



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

VÝROČNÁ SPRÁVA 2008

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právne upozornenie

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

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

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

(*) Niektorí operátori mobilných sietí nepovoľujú prístup k číslam 00 800 alebo tieto hovory fakturujú.

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

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev, 2008

ISBN 978-92-9168-338-3

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2008

Reprodukcia sa povoľuje za predpokladu, že sa uvedie zdroj.

Printed in Luxembourg

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



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

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

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

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

Obsah

Predslov	5
PodĎakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár: Drogová situácia v Európe – nové perspektívy a niektoré staré skutočnosti	11
Kapitola 1: Politiky a právne predpisy	
Rozvoj medzinárodných a európskych politik • Národné stratégie • Verejné výdavky • Vnútroštátne právne predpisy • Kriminalita • Národný výskum	18
Kapitola 2: Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad	
Prevenia • Liečba • Znižovanie škôd • Sociálna reintegrácia • Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach	28
Kapitola 3: Kanabis	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Liečba	36
Kapitola 4: Amfetamíny, extáza a LSD	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Prostredie zábavných podnikov • Poskytovanie liečby	47
Kapitola 5: Kokaín a crack	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Liečba a znižovanie škôd	58
Kapitola 6: Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog	
Ponuka a dostupnosť heroínu • Odhady prevalence problémového užívania opiátov • Injekčné užívanie drog • Liečba problémového užívania opiátov	68
Kapitola 7: Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami	
Infekčné choroby • Prevencia infekčných chorôb • Úmrtia a úmrtnosť • Znižovanie počtu úmrtí	78
Kapitola 8: Nové drogy a vznikajúce trendy	
Opatrenia EÚ v oblasti nových psychoaktívnych látok • Internetové obchody • GHB a GBL	90
Odkazy	95



Predslov

Sme hrdí, že môžeme predstaviť túto v poradí trinástu výročnú správu Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť. Táto správa vznikla vďaka usilovnosti a nadšeniu našich partnerov zo siete národných koordinačných centier Reitox a odborníkov z celej Európy, ktorí prispeli k analýze. Sme zaviazaní aj tým agentúram EÚ a medzinárodným organizáciám, ktoré pôsobia v oblasti boja proti drogám. Naša správa je kolektívnym úsilím a ďakujeme všetkým, ktorí sa na nej zúčastnili. Základom tejto práce je poznatok, že triezva analýza toho, čo vieme o drogovej situácii, je podmienkou informovanej, plodnej a logickej diskusie. Zabezpečuje, že sa názory vysvetľujú pomocou faktov, a tie z nich, ktoré sú základom zložitých politických rozhodnutí, dokážu úplne jednoducho vysvetliť náklady a výnosy dostupných možností.

Tento rok bol pre protidrogovú politiku mimoriadne náročným obdobím a centrum EMCDDA bolo poctené možnosťou podporiť záverečné vyhodnotenie protidrogového akčného plánu EÚ a posúdiť osobitné Valné zhromaždenie OSN o drogovej problematike z roku 1998. Je potešujúce konštatovať, že podľa medzinárodných štandardov vyniká Európa ako časť sveta s najviac rozvinutými monitorovacími kapacitami. Napriek tomu sa však obávame obmedzení našich súčasných informačných zdrojov a s našimi partnermi sústavne pracujeme na zlepšovaní kvality a platnosti dostupných údajov.

Sprievodnou témou diskusie o protidrogovej politike sú skryté aj viditeľnejšie náklady európskeho drogového problému. Táto otázka je určená rôznym subjektom tejto správy. EMCDDA pracovalo na rozvinutí chápania verejných výdavkov spojeného s bojom proti užívaniu drog v členských štátoch EÚ. Táto práca je v počiatočnej fáze a odhady ukazujú, že bude skôr indikatívna ako precízna. Poukazujú na značné sumy, ktoré sa vynakladajú; podľa predbežných údajov pôjde o 28 až 40 miliárd EUR. Škoda spôsobená užívaním drog sa dá v hospodárskych pojmoch vyjadriť oveľa ťažšie. Aké náklady započítame pri pohľade na tragickú stratu života spôsobenú užívaním drog v Európe, negatívny vplyv na spoločensvá, v ktorých sa drogy vyrábajú alebo predávajú, alebo spôsob, akým boj s drogami oslabuje sociálny rozvoj a politickú stabilitu v krajinách, kde sa drogy vyrábajú alebo cez ktoré sa prevádzajú? Je na zváženie, či treba znepokojujúci vývoj

prameniacy z tranzitu kokaínu cez štáty západnej Afriky považovať za upozornenie na vedľajšie škody, ktoré môže tento problém spôsobiť.

Pozitívom je, že sa užívanie drog v Európe zdá byť stabilizované a pokrok vidieť aj v spôsobe, akým členské štáty pristupujú k tomuto problému. V prípade väčšiny foriem užívania drog nie je podľa nášho celkového hodnotenia viditeľný nárast a zdá sa, že v niektorých oblastiach dochádza k poklesu. Pokiaľ ide o ohlasy, prakticky sme videli, že všetky členské štáty prijali strategický prístup a na európskej úrovni cítiť väčšiu súdržnosť. Dostupnosť liečby naďalej rastie a v niektorých krajinách dokonca dospela tak ďaleko, že väčšina užívateľov heroínu, ktorá sa kedysi považovala za skrytú populáciu, je teraz v kontakte so službami tohto alebo iného druhu. Nie je tomu tak dávno, čo infekcia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vyvolávala v diskusii o protidrogovej politike vážne obavy. Odvtedy sa pragmatická zmes opatrení na prevenciu, liečbu a znižovanie škôd stala v Európe pravidlom a miery nových infekcií pripisované užívaniu drog poklesli a stále klesajú.

Dobré správy nie sú senzáciami a možno ich ľahko prehliadnuť. Je však dôležité uznať pokrok tam, kde sa dosiahol. V Európe panuje čoraz väčšia zhoda v tom, ktoré opatrenia by mohli byť účinné v boji s drogovými problémami. Akceptácia toho, že naše aktivity môžu, a aj presadzujú zmeny, je nevyhnutným predpokladom pre zabezpečenie investícií a politickej podpory. Týmto netvrdíme, že v našej správe nie sú objasnené mnohé oblasti, ktoré sú pre Európsku úniu problémom. Príkladom sú pokračujúci nárast užívania kokaínu a značné rozdiely, ktoré medzi krajinami stále existujú v oblasti dostupnosti a kvality služieb pre tých, čo majú problémy. Musíme preto konštatovať, že hoci sa dosiahol pokrok, do cieľa máme ešte ďaleko. V dnešnej Európe však viac ako kedykoľvek predtým panuje väčšia zhoda v tom, ktorým smerom máme ísť.

Marcel Reimen

Predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

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

Národné kontaktné miesta siete Reitox

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

Kontaktné informácie národných kontaktných miest sa nachádzajú na adrese:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré vo forme národných správ poskytli EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny a Nórsko (ktoré sa zúčastňuje na práci EMCDDA od roku 2001). Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2006 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Grafy a tabuľky môžu niekedy zobrazovať podskupinu štátov EÚ: výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie.

Predajné ceny drog oznámené EMCDDA odrážajú cenu pre užívateľa. Správy o čistote alebo potencii z väčšiny krajín sú založené na zaistených drogách, a vo všeobecnosti nie je možné dávať do súvislosti oznámené údaje s konkrétnou úrovňou trhu s drogami. Pokiaľ ide o čistotu alebo potenciú a predajné ceny, všetky analýzy sú založené na typických (modálnych) hodnotách, alebo, ak nie sú k dispozícii, na stredných hodnotách.

Správy o prevalencii užívania drog založené na prieskumoch medzi všeobecnou populáciou sa väčšinou vzťahujú na obyvateľstvo štátu vo veku od 15 do 64 rokov. Krajiny s inou hornou alebo dolnou vekovou hranicou: Bulharsko (18 – 60), Česká republika (18), Dánsko (16), Nemecko (18), Maďarsko (18 – 59), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené kráľovstvo (16 – 59).

V správach o dopyte po liečbe sa pojem „noví klienti“ vzťahuje na osoby, ktoré sa zúčastňujú liečby po prvýkrát vo svojom živote a pojem „všetci klienti“ označuje všetky osoby zúčastňujúce sa liečby. Do údajov nie sú zahrnutí klienti v nepretržitej liečbe na začiatku príslušného roka. Kde sa udáva pomer dopytu po liečbe pre primárnu drogu, menovateľom je počet prípadov, pre ktoré je prvotná droga známa.

Analýza trendov je založená len na tých krajinách, ktoré poskytli dostatočné údaje na popis zmien za príslušné časové obdobie. Pri analýze trendov údajov trhu s drogami môžu byť chýbajúce údaje za rok 2006 nahradené údajmi za rok 2005; pri analýze iných trendov môžu byť chýbajúce údaje interpolované. Trendy cien sú upravené o infláciu v príslušnej krajine.

Pojem „správy“ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami môžu v jednotlivých krajinách popisovať rôzne koncepcie.

Ďalšie informácie o údajoch a analytických metódach sú k dispozícii v štatistickej ročenke 2008.

Výročná správa je k dispozícii na prevzatie v 23 jazykoch a nachádza sa na adrese <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

Štatistická ročenka 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a približne 100 ďalších štatistických grafov.

Prehľady podľa krajín (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) poskytujú špičkový grafický prehľad hlavných aspektov drogovej situácie pre každú krajinu.

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



Komentár

Drogová situácia v Európe – nové perspektívy a niektoré staré skutočnosti

Silný hlas z Európy v dôležitom roku na úvahu a tvorbu politiky

V Európe sa v roku 2008 uskutočnilo hodnotenie protidrogového akčného plánu na roky 2005 až 2008, ako aj práca na príprave nového plánu, ktorý posunie vpred protidrogovú stratégiu EÚ počas druhého obdobia (2009 až 2012). 13 členských štátov súčasne znovu prepracúva alebo reviduje svoje národné protidrogové stratégie či akčné plány. Z medzinárodného hľadiska sme v tomto roku zaznamenali 10-ročné hodnotenie vyhlásení a akčných plánov prijatých na 20. osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia OSN (UNGASS). Vďaka tomu je rok 2008 bezprecedentným rokom európskych a celosvetových úvah o výsledkoch protidrogových politik k dnešnému dňu a o smeroch, ktorými je potrebné postupovať v budúcnosti.

Spôsob, akým členské štáty prijímajú národné protidrogové stratégie a ich príspevok k všeobecnej diskusii o drogách napovedá o rastúcej zhode v Európe. Všetky členské štáty EÚ okrem jedného majú v súčasnosti národné dokumenty protidrogovej politiky a asi polovica z nich vytvára štruktúru svojich národných politických dokumentov podľa rovnakých línií, aké sa nachádzajú v akčnom pláne EÚ, čo naznačuje zvyšujúce sa politické zblížovanie v Európe, pokiaľ ide o spôsob riešenia drogového problému. Členské štáty EÚ podporované Komisiou prejavili čoraz jednotnejší postoj EÚ v pokračujúcich diskusiách, ktoré sprevádzali hodnotenie UNGASS. V európskych príspevkoch v diskusii sa kládol dôraz na potrebu komplexných, vyvážených a dôkazmi podložených politik a opatrení a na hodnotu kvalitnejšieho sledovania celosvetového drogového problému v období po zasadnutí UNGASS.

Užívanie drog a uplatňovanie trestných sankcií: zmiešaný obraz

V posledných rokoch centrum EMCDDA poukázalo na trend medzi európskymi krajinami robiť výraznejšie rozdiely v protidrogových zákonoch medzi tými, ktorí obchodujú alebo predávajú drogy, a tými, ktorí ich užívajú. Toto rozlišovanie sa odrazilo v znížení trestov za užívanie

drog v niektorých krajinách, hoci iné krajiny zamietli snahy o zníženie trestov alebo ich dokonca zvýšili. V praxi je často náročné odlišiť dodávateľa od užívateľa a medzi členskými štátmi sú veľké rozdiely, pokiaľ ide o stanovenie hranice medzi týmito dvoma kategóriami.

Dôvody zvýšenia počtu porušení protidrogových právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog nie sú jasné, a môžu byť dokonca spojené s možnosťou, že v niektorých krajinách sa stalo vydávanie rozsudkov za prechovávanie administratívne jednoduchšie. Niektoré názory, že pre užívateľov drog, a najmä užívateľov kanabisu, sa pravdepodobnosť, že budú obvinení z trestných činov súvisiacich s drogami, za posledné roky znížila, nie sú podložené údajmi. Okrem toho rozsah zmeny sankcií uplatňovaných za prechovávanie drog nie je jasný a centrum EMCDDA túto problematiku preskúma v rámci vybranej otázky na budúci rok.

Nový prieskum sleduje postoj mladých ľudí k užívaniu drog

Nedávny prieskum Eurobarometra bol zameraný na postoj mladých ľudí a ich vnímanie drog a zistila sa značná zhoda medzi krajinami. Celkovo označilo riziká spojené s užívaním drog ako heroín, kokaín a extáza ako vysoké od 81 % do 96 % opýtaných. Veľká väčšina respondentov (95 %) sa domnievala, že tieto drogy sa aj naďalej majú v Európe kontrolovať. Názory na kanabis sa však líšili, pričom 40 % malo dojem, že táto droga predstavuje vysoké riziko, kým približne rovnaký počet (43 %) sa nazdával, že užívanie kanabisu predstavuje mierne zdravotné riziko, zhruba rovnaké ako riziko súvisiace s fajčením tabaku. Vnímanie zdravotných rizík súvisiacich s užívaním kanabisu sa odrazilo v nižšej úrovni podpory pokračujúceho zákazu kanabisu (67 %) a v názore podstatnej menšiny (31 %), že kanabis sa má regulovať rovnakým spôsobom ako alkoholické a tabakové výrobky.

Prevenencia užívania drog: dôkazová základňa sa zvyšuje, ale prax sa mení pomaly

Napriek takmer všeobecnej podpore prevencie užívania drog sú formálne hodnotenia v tejto oblasti metodologicky

náročné a z historického hľadiska boli dostupné dôkazy na predvedenie účinnosti zásahov v tejto oblasti obmedzené. Situácia sa mení vplyvom pokračujúceho zvyšovania vedeckého základu na protidrogovú prevenciu a realizácie dôslednejších štúdií. Hoci je stále často potrebné vyvodzovať závery z výsledkov štúdií USA, ktorých význam v európskom kontexte môže byť otázný, množstvo európskej práce sa v súčasnosti zvyšuje. Spoločne umožňujú v súčasnosti dostupné informácie lepšie porozumieť tomu, ktoré druhy činností pravdepodobne budú účinné, a ako sa zamerať na tých, ktorí sú vystavení najväčšiemu riziku. Z nových údajov však vyplýva, že v mnohých krajinách často prevažujú tie prístupy, ktorým chýbajú presvedčivé dôkazy, a v niektorých prípadoch zahŕňajú činnosti, ktoré môžu byť dokonca kontraproduktívne. Výzvou pre politických činiteľov môže byť skutočnosť, že na tie programy, o ktorých sa vie, že prinášajú úžitok, je často potrebné investovať väčšie prostriedky a venovať väčšiu pozornosť školeniu a kontrole kvality.

S cieľom podporiť prenos poznatkov a osvedčených postupov v oblasti drog zriadilo centrum EMCDDA v roku 2008 internetový portál venovaný osvedčeným postupom. Portál, ktorý zahŕňa modul o prevencii, poskytuje prehľad najnovších dôkazov o účinnosti a efektívnosti programov, ako aj nástroje a štandardy zamerané na zlepšenie kvality zásahov. Takisto sú poskytnuté príklady hodnotených postupov z celej Európy.

Protidrogová liečba: väčší dôraz na výsledky a potreby klientov

Počet užívateľov drog liečiacich sa zo závislosti sa za posledné roky výrazne zvýšil a v mnohých krajinách sa v súčasnosti významný podiel problémových užívateľov opiátov podrobuje dlhodobej substitučnej liečbe. Tento trend viedol k rozšíreniu dostupných farmaceutických možností a mal za následok zvýšený dôraz na kvalitu a výsledok liečby, na rozdiel od prijatia liečby, ako prvoradý politický záujem. Rozhovory sa posunuli najmä k diskusii o tom, čo predstavuje reálne dlhodobé ciele pre substitučnú liečbu, a do akej miery je možné opätovne začleniť klientov do spoločnosti a prinavrátiť ich do bežného života. Nájsť si zamestnanie je jedným z kľúčových prvkov dosiahnutia opätovného začlenenia do spoločnosti a ukázalo sa, že má vysokú prognostickú hodnotu. Návrat na pracovný trh sa však často dosahuje ťažko vzhľadom na nedostatočnú úroveň zručností a dosiahnutého vzdelania, ktorou sa vyznačujú mnohé z osôb nachádzajúcich sa v celkovo starnúcej populácii pravidelných užívateľov drog, ktorí sa dlhodobo liečia v Európe. Dosiahnutie zhody, pokiaľ ide o to, čo predstavuje úspešné výsledky pri osobách s dlhodobými

problémami s drogami, a do akej miery je možné členov tejto populácie úspešne začleniť späť do spoločnosti, sa stávajú čoraz významnejšími otázkami pre európske služby protidrogovej liečby.

Hoci sa v Európe rozrastá poskytovanie protidrogovej liečby, medzi krajinami pretrvávajú výrazné rozdiely, pokiaľ ide o dostupnosť starostlivosti alebo mieru, do akej sa služby zaoberajú rôznymi druhmi problémov s drogami. Okrem toho rozšírené uznávanie významu poskytovania možností protidrogovej liečby užívateľom vo väzniciach sa ešte musí spojiť s investíciami do služieb v tejto oblasti, ktoré vo väčšine krajín ostávajú nedostatočne rozvinuté. Dôležitou výzvou pre služby protidrogovej liečby v Európe je nevyhnutnosť rozvíjať modely starostlivosti prispôbené potrebám rôznorodejšej populácie užívateľov drog. Keďže vo všeobecnom prípade dôkazy nepoukazujú na jediný najlepší prístup, niektoré európske krajiny rozvíjajú nové zaujímavé metódy liečby užívateľov kanabisu alebo kokainu. Komplexné problémy spôsobené rôznymi formami užívania viacerých drog vrátane alkoholu predstavujú výzvu pre rozvoj služieb. Je preto pravdepodobné, že európske služby protidrogovej liečby budú musieť v budúcnosti vyvinúť väčší rozlíšený súbor reakcií, ak sa majú vyrovnávať čoraz diferencovanejším potrebám svojich klientov.

Výraznejšie náznaky, že oblúbenosť užívania kanabisu zrejme klesá

Podľa nedávnych údajov z prieskumov v školách a medzi dospelou populáciou sa celkové užívanie kanabisu ustálilo, alebo sa v niektorých krajinách znižuje. Stále sú viditeľné odlišné národné tendencie a medzi krajinami existujú výrazné rozdiely. Odráža sa to v strednodobých trendoch, v rámci ktorých bolo zaznamenané zvýšenie uvádzané často krajinami s nižšou prevalenciou, ustálená situácia v prípade mnohých ďalších a zníženie sa prejavilo v niektorých krajinách s vyššou prevalenciou.

Zníženie prevalencie je viditeľnejšie medzi mladšími vekovými skupinami. Z údajov nového prieskumu v školách v poslednej štúdii zdravotných návykov detí v školskom veku (HBSC) vyplýva ustálená alebo klesajúca tendencia užívania drog medzi 15-ročnými žiakmi vo väčšine krajín počas obdobia rokov 2001 až 2006 a v predbežných správach sa uvádza, že tento obraz sa môže potvrdiť posledným kolom projektu európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách (ESPAD), ktorý má byť uverejnený na konci roku 2008. V Spojenom kráľovstve, krajine, ktorá zvyčajne vyčnievala z hľadiska vysokej prevalencie užívania kanabisu, je teraz zreteľný klesajúci trend a najvýraznejší je vo vekovej skupine 16

až 24-ročných. Dôvody, pre ktoré sa užívanie kanabisu zrejme stáva menej obľúbené medzi mladými ľuďmi, nie sú dostatočne zdokumentované, ale môžu súvisieť s možnými zmenami vnímania rizík spojených s užívaním tejto drogy. Podľa niektorých komentátorov môže pokles obľúbenosti užívania kanabisu súvisieť so zmenou postoja k fajčeniu cigariet. Kanabis sa v Európe často fajčí v kombinácii s tabakom a programy protidrogovej prevencie sa čoraz viac zameriavajú spoločne na zdravotné následky užívania nelegálnych, ako aj legálnych látok.

Napriek nedávnym trendom ostávajú úrovně užívania kanabisu v Európe vysoké v porovnaní s historickým vývojom a v mnohých krajinách existuje významný počet pravidelných a intenzívnych užívateľov, predovšetkým medzi mladými mužmi. Trendy týkajúce sa počtu pravidelných a intenzívnych užívateľov kanabisu sa môžu meniť nezávisle od prevalencie užívania tejto drogy u celkovej populácie a je potrebné venovať väčšiu pozornosť týmto formám užívania a súvisiacim problémom.

Domáca výroba kanabisu: veľká neznáma

Kanabisová živica bola z historického hľadiska prevažujúcim produktom v mnohých členských štátoch EÚ a západná Európa ostáva celkovo hlavným globálnym spotrebiteľom tejto formy drogy. Domáca výroba trávového kanabisu sa však v Európe zvýšila, hoci je do veľkej miery neodhalená. Väčšina krajín teraz udáva miestnu produkciu, ktorá sa môže meniť od niekoľkých rastlín pestovaných na osobnú spotrebu po rozsiahle plochy pestované na obchodné účely.

Rozsah a relatívny podiel na trhu doma vyrobeného trávového kanabisu ostáva neznámy a v odpovedi na to centrum EMCDDA realizuje štúdiu s cieľom zmapovať kanabisový trh v Európe. Takisto sa stupňuje diskusia o dôsledkoch rozvíjajúceho sa trhu s kanabisom. Zaznievajú obavy, ku ktorým patrí negatívny vplyv výrobných miest kanabisu na miestne spoločenstvá prostredníctvom zvýšenej úrovne kriminality, ako aj skutočnosť, že doma vyrobený kanabis je zvyčajne vysoko účinný. Miestna výroba takisto predstavuje výzvu pre orgány činné v trestnom konaní, keďže výrobné miesta sa nachádzajú blízko spotrebiteľa, je pomerne ľahké ich skryť a nie je potrebná preprava drog cez štátne hranice.

Užívanie kokaínu sa na rozdrobenom európskom trhu so stimulačnými drogami neustále zvyšuje

Stimulačné drogy zohrávajú významnú úlohu, nielen pokiaľ ide o formy užívania drog zistených u chronickej

Orientačný prehľad – odhady užívania drog v Európe

Uvedené odhady sa týkajú dospeléj populácie (15 až 64 rokov) a sú založené na najnovších dostupných údajoch. Kompletný súbor údajov a informácie o metodológii sú k dispozícii v sprievodnej štatistickej ročenke.

Kanabis

Celoživotná prevalencia: najmenej 71 miliónov (22 % dospelých Európanov)

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

Užívanie v poslednom mesiaci: viac ako 12 miliónov Európanov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,8 % až 11,2 %

Kokaín

Celoživotná prevalencia: najmenej 12 miliónov (3,6 % dospelých Európanov)

Užívanie v poslednom roku: 4 milióny dospelých Európanov alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v poslednom mesiaci: asi 2 milióny

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,1 % až 3,0 %

Extáza

Celoživotná prevalencia: asi 9,5 milióna (2,8 % dospelých Európanov)

Užívanie v poslednom roku: vyše 2,6 milióna alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v poslednom mesiaci: viac ako 1 milión

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,2 % až 3,5 %

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia: takmer 11 miliónov (3,3 % dospelých Európanov)

Užívanie v poslednom roku: asi 2 milióny alebo jedna pätina celoživotných užívateľov

Užívanie v poslednom mesiaci: menej ako 1 milión

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,0 % až 1,3 %

Opiáty

Problémové užívanie opiátov: jeden až šesť prípadov na 1 000 jedincov dospeléj populácie

V rokoch 2005 až 2006 úmrtia vyvolané drogami predstavovali 3,5 % všetkých úmrtí medzi Európanmi vo veku 15 až 39 rokov, pričom opiáty sa našli asi v 70 % prípadov

Hlavná droga v asi 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu

Viac než 600 000 užívateľov opiátu dostalo v roku 2006 substitučnú liečbu

a marginalizovanej populácie problémových užívateľov drog v Európe, ale takisto medzi lepšie sociálne integrovanými skupinami mladých ľudí, ktorí užívajú drogy skôr pre zábavu. Formy užívania stimulačných látok sa však v Európe líšia: kokaín je v súčasnosti najbežnejšie užívanou stimulačnou látkou v mnohých krajinách na juhu a západe Európy a jeho užívanie sa naďalej zvyšuje. Na rozdiel od toho ukazovateľa užívania amfetamínu a extázy poskytujú celkovo ustálený alebo klesajúci obraz. Amfetamíny napriek tomu ostávajú najčastejšie užívanými stimulačnými látkami vo väčšine krajín v strednej, severnej a východnej Európe, kde v niektorých prípadoch predstavujú významný podiel drogového problému. Užívanie metamfetamínu ostáva zriedkavé mimo Českej republiky a Slovenska, hoci dostupnosť alebo užívanie tejto drogy ojedinele hlásia aj iné krajiny.

Keďže v prostredí, v ktorom sa užívajú rôzne stimulačné drogy, a v odôvodneniach ponúkaných na ich užívanie existujú spoločné črty, tieto látky sa môžu do určitej miery považovať za konkurenčné výrobky na európskom trhu s drogami. Z toho vyplýva, že okrem zamerania na jednotlivé látky je pri zásahoch potrebné považovať stimulačné drogy skôr za skupinové ako iba individuálne problémy. Toto je dôležité, keďže opatrenia vplyvajúce na dostupnosť jednej z týchto látok sa môžu minúť s účinkom, ak jednoducho budú viesť k tomu, že spotrebitelia siahnu po alternatívnych výrobkoch.

Rozvoj výroby syntetických drog v Európe zvyšuje obavy o environmentálne náklady

Európske krajiny sú aj naďalej hlavnými výrobcami amfetamínov a MDMA, hoci relatívny význam Európy sa mohol znížiť, keďže výroba sa zvýšila inde. Zvyčajne sa každý rok odhalí od 70 do 90 výrobných jednotiek, ktoré sa sústreďujú hlavne v niekoľkých krajinách v západnej a východnej Európe. Z údajov orgánov činných v trestnom konaní vyplýva, že výroba syntetických drog vrátane metamfetamínu sa zrejme stala sofistikovanejšia, s čoraz rozsiahlejšími výrobnými postupmi prostredníctvom použitia väčších reaktorov, priemyselných a špeciálne vyrobených zariadení a mobilných jednotiek.

Zvýšenie rozsahu typických výrobných postupov môže obnoviť problém skladovania odpadu. Výrobou jedného kilogramu amfetamínu alebo MDMA bežne vznikne okolo 15 až 20 kilogramov odpadového materiálu vrátane toxických a horľavých chemikálií, čo predstavuje environmentálnu hrozbu. Náklady z hľadiska environmentálnych škôd a vyčistenia miest, ktoré sa použili na nelegálne uskladnenie chemického odpadu z výroby syntetických drog, môžu byť značné.

Obchodovanie s kokaínom cez západnú Afriku: priestor záujmu a činnosti

So zvyšovaním užívania kokaínu v Európe sa zvyšuje úsilie zamerané na jeho zakázanie. Naďalej stúpa objem, ako aj počet zadržaní kokaínu, pričom v súčasnosti sa ročne zadrží vyše 120 ton, z čoho viac než tri štvrtiny sa zaistia v Španielsku a Portugalsku. Úsilie o potlačenie obchodovania s kokaínom do Európy sa posilnilo vytvorením Námorného centra operácií a analýz – narkotiká (MAOC-N) v Lisabone, ktoré zohráva dôležitú úlohu pri koordinácii prohibičných činností a výmene spravodajských informácií medzi zúčastnenými členskými štátmi.

Hoci sa kokaín dostáva do Európy viacerými cestami, obchodovanie cez krajiny západnej Afriky sa prudko zvýšilo a v súčasnosti predstavuje hlavnú cestu pre kokaín určený na európsky trh. Situácia sa môže destabilizovať a narušiť rozvojové úsilie v oblasti, ktorá už čelí mnohým sociálnym, zdravotným a politickým výzvam. Najmä príjem vytváraný obchodovaním s kokaínom môže významne narušiť systémy trestného súdnictva a podporiť korupciu. Európska únia a jej členské štáty pracujú spoločne s krajinami západnej Afriky na rozvoji súboru opatrení na riešenie tejto rastúcej hrozby.

Problémy s heroínom sa popri správach o zvýšenom užívaní syntetických opiátov neznižujú

Najnovšie odhady uvádzajú, že potenciálna globálna výroba heroínu sa naďalej zvyšovala a dosiahla odhadovanú úroveň 733 ton. Vplyv tohto zvýšenia na dostupnosť a užívanie tejto drogy v Európe sa odhaduje ťažko. Na základe dostupných údajov je v tejto oblasti ťažké dospieť k záverom. Napríklad množstvo zadržaného heroínu v Európskej únii sa mierne znížilo, ale vyvážilo sa to jeho výrazným zvýšením v Turecku.

Neexistujú presvedčivé dôkazy na to, aby bolo možné hovoriť o hromadnom zvýšení problémov podobných tým, ktoré v mnohých častiach Európy zažili v deväťdesiatych rokoch 20. storočia; súhrnne z údajov vyplýva ustálenie problému, ktorý sa však už ďalej neznižuje. Užívanie heroínu v Európe ako také naďalej predstavuje vážnu otázku verejného zdravia a stále je zodpovedné za veľký podiel celkových zdravotníckych a sociálnych nákladov spojených s užívaním drog. Z údajov vyplýva, že užívanie opiátov, predovšetkým heroínu, zodpovedá asi 60 % nákladov na protidrogovú liečbu v Európe. Spomedzi tých, ktorí sa liečia po prvýkrát, relatívny podiel užívateľov opiátov – ale nie ich súčasný počet – klesal, ale tento trend sa teraz ukazuje ako ustálený. A hoci jestvujú dôkazy o tom, že európska populácia užívateľov opiátov pomaly starne, z údajov vyplýva, že noví užívatelia stále pribúdajú

takým tempom, ktorým sa zabezpečí, že rozsah problému sa v dohľadnej budúcnosti výrazne nezníži.

Možno v protiklade s očakávaniami vzhľadom na situáciu v Afganistane sa zdá, že problémy so zneužívaním opiátov určených na iný účel, ako aj s nezákonnou výrobou syntetických opiátov sú v niektorých krajinách čoraz bežnejšie. Napríklad v Lotyšsku, Litve a Estónsku sú náznaky rastúceho problému spôsobeného dostupnosťou 3-metylfentanylu, ktorý sa nezákonne vyrába mimo územia EÚ. Vzhľadom na silný účinok tejto drogy (fentanyl je oveľa účinnejší ako heroín) môže byť jej užívanie mimoriadne nebezpečné, o čom svedčí 70 prípadov smrteľných otráv fentanylom zaznamenaných v Estónsku v roku 2006. V ďalších krajinách sa uvádza rastúci počet osôb, ktoré potrebujú pomoc s problémami súvisiacimi s užívaním opiátov, ktoré boli zrejme pôvodne určené na terapeutické účely, čo prispieva k narastajúcemu problému užívania viacerých drog, ktorým sa v súčasnosti vyznačuje chronické užívanie drog v častiach Európy.

Injekčné užívanie drog a HIV: pozitívny celkový obraz, ale s významnými národnými rozdielmi

Vyše 40 % všetkých užívateľov heroínu, ktorí nastupujú na ambulantnú liečbu, uvádza injekčné užívanie, čo poukazuje na skutočnosť, že tento mimoriadne škodlivý spôsob užívania ostáva v Európe významnou zdravotnou otázkou. Injekčné podávanie je spojené s množstvom problémov, ku ktorým okrem iných patrí šírenie infekcií prenášaných krvou vrátane HIV a hepatitídy C. V niektorých krajinách, najmä vo východnej Európe, naďalej patrí injekčné prijímanie drogy k hlavným spôsobom užívania heroínu a uvádza ho vyše 80 % užívateľov heroínu nastupujúcich na liečbu. V niektorých členských štátoch sa takisto stále vyskytuje pomerne vysoká úroveň začatia užívania, ako vyplýva zo štúdií realizovaných medzi užívateľmi prijímajúcimi drogy injekčne, čo poukazuje na relatívne vysoký podiel mladých a nových injekčných užívateľov.

