratégie pre drogy" obyčajne chápu hodnotenie ako meranie implementácie – pokroku, úspechov, ba aj neúspechov – a isté následné posúdenie namiesto vyhodnotenia dopadu na celkovú drogovú situáciu. Toto je dôležitý záver. Väčšina krajín, ktoré čelili drogovému problému po celé desaťročia, je dnes schopná (alebo ochotná) pomocou monitorovacích systémov položiť základy na meranie drogového fenoménu a účinkov svojho snaženia. Drogovú politiku tak možno považovať za zodpovednejšiu než kedykoľvek predtým, čo je samo osebe významný úspech.

Viaceré krajiny zašli ešte ďalej a oznámili, že popri vývoji monitorovacích systémov uskutočnia vyhodnotenie implementácie „národnej stratégie pre drogy", čím majú na mysli vedecký výskum zameraný na určenie prínosu alebo neefektívnosti stratégie ako celku alebo jej časti. Predbežne však neexistujú žiadne náznaky o vedeckom hodnotení celkového dopadu národných stratégií pre drogy.

Všeobecne možno povedať, že krajiny uplatňujúce štruktúrovanejší prístup k drogovej politike, t. j. krajiny s vypracovanou písomnou, všeobecnou „národnou

Obrázok 25: Hlavné charakteristicky štruktúrovaného prístupu drogovej politiky



stratégiou pre drogy" zameranou na ciele, centrálnym koordinačným mechanizmom, prípadne aj s národným koordinátorom a solídnym monitorovacím systémom, udávajú existenciu lepšie prepracovaného procesu hodnotenia (obrázok 25). Zdá sa, že existencia štruktúrovanejšieho prístupu, ktorá sama osebe znamená finančný aj politický záväzok, je predpokladom zlepšenia prepracovanosti hodnotiaceho prístupu k národnej drogovej stratégii. Túto hypotézu by mal samozrejme potvrdiť ďalší výskum.

Rozšírenie kultúry monitorovania a hodnotenia prispelo k spoznaniu drogového problému v EÚ a tým vytvorilo predpoklady na kvalifikovanejšie rozhodovanie. Hodnotenie je dnes pevne zakotvené v súčasných drogových stratégiách ako kritický prvok zodpovednosti, výkonnosti a finančnej obozretnosti. Mnohé projekty a špecifické intervencie v drogovej oblasti prvok hodnotenia už obsahujú a pokiaľ sa rozšíri na všetky hlavné zásahy drogovej politiky, meranie efektívnosti európskych národných stratégií pre drogy sa bude postupom času zlepšovať.

Vybraná otázka 2

Problém kanabisu v kontexte – dôvody nárastu počtu žiadostí o liečbu v Európe

Úvod

Výraz „kanabis" sa používa na označenie rozličných produktov, ktoré sa získavajú z rastliny kanabis alebo konopa (*Cannabis sativa* L.), jednoročného druhu pôvodom zo strednej Ázie, ktorý dnes rastie na mnohých miestach mierneho a tropického pásma. Početné odrody *Cannabis sativa* vykazujú značne širokú škálu rôznych biologických aj chemických vlastností. Na európskom drogovom trhu sa vyskytujú tri formy nelegálneho kanabisu: „trávový kanabis", ktorý tvoria sušené kvitnúce vrcholčeky, stonky a listy rastliny; „kanabisová živica", vysušené hnedé alebo čierne živičnaté sekrécie kvitnúcich vrcholčekov, obyčajne predávané vo forme zlisovaných blokov, ale niekedy dostupné aj vo forme prášku; a ďaleko najzriedkavejší „kanabisový olej", lepkavá viskózna tekutina.

Človek využíva kanabis už veľmi dlho a rôzne society používali rastlinu vo svojej dobe ako dôležitý zdroj vlákna na výrobu plátna a povrazov, ako pomôcku pri náboženskom rituáli, bylinný liek, aj ako opojnú látku. Kanabis je dnes najbežnejšie vyrábanou, obchodovanou a konzumovanou nelegálnou drogou na svete (UNODC, 2003a). Napriek dlhej histórii užívania a súčasnej popularite kanabisu sú naše vedomosti o dopade jeho užívania na verejné zdravie stále obmedzené.
V poslednom čase čoraz viac dôkazov svedčí o možnom prepojení medzi užívaním kanabisu, najmä jeho intenzívnym užívaním a celým radom zdravotných a sociálnych problémov. Rastú aj obavy spojené s evidentným nárastom počtu užívateľov kanabisu, ktorí vyhľadávajú pomoc špecializovaných služieb na liečbu drogových závislostí. Rozsah ani povaha problémov vyskytujúcich sa v populáciách európskych konzumentov kanabisu však ešte stále nie sú celkom známe. Nejasná je aj miera, do akej sú štatistické informácie o rastúcom počte žiadostí o liečbu skôr odrazom zmien v praxi vykazovania a odporúčania ako skutočného nárastu počtu jedincov potrebujúcich pomoc. Ak chceme nájsť odpovede na tieto otázky, žiadosti užívateľov kanabisu o liečbu musíme zasadiť do širšieho rámca meniacich sa vzorcov spotreby v Európe, vytvárania a zdokonaľovania systémov hlásenia a dokonca aj úvah o meniacej sa povahe drogy samotnej. Týmto záležitostiam je venovaná táto vybraná otázka problému kanabisu v kontexte, ktorej cieľom je uľahčiť informovanejšiu diskusiu o potenciálnom dopade tejto najbežnejšej formy užívania nelegálnych drog na verejné zdravie.

Legislatívny kontext – právny štatút kanabisu v Európe

Právny postih, ktorý by sa mal uplatňovať voči osobám užívajúcim kanabis, je v rámci EÚ do istej miery kontroverznou otázkou ([151]) a prístup jednotlivých členských štátov k tejto otázke je značne rozdielny.

Výťažky z kanabisu sú klasifikované ako omamné drogy podľa zoznamov I a IV Jednotného dohovoru OSN o omamných látkach z roku 1961 ([152]). Dohovor požaduje prijatie opatrení umožňujúcich ukladať tresty za široký okruh činností, vrátane držania omamných látok. Členské štáty však musia dohovor vykladať a uplatňovať s prihliadnutím na svoju vlastnú situáciu a článok 36.1.b poskytuje možnosť uplatňovať rôzne alternatívy „liečby, vzdelávania, následnej starostlivosti, rehabilitácie a resocializácie".

V praxi to znamená, že na území EÚ sa trestné činy spojené s kanabisom riešia rôznym spôsobom. Niektoré krajiny vydali smernice pre trestné stíhanie alebo právne predpisy, ktoré predpisujú postup v prípade určitých druhov trestných činov spojených s kanabisom a ktoré často odporúčajú rôzne právne riešenia v závislosti od toho, či sa trestný čin považuje za menej, alebo viac závažný. V niektorých krajinách sa objavuje trend ukladať terapeutické opatrenia ako alternatívu k trestnému stíhaniu v prípadoch užívania a držania menšieho množstva drog bez prítomnosti priťažujúcich okolností. Trestné zákony môžu problémové užívanie riešiť aj tak, že páchateľom zaradeným do poradenského alebo liečebného režimu povolia (buď na základe voľnej úvahy, alebo povinne) odklad trestného stíhania. Hoci tieto alternatívy zvyčajne

([151]) Pozri Európsku právnu databázu o drogách (ELDD), internetová stránka http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml.
([152]) Pozri http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

platia pre užívateľov všetkých drog, zákony alebo smernice v Belgicku a v Spojenom kráľovstve po minuloročných zmenách dnes konkrétne hovoria o problémových užívateľoch kanabisu s cieľom nasmerovať ich k pomoci.

Fyzické, psychologické a vývinové problémy spojené s užívaním kanabisu ([153])

V národných správach členských štátov sa poukazuje na to, že zvyšovanie počtu žiadostí užívateľov kanabisu o liečbu je pravdepodobne dôsledkom narastajúcich problémov spojených predovšetkým s intenzívnym užívaním kanabisu. Treba však poznamenať, že systematické a porovnateľné údaje o problémoch užívateľov kanabisu zväčša nie sú k dispozícii. Vedecká poznatková základňa sa v tejto oblasti ešte stále rozvíja, ale už dnes poskytuje čoraz presvedčivejšie dôkazy o prepojení medzi užívaním kanabisu a celým radom problémom, aj keď povaha kauzálneho prepojenia nie je vždy jednoznačná. Prehľad literatúry o problémoch spojených s užívaním kanabisu je k dispozícii on-line (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Je dôležité rozlišovať medzi akútnymi (krátkodobými) účinkami kanabisu a dlhodobým alebo chronickým dopadom tejto drogy. Uvádza sa celý rad pozitívnych aj negatívnych akútnych účinkov. Medzi negatívne účinky patria poruchy pozornosti a ťažkosti s koncentráciou, nepriaznivé účinky na motorické funkcie (reflexy, koordináciu), problémy s krátkodobou pamäťou, záchvaty úzkosti a paniky a depresia. Medzi pozitívne účinky patrí euforia, uvoľnenosť a zvýšená sociabilita. Medzi akútne účinky drogy vyvolávajúce najväčšie obavy patrí krátko trvajúca drogou navodená psychóza alebo ťažké záchvaty paniky, zvýšené riziko úrazov, najmä pri jazde vozidlom alebo v nebezpečnom pracovnom prostredí a u mladých ľudí aj negatívny dopad na školský prospech (Hall et al., 2001).

Pochopiť chronické účinky kanabisu je zložitejšie z viacerých dôvodov, medzi ktoré patrí najmä to, že je ťažké oddeliť účinky kanabisu od účinkov chronického užívania iných nelegálnych drog, tabaku a alkoholu. Medzi problémy vyvolávajúce najväčšie znepokojenie v tejto súvislosti patrí zvýšené riziko rakoviny pľúc a ďalších respiračných chorôb a súvislosť so vznikom dlhodobých psychiatrických zdravotných problémov, vrátane depresie, psychózy a schizofrénie. Ďalším problémom chronického užívania je možný vznik závislého správania sa. Stupeň, do akého dôkazy poukazujú na užívanie kanabisu ako na rizikový faktor, kauzálny faktor alebo ako na faktor jednoducho prepojený s uvedenými problémami prostredníctvom nejakého iného komplexného vzťahu, sa skúma v prehľade, ktorý je prístupný on-line.

Vo väčšine členských štátov je kanabis nelegálnou drogou, ktorá sa najčastejšie spája s porušovaním protidrogovej legislatívy, čo neprekvapuje vzhľadom na skutočnosť, že je zároveň aj najčastejšie užívanou drogou ([154]). Na rozdiel od iných drog, napríklad heroínu, sa však nezdá, že by existovala silná súvislosť medzi užívaním kanabisu a inými typmi trestnej činnosti.

Užívanie kanabisu a meranie problémov

Hoci pre usmernenie definícií škodlivého užívania, zneužívania a užívania drog so závislosťou sú užitočné prijaté medzinárodné diagnostické kritériá, problémy nastávajú, keď sa kanabis posudzuje z hľadiska dostupných európskych dôkazov ([155]). Značné rozdiely existujú, najmä pokiaľ ide o kľúčové otázky merania. Len malá miera zhody existuje napríklad v súvislosti s definíciou výrazov ako je „intenzívne užívanie", „pravidelné užívanie" a „problémové užívanie", čo sťažuje porovnávanie zistení z jednotlivých štúdií. Okrem toho, pokus merať „závislosť" alebo „zneužívanie" podľa definícií ICD alebo DSM na úrovni populácií sa pritom robil najmä v rámci prieskumov; aj tu zatiaľ chýbajú štandardizované nástroje, ktoré by umožnili presvedčivým spôsobom porovnávať údaje z rôznych štúdií alebo rôzne populácie.

Istá práca sa však v tejto oblasti robí. Napríklad jedna súčasná francúzska štúdia má za cieľ spresniť definíciu problémového užívania a vyvinúť špecifické nástroje na meranie frekvencie užívania, vnímaného rizika a psychologických a fyzických účinkov (Beck, 2003).

V súčasnosti je najbežnejšie používanou mierou intenzity užívania počet dní užitia drogy počas stanoveného obdobia. Denné alebo takmer denné užívanie kanabisu sa obyčajne považuje za indikátor „intenzívneho užívania". Hoci denné užívanie kanabisu nemusí nevyhnutne znamenať závislosť, značné percento denných užívateľov by podľa štandardných diagnostických kritérií (ICD-10, DSM-IV) bolo pravdepodobne vyhodnotených pozitívne na závislosť alebo zneužívanie. Keďže frekvencia užívania

([153]) Špecifická monografia o užívaní kanabisu a s ním spojenými problémami bude uverejnená v prvej polovici roka 2005. Konkrétne informácie o zdravotných aj fyzických účinkoch užívania kanabisu možno nájsť na internetovej stránke EMSDDZ.

([154]) Pozri tabuľku 5 Kriminalita v Štatistickej ročenke 2004.

([155]) Definíciu „závislosti" a „škodlivého užívania" pozri Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. vydanie (ICD-10, Svetová zdravotnícka organizácia), kódové označenie F10 až F19: duševné a behaviorálne poruchy zapríčinené užívaním psychoaktívnych drog. Často sa používa aj Diagnostická a štatistická príručka o duševných poruchách (4. vydanie), ktoré používa pojmy „závislosť" a „zneužívanie".

sa pomerne ľahko meria a harmonizuje v dotazníkoch, táto miera bola zaradená do smerníc EMSDDZ pre Európsky vzorový dotazník. Frekvenciu užívania kanabisu v súčasnosti vykazuje v tejto podobe deväť krajín ([156]).

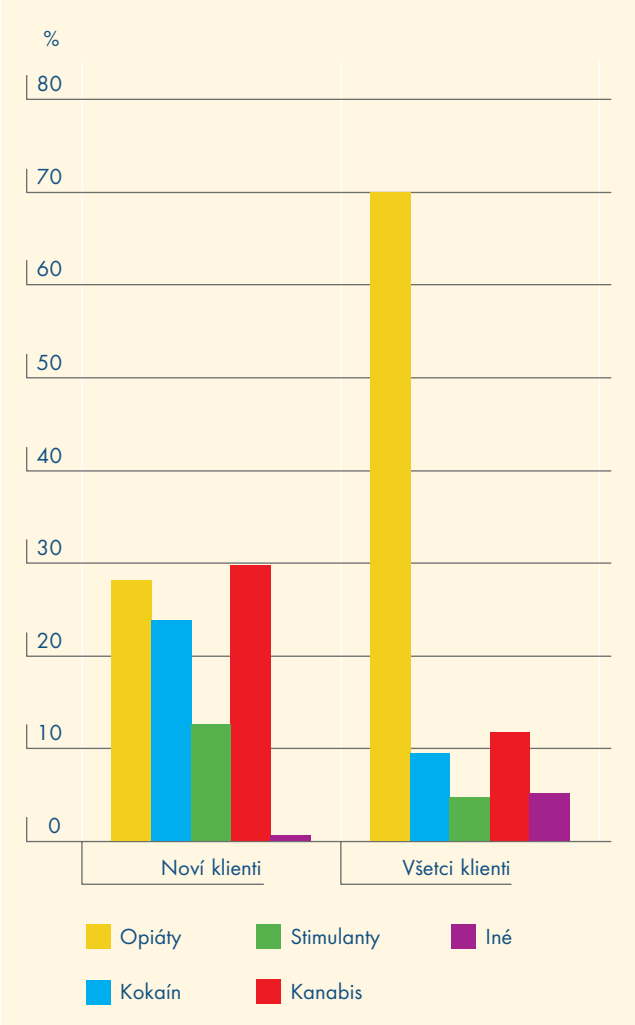
Trendy žiadostí užívateľov kanabisu o liečbu

Kanabis je najčastejšie užívanou nelegálnou drogou v Európe, avšak liečbu vyhľadáva len nízke percento jej užívateľov. Napriek tomu je dnes v mnohých krajinách kanabis druhou najčastejšie udávanou primárnou drogou, pre ktorú sa ľudia podrobujú špecializovanej liečbe drogovej závislosti. Podľa údajov TDI (indikátor žiadostí o liečbu) (pozri s. 65) získaných od všetkých typov špecializovaných liečebných služieb kanabis dnes uvádza ako primárny problém približne 12 % všetkých klientov a 30 % novoprijatých klientov na liečenie (obrázok 26).