Celkovo miera nových infekcií HIV v Európe klesla, odkedy epidémia lokalizovaná v niektorých krajinách dosiahla vrchol na začiatku tohto desaťročia. Zdá sa, že pokles injekčného užívania spolu so zvýšenou dostupnosťou liečby a služieb na znižovanie škôd všeobecne viedol k zlepšeniu situácie; a tam, kde bolo zaznamenané isté zvýšenie nových infekcií, ich počet nedosahoval veľké rozmery. Medzi krajinami však pretrvávajú významné rozdiely. Hoci podľa údajov sa situácia v Estónsku, Lotyšsku a Portugalsku zlepšila, tieto krajiny stále uvádzajú neprimerane vysokú úroveň nových infekcií a významnou mierou sa podieľajú na všetkých nových prípadoch

HIV v Európe pripisovaných užívaniu drog. Z údajov regionálnych a miestnych štúdií takisto vyplýva, že prenos infekcie HIV predstavuje problém v Španielsku a Taliansku, hoci pre chýbajúce národné údaje o oznamovaných prípadoch je ťažké sledovať tendencie v týchto krajinách. Inde pretrvávajú rizikové správanie a možnosť ďalšieho prenosu nákazy, preto je nevyhnutné vyzývať na ostražitosť: napríklad Bulharsko hlásilo 34 nových prípadov v roku 2006, ale prakticky neuviedlo žiadne infekcie v rokoch 2000 až 2003.

Úmrtia súvisiace s drogami: veľká záťaž pre zdravotníctvo

Centrum EMCDDA monitoruje smrteľné otravy, ktoré priamo súvisia s užívaním drog (úmrtia vyvolané drogami). Každý rok sa v Európe priemerne zaznamená okolo 7 000 až 8 000 úmrtí vyvolaných drogami a vzhľadom na známe podhodnotenie tento počet predstavuje minimálny odhad. Opiáty, predovšetkým heroín, sú najčastejšími drogami spájanými s predávkovaním, hoci sú občasne prítomné aj ďalšie drogy a alkohol. Po niekoľkoročnom poklese začiatkom tohto desaťročia sa tendencia úmrtí vyvolaných drogami v súčasnosti ustálila. Dôvody nie sú jasné a je potrebné uskutočniť ďalší výskum týkajúci sa jednak faktorov súvisiacich s predávkovaním, ako aj účinnosti preventívnych opatrení. Obzvlášť rizikovní môžu byť užívatelia drog opúšťajúci väzenie, keďže nedávna štúdia uvádzala mieru úmrtnosti osem až desaťkrát vyššiu, ako sa očakávalo. Vo všeobecnosti oblasť prevencie pred predávkovaním naďalej vyžaduje zvýšené investície.

V štúdiách sa takisto poukázalo na skutočnosť, že úmrtnosť pri chorobách, nehodách a zraneniach je všeobecne u užívateľov drog až 50-násobne vyššia, ako sa zistilo pri bežnej populácii. Preto sú potrebné investície do náležite navrhnutých skupinových štúdií s cieľom poskytnúť lepšie porozumenie príčin a rozsahu celkovej úmrtnosti súvisiacej s drogami a preskúmať odlišnosť rizík, ktorým sú vystavení napríklad prepustení väzni alebo užívatelia s prerušenou liečbou.

Internet a inovácie na trhu predstavujú výzvu pre protidrogovú politiku

Z nedávneho prieskumu centra EMCDDA vyplynulo, že v on-line obchodoch v Európe sa predáva viac než 200 prírodných, polosyntetických a syntetických psychoaktívnych výrobkov. Mnohé látky sú zatriedené k tzv. legálnym povzbudzovačom alebo bylinkovým povzbudzovačom a propagujú sa ako alternatívy ku kontrolovaným látkam, hoci ich súčasné právne postavenie sa môže v rámci Európy výrazne líšiť. V správach sa uvádza, že počet online maloobchodníkov predávajúcich tieto výrobky sa

zvyšuje a že sa rýchlo prispôbujú pokusom o kontrolu trhu, napríklad prostredníctvom predaja nových výrobkov. Okrem toho online lekárne a online maloobchodníci predávajúci psychoaktívne látky na zdanlivo zákonné účely takisto poskytujú možnosti pre nové cesty na nezákonné zásobovanie drogami. Spolu teda internetový predaj v súčasnosti predstavuje významnú výzvu pre medzinárodné, ako aj vnútroštátne protidrogové politiky a kontrolné mechanizmy. Vzhľadom na rýchlosť, akou sa nové výrobky môžu objaviť a distribuovať, sa monitorovanie online aktivít stáva dôležitým priestorom na rozvoj.

Rastúce uznanie dôležitosti dialógu s občianskou spoločnosťou

Problémy s drogami sú spojené s množstvom ďalších sociálnych a zdravotných otázok. V dôsledku toho je na úspešné zásahy v tejto oblasti potrebné zapojiť široké zoskupenie účastníkov a využiť možnú podporu spoločenstiev, v ktorých sa realizujú. Toto porozumenie sa odráža v rastúcom uznaní, že politickú diskusiu je potrebné doplniť dialógom s občianskou spoločnosťou. Na tento účel sa nedávno prijalo niekoľko opatrení v rámci európskej diskusie o drogách. K najpozoruhodnejším patrí vytvorenie fóra občianskej spoločnosti Európskou komisiou, ktoré poskytuje príležitosť zabezpečiť, aby sa skúsenosti z prvej ruky zahrnuli do procesu vedúceho k novej protidrogovej stratégii EÚ a aby doplnili informáciami hodnotenie

protidrogového akčného plánu EÚ. Význam konzultácie so zástupcami mimovládnych organizácií a miestnych spoločenstiev sa uznal aj v protidrogovej stratégii EÚ a zopakoval sa v správe prijatej Európskym parlamentom v marci 2008, ktorou sa potvrdila základná úloha občianskej spoločnosti pri rozvoji, realizácii, hodnotení a monitorovaní protidrogových politík.

Európsky výskum drog a potreba nadnárodnej spolupráce

V poslednom desaťročí zaznamenal výskum súvisiaci s drogami a infraštruktúra, ktorá ho podporuje (výskumné strediská, vedecké časopisy, mechanizmy financovania), v Európe veľký rozvoj, ako vyplýva z vybranej otázky o výskume uverejnenej centrom EMCDDA v roku 2008. Menej pozitívna je skutočnosť, že tento pokrok nesprevádzalo porovnateľné zvýšenie úsilia o spoluprácu a koordináciu výskumu súvisiaceho s drogami medzi členskými štátmi EÚ. Tejto otázke sa venuje zvýšená pozornosť a Európska komisia zadala vypracovanie novej štúdie s cieľom poskytnúť súpis výskumnej činnosti spolu s porovnávacou analýzou dostupnej infraštruktúry v Európe a ďalších oblastiach sveta. V správe budú zahrnuté odporúčania na zlepšenie spolupráce na úrovni EÚ a prispeje k diskusii o zlepšení prepojenia medzi možnosťami financovania európskeho výskumu a potrebami výskumu a politiky.



Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Úvod

Protidrogová politika má byť v roku 2008 dôležitou témou. V tomto roku OSN aj EÚ hodnotia výsledky svojich protidrogových politík týkajúcich sa užívania nezákonných drog a s tým súvisiacich škôd. OSN hodnotí pokrok uskutočnený pri realizácii opatrení a dosahovaní cieľov stanovených na osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia OSN v roku 1998 venovaného celosvetovému problému drog. V Európe sa v roku 2008 uskutoční záverečné vyhodnotenie aktuálneho protidrogového akčného plánu EÚ (2005 – 2008) a vypracuje akčný plán na roky 2009 – 2012. Okrem toho prehodnocuje v tomto roku nezvyčajne veľký počet členských štátov EÚ svoje národné protidrogové stratégie a akčné plány a navrhuje nové dokumenty protidrogovej politiky ⁽¹⁾.

EMCDDA vyhodnotí zistenia a pokrok uskutočnený počas roka 2008 v nasledujúcej výročnej správe. Tento rok sa kapitola 1 zameriava na nedávne zmeny v protidrogovej politike, uvádza nové údaje o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami, skúma tri špecifické rozmary protidrogových právnych predpisov – prechovávanie na osobnú spotrebu, alternatívne možnosti trestu a zameranie sa na ochranu verejnosti – a zvyrazňuje najnovšie trendy v porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami. Táto kapitola sa končí prehľadom výskumu súvisiaceho s drogami v členských štátoch EÚ.

Rozvoj v oblasti medzinárodnej a európskej politiky EÚ

10-ročné hodnotenie osobitného zasadnutia VZ OSN

V júni 1998 sa v New Yorku zišlo 20. osobitné zasadnutie Valného zhromaždenia OSN, na ktorom sa diskutovalo o celosvetovom problému drog. Protidrogový samit stanovil novú agendu pre medzinárodné spoločenstvo prijatím troch kľúčových dokumentov ⁽²⁾: politickej deklarácie,

deklarácie o smerných zásadách na zníženie dopytu po drogách a päťdielne uznesenie s opatreniami na podporu medzinárodnej spolupráce. Prijatím politickej deklarácie sa členské štáty EÚ zaviazali dosiahnuť do roku 2008 merateľné výsledky v znížení ponuky a dopytu po nezákonných drogách.

Na tohtoročnom zasadnutí Komisie OSN pre omamné látky sa začalo 10-ročné hodnotenie pokroku pri dosahovaní cieľov a zámerov stanovených na osobitnom zasadnutí VZ OSN v roku 1998. V správe Úradu OSN pre drogy a kriminalitu sa konštatuje, že za desať rokov sa dosiahol značný pokrok, hoci v niektorých oblastiach a regiónoch sa členským štátom OSN nepodarilo úplne dosiahnuť ciele a zámery uvedené v politickej deklarácii ⁽³⁾. Za týmto hodnotením bude nasledovať jednoročné obdobie reflexie, počas ktorého sa najskôr uskutočnia diskusie medzi pracovnými skupinami zloženými z medzivládnych expertov a následne aj stretnutia medzi zasadnutiami. Tým sa umožnia prípravy na špeciálne dvojdené zasadnutie na vysokej úrovni v rámci Komisie OSN pre omamné látky v roku 2009, na ktorom sa rozhodne o možných budúcich politických deklaráciách a opatreniach.

Európska únia zohráva aktívnu úlohu v rámci hodnotenia osobitného zasadnutia VZ OSN. Uznesenia pripravené Európskou úniou boli prijaté na zasadnutiach Komisie OSN pre omamné látky 2006 (49/1), 2007 (50/12) a 2008 (51/4), pričom všetky vyzývajú na vedecký a transparentný proces hodnotenia. EMCDDA sa taktiež zúčastňuje odborných konzultácií financovaných Európskou komisiou a organizovaných Úradom OSN pre drogy a kriminalitu a v tomto kontexte poskytlo prehľad protidrogových stratégií a reakcií v Európe od roku 1998.

Hodnotenie protidrogového akčného plánu EÚ

V decembri 2007 Európska komisia predložila svoju druhú správu o dosiahnutom pokroku pri realizácii Protidrogového akčného plánu EÚ (2005 – 2008).

⁽¹⁾ Pojem „národný dokument protidrogovej politiky“ znamená akýkoľvek oficiálny dokument schválený vládou, ktorým sa definujú všeobecné princípy a konkrétne intervencie alebo ciele v oblasti drog a ktorý je oficiálne prezentovaný ako protidrogová stratégia, akčný plán, program alebo iný politický dokument.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

Táto správa, ktorá obsahuje údaje z členských štátov EÚ, EMCDDA, Europolu a Európskej komisie, hodnotí rozsah vykonania opatrení plánovaných na rok 2007. Jedným z hlavných záverov hodnotenia je, že existujú znaky približovania sa protidrogových politík jednotlivých členských štátov. Správa taktiež zdôraznila problémy pri zhromažďovaní údajov o činnostiach v oblasti znižovania ponuky a pri prepojení niektorých plánovaných opatrení s ukazovateľom zvoleným na vyhodnotenie ich realizácie.

Záverečné vyhodnotenie aktuálneho protidrogového akčného plánu EÚ sa uskutočnilo v roku 2008 so vstupnými údajmi od členských štátov EÚ, Europolu a EMCDDA. Európska komisia zverejní hodnotiacu správu na jeseň 2008 a jej závery prispievajú k formovaniu druhého akčného plánu (2009 – 2012) v rámci protidrogovej stratégie EÚ (2005 – 2012).

Ďalší rozvoj v rámci EÚ

V septembri 2007 prijali Rada a Európsky parlament Program protidrogovej prevencie a informovanosti ⁽⁴⁾ v rámci finančného rámca 2007 – 2013 a všeobecného programu pre základné práva a spravodlivosť. Všeobecné ciele programu sú: prevencia a znižovanie užívania drog, závislosti od drog a škôd súvisiacich s drogami; prispievať k zlepšovaniu informovanosti o užívaní drog; a podporovať opatrenia prijaté v rámci protidrogovej stratégie EÚ (2005 – 2012). V rámci programu bude k dispozícii 21,35 mil. EUR na štúdie Komisie, prevádzkové náklady európskych mimovládnych organizácií v oblasti boja proti drogám a nadnárodné projekty. Taktiež sa môžu prijať spoločné opatrenia s inými programami Spoločenstva, ako je napríklad druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013) ⁽⁵⁾, ktorý v časti týkajúcej sa podpory zdravia v závislosti od rozličných určujúcich faktorov zdravia obsahuje opatrenia týkajúce sa nezákonných drog v špecifických prostrediach, ako sú napríklad školy a pracoviská.

V júni 2006 vydala Európska komisia zelenú knihu o úlohe občianskej spoločnosti v protidrogovej politike, ako sa k nej vyzýva v aktuálnom protidrogovom akčnom pláne. V roku 2007 nasledoval proces výberu nového fóra občianskej spoločnosti o drogách. Fórum má slúžiť ako platforma na neformálnu výmenu názorov a informácií medzi Komisiou a organizáciami občianskej spoločnosti v EÚ, kandidátskych krajinách a podľa potreby aj v krajinách európskej politiky susedských vzťahov. Fórum zahŕňa 26 organizácií, ktoré zastupujú

široké spektrum názorov. Po prvýkrát sa stretlo v decembri 2007 a potom v máji 2008, pričom prediskutovalo hodnotenie aktuálneho protidrogového akčného plánu EÚ a nového akčného plánu.

Národné protidrogové stratégie

Nový vývoj

Nové protidrogové akčné plány alebo programy boli v druhej polovici roka 2007 prijaté v štyroch členských štátoch EÚ (Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Fínsko), ako aj v Turecku a Nórsku. Všetky tieto dokumenty sa vzťahujú na obdobie troch až štyroch rokov a okrem tureckého akčného plánu im predchádzali predchádzajúce plány alebo programy. V tom istom roku aj Španielsko prijalo doplnkový národný akčný program proti kokainu (2007 – 2010).

Na začiatku roka 2008 prijali nové politické dokumenty ďalšie tri členské štáty. Prvý protidrogový akčný plán Talianska má časový rozsah jeden rok a bude za ním nasledovať štvorročný akčný plán (2009 – 2012), ktorý bude zosynchronizovaný s novým protidrogovým akčným plánom EÚ. Prvý národný dokument protidrogovej politiky Malty sa síce nevzťahuje na žiadny časový rámec, ale obsahuje takmer 50 opatrení, ktoré sa majú vykonať v nadchádzajúcich rokoch. A nakoniec, nová desaťročná protidrogová stratégia Spojeného kráľovstva (2008 – 2018) je po prvýkrát doplnená o trojročný akčný plán (2008 – 2011), ktorý určuje kľúčové opatrenia na realizáciu v blízkej budúcnosti.

Väčšina národných dokumentov protidrogovej politiky prijatých na konci roka 2007 a na začiatku roka 2008 sa zameriava najmä na nezákonné drogy, pričom niektoré dokumenty sa zaoberajú aj inými látkami, ako sú napr. alkohol, tabak, lieky a drogy podporujúce výkonnosť. To odráža tendenciu medzi európskymi krajinami, ktorou sa uznáva existencia väzieb a podobností medzi užívaním zakázaných a povolených látok, ale dokumenty protidrogovej politiky sa len zriedka zaoberajú inými ako nezákonnými drogami ⁽⁶⁾. Nórsko je naďalej jednou z výnimiek tohto modelu, pričom do jeho nedávno prijatého akčného plánu sú plne integrované nezákonné drogy aj alkohol. Početné národné protidrogové stratégie a akčné plány, ktoré budú vypracované na rok 2009, spolu s nedávno prijatými, umožnia centru EMCDDA preskúmať, či trend smerom k rastúcej

⁽⁴⁾ Rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady č. 1150/2007/ES z 25. septembra 2007, ktorým sa na obdobie rokov 2007 – 2013 ustanovuje osobitný program Protidrogová prevencia a informovanosť ako súčasť všeobecného programu Základné práva a spravodlivosť (Ú. v. EÚ L 257, 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES z 23. októbra 2007, ktorým sa ustanovuje druhý akčný program Spoločenstva v oblasti zdravia (2008 – 2013) (Ú. v. EÚ L 301, 20.11.2007, s. 3).

⁽⁶⁾ Pozri vybranú otázku z roku 2006 Európske protidrogové politiky: rozšírené nad rámec nezákonných drog?

integrácii povolených a nezákonných drog do národných protidrogových politík, identifikovaný o vybranej otázke z roku 2006, pokračuje.

Všeobecná situácia

Rakúsko je v súčasnosti jediným členským štátom EÚ, ktorý ešte neprijal národnú protidrogovú stratégiu alebo akčný plán, hoci každá spolková krajina má vlastnú regionálnu stratégiu boja proti drogám alebo závislostiam alebo akčný plán. V ďalších 26 členských štátoch, ako aj v Chorvátsku, Turecku a Nórsku, je protidrogová politika ustanovená v národných dokumentoch protidrogovej politiky. Pre porovnanie, v roku 1995 malo takýto nástroj prijatý len 10 z týchto 30 štátov (obr. 1).

Aj vo formáte protidrogových stratégií a akčných plánov je možné pozorovať vzájomné približovanie. V štrnástich krajinách je štruktúra národných dokumentov protidrogovej politiky podobná aktuálnej protidrogovej stratégii alebo akčnému plánu EÚ. Okrem toho, v rovnakom počte krajín

sú národné protidrogové politiky organizované pomocou dvoch doplňujúcich sa nástrojov: strategického rámca a akčného plánu (obr. 1). V roku 2000, keď Európska únia prvýkrát použila tento prístup, mali dva doplňujúce sa dokumenty protidrogovej politiky len dva členské štáty.

Obsah národných dokumentov protidrogovej politiky je ďalšou oblasťou, v ktorej existujú znaky približovania sa v rámci členských štátov EÚ, Chorvátska, Turecka a Nórska, pričom existuje čoraz viac dôkazov o spoločných cieľoch a spoločných intervenciách v národných protidrogových stratégiách a akčných plánoch prijatých jednotlivými krajinami. Keďže však drogová problematika je v jednotlivých európskych krajinách rôzna, rovnako ako ich politický, sociálny a hospodársky kontext, napriek tomu, že rozdielnosť medzi jednotlivými národnými akčnými plánmi sa znižuje, je pravdepodobné, že v budúcnosti zostane do istej miery zachovaná. Niekoľko príkladov takejto rozdielnosti je uvedených v kapitole 2.

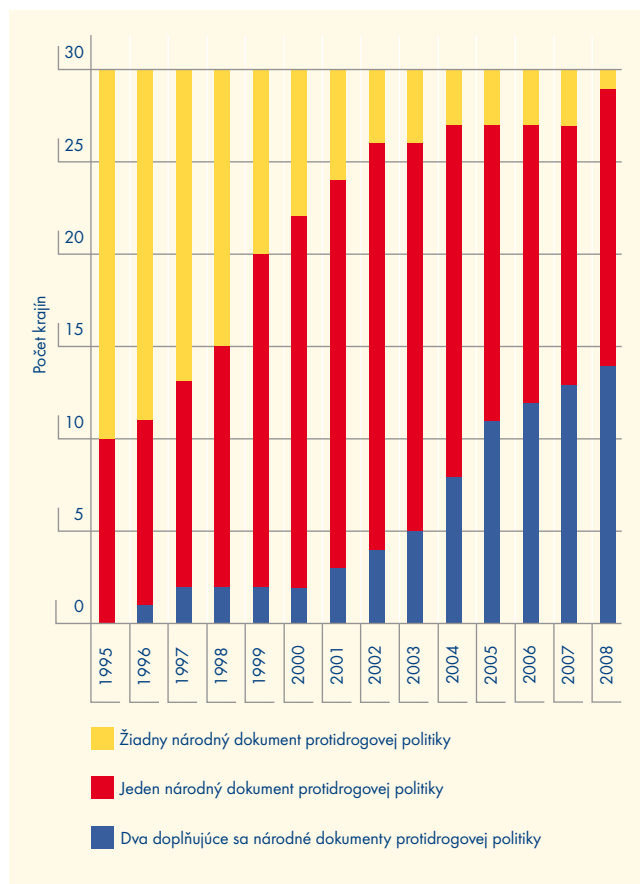
Hodnotenie

V roku 2008 trinásť členských štátov už prepracovalo alebo ešte len prehodnotí a prepracuje národné dokumenty protidrogovej politiky, čím sa tento rok stane rokom nebývalej aktivity v tvorbe politík na národnej úrovni. Po Taliansku, Malte a Spojenom kráľovstve obnoví v roku 2008 svoju protidrogovú stratégiu aj Írsko. Francúzsko, Portugalsko a Rumunsko obnovia svoje protidrogové akčné plány a Bulharsko, Španielsko, Cyprus, Litva a Slovensko obnovia protidrogové stratégie aj akčné plány. A na záver, Holandsko, ktoré má najstarší národný dokument protidrogovej politiky v Európe, chce v priebehu roka 2008 vypracovať úplne nový.

V Európe sa stále viac uznáva potreba zahrnúť monitorovanie a hodnotenie ako základné zložky v rámci národných protidrogových stratégií a akčných plánov. Takmer všetky uvedené krajiny vytvorili alebo plánujú vytvoriť hodnotenie pokroku v rámci plnenia protidrogových stratégií alebo akčných plánov, pričom niektoré, napríklad Írsko, Cyprus a Portugalsko, by mohli v roku 2008 vytvoriť podrobnejšie hodnotenia.

Metódy a prístupy k hodnoteniu národných protidrogových stratégií a akčných plánov sa však v jednotlivých členských štátoch EÚ rôznia a je potrebné určiť najlepšie postupy v tejto oblasti. Táto skutočnosť bola zdôraznená na konferencii o hodnotení, ktorú zorganizovalo portugalské predsedníctvo EÚ v septembri 2007. V reakcii na túto výzvu skúma EMCDDA v spolupráci s členskými štátmi možnosť vypracovania európskych usmernení v tejto oblasti.

Obrázok 1: Trend v počte krajín s národnými dokumentmi protidrogovej politiky spomedzi 27 členských štátov EÚ, Chorvátska, Turecka a Nórska



Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Verejné výdavky súvisiace s drogami

Za rok 2006 poskytli štyri členské štáty EÚ (Česká republika, Írsko, Poľsko, Portugalsko) podrobné informácie o verejných výdavkoch súvisiacich s bojom proti drogám (zhrnuté v tabuľke 1). Informácie o rozdelení výdavkov súvisiacich s drogami medzi centrálnu vládu a regionálne a miestne správy poskytli dve zo štyroch krajín, čo umožnilo porovnanie úlohy, ktorú zohrávajú jednotlivé sektory vlády. V krajinách, pre ktoré sú údaje k dispozícii, je podstatná väčšina uvádzaných verejných výdavkov súvisiacich s drogami vyhradená činnostiam financovaným centrálnou vládou.

11 členských štátov poskytlo podrobné údaje o výdavkoch štátu na niektoré činnosti uskutočňované v reakcii na drogovú problematiku. Ďalšie dve krajiny poskytli hrubé odhady celkových verejných výdavkov súvisiacich s drogovou problematikou (Španielsko, Malta), hoci bez informácií o činnostiach, na ktoré boli tieto peniaze vynaložené.

V roku 2005 sa vypočítalo, že celkové verejné výdavky európskych krajín súvisiace s drogami sa pohybujú medzi 13 miliardami EUR a 36 miliardami EUR (EMCDDA, 2007a). Toto číslo bolo vypočítané na základe extrapolácie celkových výdavkov súvisiacich s drogami šiestich krajín (Belgicko, Maďarsko, Holandsko, Fínsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) na ďalšie štáty. Nedávno bol navrhnutý revidovaný odhad, ktorý zahŕňa údaje z ďalších krajín (Česká republika, Francúzsko, Luxembursko, Poľsko, Slovensko) (EMCDDA, 2008d). Nový odhad verejných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe je 34 miliárd EUR (95 % interval spoľahlivosti, 28 – 40 mld. EUR), čo sa rovná 0,3 % súhrnného hrubého domáceho produktu všetkých členských štátov EÚ. To naznačuje, že štátne

výdavky na protidrogovú problematiku stoja priemerného občana EÚ 60 EUR ročne. Tieto čísla sa však z dôvodu obmedzeného množstva údajov, na ktorých sú založené, stále musia brať ako indikatívne.

Správy o spoločenských nákladoch užívania drog

Údaje o spoločenských nákladoch užívania drog (priame a nepriame náklady spôsobené užívaním drog) poskytli štyri členské štáty. Hoci tieto správy môžu poskytnúť užitočný podrobný pohľad na dosah užívania drog v krajine uskutočnenia, z dôvodu rozdielnych metód a spôsobu vykazovania výsledkov nie je možné uskutočniť porovnanie medzi krajinami. Nedostatočná porovnateľnosť údajov z jednotlivých krajín zdôrazňuje potrebu prijatia spoločného prístupu k monitorovaniu spoločenských nákladov užívania drog v Európe.

V Taliansku sa spoločenské náklady užívania nezákonných drog odhadli na 6,473 mld. EUR, pričom činnosti v oblasti presadzovania práva tvoria najväčší podiel (43 %), a zvyšok tvoria zdravotné a sociálne služby (27 %) a strata produktivity užívateľov drog a osôb nepriamo ovplyvnených užívaním drog (30 %). Okrem toho sa odhaduje, že užívatelia drog minuli 3,98 mld. EUR na nákup nezákonných drog. Na základe týchto údajov sa náklady na užívanie drog v Taliansku odhadujú na 0,7 % hrubého domáceho produktu krajiny. V údajoch za rok 2004 poskytnutých Rakúskom je pomer medzi priamymi a nepriamymi nákladmi v porovnaní s Talianskom opačný: z odhadovaných spoločenských nákladov užívania drog 1,444 mld. EUR 72 % pripadlo na nepriame náklady.

Spojené kráľovstvo uvádza, že v rokoch 2003 – 2004 hospodárske a spoločenské náklady užívania drog triedy A ⁽⁷⁾ v Anglicku a Walese boli 22,26 mld. EUR,

Tabuľka 1: Verejné výdavky označené ako súvisiace s drogami ⁽¹⁾ podľa vybraných členských štátov EÚ

Krajina	Označené výdavky uvádzané verejným sektorom (EUR)				Spolu ako podiel celkových verejných výdavkov ⁽²⁾ (%)
	Centrálné	Regionálne	Miestne	Spolu	
Česká republika	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Írsko ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Poľsko	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalsko	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Verejné výdavky, ktoré sú v oficiálnych účtovných dokladoch výslovne označené ako súvisiace s drogami.

⁽²⁾ Celkové všeobecné vládne výdavky za rok.

⁽³⁾ V Írsku ministerstvá a štátne agentúry vykazujú svoje ročné výdavky súvisiace s drogami koordinujúcemu ministerstvu „Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs“. Tieto výdavky nie sú v oficiálnych účtovných dokladoch nevyhnutne označené ako súvisiace s drogami.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox a Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

⁽⁷⁾ Drogy triedy A sú definované ako tie, ktoré sa považujú za najškodlivejšie.

Smerom k lepšiemu pochopeniu verejných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe – vybraná otázka EMCDDA 2008

V reakcii na Protidrogový akčný plán EÚ na roky 2005 – 2008 vypracovalo centrum EMCDDA projekt, ktorý má za cieľ určiť, rozvíjať a testovať metódy na kvantifikáciu verejných výdavkov súvisiacich s drogami. Vybraná otázka k tejto téme obsahuje prehľad celkových čísel o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami v roku 2005 v členských štátoch EÚ a Nórsku. Väčšina identifikovaných výdavkov bola pôvodne označená ako súvisiace s drogami a boli všeobecne vysledované dôkladným preskúmaním oficiálnych účtovných dokumentov, a teda pravdepodobne odrážajú dobrovoľnú angažovanosť štátov v oblasti boja proti drogám. Ak to bolo možné, skryté alebo neoznačené výdavky integrované v programoch so širšími cieľmi, boli zahrnuté prostredníctvom techník modelovania. Tento nový dvojité prístup umožňuje štandardizované odhady, ktoré maximalizujú platnosť a vzájomnú porovnateľnosť verejných výdavkov na boj s drogami a drogovou závislosťou.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlači a na internete iba v angličtine (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

čo predstavuje 63 940 EUR na každého problémového užívateľa drog. Odhaduje sa, že problémové užívanie drog tvorí 99 % celkových nákladov. Náklady spôsobené kriminalitou súvisiacou s drogami vrátane presadzovania práva a nákladov pre obeť trestných činov súvisiacich s drogami tvorili najväčší podiel celkových nákladov (90 %, resp. 20,1 mld. EUR).

Rozvoj právnych predpisov členských štátov

Skúmanie zmien protidrogových právnych predpisov, ktoré sa vykonali od osobitného zasadnutia VZ OSN o drogách v roku 1998, je v tomto roku hlavným predmetom záujmu medzinárodných, európskych a národných posudkov a hodnotení dokumentov protidrogovej politiky. Pozorovaním zmien v troch kľúčových oblastiach sa v tejto sekcii kladie otázka: Znamenajú zmeny v právnych definíciách a reakciách na užívateľov drog nový, širší trend v tom, ako krajiny vnímajú užívateľov drog?

Prechovávanie na osobnú spotrebu

Počas posledných 10 rokov sa väčšina európskych krajín posunula k prístupu, ktorý rozlišuje medzi priekupníkom drog, ktorý sa vníma ako zločinec, a užívateľom drog, ktorý sa vníma viac ako chorá osoba s potrebou liečby. Členské štáty sa však značne líšia v spôsobe definície týchto kategórií v nových právnych predpisoch, ktoré prijali za posledné roky.

Jednou z otázok, pri ktorej členské štáty preukázali najväčšiu mieru odlišnosti, je, či sa majú alebo nemajú stanoviť limity na množstvo pre osobnú spotrebu. V období rokov 2004 – 2006 Bulharsko zrušilo koncepciu osobnej spotreby, Taliansko ju po 12 rokoch znova zaviedlo a Spojené kráľovstvo koncepciu uzákonilo, ale neskôr sa rozhodlo ju neuplatniť. Cyprus a Belgicko zaviedlo určené limity množstva v roku 2003 pre všetky drogy resp. pre kanabis. V Nemecku pracujú spolkové krajiny na jednotnejšej realizácii rozhodnutia ústavného súdu, ktoré odkazovalo na nedefinované nepatrné množstvo, čo malo za následok interpretácie od 3 do 30 gramov. V roku 2005 boli na Slovensku rozšírené právne definície osobnej spotreby z maximálne jednej dávky na maximálne tri dávky a pre väčšie množstvá 10 dávok. Zároveň bol však zvýšený trest za prechovávanie väčšieho než uvedeného množstva na jasné minimálne 4 roky nepodmienečne, rovnako ako za trestný čin obchodovania s drogami.

Užívanie drog v malých skupinách predstavuje ďalšiu náročnú úlohu pri snahách o rozlíšenie medzi užívateľmi a dodávateľmi. V Belgicku bol v roku 2003 zrušený špecifický trestný čin užívania v skupine; v tom istom roku sa novelizáciou maďarského trestného poriadku povolila možnosť odoslania na liečbu pre dodávateľa malého množstva na „spoločné“ užívanie (pretože to bolo napadnuté ako právne nejasné). V roku 2006 Malta zistila, že minimálny šesťmesačný trest pre dodávateľov bol nie vždy primeraný v situáciách zdieľania a zmenila zákon tak, že povoľuje výnimky.

Pokiaľ ide o tresty, maximálne alebo pravdepodobné tresty za užívanie alebo prechovávanie na osobnú spotrebu, bez prirážajúcich okolností, sa od roku 2001 v niekoľkých krajinách zmiernili – buď za všetky drogy (Estónsko, Grécko, Maďarsko, Portugalsko, Fínsko) alebo obmedzené na kanabis (Belgicko, Luxembursko, Spojené kráľovstvo) alebo drogy s menším rizikom (Rumunsko). Nie všetky krajiny však počas tohto obdobia znižovali tresty: Francúzsko a Poľsko sa po konzultáciách rozhodli nezmeniť svoje právne predpisy a Dánsko zvýšilo „bežné“ tresty z napomenutí na pokuty (ktoré boli neskôr zvýšené). V Taliansku bola konzumácia drog novým zákonom znova ustanovená ako priestupok a kanabis preklasifikovaný tak, aby zaň mohli byť rovnaké tresty ako za iné nezákonné drogy, ako sú napr. heroín a kokaín. V Spojenom kráľovstve bolo ohlásené, že kanabis bude preklasifikovaný smerom nahor.

Alternatívny trestu

Zmeny v prístupe užívateľov drog k liečbe prostredníctvom systému trestného súdnictva spravidla zdieľajú dve spoločné vlastnosti. Po prvé, všetky rozširujú rozsah na

smerovanie užívateľov drog na liečbu. Medzi krajinami však existujú určité rozdiely z hľadiska stupňa, v ktorom sa uskutočňuje ponuka na liečbu, pričom väčšina krajín ponúka liečbu na stupni súdu, a nie na skorších stupňoch kontaktu s políciou alebo prokurátormi. Po druhé, sú podmienené, čo znamená, že porušenie liečebného poriadku má za následok opätovné spustenie procedúry obvinenia z trestného činu, trestného stíhania alebo trestu.

Krajiny zaviedli alebo rozšírili možnosti alebo systémy pre delikventov, ktorí majú byť odoslaní na liečbu alebo poradenstvo, ako alternatívu k trestu alebo uväzneniu, v súlade s cieľmi osobitného zasadnutia VZ OSN a akčného plánu EÚ. V Írsku a na Malte je v súčasnosti možné po zatknutí odoslať užívateľov drog na liečbu. Tak je tomu aj v Spojenom kráľovstve, kde je za určitých okolností povolené vykonávanie skúšok na drogy pri zatknutí. Špeciálne drogové súdy boli zriadené v Írsku, Spojenom kráľovstve (Anglicku a Škótsku) a Nórsku a uvažuje sa o nich na Malte. Portugalsko zriadilo systém „komisií pre odrádzanie od užívania drog“, ktoré pozostávajú z právnikov, lekárov a sociálneho pracovníka. Nové právne predpisy v iných krajinách zaviedli určitú formu liečby ako alternatívu trestu: vo Francúzsku sa môžu porušovatelia právnych predpisov súvisiacich s drogami zúčastniť platených informačných kurzov, v Španielsku, Maďarsku a Lotyšsku môžu byť väzobné tresty odložené pre užívateľov drog, ktorí sa zúčastňujú liečby, a v Bulharsku, Maďarsku, Rumunsku a Turecku sa môže odkladná lehota skombinovať s liečbou. Holandsko si dáva za cieľ zvýšiť využívanie liečby ako podmienky skoršieho prepustenia z väzenia. Keď sa to považuje za vhodné, vo Fínsku môžu byť odsúdení páchatelia umiestnení do väzenia s nízkym stupňom stráženia, ak zostanú čistí, a v Grécku môžu byť umiestnení do špeciálnych liečebných zariadení. Nárok na protidrogové liečebné programy bol rozšírený na osoby uznané vinnými zo závažnejších trestných činov v Taliansku (ak je trestný čin možné potrestať trestom do 6 rokov odňatia slobody, čo bolo zvýšené zo 4 rokov) a v Španielsku (zvýšené z troch na päť rokov). V Belgicku existujú na všetkých úrovniach procesu trestného súdnictva alternatívy na odoslanie delikventov užívajúcich drogy na liečbu.

Ďalšie informácie o rôznych liečebných alternatívach trestu a rozsahu ich využívania sa nachádzajú v sekciách Topic overview (Prehľad tém) a Legal reports (Právne správy) databázy ELDD ⁽⁸⁾.

Zameranie na ochranu verejnosti

Počas posledných desiatich rokov sa trestné právo čoraz viac využívalo na ochranu verejnosti pred užívateľmi drog a súčasne s rozlišovaním medzi „chorými“

užívateľmi a „zločineckými“ priekupníkmi sa kategória užívateľa právne rozdeľuje na tých, ktorí robia a ktorí nerobia problémy alebo škody iným členom spoločnosti. Opatrenia, ktoré znižujú trestné sankcie za osobné užívanie alebo ponúkajú alternatívy trestom uvedené vyššie, sú súčasťou tohto vývoja. Tieto možnosti liečby alebo menších trestov sú napríklad udelené za podmienky, že užívateľ nespôsobí žiadnu formu verejnej výtržnosti.

Taktiež boli rozšírené kritériá a zvýšené tresty pre tých delikventov, ktorí riskujú spáchanie škôd voči iným členom spoločnosti. Najväčšia legislatívna aktivita sa sústredila na osoby, ktoré užijú drogy a potom šoférujú (Belgicko, Česká republika, Dánsko, Španielsko, Francúzsko, Lotyšsko, Litva, Portugalsko, Fínsko). Nové právne predpisy, ktoré regulujú testovanie na drogy na pracovisku v Írsku, Fínsku a Nórsku, zdôrazňujú, že testovanie je povolené hlavne v situáciách, v ktorých by zo stavu pod vplyvom drog vyplývalo značné nebezpečenstvo alebo riziko. Nové právne predpisy kontrolujú aj užívanie drog v rôznych dopravných prostriedkoch: vlaky a lode v Írsku, člny v Lotyšsku, letecká doprava vo Fínsku. Posledných niekoľko rokov bolo taktiež svedkom: právnych predpisov a stratégií na prevenciu alebo trestanie verejného pohoršenia (pozri vybranú otázku z roku 2005), nových právomocí na zatváranie barov alebo iných priestorov alebo vylúčenie osôb z nich (Belgicko, Írsko, Holandsko) a právomocí na zatváranie súkromných obydľí, kde sa uskutočňuje komerčná distribúcia drog alebo systematické užívanie drog (Holandsko resp. Spojené kráľovstvo). Súčasne boli v tom čase v takmer celej Európe zavedené nové právne predpisy na ochranu nefajčiarov pred užívaním tabaku: od roku 2004 zakázalo 24 členských štátov EÚ (všetky okrem Grécka, Maďarska a Poľska) alebo závažne obmedzilo fajčenie v uzavretých verejných priestoroch, často so značnými pokutami pre previnilcov.

Zhrnutie uvedených právnych zmien: zdá sa, že trestné sankcie boli často znížené pre individuálnych užívateľov bez priradzujúcich okolností, ale takmer ako protiváha, zvýšené pre osoby, ktorých činnosti môžu mať vplyv na iných členov spoločnosti. Druhá skutočnosť odráža narastajúce zameranie na využívanie trestného práva na ochranu verejnosti.

Trestné činy súvisiace s drogami

Trestné činy súvisiace s drogami sú širokým pojmom, ktorý môže zahŕňať všetky spáchané trestné činy, ktoré sú do určitej miery spojené s drogami ⁽⁹⁾. V praxi sú rutinné údaje v Európe dostupné len z prvotných správ o porušeniach právnych predpisov súvisiacich z drogami, hlavne

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Diskusia o vzťahoch medzi drogami a trestnými činmi sa nachádza v EMCDDA (2007b).

od polície. Hoci sa tieto údaje zvyčajne považujú za nepriame ukazovatele užívania drog alebo obchodovania s drogami, je dôležité poznamenať, že odrážajú rozdiely vo vnútroštátnej legislatíve, ako aj rozdielne spôsoby, akými sa právne predpisy uplatňujú a presadzujú. Údaje taktiež odrážajú rozdiely v stanovených prioritách a zdrojoch pridelených justičnými orgánmi na konkrétne trestné činy. Okrem toho existujú rozdiely medzi národnými informačnými systémami o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, najmä v súvislosti s postupmi vykazovania a evidencie. Pretože v dôsledku týchto rozdielov sa ťažko robia porovnania medzi krajinami, je vhodnejšie porovnávať trendy, a nie absolútne čísla.

Celkovo sa v členských štátoch EÚ počet uvádzaných porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami zvýšil v priemere o 36 % medzi rokmi 2001 a 2006 (obrázok 2). Údaje odhaľujú narastajúce trendy vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, s výnimkou Bulharska, Grécka, Lotyšska a Slovinska, ktoré uvádzali celkový pokles počas päťročného obdobia ⁽¹⁰⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s užívaním a ponukou

Rovnováha medzi porušeniami právnych predpisov súvisiacimi s drogami, ktoré sa vzťahovali na užívanie drog, a tých, ktoré sa vzťahovali na ponuku (dilerstvo, pašovanie, výroba), je podobná ako po minulé roky. Väčšina európskych krajín uvádza, že väčšina porušení právnych predpisov sa týkala užívania drog alebo prechovávaní na užívanie, pričom čísla za rok 2006 sú rôzne až po 93 % v Španielsku ⁽¹¹⁾. V Českej republike, Holandsku, Turecku a Nórsku však prevládali porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami, ktoré sa vzťahovali na ponuku, pričom tieto porušenia dosahovali 52 % (Turecko) až 88 % (Česká republika) všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami uvádzaných v roku 2006.

Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog sa v rokoch 2001 až 2006 v Európskej únii zvýšil priemerne o 51 %, pričom dve tretiny krajín, ktoré poskytli správy, uvádzajú rastúci trend, a len Slovinsko a Nórsko uvádzajú klesajúci trend počas uvedeného päťročného obdobia ⁽¹²⁾. Okrem toho je vhodné poznamenať, že ako podiel na všetkých porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami sa porušenia právnych predpisov, ktoré sa vzťahujú na užívanie, za rovnaké obdobie zvýšil v polovici krajín, ktoré poskytli správy.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s ponukou drog sa v období rokov 2001 – 2006 taktiež zvýšili, ale oveľa nižším tempom, pričom priemerný nárast v EÚ bol 12 %. Za toto obdobie sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou zvýšil vo viac než polovici krajín, ktoré poskytli správy, a znížil v štyroch krajinách (Nemecko, Cyprus, Holandsko, Slovinsko) ⁽¹³⁾.

Trendy podľa drog

Vo väčšine európskych krajín bol kanabis v roku 2006 Vo väčšine európskych krajín bol kanabis v roku 2006 nezákonnou drogou, ktorá je najčastejšie zahrnutá v uvádzaných porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami ⁽¹⁴⁾. V krajinách, ktorých sa to týka, dosahovali porušenia právnych predpisov súvisiace s kanabisom 36 – 86 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami. V niekoľkých krajinách prevládali pri porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami iné drogy ako kanabis: v Českej republike tvoril metamfetamín 60 % všetkých porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami a na Malte bolo toto číslo pre heroín 41 %. V Luxembursku boli porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami takmer rovnomerne rozdelené medzi kanabis, heroín a kokaín.

Počas obdobia 2001 – 2006 zostal počet porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahovali na kanabis, stabilný alebo sa zvýšil vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, čo malo za následok celkové priemerné zvýšenie o 34 % v EÚ (obr. 2). Klesajúce trendy však uvádzali Bulharsko, Česká republika (2002 – 2006), Taliansko a Slovinsko ⁽¹⁵⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom sa počas obdobia 2001 – 2006 zvýšili vo všetkých európskych krajinách s výnimkou Bulharska, Nemecka a Slovenska. Počas toho istého obdobia sa priemer pre EÚ zvýšil o 61 %.

Údaje o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahujú na heroín, za roky 2001 až 2006 vykazujú odlišný obraz ako porušenia, ktoré sa vzťahujú na kanabis alebo kokaín, keď celkove poklesli v Európskej únii v priemere o 14 %, najmä medzi rokmi 2001 a 2003. Národné trendy porušení súvisiacich s heroínom sa však počas tohto obdobia rôznia, pričom tretina krajín uvádza stúpajúce trendy ⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹²⁾ Pozri obrázok DLO-2 a tabuľku DLO-4 v štatistickej ročenke 2008.

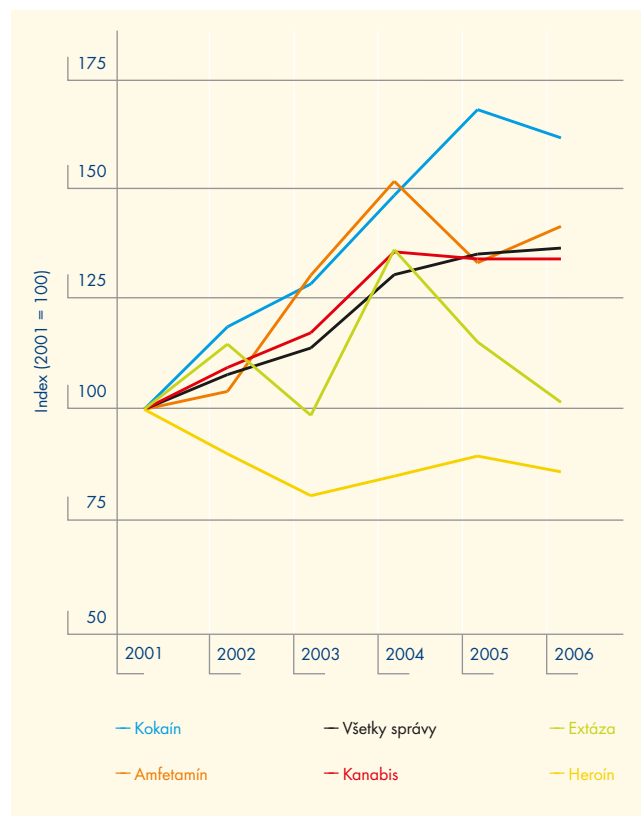
⁽¹³⁾ Pozri tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁵⁾ Pozri tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2008. Doplnujúca analýza porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom sa nachádza v kapitole 3.

⁽¹⁶⁾ Pozri tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2008.

Obrázok 2: Indexované trendy v správach o porušeníach protidrogových právnych predpisov v členských štátoch EÚ, 2001 – 2006



Pozn.: Trendy predstavujú dostupné informácie o celoštátnom počte správ o porušeníach protidrogových právnych predpisov (trestnoprávných a iných než trestnoprávných) poskytnutých orgánmi činnými v trestnom konaní v členských štátoch EÚ; všetky série sú indexované voči základu 100 v roku 2000 a vážené podľa veľkosti populácií jednotlivých krajín, aby sa vytvoril celkový trend EÚ. Celkový počet porušení uvádzaný za rok 2006 v krajinách zahrnutých do trendov (pred vážením) bol: amfetamin 41 069; kanabis 550 878; kokain 100 117; extáza 17 598; heroín 77 242; všetky správy 936 866. Krajiny, pre ktoré chýbajú údaje za dva alebo viac za sebou idúcich rokov, nie sú zahrnuté do výpočtov trendu: celkový trend je založený na všetkých štátoch EÚ okrem Spojeného kráľovstva, trend pre kanabis je založený na 18 krajinách, pre heroín na 18, kokain na 17, amfetamin na 12 a extázu na 13 krajinách. Ďalšie informácie o metodike sa nachádzajú v obrázku DLO-3 v štatistickej ročenke 2008.

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

Priemerné trendy v EÚ v počte porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré sa vzťahujú na amfetamin a extázu, bol najvyšší v roku 2004. Zatiaľ čo trend v porušeníach právnych predpisov súvisiacich s amfetaminom zostal rastúci (priemerný nárast o 41 % v období 2001 – 2006), priemer EÚ v porušeníach súvisiacich s extázou kolísav v uvedenom období a nevykázal žiadnu celkovú zmenu za obdobie 2001 až 2006.

Národné výskumy súvisiace s drogami

Výskum problému drog sa vykonáva vo všetkých európskych krajinách, kde poskytuje informácie nevyhnutné na popis a porozumenie dosahu nezákonných drog v celoštátnom meradle. Na základe správ z 25 členských štátov, Chorvátska a Nórska je možné poskytnúť prehľad o organizácii výskumu súvisiaceho s drogami v európskych krajinách. V čase, kedy sa čoraz viac uznáva dôležitosť intervencií založených na dôkazoch, je povšimnutiahodné, že 21 krajín uvádza, že pri protidrogovej politike vychádzajú z výsledkov výskumu, aspoň do určitej miery.

Koordinácia a financovanie

Väčšina krajín uvádza, že výskum sa uskutočňuje najmä Výskum súvisiaci s drogami uvádza v národnej protidrogovej stratégii alebo akčnom pláne 20 z 27 krajín, ktoré poskytli správy, buď ako osobitná téma, alebo sa uvádza ako nevyhnutná zložka politiky založenej na dôkazoch. V 15 z 27 krajín štruktúry na koordináciu výskumu súvisiaceho s drogami existujú na národnej úrovni. Len päť krajín uvádza, že výskum súvisiaci s drogami sa v ich národných stratégiách nenachádza, alebo že v tejto oblasti nemajú národnú koordináciu štruktúru.

Štát je hlavným zdrojom financovania výskumu súvisiaceho s drogami, ktorý uvádzajú členské štáty, a to buď prostredníctvom programov všeobecného výskumu, alebo prostredníctvom výskumných programov v oblasti drog. Zdravotné a sociálne vedy sú dve hlavné oblasti všeobecného výskumu, v ktorých sa nachádza financovanie výskumu súvisiaceho s drogami. Financovanie špeciálne určené na výskum súvisiaci s drogami môže byť k dispozícii prostredníctvom národných protidrogových koordináčnych orgánov (Česká republika, Španielsko, Francúzsko, Luxembursko, Maďarsko, Poľsko, Portugalsko, Nórsko). Oba typy programov financovania často spájajú výskum v oblasti nezákonných drog s inými oblasťami závislostí, ako sú napr. alkohol, tabak a hazardné hry. Financie sú väčšinou dostupné prostredníctvom zmlúv na poverený výskum alebo prostredníctvom rámcových programov, na ktoré výskumníci podávajú žiadosti. Medzi ďalšie typy uvádzaných zdrojov financovania patria nadácie, akadémie vied, súkromné inštitúcie, špeciálne fondy pre boj s drogami, Európska komisia a OSN.

Štruktúry a projekty

Väčšina krajín uvádza, že výskum sa uskutočňuje najmä na univerzitách a v špecializovaných centrách, pričom niektoré sa môžu nachádzať v národných kontaktných miestach alebo štátnych a súkromných výskumných centrách. Niektoré krajiny (Nemecko, Španielsko,

Portugalsko) uviedli existenciu národných výskumných sietí. Tieto siete môžu zohrávať dôležitú úlohu v organizácii a financovaní výskumu a taktiež môžu podporovať priamejšie väzby medzi výskumom a praxou.

Spomedzi hlavných štúdií vykonaných od roku 2000, ktoré uvádzajú členské štáty, bola viac než polovica v oblasti epidemiológie a približne jedna tretina v oblasti aplikovaného výskumu (hlavne hodnotenia intervencií pri prevencii a liečbe). Taktiež sa uvádzali štúdie v oblasti určujúcich faktorov, rizikových a ochranných faktorov užívania drog, následkov užívania drog a mechanizmov a účinkov drog.

Niekoľko krajín uviedlo obmedzenia týkajúce sa výskumu súvisiaceho s drogami. Príklady identifikovaných problémov: organizačné aspekty, ako napr. nedostatočná koordinácia a roztrúsené prostriedky (Nemecko, Francúzsko, Rakúsko), nedostatok kvalifikovaných výskumných pracovníkov (Lotyšsko, Maďarsko) a metodické aspekty (problémy ochrany údajov, problémy pri zasahovaní skrytej populácie, nedostatočná kontinuita výskumných projektov). Niekoľko krajín ako hlavné obmedzenie uviedlo obmedzené financie dostupné na výskum súvisiaci s drogami (Belgicko, Grécko, Poľsko, Rumunsko, Fínsko).

Šírenie

Bolo identifikovaných celkovo 25 európskych vedeckých časopisov špecializujúcich sa na problematiku drog v 11 jazykoch okrem angličtiny. Väčšina týchto národných časopisov zverejňuje výfahy v angličtine a víta príspevky z iných krajín. Okrem publikácií špecializujúcich sa na nezákonné drogy a závislosti sa články o užívaní nezákonných drog publikujú aj vo vedeckých časopisoch z iných oblastí a v odborných časopisoch. V roku 2006 boli výsledky výskumu v oblasti drog publikované vo viac než stovke takýchto európskych časopisov. Dôležitú úlohu pri šírení výsledkov výskumu zohrávajú aj ďalšie typy publikácií vrátane publikácií vydaných národnými kontaktnými miestami.

Národné kontaktné miesta siete Reitox taktiež zohrávajú dôležitú úlohu pri šírení výsledkov výskumu vo všetkých krajinách, ktoré poskytli správy, a to najmä prostredníctvom ich národných správ.

Ďalšie informácie o výskume súvisiacom s drogami

Centrum EMCCDA zhromaždilo podrobné informácie o výskume v oblasti boja proti drogám vykonanom v európskych krajinách prostredníctvom svojej siete národných kontaktných miest siete Reitox. Informácie od členských štátov obsahujú aj popis výskumných organizácií a systémov financovania v jednotlivých štátoch. Členské štáty taktiež poskytli zoznamy hlavných štúdií uskutočnených od roku 2000 a identifikovali vedecké práce, vedecké časopisy a webové stránky, prostredníctvom ktorých boli šírené závery výskumu týkajúceho sa drog v ich štáte. EMCCDA sprístupňuje tieto a ďalšie informácie prostredníctvom rôznych produktov a kanálov (pozri <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Podrobnejší prehľad tejto témy nájdete vo vybranej otázke o výskume týkajúcom sa drog za rok 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Európska komisia zadala vypracovanie hĺbkovej porovnávacej analýzy výskumu v oblasti nezákonných drog v Európskej únii. Štúdia by mala poskytnúť prehľad o dostupnom financovaní výskumu týkajúceho sa drog v Európskej únii a členských, pričom by mala vychádzať z výsledkov vybranej otázky o výskume a mala by zahŕňať aj výskum v oblasti zníženia ponuky drog a bezpečnosti. Štúdia posúdi existujúcu infraštruktúru výskumu v rámci členských štátov a na európskej úrovni a bude obsahovať porovnanie s inými oblasťami, ako sú napr. Severná Amerika a Austrália. Na záver bude obsahovať odporúčania politických možností na riešenie medzier v poznatkoch a zlepšenie spolupráce na úrovni EÚ. Štúdia taktiež posúdi európske siete vrátane centra EMCDDA a jeho siete kontaktných miest v členských štátoch. Výsledky štúdie budú dostupné začiatkom roka 2009.



Kapitola 2

Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad

Úvod

V tejto kapitole sa nachádza prehľad reakcií na problémy s drogami v Európe. Kde je to možné, zdôrazňujú sa trendy, vývoj a otázky kvality. Medzi sumarizované opatrenia patria prevencia, liečba, znižovanie škôd a sociálna reintegrácia, ktoré spolu tvoria komplexný systém na znižovanie dopytu. V tejto kapitole sa taktiež nachádza prehľad dostupných údajov o potrebách užívateľov drog vo väzniciach a existujúcich reakcií v tomto konkrétnom prostredí. Okrem toho sú stručne popísané budúce výzvy v oblasti monitorovania ďalšej oblasti protidrogovej politiky – znižovanie ponuky drog.

Prevencia

Protidrogovú prevenciu je možné rozdeliť na jednotlivé úrovne alebo stratégie, od prevencie v prostredí až po indikovanú prevenciu, ktoré v ideálnom prípade medzi sebou nesúťažajú, ale sa dopĺňajú. Nasledujúci popis aktuálnej situácie a trendov v Európe vychádza z kvantitatívnych údajov o poskytovaní všeobecnej a selektívnej prevencie, ktoré boli oznámené centru EMCDDA v roku 2007 ⁽¹⁷⁾ a zo skúmania literatúry o indikovanej prevencii (EMCDDA, 2008f).

Všeobecná prevencia

Zdá sa, že ciele všeobecnej protidrogovej prevencie na školách v Európe sa v posledných rokoch zmenili. V roku 2007 bol rozvoj životných zručností najčastejšie uvádzaným cieľom preventívnych činností (12 z 28 krajín predkladajúcich správu), zatiaľ čo v roku 2004 polovica krajín (13 z 26) uvádzala ako hlavné ciele zvyšovanie povedomia a poskytovanie informácií. Vytváranie chránených školských prostredí, čo je jedna z foriem štrukturálnych intervencií, bolo taktiež častejšie uvádzané ako hlavný cieľ v roku 2007 (šesť krajín) než v roku 2004 (štyri krajiny). Zmeny uvádzaných cieľov môžu odrážať prijatie racionálnejšieho prístupu založeného na dôkazoch, ale miera, do akej táto zmena cieľov odráža skutočné poskytovanie, je nejasná.

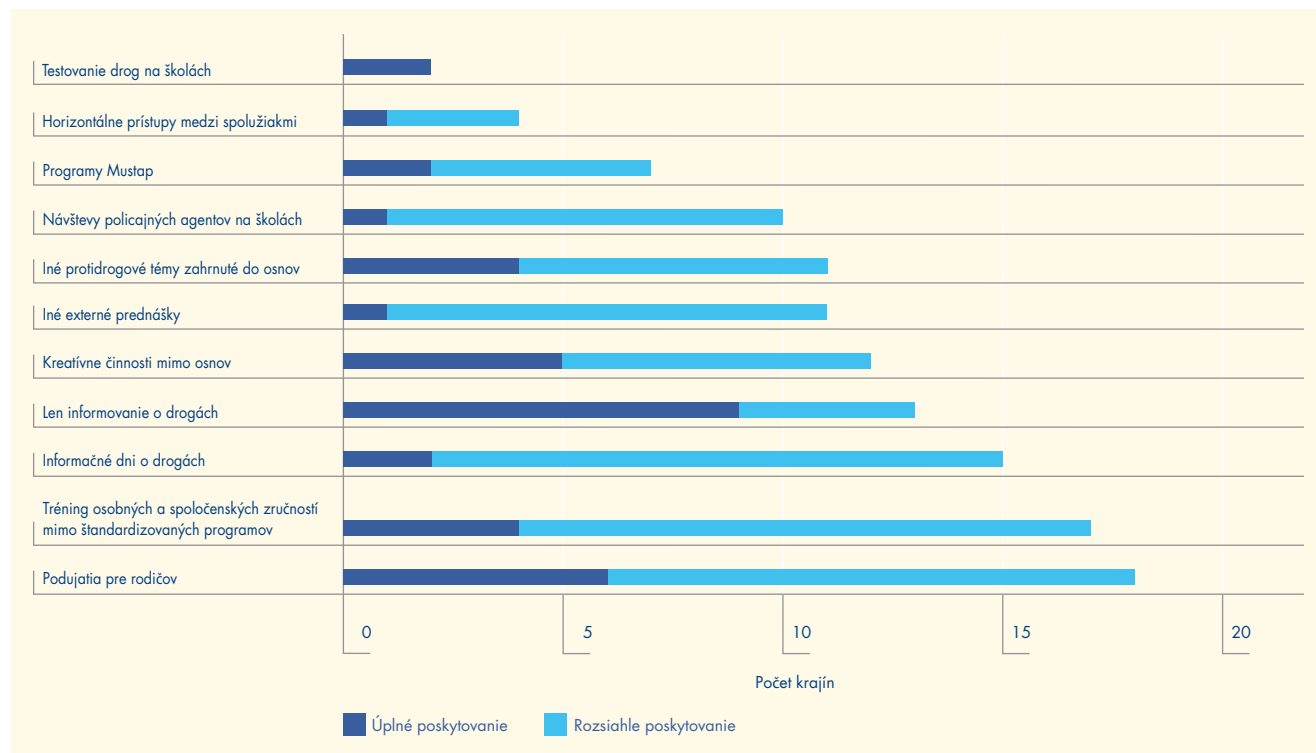
Zlepšenie monitorovania zniženia ponuky drog

Zníženie ponuky drog je možné definovať ako všetky činnosti, ktorých cieľom je zabránenie prístupu užívateľov k nezákonným drogám. Tieto činnosti môžu zahŕňať nástroje, ako sú napr. medzinárodné dohovory, právne predpisy a politiky na úrovni EÚ a členských štátov, ako aj opatrenia, ktoré sa zaoberajú rôznymi procesmi a aktérmi zainteresovanými do výroby a obchodovania s nezákonnými drogami, ale aj do zneužívania alebo nezákonnej výroby zákonných látok (liekov, prekursorov) na nezákonné účely a do prania špinavých peňazí pochádzajúcich z drog. Činnosti v oblasti presadzovania práva, alternatívne iniciatívy rozvoja a projekty s cieľom prevencie kriminality súvisiacej s drogami tiež prispievajú k zníženiu ponuky nezákonných drog. Monitorovanie a analýza predstavujú, ako aj v prípade znižovania dopytu po drogách, dôležitú podporu týchto aktivít a ich hodnotenia.

Nedávne cvičenia zberu údajov v rámci výročných hodnotení pokroku protidrogového akčného plánu EÚ a hodnotenia Valného zhromaždenia OSN (pozri kapitolu 1) odhalili zmiešaný obraz z hľadiska dostupnosti údajov o opatreniach v oblasti znižovania ponuky. Činnosti týkajúce sa medzinárodných projektov sú zvyčajne dobre zdokumentované, no na druhej strane prístup k údajom o činnostiach na úrovni členských štátov je často zložitý a údaje sa ťažko porovnávajú. Európska komisia, Eurostat, Europol a EMCDDA pracujú na zlepšení tejto situácie v rámci ďalšieho protidrogového akčného plánu EÚ (2009 – 2012). Preskúmajú sa existujúce koncepčné rámce a informačné systémy, ako aj možné zdroje informácií na monitorovanie a analýzu činností týkajúcich sa znižovania ponuky v členských štátoch. Taktiež je potrebné lepšie pochopiť trhy s drogami, obzvlášť systémy ponuky a distribúcie, a to z hospodárskeho aj sociálneho hľadiska. Dve štúdie financované Európskou komisiou preskúmajú informačné systémy a zdroje týkajúce sa zníženia ponuky drog a medzinárodných trhoch s drogami.

Podujatia pre rodičov a stratégie výlučného poskytovania informácií (informačné dni, návštevy odborníkov alebo policajných agentov na školách) patria k typom intervencií na školách, ktoré uvádza najväčší počet krajín (obr. 3). Účinnosť týchto intervencií je nejasný. Naopak, niektoré silnejšie intervencie založené na dôkazoch uvádza len zopár krajín. Patria medzi ne štandardizované

⁽¹⁷⁾ Údaje poskytli národní experti v členských štátoch.

Obrázok 3: Najčastejšie typy intervencií vo všeobecnej prevencii na školách

Pozn.: Mustap – štandardizované programy s tlačímkami materiámi pozostávajúce z viacerých kôl

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

programy, horizontálne prístupy medzi spolužiakmi alebo špecifické intervencie pre chlapcov, pričom všetky majú za cieľ zlepšiť komunikačné zručnosti, zvýšiť schopnosti zvládať konflikty, stres a frustráciu alebo napraviť normatívne nesprávne výklady o užívaní drog. Celková prevaha intervencií, ktorým chýba alebo majú len slabú dôkazovú základňu, môže byť spôsobená faktom, že vyžadujú menej prostriedkov a výškolenia personálu.