Podiel nových klientov (t. j. osôb, ktoré sa nikdy predtým neliečili) žiadajúcich o liečbu kvôli kanabisu sa medzi jednotlivými krajinami značne líši – prakticky od nuly v Litve takmer po polovicu (48 %) v Nemecku – ale všeobecne presahuje jednu pätinu (20 %) (obrázok 27). Nie všetky krajiny však môžu poskytnúť údaje o nových dopytoch po liečení a v rámci veľkých skupín údajov o dopyte po liečení sú problémy s kanabisom menej viditeľné.

Podľa údajov TDI z krajín, ktoré poskytli údaje o trendoch, sa v rokoch 1996 až 2002 počet nových klientov žiadajúcich o liečbu kvôli kanabisu ako primárnej droge zvýšil z 3 713 na 12 493. V roku 2002 títo klienti v 11 krajinách, ktoré poskytli údaje, tvorili priemerne 29 % všetkých nových klientov oproti 9 % v roku 1996 (pramene údajov pozri na obrázku 20). Nárast podielu nových klientov užívajúcich kanabis v celkovom počte nových klientov uvádzajú všetky tieto krajiny s výnimkou Grécka a Spojeného kráľovstva ([157]); pohyboval sa od 6 % v Holandsku do 31 % v Nemecku. Informácie z národných správ siete Reitox naznačujú, že počet osôb podrobujúcich sa liečbe kvôli primárnemu užívaniu kanabisu rastie aj v niektorých nových členských štátoch (obrázok 28). Podľa nedávneho prieskumu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu, ktorý uskutočnil Holandský národný systém informácií o alkohole a drogách (LADIS), problémy s kanabisom udáva 29 % všetkých nových klientov, ktorí nastúpili na liečbu v roku 2002 a klienti užívajúci kanabis tvoria malé, avšak z roka na rok rastúce percento. Správa zároveň konštatuje, že vzhľadom na veľký rozsah užívania kanabisu v Holandsku percento osôb požadujúcich liečbu síce rastie, ale stále je relatívne nízke.

Obrázok 26: Noví a všetci klienti, podľa uvedenej hlavnej drogy prijatí na liečenie v roku 2002

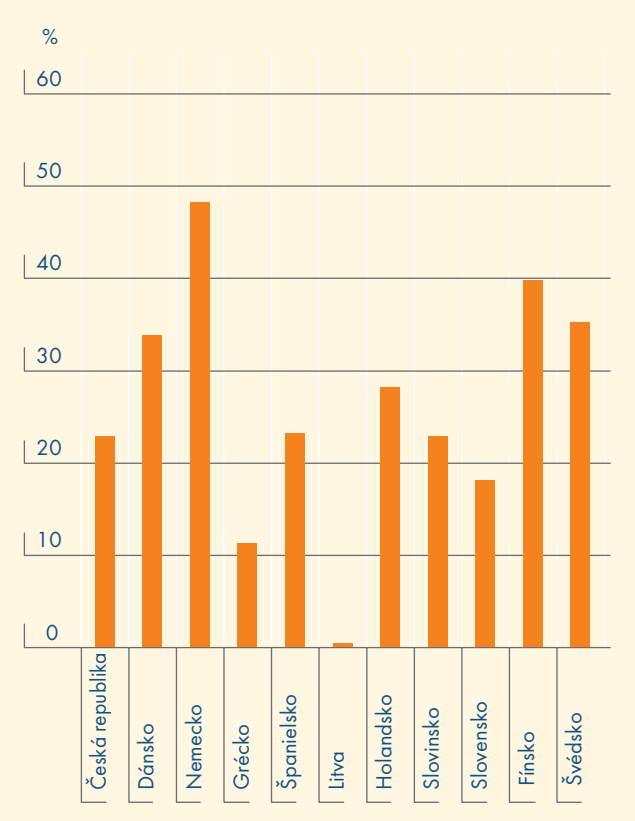


Poznámky: n = 42 568 (noví klienti), 351 372 (všetci klienti).
Krajiny, ktoré poskytli údaje (noví klienti): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Krajiny, ktoré poskytli údaje (všetci klienti): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Vážené na základe počtu klientov podľa krajiny.
Zdroj: Národná správa siete Reitox 2003 – ST 03.

Isté varovanie treba vysloviť pokiaľ ide o možnosť odvodzovať zovšeobecnenia na základe konsolidovaného súboru európskych údajov. Longitudinálne údaje o nových žiadostiach o liečbu sú k dispozícii len z 11 krajín. Zároveň je dôležité poznamenať, že zvýšenie počtu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu, na ktoré poukazujú údaje TDI, je do veľkej miery odrazom údajov zo Španielska a Nemecka – krajín, v ktorých sa zaznamenal zvlášť vysoký nárast udávania kanabisu ako primárneho problému; v Španielsku sa pritom udáva okolo 50 % všetkých vykazovaných žiadostí o liečbu.

([156]) Grécko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Lotyšsko, Holandsko a Portugalsko. Údaje za Fínsko sa nepredložili vzhľadom na nízky počet užívateľov za posledný mesiac v prieskume (35). Počet prípadov a percentá za každú krajinu uvádza Štatistická ročenka 2004 v tabuľke 7: GPSurvey.
([157]) Údaje o nových klientoch nie sú k dispozícii za Veľkú Britániu; informácie obsahujú národné správy.

Obrázok 27: Noví klienti, ktorí sú prijatí na liečenie pre primárne užívanie kanabisu



Poznámky: Celkový počet prípadov: 42 421.
Zdroj: Národné správy siete Reitox 2003.

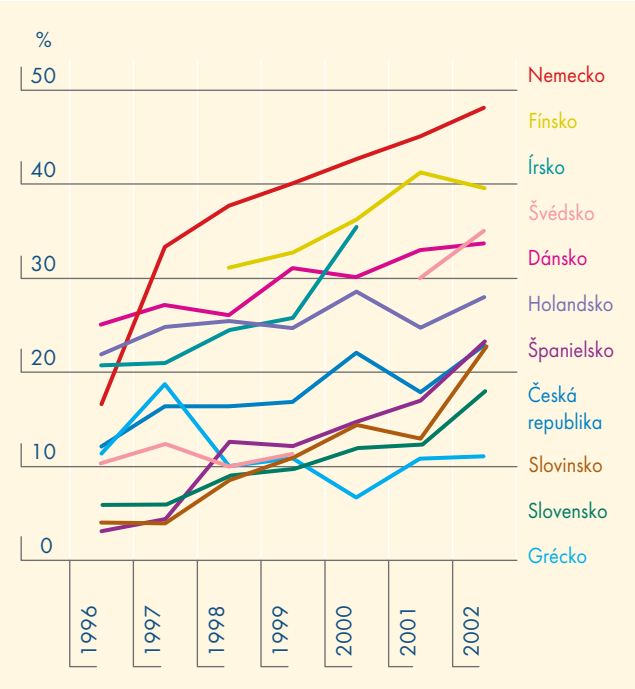
Nárast počtu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu sa neobmedzuje len na Európu. V Spojených štátoch, kde sa používa iný systém evidencie protidrogovej liečby ([158]), sa počet osôb prijatých na liečbu kvôli marihuane zvýšil z približne 20 000 v roku 1992 na takmer 90 000 v roku 2000 (SAMHSA, 2001; EMSDDZ, 2003d).

Pri úvahách o dôsledkoch zvýšeného počtu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu sa vynárajú tieto kľúčové otázky:

- Znamená zistenie, že sa zvýšil počet osôb s fyzickými a psychologickými problémami spojenými s užívaním kanabisu? Ak áno,
  - je to dôsledok zvýšenia pravidelného intenzívneho užívania kanabisu?
  - Odrážajú sa v tom aj iné faktory, napríklad možné zvýšenie potencie kanabisu?
- Je tento nárast možné vysvetliť faktormi, ktoré nezávisia od zvýšenej potreby pomoci, napríklad:
  - širším rozsahom pokrytia systému vykazovania údajov o liečbe;
  - rozšírením počtu typov liečebných zariadení, a najmä špecifických liečebných služieb zameraných na adolescentov a mladých ľudí (národné správy siete Reitox, 2003);
  - zmenami v prístupe systému trestnej justície, škôl alebo agentúr pracujúcich s mladými ľuďmi k užívaniu kanabisu kombinované s nárastom počtu odporúčaní na liečbu jedincov, ktorí by inak spontánne nevyhľadali pomoc.

Dôležité je pochopiť mieru vplyvu každého z uvedených faktorov na účasť na liečbe. Ako prvý krok treba posúdiť charakteristiku osôb nastupujúcich na liečbu, u ktorých sa ako primárny problém udáva kanabis. Predmetom tejto analýzy sú klienti ambulantných liečebných zariadení.

Obrázok 28: Noví klienti prijatí na liečenie kvôli kanabisu v niektorých krajinách – trendy (1996 – 2002)



Poznámky: Liečba v celkovom vyadrení (% všetkých klientov).
Priemer trendov (%) v jednotlivých krajinách.
Údaje zo Švédska za obdobie 1996 až 1999 pochádzajú z liečenia v nemocniciach: počet prípadu kanabisu je preto pomerne nízky v porovnaní s inými rokmi.
Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003.

([158]) V Spojených štátoch sa eviduje počet prijatí na liečbu a nie jednotlivé osoby. Okrem toho sa tam na rozdiel od Európy medzi zneužívané drogy zaraďuje aj alkohol. Pozri internetovú stránku SAMHSA (http://www.samhsa.gov); upozorňujeme, že v USA, Kanade a Austrálii sa používa výraz „marihuana", keďže výraz „hašiš" (kanabisová živica) nie je bežný.

Klienti užívajúci kanabis – charakteristiky a vzorce užívania

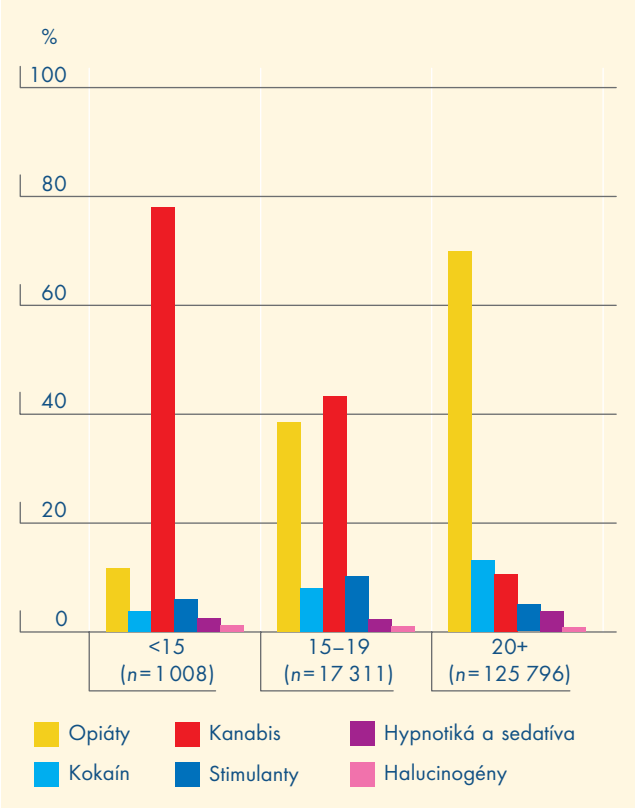
Na zaznamenávanie zdroja odporúčaní užívateľov drog nastupujúcich na liečenie existuje niekoľko štandardných spôsobov. Rozlišujú sa pri nich užívatelia drog, ktorí sa na liečenie prihlásili sami a tí, ktorých na liečenie odporučili iné orgány, napríklad sociálne úrady alebo orgány trestnej justície. Väčšinu klientov užívajúcich kanabis posielajú na liečenie príbuzní alebo priatelia, sociálne služby alebo orgány trestnej justície. Percento klientov užívajúcich kanabis, ktorí sa sami prihlasujú na liečenie, je v porovnaní s užívateľmi iných drog nižšie ([159]). Podobná situácia existuje aj v Spojených štátoch a v Kanade, kde žiadosti o liečbu kvôli kanabisu ako primárnu látku obyčajne nepodávajú samotní užívatelia (EMSDDZ, 2003d).

Dôležitý rozdiel medzi cestami odporúčania spočíva v tom, že klienti posielaní na liečenie príbuznými alebo sociálnymi službami (často aj školami) sú obyčajne mladší, je u nich nižšia pravdepodobnosť užívania iných drog a sú sociálne lepšie integrovaní, zatiaľ čo klienti posielaní právnymi orgánmi alebo označení ako odporúčajúci sami seba sú skôr starší a popri kanabise často užívajú aj iné drogy (národné správy siete Reitox, 2003). V Nemecku a vo Fínsku, kde existuje najvyššie percento klientov užívajúcich primárne kanabis, hrajú dôležitú úlohu pri posielaní klientov užívajúcich kanabis na liečenie právne orgány a školy.

Novoprijatí klienti užívajúci kanabis sú prevažne mladí, muži (83 %), v priemernom veku 22 – 23 rokov, zatiaľ čo v prípade ostatných drog je zastúpenie mužov medzi klientmi marginálne nižšie a priemerný vek je vyšší. Pre takmer 80 % nových klientov klasifikovaných ako „veľmi mladí" (mladší ako 15 rokov) a 40 % klientov vo veku 15 – 19 rokov je kanabis primárnou drogou, pre ktorú sa poskytuje liečba (obrázok 29) ([160]). Aj v týchto skupinách prevažujú muži, ale patrí k nim aj vyššie percento žien v porovnaní s celou skupinou klientov. Rozdiely vo vekovej a rodovej distribúcii podľa krajín vykazujú zhruba rovnaké vzorce u všetkých klientov.

Relatívne nízky vek klientov užívajúcich kanabis sa odráža vo vysokom, 45-percentnom zastúpení osôb ešte navštevujúcich školu v porovnaní so 8 % klientov, ktorí sa liečia kvôli problémom s inými drogami. Ďalších 24 % osôb liečených kvôli kanabisu má riadne zamestnanie a rovnaké percento osôb je nezamestnaných ([161]), čo je v príkrom kontraste s klientmi užívajúcimi drogy ako je heroín. Klienti užívajúci kanabis pritom častejšie ako osoby liečené kvôli problémom s inými drogami ([162]) udávajú stabilné bytové pomery, čo súvisí s tým, že mnohí z nich sú mladí ľudia, študenti, žijúci so svojimi rodičmi.

Obrázok 29: Distribúcia podľa uvedenia hlavnej drogy u ambulantných pacientov podľa veku: rok 2002



Poznámky: Všetci klienti. Krajiny, ktoré poskytli údaje: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK.
Muži z Dánska a Spojeného kráľovstva tvoria 56 % všetkých klientov liečených kvôli kanabisu vo veku pod 20 rokov a muži zo Španielska ďalších 17 %.
Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003; ambulantné liečebné centrá TDI.

Vzorce užívania drogy u klientov, ktorým sa poskytuje ambulantná liečba kvôli kanabisu ako primárnej droge, sa navzájom značne odlišujú a sú úplne iné ako vzorce užívania iných typov drog, najmä opiátov (obrázok 30). Spomedzi klientov liečených kvôli kanabisu ako primárny problém v roku 2002 len 36 % užívalo drogu každý deň a len 17 % užívalo kanabis častejšie ako raz za týždeň (2 až 6-krát týždenne); 15 % užívalo drogu raz za týždeň alebo menej často a 28 % užívalo kanabis príležitostne alebo ho v poslednom mesiaci neužilo ani raz. Na rozdiel od toho 84 % liečených užívateľov opiátov užíva drogu každý deň.

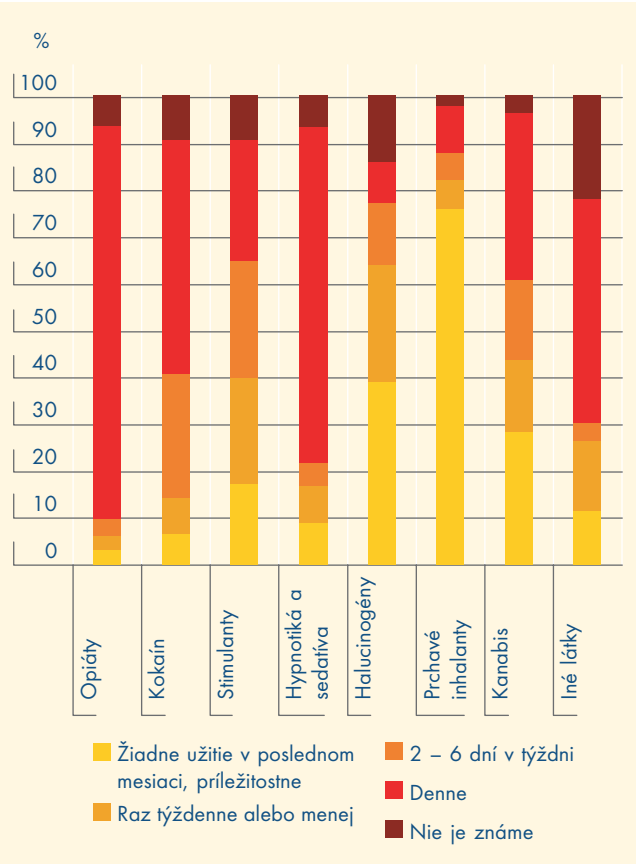
Podiel ambulantných klientov, ktorí užívajú kanabis denne, je v jednotlivých krajinách rôzny. Najvyššie percento denných užívateľov kanabisu udáva Holandsko (80 %) a Dánsko (76 %), zatiaľ čo najvyššie percento príležitostných užívateľov udáva Nemecko (41 %) ([163]).

([159]) Pozri obrázok 22 OL: Zdroj odporúčania u klientov spolu: pre drogy spolu a pre kanabis.
([160]) Pozri aj tabuľku 4 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([161]) Pozri obrázok 23 OL: Pracovnoprávne postavenie klientov užívajúcich kanabis a klientov spolu.
([162]) Pozri obrázok 24 OL: Životné podmienky klientov užívajúcich kanabis a klientov spolu.
([163]) Pozri obrázok 25 OL: Frekvencie užívania kanabisu podľa krajín.

V čím mladšom veku sa začne kanabis užívať, tým vyššie je riziko vzniku drogového problému v budúcnosti (Kraus et al., 2003). V Európe začalo 28 % všetkých klientov liečených v roku 2002 kvôli kanabisu užívať drogu vo veku menej ako 15 rokov a väčšina (80 %) pred dosiahnutím 20 rokov. Zodpovedajúce údaje pre opiáty sú 9 % a 42,8 % a pre kokaín 6 % a 26,5 %.

Podľa väčšiny krajín klienti podrobujúci sa liečbe kvôli kanabisu ako primárnemu problému často vykazujú vzorec súčasného užívania viacerých drog. Môže to svedčiť o artefakte hlásenia – keď by sa napríklad klienti s problémami spôsobenými užívaním viacerých drog na zjednodušenie vykazovali ako primárni užívatelia kanabisu. Kvantitatívne údaje o podiele užívateľov viacerých drog medzi klientmi však všeobecne nie sú k dispozícii. Existujú rozdiely medzi klientmi, ktorí užívajú len kanabis a klientmi, ktorí užívajú kanabis v kombinácii s inou drogou (národné správy siete Reitox, 2003): prví z nich sú obyčajne mladší a lepšie sociálne integrovaní (je u nich vyššia pravdepodobnosť, že sú zamestnaní a že majú vyššiu úroveň vzdelania a nižšia pravdepodobnosť, že predčasne opustia alebo opustili školu) ako naposledy uvedení. Najčastejšími sekundárnymi látkami, ktoré klienti udávajú popri kanabise ako primárnej droge, sú alkohol (32,9 %) a stimulanty (25 %) ([164]), ktorých distribúcia sa však líši od krajiny ku krajine.

Obrázok 30: Frekvencia užívania hlavnej drogy u všetkých ambulantných pacientov v roku 2002



Poznámky: n = 109 699 (všetci klienti). Krajiny, ktoré poskytli údaje: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – všetky typy liečebných centier).
Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003; ambulantné liečebné centrá TDI.

Niektorí klienti liečení kvôli kanabisu priznávajú aj injekčné užívanie iných drog a niektorí udávajú celoživotné injekčné užívanie, hoci v súčasnosti okrem kanabisu neužívajú žiadne iné drogy. Hoci napríklad v roku 2002 v Grécku 14,7 % klientov užívajúcich kanabis, ktorí udávali užívanie sekundárnej drogy, si počas posledných 30 dní vpichlo drogu, celoživotnú skúsenosť s injekčným užívaním inej drogy udávalo 25,4 % zo všetkých klientov užívajúcich len kanabis (grécka národná správa, 2003). Aj informácie z Českej republiky (národná správa) svedčia o tom, že v niektorých liečebných zariadeniach až polovica klientov užívajúcich kanabis si zároveň vpichuje inú drogu.

Trendy dopytu po liečbe – meniace sa faktory

Nárast dopytu po liečbe kvôli kanabisu ako primárnej droge by sa mal vnímať v kontexte zmien v charakteristike a vzorcoch užívania. V rokoch 2000 až 2002 sa v krajinách, ktoré poskytli údaje, mimoriadne zvýšil celkový počet klientov, ktorých na liečenie prihlásili právne orgány (103 %), príbuzní alebo priatelia (81 %) a sociálne služby (136 %) ([165]). Medzi jednotlivými krajinami sa nezistili žiadne relevantné rozdiely s výnimkou Nemecka, kde sa zvýšil aj podiel klientov poslaných na liečenie orgánmi trestnej justície (z 21,7 % na 26,7 %).

Nie sú k dispozícii žiadne relevantné údaje o trendoch sociodemografických charakteristík klientov užívajúci kanabis, hoci niektoré národné správy (Česká republika, Francúzsko a Luxembursko) udávajú nárast počtu klientov so vzdelávacími, sociálnymi a psychologickými problémami. V rokoch 2001 až 2002 sa podiel denných užívateľov medzi klientmi liečenými kvôli kanabisu zvýšil z 31,7 % na 39,2 % ([166]); niektoré krajiny udávajú vyšší podiel denných užívateľov u starších klientov (viac než 20 rokov).

Kanabis vo všeobecnej populácii – od experimentálneho k dennému užívaniu

Ako sme uviedli vyššie, hoci užívanie kanabisu sa v deväťdesiatych rokoch minulého storočia výrazne zvýšilo takmer vo všetkých krajinách a kanabis je najbežnejšie užívanou drogou, naďalej sa užíva prevažne príležitostne alebo krátkodobo. Je pravdepodobné, že najväčšiemu riziku vzniku problémov alebo závislosti sú vystavení

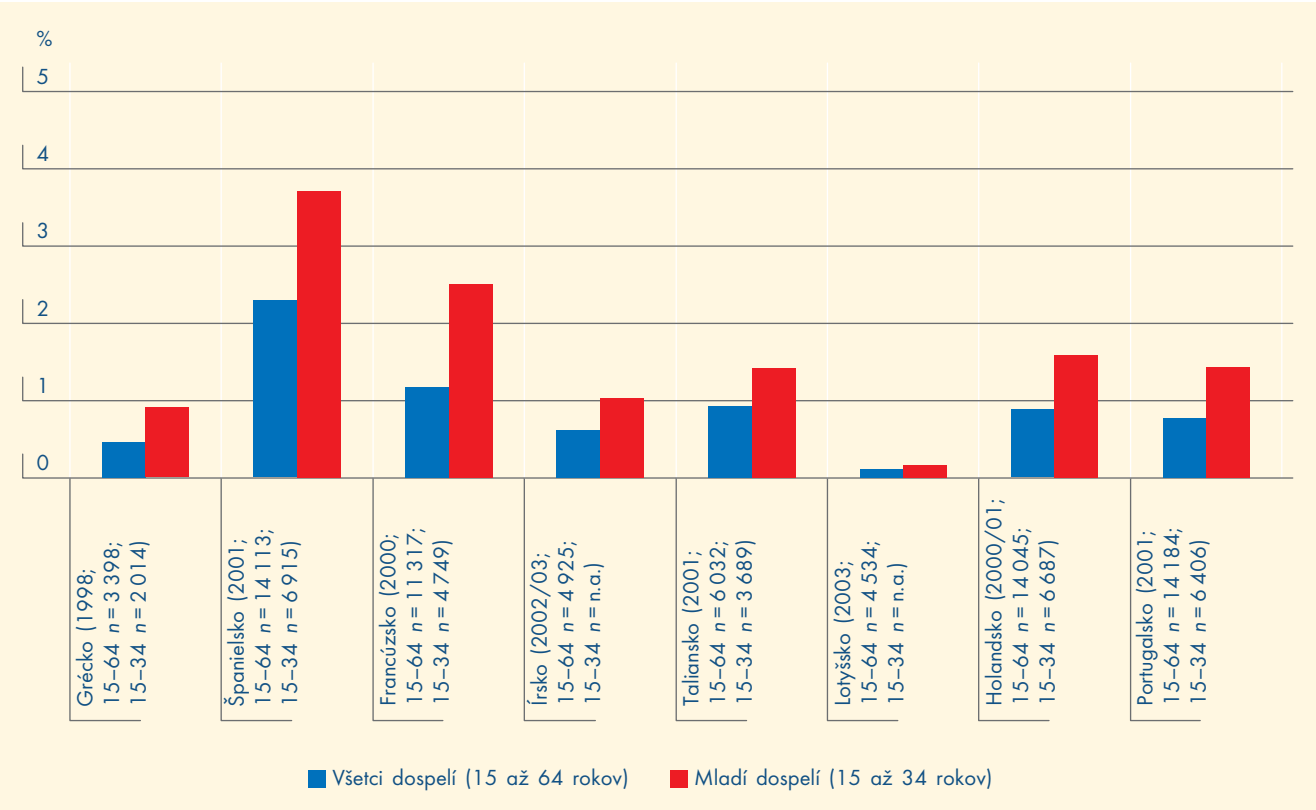
([164]) Pozri obrázok 26 OL: Najviac užívaná sekundárna droga u klientov užívajúcich kanabis podľa krajiny a tabuľka 9 Liečba v Štatistickej ročenke 2004.
([165]) Pozri obrázok 27 OL: Zdroj odporúčaní u klientov spolu, 2000 – 2002.
([166]) Pozri obrázok 28 OL: Frekvencia užívania u klientov užívajúcich kanabis spolu a tabuľka 8 TDI v Štatistickej ročenke 2004.

intenzívni užívatelia tejto drogy; práve v tejto oblasti sú však informačné zdroje najslabšie, hoci je známe, že typickými nedávnymi užívateľmi (ktorí drogu užili počas posledných 30 dní) sú mladí muži žijúci v mestských oblastiach.

„Užitie počas posledných 30 dní" je indikátorom súčasného užívania, ktorý zahŕňa aj osoby užívajúce drogu intenzívne. V nedávnych prieskumoch udávalo s výnimkou Švédska (0,1 %) užitie drogy počas posledných 30 dní 1 – 7 % všetkých dospelých a 3 – 12 % mladých dospelých. Existujú však rozdiely medzi krajinami a súčasné užívanie je najčastejšie v Českej republike, Španielsku, Francúzsku, Írsku a v Spojenom kráľovstve. V krajinách, v ktorých je možné analyzovať časové trendy nedávneho užitia, sa zistilo zvýšenie, avšak nie dramatické.

Údaje umožňujúce podrobne preskúmať frekvenciu užívania kanabisu za posledných 30 dní sú k dispozícii z deviatich krajín – Grécka, Španielska, Francúzska, Írska, Talianska, Lotyšska, Holandska, Portugalska a Fínska (neprezentované). S jedinou výnimkou (Lotyšsko) približne jedna štvrtina (19 – 33 %) osôb, ktoré v poslednom mesiaci užili kanabis, tak robila denne alebo takmer denne ([167]) ([168]). V týchto krajinách denní užívatelia predstavovali 0,5 – 2,3 % celkového obyvateľstva ([169]) a 0,9 – 3,7 % mladých dospelých (15 – 34 rokov) (obrázok 31). Väčšina ľudí (76 – 92 %), ktorí priznali užívanie kanabisu v predchádzajúcom mesiaci, boli vo veku 15 až 34 rokov, a preto boli v tomto vekovom rozpätí sústredení aj denní užívatelia. Dennými užívateľmi boli pritom prevažne muži, ktorých podiel sa pohyboval od 62 % v Holandsku po 92 % v Grécku.

Obrázok 31: Percento denných (alebo takmer denných) užívateľov u dospelých a mladých dospelých v niektorých krajinách EÚ, merané podľa národných populačných prieskumov



Poznámky: Denný alebo takmer denný užívateľ = užívanie počas 20 dní alebo viac v minulom mesiaci pri prieskume.
Údaje pochádzajú z najnovších národných prieskumov, ktoré sú k dispozícii pre jednotlivé krajiny.
Vekové rozpätie pre všetkých dospelých je 15 – 64 rokov (44 rokov v Taliansku) a 15 – 34 rokov u mladých dospelých. Rozdiely vo vekových rozpätiach môžu viesť k menším disparitám medzi krajinami.
Zdroje: Národné správy siete Reitox 2003, prevzaté zo správ o prieskumoch alebo vedeckých článkov. Pozri aj tabuľku v Štatistickej ročenke 2004.

([167]) V tejto časti sa informácie vzťahujú na „užívanie po dobu 20 alebo viac dní počas posledných 30 dní", označované aj ako „denné alebo takmer denné užívanie". Európsky vzorový dotazník predpokladá zber presných údajov o počte dní užívania, ale pri vykazovaní celoštátnych údajov sa frekvencia užívania zoskupila do štyroch diskrétnych kategórií, z ktorých najvyššia je „20 alebo viac dní".

([168]) Pozri obrázok 29 OL: Proporčné vyjadrenie denného (takmer denného) užívania medzi dospelými (15-ročný až 64-ročný), ktorí užili kanabis v predchádzajúcom mesiaci.

([169]) Podiel „užívateľov v poslednom mesiaci" vynásobený podielom „denných alebo takmer denných užívateľov", t. j. 6 % (prevalencia v poslednom mesiaci) × 25 % (percento, ktoré užilo drogu „20 alebo viac krát") = 1,5 %.

Na základe týchto údajov možno urobiť hrubý odhad počtu osôb intenzívne užívajúcich kanabis v Európe. Za predpokladu, že kanabis denne užíva zhruba 1 % populácie, v krajine s 25 miliónmi obyvateľov (vo veku 15 – 64 rokov) by existovalo 250 000 denných užívateľov kanabisu. V EÚ ako celku by pri celkovom počte 302 miliónov obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov bola prevalencia približne 3 milióny.

Dokonca aj u mladých dospelých sa intenzívne užívanie kanabisu líši podľa vekových kohort a zvyčajne býva vyššie u mladších vekových skupín. Podľa španielskeho školského prieskumu z roku 2002 udávalo denné alebo takmer denné užívanie 3,6 % školákov vo veku 14 až 18 rokov (t. j. na hornom stupni rozpätia zisteného u mladých dospelých vo veku 15 – 34 rokov). Podľa ročného francúzskeho prieskumu osôb vo veku 17 až 19 rokov (ESCAPAD) bolo denné užívanie kanabisu za posledných 30 dní dokonca ešte vyššie, keď ho udávalo 9,2 % chlapcov a 3,3 % dievčat (Beck, 2003).

Účinky závislosti od kanabisu alebo zneužívania kanabisu sa zdajú byť menej vážne ako u ostatných drog. Väčšinu intenzívnych užívateľov kanabisu tvoria relatívne integrovaní mladí ľudia, u ktorých hrozí skôr vyššie riziko iných sociálnych problémov (dopravné nehody, neukončenie vzdelania alebo rozbitie rodiny) než iných kriminálnych aktivít; intervencie by preto mali byť primerané a nemali by vytvárať ďalšie problémy alebo viesť k vylúčeniu.

Otázky potencie a dávok kanabisu

Existujú úvahy, podľa ktorých je za prehĺbenie problémov a s nimi súvisiaci vyšší počet prijatí do liečby sčasti zodpovedné zvýšenie potencie kanabisu. Na pochopenie otázok spojených s potenciou kanabisu, dávkou prijímanou individuálnym užívateľom a jej pravdepodobným dopadom na akútne a chronické problémy je potrebné odpovedať na rad zložitých otázok. EMSDDZ uskutočnilo prieskum s cieľom preskúmať dostupné vedecké dôkazy o potencii kanabisu, ktorého kľúčové výsledky sú uvedené na strane 90.