Okrem činností, ktoré sa špeciálne zameriavajú na užívanie drog, existujú na školách aj štrukturálne intervencie. Snahou o vytvorenie chránených a normatívnych školských prostredí sa štrukturálne intervencie pokúšajú ovplyvniť rozhodovanie mladých ľudí vo veci užívania drog (Toumbourou a kol., 2007). Tento prístup sa zhoduje s celkovou politikou prevencií, ktorá čoraz viac zahŕňa prísnejšie nariadenia týkajúce sa tabaku a alkoholu na školách. Z tohto hľadiska 20 krajín uvádza úplný zákaz fajčenia na školách a 18 krajín uvádza úplné alebo rozsiahle poskytovanie⁽¹⁸⁾ protidrogových politík na školách. Obzvlášť v strednej a západnej Európe uvádzajú členské štáty, že realizovali štrukturálne intervencie, ktorých cieľom je znížiť užívanie tabaku a alkoholu na školách. Tieto preventívne opatrenia môžu byť doplnené aj o ďalšie štrukturálne opatrenia, ako je napr. zlepšenie vzhľadu budov škôl a školského života.

Ďalším široko využívaným preventívnym prístupom je rodinná prevencia. Jedenásť krajín uvádza úplné alebo rozsiahle poskytovanie rodinných stretnutí a večerov. Spoločne s prevenciou na školách aj rodinná prevencia sa zameriava najmä na poskytovanie informácií. Intenzívne vedenie a školenie pre rodiny, čo je prístup, ktorý v rámci štúdií (Petrie a kol., 2007) preukázal najvyššiu efektívnosť, sa ponúka v obmedzenej miere, pričom len sedem krajín uvádza najvyššie úrovne poskytovania.

Selektívna prevencia

Selektívna prevencia závisí od sociálnych a demografických ukazovateľov, ako sú nezamestnanosť, kriminalita alebo záškoláctvo. Zaoberá sa osobitnými skupinami, rodinami alebo celými komunitami, v ktorých ľudia z dôvodu slabých sociálnych väzieb a nedostatku prostriedkov môžu byť náchylnejší na užívanie drog alebo na vznik závislosti.

Trinásť krajín uvádza, že väčšina ich rodinnej prevencie je selektívna. V Európe sa však zriedka riešia dôležité rizikové podmienky rodín. Spomedzi 30 krajín, ktoré poskytli správy, len sedem uvádza úplné alebo rozsiahle poskytovanie intervencií na užívanie látok v rodinách a päť uvádza poskytovanie intervencií pre rodinné konflikty a zanedbávanie. Okrem toho každú z nasledujúcich

⁽¹⁸⁾ Rozsiahle poskytovanie: intervencia sa poskytuje vo väčšine miest, kde je veľkosť cieľovej populácie dostatočná na jej realizáciu.

Úplné poskytovanie: intervencia je dostupná v takmer všetkých miestach, kde je veľkosť cieľovej populácie dostatočná na jej realizáciu.

kategórií intervencií uvádzajú len štyri krajiny: riešenie sociálneho znevýhodnenia (napr. nezamestnanosť), pomoc pri problémoch v oblasti trestného súdnictva a pomoc marginalizovaným rodinám z prostredia národnostných menšín. Nakoniec, len tri krajiny riešia potreby rodín, ktoré sa vyrovnávajú s problémami duševného zdravia.

Rizikové podmienky mladých zraniteľných skupín, napr. mladistvých delikventov, bezdomovcov, záškolákov, znevýhodnenej a menšinovej mládeže, sa taktiež riešia len zriedka, a to napriek rastúcemu politickému významu. Od roku 2004 ich stále viac protidrogových politik označuje za primárne ciele v oblasti preventívnych intervencií, ale uvádzaná úroveň poskytovania intervencií sa počas tohto obdobia nezvýšila. Podrobnejšie údaje sa nachádzajú vo vybranej otázke o zraniteľnej mládeži 2008.

Indikovaná prevencia

Cieľom indikovanej prevencie je identifikovať osoby s problémovým správaním alebo psychologickými problémami, ktoré môžu byť náchylné na rozvinutie užívania problémových látok v budúcnosti, a zamerať sa na ne jednotlivo so špeciálnymi intervenciami. Medzi takéto osoby patria žiaci, ktorí zanechali štúdium, osoby s psychiatrickými poruchami, antisociálnym správaním alebo počiatočnými znakmi užívania drog. Nedávna správa centra EMCDDA (2008f) predstavuje priebežné štúdie, ktoré definujú dráhy problémov, neurobehaviorálne štúdie a čoraz lepšie poznatky o plasticite mozgu a úlohe neurotransmiterov, a zdôrazňuje závery intervencií podľa informácií z členských štátov.

Deti s poruchami správania, ako je napríklad súčasne existujúci nedostatok pozornosti (hyperaktivita) a porucha správania, sú vystavené vysokému riziku rozvinutia užívania látok. Skorá intervencia u detí s poruchami správania vyžaduje úzku spoluprácu zdravotníckych a sociálnych služieb a služieb pre mládež. Nemecká viacmodulová liečebná koncepcia ponúka napríklad kombináciu poradenstva pre rodičov a opatrovníkov, zdravotnícku, psychoterapeutickú a psychosociálnu podporu a vzdelávaciu podporu v škôlkach a školách.

Írsky prístup cieleného vzdelávania a psychologického poradenstva pre mladých ľudí, najmä v oblasti prevencie rozvinutia problémov na školách, vo vzdelávacích zariadeniach a v rodine, si získal celkové kladné výsledky hodnotenia. V Holandsku zistila štúdia dlhodobých preventívnych účinkov liečby neprispôsobivého správania u mladých ľudí vo veku 8 až 13 rokov, že prispôsobená liečba správania preukázala oveľa lepšie výsledky z hľadiska fajčenia a užívania kanabису v porovnaní so zvyčajnou liečbou (Zonnevylle-Bender a kol., 2007).

Účinnosť a riziká intervencií

Užívanie drog medzi deťmi a v rodinách zostáva hlavným zameraním cielennej prevencie v Európe. Veľký počet štúdií o sociálnych a neurobehaviorálnych prediktorech rozvinutia užívania látok preukázal, že preventívne snahy, ktoré nie sú zamerané na drogy, môžu mať vplyv aj na užívanie drog. Selektívna aj indikovaná prevencia môžu zmierniť účinok vývojového znevýhodnenia vo veľmi mladom veku, jeho vyústenie do spoločenskej marginalizácie a následného rozvinutia užívania nepovolených látok. Niekoľko výskumných štúdií odhalilo, že intervencie poskytnuté počas prvých rokov školskej dochádzky, ktorých cieľom bolo zlepšiť vzdelávacie prostredie a zmierniť sociálne vylúčenie, majú taktiež zmierňujúci účinok na neskoršie užívanie látok (Toumbourou a kol., 2007).

Celková účinnosť prevencie na školách bola spochybnená (Coggans, 2006; Gorman a kol., 2007). Nedávne prehľady literatúry⁽¹⁹⁾, však preukazujú, že niektoré zložky prevencie na školách, ako je napríklad zameranie na normatívne názory a životné skúsenosti, sa zdajú byť účinné. Napríklad štúdia EÚ-Dap, čo je európska randomizovaná kontrolovaná skúška spolufinancovaná Európskou komisiou, ktorá mala rozvinúť a vyhodnotiť program prevencie na školách, preukázala pozitívne

Drogy a zraniteľné skupiny mladých ľudí – vybraná otázka EMCDDA 2008

Mladým ľuďom z niektorých skupín hrozí sociálne vylúčenie, čo môže byť spojené so zvýšenou pravdepodobnosťou užívania drog a vznikom drogových problémov. Zameraním opatrení určených na zníženie používania drog, ako aj nepriaznivého vplyvu súvisiaceho s drogami na niektoré skupiny, je možné zvýšiť pravdepodobnosť naplnenia potrieb týchto skupín, ako aj pravdepodobnosť toho, že tieto opatrenia budú úspešné.

Táto vybraná otázka poskytuje podrobné informácie o rizikových faktoroch a zraniteľnosti osobitných skupín a skúma používanie drog a problémy s nimi spojené v rámci týchto skupín. Taktiež sa zaoberá dôsledkami vyplývajúcich zo zraniteľnosti, ktorá je výsledkom záškoláctva, problémov v škole, sociálnych nevýhod, rodinných problémov a delikvencie. Predmetom diskusie sú aj osobitné reakcie na používanie drog a drogové problémy medzi zraniteľnými skupinami vrátane právnych predpisov, prevencie a liečby.

Táto vybraná otázka je dostupná v tlačenej forme a na internete len v angličtine (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

⁽¹⁹⁾ Pozri portál o osvedčených postupoch (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

výsledky ⁽²⁰⁾. Následná štúdia zistila, že 15 mesiacov po intervencii zostal účinok programu stabilný, pričom sa znížila frekvencia opijania a užívania kanabису pozorovaná medzi účastníkmi. Program „Unplugged“ použitý v skúške spochybnil normy o akceptácii a názory na prevalenciu užívania látok medzi mladými ľuďmi.

Prevencia nemá byť len účinná, ale mala by byť aj bezpečná – nežiaduce účinky musia byť minimálne. Preto by sa pri navrhovaní a hodnotení intervencií mali dôkladne zväžiť riziká negatívnych účinkov. To je obzvlášť dôležité pri všeobecnej prevencii na školách, ktorá sa poskytuje veľkej a rozmanitej cieľovej populácii. Napríklad poskytovanie informácií len o účinkoch drog, čo je rozšírený prístup v rámci Európy, je nielen neúčinné, ale môže predstavovať riziká nežiaducich účinkov (Werch a Owen, 2002). To isté platí pre kampane v médiách, ktoré predstavujú riziká zvýšenia náchylnosti na užívanie látok ⁽²¹⁾.

Jedným zo spôsobov zaručenia, že preventívne programy budú založené na dôkazoch a že riziká nežiaducich účinkov budú znížené na minimum, je vypracovanie štandardov poskytovania a obsahu projektov prevencie. Počet členských štátov, ktoré uvádzajú štandardy navrhovania a hodnotenia projektov, sa zvýšil z troch v roku 2004 na deväť v roku 2007. Niekoľko členských štátov uvádza, že vypracúvajú certifikačné procesy na zaručenie kvality programov a efektívneho využívania prostriedkov z verejných rozpočtov (Česká republika, Maďarsko, Poľsko, Portugalsko). V Českej republike je napríklad certifikácia preventívnych činností podmienkou získania dotácií zo štátneho rozpočtu.

Liečba

Cieľom tejto sekcie je poskytnúť prehľad o liečbe užívania drog v Európe a popísať organizáciu a poskytovanie liečebných služieb.

Organizácia

Vo všeobecnosti sa služby protidrogovej liečby v členských štátoch EÚ poskytujú prevažne prostredníctvom verejného sektora, hoci mimovládne organizácie (MVO) môžu zohrávať rovnocennú úlohu (sedem členských štátov) alebo dokonca byť hlavným poskytovateľom liečebných služieb (päť členských štátov). Všeobecní lekári taktiež zohrávajú dôležitú úlohu a v niektorých krajinách sú kľúčovými poskytovateľmi substituenej liečby. V niektorých krajinách môže byť súčasťou systému aj súkromný sektor, najmä v pobytovej starostlivosti. Napriek

Portál centra EMCDDA o osvedčených postupoch

EMCDDA tento rok spustilo prvý modul svojho webového portálu o osvedčených postupoch v oblasti intervencií týkajúcich sa drog (prevencia, liečba, znižovanie škôd a sociálna reintegrácia). Portál poskytuje prehľad o najnovších dôkazoch o efektívnosti a účinnosti jednotlivých zásahov, predstavuje nástroje a štandardy, ktorých cieľom je zlepšiť kvalitu zásahov, ako aj zvyrazňuje príklady vyhodnotených postupov z celej Európy. Je určený odborníkom, politickým činiteľom a výskumníkom v oblasti boja proti drogám a má silné celoeurópske zameranie.

Prvý modul portálu sa zameriava na univerzálnu prevenciu, obzvlášť na dôkazy o účinnosti založené na niekoľkých hodnoteniach publikovaných od roku 2000. Podrobnosti o záveroch nájdete na adrese <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portál poskytuje informácie o účinnosti rôznych intervencií, avšak je potrebné poznamenať, že dôkazová základňa je niekedy obmedzená a že rozhodovanie sa medzi jednotlivými intervenciami vyžaduje opatrnosť. Ďalej, keďže účinnosť programov je meraná kontrolovanými skúškami, zostáva otáznosť, ako budú určité intervencie fungovať v rozličných prostrediach. Nové vydanie banky údajov agentúry EDDRA, ktoré je k dispozícii na portáli, obsahuje príklady vyhodnotených intervencií v rozličných krajinách a prostrediach, a môže poskytovať ďalšie usmernenia.

tomu financovanie protidrogovej liečby je väčšinou zabezpečené z verejného rozpočtu alebo je naviazané na sociálne alebo zdravotné poistenie.

Poskytovanie

Protidrogová liečba sa uskutočňuje v rozličných prostrediach vrátane ambulantných a hospitalizačných liečebných zariadení, všeobecných zariadení, nízkoprahových agentúr a väzníc. Ambulantné prostredia vrátane všeobecných zariadení, tvoria väčšinu zariadení na liečbu užívania drog v Európe, najmä z toho dôvodu, že v týchto zariadeniach sa zvyčajne poskytuje substitučná liečba. Podľa najnovších údajov ukazovateľa dopytu po liečbe majú užívatelia drog, ktorí nastupujú liečbu v ambulantnom prostredí, priemerne 30 rokov a sú to prevažne muži ⁽²²⁾. Približne jedna tretina z nich si liečbu vyžiada sama, 22 % odošlú na liečbu orgány systému trestného práva, pričom toto číslo sa za posledné roky zvýšilo, a zvyšok odošlú orgány sociálnych alebo zdravotníckych služieb alebo neformálne siete ⁽²³⁾.

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Pozri kapitolu 3 v tejto správe a výročnú správu 2007.

⁽²²⁾ Pozri tabuľky TDI-10 časť (iii) a TDI-21 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽²³⁾ Pozri tabuľku TDI-16 v štatistickej ročenke 2008.

Polovica klientov, ktorí nastúpia liečbu v ambulantnom prostredí, uvádza primárne užívanie opiátov, 21 % uvádza ako primárnu drogu kanabis a 16 % kokaín. Nárast podielu klientov, a najmä mladých klientov, odoslaných na liečbu z dôvodu problémov s inými ako opiátovými drogami, môže odrážať zlepšenia v dostupnosti liečby pre užívateľov kanabisu a kokaínu v niektorých členských štátoch, ako aj nárast počtu užívateľov, ktorí vyhľadávajú liečbu od užívania týchto drog (pozri kapitoly 3 a 5). Avšak celková dostupnosť služieb špecificky zameraných na potreby užívateľov iných ako opiátových drog zostáva obmedzená.

Liečba v hospitalizačnom prostredí sa uskutočňuje väčšinou v terapeutických komunitách, psychiatrických nemocniciach a špecializovaných oddeleniach všeobecných nemocníc. Poskytované služby sa pohybujú od krátkodobých detoxifikačných programov až po dlhodobé psychiatrické alebo abstinenčné liečebné programy. Pobytové služby môžu byť obzvlášť vhodné pre užívateľov drog s komplexnými liečebnými potrebami z dôvodu problémov s fyzickými alebo duševným zdravím súvisiacich s komorbiditou. Hospitalizační klienti sú v zásade podobní ako ambulantní: približne vo veku 30 rokov, najmä muži a začínajúci protidrogovú liečbu najmä z dôvodu užívania opiátov⁽²⁴⁾. Podiel klientov bez zamestnania a stabilného bývania užívajúcich drogy je však vo väčšine krajín, v ktorých je porovnanie možné, vyšší u hospitalizačných klientov než u ambulantných klientov⁽²⁵⁾.

Historicky sú služby protidrogovej liečby organizované okolo potrieb užívateľov opiátov, ktorí stále predstavujú najväčšiu skupinu liečených užívateľov. Vo väčšine členských štátov sa prevládajúcou možnosťou liečby pre užívateľov opiátov stala substitučná liečba v kombinácii s psychosociálnou starostlivosťou. So zavedením vysokodávkovej buprenorfínovej liečby na Cypre v roku 2007 je substitučná liečba teraz dostupná vo všetkých členských štátoch, v Chorvátsku a v Nórsku⁽²⁶⁾. V Turecku sa substitučná liečba ešte len musí zaviesť, hoci ju povoľuje na základe nariadenia o liečebných centrách z roku 2004. Po metadone je buprenorfín druhou najčastejšie predpisovanou náhradou opiátov a jeho užívanie pri liečbe závislosti od opiátov sa v posledných rokoch zvýšilo (pozri kapitolu 6). V súčasnosti je dostupný ako možnosť liečby vo všetkých členských štátoch okrem Bulharska, Maďarska a Poľska. Odhaduje sa, že v roku 2006 sa substitučnej liečby v Európe zúčastňovalo 600 000 užívateľov opiátov, pričom v 16 z 22 štátov, ktoré poskytli údaje, sa za predchádzajúci rok zaznamenal nárast.

Znižovanie škôd

Prevenca a znížovanie škôd súvisiacich s drogami je cieľom v oblasti verejného zdravia vo všetkých členských štátoch, ako aj v protidrogovej stratégii a akčnom pláne EÚ (Európska komisia, 2007a). Hlavné intervencie v tejto oblasti sú substitučná liečba závislosti od opiátov a programy výmeny injekčných ihliel a striekačiek, ktoré sa zameriavajú na úmrtia na predávkovanie a šírenie infekčných chorôb. Tieto opatrenia sú dostupné vo všetkých krajinách s výnimkou Turecka (pozri aj kapitoly 6 a 8) a hoci existujú značné rozdiely v rozsahu a úrovni poskytovania služby, všeobecný európsky trend je rast a konsolidácia opatrení na znížovanie škôd.

Okrem toho, väčšina krajín poskytuje širokú škálu zdravotníckych a sociálnych služieb v nízkoprahových agentúrach. Niektoré krajiny však uvádzajú, že realizácia opatrení na znížovanie škôd mešká z dôvodu nedostatočnej politickej podpory. V Grécku bolo rozširovanie nízkoprahových služieb a substitučnej liečby pozastavené, v Rumunsku a v Poľsku boli v roku 2006 obmedzené programy výmeny ihliel a striekačiek po ukončení externého financovania a jediný program výmen ihliel a striekačiek na Cypre nie je oficiálne podporovaný. V Maďarsku, kde objem programov na výmenu ihliel a striekačiek a terénnych prác narastá, štúdia medzi neliečenými osobami naznačuje, že poskytovanie takýchto služieb je stále nedostatočné a prekážky prístupu sú veľké.

Vzhľadom na osobitný profil pobaltských štátov a Rumunsku z hľadiska HIV/AIDS zohrávajú medzinárodní darcovia v týchto krajinách naďalej dôležitú úlohu. Finančnú podporu aktivít na znížovanie škôd poskytuje globálny fond na boj proti AIDS, malárii a tuberkulóze, zatiaľ čo v Estónsku, Litve a Lotyšsku Úrad OSN pre drogy a kriminalitu nedávno spustil projekt s názvom Prevencia HIV/AIDS a starostlivosť medzi injekčnými užívateľmi drog a v prostrediach väznic.

V niektorých členských štátoch nedávno preskúmali dôsledky zavedenia intervencií na znížovanie škôd. Vo Francúzsku došlo k pozorovanému poklesu úmrtnosti medzi užívateľmi drog súčasne so zavedením trojitých antivírusových terapií, rozvojom politiky na znížovanie škôd a dostupnosťou substitučnej liečby závislosti od opiátov, v Španielsku bol pokles počtu injekčných užívateľov v kombinácii s jednoduchým prístupom k metadonovej udržiavacej liečbe spojený s poklesom infekčných chorôb a úmrtí súvisiacich s drogami medzi užívateľmi drog (De la Fuente a kol., 2006), a v Portugalsku dostupné údaje preukazujú stabilizáciu infekčných chorôb, ktorú je pravdepodobne možné aspoň

⁽²⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-10 časť (vii) a TDI-21 časť (iv) v štatistickej ročenke 2008.

⁽²⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-13 a TDI-15 v štatistickej ročenke 2008.

⁽²⁶⁾ Pozri tabuľky HSR-1 a HSR-2 v štatistickej ročenke 2008.

častočne pripísať nárastu dostupnosti programov na znižovanie škôd a liečebných programov.

Sociálna reintegrácia

Liečenie užívateľa drog často uvádzajú vysokú mieru nezamestnanosti alebo bezdomovectva. Takéto znevýhodnenia majú vyššiu tendenciu medzi špecifickými skupinami užívateľov, obzvlášť ženami, užívateľmi heroínu a cracku, užívateľmi, ktorí sú príslušníci národnostných menšín, a užívateľmi so psychiatrickými problémami súvisiacimi s komorbiditou.

Sociálna reintegrácia sa považuje za nevyhnutnú zložku komplexných protidrogových stratégií a je možné ju realizovať na akomkoľvek stupni užívania drog a v rozličných prostrediach. Ciele intervencií v oblasti sociálnej reintegrácie sa môžu dosiahnuť prostredníctvom budovania kapacít, zlepšovaním sociálnych schopností, opatreniami na uľahčenie a podporu zamestnania a získaním alebo zlepšením bývania. V praxi môžu reintegračné služby ponúkať odborné poradenstvo týkajúce sa zamestnania, podporu hľadania práce a bývania, zatiaľ čo intervencie vo väzniciach môžu počas prípravy na prepustenie ponúkať väzňom komunitné ubytovanie a služby sociálnej podpory.

Bezdomovectvo je spolu s nestabilným bývaním je jednou z najväčších foriem sociálneho vylúčenia, ktorej čelia užívatelia drog, pričom postihuje približne 10 % užívateľov drog, ktorí nastúpili liečbu v roku 2006 ⁽²⁷⁾. Hoci podpora bývania sa poskytuje osobám liečeným na závislosť od drog v mnohých krajinách, existujú aj nedostatky a dve krajiny uvádzajú, že pre užívateľov drog je zložitá získať prístup ku všeobecným službám pre bezdomovcov, ktoré tradične využívajú problémoví užívatelia alkoholu (Írsko, Taliansko). Nové opatrenia, ktoré môžu pomôcť splniť potreby užívateľov drog v oblasti bývania, sa vykonávajú v troch krajinách (Belgicko, Dánsko, Holandsko), ktoré uvádzajú, že zariadenia pre dlhodobo závislé osoby bez domova sa centralizujú a otvárajú sa špecializované domovy opatrovateľskej služby pre užívateľov drog s problémovým správaním alebo komorbiditou.

Pomoc osobám liečeným na závislosť od drog nájsť si zamestnanie je kľúčovým prvkom sociálnej reintegrácie, pretože polovica osôb nastupujúcich liečbu je nezamestnaná ⁽²⁸⁾. Nové prístupy pri pomoci liečeným osobám nájsť a udržať si zamestnanie preukazujú úspešnosť, pričom medzi ne patria: programy poradenstva, subvencované pracoviská

(od roku 2006 možné aj v Litve) a špeciálne vedenie zamestnávateľov a zamestnancov, ktoré sa vykonáva v rámci projektu Pripravení na prácu v Írsku, alebo rôzne „pracovné a sociálne agentúry“ v Českej republike.

Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach

Väzenia predstavujú dôležité prostredie pre poskytovanie zdravotných a sociálnych intervencií užívateľom drog. V tejto sekcii sú zosumarizované údaje o užívaní a užívateľoch drog v európskych väzniciach, spolu s najnovšími informáciami o poskytovaní služieb väzneným užívateľom drog a o nových právnych predpisoch o protidrogovej liečbe vo väzení.

Užívanie drog

Údaje dostupné z rôznych štúdií naďalej poukazujú na nadmerné zastúpenie užívateľov drog v európskych väzniciach v porovnaní so všeobecnou populáciou. Prieskumy uskutočnené v rokoch 2001 až 2006 dokazujú, že podiel väzňov ⁽²⁹⁾, ktorí uvádzajú, že niekedy užili nezákonnú drogu, sa v jednotlivých väzeniach, záchytných centrách a krajinách značne líši, a to od menej ako tretiny (Bulharsko, Maďarsko, Rumunsko) cez vyše 50 % vo väčšine krajín, až po 84 % v jednej ženskej väznici v Anglicku a Walesu. Zakázanou drogou najčastejšie udávanou väzňami zostáva kanabis s úrovňami celoživotnej prevalencie až do 78 %. Hoci odhady celoživotného užívania iných látok môžu byť v niektorých väzniciach veľmi nízke (1 %), niektoré štúdie uvádzajú úroveň celoživotnej prevalencie heroínu, amfetamínov alebo kokaínu medzi väzňami 50 – 60 % ⁽³⁰⁾. Najviac škodlivé formy užívania drog sa taktiež môžu vyskytovať u väzňov, pričom niektoré štúdie uvádzajú, že viac než tretina respondentov si už niekedy píchala drogy ⁽³¹⁾.

Skutočnosť, že drogy si nachádzajú cestu do väčšiny väzňov aj napriek všetkým opatreniam uskutočňovaním na zníženie ponuky drog, priznávajú tak väzenskí odborníci, ako aj politickí činitelia. Štúdie vykonané v rokoch 2001 až 2006 v Európe dokazujú, že 1 % až 56 % väzňov uvádza užívanie drog vo väzení a takmer tretina väzňov si vpichovala drogy počas pobytu vo vyšetrovacej väzbe ⁽³²⁾. To vzbudzuje obavy z možného šírenia infekčných chorôb, najmä pokiaľ ide o používanie toho istého vybavenia na vpichovanie viacerými osobami.

⁽²⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-15 v štatistickej ročenke 2008.

⁽²⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-20 v štatistickej ročenke 2008.

⁽²⁹⁾ Pojem väzni sa tu používa v širšom zmysle, pričom zahŕňa osoby vo vyšetrovacej väzbe aj usvedčené odsúdené osoby.

⁽³⁰⁾ Pozri tabuľku DUP-1 v štatistickej ročenke 2008.

⁽³¹⁾ Pozri tabuľku DUP-2 v štatistickej ročenke 2008.

⁽³²⁾ Pozri tabuľky DUP-3 a DUP-4 v štatistickej ročenke 2008.

Najnovšie právne predpisy týkajúce sa protidrogovej liečby vo väzení

V roku 2006 a začiatkom roka 2007 šesť krajín revidovalo svoje právne rámce a predpisy týkajúce sa práv väzňov na protidrogovú liečbu.

V Belgicku vyhláška ministerstva spravodlivosti z roku 2006 stanovuje, že väzni majú právo na rovnaký rozsah možností liečby, aký je k dispozícii mimo väzenia. Nové predpisy väzenskej služby v Írsku zdôrazňujú štandard zdravotnej starostlivosti pre liečebné služby, ktorý by mal byť porovnateľný so službami dostupnými v komunite, no pritom by mal byť vhodný pre väzenské prostredie.

V Dánsku majú na základe zmeny zákona z januára 2007 väznení užívatelia drog právo na bezplatnú protidrogovú liečbu. Zákon stanovuje, že liečba by sa za normálnych okolností mala začať do 14 dní od žiadosti väzňa podanej dánskej väzenskej službe. Tento nárok sa však nevzťahuje v prípade, že sa očakáva prepustenie väzňa do 3 mesiacov,

alebo sa pokladá, že väzeň je nevhodný alebo nemotivovaný na liečbu.

V Rumunsku bol nový právny základ zriadenia substitučnej liečby vo väzniciach vytvorený v máji 2006 spoločným nariadením ministerstva spravodlivosti, ministerstva zdravotníctva a ministerstva správy a vnútra, ktoré sa týka pokračovania pokračovania integrovaných programov medicínskej, psychologickkej a sociálnej pomoci pre väzňov.

V Nórsku posilnila v roku 2006 vyhláška ministerstva spravodlivosti a ministerstva zdravotníctva a sociálnych vecí spoluprácu medzi týmito dvomi sektormi s cieľom poskytovať lepšie postupy doliečovania počas výkonu trestu alebo po ňom. Konkrétnejšie, na Slovensku zákon z roku 2006 povolil poskytovanie psychologických služieb užívateľom drog vo vyšetrovacej väzbe, ktorí trpia abstinenčnými príznakmi. Cieľom tohto zákona je poskytnúť užívateľom drog takéto služby vtedy, keď ich najviac potrebujú, v čase vynútenej abstinencie ihneď po zaistení do vyšetrovacej väzby. Taktiež vytvoril legislatívny rámec na podporu existujúcich špeciálnych liečebných jednotiek pre odsúdených užívateľov drog.

V Európskej únii je väznených viac než 607 000 osôb ⁽³³⁾ s odhadovanou ročnou fluktuáciou viac než 860 000 väzňov. Vo väčšine krajín je podiel väzňov odsúdených za porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami v rozsahu 10 – 30 %. Z dostupných údajov je možné odhadnúť, že každoročne prejde väznicami v EÚ viac než 400 000 osôb s predchádzajúcimi alebo súčasnými skúsenosťami s užívaním nezákonných drog. A medzi nimi je značné množstvo problémových užívateľov drog. Potreby tejto veľkej populácie bývalých alebo súčasných užívateľov drog v európskych väzniciach v oblasti zdravotnej starostlivosti budú do určitej miery určené zdravotnými problémami súvisiacimi s užívaním drog, najmä infekčnými chorobami, ako sú napr. vírusy hepatitídy B a C a HIV/AIDS (pozri kapitolu 7).

Zdravotná starostlivosť

Vo väčšine krajín je za zdravotnú starostlivosť vo väzniciach zodpovedné ministerstvo spravodlivosti. Táto situácia sa však mení a v čoraz väčšom počte európskych krajín bola zodpovednosť presunutá na systém zdravotnej starostlivosti (Francúzsko, Taliansko, Anglicko a Wales v Spojenom kráľovstve, Nórsko). V Španielsku sú komplexné služby pre užívateľov drog rozvinuté vo všetkých väzniciach v súlade s akčným plánom národnej protidrogovej stratégie (2000 – 2008) a sú založené na protokole spolupráce medzi ministerstvom zdravotníctva a ministerstvom vnútra podpísanom v roku 2005. V ďalších

krajinách nadviazali väznice spoluprácu s verejnými zdravotnými službami a špecializovanými mimovládny protidrogovými agentúrami v komunite, aby tak vyhovelí potrebám rastúceho počtu väznených užívateľov drog.

V Európskej únii vzrástol počet intervencií, ktoré sa zameriavajú na väzňov užívajúcich drogy. V porovnaní s obdobím pred 5 rokmi viacero krajín v súčasnosti uvádza aktivity v týchto oblastiach: informácie a prevencia týkajúca sa drog, vyšetrovanie na infekčné choroby a očkovanie a liečba drogových závislostí vrátane substitučnej liečby. Okrem toho sa tieto intervencie stali v rámci krajín dostupnejšími. Substitučná liečba vo väzení je oficiálne dostupná vo všetkých krajinách s výnimkou Bulharska, Estónska, Lotyšska, Litvy, Cypru, Slovenska a Turecka, hoci v mnohých krajinách je celková dostupnosť tejto možnosti liečby obmedzená. Španielsko je v súčasnosti jedinou európskou krajinou, ktorá poskytuje širokú škálu opatrení na znižovanie škôd vo väzeniach.

V roku 2006 len štyri členské štáty poskytli socioekonomické údaje a informácie o formách užívania drog väzňov liečených na závislosť od drog prostredníctvom národných systémov monitorovania liečby. Vo Francúzsku, na Cypre a na Slovensku sa ako primárna droga osôb nastupujúcich liečbu najčastejšie uvádzajú opiáty, zvyčajne heroín; zatiaľ čo vo Švédsku je hlavným dôvodom liečby vo väzení primárne užívanie amfetamínov, čo približne odzrkadľuje formy problémového užívania drog v rámci krajiny.

⁽³³⁾ Výročná trestná štatistika Rady Európy (SPACE), na základe prieskumu medzi väznenými osobami k 1. septembru 2006.