Potencia kanabisu je len jedným z faktorov pri výpočte dávky, ktorú človek prijme počas stanoveného obdobia (Hall et al., 2001). Rovnako alebo ešte väčšmi dôležité faktory pri výpočte individuálnej úrovne expozície sú spôsob užívania, technika fajčenia, množstvo kanabisu skonzumované pri jednom sedení a počet sedení s fajčením. Kanabis s vysokou potenciou bol do istej miery vždy dostupný, a preto obavy z neho nie sú ničím novým. Je potrebné poznamenať, že sa pod tým nerozumie to, ak užívatelia kanabisu menia svoje správanie s cieľom dosiahnutia požadovaného efektu dávky. Z tohto dôvodu je potrebné ďalšie skúmanie do akej miery súvisí vysoká potencia kanabisu s vysokou dávkou.

Reagovanie na potreby osôb s problémami súvisiacimi s kanabisom

Pre nájdenie účinných odpovedí je nevyhnutné pochopiť potreby osôb vyhľadávajúcich pomoc kvôli problémom s kanabisom. Analýza dopytu po liečbe a údajov z ďalších indikátorov ukazuje, že liečení užívatelia kanabisu aj užívatelia kanabisu vôbec tvoria rôznorodú populáciou s príslušnými rôznorodými potrebami. Znamená to, že je potrebné kontinuum reakcií – od aktivít zameraných na prevenciu a znižovanie rizika až po formálnu liečbu. Možnou spornou otázkou je, či je vhodné posielať mladých ľudí len príležitostne užívajúcich kanabis do špecializovaných protidrogových centier. Odpoveď na túto otázku do veľkej miery závisí od organizácie týchto služieb a od toho, nakoľko sa klienti dostávajú do kontaktu s chronickými užívateľmi iných látok. Nájdenie vhodných spôsobov ciest odporúčaní pre osoby s rozdielnymi vzorcami užívania kanabisu v liečebniach je dôležitou otázkou, ktorá si vyžaduje ďalšie preskúmanie.

Na strane prevencie bolo navrhnutých len niekoľko iniciatív špecificky reagujúcich na zvýšenie spotreby kanabisu u mladých ľudí, keďže prevencia sa málokedy špecificky zameriava na niektorú drogu. Niektoré členské štáty však udávajú nový vývoj v tejto oblasti, ktorý spočíva v prijatí dvoch hlavných stratégií: 1. zdôrazňovanie rizika, že mladí užívatelia kanabisu sa ocitnú pred orgánmi trestnej justície a 2. snaha prostredníctvom masových alebo cielených mediálnych kampaní vyvrátiť sociálne vnímanie užívania kanabisu ako normatívneho správania sa.

V Nemecku, Grécku, Írsku, Fínsku a v Spojenom kráľovstve sa zavádzajú opatrenia na zmiernenie psychosociálnych dôsledkov spáchania prvých trestných činov na užívanie kanabisu u adolescentov. Nedávnym príkladom (od roku 2000) je program FRED v Nemecku, ktorý sa v súčasnosti realizuje v ôsmich spolkových krajinách a ktorý mladým užívateľom drog na základe dobrovoľnosti ponúka krátkodobú rýchlu intervenciu ([170]). V Spojenom kráľovstve pracujú na rovnakom základe tímy pre delikventnú mládež. Po zmenách spôsobu, akým niektoré aspekty užívania kanabisu rieši systém trestnej justície a po preklasifikovaní drogy (z triedy B do triedy C), prechovávanie, nie konzumácia, je trestným činom, za prechovávanie sa dáva napomenutie. Existuje osobitný postup pre formálne napomenutie mladistvých

([170]) Bližšie informácie o tomto a ďalších programoch prevencie možno získať z databázy EMSDDZ EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

Potencia kanabisu (prameň: EMSDDZ, 2004c)

1. V závislosti od toho, či je najbežnejšie užívaným produktom trávový kanabis, alebo kanabisová živica, sa krajiny EÚ delia na dve zreteľne odlíšené skupiny. V krajinách, ktoré poskytli informácie, sa kanabisová živica častejšie užívala v Nemecku, Írsku, Portugalsku a Spojenom kráľovstve, zatiaľ čo trávový kanabis bol bežnejší v Belgicku, Českej republike, Estónsku, Holandsku a Rakúsku.

2. Potencia trávového kanabisu alebo kanabisovej živice dovážanej do Európy počas dlhého obdobia nemala stúpajúcu tendenciu. Väčšina kanabisu konzumovaného vo všetkých krajinách EÚ s možnou výnimkou Holandska sa dováža, hoci v súčasnosti chýbajú systematické údaje o dostupnosti trávového kanabisu z domácej produkcie.

3. Vo všetkých európskych krajinách sa určité množstvo kanabisu pestuje aj vo vnútorných priestoroch. Podľa odhadov takýto produkt tvorí asi polovicu kanabisu skonzumovaného v Holandsku, ale vo väčšine ostatných krajín prevažujú dovezené produkty.

4. Kanabis, ktorý sa pestuje vo vnútorných priestoroch pomocou intenzívnych metód (napr. hydroponických systémov s umelým osvetlením, rozmnožovaním odrezkami a kontrolou dĺžky dní), má obyčajne vyšší obsah THC ako dovážaná droga. Hoci rozpätie potencie sa môže prekrývať s potenciou dovážaného kanabisu, priemerná potencia kanabisu z domácej produkcie môže byť dva až trikrát vyššia.

5. Celkové zvýšenie potencie kanabisu, ktoré udávajú niektoré krajiny, takmer vždy súvisí so zvýšením podielu spotreby kanabisu z domácej produkcie.

6. Berúc do úvahy podiely jednotlivých kanabisových produktov na trhu, efektívna potencia zostávala po dlhé roky takmer vo všetkých krajinách pomerne stabilná a pohybovala sa okolo 6 – 8 %. Jedinou výnimkou je Holandsko, kde sa do roku 2001 zvýšila na 16 %.

7. V Holandsku má kanabisová živica z domácej produkcie mimoriadne vysoký obsah THC, ale tento materiál ešte nie je v tejto krajine bežný a inde je takmer neznámy.

8. Limitované údaje zo Spojených štátov ani z Európy nepodporujú správy o desaťnásobnom alebo ešte vyššom náraste potencie kanabisu v posledných desaťročiach, ktoré prináša populárna tlač. Najvyššie dlhodobé zvýšenie potencie sa podľa všetkého zaznamenalo v Spojených štátoch, pričom však treba brať do úvahy skutočnosť, že potencia kanabisu bola v Spojených štátoch v porovnaní s európskym štandardom nízka, najmä pred rokom 1980.

9. Štúdia celkovo dospela k záveru, že nastali menšie zmeny v obsahu THC, ktoré spôsobil intenzívne pestovaný kanabis, ktorý sa nedávno objavil na území EÚ. Zároveň sa konštatuje, že obsah THC v kanabisových produktoch je mimoriadne variabilný. Jednoznačne je potrebné zaviesť systémy monitorovania, ktoré by umožnili hodnotiť trhový podiel jednotlivých kanabisových produktov a zisťovať ich zmeny postupom času. V súčasnosti takéto informácie vo veľkej miere chýbajú.

10. Štúdia identifikuje viaceré dôležité oblasti, ktorým treba venovať pozornosť, s cieľom správne vyhodnotiť otázky potencie kanabisu. Patrí sem konsenzus v rámci nomenklatúry kanabisových produktov, zlepšenie monitorovania údajov o trhu, zlepšenie laboratórnych analytických noriem a zberu údajov a ich prezentácie na európskej úrovni, štúdie na zisťovanie vzťahu medzi praktikami fajčenia, potenciou a hladinou THC/metabolitov v krvi, lepšie monitorovanie informácií o trhu a potreba pochopiť mieru, do akej miery vysoká potencia kanabisu ovplyvňuje vystavenie zvýšenej dávke a s tým súvisiace zdravotné ťažkosti. Konštatuje sa, že by sa mali zvážiť náklady a prínosy diferencovanej reakcie na rôzne kanabisové produkty.

osôb (t. j. mladších ako 18 rokov). V Spojenom kráľovstve sa spustila aj masová mediálna kampaň, v ktorej sa potvrdzovala negatívna a nelegálna povaha kanabisu.

K nedávnym iniciatívam patrí aj prenesenie preventívnej kampane do „coffee shops", v ktorých si možno kúpiť menšie množstvá kanabisu. Táto intervencia má podobu školenia a príručky pre majiteľov „coffee-shop" s cieľom predchádzať problémom spojeným s drogami v týchto zariadeniach. Príručka obsahuje informácie o kanabise, protidrogovej legislatíve, psychiatrických poruchách, prvej pomoci, podnikateľských a výchovných zručnostiach. V Holandsku existuje tradícia individualizovaných a priamych prístupov k užívaniu kanabisu, ako ilustruje Hash a Weed Week ([171]), v rámci ktorých sa silní užívatelia kanabisu schádzajú na skupinových stretnutiach, na ktorých hovoria o dôsledkoch intenzívneho užívania a o možnosti zmien svojho správania sa.

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Používa sa pritom do istej miery prístup zameraný na znižovanie poškodzovania zdravia (*harm reduction*), aj prístup orientovaný na prevenciu. Napriek známemu prepojeniu medzi fajčením a respiračnými problémami a rastúcim obavám z negatívneho dopadu intenzívneho užívania kanabisu na zdravie sú však intervencie zamerané na znižovanie poškodzovania zdravia spojeného s užívaním kanabisu v porovnaní s intervenciami zameranými na užívateľov iných drog stále nedostatočne rozvinuté.

Možnosti liečby užívateľov kanabisu väčšinou ponúkajú liečebné zariadenia, ktoré poskytujú starostlivosť klientom závislým od legálnych alebo nelegálnych drog, alebo s iným druhom adiktívneho správania sa. Niektoré krajiny (Dánsko, Nemecko, Grécko, Francúzsko, Holandsko, Rakúsko, Švédsko a Nórsko) udávajú existenciu služieb zameraných na užívateľov kanabisu, avšak vo všeobecnosti je špecializovaná starostlivosť tohto typu mimoriadne obmedzená. V mnohých krajinách sa liečebné služby pre problémových užívateľov kanabisu integrujú so zariadeniami na liečenie všeobecných drogových problémov (Belgicko, Česká republika, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko, Rakúsko, Portugalsko, Slovinsko a Nórsko).

Osoby, ktoré majú problémy spojené s kanabisom, sa väčšinou liečia spolu s klientmi liečenými kvôli problémovému užívaniu iných nelegálnych drog, ktorými sú obyčajne opioidy. Keďže mnohé špecializované zariadenia na liečbu drogových závislostí sú konfigurované tak, aby uspokojili potreby často chaotickej a marginalizovanej populácie, ich vhodnosť pre osoby s menej akútnymi potrebami, akými je väčšina užívateľov kanabisu, je diskutabilná. Programy na liečbu závislostí od drog v členských štátoch si tieto otázky uvedomujú a mnohé z nich vo svojich národných správach pre sieť Reitox poznamenali, že by mohlo byť neúčelné a nevýhodné umiestňovať problémových užívateľov kanabisu medzi problémových užívateľov heroínu alebo užívateľov viacerých drog súčasne, čo uviedli ako jeden z dôvodov, pre ktorý by sa užívatelia kanabisu nemali liečiť na lôžkových oddeleniach. Jednoduchšie je navrhnúť programy špecificky určené pre užívateľov kanabisu na základe ambulantnej liečby. Podľa rakúskej národnej správy by sa ústavná starostlivosť v prípade potreby mala prednostne zabezpečovať na všeobecnom oddelení psychiatrie pre adolescentov skôr ako na špecializovanom oddelení pre drogy. Najnovšie inovácie, ktoré členské štáty uvádzajú na riešenie potrieb užívateľov kanabisu, zahŕňajú „príručku kognitívnej terapie" pre chronických užívateľov kanabisu vypracovanú vo Švédsku, internetovú svojpomocnú stránku pre problémové užívanie kanabisu zriadenú v Holandsku a zavedenie akupunktúrnej liečby vo Fínsku.

Závery

Cieľom tohto prieskumu je identifikovať širší analytický kontext pre udávaný nárast počtu žiadostí o liečbu kvôli kanabisu. Je pritom zrejmé, že mnohé dôležité otázky, ktoré majú zásadný význam pre informovanú diskusiu o tejto kontroverznej téme, zostávajú nezodpovedané. Zrejmé je aj to, že hoci dostupné dôkazy nie sú dôvodom na poplach, nedávajú ani dôvod na uspokojenie.

Osoby, ktoré majú problémy spojené s kanabisom, predstavujú v niektorých krajinách nezanedbateľnú časť žiadostí o liečbu v špecializovaných zariadeniach a tvoria dôležitú podskupinu širšej liečenej populácie. Väčšinou ide o mladých mužov, typicky vo veku okolo 20 rokov, z ktorých väčšina začala drogu užívať vo veku 16 alebo 17 rokov.

Klienti liečení kvôli kanabisu vykazujú odlišné vzorce užívania drog ako klienti konzumujúci iné látky; významné rozdiely pritom existujú aj medzi samotnými klientmi liečenými kvôli kanabisu. Profily rôznych podskupín užívateľov kanabisu v liečbe sú pravdepodobne priamo relevantné pre pochopenie ich potrieb, a teda aj pre nájdenie primeraných odpovedí. Dôležitými dimenziami v tomto smere sú frekvencia užívania, súčasné a minulé užívanie iných drog a zdroj odporúčania. V hrubých rysoch možno na základe zhrnutia národných správ a údajov TDI identifikovať dva zreteľné profily klientov:

- mladší užívatelia, často študenti, ktorých do liečebných zariadení poslala rodina alebo škola a ktorí užívajú len kanabis, niekedy v kombinácii s alkoholom alebo stimulantmi;
- užívatelia viacerých drog súčasne, ktorí sú v typickom prípade starší a menej sociálne integrovaní, ktorých na liečenie častejšie posielajú právne orgány alebo zdravotnícke alebo sociálne služby a ktorí sa prekrývajú s chronickou populáciou užívateľov drog.

Isté dôkazy pritom svedčia o existencii ďalšej skupiny, ktorú na liečenie posielajú právne orgány, ktorá neužíva iné drogy a ktorú tvoria len príležitostní užívatelia kanabisu.

Pri úvahách o tom, ako sa postupom času menila charakteristika žiadostí o liečbu kvôli kanabisu ako primárnej droge, dostupné informácie naznačujú:

- zvyšovanie počtu osôb posielaných orgánmi trestnej justície v niektorých krajinách;
- zvyšovanie počtu osôb posielaných rodinou a inými sociálnymi podpornými sieťami (rodina, priateľ, sociálne služby, škola);
- zvyšovanie podielu intenzívneho (denného) užívania kanabisu, aj keď každodenní užívatelia sú ešte stále v menšine;
- zvyšovanie stupňa sociálnych a vzdelávacích problémov v niektorých krajinách, hoci údaje v tejto oblasti sú nedostatočné.

Zdá sa, že k zvýšeniu počtu žiadostí o liečbu prispeli zmeny v odporúčacích praktikách a že podstatnú časť umiestnených osôb tvoria osoby, ktoré podľa všetkého nepatria k intenzívnym užívateľom drog. Napriek tomu prinajmenšom v niektorých krajinách významnú časť žiadostí o liečbu podávajú osoby, ktoré sú intenzívnymi užívateľmi kanabisu. Problémy tejto skupiny ešte stále nie sú dostatočne pochopené a v tejto oblasti existuje naliehavá potreba ďalšieho výskumu. Konštatovanie, že väčšina žiadostí o liečbu od veľmi mladých osôb súvisí s kanabisom, poukazuje na potrebu osobitne prihliadať na potreby, cesty odporúčaní a reakcie tejto skupiny.

Dôležité je tiež uznať, že dopyt po liečbe nie je priamym indikátorom rozsahu a povahy problémov s kanabisom. Prieskumy všeobecnej populácie ukazujú, že v porovnaní s príležitostným užívaním nie je intenzívne užívanie kanabisu veľmi časté. Veľmi široké užívanie kanabisu však znamená, že značný počet ľudí drogu možno užíva intenzívne – prinajmenšom po istú časť svojho života.

Podľa odhadov sa intenzívne užívanie môže týkať 0,5 % až 2 % dospelej populácie a 1 % až 3 % mladých dospelých. Prevalencia u mladých mužov je pravdepodobne podstatne vyššia. Z dôkazov získaných v prieskume je ťažké získať jednoznačnú predstavu o počte užívateľov, ktorí majú problémy s kanabisom alebo sú na ňom závislí. Hoci účinky závislosti na kanabise alebo jeho zneužívania sú menej vážne ako v prípade iných drog, ich dopad na verejné zdravie môže byť značný vzhľadom na široký rozsah užívania tejto drogy, ako aj na skutočnosť, že v mnohých prípadoch ide o mladých ľudí, ktorí drogu užívajú počas dôležitého vývojového štádia alebo v období, keď sú zvlášť zraniteľní. V sociálne znevýhodnených rodinách alebo komunitách môže závislosť od kanabisu alebo jeho zneužívanie ešte znásobiť problémy tým, že ohrozuje vzdelávacie alebo pracovné príležitosti užívateľov.