Kapitola 3

Kanabis

Úvod

Situácia v Európe, pokiaľ ide o kanabis, sa za posledné desaťročie výrazne zmenila, rovnako ako diskusie o tom, ako vhodne reagovať na rozšírené užívanie tejto drogy. Na začiatku a v strede 90-tych rokov minulého storočia vyčnievalo niekoľko krajín s vysokou prevalenciou, zatiaľ čo európskou normou boli úrovně užívania, ktoré sú podľa dnešných štandardov nízke. V takmer všetkých krajinách vzrástlo užívanie kanabisu na konci 90-tych rokov a začiatkom tohto desaťročia, čoho dôsledkom bolo zároveň to, že napriek neustálym rozdielom medzi krajinami je dnešný obraz oveľa menej rozmanitý. Navyše, za posledných niekoľko rokov vzrástlo povedomie verejnosti o dôsledkoch dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy z hľadiska verejného zdravia, a taktiež sa uvádza rastúci dopyt po liečbe problémov súvisiacich s užívaním kanabisu. Európa sa v súčasnosti pravdepodobne posúva do ďalšej fázy, pretože údaje poukazujú na stabilizáciu alebo dokonca pokles. Z hľadiska historických štandardov však úroveň užívania zostávajú vysoké, pričom kľúčovou otázkou v celoeurópskej diskusii o drogách naďalej zostáva to, aká je účinná reakcia na užívanie kanabisu.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a obchodovanie

Kanabis je možné pestovať v širokej škále prostredí a rastie divoko v mnohých častiach sveta, pričom v súčasnosti sa odhaduje, že táto rastlina sa pestuje v 172 krajinách a teritóriách (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Tieto fakty spolu znamenajú, že vytvorenie odhadov o celosvetovej produkcii kanabisu s nejakou mierou presnosti je pravdepodobne veľmi zložitý. Najnovší údaj Úradu OSN pre drogy a kriminalitu o celosvetovej produkcii trávového kanabisu hovorí o 41 600 tonách (2006), z čoho viac než polovicu tvorí americký kontinent (Severná a Južná Amerika) a takmer štvrtinu Afrika (UNODC, 2008).

Rozšírené pestovanie kanabisu taktiež znamená, že značný podiel obchodovania pravdepodobne tvorí

Ponuka a dostupnosť drog – údaje a zdroje

Systematické a bežné informácie popisujúce trhy a obchodovanie s nezákonnými drogami sú stále obmedzené. Odhady produkcie heroínu, kokaínu a kanabisu sa získavajú z odhadov pestovania založených na práci v teréne (odoberanie vzoriek) a na leteckých a satelitných prieskumoch. Tieto odhady majú niekoľko dôležitých obmedzení súvisiacich napríklad s odchýlkami vo výnosoch alebo so zložitou monitorovaním plodín, ktoré nerastú len v určitých geografických oblastiach, ako je napr. kanabis.

Zachytenia drog sa často považujú za nepriamy ukazovateľ ponuky, obchodných trás a dostupnosti, hoci odrážajú aj priority, prostriedky a stratégie presadzovania práva, zraniteľnosť priekupníkov a postupy poskytovania správ. Na pochopenie trhov obchodovania s drogami je možné analyzovať aj údaje o čistote alebo sile a predajných cenách nezákonných drog. Dostupnosť tohto typu údajov však môže byť obmedzená, pričom ich spoľahlivosť a porovnateľnosť je diskutabilná. Na doplnenie obrazu môžu slúžiť aj spravodajské informácie agentúr presadzovania práva.

EMCDDA zhromažďuje z jednotlivých členských štátov údaje o zachytení, čistote a predajných cenách drog. Ďalšie údaje o ponuke drog pochádzajú väčšinou z informačných systémov Úradu OSN pre drogy a kriminalitu a analýz doplnených o ďalšie informácie od Europolu. Informácie o prekurzoroch sa získavajú z úradu INCB, ktorý je zainteresovaný do medzinárodných iniciatív na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri výrobe nezákonných drog.

Keďže v mnohých častiach sveta chýbajú pokročilé informačné systémy týkajúce sa ponuky drog, niektoré odhady a ďalšie nahlasované údaje sa musia, hoci predstavujú najlepšie dostupné približné hodnoty, interpretovať opatrne.

vnútroregionálny obchod. Platí to aj pre časť trávového kanabisu v Európe, pričom okrem domácej produkcie ⁽³⁵⁾ sa ako zdrojové krajiny uvádzajú Albánsko a Holandsko (Národné správy siete Reitox). Trávový kanabis v Európe pochádza na základe správ aj z iných častí sveta vrátane západnej a južnej Afriky (Nigéria, Angola),

⁽³⁴⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri políčko na tejto strane.

⁽³⁵⁾ Pozri časť Produkcia kanabisu v Európe, s. 37.

juhovýchodnej Ázie (Thajsko), juhozápadnej Ázie (Pakistan) a amerického kontinentu (Kolumbia, Jamajka) (CND, 2008; Europol, 2008).

Celosvetová produkcia kanabisovej živice sa v roku 2006 odhadovala na 6 000 ton, čo je pokles zo 7 500 ton v roku 2004 (UNODC, 2007), pričom hlavným medzinárodným výrobcom zostáva Maroko. Plocha produkcie kanabisovej živice poklesla zo 134 000 hektárov v roku 2003 na 76 400 hektárov, na ktorých sa v roku 2005 dopestovalo 1 066 ton (UNODC a marocká vláda, 2007). Produkcia živice sa uvádza aj v Afganistane, kde rýchlo rastie, Pakistane, Indii, Nepále, Strednej Ázii a ďalších krajinách SNŠ (UNODC, 2008). Kanabisová živica vyrobená v Maroku sa spravidla pašuje do Európy cez Pyrenejský polostrov (Europol, 2008), pričom časť z neho sa ďalej distribuuje z Holandska.

Zachytenia

V roku 2006 bolo na celom svete zachytených 5 230 ton trávového kanabisu a 1 025 ton kanabisovej živice, čo je pokles v porovnaní s najvyššími hodnotami v roku 2004. Najvyšší podiel zachyteného trávového kanabisu (58 %) tvorí Severná Amerika, pričom množstvo zachytenej živice bolo najvyššie v západnej a strednej Európe (62 %) (UNODC, 2008).

Odhaduje sa, že v roku 2006 bolo v Európe 177 000 zachytení trávového kanabisu v množstve 86 ton ⁽³⁶⁾. Najväčší počet zachytení trávového kanabisu spomedzi členských štátov EÚ uvádza Spojené kráľovstvo, hoci údaje za rok 2006 ešte nie sú k dispozícii. Turecko uvádza zachytenia rekordného množstva trávového kanabisu v roku 2006. Počet zachytení trávového kanabisu v Európe od roku 2001 neustále stúpa, hoci množstvo zachyteného kanabisu do roku 2005 klesalo, pričom najnovšie údaje vykazujú nárast.

Zachytenia kanabisovej živice v Európe prekračujú zachytenia trávového kanabisu z hľadiska počtu aj množstva: počet zachytení bol dvojnásobný (325 000) a zaistené množstvo bolo osemnásobne vyššie (713 ton). Aj naďalej väčšinu zachytení živice hlási Španielsko (približne polovica zachytení a približne dve tretiny zaisteného množstva v roku 2006), za ktorým s veľkým odstupom nasledujú Francúzsko a Spojené kráľovstvo. Po období stabilizácie v rokoch 2001 – 2003 sa počet zachytení kanabisu v Európe zvyšuje, zatiaľ čo zaistené množstvo rástlo do rokov 2003 – 2004, ale odvtedy klesá.

Produkcia kanabisu v Európe

Problém domácej výroby kanabisu sa v posledných rokoch stal dôležitejší v celej Európe, pričom odráža skutočnosť, že väčšina európskych krajín v súčasnosti hlási miestne pestovanie kanabisu a značné zachytenia rastlín kanabisu. Európsky kanabis sa podľa hlásení pestuje v interiéroch, často intenzívne, aj na vonkajších plantážach. Veľkosti výsadby sa v závislosti od motivácie a prostriedkov pestovateľa značne líšia, a to od niekoľkých rastlín na osobné použitie až po niekoľko tisíc rastlín na veľkých plochách určených na komerčné účely.

Dostupné informácie sú nespoľahlivé a neumožňujú presné posúdenie rozsahu pestovania kanabisu v Európe. Napriek tomu správy z mnohých krajín naznačujú, že tento problém už nie je len okrajový. Napríklad podľa francúzskeho prieskumu z roku 2005 sa odhaduje, že približne 200 000 ľudí pestovalo kanabis aspoň raz počas života. V Spojenom kráľovstve polícia ohlásila zatvorenie vyše 1 500 „kanabisových fariem“ s priemerom 400 rastlín na jednej farme v rokoch 2005 – 2006 (Daly, 2007) a odhaduje sa, že väčšina dostupného trávového kanabisu sa vyrába lokálne alebo v iných európskych krajinách. V Holandsku je v určitých častiach krajiny pestovanie kanabisu veľmi rozšírené, pričom sa odhaduje, že v rokoch 2005 a 2006 bolo zlikvidovaných spolu 6 000 polí.

Zdá sa, že produkcia kanabisu zaznamenala v niektorých západoeurópskych krajinách prudký nárast od začiatku do polovice 90-tych rokov, z častí ako reakcia spotrebiteľov kanabisu na vnímanú slabú kvalitu a vysokú cenu dovážanej živice, čo bol vtedy najrozšírenejší kanabisový produkt. V niektorých krajinách sa zdá, že väčšina užívateľov konzumuje miestne vyprodukovaný trávový kanabis. Táto čiastočná náhrada doma vyprodukovaného trávového kanabisu za dovezenú živicu bola možná vďaka pokrokom znalostí a technológií pestovateľov (na maximalizáciu výnosov a zabránenie odhaleniu), ktoré sa vtedy šírili prostredníctvom Internetu (Hough a kol., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Výhodou lokálne produkovaného kanabisu pre výrobcu je aj to, že ho nie je potrebné prevážať cez štátne hranice.

V roku 2006 sa pri 10 500 zachyteniach v Európe zaistilo asi 2,3 milióna rastlín kanabisu ⁽³⁷⁾ a 22 ton kanabisových rastlín (64 % v Španielsku). Po neustálom náraste od roku 2001 sa počet zachytení rastlín kanabisu v roku 2006 stabilizoval ⁽³⁸⁾. Po prudkom poklese v roku 2002 v porovnaní s rekordným množstvom zachyteným v roku 2001 počet rastlín zachytených v Európe rástol, hoci v roku 2006 sa ustálil na polovičnom množstve v porovnaní s rokom 2001. Počas tohto päťročného obdobia počet kanabisových rastlín zachytených v Európe vyjadrený

⁽³⁶⁾ Údaje o zachyteniach drog v Európe uvedené v tejto kapitole, sa nachádzajú v tabuľkách SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 a SZR-6 v štatistickej ročenke 2008.

⁽³⁷⁾ Keďže Turecko uviedlo, že v rokoch 2005 a 2006 nezachytilo žiadne kanabisové rastliny, pričom v rokoch 2001 – 2004 hlásilo vysoké úrovne zachytenia, bolo z európskej analýzy vylúčené.

⁽³⁸⁾ Tento obraz je predbežný, keďže údaje zo Spojeného kráľovstva, ktoré v roku 2005 uviedlo najviac zachytených kanabisových rastlín, za rok 2006 ešte nie sú dostupné.

v kilogramoch vykazuje neustály nárast, ktorý sa v roku 2006 ešte zrýchlil z dôvodu rekordných zaistení v Litve.

Potencia a cena

Potencia kanabisových výrobkov je určená obsahom delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej aktívnej zložky. Potencia kanabisu sa v rámci krajín aj medzi krajinami značne líši, rovnako aj medzi rozličnými vzorkami kanabisu a kanabisovými výrobkami. Z dôvodu rozličných metodík sa údaje v tejto oblasti ťažko interpretujú a rozsah, v ktorom analyzované zachytenia odrážajú celkový trh, je diskutabilný. Výskum naznačuje, že vo všeobecnosti má kanabis vyrobený doma za intenzívnych podmienok vyššiu potenciú. V roku 2006 bol obsah THC vo vzorkách živice od 2,3 % do 18,4 %, pričom vo vzorkách trávového kanabisu bol v rozsahu od menej ako 1 % do 13 %. Za obdobie rokov 2001 – 2006 potencia živice a trávového kanabisu v mnohých zo 16 európskych krajín, ktoré poskytli dostatočné údaje, zostala na rovnakej úrovni alebo poklesla, avšak zaznamenal sa rastúci trend pri importovanej kanabisovej živici v Holandsku a pri trávovom kanabise v ďalších siedmich krajinách. Odhady potencie lokálne vyprodukovaného trávového kanabisu za obdobie viacerých rokov sú dostupné len pre Holandsko, ktoré v roku 2006 uviedlo pokles na 16,0 % z najvyššej hodnoty 20,3 % v roku 2004 ⁽³⁹⁾.

Typické predajné ceny trávového kanabisu aj kanabisovej živice sa rôznili od 2 do 14 EUR za gram, pričom väčšina európskych krajín uvádza ceny v rozsahu 4 až 10 EU za oba produkty. Za obdobie rokov 2001 až 2006 predajné ceny kanabisovej živice (upravené o infláciu) s výnimkou Belgicka a Nemecka klesli. Dostupné údaje z väčšiny krajín poukazujú na stabilnejšiu situáciu cien trávového kanabisu počas uvedeného obdobia, s výnimkou Nemecka a Rakúska, kde sa zaznamenali znaky rastúcich cien.

Prevalencia a formy užívania

V rámci celej populácie

Opatrne sa odhaduje, že kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac ako 70 miliónov Európanov, čo je viac než pätina všetkých 15 až 64-ročných (zhrnutie údajov sa nachádza v tabuľke 2). Hoci medzi krajinami existujú značné rozdiely a údaje za jednotlivé krajiny sú v rozsahu 2 až 37 %, polovica krajín uvádza odhady v rozsahu 11 až 22 %.

Mnohé krajiny uvádzajú porovnateľne veľké úrovne prevalence užívania kanabisu za posledný rok a za

posledný mesiac. Odhaduje sa, že približne 23 miliónov Európanov užilo kanabis za posledný rok, čo je v priemere asi 7 % všetkých osôb vo veku 15 až 64 rokov. Odhady prevalence za posledný mesiac budú zahŕňať osoby, ktoré užívajú kanabis pravidelnejšie, hoci nie nutne intenzívnym spôsobom (pozri nižšie). Odhaduje sa, že približne 12,5 milióna Európanov užilo drogu za posledný mesiac, čo sú v priemere asi 4 % všetkých osôb vo veku 15 – 64 rokov.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu sa zväčša sústreďuje na mladých ľudí (15 až 34 rokov), pričom najvyššie úrovne užívania sa spravidla uvádzajú u 15 až 24-ročných. Takáto situácia je takmer vo všetkých európskych krajinách s výnimkou Belgicka, Cypru a Portugalska ⁽⁴⁰⁾.

Údaje z prieskumov medzi populáciou naznačujú, že kanabis aspoň raz užilo 31 % mladých dospelých Európanov (15 – 34 rokov), pričom 13 % z nich užilo drogu za posledný rok a 7 % za posledný mesiac. Odhaduje sa, že ešte vyšší podiel Európanov vo vekovej skupine 15 až 24 rokov užilo kanabis za posledný rok (17 %) alebo za posledný mesiac (9 %), hoci v priemere je v tejto vekovej skupine menej tých, ktorí túto drogu už niekedy vyskúšali (30 %). Národné odhady prevalence užívania kanabisu sa medzi krajinami značne líšia vo všetkých mierach prevalence, pričom krajiny na vrchu stupnice uvádzajú hodnoty až desaťnásobne vyššie ako krajiny s najnižšou prevenciou.

Užívanie kanabisu je vyššie u mužov než u žien (pozri vybranú otázku o pohlaviach 2006), hoci medzi jednotlivými krajinami sa pozorujú značné rozdiely. Napríklad pomer mužov a žien, ktorí uviedli užívanie kanabisu za posledný rok, sa rôzni od 6,4 muža na jednu ženu v Portugalsku po 1,3 v Taliansku.

Užívanie kanabisu medzi žiakmi škôl

Po tabaku a alkohole je kanabis naďalej najviac užívanou psychoaktívnou látkou medzi žiakmi škôl.

Údaje o užití kanabisu aspoň raz za život sa medzi 15 až 16-ročnými študentmi môžu vnímať tak, že odrážajú nedávne alebo súčasné užívanie, pretože prvé experimentovanie s touto látkou sa často vyskytuje približne v tomto veku. Údaje z prieskumu HBSC z rokov 2005/06 medzi 15-ročnými mladými ľuďmi odhalili veľké odlišnosti v celoživotnej prevalencii užívania kanabisu v 27 krajinách. V piatich krajinách boli odhady prevalence pre aspoň jedno užitie kanabisu za život nižšie ako 10 %; 11 krajín uviedlo hodnoty v rozsahu 10 % až 20 % a 11 krajín v rozsahu 21 %

⁽³⁹⁾ Údaje o potencii a cene pozri v tabuľkách PPP-1 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁴⁰⁾ Pozri obr. GPS-1 v štatistickej ročenke 2008.

Tabuľka 2: Prevalencia užívania kanabisu medzi všeobecnou populáciou – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	71,5 mil.	23 mil.	2,5 mil.
Priemer v Európe	21,8%	6,8%	3,8%
Rozsah	1,7 – 36,5%	0,8 – 11,2%	0,5 – 8,7%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (1,7%) Malta (3,5%) Bulharsko (4,4%) Cyprus (6,6%)	Malta (0,8%) Bulharsko (1,5%) Grécko (1,7%) Švédsko (2,0%)	Malta (0,5%) Švédsko (0,6%) Litva (0,7%) Bulharsko (0,8%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (36,5%) Francúzsko (30,6%) Spojené kráľovstvo (30,1%) Taliansko (29,3%)	Taliansko, Španielsko (11,2%) Česká republika (9,3%) Francúzsko (8,6%)	Španielsko (8,7%) Taliansko (5,8%) Spojené kráľovstvo, Francúzsko, Česká republika (4,8%)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	42 mil.	17,5 mil.	10 mil.
Priemer v Európe	31,2%	13%	7,3%
Rozsah	2,9 – 49,5%	1,9 – 20,3%	1,5 – 15,5%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (2,9%) Malta (4,8%) Bulharsko (8,7%) Cyprus (9,9%)	Malta (1,9%) Grécko (3,2%) Cyprus (3,4%) Bulharsko (3,5%)	Grécko, Litva, Švédsko (1,5%) Bulharsko (1,7%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (49,5%) Francúzsko (43,6%) Spojené kráľovstvo (41,4%) Španielsko (38,6%)	Španielsko (20,3%) Česká republika (19,3%) Francúzsko (16,7%) Taliansko (16,5%)	Španielsko (15,5%) Francúzsko, Česká republika (9,8%) Spojené kráľovstvo (9,2%)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	20 mil.	11 mil.	6 mil.
Priemer v Európe	30,7%	16,7%	9,1%
Rozsah	2,7 – 44,2%	3,6 – 28,2%	1,2 – 18,6%
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (2,7%) Malta (4,9%) Cyprus (6,9%) Grécko (9,0%)	Grécko, Cyprus (3,6%) Švédsko (6,0%) Bulharsko, Portugalsko (6,6%)	Grécko (1,2%) Švédsko (1,6%) Cyprus, Litva (2,0%)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (44,2%) Česká republika (43,9%) Francúzsko (42,0%) Spojené kráľovstvo (39,5%)	Česká republika (28,2%) Španielsko (24,3%) Francúzsko (21,7%) Spojené kráľovstvo (20,9%)	Španielsko (18,6%) Česká republika (15,4%) Francúzsko (12,7%) Spojené kráľovstvo (12,0%)

Informácie sú založené na najnovšej dostupnej štúdií pre každú krajinu. Rok vykonania štúdie je v rozsahu 2001 až 2007. Priemerná prevalencia pre Európu bola vypočítaná váženým priemerom podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. V krajinách, pre ktoré informácie neboli dostupné, sa započítala priemerná prevalencia. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (328 miliónov), 15 – 34 (134 miliónov) a 15 – 24 (64 miliónov). Údaje sú zhrnuté v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2008.

Prieskumy medzi populáciou: dôležitý nástroj na pochopenie foriem a trendov užívania drog v Európe

Užívanie drog vo všeobecnej alebo školskej populácii je možné merať prostredníctvom reprezentatívnych prieskumov, ktoré poskytujú odhady podielu ľudí, ktorí vyhlasujú, že užívali konkrétne drogy počas definovaných období: Prieskumy taktiež poskytujú užitočné kontextové informácie o formách užívania, sociálno-demografických charakteristikách užívateľov a vnímaní rizík a dostupnosti (¹).

EMCDDA vypracovalo v úzkej spolupráci s odborníkmi z členských štátov súbor spoločných základných na používanie v prieskumoch medzi dospelými (Európsky modelový dotazník, EMQ). Tento protokol sa teraz uplatňuje vo väčšine členských štátov EÚ (²). Stále však ešte existujú rozdiely medzi krajinami v používanej metodike a v roku zhromaždenia údajov, čo znamená, že malé rozdiely najmä medzi krajinami by sa mali interpretovať opatrne (³).

Pretože vykonávanie prieskumov je nákladné, málo európskych krajín zhromažďuje informácie každý rok, pričom mnohé ich zhromažďujú každé dva alebo štyri roky. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu v každej krajine, ktorý je vo väčšine prípadov medzi rokmi 2004 a 2007.

Z troch štandardných časových rámcov používaných na vykazovanie údajov prieskumu je najrozšírenejšia celoživotná prevalencia. Táto miera neodráža aktuálnu situáciu v užívaní drog medzi dospelými, ale je užitočná na uvádzanie údajov o študentoch škôl a na poskytovanie podrobného pohľadu na formy užívania a výskytu. U dospelých je zameranie na užívanie za minulý rok a minulý mesiac (⁴). Identifikovanie tých, ktorí užívajú drogy pravidelne alebo ktorí majú problémy s užívaním drog, je dôležité a v tomto ohľade sa robí určitý pokrok pri vývoji stupníc na posudzovanie intenzívnejších foriem užívania medzi všeobecnou populáciou, dospelými a študentmi (pozri rámček o vývoji psychometrických stupníc vo výročnej správe 2007).

(¹) Ďalšie informácie o metodike prieskumu sa nachádzajú v štatistickej ročenke 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

(²) K dispozícii na adrese <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

(³) Ďalšie informácie o národných prieskumoch sa nachádzajú v tabuľke GPS-21 v štatistickej ročenke 2008.

(⁴) Štandardné vekové kategórie EMCDDA sú: všetci dospelí (15 až 64 rokov) a mladí dospelí (15 až 34 rokov). V tejto správe sa používajú pojmy celoživotné užívanie alebo prevalencia, prevalencia v minulom roku a prevalencia v minulom mesiaci, pričom niekedy sa používajú ich neformálnejšie ekvivalenty celoživotná skúsenosť, nedávne užívanie a súčasné užívanie.

až 31 % (Currie a kol., 2008) (⁴¹). V tejto vekovej skupine chlapci zvyčajne uvádzajú vyššiu prevalenciu užívania kanabisu ako dievčatá, ale rozdiel v uvádzanej prevalencii medzi pohlaviami je malý alebo žiadny v niektorých krajinách s najvyššími odhadmi prevalencie.

Podobne ako v prípade celoživotnej prevalencie existujú veľké rozdiely medzi jednotlivými krajinami v odhadoch užívania za posledných 30 dní medzi žiakmi škôl. V niektorých krajinách sa takmer neuvádza, zatiaľ čo v iných užívanie počas posledných 30 dní uviedlo približne 15 % respondentov, pričom u chlapcov sú tieto hodnoty v niektorých prípadoch ešte vyššie. Na základe údajov získaných v starších prieskumoch ESPAD sa odhaduje, že v roku 2003 približne 3,5 milióna (22,1 %) 15 až 16-ročných žiakov v členských štátoch, Chorvátsku a Turecku užilo kanabis aspoň raz za život a približne 1,7 milióna (11 %) z nich užilo drogu menej ako mesiac pred prieskumom.

Medzinárodné porovnania

Európske údaje je možné porovnať s údajmi z iných častí sveta. Napríklad v USA národný prieskum o užívaní drog a zdraví (Samhsa, 2005) odhadol celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu medzi mladými dospelými na úrovni 49 % (15 – 34 rokov, prepočítané centrom EMCDDA) a prevalenciu za posledný rok na úrovni 21 %. V tej

istej vekovej skupine bola v Kanade (2004) celoživotná prevalencia užívania kanabisu 58 % a prevalencia za posledný rok 28 % a v Austrálii (2004) boli tieto hodnoty 48 % resp. 20 %. Všetky tieto hodnoty sú vyššie ako príslušné európske priemery, ktoré sú 31 % resp. 13 %.

Formy užívania kanabisu

Dostupné údaje poukazujú na rozličné formy užívania kanabisu. Spomedzi osôb vo veku 15 až 64 rokov, ktoré niekedy užili kanabis, tak za posledný rok urobilo len 30 % z nich (⁴²). Avšak spomedzi osôb, ktoré túto drogu užili za posledný rok, tak za posledný mesiac urobilo priemerne 56 % z nich.

Odhadnutie intenzívneho a dlhodobého užívania je dôležitou otázkou verejného zdravia. Indikátorom intenzívneho užívania môže byť každodenné alebo takmer každodenné užívanie. Údaje o tejto forme užívania kanabisu v Európe boli zhromaždené v rokoch 2007/08 ako súčasť „terénnych skúšok“ koordinovaných centrom EMCDDA v spolupráci s národnými expertmi a kontaktnými miestami siete Reitiox v 13 krajinách. Na základe týchto údajov, hoci obmedzených, sa odhaduje, že viac než 1 % všetkých dospelých Európanov, teda 4 milióny ľudí, užíva kanabis denne alebo takmer denne. Väčšina týchto užívateľov kanabisu, približne 3 milióny,

(⁴¹) Pozri obrázok EYE-5 v štatistickej ročenke 2008.

(⁴²) Pozri obrázok GPS-2 v štatistickej ročenke 2008.

Najnovšie prieskumy v školách

Prieskum správania detí v školskom veku týkajúceho sa zdravia (HBSC) je kolektívnou štúdiou WHO, ktorá skúma zdravie a správanie detí týkajúce sa zdravia a obsahoval otázky o užívaní kanabisu medzi 15-ročnými študentmi od roku 2001. Druhé kolo tohto prieskumu s otázkami o užívaní kanabisu sa uskutočnilo v období od októbra 2005 do mája 2006 za účasti 26 členských štátov EÚ a Chorvátska.

Štvrté kolo projektu európskeho prieskumu v školách o užívaní alkoholu a iných drog (ESPAD) sa uskutočnilo v roku 2007 za účasti 25 členských štátov EÚ, Chorvátska a Nórska. Táto štúdia špeciálne skúma užívanie látok medzi študentmi, ktorí v danom kalendárnom roku dosiahnu 16 rokov. Výsledky najnovších prieskumov budú publikované v decembri 2008.

Účasť v oboch týchto medzinárodných prieskumoch v školách, pričom každý sa uskutočnil v štvorročnom cykle, v každom kole rástla a teraz zahŕňa väčšinu európskych štátov.

Španielsko, Taliansko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko a Spojené kráľovstvo taktiež poskytli údaje o užívaní kanabisu z vlastných prieskumov na školách v roku 2006.

je vo veku 15 až 34 rokov, čo predstavuje približne 2 – 2,5 % všetkých Európanov v tejto vekovej skupine ⁽⁴³⁾.

Je zložitý posúdiť trendy intenzívneho užívania kanabisu v Európe, ale spomedzi krajín, ktoré sa zúčastnili oboch terénnych skúšok v rokoch 2004 a 2007 (Francúzsko, Španielsko, Írsko, Grécko, Taliansko, Holandsko, Portugalsko), je priemerný nárast približne 20 %, hoci tento odhad je do značnej miery ovplyvnený hodnotami pre Francúzsko, Španielsko a Taliansko.

Opakované užívanie kanabisu môže byť celkom stabilné za dlhšie obdobie, a to aj medzi mladšími užívateľmi. Nedávno publikovaná nemecká štúdia, pri ktorej sa počas 10 rokov sledovala skupina 14 až 24-ročných osôb, odhalila, že spomedzi osôb, ktoré užívali kanabis opakované, (päť a viackrát za život) na začiatku obdobia štúdie, veľký podiel pokračoval v užívaní drogy, pričom 56 % z nich uvádzalo užívanie po štyroch rokoch a 46 % stále užívajú drogu aj po 10 rokoch. Naopak, príležitostné užívanie drogy na začiatku obdobia (1 až 4-krát) neprešlo do následného rozvinutia dlhodobých a problémovších foriem užívania (Perkonig, 2008).

Závislosť od kanabisu sa čoraz viac považuje za možný dôsledok pravidelného užívania drogy, a to napriek tomu, že závažnosť a dôsledky sa môžu zdať menej vážne

ako v prípade niektorých iných psychoaktívnych látok. Napriek tomu môže v dôsledku relatívne vysokého podielu populácie užívajúcej kanabis pravidelne byť celkový dosah intenzívnych foriem užívania kanabisu na verejné zdravie značný. Analýza národných údajov prieskumov populácie v USA odhaľuje, že 20 až 30 % každodenných užívateľov bolo klasifikovaných ako závislých od kanabisu v rokoch 2000 až 2006 ⁽⁴⁴⁾. V austrálskej štúdii bolo 92 % dlhodobých užívateľov kanabisu klasifikovaných ako závislých v určitom období ich života, pričom viac než polovica z nich bola hodnotená ako závislá v čase štúdie. Následná štúdia uskutočnená o rok naznačila, že medzi dlhodobými užívateľmi môžu byť miery užívania a závislosti od kanabisu stabilné počas tohto obdobia (Swift a kol., 2000).

EMCDDA vypracúva v spolupráci s niekoľkými krajinami metódy na monitorovanie intenzívnejších a významných foriem užívania kanabisu vrátane závislosti. V niekoľkých krajinách sa testujú psychometrické stupnice a dostupné dôkazy sa budú analyzovať tento rok. Tieto informácie môžu pomôcť členským štátom EÚ pri hodnotení dôsledkov problémovších foriem užívania kanabisu na verejné zdravie a pri plánovaní primeraných intervencií ⁽⁴⁵⁾.

Formy užívania kanabisu medzi žiakmi škôl

Údaje prieskumu HBSC preukázali, že časté užívanie kanabisu zostáva medzi 15-ročnými žiakmi škôl zriedkavé. Len šesť krajín uvádza prevalenciu častého užívania kanabisu (definovanú ako 40 a viac krát počas posledných 12 mesiacov) vyššiu ako 2 %. Časté užívanie je všeobecne rozšírenejšie medzi chlapcami, a to s odhadmi do 5 % v siedmich krajinách. Správy naznačujú, že existujú vzájomné vzťahy medzi problémovšími formami užívania kanabisu a zaradením do zraniteľnej skupiny (napr. mladiství páchatelia, záškoláci, žiaci so slabšími študijnými výsledkami), čo naznačuje, že špecifické stratégie by mali poskytovať záchrannú sieť pre tieto obzvlášť zraniteľné skupiny mladých ľudí. Táto otázka je zdôraznená vo vybranej otázke o zraniteľných mladých ľuďoch 2008.

Skúmanie užívania viacerých drog sa uskutočnilo v spolupráci s projektom ESPAD porovnaním žiakov vo veku 15 až 16 rokov v roku 2003, ktorí užili kanabis počas posledných 30 dní, s ostatnými študentmi. Toto porovnanie odhaľuje, že v priemere je u žiakov, ktorí užili kanabis, vyššia pravdepodobnosť, že užili aj iné látky. Hoci medzi užívateľmi kanabisu zostala prevalencia užívania inej drogy

⁽⁴³⁾ Uvádzané európske odhady sú hrubé odhady založené na váženom priemere (za populáciu) pre krajiny, pre ktoré existujú informácie. Pre krajiny bez informácií sa ako vstup použije priemerný výsledok. Získané hodnoty sú 1,2 % pre všetkých dospelých (15 až 64 rokov) a 2,3 % pre mladých dospelých (15 až 34 rokov). Pozri tabuľku GPS-7 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁴⁴⁾ Lokalita online analýzy NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, získané 25. februára 2008 a analyzované pomocou premenných MJDAY30A a DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Intervencie, napr. formy liečby, sú uvedené v Poskytovanie liečby, s. 44.

za posledný mesiac nízka (menej ako 10 %), úrovne fajčenia cigariet a nestriedneho pitia medzi užívateľmi kanabisu boli približne dvojnásobné (80 %) v porovnaní s ostatnými žiakmi. Tieto porovnania naznačujú, že užívanie kanabisu je spojené so značne nadpriemernými úrovňami užívania nezákonných aj povolených drog ⁽⁴⁶⁾.

Trendy v užívaní kanabisu

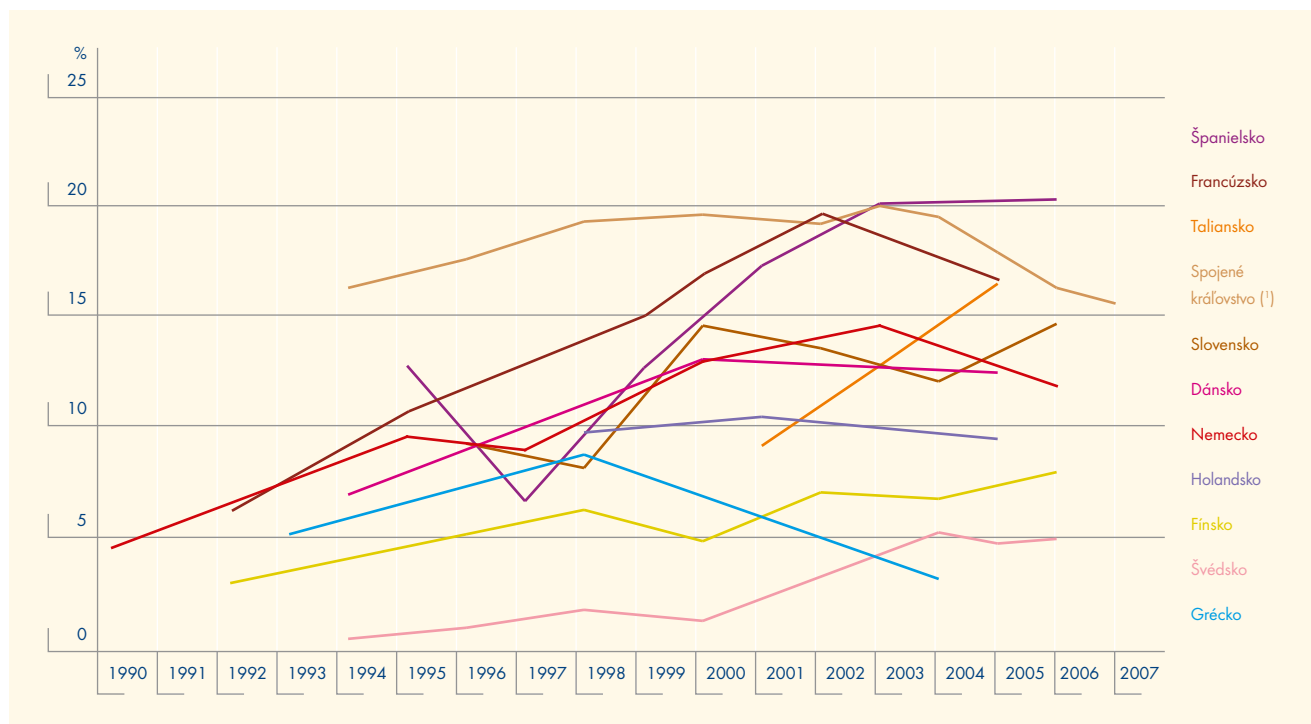
Len vo Švédsku a Nórsku existujú série prieskumov medzi mladými ľuďmi alebo odvedencami, ktoré siahajú až do 70-tych rokov minulého storočia. Prvá vlna užívania bola zaznamenaná v 70-tych rokoch, po ktorej v 80-tych rokoch nasledoval pokles, a potom počas 90-tych rokov nový prudký nárast. Analýza rokov začatia v nedávnych štúdiách taktiež odhalila značné rozšírenie užívania kanabisu v Španielsku v strede 70-tych rokov a v Nemecku na začiatku 90-tych rokov (pozri výročné správy 2004 a 2007).

Údaje z národných prieskumov predložené centru EMCDDA odhaľujú, že užívanie kanabisu sa v 90-tych rokoch výrazne zvýšilo v takmer všetkých krajinách EÚ,

obzvlášť medzi mladými ľuďmi (obr. 4) a žiakmi škôl. Okolo roku 2000 sa celoživotná prevalencia užívania kanabisu vo vekovej skupine 15 až 34 rokov zvýšila na úrovne presahujúce 30 % v deviatich krajinách a približne 40 % v dvoch krajinách, pričom prevalencia za posledný rok dosiahla 15 až 20 % v siedmich krajinách a prevalencia za posledný mesiac dosiahla 8 až 15 % v šiestich krajinách. Mimoriadne zaujímavý je trend užívania kanabisu v Spojenom kráľovstve (Anglicko a Wales), pretože v tejto krajine, ktorá na začiatku a v strede 90-tych rokov uvádzala najvyššie odhady prevalencie v Európe, sa v súčasnosti pozoruje neustále klesajúci trend, najmä vo vekovej skupine 16 až 24 rokov ⁽⁴⁷⁾.

Informácie z nedávnych národných prieskumov naznačujú, že užívanie kanabisu sa v mnohých krajinách stabilizovalo. Zo 16 krajín, pre ktoré je možné analyzovať trend v rokoch 2001 až 2006, sa prevalencia za minulý rok medzi mladými dospelými zvýšila o 15 % alebo viac v šiestich krajinách, poklesla v troch a podobné množstvo a bola stabilná v siedmich ⁽⁴⁸⁾.

Obrázok 4: Trendy v prevalencii užívania kanabisu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



⁽¹⁾ Anglicko a Wales.

Pozn.: Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-4 v štatistickej ročenke 2008

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2007) prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov

⁽⁴⁶⁾ Analýza je založená na údajoch z databázy vytvorenej v rámci európskeho prieskumu v školách o užívaní alkoholu a iných drog (ESPAD), a je v súlade s pravidlami používania databázy projektu ESPAD. Hlavní národní výskumní pracovníci, ktorí poskytli údaje za jednotlivé zúčastnené krajiny, sú uvedení na webovej stránke projektu (www.espad.org).

⁽⁴⁷⁾ Pozri obrázok GPS-10 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁴⁸⁾ Ak informácie o presných rokoch neboli dostupné, použili sa informácie z predchádzajúceho alebo nasledujúceho roka; ak tieto údaje neboli k dispozícii, analýza sa nevykonala.

Na základe najnovších uverejnených údajov o užívaní kanabisu medzi žiakmi škôl je taktiež možné pozorovať stabilné alebo klesajúce trendy. Porovnanie údajov prieskumu HBSC z rokov 2001/02 a 2005/06 ukazuje stabilný alebo klesajúci trend v celoživotnej prevalencii aj v ďalších častejších formách užívania kanabisu medzi 15-ročnými žiakmi vo väčšine krajín EÚ ⁽⁴⁹⁾. Ďalšie nedávne národné prieskumy na školách uskutočnené v Španielsku, Portugalsku, na Slovensku, vo Švédsku a v Spojenom kráľovstve taktiež uvádzajú stabilné alebo klesajúce trendy.

Keďže dostupnosť kanabisu v Európe ako celku sa podľa všetkého nezmenila a ceny vo väčšine krajín, ktoré poskytli informácie, skôr klesajú, vysvetlenie aktuálnej stabilizácie alebo poklesu je potrebné hľadať inde. Z prieskumu medzi obyvateľmi Francúzska z roku 2005 (Baromètre Sante) vyplynulo, že spomedzi tých, ktorí prestali užívať kanabis, až 80 % ako dôvod skončenia uviedlo, že stratili záujem. Časť vysvetlenia môže byť v pozorovanom poklese fajčenia tabaku, ktorý sa užíva rovnakým spôsobom ako kanabis, a preto tieto správanie môžu medzi sebou do určitej miery súvisieť (Národné správy siete Reitox a Currie a kol., 2008).

Pokles experimentálneho alebo príležitostného užívania kanabisu nemusí nevyhnutne priamo súvisieť s trendmi v pravidelnom užívaní tejto drogy. Je to možné vidieť v údajoch z dvoch následných prieskumov medzi dospievajúcimi v Nemecku, ktoré odhalili pokles celoživotnej prevalencie a prevalencie za posledný rok, avšak „pravidelné užívanie“ kanabisu (viac než desaťkrát za posledný rok) zostalo bez zmeny (2,3 %) (BZgA, 2004 a BZgA, 2007, citované v národnej nemeckej správe).

Liečba závislosti na kanabise

Formy dopytu po liečbe

Spomedzi celkového počtu približne 390 000 dopytov po liečbe uvádzaných v roku 2006 (dostupné údaje z 24 krajín) bol kanabis prvotnou príčinou nástupu na liečbu v približne 21 % všetkých prípadoch, čo znamená, že je druhou najčastejšie uvádzanou drogou po heroíne ⁽⁵⁰⁾. Medzi jednotlivými krajinami však existovali značné rozdiely, pričom zatiaľ čo v Bulharsku, Litve, Luxembursku a Rumunsku uvádzalo kanabis ako primárny dôvod nástupu liečby menej ako 5 % všetkých klientov, vo

Francúzsku, Maďarsku a Holandsku to bolo viac než 30 % liečených klientov ⁽⁵¹⁾.

Značné rozdiely medzi krajinami existujú aj medzi dopytmi po novej liečbe, pričom kanabis uvádza ako primárnu drogu menej než 10 % nových klientov Bulharsku, Litve a Rumunsku a viac ako 50 % v Dánsku, Nemecku, Francúzsku a Maďarsku ⁽⁵²⁾. Tieto výkyvy je možné vysvetliť rozdielmi v prevalencii intenzívneho užívania kanabisu, organizácii protidrogovej liečby alebo postupmi pri odosielaní na liečbu. Napríklad v niektorých krajinách s vysokými podielmi kanabisových pacientov (napr. Nemecko, Maďarsko, Rakúsko, Švédsko) sa protidrogová liečba ponúka ako alternatíva trestu a niekedy je v prípade zatknutia povinná. Vo Francúzsku, ktoré udáva najväčší podiel klientov užívajúcich kanabis v Európe, už boli vytvorené špecializované centrá pre užívateľov kanabisu a táto skutočnosť bude mať priamy vplyv na vykazované údaje.

Užívatelia kanabisu sa zväčša liečia v ambulantných centrách, ale v niektorých krajinách (Írsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko) sa udáva, že približne tretina klientov vyhľadáva liečbu v hospitalizačných zariadeniach ⁽⁵³⁾. Väčšina kanabisových klientov vyhľadáva liečenie sama, ale tento spôsob je u klientov užívajúcich kanabis zriedkavejší ako u klientov, ktorí vyhľadávajú pomoc pri problémoch s inými drogami.

Osoby vyhľadávajúce liečbu v ambulantných prostrediach z primárneho dôvodu užívania kanabisu taktiež uvádzajú aj užívanie iných drog: 21 % uvádza užívanie alkoholu ako sekundárnej látky, 12 % amfetamíny a extázu a 10 % kokaín. Spomedzi osôb liečených na iné drogy je kanabis druhá najčastejšie uvádzaná sekundárna látka (21 %) po alkohole (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Trendy v nových dopytoch po protidrogovej liečbe

Spomedzi približne 160 000 nových dopytov po protidrogovej liečbe (dostupné údaje z 24 krajín) uvádzaných v roku 2006 predstavovali klienti užívajúci kanabis druhú najväčšiu skupinu (28 %) po klientoch užívajúcich heroín (34 %). V porovnaní s podielom všetkých klientov, ktorí uvádzajú kanabis ako primárnu drogu, je podiel medzi novými klientmi vyšší. Polovica krajín uvádza, že podiel nových klientov vyžadujúcich liečbu na kanabis ako hlavnú drogu stúpa. Absolútny počet nových žiadostí o liečbu závislosti na kanabise sa za obdobie rokov 2002 až 2006 zvýšil, pričom podiel

⁽⁴⁹⁾ Pozri obrázky EYE-4 a EYE-5 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵⁰⁾ Pozri obrázok TDI-2 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵¹⁾ Pozri tabuľku TDI-5 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵²⁾ Pozri tabuľku TDI-4 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵³⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-22 a TDI-23 časť (i) a časť (iv) v štatistickej ročenke 2008.

nových klientov začínajúcich liečbu pre primárne užívanie kanabisu sa v rokoch 2002 až 2005 zvyšoval a v roku 2006 zostal na rovnakej úrovni ⁽⁵⁵⁾.

Rastúci trend pozorovaný v oblasti dopytu po liečbe závislosti na kanabise môže byť spojený s viacerými faktormi: nárast užívania kanabisu alebo intenzívne a dlhodobé užívanie; zlepšenia uvádzaných údajov; najnovšie rozšírenia a diverzifikácia liečebného systému, ktorý sa predtým sústreďoval na užívateľov heroínu, ale teraz sa zameriava aj na užívateľov iných drog; zmeny právnych predpisov a politík, ktoré niekedy prinášajú vyšší počet odoslaní na liečbu závislosti na kanabise zo strany systému trestného práva (EMCDDA, 2008a). Nedávna stabilizácia nových dopytov po liečbe súvisiacich s užívaním kanabisu by mohla byť vysvetlená aj najnovšími trendmi v oblasti užívania kanabisu, zmenami liečebného systému alebo úpravami možností odoslania na liečbu.

Profily klientov

Užívatelia kanabisu nastupujúci liečbu v ambulantných prostrediach sú predovšetkým mladí muži s pomerom medzi pohlaviami 5,2 muža na jednu ženu a s priemerným vekom 24 rokov. Kanabis je najčastejšie uvádzaná primárna droga v mladších vekových skupinách. Spomedzi osôb, ktoré začínajú liečbu po prvýkrát uvádza primárne užívanie kanabisu 67 % ľudí vo veku 15 až 19 rokov a 80 % osôb mladších ako 15 rokov ⁽⁵⁶⁾.

Väčšina klientov užívajúcich kanabis sa zdá byť relatívne dobre sociálne integrovaná v porovnaní s osobami vyhľadávajúce liečbu pre problémy s inými typmi drog. Mnohí z nich ešte navštevujú školu a majú stabilné bývanie, často u rodičov, avšak najnovší výskum taktiež uvádza, že sociálny profil pacientov užívajúcich kanabis sa líši od všeobecnej populácie tej istej vekovej skupiny a uvádza znevýhodnenejšie prostredie (EMCDDA, 2008a).

Celkovo je možné primárnych užívateľov kanabisu podstupujúcich liečbu rozdeliť do troch skupín z hľadiska frekvencie užívania: na tých, ktorí ho užívajú príležitostne (30 %), na tých, ktorí ho užívajú raz alebo niekoľkokrát za týždeň (30 %) a na tých, ktorí ho užívajú denne (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Medzi jednotlivými krajinami sú však značné rozdiely, najmä v podiele pravidelných užívateľov kanabisu nastupujúcich liečbu. V krajinách s väčším počtom kanabisových klientov je podiel každodenných užívateľov od vyše 70 % v Holandsku a Dánsku, cez 40 až

60 % v Španielsku, Francúzsku a Taliansku, až po 20 až 30 % v Nemecku a Maďarsku.

Poskytovanie liečby

Z prieskumu o poskytovaní liečby závislosti na kanabise zadaného centrom EMCDDA a uskutočneného na vzorke protidrogových liečebných služieb v 19 členských štátoch vyplynulo, že polovica služieb, ktoré sa zúčastnili prieskumu, neobsahuje programy špeciálne určené pre užívateľov s problémami s kanabisom (EMCDDA, 2008a). Toto zistenie naznačuje, že mnohí užívatelia kanabisu sa liečia v rovnakých prostrediach ako užívatelia iných drog, čo môže predstavovať ťažkosti pre liečebný personál aj pre klientov.

Spomedzi špecializovaných služieb, ktoré sa zúčastnili prieskumu, väčšina ponúkala krátke kurzy liečby užívania kanabisu zvyčajne s maximálne 20 sedeniami. Liečba mala zvyčajne formu individuálneho poradenstva a terapie alebo poradenstva o možných dôsledkoch užívania kanabisu. Niektoré agentúry ako možné zložky liečby uvádzajú detoxifikáciu od kanabisu, rodinnú terapiu, terapeutickú komunitu a vzájomné podporné skupiny. Využívanie pobytovej starostlivosti pri liečbe závislosti na kanabise bolo poskytované spravidla v kontexte oddychnutia si od sociálno-behaviorálnych problémov.

Vedecká literatúra v tejto oblasti naznačuje, že pri liečbe závislosti na kanabise sa veľa foriem psychoterapie preukázalo ako účinných vrátane motivačnej terapie a kognitívno-behaviorálnej terapie, ale žiadna forma psychoterapie sa nepreukázala účinnejšia ako iné (Nordstrom a Levin, 2007). Hoci väčšina štúdií o účinnosti liečby závislosti na kanabise sa vykonala v USA a Austrálii, v súčasnosti sa spúšťajú alebo zverejňujú výsledky aj prvých európskych štúdií. Nemecká randomizovaná kontrolovaná skúška, ktorá skúma liečebný program pre dospievajúcich s problémami s kanabisom (CANDIS), sa začala v roku 2004. Program je založený na zlepšení motivácie, kognitívnej behaviorálnej terapie a riešení psychosociálnych problémov. Prvotné výsledky ukazujú, že polovica pacientov prestala užívať kanabis do konca liečby. Ďalších 30 % obmedzilo užívanie kanabisu. Okrem toho bol zaznamenaný zreteľný pokles súvisiacich duševných a sociálnych problémov. Plánuje sa aj následná štúdia.

Niektoré krajiny uvádzajú iniciatívy na poskytovanie liečby mladým užívateľom kanabisu. Vo Francúzsku bolo od roku 2005 po celej krajine zriadených približne 250 konzultačných stredísk pre liečbu závislosti na kanabise,

⁽⁵⁵⁾ Pozri obrázky TDI-1 a TDI-2 a tabuľky TDI-3 časť (iv) a TDI-5 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-10 a TDI-21 časť (iii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁵⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-18 v štatistickej ročenke 2008.

ktoré poskytujú poradenstvo a podporu užívateľom a ich rodinám. V Dánsku boli nedávno vyčlenené špeciálne finančné prostriedky na rozvoj programov zameraných na mladých užívateľov kanabisu. Okrem toho, Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Holandsko a Švajčiarsko spolupracujú na medzinárodnej štúdii účinnosti komplexnej rodinnej liečby pre problémových užívateľov kanabisu (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

V Nemecku existujú snahy o presun internetového programu skončovania s kanabisom Quit the shit ⁽⁵⁹⁾, ktorý poskytuje interaktívne poradenstvo v spolupráci s ambulantnými liečebnými zariadeniami, na štruktúry miestnej správy zamerané na sociálne zabezpečenie a protidrogovú starostlivosť o mladých alebo na zariadenia prevencie drogovej závislosti.

Využívanie informačných a komunikačných technológií v intervenciách na znižovanie ponuky drog v Európe aj naďalej rastie. V rokoch 2006/2007 uvádzajú dostupnosť poradenských služieb v oblasti užívania drog deväť členských štátov, pričom osem z nich uvádza využívanie Internetu (Česká republika, Nemecko, Estónsko, Holandsko, Portugalsko, Rakúsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) a Dánsko uvádza využívanie SMS správ. Internetové služby sa zameriavajú na mladých ľudí a sústreďujú sa na problémy súvisiace s alkoholom a kanabisom.

Užívatelia kanabisu v kontakte so systémom trestného práva

Kanabis je nezákonná droga, ktorá sa v policajných správach najčastejšie uvádza v súvislosti s porušeniami právnych predpisov súvisiacich s drogami ⁽⁶⁰⁾ v Európe, pričom porušenia právnych predpisov súvisiace s touto drogou v Európskej únii vzrástli v rokoch 2001 až 2006

v priemere o 34 % (obr. 2). Podľa dostupných údajov väčšina uvádzaných porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom sa týka užívania a prechovávania na užívanie, a nie obchodovania a ponuky, pričom porušenia právnych predpisov súvisiace s užívaním tvoria vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje, 62 až 95 % všetkých uvádzaných porušení.

Keďže mnohí porušovatelia právnych predpisov súvisiacich s drogami sú mladí užívatelia kanabisu, ktorí inak nemusia prísť do styku s protidrogovými službami, existujú správy o rastúcej spolupráci medzi súdnymi orgánmi a službami prevencie a poradenstva na školách a zariadeniach sociálneho zabezpečenia mladých. Nemecko, Španielsko (Katalánsko), Luxembursko a Rakúsko realizovali protokoly a programy pre mladých ľudí porušujúcich právne predpisy súvisiace s drogami alebo odsúdených za užívanie alebo prechovávanie drog, väčšinou kanabisu. Delikvent môže dostať šancu v podobe absolvovania kurzu namiesto zaplatenia pokuty. Cieľom programov ponúkaných v rôznych krajinách je predchádzať ďalšiemu rozvoju užívania drog a opätovnému porušovaniu právnych predpisov a tieto programy môžu zahŕňať rodinu, školu alebo psychosociálne poradenstvo.

Následné hodnotenie nemeckých programov FRd pre mladých delikventov (100 respondentov) zistilo, že 44 % bývalých účastníkov programu obmedzilo užívanie alkoholu a tabaku, 79 % obmedzilo alebo ukončilo konzumáciu nezákonných drog a 69 % sa od ukončenia kurzu nedopustilo žiadneho porušenia právneho predpisu. Hodnotením podobných skupín mladých delikventov (YOT) v Spojenom kráľovstve sa zistilo, že tento prístup mal značné potenciálne výhody (Matrix Research, 2007).

Zákaz fajčenia a kanabis

Možné väzby medzi politikami v oblasti fajčenia a fajčením kanabisu sú otázkou, ktorá si zaslúži pozornosť. Zákaz fajčenia je v Európe čoraz rozšírenejší, pričom v deviatich členských štátoch už platí úplný zákaz fajčenia (na verejnosti a pracoviskách vrátane reštaurácií a barov) a v Belgicku, Dánsku, Nemecku, Holandsku a Portugalsku nedávno zaviedli aspoň čiastočný zákaz fajčenia.

Väzba medzi užívaním tabaku a neskorším užívaním nezákonných drog má sklon slabnúť pri upravení o sprievodné rizikové faktory, ako to bolo preukázané preskúmaním perspektívnych štúdií (Mathers a kol., 2006). V Európe je však užívanie kanabisu rozšírenejšie medzi fajčiarmi než

medzi nefajčiarmi a tvrdé regulačné politiky v oblasti fajčenia tabakových výrobkov by mohli ovplyvniť vnímané normy, ktoré sú prediktormi pre užívanie tabaku aj kanabisu.

Taktiež existujú určité dôkazy o tom, že kanabis je ekonomickým doplnkom (t. j. reakciou na rovnaký smer cien a dostupnosti) cigariet (Cameron a Williams, 2001). Niektoré štúdie dospeli k záveru, že vyššie dane na cigarety môžu znižovať intenzitu užívania marihuany a môžu mať mierne negatívny účinok na pravdepodobnosť užívania medzi mužmi (Farrelly a kol., 2001).

Nakoniec je vhodné poznamenať, že holandský zákaz na fajčenie tabaku v reštauráciách sa vzťahuje aj na kaviarne a že amsterdamská radnica sa rozhodla zakázať fajčenie kanabisu na verejnosti.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2008.

Kapitola 4

Amfetamíny, extáza a LSD

Úvod

Amfetamíny a extáza (všeobecným termínom sú amfetamíny a metamfetamíny) patria celosvetovo po kanabise k najbežnejším konzumovaným nezákonným drogám. V súčasnej Európe môže byť vzhľadom na absolútne čísla užívanie kokaínu vyššie, ale geografická koncentrácia kokaínu v niekoľkých krajinách znamená, že pre väčšiu časť Európskej únie zostávajú niektoré formy synteticky vyrábaných drog druhou najbežnejšou užívanou nezákonnou látkou. Okrem toho, v niektorých častiach Európy predstavuje užívanie amfetamínov významnú súčasť drogového problému a predstavuje veľkú časť užívateľov, ktorí potrebujú liečbu.

Amfetamín a metamfetamín: rozdiely a podobnosti

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

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

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

Zdroje: drogové profily EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

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

Ako extáza sa označujú syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale ktoré sa do určitej miery líšia svojimi účinkami. Najznámejším členom skupiny drog extázy je 3, 4-metyléndioxymetamfetamín (MDMA), ale v tabletkách extázy možno niekedy nájsť aj iné analógy (MDA, MDEA). Do konca 80. rokov bolo užívanie extázy v Európe prakticky neznáme, počas 90. rokov sa však dramaticky zvýšilo. Jej popularita je historicky spätá s hudobno-tanečnou scénou a vo všeobecnosti je vysoká prevalencia užívania syntetických drog spojená s konkrétnymi kultúrnymi podskupinami alebo sociálnymi prostrediami.

Odhady spotreby dietylamilu kyseliny lysergovej (LSD), zďaleka najznámejšej halucinogénnej drogy, sú nízke a už dlhší čas v Európe stabilné. Zdá sa však, že medzi mladými ľuďmi rastie záujem o prírodné halucinogénne látky.

Ponuka a dostupnosť

Amfetamín

Celosvetová produkcia amfetamínov, odhadovaná na 126 ton v roku 2006, zostáva naďalej sústredená v Európe, čo predstavuje 79 % všetkých amfetamínových laboratórií zaznamenaných v roku 2006 (UNODC, 2008), hoci sa rozširuje aj do iných častí sveta, najmä do Severnej Ameriky a juhovýchodnej Ázie ⁽⁶¹⁾. Celosvetovo bolo v roku 2006 zachytených viac než 19 ton amfetamínov, z čoho väčšina bola zachytená na Blízkom a Strednom východe (67 %), v súvislosti s tabletkami Captagon ⁽⁶²⁾ vyrábanými v juhovýchodnej Európe, po nich nasledujú zachytenia amfetamínov v západnej a strednej Európe (27 %), čo odráža úlohu Európy ako hlavného výrobcu a spotrebiteľa tejto drogy (CND, 2008; UNODC, 2008).

⁽⁶¹⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri s. 36.

⁽⁶²⁾ Captagon je jedným z registrovaných obchodných názvov pre fenetylín, syntetický stimulant centrálnej nervovej sústavy, hoci tabletky predávané pod týmto názvom na nelegálnom trhu bežne obsahujú amfetamíny zmiešané s kofeínom.

Väčšina zachyteného amfetamínu v Európe sa vyrába, podľa dôležitosti, v Holandsku, Poľsku a Belgicku a v menšej miere aj v Estónsku a Litve. V roku 2006, bolo v Európskej únii objavených 40 miest zapojených do výroby, balenia alebo uskladňovania amfetamínov (Europol, 2007a); a v správe UNODC (2008) sa uvádza, že v európskych krajinách bolo zničených 123 laboratórií.

Turecko zaznamenalo zachytenie približne 20 miliónov amfetamínových tabletiiek s nápisom Captagon. Výroba amfetamínu v tejto forme je hlásená aj z Bulharska a Turecka a predpokladá sa, že je určená najmä na vývoz do spotrebiteľských krajín na Blízkom a Strednom východe.

V Európe bolo v roku 2006 zaznamenaných približne 38 000 zachytení s celkovým objemom 6,2 tony amfetamínového prášku. Zatiaľ čo predbežné odhady na rok 2006 obsahujú pokles z vysokých úrovní zaznamenaných v rokoch 2004 a 2005, počet zachytení a množstvo zaisteného amfetamínu sa za päť rokov v období 2001 až 2006 zvýšili ⁽⁶³⁾. Tento záver je však predbežný, keďže väčšina aktuálnych údajov zo Spojeného kráľovstva, európskej krajiny, ktorá bežne zaznamenáva väčšinu zachytení, nie je ešte k dispozícii. Zachytenia amfetamínových tabletiiek, na rozdiel od prášku, sa v niektorých krajinách zaznamenávajú v čoraz vyššej miere, pričom v roku 2006 bolo v Európskej únii (väčšinou v Španielsku) zachytených 390 000 tabletiiek.

Čistota amfetamínových vzoriek zachytených v Európe v roku 2006 sa do veľkej miery líšila a to do takej miery, že pri stanovovaní bežných hodnôt treba postupovať veľmi opatrne. Krajiny vykazujúce údaje za rok 2006 sa však dajú rozdeliť do dvoch skupín, pričom 10 krajín vykazuje hodnoty medzi 2 % až 10 % a ostatné vykazujú vyššie úrovne čistoty (25 až 47 %). Do tejto druhej skupiny zvyčajne patria krajiny známe svojou intenzívnou účasťou na výrobe, obchodovaní alebo spotrebe amfetamínov (Holandsko, Poľsko, pobaltské a severské krajiny). Za posledných päť rokov bola čistota amfetamínu stabilná alebo klesla vo väčšine 19 krajín, v ktorých sú k dispozícii dostatočné údaje na analýzu.

V roku 2006 sa bežná maloobchodná cena amfetamínu pohybovala medzi 10 EUR a 15 EUR za gram v polovici krajín, ktoré poskytujú údaje. V období rokov 2001 až 2006 sa podľa údajov maloobchodná cena amfetamínov vo všetkých 16 krajinách, ktoré poskytujú dostatočné údaje na analýzu, znížila, okrem Českej republiky, Španielska a Rumunska.

Metamfetamín

Výroba metamfetamínu sa sústreďuje v Severnej Amerike a východnej a juhovýchodnej Ázii. V roku 2006 sa celosvetová výroba metamfetamínu odhadovala na 266 ton, čo je viac než akákoľvek iná nezákonná syntetická droga. V roku 2006 sa celosvetovo objavilo 15,8 tony metamfetamínu, z čoho väčšina bola zachytená

Medzinárodné opatrenia proti výrobe a zneužívaniu syntetických prekurzorov drog

Snahy v oblasti presadzovania práva sa čoraz viac zameriavajú na prekurzorové chemikálie potrebné na výrobu nezákonných drog ako ďalšie protiopatrenie a táto oblasť patrí k tým, v ktorých je medzinárodná spolupráca obzvlášť cenná. Projekt Prism je medzinárodná iniciatíva zriadená na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri nezákonnej výrobe syntetických drog prostredníctvom systému predexportných upozornení na nezákonný obchod a oznamovania zaistených a zachytených zásielok pri výskyte podozrivých transakcií. Informácie o aktivitách v tejto oblasti sa oznamujú Medzinárodnej rade pre kontrolu omamných látok (INCB, 2008b).

V celosvetovom meradle správy naznačujú, že v roku 2006 bolo zachytených vyše 11 ton efedrínu a pseudofedrínu, kľúčových prekurzorov na výrobu metamfetamínu. Z tohto množstva bola takmer polovica zachytená v Číne, za ktorou nasledujú Kanada a Mjanmarsko. Členské štáty EÚ (najmä Belgicko a Maďarsko) spolu s Ruskou federáciou a Ukrajinou tvorili len 0,3 tony, hoci Europol (2008) uvádza nedávny nárast vývozu, prepravy a zneužívania týchto chemikálií v Európskej únii.

Celosvetové zachytenia 1-fenyl-2-propanónu (P-2-P), ktorý sa môže použiť pri nezákonnej výrobe amfetamínu aj metamfetamínu, v roku 2006 klesli. Výnimkami v tomto trende boli členské štáty EÚ (najmä Dánsko, Holandsko a Poľsko) spolu s Tureckom a Ruskou federáciou, ktoré spoločne predstavovali väčšinu celosvetových zachytení 2 600 litrov P-2-P. Tento prekurzor sa používa najmä pri výrobe amfetamínu v Európe, pričom výrobcovia získavajú P-2-P spravidla z ázijských krajín (Čína), hoci od roku 2004 sa uvádza získavanie a pašovanie aj z Ruskej federácie (Europol, 2007a).

Celosvetové zachytenia 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanónu (3,4-MDP-2-P), ktorý sa používa pri výrobe MDMA, sa znížil v roku 2006 na 7 500 litrov, z čoho takmer všetko množstvo (okrem 105 litrov zachytených v Holandsku) bolo zachytené v Kanade. Zachytenia safrolu, ktorý môže nahradiť 3,4 MDP 2-P pri syntéze MDMA, zostali v roku 2006 len okrajové, pričom na celom svete bolo zachytených 62 litrov, a to najmä Austrálii. V Európe zachytenie safrolu ohlásilo len Francúzsko (7 litrov).