Záverom treba poukázať na naliehavú potrebu výskumu zameraného na pochopenie vzťahu medzi rôznymi vzorcami užívania kanabisu a vzniku problémov. Ešte stále sa dostatočne nechápe rozsah problémov, ktoré majú užívatelia kanabisu, ani povaha problémov, ktoré sa môžu vyskytovať. Potrebné sú metodologické nástroje, ktoré umožnia hodnotiť problémy na úrovni celej populácie. Tieto informácie sú nevyhnutné na prijímanie, adresnosť a implementáciu účinných opatrení v systéme verejného zdravia v reakcii na užívanie kanabisu v Európe.

Vybraná otázka 3

Komorbidita

Úvod

Spoločný výskyt psychiatrického ochorenia a porúch spôsobených užívaním drog, spoločne označovaných ako komorbidita alebo dvojitá diagnóza, nie je novým javom. V posledných rokoch je však táto otázka čoraz častejšie predmetom politických aj odborných diskusií, pretože je zjavné, že sa týka mnohých ľudí, ktorých počet pravdepodobne stále rastie. Táto kapitola je venovaná existencii psychiatrických porúch a porúch osobnosti spojenej s užívaním nelegálnych drog. Často by bolo vlastne vhodné hovoriť o multimorbidite, keďže postihnutí jedinci často trpia aj somatickými chorobami, napr. infekciou vírusom imunitnej nedostatočnosti (HIV) alebo vírusom hepatitídy C a narušenými sociálnymi vzťahmi, ako sú rodinné problémy, nezamestnanosť, väznenie alebo bezdomovstvo. Sociálne programy ani programy na liečbu závislostí od drog zväčša nebývajú dostatočne vybavené na riešenie diagnostických a terapeutických potrieb tejto skupiny klientov a komplexné problémy klienta buď neberú do úvahy, alebo nie sú schopné ich riešiť. Výsledkom často býva situácia „otáčavých dverí" – osoby naliehavo potrebujúce pomoc posiela jedna služba k druhej, pričom ich situácia sa neprestajne zhoršuje.

Upozorňujeme, že špecifický vzťah medzi užívaním kanabisu a psychiatrickými poruchami sa podrobnejšie skúma v časti „vybrané otázky o kanabise" (s. 82).

Definícia

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje komorbiditu alebo dvojitú diagnózu ako „spoločný výskyt poruchy spojenej s užívaním psychoaktívnej látky a inej psychiatrickej poruchy" (WHO, 1995). Podľa Úradu OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) je osobou s dvojitou diagnózou „osoba, u ktorej sa diagnostikoval problém zneužívania alkoholu alebo drog popri inej, obyčajne psychiatrickej diagnóze, ako je porucha nálady, schizofrénia" (UNODCCP, 2000). Inými slovami, komorbidita v tomto kontexte znamená existenciu dvoch alebo viacerých psychiatrických porúch alebo porúch osobnosti v rovnakom čase, z ktorých jedna predstavuje problémové užívanie látok.

Etiológia

Určovanie etiológie komorbidity pripomína diskusiu o sliepke a vajci – čo bolo skôr? Doterajší výskum o kauzálnom vzťahu medzi psychiatrickými poruchami a poruchami spojenými s užívaním drog nepriniesol jednoznačné závery. Medzi symptómami duševnej poruchy a problémami spojenými so závislosťou prebiehajú interakcie a navzájom sa ovplyvňujú.

Výsledky výskumu naznačujú, že psychiatrické poruchy a poruchy osobnosti obyčajne predchádzajú poruchám spojeným s užívaním drog, t. j. že zvyšujú náchylnosť jedincov k takýmto problémom (napr. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); užívanie drog však môže vystupňovať aj psychiatrické problémy (napr. pri depresii: McIntosh a Ritson, 2001) alebo môže existovať popri nich.

Užívanie drog možno vnímať aj ako komponent alebo symptóm psychiatrickej poruchy alebo poruchy osobnosti a ako snahu o samoliečbu (napr. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Skutočnosť, že droga zmierňuje znepokojujúce symptómy, podporuje vznik závislosti. Keď sa raz preruší užívanie drogy, napríklad prostredníctvom detoxifikačnej alebo substitučnej liečby, symptómy sa môžu vrátiť. Akútne psychózy navodené drogami sa vyskytujú najmä u užívateľov kokaínu, amfetamínov a halucinogénov a obyčajne ustúpia pomerne rýchlo. Niekedy však môže byť veľmi ťažké odlíšiť symptómy súvisiace s intoxikáciou drogami od psychotických epizód nesúvisiacich s drogou.

Krausz (1996) navrhuje štyri kategórie dvojitých diagnóz:

- primárna diagnóza duševnej choroby s následnou (dvojitou) diagnózou zneužívania drog, ktorá negatívne vplýva na duševné zdravie;
- primárna diagnóza drogovej závislosti s psychiatrickými komplikáciami vedúcimi k duševnej chorobe;
- súbežne existujúce diagnózy zneužívania drog a psychiatrických porúch;
- dvojitá diagnóza zneužívania drog a porúch nálady, z ktorých obidve vyplývajú z traumatického zážitku, napríklad post-traumatická stresová porucha.

Podobne aj švédska národná správa rozlišuje medzi psychiatrickými pacientmi trpiacimi komorbiditou a drogovo závislými klientmi s poruchami osobnosti, ktoré sa zhoršujú pod vplyvom užívania drog a nie vždy sú riadne diagnostikované.

Morel (1999) rozlišuje nešpecifické psychiatrické poruchy vyskytujúce sa u drogovo závislých od komplikácií špecificky spojených s užívaním drog. Medzi poruchy často sa vyskytujúce u užívateľov drog patria:

- anxiózne-depresívne poruchy;
- poruchy spánku vyplývajúce z depresie, úzkostnej poruchy alebo psychózy;
- agresívne a násilné správanie sa svedčiace o antisociálnych, psychopatických, schizofrenických alebo paranoidných poruchách osobnosti.

Medzi problémy špecificky spojené s užívaním drog patria:

- farmakopsychózy navodené halucinogénnymi drogami alebo amfetamínmi;
- syndrómy so zmätenosťou.

Novšie neuropsychologické a neurobiologické štúdie a nástup techník umožňujúcich vizualizáciu mozgových procesov umožnili vysloviť hypotézu o interakciách medzi mentálnou a fyzickou traumou, vývinom mozgu, účinkami drog, stresom a duševným vývinom. Pri vzniku závislosti má zásadný význam systém odmeny a závislosť je prepojená so štrukturálnymi zmenami a adaptáciou mozgu na mikro aj makro úrovni (Nestrel, 2001).

Iné teórie prepájajú konkrétne drogy s konkrétnymi duševnými poruchami. Bol napríklad vyslovený predpoklad, že heroín by mohol znížiť stres, zmierňovať bolesť a odstrániť výhražné hlasy u schizofrenických a hranične schizofrenických pacientov; pacienti s vážnymi duševnými chorobami však heroín neužívajú. Hovorí sa, že kokaín by mohol zmieniť depresívne stavy, umožniť behaviorálnu dezinhibíciu a narcistickým osobnostiam by mohol umožniť „vyhrať" grandiozitu. Kanabis by mohol uvoľniť napätie a extáza zmierniť sociálne zábrany (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Írska národná správa 2002 špecificky skúmala depresiu u užívateľov drog na základe výsledkov viacerých štúdií a dospela k záveru, že existuje silné prepojenie medzi problémovým užívaním drog, najmä opiátov a benzodiazepínov a vysokým výskytom depresií. Nemecký výskum vzťahu medzi látkovou poruchou, depresiou a samovraždou uzatvára, že riziko samovraždy sa u osôb s depresívnou poruchou veľmi zvyšuje (Bronisch a Wittchen, 1998). Je možné, že niektorí jedinci trpiaci depresiou môžu v rámci samoliečby užívať opiáty a benzodiazepíny: klienti terapeutických programov majú nižšie skóre depresie ako klienti nízkoprahových služieb (Rooney et al., 1999) alebo ako na začiatku liečby (McIntosh a Ritson, 2001).

V jednom nórskom prieskume (n = 2 359) sa zistilo, že vysoké percento užívateľov drog malo v detstve a mladosti vážne rodinné problémy. Sedemdesiat percent malo problémy s učením a so správaním sa v škole, 38 % bolo obeťou šikanovania a 21 % sa v detskom a adolescentnom veku podrobilo psychiatrickej liečbe (Lauritzen et al., 1997). Užívateľky drog s psychiatrickou komorbiditou boli často obeťami traumatického sexuálneho zneužívania (napr. Beutel, 1999).

Diagnóza

Zisťovanie psychiatrických porúch a porúch osobnosti nebýva automaticky súčasťou štandardných diagnostických procedúr uskutočňovaných na začiatku liečby v programoch na liečbu drogových závislostí. S výnimkou niektorých zvlášť osvietených a/alebo špecializovaných služieb sa v zariadeniach na liečbu drogových závislostí len zriedkakedy skúmajú duševné symptómy a poruchy.

Každopádne platí, že komorbidita sa notoricky ťažko diagnostikuje. Drogová závislosť a ňou zapríčinené poruchy správania často dominujú v klinickom obraze a maskujú psychiatrické symptómy. Zneužívanie drog môže spôsobovať aj psychiatrické symptómy, ktoré sú sotva odlíšiteľné od symptómov psychiatrických porúch (Berthel, 2003), pričom prakticky všetky takéto poruchy môžu napodobňovať aj abstinenčné príznaky alebo akútnu intoxikáciu (Liappas, 2001). Depresiu a úzkosť možno navyše považovať za neodmysliteľné symptómy intoxikačno-abstinenčného cyklu; symptómy, ktoré drogy zmierňovali, sa môžu počas abstinencie alebo substitučnej liečby znova prejaviť.

Vďaka metodologickému pokroku sa zlepšila aj diagnostika psychiatrických porúch a porúch spojených s užívaním drog. Dnes je k dispozícii široká škála štandardizovaných a validovaných nástrojov na meranie psychiatrických symptómov a porúch osobnosti, ako aj rôzne nástroje na hodnotenie vzorcov užívania drog a závislosti. Index sily závislosti (Addiction Severity Index (ASI)) je multifunkčným nástrojom, ktorý možno použiť pri diagnóze, plánovaní liečby a následnom sledovaní a výskume. Výhodou ASI je, že je multidimenzionálny a meria minulé aj súčasné problémy v siedmich oblastiach: zdravotný stav, zamestnanosť a schopnosť postarať sa o seba, užívanie alkoholu, užívanie drog, právny štatút,

rodinné a sociálne vzťahy a psychiatrické symptómy (Krausz, 1999a; Öjehagen a Schaar, 2003). Je štandardizovaný a bol preložený z angličtiny do väčšiny európskych jazykov (EuroASI) ([172]). Inštitút Trimbos vyvinul a otestoval protokoly na diagnostiku a liečbu závislých klientov s poruchami pozornosti/hyperaktívnou poruchou (ADHD) (Eland a Van de Glint, 2001).

Prevalencia

Na meranie prevalencie psychiatrických porúch a porúch osobnosti, ako aj vzorcov užívania drog vo všeobecnej populácii a medzi psychiatrickými pacientmi a užívateľmi drog v liečebných centrách aj mimo nich sa uskutočnil rad štúdií. Ich výsledky sa značne rozchádzajú pokiaľ ide o číselné údaje aj o diagnózy a závisia od dostupnosti a výberu populácie, metód výberu vzorky, diagnostických zručností a spôsobilosti, validity a spoľahlivosti použitých diagnostických nástrojov a času konania výskumu.

Uchtenhagen a Zeiglgänsberger (2000) v prehľade jednotlivých štúdií dospeli k záveru, že najbežnejšou psychiatrickou diagnózou užívateľov drog je porucha osobnosti postihujúca 50 – 90 % osôb, po ktorej nasleduje afektívna porucha (20 – 60 %) a psychotické poruchy (20 %). 10 % až 50 % pacientov vykazuje viac ako jednu psychiatrickú poruchu alebo poruchu osobnosti pridruženú k užívaniu drog.

V prehľade medzinárodných štúdií psychopatológie drogovo závislých subjektov Fridell (1991, 1996) načrtol klinický obraz komorbidity pri drogovej závislosti, ktorý potvrdil vlastným výskumom vo švédskom Lunde. Identifikovali sa tri hlavné skupiny porúch: poruchy osobnosti (65 – 85 %), depresívne a úzkostné stavy (30 – 50 %) a psychózy (15 %). Verheul (2001) vo svojom prehľade šiestich štúdií liečených drogovo závislých osôb zistil výraznú prevalenciu antisociálnych (23 %), hraničných (18 %) a paranoidných (10 %) porúch osobnosti.

Podľa mnohých odborníkov na drogovú problematiku prevalencia drogovej závislosti v kombinácii s duševnými poruchami stúpa; iní zasa tvrdia, že to je skôr výsledok väčšej pozornosti venovanej tejto otázke a/alebo zmien v diagnostike a klasifikácii psychiatrických ochorení a/alebo reštrukturalizácie systémov zdravotníckej starostlivosti. Podľa fínskej Evidencie prepustených pacientov sa počet liečení pre problémy súvisiace s drogami v spojitosti s inými problémami duševného zdravia zvýšil zo 441 v roku 1987 na 2 130 v roku 2001. Počet liečení pre užívanie opiátov v kombinácii s psychiatrickými poruchami sa od roku 1996 strojnásobil. Zodpovedá to nárastu užívania drog, hoci priama kauzalita sa nenaznačuje. V Írsku sa počet užívateľov drog po prvý raz prijatých do ústavnej psychiatrickej starostlivosti zvýšil v rokoch 1990 až 2001 takmer na štvornásobok.

Španielska národná správa uvádza, že pozorovaný nárast komorbidity by mohol súvisieť so zvýšením závislosti na psychostimulantoch.

Prevalencia komorbidity v liečebnom prostredí

Tabuľka 7 uvádza podrobné údaje z niekoľkých štúdií komorbidity v rôznych liečebných protidrogových a psychiatrických prostrediach v členských štátoch podľa informácií z národných správ. Údaje o poruchách súvisiacich s užívaním drog v psychiatrických prostrediach nie sú tak ľahko dostupné ako údaje o psychiatrických poruchách v zariadeniach na liečbu drogových závislostí. Hoci štúdie prezentované v tomto prehľade nie sú navzájom porovnateľné, podávajú istý obraz o situácii v krajinách EÚ. Medzi skúmanými populáciami, vybranými diagnostickými kritériami, použitými nástrojmi a časom diagnostiky existujú značné rozdiely. Z vyššie uvedených dôvodov je pravdepodobné, že v mnohých prípadoch diagnóza zostane nezistená.

Porovnávacia štúdia uskutočnená v Grécku a Francúzsku zistila, že hoci celkový výskyt psychopatológie u liečených užívateľov opiátov bol v obidvoch krajinách pomerne podobný, psychopatologické vzorce boli odlišné: prevalencia afektívnych porúch bola vyššia u francúzskych než u gréckych užívateľov drog (19 % oproti 7 %), zatiaľ čo v gréckej vzorke prevládali (20 % oproti 7 %) antisociálne vzorce osobnosti. Autori tieto rozdiely pripisovali nižšej prevalencii užívania drog v Grécku: „čím nižšia je miera sociálne neprijateľného správania sa, tým väčšia je pravdepodobnosť, že sa vyskytuje u sociálne deviantných osôb“ (Kokkevi a Facy, 1995).

Nórska štúdia skúmala rodové rozdiely medzi osobami zneužívajúcimi viacero drog súčasne (z ktorých 85 % užívalo heroín) a čistými alkoholikmi. Vzorka zahŕňala veľmi vysoké percento subjektov s psychiatrickými poruchami a poruchami osobnosti (93 %). U žien sa celkovo zistil podstatne vyšší výskyt vážnych depresií, jednoduchých fóbií a hraničných porúch osobnosti ako u mužov. Spoločný výskyt antisociálnej poruchy osobnosti bol najvyšší u osôb mužského pohlavia zneužívajúcich viacero drog (Landheim et al., 2003).

Prevalencia – väznice a nariadená liečba

Osobitnú pozornosť si zasluhuje väzenská populácia. Prevalencia psychiatrických porúch je rovnako ako

([172]) Pozri Banku hodnotiacich nástrojov EMSDDZ (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabuľka 7: Prevalencia komorbidity v liečebných prostrediach v rôznych krajinách EÚ

Krajina	Prostredie	Populácia	*n*	Prevalencia komorbidity (%)	Diagnózy	Zdroj
Belgicko	Psychiatrická nemocnica	Počet príjmov pre drogové problémy (1996 – 99)	18 920	86	Schizoidné, paranoidné, schizotypálne: 86 % Depresia: 50 % Poruchy osobnosti: 43 %	Databáza minimálnych psychiatrických údajov (1)
Česká republika	Terapeutické komunity	Lôžkoví klienti (2001 – 2002)	200	35	Poruchy osobnosti: 14 % Depresia: 7 % Neurotické poruchy: 6 % Poruchy jedenia: 5 %	Česká národná správa (1)
Nemecko	Liečebné centrá	Osoby závislé od opiátov	272	55	Stresom podmienené a somatoformné poruchy: 43 % – Afektívne poruchy: 32 % Fóbie: 32 % Depresívne epizódy: 16 %	Krausz (1999 b) (1)
Grécko	Väzenia a programy pre liečbu závislostí od drog	Muži závislí od opioidov	176	86	Úzkosť: 32 % Afektívne poruchy: 25 % Schizofrénia: 6 %	Kokkevi and Stefanis (1995) (1)
Španielsko	Metadónový program	Osoby závislé od opiátov	150	n.a.	Borderline: 7 % Antisociálna porucha: 6 % Sociálna fóbia: 6 % Depresia: 5 %	Španielska národná správa (1)
Francúzsko	Metadónový program	Osoby závislé od opiátov	3 936	n.a.	Úzkosť: 4 % Depresia: 3 % Poruchy správania sa: 3 % Poruchy jedenia: 2 %	Facy (1999) (1)
Írsko	Ústavné psychiatrické služby	Prvý príjem s diagnózou drogovej závislosti (1996 – 2001)	1 874	26	Depresia: 21 % Schizofrénia a iné psychózy: 11 % Poruchy osobnosti: 19 %	Národný systém vykazovania pacientov v ústavnej starostlivosti (1)
Taliansko	Služby duševného zdravia	Celoživotní užívatelia drog	58	> 22	Poruchy nálady: 22 % Úzkosť: 21 % Schizofrénia: 16 %	Siliquini et al. (2002) (1)
Luxembursko	Špecializované programy pre liečbu závislostí od drog	Pacienti, ktorí už boli v kontakte s psychiatrickými službami okrem detoxifikácie (1996 – 2002)	380	32	n.a.	AST/RELIS (2002) (1)
Holandsko	Holandská populácia	Osoby závislé od drog vo veku 18 – 64 rokov (1996)	n.a.	n.a.	Depresia: 29 % Sociálna fóbia: 29 % Bipolárna porucha: 24 % Dystýmia: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Rakúsko	Rôzne programy pre liečbu závislostí od drog (prehľad)	Drogoví klienti	n.a.	41 – 96	Poruchy osobnosti, antisociálne poruchy, borderline, narcizmus	Rakúska národná správa (1)
Portugalsko	Liečebné stredisko CAT (kognitívna analytická terapia) v Xabregas	Drogoví klienti	596	> 73	Obsesívno-kompulzívna porucha: 73 % Depresia: 72 % Somatizácia: 60 % Paranoidná ideácia: 58 %	Portugalská národná správa (1)
Fínsko	Nemocnice	Obdobia hospitalizácie súvisiace s drogami (2002)	2 180	29	Paranoidná ideácia: 58 % Psychotické poruchy: 32 % Poruchy nálady: 22 % Neurotické poruchy: 10 % Poruchy osobnosti: 29 %	Register pacientov prepustených z nemocnice
Švédsko	Univerzitná nemocnica, Lund	Pacienti na (detoxifikačnom) oddelení (1977 – 95)	1 052	83	Antisociálna porucha: 23 % Akákoľvek psychóza: 14 % Depresívna porucha: 11 %	Fridell (1996) (1)
Spojené kráľovstvo	Komunitné a lôžkové služby pre liečbu závislostí	Pacienti závislí od drog, 90 % závislých od opiátov	1 075	> 33	Psychoticizmus Úzkosť Depresia Paranoja	Marsden et al. (2000) (1)

Poznámka: Údaje v tejto tabuľke odkazujú na rôzne časové obdobia (napr. počas celého života alebo diagnózy v minulom roku).
n.a. = údaje nie sú k dispozícii
(1) Viac informácií o tejto štúdii nájdete v on-line verzii výročnej správy v tabuľke 12 OL: tabuľky komorbidity v jednotlivých krajinách.

prevalencia užívania drog oveľa vyššia vo väzenskej populácii ako vo všeobecnej populácii. Podľa írskych údajov trpí 48 % väzňov a 75 % väzenkýň duševnými poruchami a celoživotné skúsenosti s užívaním drog udáva 72 % mužov a 83 % žien vo väzeniach (Hannon et al., 2000). V roku 1999 trpelo psychiatrickými problémami 23 % problémových užívateľov drog zadržiavaných vo viedenskom stredisku policajného zachytenia (Dialog, 2000). Miera recidív u užívateľov drog, ktorí si odpykali trest odňatia slobody, je vysoká a čoraz viac sa začína uznávať, že väznenie môže prispieť k zhoršeniu problémov duševného zdravia. Situácia je ešte dramatickejšia vo väzeniach na výkon dlhodobých trestov a so zvýšenou ostrahou.

Vo Švédsku sa zistilo, že 72 % až 84 % dospelých podrobených povinnej protidrogovej liečbe trpí okrem zneužívania drog aj psychiatrickými problémami (Gerdner, 2004). Zo 46 dievčat závislých na omamných látkach umiestnených do povinnej starostlivosti o deti a mládež mali dve tretiny psychiatrické diagnózy alebo poruchy osobnosti (Jansson a Fridell, 2003).

Prekážky liečby komorbidity

Jednou z hlavných prekážok diagnózy a liečby komorbidity je skutočnosť, že psychiatrický personál má všeobecne nedostatočné vedomosti o protidrogovej liečbe a personál protidrogovej liečby vie obyčajne len málo o psychiatrii. Paradigmy týchto dvoch špecializácií sú značne rozdielne – jedna sa zakladá na lekárskych a prírodovedných disciplínach a druhá na psychosociálnych metódach a teóriách. Okrem toho sa filozofia psychiatrických služieb zameriava najmä na bezpečnosť jednotlivcov a verejnosti, zatiaľ čo služby na liečenie drogových závislostí od svojich klientov očakávajú, že budú do istej miery motivovaní liečiť sa. Tieto odlišné východiská často bránia získaniu globálneho, integrovaného pohľadu.

Ako sa hovorí vyššie, psychiatrickým tímom a zariadeniam na liečbu závislosti od drog sa často nepodarí identifikovať významný počet pacientov s komorbiditou. Keď sa o liečbu uchádzajú pacienti s dvojitou diagnózou, ich akútne psychiatrické syndrómy sa často zamieňajú za symptómy navodené užívaním drog alebo naopak, prejavy spojené s abstinenčnými príznakmi alebo intoxikáciou sa nesprávne interpretujú ako psychiatrické ochorenie. Personál psychiatrických zariadení má príliš často tendenciu posielať osoby s komorbiditou do zariadení na liečbu drogových závislostí, ktorých personál ich promptne posiela nazad – alebo naopak. Za takýchto okolností nie je možné zabezpečiť kontinuitu starostlivosti. Dokonca aj v prípade diagnostikovania komorbidity sa jej pri ďalších liečebných intervenciách často nevenuje ďalšia pozornosť (Krausz et al., 1999). To isté platí o pacientoch v psychiatrickej starostlivosti, u ktorých bol diagnostikovaný problém užívania látok – zvyčajne sa u nich nerobia intervencie zamerané na tento problém (Weaver et al., 2003). Tieto zovšeobecnenia samozrejme nevylučujú veľmi dobré výsledky, ktoré u pacientov s komorbiditou dosahujú niektoré psychiatrické programy a programy na liečbu závislostí od drog.

Psychiatrické služby sa navyše často pozerajú podozrievavo na pacientov, u ktorých sa zistí užívanie drog a môže sa stať, že ich odmietnu prijať, čo sa môže stať aj užívateľom, ktorí sú stabilizovaní v substitučnej liečbe. Podobne sa môže stať, že klienti sú vylúčení z protidrogovej liečby kvôli mentálnym problémom. Napríklad v Španielsku väčšina psychiatrických služieb vylučuje klientov s poruchami spojenými s užívaním drog a pre ich personál sa nezabezpečuje potrebné vzdelávanie. Prieskum medzi rakúskymi psychoterapeutmi zistil, že len niektorí z nich sú ochotní za klientov prijať drogovo závislých pacientov (Springer, 2003). Podľa údajov z Talianska v krajine neexistujú jednoznačné pravidlá na posielanie klientov z protidrogových služieb do psychiatrických služieb a psychiatrické služby kladú odpor z dôvodu nedostatočných odborných skúseností. Podľa údajov z Nórska je problematické poslať osoby z nízkoprahových služieb na psychiatrickú liečbu.

54 % programov na liečbu závislosti od drog v Grécku neprijíma užívateľov drog s psychiatrickými poruchami. Pri čistej lôžkovej liečbe v Slovinsku aj v iných krajinách sa do liečebného programu zaraďujú len pacienti, ktorí neužívajú drogy. V prípade pacientov s dvojitou diagnózou je to vážna prekážka, pretože úplná abstinencia by si vyžadovala ukončenie iných terapií, čo nie je vždy možné.

Štruktúry terapie

Medzinárodná literatúra opisuje tri modely poskytovania služieb pri liečbe komorbidity:

1. *Sekvenčná alebo postupná liečba.* Psychiatrické poruchy a poruchy súvisiace s užívaním drog sa liečia postupne a medzi jednotlivými službami je slabá komunikácia. Liečba sa obyčajne najskôr zameriava na najzávažnejšie problémy pacientov a po jej ukončení sa začne s liečbou zameranou na ich ďalšie problémy. Pri tomto modeli sa však môže stať, že pacienti prechádzajú od jednej služby k druhej, pričom ani jedna nedokáže uspokojiť ich potreby.
2. *Paralelná liečba.* Dva odlišné typy porúch sa liečia zároveň a medzi liečbou drogovej závislosti

a psychiatrickou liečbou existuje prepojenie umožňujúce poskytovať služby v rovnakom čase. Potreby týchto dvoch terapií sa často uspokojujú použitím rozdielnych terapeutických prístupov a medicínsky model psychiatrie môže byť v rozpore so psychosociálnou orientáciou liečby drogovej závislosti.

3. *Integrovaná liečba.* Liečbu zabezpečuje psychiatrická nemocnica alebo zariadenie na liečbu závislosti od drog alebo špeciálny program či služba na liečenie komorbidity. Je snaha neposielať pacientov z jedného typu zariadenia do iného. Liečba zahŕňa motivačné a behaviorálne intervencie, predchádzanie recidívam, farmakoterapiu a sociálne prístupy (Abdulrahim, 2001).

Aktuálnu situáciu v liečbe komorbidity v EÚ, ako ju popisujú národné správy, nie je možné ľahko kategorizovať do jednej z uvedených troch skupín. Za optimálny model sa považuje integrovaná liečba, ktorá je však ťažko dosiahnuteľným štandardom. Relevantné výskumné výsledky zväčša prichádzajú z mimoeurópskych krajín. Austrálsky národný projekt komorbidity dospel na základe prehľadu literatúry k záveru, že sa systematicky nepreskúmali a dôsledne nevyhodnotili prístupy k manažmentu a starostlivosti o klientov s komorbiditou, čo sčasti súvisí aj s ťažkosťami pri výskume osôb s koexistujúcou duševnou chorobou a poruchou spojenou s užívaním drog, napríklad kvôli ich chaotickému spôsobu života. Podľa ďalšieho prehľadu existujú dôkazy o tom, že integrovaná liečba osôb s dvojitou diagnózou prináša dobré výsledky z hľadiska duševného zdravia aj užívania drog (Drake et al., 1998). Integrovaný prístup s paralelnými prístupmi porovnávala len jedna štúdia, ktorá však medzi nimi nezistila významné rozdiely; žiadna štúdia neporovnávala integrovaný prístup so sekvenčným.

Sekvenčná liečba

Niektorí experti, napríklad v Dánsku (Andreason, 2002), Spojenom kráľovstve (Department of Health, 2002a) a Nórsku (Sosial- og helsedepartementet 1999), sa nazdávajú, že programy na liečbu závislostí od drog – aspoň pre osoby s vážnymi duševnými poruchami a problémom užívania drog – by sa mali zakladať na psychiatrii, prípadne aj so zapojením externých drogových terapeutov. V Dánsku sa inštitucionalizovalo prepojenie psychiatrických nemocníc s miestnymi zariadeniami na liečbu drogových závislostí. Psychiatrické zariadenia v Luxembursku a Nórsku zavádzajú špecifické opatrenia s cieľom identifikovať osoby trpiace raným štádiom schizofrénie, z ktorých mnohé majú vážne problémy so zneužívaním látok, pretože výsledky ukazujú, že včasná liečba zlepšuje prognózu.

Podľa českej národnej správy by sa problémy spojené so závislosťou mali obyčajne považovať za naliehavejšie ako mentálne problémy, keďže je ťažké liečiť psychiatrické poruchy v situácii, keď závislosť skresľuje klinický obraz. V súčasnosti však lieky predpísané psychiatrom užíva 10 – 20 % klientov českých zariadení na liečbu drogových závislostí, čo by bolo ešte pred niekoľkými rokmi nemysliteľné. Aj v Grécku je medikácia zameraná na liečbu psychiatrických symptómov klientov zariadení na liečbu drogových závislostí mimoriadne zriedkavá. Podľa gréckeho systému trestnej justície sa však duševné poruchy považujú za závažnejšie ako závislosť a páchatelia s komorbiditou sú umiestňovaní do psychiatrickej nemocnice buď vo väznici, alebo v komunite (K. Matsa, osobný rozhovor, 2004). V Španielsku sa užívateľom drog starostlivosť poskytuje obyčajne v rámci programu liečby drogovej závislosti a do psychiatrických zariadení sú umiestňovaní len vtedy, ak sú ich poruchy natoľko závažné, že je potrebná hospitalizácia.

Medzi niektorými odborníkmi už dlho prevláda názor, že u drogovo závislých osôb sa treba vyhýbať akejkoľvek farmakoterapii kvôli riziku vzniku kombinovanej závislosti, napr. na heroín a benzodiazepíny, avšak tento názor sa začína prehodnocovať (napr. Popov, 2003). V niektorých prípadoch existuje tendencia predpisovať všetkým užívateľom drog psychofarmakologickú medikáciu, čo sčasti súvisí s nedostatkom času na potrebné vyšetrovanie. Rakúska národná správa poukazuje na to, že nízka úroveň spolupráce pri liečbe zo strany užívateľa drog sťažuje farmakologickú liečbu psychiatrických stavov a kombinované užívanie omamných látok a liekov môže v prípade nedostatočného dozoru viesť aj k interakciám medzi nelegálnymi a predpísanými liekmi alebo k neutralizácii predpísaného lieku.

Paralelná liečba

Spoločná zodpovednosť psychiatrického zariadenia a zariadenia na liečbu drogovej závislosti za klienta v rámci modelu paralelnej liečby sa v praxi zisťuje len zriedkavo. Miestne pracovné skupiny, do ktorých sú zapojení predstavitelia zariadení na liečbu drogových závislostí aj služieb pre duševné zdravie, sú často dôležitým médiom pre vzájomné výmeny, spoluprácu a vytváranie siete. Vo Francúzsku, Taliansku a Holandsku oficiálne predpisy alebo protokoly ustanovujú povinnosť zariadení na liečbu drogových závislostí udržiavať tesné vzťahy s psychiatrickými zariadeniami, s ktorými by mali uzatvoriť oficiálne regionálne dohody o postupe pri umiestňovaní klientov a výmene klinických informácií (Olin a Plaisait, 2003). Podľa názoru viac ako polovice holandských pacientov s dvojitou diagnózou však takéto dohody nevedú k zlepšeniu starostlivosti (Van Rooijen, 2001).