⁽⁶³⁾ Údaje o zachyteniach drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľkách SZR-11 až SZR-18 v štatistickej ročenke 2008. Poznámka: Chýbajúce údaje za rok 2006 nahradili s cieľom odhadnúť celkové európske súčty zodpovedajúce údaje za rok 2005.

vo východnej a juhovýchodnej Ázii, potom v Severnej Amerike a menej než 1 % zachytenej látky pochádzalo z Európy (UNODC, 2007, 2008).

Nezákonná výroba metamfetamínu sa v Európe vyskytuje, hoci sa prevažne obmedzuje na Českú republiku, v ktorej bolo v roku 2006 zistených viac než 400 malých kuchynských laboratórií. Výroba tejto drogy sa zaznamenáva aj na Slovensku a v menšej miere aj v Litve (INCB, 2008a).

V roku 2006 bolo v 17 európskych krajinách zaznamenaných približne 3 000 zachytení metamfetamínu v objeme 154 kg. Najviac zachytení a zisteného objemu bolo v Nórsku, potom vo Švédsku, Českej republike a na Slovensku. V dvoch posledných krajinách bol zachytený malý objem, zvyčajne do niekoľkých gramov. V rokoch 2001 až 2006 rástol počet a množstvo zachyteného metamfetamínu v Európe, aj keď v porovnaní s inými drogami zostáva stále malé. Obmedzené údaje naznačujú, že v roku 2006 sa bežná čistota metamfetamínu pohybuje na úrovni približne 20 % až 55 %.

Extáza

V roku 2006 klesla podľa správy UNODC (2007a) celosvetová výroba extázy na približne 102 ton. Zdá sa, že jej výroba sa stala geograficky rozptýlenejšou, pričom výroba pre miestnu spotrebu je teraz bežnejšia v Severnej Amerike a východnej a juhovýchodnej Ázii. Napriek tomu zostáva Európa hlavným miestom výroby extázy, pričom táto výroba sa sústreďuje v Holandsku (kde po niekoľkoročnom poklese v roku 2006 opäť vzrástla), Belgicku a v menšej miere v Poľsku a Spojenom kráľovstve.

Relatívny význam Európy ako spotrebiteľa aj výrobcu extázy je vidieť z údajov o zachyteniach tejto drogy. V Európe sa v roku 2006 zaznamenalo viac než 20 000 zachytení so zaistením takmer 14 miliónov tabletiiek extázy. Najväčšie množstvo zachytenej extázy (4,1 milióna tabletiiek) bolo zaznamenané v Holandsku, potom v Spojenom kráľovstve, Turecku, Francúzsku a Nemecku. Celkovo sa po dosiahnutí vrcholu v roku 2002 počet zachytení extázy v rokoch 2001 až 2006 znížil, rovnako ako aj zachytené množstvo ⁽⁶⁴⁾. Zo 4,5 tony celosvetovo zachytenej extázy v roku 2006 pripadá na západnú a strednú Európu 43 %; na porovnanie, na Severnú Ameriku 34 % (UNODC, 2008).

V Európe obsahovala väčšina tabletiiek analyzovaných v roku 2006 MDMA alebo inú extázu podobnú látku (MDEA, MDA) ako jedínú prítomnú psychoaktívnu látku, pričom túto skutočnosť uviedlo 17 krajín v prípade 70 % z celkového počtu analyzovaných tabletiiek. Výnimkami

boli Španielsko a Poľsko, ktoré uviedli, že pri analýze tabletiiek uvádzaných na trh, akými je extáza, sa ukázala častá prítomnosť amfetamínov alebo metamfetamínov, často v kombinácii s MDMA alebo jedným z jej analógov. V Lotyšsku a Malte väčšina analyzovaných tabletiiek neobsahovala žiadne kontrolované látky.

Väčšina krajín uviedla, že bežný obsah MDMA v tabletkách extázy sa pohyboval medzi 25 až 65 mg, hoci v analyzovaných vzorkách boli veľké rozdiely (9 až 90 mg). Okrem toho sa v niektorých krajinách (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Francúzsko, Holandsko, Nórsko) uvádzali tabletky extázy s vysokými dávkami viac než 130 mg MDMA. V obsahu MDMA tabletiiek extázy sa nepozoroval žiadny jednoznačný strednodobý trend. Je však zjavné, že v porovnaní so začiatkom 90. rokov, keď bola táto droga v Európe prvýkrát široko dostupná, extáza výrazne zlacnela. Hoci existujú správy o tabletkách, ktoré sa predávajú len za 1 EUR, väčšina krajín uvádza bežné maloobchodné ceny v rozpätí 3 až 9 EUR a údaje dostupné za obdobie 2001 až 2006 poukazujú na to, že maloobchodná cena (primeraná inflácii) stále klesá.

LSD

Užívanie a obchodovanie s LSD sa stále považuje za okrajové, hoci zachytenia v Európe pravdepodobne naznačujú, že v posledných rokoch došlo k oživeniu záujmu o túto drogu. Po dlhodobom klesajúcom trende, ktorý sa datuje do 90. rokov, začali od roku 2003 rásť počet aj množstvo zachytení. Súčasná situácia je nejasná, pretože hoci predbežné dostupné údaje naznačujú menší pokles v oboch ukazovateľoch, Spojené kráľovstvo, krajina, ktorá zvyčajne podáva správy o najväčších zachytených množstvách LSD, svoje údaje ešte nevykázala. Maloobchodné ceny LSD (primerané inflácii) mierne klesajú od roku 2001 a v roku 2006 sa vo väčšine európskych krajín pohybovali v rozpätí od 5 EUR do 11 EUR za jednotku.

Prevalencia a formy užívania

Z členských štátov EÚ je užívanie amfetamínov alebo extázy relatívne vysoké (Česká republika, Estónsko a Spojené kráľovstvo) a relatívne vysoké vzhľadom na celkovú národnú drogovú situáciu v niektorých krajinách strednej a severnej Európy. V porovnaní s tým je celková spotreba syntetických halucinogénnych drog, ako napríklad dietylamidu kyseliny lysergovej (LSD), nižšia a už dlhší čas do veľkej miery stabilná.

Vyššia prevalencia v niektorých krajinách sa musí vnímať v kontexte minimálne dvoch rôznych foriem spotreby.

⁽⁶⁴⁾ Tento obraz je predbežný, keďže údaje zo Spojeného kráľovstva, krajiny vykazujúcej najviac zachytení v roku 2005, nie sú za rok 2006 ešte dostupné.

Tabuľka 3: Prevalencia užívania amfetamínov medzi všeobecnou populáciou – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	11 mil.	2 mil.
Priemer v Európe	3,3 %	0,6 %
Rozsah (rozsah vo väčšine krajín)	0,1 – 11,9 %	0,0 – 1,3 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko (0,1 %) Rumunsko (0,2 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,8 %)	Grécko, Malta (0,0 %) Francúzsko (0,1 %) Portugalsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (11,9 %) Dánsko (6,9 %) Nórsko (3,6 %) Írsko (3,5 %)	Spojené kráľovstvo, Estónsko (1,3 %) Nórsko, Lotyšsko (1,1 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7 mil.	2 mil.
Priemer v Európe	5,1 %	1,3 %
Rozsah	0,2 – 16,5 %	0,1 – 2,9 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko (0,1 %) Rumunsko (0,5 %) Malta (0,7 %) Cyprus (0,8 %)	Grécko (0,1 %) Francúzsko (0,2 %) Cyprus (0,3 %) Portugalsko (0,4 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (16,5 %) Dánsko (12,7 %) Nórsko (5,9 %) Španielsko, Lotyšsko (5,3 %)	Estónsko (2,9 %) Spojené kráľovstvo (2,7 %) Lotyšsko (2,4 %) Dánsko (2,2 %)
Informácie sú založené na najnovšej dostupnej štúdii pre každú krajinu. Rok vykonania štúdie je v rozsahu 2001 až 2007. Priemerná prevalencia pre Európu bola vypočítaná váženým priemerom podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. V krajinách, pre ktoré informácie neboli dostupné, sa započítala priemerná prevalencia. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (328 miliónov), 15 – 34 (134 miliónov) a 15 – 24 (64 miliónov). Údaje sú zhrnuté v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2008.		

V obmedzenom počte krajín je užívanie, často injekčné, amfetamínov alebo metamfetamínov zodpovedné za väčšiu časť celkového počtu problémových užívateľov drog a užívateľov hľadajúcich pomoc z dôvodu užívania drog. V porovnaní s týmito chronickými populáciami existuje aj všeobecnejšie prepojenie medzi syntetickými drogami, najmä extázou, a nočnými klubmi, tanečnou hudbou a niektorými subkultúrami, čo vedie k významne vyšším úrovňam užívania medzi mladými ľuďmi v porovnaní so všeobecnou populáciou a mimoriadne vysokými úrovňami užívania v niektorých prostrediach alebo osobitných subpopuláciách.

Amfetamíny

V nedávnych prieskumoch populácií sa ukázalo, že celoživotná prevalencia užívania amfetamínov ⁽⁶⁵⁾ v Európe sa medzi jednotlivými krajinami líši, a to od 0,1 %

do 11,9 % všetkých dospelých (vo veku 15 až 64 rokov). Priemerne 3,3 % všetkých dospelých Európanov uvádza, že aspoň raz užili amfetamíny. Užívanie tejto drogy v poslednom roku je oveľa nižšie, pričom európsky priemer je 0,6 % (v rozsahu od 0,0 až po 1,3 %). V odhadoch sa uvádza, že približne 11 miliónov Európanov vyskúšalo amfetamíny a približne 2 milióny užili túto drogu v poslednom roku (pozri tabuľku 3 so zhrnutím údajov).

Medzi mladými dospelými (15 až 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania amfetamínu v jednotlivých krajinách značne líši, a to od 0,2 % do 16,5 %, pričom európsky priemer je približne 5 %. Minulý rok sa užívanie amfetamínov v tejto vekovej skupine pohybovalo od 0,1 % do 2,9 %, pričom väčšina krajín vykazovala odhady prevalencie v rozpätí 0,7 % až 1,9 %. Odhaduje sa, že v poslednom roku užívalo amfetamíny v priemere 1,3 % mladých Európanov.

⁽⁶⁵⁾ Údaje prieskumu o užívaní amfetamínu často nerozlišujú medzi amfetamínom a metamfetamínom, toto sa však bude obvykle vzťahovať na užívanie amfetamínu (sulfátu alebo dexamfetamínu), pretože užívanie metamfetamínu nie je v Európe bežné. Z tohto kontinentu pochádza len necelé 1 % zachytení metamfetamínu na celosvetovej úrovni.

Tabuľka 4: Prevalencia užívania extázy medzi všeobecnou populáciou – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	9,5 mil.	2,6 mil.
Priemer v Európe	2,8 %	0,8 %
Rozsah	0,3 – 7,3 %	0,2 – 3,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,3 %) Grécko (0,4 %) Malta (0,7 %) Litva (1,0 %)	Grécko, Malta (0,2 %) Dánsko, Poľsko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (7,3 %) Česká republika (7,1 %) Írsko (5,4 %) Španielsko (4,4 %)	Česká republika (3,5 %) Spojené kráľovstvo (1,8 %) Estónsko (1,7 %) Slovensko (1,6 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 mil.	2,5 mil.
Priemer v Európe	5,6 %	1,8 %
Rozsah	0,5 – 14,6 %	0,4 – 7,7 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,5 %) Grécko (0,6 %) Malta (1,4 %) Litva, Poľsko (2,1 %)	Grécko (0,4 %) Taliansko, Poľsko (0,7 %) Dánsko, Litva, Portugalsko (0,9 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (14,6 %), Spojené kráľovstvo (13,0 %) Írsko (9,0 %), Slovensko (8,4 %)	Česká republika (7,7 %) Spojené kráľovstvo (3,9 %) Estónsko (3,7 %) Holandsko, Slovensko (2,7 %)
Informácie sú založené na najnovšej dostupnej štúdii pre každú krajinu. Rok vykonania štúdie je v rozsahu 2001 až 2007. Priemerná prevalencia pre Európu bola vypočítaná váženým priemerom podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. V krajinách, pre ktoré informácie neboli dostupné, sa započítala priemerná prevalencia. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (328 miliónov), 15 – 34 (134 miliónov) a 15 – 24 (64 miliónov). Údaje sú zhrnuté v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2008.		

Problémové užívanie amfetamínov

Ukazovateľ EMCDDA týkajúci sa problémového užívania drog sa dá použiť v obmedzenom zmysle na amfetamíny, pričom sa definuje ako injekčné alebo dlhotrvajúce/pravidelné užívanie tejto látky. Len jediný členský štát (Fínsko) poskytol najnovšie národné odhady problémového užívania drog, ktoré boli v roku 2005 približne medzi 12 000 až 22 000 problémových užívateľov amfetamínov (4,3 až 7,9 prípadov na 1 000 obyvateľov, vo veku 15 až 54 rokov), približne štvornásobne vyššie ako odhadovaný počet problémových užívateľov opiátov v krajine.

Počet zaznamenaných dopytov po liečbe týkajúcich sa užívania amfetamínov je vo väčšine európskych krajín relatívne malý. Liečba závislosti od amfetamínov tvorí veľkú časť všetkých zaznamenaných dopytov po liečbe v Lotyšsku, Švédsku a Fínsku, kde približne 25 % až 35 % klientov užívajúcich drogy nastupuje na liečbu súvisiacu

s amfetamínmi ako primárnym drogovým problémom. V iných krajinách tvorí liečba závislosti od amfetamínov viac než 5 % zaznamenaných žiadostí o liečbu iba v Dánsku, Nemecku, Holandsku a Poľsku, kde približne 6 % až 9 % liečených užívateľov uvádza amfetamíny ako svoju primárnu drogu ⁽⁶⁶⁾.

Vo väčšine krajín, hoci nie vo Švédsku ani Fínsku, je podiel nových klientov nastupujúcich na liečbu primárnej závislosti od amfetamínov väčší ako podiel všetkých klientov liečených z dôvodu užívania tejto drogy. V období rokov 2002 až 2006 je podiel nových klientov nastupujúcich na liečbu primárnej závislosti od amfetamínov v Európe relatívne stabilný, hoci v tomto období sa zaznamenal nárast v Lotyšsku a Dánsku, zatiaľ čo vo Švédsku a Fínsku percento nových klientov užívajúcich amfetamíny kleslo, pravdepodobne z dôvodu starnutia populácie ⁽⁶⁷⁾.

⁽⁶⁶⁾ Pozri tabuľku TDI-5 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁶⁷⁾ Pozri obrázok TDI-1 a tabuľky TDI-4 časť (ii), TDI-5 časť (ii) a TDI-36 v štatistickej ročenke 2008.

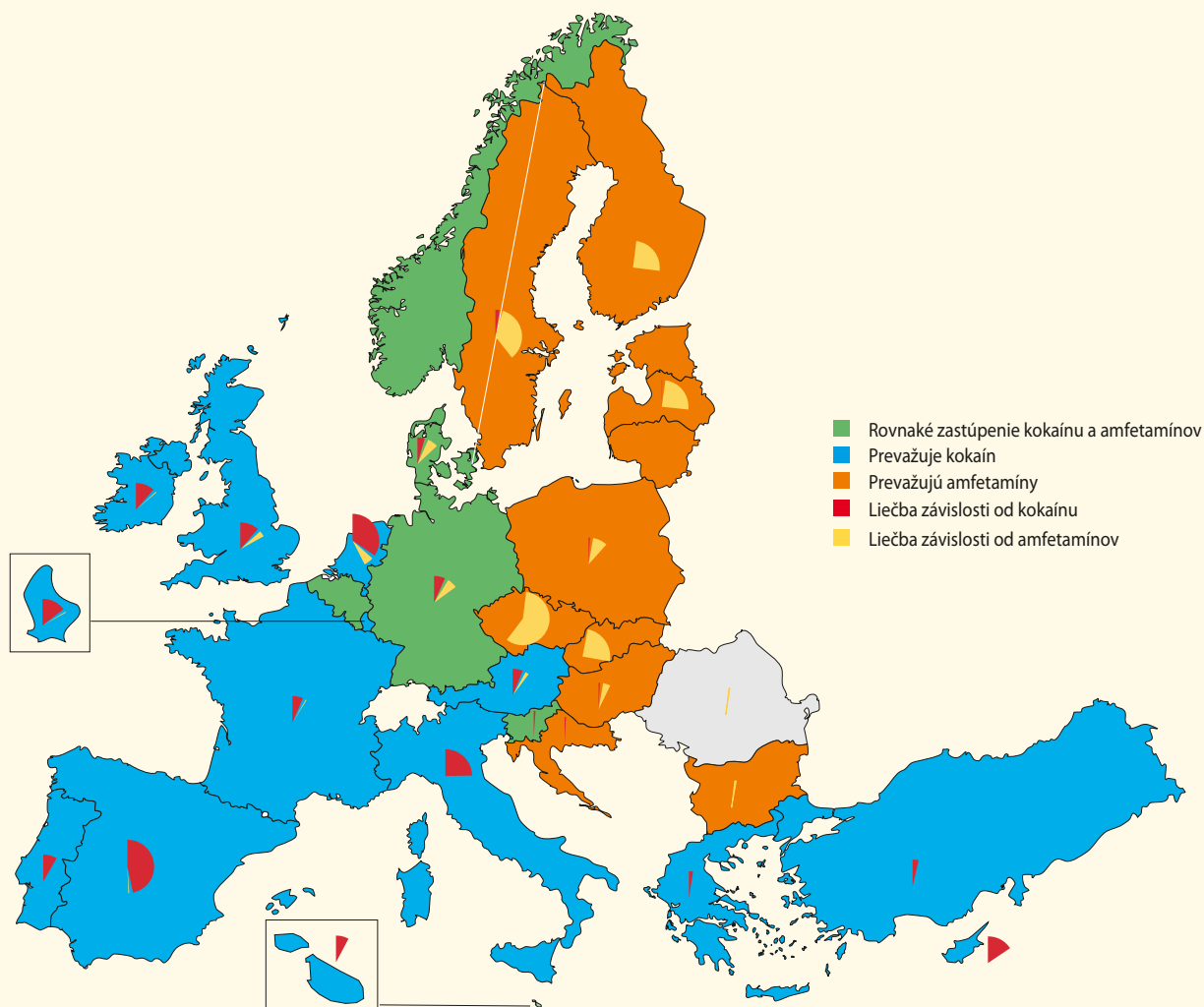
Európsky trh so stimulantmi: kokaínové krajiny a amfetamínové krajiny?

Syntéza informácií z rôznych zdrojov naznačuje, že rôzne stimulačné drogy môžu v rôznych krajinách zohrávať podobnú úlohu, a preto môže byť pri vytváraní politiky v tejto oblasti múdre zohľadňovať nielen jednotlivé látky, alebo aj trh so stimulantmi ako celok. V niektorých krajinách sa ako dominantná stimulačná droga javí kokaín, zatiaľ čo v iných krajinách sa amfetamín alebo metamfetamín zdajú rozšírenejšie. Obraz, ktorý vznikne skombinovaním údajov z prieskumov medzi všeobecnou populáciou a hláseniami

o zachytení, naznačuje, že krajiny severnej a strednej Európy majú sklon patriť do „amfetamínovej skupiny“, zatiaľ čo v krajinách na západe a juhu Európy do značnej miery prevažuje kokaín.

Relatívny význam stimulantov v celkovej drogovej problematike je taktiež v každej krajine značne rozdielny. Môže to byť zrejme z údajov o liečbe. Zatiaľ čo v malej skupine krajín sú stimulačné drogy zodpovedné za relatívne vysoký podiel na všetkých žiadostiach o protidrogovú liečbu

Trh so stimulantmi v Európe: relatívna prevalencia kokaínu alebo amfetamínov pri zachyteniach a v prieskumoch medzi populáciou a podiel liečiacich sa užívateľov drog, ktorí uvádzajú tieto látky ako primárne drogy



(metamfetamín v Českej republike a na Slovensku; amfetamín v Lotyšsku, Švédsku a Fínsku, kokaín v Španielsku, Taliansku a Holandsku), v iných krajinách je podiel liečených osôb, ktoré udávajú ako hlavný dôvod vyhľadania pomoci niektorú z týchto látok, veľmi malý, v niektorých prípadoch dokonca zanedbateľný.

Údaje od liečených osôb taktiež naznačujú, že osoby liečené na problémy spôsobené stimulačnými drogami majú sklon mať problémy len s jednou skupinou stimulantov. Napríklad spomedzi osôb ambulantne liečených na kokaín (všetky požiadavky) len približne 8 % uvádzalo amfetamíny ako sekundárnu drogu a podobne menej ako 9 % užívateľov amfetamínu uvádzalo ako svoju sekundárnu drogu kokaín. Správy z niektorých krajín navyše naznačujú, že jeden stimulant dokáže niekedy nahradiť druhý na trhu s drogami. Existujú napríklad údaje, ktoré naznačujú, že: kokaín môže v niektorých skupinách užívateľov drog nahradiť amfetamíny a extázu a v Holandsku sa mimo mestských oblastí môžu amfetamíny používať ako lacnejšia náhrada kokaínu.

Hoci účinky a následky stimulačných drog sa môžu líšiť, z hľadiska protidrogovej liečby sú možnosti, miery udržania a výsledky značne podobné (Rawson a kol., 2000; Copeland a Sorensen, 2001). Podobnosti sa do určitej miery dajú pozorovať na formách, ktorými sa tieto drogy užívajú, a na celkovej typológii užívateľov. Napríklad rekreačné a menej intenzívne a poškodzujúce formy užívania medzi sociálne dobre integrovanými užívateľmi môžu existovať súčasne s intenzívnym užívaním medzi marginalizovanými skupinami, pričom existuje väčšia súvislosť medzi problémami so závislosťou a rizikovejšími formami podávania, ako sú napr. vpichovanie a fajčenie.

Pozn.: Farba pozadia označuje relatívnu dominanciu kokaínov alebo amfetamínov podľa prieskumov medzi všeobecnou populáciou (prevalencia užívania minulý rok medzi populáciou vo veku 15 – 34 rokov) a údajov zo zachytení. Kruhové grafy predstavujú podiely všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu, ktoré tvorili tieto dve drogy – sú zobrazené len segmenty predstavujúce kokaín alebo amfetamíny. Pre Taliansko, Holandsko a Poľsko, kde údaje o zachyteníach nie sú k dispozícii, sa použili len údaje z prieskumov medzi populáciou. Pre Chorvátsko sa použili len údaje o zachyteníach. Pre Nórsko a Belgicko neboli k dispozícii údaje o liečbe. Dostupné údaje pre Rumunsko neumožňovali vyvodiť závery pre krajinu ako celok. V Českej republike a na Slovensku sú metamfetamíny najčastejšie používanými amfetamínmi.

Užívatelia amfetamínov nastupujúci na liečbu majú v priemere 29 rokov a sú to muži. Hoci pomer medzi mužmi a ženami je 2:1, celkový podiel žien medzi užívateľmi amfetamínov je väčší než medzi užívateľmi iných drog ⁽⁶⁸⁾.

Problémové užívanie metamfetamínov

V porovnaní s inými časťami sveta, kde v posledných rokoch užívanie metamfetamínov vzrástlo, sa ich užívanie v Európe zdá byť obmedzené (Griffiths a kol., 2008). Z historického hľadiska sa užívanie tejto drogy v Európe sústredilo v Českej republike a do určitej miery na Slovensku. A iba tieto dve krajiny hlásia najnovšie odhady problémového užívania. V roku 2006 sa v Českej republike odhadovalo približne 17 500 až 22 500 užívateľov metamfetamínu (2,4 až 3,1 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov), čo je takmer dvojnásobok odhadovaného množstva problémových užívateľov opiátov, a na Slovensku približne 6 200 až 15 500 užívateľov metamfetamínu (1,6 až 4,0 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov), čo je približne o 20 % menej ako odhadované množstvo problémových užívateľov opiátov.

Za posledných päť rokov bol zaznamenaný nárast dopytu po liečbe súvisiacej s užívaním metamfetamínov v oboch krajinách. Na Slovensku sa stal metamfetamín primárnou drogou najčastejšie uvádzanou užívateľmi žiadajúcimi o liečbu prvýkrát, pričom tvorí 25 % všetkých žiadostí o liečbu drogovej závislosti. V Českej republike uvádza 59 % všetkých klientov protidrogovej liečby metamfetamín ako svoju primárnu drogu ⁽⁶⁹⁾. Klienti liečení na závislosť od metamfetamínov uvádzajú vysokú mieru injekčného užívania drog: približne 50 % na Slovensku a 80 % v Českej republike.

Extáza

Odhaduje sa, že 9,5 milióna dospelých Európanov vyskúšalo extázu (priemerne 3 %) a približne 3 milióny (0,8 %) ju užilo v poslednom roku (pozri tabuľku 4 so zhrnutím údajov). Medzi jednotlivými krajinami existujú významné rozdiely, pričom najnovšie prieskumy ukázali, že približne 0,3 % až 7,3 % všetkých dospelých (vo veku 15 až 64 rokov) už túto drogu vyskúšalo a vo väčšine krajín sa vykazuje celoživotná prevalencia v rozsahu 1,3 až 3,1 %. Užívanie tejto drogy v minulom roku sa v Európe líšilo v rozsahu 0,2 % až 3,5 %. Pri všetkých ukazovateľoch, ako aj v prípade väčšiny ostatných nelegálnych drog, bolo zaznamenané užívanie oveľa vyššie medzi mužmi než medzi ženami.

⁽⁶⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-37 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-5 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

Spotreba extázy bola bežnejšia medzi mladými dospelými (15 až 34 rokov), pričom celoživotná prevalencia sa odhaduje na národnej úrovni v rozsahu 0,5 % až 14,6 % a v tejto vekovej skupine 0,4 % až 7,7 % užívateľov uviedlo užitie drogy v minulom roku. Odhaduje sa, že 7,5 milióna mladých Európanov (5,6 %) už vyskúšalo extázu, pričom 2,5 milióna (1,8 %) uvádza jej užitie v minulom roku. Odhady prevalencie sú vyššie, ak sa pozornosť zameria na mladšie vekové pásmo: vo vekovej skupine 15 až 24 rokov je celoživotná prevalencia od 0,4 % do 18,7 %, hoci väčšina krajín uvádza odhady v rozpätí 2,5 až 8 % ⁽⁷⁰⁾. Hoci väčšina krajín uvádza odhady 1,3 až 4,6 % v oblasti užívania drogy v tejto vekovej skupine počas minulého roka, medzi najnižšími národnými odhadmi na úrovni 0,3 % a najvyššími odhadmi na úrovni 12 % existujú výrazné rozdiely, v čom sa odrážajú rôzne skúsenosti niektorých členských štátov.

Medzi študentmi môžu nastať veľké zvýšenia úrovni prevalence pri malých zvýšeníach veku, napríklad údaje dostupné zo 16 krajín ukazujú, že v porovnaní s mladšími žiakmi celoživotná prevalencia užívania extázy medzi 17 až 18-ročnými žiakmi škôl je vo väčšine prípadov značne vyššia, čo naznačuje, že prvé užitie tejto drogy sa bežne vyskytuje vo veku 16 rokov ⁽⁷¹⁾.

Napriek tomu, že počet užívateľov extázy v Európe je takmer rovnaký ako v prípade amfetamínov, len veľmi málo z nich využíva liečbu. V roku 2006 uviedlo vo väčšine krajín extázu ako svoju primárnu problémovú drogu necelých 1 % užívateľov drog a vo väčšine krajín sa na problémy súvisiace s užívaním extázy lieči len zanedbateľné množstvo klientov. Len päť krajín uvádza viac než 100 klientov extázy nastupujúcich na liečbu (Francúzsko, Taliansko, Maďarsko, Spojené kráľovstvo, Turecko), čo predstavuje 0,5 % až 4 % všetkých klientov užívajúcich drogy v týchto krajinách. Užívatelia extázy s priemerným vekom 24 až 25 rokov patria k najmladším skupinám nastupujúcim na liečbu a pravidelne vykazujú súčasné užívanie iných látok vrátane kanabisu, kokaínu, alkoholu a amfetamínov ⁽⁷²⁾.

LSD

Celoživotná prevalencia užívania LSD medzi dospelou populáciou (15 až 64 rokov) sa pohybuje od nuly až k 5,4 %. Medzi mladými dospelými (15 až 34 rokov) sa celoživotná prevalencia odhaduje vyššie (0,3 % až 7,1 %), hoci nižšia prevalencia sa vykazuje medzi 15 až

24-ročnými užívateľmi. V porovnaní s tým v niektorých krajinách poskytujúcich porovnateľné údaje je užívanie halucinogénnych húb často vyššie ako užívanie LSD, pričom odhady celoživotnej prevalence pre mladých dospelých sa pohybujú od 1 % do 9 % a minuloročné odhady prevalence boli 0,3 % až 3 % (EMCDDA, 2006).

Trendy v užívaní amfetamínov a extázy

Správy o stabilizácii alebo dokonca poklese v spotrebe amfetamínov a extázy v Európe podporujú aj najnovšie údaje. Po všeobecnom náraste v 90. rokoch teraz prieskumy populácie poukazujú na celkovú stabilizáciu, alebo dokonca mierny pokles, popularity oboch drog, hoci tento vzorec sa neprejavuje vo všetkých krajinách.

Užívanie amfetamínov (za posledných 12 mesiacov) medzi mladými dospelými (15 až 34) v roku 1996 (6,5 %) a v roku 2002 (3,1 %) v Spojenom kráľovstve značne kleslo a údaje sú odvtedy stabilné. Nárast v užívaní amfetamínov sa v rokoch 1994 až 2000 zaznamenal v Dánsku, ale výsledky prieskumu za rok 2005 naznačujú pokles v užívaní tejto látky od začiatku tohto desaťročia ⁽⁷³⁾. V rámci ostatných krajín podávajúcich správy o opakovaných prieskumoch v podobnom časovom intervale (Nemecko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko, Fínsko) sú trendy do veľkej miery stabilné ⁽⁷⁴⁾. Počas päťročného obdobia 2001 až 2006 uvádzajú tri zo 14 krajín s dostatočnými údajmi o prevalencii užívania amfetamínov za posledný rok vo vekovej skupine 15 až 34 rokov pokles o 15 % alebo viac, štyri uvádzajú stabilizáciu a sedem uvádza nárast o 15 % alebo viac.

Pokiaľ ide o užívanie extázy medzi mladými dospelými (15 až 34), situácia je komplikovanejšia, úroveň užívania je stále vysoká medzi mladými mužmi ⁽⁷⁵⁾ a v štúdiách o niektorých konkrétnych zábavných podnikoch. Po všeobecnom náraste užívania drogy v niektorých európskych krajinách na konci 80. a začiatku 90. rokov, ktorý viedol k podobným úrovňam užívania extázy v Nemecku, Španielsku a Spojenom kráľovstve v polovici 90. rokov, zostala prevalencia užívania tejto drogy v minulom roku v Spojenom kráľovstve v porovnaní s ostatnými krajinami vysoká ⁽⁷⁶⁾. Za päťročné obdobie 2001 až 2006 sa prevalencia užívania extázy v minulom roku medzi mladými dospelými znížila v troch zo 14 krajín poskytujúcich dostatočné informácie, pričom zostala stabilná v piatich krajinách a zvýšila sa v šiestich.

⁽⁷⁰⁾ Pozri tabuľku GPS-17 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷¹⁾ Pozri tabuľky EYE-1 a EYE-2 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷²⁾ Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-37 časť (i), časť (ii) a časť (iii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷³⁾ V Dánsku sa informácie za rok 1994 týkajú tvrdých drog, za ktoré sa považujú najmä amfetamíny.

⁽⁷⁴⁾ Pozri obrázok GPS-8 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷⁵⁾ Pozri obrázok GPS-9 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷⁶⁾ Pozri obrázok GPS-21 v štatistickej ročenke 2008.