Tabuľka 8: Integrované programy pre liečbu závislostí od drog v jednotlivých európskych krajinách

Krajina	Integrované programy na liečbu závislostí od drog
Belgicko	Zriaďovanie liečebných služieb v štádiu overovania realizovateľnosti.
Nemecko	Prvé iniciatívy pred 20 rokmi. Dostupnosť integrovanej liečby je ešte stále nedostatočná.
Grécko	Jeden integrovaný program sa začal v roku 1995 a poskytuje dve odlišné liečebné alternatívy v závislosti od závažnosti psychiatrickej poruchy. Výsledky sú pozitívne.
Španielsko	V roku 2002 existovalo 185 stredísk pre 4 803 klientov s komorbiditou. Jeden špecializovaný integrovaný útvar v Katalánsku a jedna terapeutická komunita v Kantabrii pre pacientov s komorbiditou vyžadujúcich ústavnú liečbu.
Holandsko	Dve špecializované integrované lôžkové oddelenia. Prebieha hodnotenie procesu s cieľom identifikovať najlepšiu prax.
Rakúsko	Spolupráca medzi programom pre problémy s drogami a blízkou psychiatrickou nemocnicou; niektorí nemocniční psychológovia pracujú v liečebnom zariadení pre drogovú závislosť. Klienti sú v starostlivosti protidrogového liečebného zariadenia a do nemocnice sú posielaní až v prípade, že ich psychiatrické symptómy sú príliš vážne.
Spojené kráľovstvo	Viacero integrovaných služieb v rôznych komunitných prostrediach. Bolo vymenovaných niekoľko odborníkov na dvojitú diagnózu pracujúcich v službách pre liečbu závislostí alebo v psychiatrických tímoch.
Nórsko	Jeden integrovaný projekt spolupracujúci s psychiatrickým strediskom v Osle. Následné sledovanie a hodnotenie až v trvaní do dvoch rokov, zamerané na základné potreby ako je bývanie, práca, sociálne dávky a sociálne vzťahy.

V Luxembursku a Rakúsku môže personál zariadenia na liečbu drogových závislostí nasledovať svojich klientov, ktorí boli umiestnení do psychiatrických nemocníc. V usmerneniach platných v Spojenom kráľovstve sa zdôrazňuje nutnosť zapájať odborníkov z protidrogových aj psychiatrických služieb do plánovania starostlivosti o klienta s dvojitou diagnózou s cieľom určiť prioritu liečebných alternatív (Ministerstvo zdravotníctva, 2002a).

Integrovaná liečba

V rámci tohto modelu má jeden tím na starosti liečenie obidvoch porúch. Má to tú výhodu, že klient nie je konfrontovaný s dvoma protikladnými názormi. V niektorých krajinách takúto integráciu komplikuje oddelenosť administratívnych systémov (napr. v Španielsku) alebo rozdielnosť systémov financovania (napr. Nemecko).

Vo väčšine krajín existuje len niekoľko špecializovaných integrovaných programov alebo oddelení pre pacientov s komorbiditou a ich dostupnosť ani zďaleka nepokrýva dopyt; ilustruje to tabuľka 8 obsahujúca dostupné informácie.

Najbežnejšou formou uplatňovania integrovaného liečebného modelu je zamestnávanie psychiatrov v zariadeniach na liečbu drogových závislostí a/alebo pracovníkov týchto zariadení v zariadeniach pre duševné zdravie. Takéto riešenie by mohlo byť najvhodnejšie pre menšie regióny, v ktorých špecializované, integrované kliniky nie sú schodným riešením. V Španielsku sa všeobecným lekárom, ktorí pracujú v oblasti liečby drogových závislostí, od roku 2002 udeľuje titul „špecialista na psychiatriu" po absolvovaní skúšky a zdokumentovaní praxe získanej prácou s pacientmi trpiacimi duševnými poruchami. V Portugalsku musia liečebné strediská zamestnávať aspoň jedného psychiatra, aby mohli dostať akreditáciu a certifikáciu. Nie všetci psychiatri pracujúci v zariadeniach na liečbu drogových závislostí však majú potrebné špecializované vedomosti a prípravu na liečenie užívateľov drog a môže byť potrebné ďalšie špecifické vzdelávanie.

Case manažment

Manažment prípadu ako metóda koordinácie liečby klientov s cieľom zabezpečiť individualizovanú sekvenčnú alebo súčasnú starostlivosť a pomôcť klientom zorientovať sa v systéme liečby je v EÚ zrejme dosť zriedkavý. Podľa správ z Francúzska sa nadväzuje spolupráca drogových a psychiatrických služieb s cieľom zaviesť spoločné prijímanie a manažment liečby pacientov s psychiatrickými problémami a závislosťou; táto spolupráca sa však často obmedzuje len na jednotlivé prípady. Odborníci v Luxembursku aj v Holandsku uznávajú tento postup ako najúčinnejšiu metódu pre pacientov s dvojitou diagnózou. Je však finančne aj časovo náročný a vyžaduje si špecifické profesionálne zručnosti. V niektorých krajinách sa však zavádza postup známy ako „asertívna komunitná liečba" (pozri nižšie).

Terapeutické metódy a najlepšia prax

Liečba klientov s komorbiditou je spojená s mnohými problémami a je mimoriadne náročná na personál a často nevďačná. Klientov je často ťažké zvládnuť pre ich deštruktívne a agresívne sociálne správanie, najmä pokiaľ

sa u nich prejavujú „dramatickejšie" typy poruchy osobnosti, a pre ich emocionálnu labilitu. Bežne sa vyskytuje odpor proti dodržiavaniu režimu a požiadavkám liečby – napríklad klient sa nedostaví na prehliadku alebo neberie lieky – a s tým súvisiace rozčarovanie ešte prehlbujú neuspokojivé osobné vzťahy. Úspešnosť liečby býva všeobecne nízka a percento klientov, ktorí liečbu nedokončia, vysoké. Výsledkom je časová náročnosť, vysoké náklady na liečbu a pochopiteľná frustrácia personálu, ktorý často trpí pocitom netrpezlivosti, potláčanou agresivitou a symptómami vyhorenia. Nedostatok postupov následného sledovania a následnej starostlivosti má za následok vysokú mieru recidív, pričom duševné poruchy aj poruchy spojené s užívaním drog sa často dostávajú do chronického štádia. Na druhej strane aj klienti často mávajú negatívne skúsenosti s podpornými službami, a preto môžu javiť odpor alebo neochotu podrobiť sa liečbe.

Napriek tejto komplikovanej situácii odborníci neprestajne hľadajú a vyvíjajú efektívnejšie prístupy. Pravidelné interdisciplinárne diskusie o prípadoch a intenzívna spolupráca by mohli napraviť vzájomný nedostatok porozumenia personálu. Takýmto spôsobom by mohli všetci zainteresovaní získať podrobnejšie informácie o klientoch a podporila by sa tak tvorba najlepších praktík alebo stratégií starostlivosti. Kvalita liečby je najdôležitejším faktorom dosahovania pozitívnych výsledkov.

Ako v mnohých oblastiach súvisiacich s drogami, aj v oblasti dokumentácie, hodnotenia a výskumu liečby komorbidity je situácia žalostná. Dostupné dôkazy ani zďaleka nepoukazujú na jednoznačne najúspešnejší typ liečby. Psychosociálne liečebné programy hodnotila organizácia Cochrane Collaboration (Ley et al., 2003). Hodnotený materiál mal obmedzený rozsah – šesť štúdií, z toho štyri malé, z ktorých všetky mali všeobecne nízku kvalitu z hľadiska štruktúry a vykazovania. Hodnotenie prinieslo najmä zistenie, že „neexistujú jednoznačné dôkazy poukazujúce na výhodnosť niektorého typu programu pre zneužívanie drog určeného pre osoby s vážnym duševným ochorením v porovnaní s hodnotou štandardnej starostlivosti". Záver znel, že „Nové špecializované programy pre zneužívanie drog osobami s vážnym duševným ochorením by sa mali zavádzať v kontexte jednoduchých a správne navrhnutých kontrolovaných klinických skúšok."

Rozsiahly prieskum medzinárodného výskumu protialkoholickej a protidrogovej liečby zistil len osem randomizovaných štúdií o liečbe drogovo závislých osôb trpiacich vážnymi psychiatrickými poruchami (Jansson a Fridell, 2003). Mimoriadne vysoké bolo percento osôb, ktoré liečbu nedokončili, ba dokonca ani na ňu nenastúpili. V následnom prieskume konanom po krátkom čase sa zistilo, že ústavná liečba, najmä v terapeutických komunitách, priniesla lepšie výsledky z hľadiska životných podmienok a užívania látok, ale nie z hľadiska psychiatrických symptómov.

Niektoré črty sú príznačné pre všetky terapeutické situácie. Ďalej uvádzané odporúčania sme prevzali z hodnotení a meta-analýz medzinárodne publikovaných randomizovaných kontrolovaných štúdií protidrogovej liečby (Berglund et al., 2003):

1. Neprestajne by sa mali sledovať meniace sa drogové návyky.
2. Intervencie by mali byť vysoko štruktúrované.
3. Aby intervencie priniesli výsledky, mali by trvať dosť dlho.
4. Intervencia by mala trvať najmenej tri mesiace, prípadne dlhšie.

Smernice ministerstva zdravotníctva (Department of Health, 2002b) v Spojenom kráľovstve a výskumné projekty a prehľady literatúry (napr. Crawford, 2001) odrážajú zvýšený záujem o dvojitú diagnózu. Dôkazová základňa však pochádza najmä zo Severnej Ameriky – štúdie uskutočnené v Spojenom kráľovstve tvoria menej ako 10 % Crawfordových abstraktov.

Podľa holandského prieskumu medzinárodného výskumu je potenciálne účinným modelom pre „case management" asertívna komunitná liečba, ktorá má štrukturálne (počet prípadov, tímová práca, spolupráca s ostatnými zdravotníckymi odborníkmi), organizačné (explicitné inkluzívne kritériá, obmedzený počet novoprijímaných klientov, 24-hodinová krízová intervencia) a obsahové (podpora a starostlivosť poskytovaná v každodenných situáciách, aktívny prístup, časté kontakty) aspekty (Wolf et al., 2002). V britskom Birminghame sa pre tímy vykonávajúce asertívnu komunitnú liečbu organizuje vzdelávanie s použitím prístupu založeného na manuáli kognitívnej behaviorálnej integrovanej liečby. Tímy počas intervencie dostávajú nepretržitú podporu a hodnotia sa z hľadiska procesu aj výsledku (2003). V Nórsku pokusne pracuje niekoľko integrovaných tímov uplatňujúcich asertívnu terapeutickú komunitu.

Ďalej uvádzaný prehľad obsahuje príklady najlepšej praxe, ktoré uvádzajú národné kontaktné miesta siete Reitox:

- Následná štúdia 219 osôb závislých od opiátov liečených v hamburských protidrogových zariadeniach preukázala pokles užívania heroínu a kokaínu počas obdobia dvoch rokov. V štyridsiatich siedmich

percentách prípadov sa zistila pozitívna zmena psychiatrických porúch (Krausz et al., 1999).

- Talianska štúdia zistila, že výsledky metadónovej substitučnej terapie sa podstatnejšie nelíšili medzi pacientmi s vážnymi alebo s miernymi psychiatrickými symptómami z hľadiska retencie ani z hľadiska užívania heroínu. Zdá sa však, že klienti s vážnejšími psychiatrickými poruchami potrebovali vyššie priemerné dávky metadónu (Pani et al., 2003).
- Dialektická behaviorálna terapia ([173]) je liečebnou alternatívou, ktorá sa zdá byť osobitne vhodná pre ženy užívajúce drogy s vážnymi hraničnými poruchami osobnosti a/alebo samovražednými sklonmi. Dôkazy sa však opierajú len o malý počet štúdií. Holandská kontrolovaná skúška dialektickej behaviorálnej terapie zistila zlepšenie u pokusnej skupiny, ako aj u skupiny s „obvyklou liečbou", ktoré sa prejavilo v zmiernení sebadeštruktívneho správania sa. U pokusnej skupiny sa zistil významne vyšší pokles užívania alkoholu, ale nezistili sa žiadne rozdiely v užívaní drog (Van den Bosch et al., 2001).
- Vo švédskej štúdii sa opakovaným používaním dotazníka ASI (Index sily závislosti) počas liečby v rámci modelu udržateľného riadenia kvality zistilo, že po dvoch rokoch od prepustenia 46 % pacientov abstinovalo. Podľa ASI mali pacienti s dvojitou diagnózou vážnejší problémový profil ako nepsychotickí pacienti. Pri následnom sledovaní sa všeobecne zistili len malé zmeny osobnostných profilov a symptómov, ale zvýšila sa kvalita života a stabilizovala sa životná situácia mnohých pacientov (Jonsson, 2001).
- V Spojenom kráľovstve (Barrowclough et al., 2001) sa zistilo, že kombináciou motivačných pohovorov, kognitívnej behaviorálnej terapie a rodinných zásahov sa dosiahlo zlepšenie u pacientov so schizofréniou a poruchami spojenými so zneužívaním drog.
- Prehľad nórskych štúdií o liečbe klientov s komorbiditou priniesol záver, že agresívne, impulzívne správanie sa najlepšie lieči pomocou konfrontačnej, štruktúrovanej skupinovej terapie v kombinácii s rodinnou terapiou. Depresívni alebo anxiózni pacienti mali väčší úžitok z individuálnej psychoterapie a z podpornej skupinovej terapie (Vaglum, 1996).

Výskum

Nedávno sa začal realizovať projekt výskumu dvojitej diagnózy v rámci Piateho rámcového programu výskumu a vývoja Európskej komisie. Tento prospektívny výskum, do ktorého je zapojených viacero stredísk v Dánsku, Francúzsku, Poľsku, Škótsku, Anglicku a Fínsku, má opísať poskytovanie služieb pacientom s dvojitou diagnózou v siedmich európskych psychiatrických prostrediach a porovnať morbiditu a využívanie služieb medzi pacientmi s dvojitou a pacientmi s jednou diagnózou počas 12-mesačného obdobia. Skúmané výsledky sa budú vzťahovať na stupeň závislosti, psychiatrické symptómy, spoluprácu pri liečbe, psychosociálne fungovanie, sociálnu sieť, recidívu a mortalitu. Výsledky sa očakávajú v roku 2005 ([174]).

Vzdelávanie

Vo väčšine krajín sa pri vzdelávaní lekárov i ošetrujúceho personálu venuje len malý priestor drogovej závislosti a ešte menší otázke komorbidity. V Taliansku sa posilnilo spoločné vzdelávanie pracovníkov psychiatrických a protidrogových služieb. V Holandsku organizuje Trimbos Institute vzdelávacie kurzy pre odborníkov na drogové závislosti a duševné zdravie zabezpečujúcich liečbu pacientov s dvojitou diagnózou. Ostatné krajiny informujú o existencii interného vzdelávania a kurzov, ale implementácia je skôr náhodná a nesystematická.

Royal College of Psychiatry v Spojenom kráľovstve uskutočnil analýzu vzdelávacích potrieb (Mears et al., 2001) rôznych odborných skupín zo zariadení pre duševné zdravie a liečbu drogových závislostí. Päťdesiatpäť percent účastníkov skúmanej vzorky uviedlo, že sa necítia byť dostatočne pripravení na prácu s klientmi s komorbiditou a vyjadrilo záujem o ďalšie vzdelávanie.

([173]) Dialektická behaviorálna terapia (DBT) predstavuje aplikáciu širokej škály kognitívnych a behaviorálnych terapeutických stratégií na riešenie problémov hraničnej poruchy osobnosti (BPD), vrátane suicidálneho správania sa.

([174]) Pozri http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf

Literatúra

Abdulrahim, D.: *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services,* Londýn, The Health Advisory Service, 2001.

Andreasen, J.: Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens, *Ugeskrift for læger,* 2002, s. 51.

AST/RELIS: Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, Luxemburg, PFN, 2002.

Bakken, K. – Landheim, S. – Vaglum, P.: Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism,* 38, 2003, s. 54 – 59.

Barrowclough, C. – Haddock, G. – Tarrier, N. et al.: Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia, *American Journal of Psychiatry,* 158, 2001, s. 1706 – 1713.

Baudis, R.: A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Miláno, Servizi Area Penale Carceri, 5. – 7. februára 2004.

Beck, F.: *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (návrh správy), Paris, Escapad, OFDT, 2003.

Benschop A. – Rabes, M. – Korf, D.: *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities,* Amsterdam, Rozenberg Publishers, 2002.

Berglund, M. et al. (ed.): *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review,* Londýn, Wiley, 2003.

Berthel, T.: *Scheitern des Substitutionsansatzes oder Mitagieren des Therapeuten im Theater der Süchtigkeit,* 2000. (http://beigebrauch.substitutionstherapie.info/2000/berthel.htm).

Berthel, T.: Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E. – Haltmayer, H. – Springer, A. (eds): *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis,* Viedeň, Springer, 2003.

Best, D. – Lan-Ho, M. – Zador, D. et al.: Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings* 4, 2000, s. 4 – 20.

Best, D. – Lan-Ho, M. – Zador, D. et al.: Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings* 5, 2001, s. 4 – 18.

Beutel, M.: Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, 1999, s. 313 – 319.

Bird, S. – Rotily, M.: Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons, *Howard Journal* 41 (2), 2002.

Bovenker, F. and Hogewind, W. I. M.: *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding,* Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht, 2002.

Bronisch, T. – Wittchen, H.-U.: Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen, *Suizidprophylaxe* 1, 1998, s. 2 – 26.

Cabral, C.: *Rapport sur l'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs,* Assemblée Nationale no. 3641/Sénat no. 259, 2002.

Chinman, M. – Imm, P. – Wandersmann, A.: *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation,* Santa Monica, RAND Corporation, 2004.

CND: *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat,* Viedeň, UN Economic and Social Council 2004.

Commonwealth Department for Health and Ageing: National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings. Commonwealth of Australia, Canberra 2003.

Crawford, V.: Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature, Londýn, Royal College of Psychiatrists, 2001.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A. et al.: Young people's health in context. Health behavior in school-aged children (HBSC) study', international report from the 2001/02 survey, *Health Policy for Children and Adolescents,* No 4, WHO Europe, Ženeva, 2004.

D'Agnone, O.: *Neurobiology of cocaine addiction.* Vystúpenie na 2. britskej národnej konferencii o protidrogovej liečbe, 4. marca 2004.

Deehan, A. – Saville, E.: *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England',* Home Office Online Report 43/03, 2003.

Department of Health: *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide,* Londýn, Department of Health, 2002a.

Department of Health: *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation,* Londýn, Department of Health, 2002b.

Dialog: *Jahresbericht 1999:* Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Viedeň, 2000.

Dolan, K.: Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3 – 4, 1997 – 98, s. 32 – 38.

Dolan, K. – Rutter, S. – Wodak, A. D.: Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development, *Addiction* 98, 2003, s. 153 – 158.

Drake, R. – Mercer-McFadden, C. – Mueser, K. et al.: Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders, *Schizophrenia Bulletin* 24, 1998, s. 589 – 608.

DrugScope: *Druglink* 19 (1) jan./feb. 2004.

Dusenbury, L. – Falco, M.: Eleven components of effective drug abuse prevention curricula, *Journal of School Health* 65, 1995, s. 420 – 425.

Eland, A. – Van de Glint, G.: Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Utrecht, Trimbos Instituut, 2001.

Emmanuelli, J.: Siamois: Tendances en matičre de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y. – Toufik, A. – Gandilhon, M. et al. (eds): *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND,* Paríž, OFDT, 2003, s. 263 – 267.

EMSDDZ: Cocaine and crack (special issue). In: *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union,* Lisabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001.

EMSDDZ : *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union,* Lisabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003a.

EMSDDZ : *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway,* Lisabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003b.

EMSDDZ : *Drugs in focus no. 11: Hepatitis C: a hidden epidemic,* Lisabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003c.

EMSDDZ : *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organizations,* Lisabon, 24. júna, 2003d. (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EMSDDZ : *European report on drug consumption rooms,* Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004a.

EMSDDZ : *Drugs in focus no. 13: Deaths,* Lisabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004b.

EMSDDZ : *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabon, 2004c.

EMSDDZ : *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisabon, 2004d.

Estebanez, P. – Russell, N. K. – Aguilar, M.D. et al.: Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid, *European Journal of Epidemiology* 17, 2001, s. 573 – 580.

EuroHIV: *HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 69,* Paríž, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2003, s. 1 – 54.

Európska komisia: *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms,* Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities, 1999.

Európska komisia: *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services,* Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities, 2003.

Europol: *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective,* Haag, Europol, 2002.

Europol: *European Union organised crime report,* Haag, Europol, 2003.

Facy, F.: *Toxicomanes et prescription de méthadone,* Paríž, EDK, 1999.

FATF: *Annual report 2002 – 2003,* (http://www.fatf-gafi.org), 2003a.

FATF: *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices,* Paríž, FATF, 2003b.

Flay, B.: Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change, *Addictive Behaviours* 25, 2000, s. 861 – 866.

Fridell, M.: *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10,* Štokholm, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), 1991.

Fridell, M.: Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996,14, Štokholm, Socialstyrelsen, 1996.

Gerdner, A.: *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier.* Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Štokholm, Socialdepartementet, 2004.

GFATM Secretariat: *The Global Fund Grant status report,* 2004. (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. – Suligoi, B.: Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections, *Sexually Transmitted Diseases* 31 (2), 2004, s. 79 – 84.

Gore, S.M.: Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin, *Lancet* 354, 1999, s. 1265 – 1266.

Hall, W. – Degenhardt,L. – Lynskey, M.: *The health and psychological effects of cannabis use,* Monograph Series no. 44, 2. vyd. Canberra, Commonwealth of Australia, 2001.

Hannon F. – Keleher C. – Friel, S.: *General healthcare study of the Irish prison population,* Dublin, Stationery Office, 2000.

Hansen, W.: School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980 – 1990, *Health Education Research* 7, 1992, s. 403 – 430.

Hope, V. – Ncube, F. – de Souza, L. et al.: Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly, 8(4), 22. januára 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB: *Report of the International Narcotics Control Board 2003* New York, United Nations, INCB, 2004a.

INCB: *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances,* New York, United Nations, INCB, 2004b (http://www.incb.org).

Interpol: *Activities report,* Lyon, Interpol, 2002.

Jansson, I. – Fridell, M.: Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03, Štokholm, Statens Institutionsstyrelse, 2003.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, Barcelona, 1. – 2. mája 2003.

Jonsson, S.: Långstorsps vård- och behandllingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Lund, Institutionen för psykologi, 2001.

Kessler, R.C. – Aguilar-Gaxiola S. – Andrade L. et al.: Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys, *Psychiatrica Fennica* 32, 2001, s. 62 – 79.

Kokkevi, A. – Facy, F.: Personality traits and psychopathology in drug addiction, *European Addiction Research* 1, 1995, s. 194 – 198.

Kokkevi, A. – Stefanis, C.: Drug abuse and psychiatric comorbidity, *Comprehensive Psychiatry* 36, 1995, s. 329 – 337.

Kraus, L. – Augustin, R. – Korf, D. et al.: Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (report), 2003.

Krausz, M.: Old problems – new perspectives, *European Addiction Research* 2, 1996, s. 1 – 2.

Krausz, M.: Editorial. Addiction and mental health, *European Addiction Research* 5, 1999, s. 53 – 54.

Krausz, M.: Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, C. Jellinek, C. and Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, s. 100 – 114. Weinheim, Deutscher Studienverlag, 1999.

Krausz, M. – Verthein, U. – Degkwitz, P.: Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, 1999, s. 55 – 62.

Landheim, A. S. – Bakken, K. – Vaglum, P.: Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, 2003, s. 8 – 17.

Lauritzen, G. – Waal, H. – Amundsen, A. – Arner, O.: A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, 1997, s. 43 – 63.

Ley, A. – Jeffery, D.P. – McLaren, S. – Siegfried, N.: Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review, *The Cochrane Library,* Issue 4, 2003. Chichester, UK, Wiley, 2003.

Liappas, J.: Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem, *Itaca* 6, 2001, s. 9 – 22.

Lima, A.R. – Lima, M.S. – Soares, B.G.O. – Farrell, M.: Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review, *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004a. (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M.S. – Reisser, A.A.P. – Soares, B.G.O. – Farrell, M.: Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review, *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004b. (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J. – Allwright, S. – Begley, C.: Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons, *International Journal of Drug Policy*, v tlači, 2004.

McIntosh, C. – Ritson, B.: Treating depression complicated by substance misuse, *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 2001, s. 357 – 364.

McVeigh, J. – Beynon, C. – Bellis, M. A.: New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991 – 2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom, *International Journal of Drug Policy* 14, 2003, s. 399 – 405.

Mäkelä, K. – Poikolainen, K.: Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta, *Yhteiskuntapolitiikka* 66, 2001, s. 160 – 165.

Marsden, J. – Gossop, M. – Stewart, D. et al.: Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study, *British Journal of Psychiatry* 176, 2000, s. 285 – 289.

Mears, A. – Clancy, C. – Banerjee, S. et al.: Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis, Londýn, Royal College of Psychiatrists, 2001.

Migliori, G.B. – Centis, R.: Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries, *Monaldi Archive of Chest Diseases 57*, 2002, s. 285 – 290.

Morel, A.: Troubles psychiatriques associés ŕ la toxicomanie, *Interventions* 72, 1999, s. 35 – 40.

Moyle, P.: *International drug court developments, models and effectiveness,* Strasburg, Pompidou Group Drug Court Project, 2003.

Murphy-Lawless, J.: *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities,* Dublin, Liffey Press, 2002.

Murray, R. – Grech, A. –Phillips, P. – Johnson, S.: What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? In: Murray, R. – Jones, P. – Susser, E. et al. (eds): *The epidemiology of schizophrenia,* Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

National Forum of Urban Affairs Professionals: *Social mediation, new ways of conflict resolution in everyday life,* Paríž, National Forum of Urban Affairs Professionals, 2000.

Neale, J. – Robertson, M.: Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), 2004, s. 79 – 90.

Öjehagen, A. – Schaar, I.: Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. In: Carrŕ, G. – Clerici, M. (eds): *Dual diagnosis: filling the gap*. Paríž, John Libbey Eurotext, 2003.

Olin, N. – Plasait, B.: *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicite,* Paríž, Sénat, 2003.

Origer, A. – Delucci, H.: *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999 – 2000),* Séries de recherche no. 3. Luxembourg, Point focal OEDT Luxemburg-CPR Santé, 2002.

Paglia, A. – Room, R.: Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations, *Journal of Primary Prevention* 20(1), 1999, s. 3 – 50.

Pani, P. P. – Trogu, E. – Carboni, G. et al.: Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence, *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, 2003, s. 23 – 36.

Pedersen, M.U.: Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Ĺrhus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2001.

Popov, P.: Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha, Úřad vlády ČR – NMC, 2003.

Ravelli, A. – Bijl, R. V. – Van Zessen, G.: Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 1998, s. 531 – 544.

Národné správy siete Reitox (Reitox national reports), 2003. (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T. – Lilly, R. – Fernández, C. et al.: Risk factors associated with drug use: the importance of „risk environment", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, 2003, s. 303 – 329.

Rooney, S. – Kelly, G. – Bamford, L. et al.: Co-abuse of opiates and benzodiazepines, *Irish Journal of Medical Science* 168, 1999, s. 36 – 41.

SAMHSA, Office of Applied Studies: *Trends in initiation of substance use,* 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA), 2001.

SAMHSA, Office of Applied Studies: *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings.* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F. – Oyefeso, A. – Corkery, J. et al.: Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996 – 2002, *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, 2003, s. 519 – 524.

Seivewright, N. – Donmall, D. – Douglas, J. et al.: Cocaine misuse treatment in England, International *Journal of Drug Policy* 11, 2000, s. 203 – 215.

Siliquini, R. – Zeppegno, P. –Faggiano, F.: Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo. In: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte – Rapporto 2002,* Turín, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, 2002.

Sosial- og helsedepartementet: *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar,* 1999.

Springer, A.: *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, Lisabon, EMCDDA, 2003a.

Springer, A.: Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H. and Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis,* Viedeň, Springer, 2003b.

Stothard, B. – Ashton, M.: Education's uncertain saviour, *Drug and Alcohol Findings* 3, 2000, s. 4 – 7, 16 – 20.

Stöver, H.: Bestandsaufnahme „Crack Konsum" in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht, Bremen, University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO), 2001.

Stöver, H. – Nelles, J.: Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons, *International Journal of Drug Policy* 14, 2003, s. 437 – 44.

Ter Bogt, T. – Engels, R.C.M.E.: Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties, *Substance Use and Misuse in press,* 2004.

Tobler, N.: Prevention is a two-way process, *Drug and Alcohol Findings,* Issue 5, 2001, s. 25 – 27.

Tobler, N. – Stratton H.H.: Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research, *Journal of Primary Prevention* 18(1), 1997, s. 71 – 128.

Tobler, N. S. – Roona, M. R. – Ochshorn, P.: School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis, *Journal of Primary Prevention* 20, 2000, s. 275 – 336.

Uchtenhagen, U. – Zeiglgänsberger, W.: *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management,* Munich, Urban & Fischer Verlag, 2000.

Úrad OSN pre drogy a kriminalitu: *Global illicit drug trends 2003,* Viedeň, UNODC, 2003a.

Úrad OSN pre drogy a kriminalitu: *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003,* Viedeň, UNODC, 2003b.

UNODC (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu): *Demand reduction: a glossary of terms,* New York, United Nations, 2000.

UNODC a vláda Maroka: *Morocco cannabis survey 2003,* Viedeň, UNODC, 2003.

Vaglum, P.: Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies, Psychiatric Fennica 27, 1996, s. 55 – 67.

Van den Bosch, L. M. – Verheul, R. – Van den Brink, W.: Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates, *Journal of Personality Disorders* 15, 2001, s. 416 – 424.

Van Rooijen, M.: Zendingswerk: dubbele diagnose klinike. *Psychiatry* 5, 2001, s. 24 – 28.

Verheul, R.: Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders, *European Psychiatry* 16, 2001, s. 274 – 282.

Svetová colná organizácia (WCO): *Drug routes from Central Asia to Europe,* 2003a (dostupné na internetovej stránke WCO: http://www.wcoomd.org).

Svetová colná organizácia (WCO): An integrated international response to drug smuggling, Brusel, WCO, 2003b.

Svetová colná organizácia (WCO): *World money laundering report.* Volume 4, Issue 10, 2003c

Weaver, T. – Madden, P. – Charles, V. et al.: Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services, *British Journal of Psychiatry* 183, 2003, s. 304 – 312.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO): *Lexicon of alcohol and drug terms,* Ženeva, WHO, 1995.

Wiessing, L. – Kretzschmar, M.: Can HIV epidemics among IDUs „trigger" a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, 2003, s. 99 – 102.

Williams, H. – O'Connor, J.J. – Kinsella, A.: Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance, *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, 1990, s. 45 – 46.

Wolf, J. – Mensink, C. – Van der Lubbe, P.: *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect,* Utrecht, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, 2002.

Zuckerman, J.: The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations, *Drugs* 63, 2003, s. 1779 – 1784.

Zurhold, H. – Kreutzfeldt, N. – Degkwitz, P. – Verthein, U.: *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten,* Freiburg, Lambertus, 2001.

Národné kontaktné miesta siete Reitox

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti, 2004

Výročná správa 2004: stav drogovej problematiky v Európskej únii a v Nórsku

Luxembourg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev
2004 – 113 s. – 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-213-6

PREDAJ A PREDPLATENIE PUBLIKÁCIÍ

Platené publikácie, ktoré vydáva Úrad pre úradné publikácie, môžete dostať v našich predajných kanceláriách na celom svete.

Ako treba postupovať, aby ste získali niektorú z našich publikácií?

Zadovážte si zoznam našich predajných kancelárií, vyberte si kanceláriu, ktorá Vám najviac vyhovuje a zašlite na jej adresu objednávku.

Ako si zadovážite zoznam predajných kancelárií?

- Potrebnú informáciu nájdete na internetových stránkach Úradu pre úradné publikácie http://publications.eu.int/
- Zoznam si môžete objednať faxom na čísle (352) 2929-42758 a bude Vám zaslaný v tlačenej verzii.

16 17 5 TD-AC-04-001-SK-C

Čo je EMSDDZ

Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (EMSDDZ) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Stredisko, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMSDDZ zbiera, analyzuje a šíri objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie strediska sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov, vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a všeobecnú verejnosť.

Výročná správa EMSDDZ každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v členských štátov EÚ a Nórsku a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.

Úrad pre publikácie
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-213-6
9 789291 682133