Údaje z niektorých krajín poukazujú na to, že amfetamíny v niektorých oblastiach a medzi populáciou užívajúcou drogy nahrádza kokaín. To môže byť prípad Spojeného kráľovstva a Dánska a do istej miery aj Španielska. Spojené kráľovstvo a Dánsko udávajú relatívne vysoké odhady celoživotnej prevalencie v užívaní amfetamínov na úrovni 11,9 % a 6,9 %, ale úrovne zaznamenaného užívania v poslednom roku a poslednom mesiaci viac súhlasia s údajmi iných krajín. Nárast užívania kokaínu v týchto krajinách do istej miery súvisí s poklesom užívania amfetamínov, čím sa zvyšuje možnosť nahradenia jedného stimulantu iným na týchto trhoch ⁽⁷⁷⁾. Možné zmeny vo formách užívania drog v iných krajinách (Nemecko, Francúzsko, Taliansko, Holandsko) nie sú také jednoznačné. Celkové vzájomné pôsobenie medzi rôznymi drogami, ktoré majú na užívateľov podobný účinok, zostáva do veľkej miery nepochopené.

Analýza údajov z národných prieskumov dostupných v roku 2007 (Česká republika, Španielsko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) podporuje celkovú stabilizáciu v situácii bez zmien alebo dokonca pokles zaznamenaný vo vykazovanom celoživotnom užívaní amfetamínov a extázy.

Prostredie zábavných podnikov

Užívanie amfetamínov a extázy v prostredí zábavných podnikov

Štúdie o užívaní drog vo vybratých zábavných podnikoch, kde sa stretávajú mladí ľudia a ktoré sú známe svojím spojením s užívaním drog, ako napríklad na tanečných podujatiach alebo hudobných festivaloch, poskytujú užitočný pohľad na správanie pravidelných a intenzívnych užívateľov amfetamínov a extázy. Odhady užívania drog v týchto prostrediach sú obvykle vysoké, ale nie je možné ich zovšeobecniť na širšiu populáciu.

Štúdia o mladých ľuďoch vo veku 15 až 30 rokov, ktorí pravidelne navštevujú nočné podniky, vypracovaná v roku 2006 v deviatich európskych mestách (Atény, Benátky, Berlín, Brno, Lisabon, Liverpool, Ľubľana, Palma, Viedeň) uvádza odhady celoživotnej prevalencie 27 % pre užívanie extázy a 17 % pre užívanie amfetamínov. Časté užívanie týchto drog bolo oveľa nižšie, iba 1,4 % respondentov uviedlo, že užívajú extázu raz týždenne alebo častejšie a necelé 1 % uviedlo to isté v súvislosti s amfetamínmi. Priemerný vek prvého užitia v prípade oboch drog v študijnej skupine bol 18 rokov ⁽⁷⁸⁾. Súbežné

užívanie alkoholu bolo bežné, 34 % opýtaných uviedlo, že sa pred vykonaním rozhovoru opíjali minimálne dvakrát počas štyroch týždňov. Táto úroveň opilstva bola bežnejšia v prípade mužov ako žien: 42 % mužov a 27 % žien (Európska komisia, 2007b).

Francúzsky prieskum vykonaný v rokoch 2004 a 2006 v piatich podnikoch s elektronickou hudbou uvádza, že prevalencia posledného mesiaca je 32 % pre extázu a 13 % pre amfetamíny na vzorke 1 496 respondentov. Je však potrebné poznamenať, že prevalencia bola vyššia v osobitných subpopuláciách, ktoré boli charakterizované protikultúrnymi prvkami a označené ako alternatívne. V rámci týchto subpopulácií boli odhady prevalencie extázy 54 % a amfetamínov 29 %.

Intervencie v zábavných podnikoch

Čoraz viac rastúci bežný trend zaznamenaný v Európe musia riešiť orgány zaoberajúce sa aspektmi legálnych a nelegálnych drog pri riešení problémov súvisiacich s verejným poriadkom a zdravotných problémov. Tento prístup sa čiastočne uplatňuje pri intervenciách zameraných na prostredia, kde sa konzumujú syntetické drogy, ako aj stimulanty a alkohol, napríklad nočné bary a kluby. Jedným z problémov v tejto oblasti je to, že relatívne úlohy nelegálnych a legálnych látok je ťažké odlišiť. Užívanie alkoholu medzi mladými ľuďmi je v Európe rastúcim problémom a v roku 2006 Európska komisia prijala stratégiu o alkohole v EÚ, aby podporila členské štáty pri znižovaní škôd spôsobených užívaním alkoholu medzi mladými ľuďmi. Škodlivé užívanie alkoholu je naozaj spojené s jedným zo štyroch úmrtí medzi mladými mužmi (vo veku 15 až 29 rokov) a jedným z 10 úmrtí medzi mladými ženami ⁽⁷⁹⁾.

Obavy týkajúce sa kombinovaného užívania drog a alkoholu mladými ľuďmi na verejných miestach vedú k príprave stratégií zameraných na zmenu sociálneho, ekonomického a fyzického prostredia spojeného s konzumáciou drog a alkoholu, s cieľom: upraviť konzumné správanie a normy, vytvoriť podmienky menej priaznivé na intoxikáciu a znížiť počet príležitostí na vznik problémov súvisiacich s alkoholom a drogami ⁽⁸⁰⁾. Členské štáty uvádzajú zavedenie množstva opatrení v nočných kluboch alebo ich okolí s konkrétnym zámerom zníženia škôd alebo pozitívnej zmeny sociálneho prostredia. Medzi ne patria: školenia zamestnancov baru a ochranky, intenzívnejšie presadzovanie existujúcich právnych predpisov, lepšia informovanosť o škodách spôsobovaných týmito látkami, poskytovanie dopravných služieb neskoro v noci

⁽⁷⁷⁾ Pozri časť Európsky trh so stimulantmi: kokaínové krajiny a amfetamínové krajiny?, s. 52.

⁽⁷⁸⁾ Pozri tabuľku EYE-2 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

a zlepšenia na poskytnutie bezpečnejšieho nočného prostredia. Opatrenia v tejto oblasti sa líšia, a to vrátane: zlepšenie verejného osvetlenia, dostupnosti pitnej vody, správnej klimatizácie či dokonca opatrení na poskytovanie rýchlej reakcie v oblasti zdravotnej pomoci. Spoločnou črtou tohto prístupu je často to, že je založený na dialógu medzi rozličnými zúčastnenými stranami, napríklad políciou, licenčnými úradmi, majiteľmi klubov a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorí majú spolupracovať pri určovaní miestnych potrieb a možných riešení.

Príkladom práce v tejto oblasti môže byť Dánsko, kde v spolupráci s obecnými úradmi a políciou dostávajú majitelia reštaurácií a ľudia pracujúci v prostredí nočných podnikov školenia na podporu zdieľaných prístupov týkajúcich sa obmedzenia užívania a predaja drog a alkoholu. Niektoré prístupy v tejto oblasti, ktoré vyvinuli jednotlivé členské štáty, začínajú priťahovať širšiu pozornosť, ako dokladá skutočnosť, že usmernenia o bezpečnom tanci zo Spojeného kráľovstva sa začínajú realizovať v kluboch v Paríži a Bruseli. Majitelia klubov pomocou terénnych pracovníkov a miestnych úradov pomáhajú podporovať striedme pitie, zvyšujú informovanosť o škodách spôsobovaných drogami a alkoholom a zlepšujú bezpečnosť prostredia (napríklad poskytovaním vody zadarmo, zamestnancov vyškolených na podávanie prvej pomoci, chladných miestností).

Vzťah medzi riadením vozidiel a užívaním drog a alkoholu je predmetom niekoľkých environmentálnych stratégií. K príkladom v tejto oblasti patrí poskytovanie náhradnej dopravy pre intoxikovaných vodičov, ktorá je dostupná v niektorých parížskych nočných kluboch, ako aj podpora verejnej dopravy klubmi v Bruseli. V Španielsku sa kampane na prevenciu zameriavajú na určených vodičov a na zvyšovanie informovanosti o rizikách riadenia vozidiel pod vplyvom psychoaktívnych látok, najmä počas víkendov. Tieto kampane v roku 2006 pravdepodobne prispeli k poklesu dopravných nehôd mladých ľudí vo veku 18 až 20 rokov o 16 % pozorovanom v Španielsku ⁽⁸¹⁾.

Stratégie, ktoré sa zameriavajú na prostredie, v ktorom mladí ľudia konzumujú drogy aj alkohol, majú podľa

všetkého značný potenciál na ochranu verejného zdravia a zlepšenie verejnej bezpečnosti a ich prínos sa môže rozšíriť okrem užívateľov drog aj na širšie spoločstvo. V dnešnej Európe sa však takéto prístupy zdajú obmedzené na konkrétne známe problémové oblasti, často v hlavných mestských centrách a zriedka sa celoplošne realizujú, čo jasne dokazuje, že na ďalšie investície a vývoj v tejto oblasti je ešte značný priestor. Všeobecnejšie platí, že práca vykonávaná v tejto oblasti sa obmedzuje na intervencie zamerané na osobitné problematické správanie alebo aspekty prostredia, a nie na širšie úlohy riešenia normatívneho myslenia a prístupov mladých ľudí vo vzťahu k užívaniu drog a alkoholu v určitých prostrediach.

Poskytovanie liečby

Vo väčšine členských štátov sa obmedzený dopyt odráža v obmedzenej dostupnosti liečby zameranej najmä na užívateľov amfetamínov, metamfetamínov alebo extázy. Táto situácia je odlišná v niekoľkých členských štátoch s dlhou tradíciou populácií chronických užívateľov amfetamínov a metamfetamínov. V týchto krajinách (najmä v Českej republike, na Slovensku, vo Fínsku a Švédsku) sa užívateľom amfetamínov a metamfetamínov poskytujú špecializované služby. Možnosti liečby pozostávajú z detoxikácie, po ktorej nasleduje individuálna liečba v ambulantných zariadeniach alebo skupinová terapia buď v ambulantných, alebo pobytových zariadeniach.

Možnosti liečby, ktoré sa ukazujú ako mimoriadne účinné, však neobsahujú návod na liečbu závislosti od psychostimulantov, akými sú amfetamíny a kokaín. Ako je uvedené v kapitole 5, v súčasnosti nie sú k dispozícii žiadne farmakologické prostriedky na pomoc užívateľom závislým od psychostimulantov, ktoré by im pomohli zvládnuť abstinenciu alebo znížiť dávky. Okrem toho, v literatúre sa poukazuje na to, že žiadna konkrétna psychosociálna intervencia nebola dostatočne účinná pri poskytovaní pomoci užívateľom psychostimulantov pri zvládnutí abstinencie.

⁽⁸¹⁾ Ďalšie informácie o kampaniach na prevenciu v Európe sa nachádzajú vo vybranej otázke o drogách a riadení vozidiel z roku 2007.



Kapitola 5

Kokaín a crack

Úvod

Najnovšie údaje naďalej poukazujú na celkový nárast v užívaní kokaínu v Európe. Prieskumy populácie vykonané v množstve krajín zaznamenali výrazný nárast užívania medzi mladými ľuďmi od polovice 90. rokov. Tieto zistenia podporujú výsledky cielených štúdií, ktoré zistili veľmi vysoké úrovne užívania kokaínu v niektorých zábavných podnikoch (nočných kluboch a tanečných priestoroch). Súbežne s tým sa dramaticky zvýšili ukazovatele dostupnosti kokaínu v Európe vrátane počtu zachytení drogy a zaisteného množstva.

V niektorých členských štátoch EÚ v posledných rokoch významne vzrástol dopyt po liečbe závislosti od kokaínu a v súčasnosti dokonca v niektorých krajinách, mestách a regiónoch prekračuje dopyt po liečbe závislosti od opiátov. Okrem toho, významný podiel liečených užívateľov opiátov uvádza kokaín ako svoju sekundárnu drogu, ktorá môže prispievať k ich problémom a komplikovať ich starostlivosť. V mnohých krajinách sa kokaín uvádza taktiež v toxikologických analýzach vysokého podielu úmrtí súvisiacich s drogami, vo všeobecnosti v kombinácii s opiátmi a inými látkami.

Existencia významných rozdielov medzi krajinami, pričom mnohé krajiny stále uvádzajú veľmi nízke úrovne užívania, je dôležitou námietkou k zisteniu, že užívanie kokaínu v Európe sa vo všeobecnosti zvyšuje. Národné skúsenosti s kokaínovou problematikou sú taktiež veľmi rôznorodé, pričom napríklad relatívne malé množstvo krajín predstavuje väčšinu dopytu po liečbe kokaínovej závislosti v Európe.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a obchodovanie

Pestovanie kríkov koky, zdroja kokaínu, sa naďalej sústreďuje v niekoľkých krajinách andského regiónu⁽⁸²⁾. Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (2008) odhaduje potenciálnu produkciu kokaínu v roku 2007 na 994 ton čistého hydrochloridu kokaínu, z čoho na Kolumbiu pripadá 61 %, Peru 29 % a na Bolíviu 10 %.

Analýza počtu zničených laboratórií poukazuje na to, že väčšina produkcie sa stále vyskytuje v týchto troch krajinách, hoci sa taktiež vyskytuje v iných juhoamerických krajinách, a potom sa vyváža na hlavné spotrebiteľské trhy v Severnej Amerike a Európe. Informácie o nelegálnom obchodovaní s manganistanom draselným (chemický roztok používaný pri syntéze hydrochloridu kokaínu) toto zistenie podporujú, pričom Kolumbia udáva 99 zo 101 ton celosvetovo zachyteného manganistanu draselného v roku 2006 (INCB, 2008b).

Kokaín vyrábaný v andskom regióne sa potom pašuje do Európy z juhoamerických krajín (cez Brazíliu, Ekvádor a Venezuelu). Hoci Karibik zostáva naďalej významnou tranzitnou zónou pre kokaín mieriaci do Európy, v posledných rokoch sa výrazne zintenzívňuje aj transport cez krajiny západnej Afriky, najmä cez Guinejský záliv a pobrežie Kapverd, Guiney a Guiney-Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. Španielsko a Portugalsko zostávajú hlavnými vstupnými bránami pre kokaín dovážaný do Európy, pričom Portugalsko zohráva významnú úlohu od roku 2005. Kokaín však stále prichádza do Európy priamejšie, a to buď transportom cez Atlantik, alebo letecky, najmä do Holandska, Belgicka, Talianska, Francúzska, Spojeného kráľovstva a Nemecka. Holandsko a Francúzsko sa udávajú ako hlavné tranzitné krajiny pre ďalšiu distribúciu kokaínu v Európe (Europol, 2007b). Najnovšie správy o dovoze kokaínu cez východoeurópske krajiny (Bulharsko, Estónsko, Lotyšsko, Litva, Rumunsko, Rusko) môžu poukazovať na vývoj nových obchodných ciest v tejto časti Európy.

Zachytenia

Kokaín je najobchodovanejšia droga na svete, hneď za trávovým kanabisom a kanabisovou živicom. V roku 2006 sa na celosvetovej úrovni znížil počet zachytení kokaínu na 706 ton. Južná Amerika naďalej udáva najväčšie zachytené množstvá, čo je 45 % na svetovej úrovni, hneď za ňou nasleduje Severná Amerika s 24 % a západná a stredná Európa so 17 % (UNODC, 2008).

⁽⁸²⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri s. 36.

⁽⁸³⁾ Pozri tiež časť Západná Afrika: v súčasnosť regionálna tranzitná križovatka pre pašovanie do Európy, s. 59.

Počet zachytení kokáinu za posledných 20 rokov v Európe stúpol a naďalej stúpal v období rokov 2001 až 2006, s výnimkou poklesu v roku 2003. Množstvo zachyteného kokáinu v poslednom desaťročí taktiež stúpla, ale vyskytujú sa pravidelné výkyvy. V roku 2006 sa počet zachytení kokáinu v Európe zvýšil na 72 700 prípadov a odhalené množstvo na 121 ton ⁽⁸⁴⁾. Španielsko je aj naďalej krajinou udávajúcou najvyšší počet zachytení, čo predstavuje 58 % všetkých zachytení a 41 % množstva zachyteného v Európe v danom roku. Obrovský nárast zachyteného množstva v Portugalsku od roku 2005, ktorý predstavuje 28 % celkového európskeho množstva v roku 2006, poukazuje na rastúce využívanie Pyrenejského polostrova obchodníkmi s kokáinom ako vstupnej brány na európsky trh.

Čistota a cena

Bežná čistota kokáinu v Európe sa v roku 2006 pohybovala medzi 1 % až 90 %, pričom väčšina krajín udáva hodnoty medzi 25 % až 55 % ⁽⁸⁵⁾. Z 23 poskytujúcich dostatočné údaje ich väčšina udávala klesajúci trend v čistote kokáinu v období 2001 až 2006, v Grécku a vo Francúzsku sa však v období 2003 až 2006 zaznamenal nárast.

V roku 2006 sa bežná maloobchodná cena kokáinu pohybovala v rozpätí 50 EUR až 75 EUR za gram vo väčšine európskych krajín, hoci Cyprus, Rumunsko, Švédsko a Turecko zaznamenali oveľa vyššie hodnoty. V období 2001 až 2006 zlacnel kokáin predávaný na uliciach v 18 krajinách poskytujúcich dostatočné údaje, s výnimkou Rumunska, kde sa zaznamenal nárast ceny (primeraný inflácii).

Prevalencia a formy užívania

Rozmanitosť možno nájsť nielen v celkových úrovniach užívania kokáinu udávaných členskými štátmi, ale aj v charakteristikách samotných užívateľov kokáinu, ktorí spadajú do širokej škály od najprivilegovanejších až po najmarginalizovanejších členov spoločnosti. Formy užívania kokáinu môžu byť rovnako rozličné, a to od príležitostného a rekreačného užívania až po vysoko nutkavé a závislé užívanie. Ďalšie komplikujúce faktory sú druh užívaného kokáinu (hydrochlorid kokáinu alebo crack) a spôsob užívania. Táto rozmanitosť je dôležitým faktorom pre pochopenie rozsahu problémov, ktoré môžu súvisieť s rozličnými formami užívania kokáinu, aj na informovanie, zacielenie a rozvoj služieb pre rôznorodé skupiny užívateľov drog.

Západná Afrika: v súčasnosti regionálna tranzitná križovatka pre pašovanie do Európy

Za posledných 5 rokov sa zo západnej Afriky stal dôležitý región pašovania kokáinu do Európy ⁽¹⁾, pričom slúži na tranzit, skladovanie a balenie (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Odhaduje sa, že takmer štvrtina kokáinu pašovaného do Európy v roku 2007 prešla cez tento región (UNODC, 2008). Vo vzťahu k rastúcemu užívaniu kokáinu v Európe sa odhaduje, že nárast pašovania cez západoafrické trasy prispel k poklesu ceny tejto drogy a zároveň posilnil úlohu Pyrenejského polostrova ako vstupného bodu distribúcie kokáinu v Európe (Europol, 2007b).

Kokáin sa zo západnej Afriky do Európy pašuje najmä po mori, pričom veľké záslielky sa prepravujú na rybárskych člnoch do výkladísk najmä na pobreží severného Portugalska a v Galícii v Španielsku. Menšie záslielky kokáinu sa pašujú letecky alebo po súši, stále častejšie spolu s pašovaním kanabisovej živice zo severnej Afriky.

Nárast západoafrickej trasy pašovania kokáinu je pripisovaný niekoľkým faktorom. Patria k nim účinnejšie kontroly na iných obchodných trasách (Europol, 2007b), geografická poloha západnej Afriky a hospodárska zraniteľnosť krajín v tejto oblasti, ktorá má často za následok slabé systémy súdnictva a presadzovania práva.

Medzinárodné spoločenstvo spustilo niekoľko iniciatív na riešenie tohto problému. Spomedzi ďalších iniciatív Európskej únie umiestnila Rada, prostredníctvom horizontálnej pracovnej skupiny pre drogy, západnú Afriku na najvyššie miesto v programe a predložila Komisii OSN pre omamné látky 2008 uznesenie o posilnení medzinárodnej podpory západnej Afrike. Okrem toho sedem štátov za podpory EÚ spoločne zriadili Národné centrum operácií a analýz – narkotiká (MAOC-N), vojensky podporované centrum na presadzovanie práva so sídlom v Lisabone, ktorej cieľom je potlačiť pašovanie kokáinu so špeciálnym zameraním na východnú časť Atlantiku.

⁽¹⁾ UNODC (2007b) uvádza, že najväčšie zachytenia sa v rokoch 2006 a 2007 zaznamenali v Senegale, Ghane, Mauritánii, Guinei Bissau, na Kapverdských ostrovoch, v Nigérii, Benine a Sierra Leone.

V rámci celej populácie

Celkovo je kokáin po kanabise druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou v Európe, hoci jeho užívanie sa medzi jednotlivými krajinami značne líši. Odhaduje sa, že približne 12 miliónov Európanov ho užilo aspoň raz za život, čo je priemerne 3,6 % dospelých vo veku 15 až 64 rokov (pozri tabuľku 5 so zhrnutím údajov). Údaje pre jednotlivé štáty sa rôznia od 0,4 po 7,7 %, pričom dvanásť krajín, zväčša členské štáty, ktoré vstúpili do Európskej únie v roku 2004, uvádzajú veľmi nízke hodnoty celoživotnej prevalence medzi všetkými dospelými (0,4 – 1,2 %)

⁽⁸⁴⁾ Údaje o zachyteniach kokáinu v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľkách SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2008.

Poznámka: Chýbajúce údaje za rok 2006 v tejto kapitole nahradili s cieľom odhadnúť celkové európske súčty zodpovedajúce údaje za rok 2005.

⁽⁸⁵⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-3 a PPP-7 štatistickej ročenky 2008.

Odhaduje sa, že približne 4 milióny Európanov užili túto drogu za posledný rok (priemerne 1,2 %), hoci opäť sa údaje medzi jednotlivými krajinami značne líšia. Je to možné vidieť na výsledkoch nedávnych národných štúdií, ktoré uvádzajú odhady prevalencie za posledný rok v rozsahu 0,1 až 3 %, hoci len v štyroch krajinách úrovne presahujú 1 %. S údajom 2 milióny osôb je odhad prevalencie užívania za posledný mesiac približne polovica prevalencie za posledný rok a predstavuje približne 0,5 % dospeléj populácie. Tieto odhady sú pravdepodobne konzervatívne.

Celkovo sa zdá, že užívanie kokaínu sa sústreďuje v niekoľkých krajinách, najmä v Španielsku a v Spojenom kráľovstve a v menšom rozsahu v Taliansku, Dánsku a Írsku, pričom vo väčšine ostatných európskych krajín je užívanie tejto drogy relatívne nízke. V krajinách, v ktorých na trhu nezákonných stimulačných drog prevládajú amfetamíny, sú odhady užívania kokaínu veľmi nízke v takmer všetkých prípadoch. Naopak, vo väčšine krajín, v ktorých je hlavným nezákonným stimulantom kokaín, sa uvádzajú nízke úrovne užívania amfetamínu ⁽⁸⁶⁾.

Užívanie kokaínu medzi mladými dospelými

Užívanie kokaínu sa sústreďuje najmä na mladých dospelých ľudí (15 – 34 rokov). Napríklad zo 4 miliónov Európanov, ktorí užili túto drogu za posledný rok, je pravdepodobné, že až sedem z ôsmich z nich sú mladí dospelí.

Odhaduje sa, že v Európe užilo kokaín aspoň raz za život 7,5 milióna mladých dospelých (15 – 34 rokov), alebo priemerne 5,4 %. Údaje za jednotlivé krajiny sa pohybujú od 0,7 po 12,7 %. Európsky priemer užívania kokaínu za posledný rok v tejto vekovej skupine sa odhaduje na 2,3 % (3,5 milióna) a pre užívanie za posledný mesiac na 1 % (1,5 milióna).

Užívanie je obzvlášť vysoké medzi mladými mužmi (15 – 34 rokov), u ktorých sa celoživotná prevalencia užívania kokaínu pohybuje v rozsahu 4 % až 7 % v Španielsku, Dánsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve ⁽⁸⁷⁾. Pomer prevalencie mužov a žien pre užitie za posledný rok je v rozsahu 1:1 až 1:13 v závislosti od krajiny. Vážený priemer za Európsku úniu ako celok naznačuje, že medzi užívateľmi kokaínu vo veku 15 až 34 rokov je pomer žien a mužov takmer štyri k jednej (3,8 muža na jednu ženu).

Miery nedávnejšieho užívania kokaínu (za posledný rok a mesiac) sú najvyššie vo vekovej skupine 15 – 24 rokov, hoci tento jav je menej výrazný ako v prípade kanabisu alebo extázy ⁽⁸⁸⁾. Prevalencia užívania kokaínu za posledný rok v tejto vekovej skupine sa odhaduje na

Odhad užívania kokaínu analýzou odpadových vôd

Aplikácia najnovších poznatkov analytickej chémie na zisťovanie kokaínu v odpadových vodách zaviedla nový prístup k monitorovaniu užívania nezákonných drog v komunite, známy aj ako odpadová epidemiológia. Táto metóda zahŕňa meranie úrovni produktov rozkladu nezákonných drog vylúčených v moči užívateľov. Úrovně produktov rozkladu namerané v odpadovej vode sa potom prepočítajú na výpočet spotreby nezákonných drog medzi populáciou. V prípade kokaínu je hlavným metabolitom vylúčeným v moči benzoylkonín. Keďže rozklad kokaínu v ľudskom tele je jediným pravdepodobným zdrojom benzoylkonínu v odpadových systémoch, s určitými predpokladmi je možné z množstva metabolitu v odpadovej vode spätne vypočítať množstvo kokaínu spotrebovaného v danej komunite (hoci nie až počet užívateľov).

Odpadová epidemiológia je ešte stále len na začiatku vývoja a, rovnako ako dôležité technické a etické otázky, sa informácie, ktoré ponúka, musia integrovať do súčasného výskumného myslenia. Týmto otázkami sa zaoberá nová publikácia EMCDDA o analýze odpadových vôd (EMCDDA, 2008b). Správa, na ktorej spolupracovali odborníci na mnohé disciplíny, dospela k záveru, že hoci sa vyžaduje ďalší rozvoj odpadovej epidemiológie, tento odbor má potenciál pre dohľad nad užívaním drog na úrovni komunit. Tento prístup by mohol mať potenciál aj ako nástroj dohľadu nad užívaním drog na pomoc orgánom v oblasti verejného zdravia a presadzovania práva pri identifikácii foriem užívania drog v rámci miest a obcí rozličných veľkostí. A pretože odoberanie a analýza vzoriek odpadovej vody sa môže vykonávať denne, týždenne alebo mesačne, údaje by sa mohli použiť na získanie skutočnejšej miery, ktorá poskytuje komunitám viac možností na monitorovanie dosahu a účinnosti aktivít v oblasti prevencie a intervencií.

2,6 %, čo znamená, že 2 milióny 15 až 24-ročných ľudí užilo túto drogu za posledný rok.

Kokaín je taktiež spojený s určitým životným štýlom. Analýza údajov z britského prehľadu kriminality za roky 2003/04 odhadla, že približne 13 % ľudí vo veku 16 až 29 rokov, ktorí často navštevujú krčmy alebo bary, uvádza užitie kokaínu za posledný rok, v porovnaní s 3,7 % ľudí, ktorí takéto podniky navštevujú menej často. Vo vekovej skupine 30 až 59-ročných ľudí boli tieto čísla 3,1 resp. 1 %. Užívanie cracku bolo podľa toho istého prehľadu veľmi nízke, a to aj v skupinách, ktoré uvádzali najvyššie úrovne prevalencie kokaínu. To podporuje zistenia cielených štúdií o inom profile užívateľov práškoveho kokaínu v porovnaní s profilom užívateľov cracku. Je pravdepodobné, že aj v ďalších krajinách je užívanie kokaínu spojené s podobnými faktormi životného štýlu.

⁽⁸⁶⁾ Pozri časť Európsky trh so stimulantmi: kokaínové krajiny a amfetamínové krajiny?, s. 52.

⁽⁸⁷⁾ Pozri obrázok GPS-13 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁸⁸⁾ Pozri obrázok GPS-15 a tabuľky GPS-14 až GPS-16 pre všetky roky a pre najnovšie údaje pozri tabuľky GPS-17 až GPS-19 v štatistickej ročenke 2008.

Štúdie uskutočnené v prostrediach zábavných podnikov často uvádzajú vysokú prevalenciu užívania kokaínu. Napríklad štúdia z roku 2006 v deviatich európskych mestách (Atény, Berlín, Brno, Palma, Lisabon, Liverpool, Ľublana, Benátky, Viedeň), ktorej sa zúčastnilo 1 383 mladých respondentov vo veku 15 až 30 rokov pravidelne navštevujúcich nočné podniky, zistila, že 29 % respondentov užilo túto drogu aspoň raz za život a takmer 4 % niekedy uživalo kokaín minimálne raz týždenne (Európska komisia, 2007b). Aj francúzsky prieskum vykonaný v rokoch 2004 až 2005 v piatich podnikoch s elektronickou hudbou na vzorke 1 496 respondentov zistil vyššie úrovne prevalence. Počas posledného mesiaca takmer 35 % respondentov užilo kokaín a 6 % crack alebo kokaín s voľnou bázou. Štúdia taktiež zistila rozdiely medzi jednotlivými subpopuláciami: prevalencia za posledný mesiac bola 50 % pre užívanie kokaínu a 13 % pre užívanie cracku spomedzi ľudí označených ako „alternatívni“, zatiaľ čo v „mainstreamovejších“ subpopuláciách užila za posledný mesiac kokaín približne štvrtina respondentov a crack 2 %.

Užívanie kokaínu medzi žiakmi škôl

Medzi žiakmi škôl sú celkové úrovne prevalence užívania kokaínu oveľa nižšie ako prevalence užívania kanabisu. Prevalencia užívania kokaínu aspoň raz za život medzi 15- až 16-ročnými žiakmi škôl je vo väčšine krajín 2 % alebo nižšia, pričom stúpa na 4 % iba v Španielsku a 5 % v Spojenom kráľovstve ⁽⁸⁹⁾. V krajinách s najnovšími údajmi z národných prieskumov na školách (Španielsko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) je prevalencia užívania kokaínu stabilná alebo mierne klesá, hoci zmeny úrovni prevalence sú zvyčajne malé na to, aby boli štatisticky významné. V Španielsku nedávne štúdie odhalili významný pokles medzi 17 až 18-ročnými študentmi.

Formy užívania kokaínu

Údaje z prieskumov medzi všeobecnou populáciou naznačujú veľké miery skoncovania s užívaním kokaínu: v krajinách s prevalenciou za posledný rok vyššou ako 2 % 80 až 90 % dospelých, ktorí užili kokaín aspoň raz za život, ho neužili za posledný mesiac ⁽⁹⁰⁾.

O frekvencii užívania kokaínu v Európe existuje len obmedzené množstvo informácií. Analýza britského prehľadu kriminality zistila, že približne 20 % mladých ľudí (16 až 24 rokov), ktorí užili kokaín za posledný rok, užili túto drogu viac než raz za posledný mesiac. Európska

štúdia vo viacerých európskych mestách na vytýčenej vzorke užívateľov kokaínu v deviatich mestách (Prinzleve a kol., 2004) zistila, že uvádzaná frekvencia užívania je priemerne nižšia medzi integrovanými užívateľmi (sedem dní mesačne) než medzi sociálne vylúčenými užívateľmi (11 dní) alebo medzi liečenými užívateľmi opiátov (14 dní).

Problémové užívanie kokaínu a dopyt po liečbe

Národné odhady problémového užívania kokaínu (vpichovanie alebo dlhodobé/pravidelné užívanie) sú dostupné len pre Španielsko a Taliansko a regionálne odhady sú dostupné pre Spojené kráľovstvo. Podľa najnovších údajov pre Španielsko tam v roku 2002 bolo 4,5 až 6 problémových užívateľov kokaínu na 1 000 dospelých osôb (15 až 64 rokov). Podobne v Taliansku sa v roku 2006 odhadovalo, že tamajšia miera problémových užívateľov kokaínu je 3,7 až 4,5 na 1 000 dospelých osôb. Údaje pre Spojené kráľovstvo nie sú priamo porovnateľné s údajmi pre Španielsko a Taliansko, pretože sú založené na užívaní cracku. V rokoch 2004 – 2005 jedna štúdia odhadla, že počet problémových užívateľov cracku v Anglicku je 5,7 až 6,4 na 1 000 dospelých osôb.

V roku 2006 uvádzalo kokaín, najmä práškový kokaín, ako hlavný dôvod nastúpenia na protidrogovú liečbu približne 16 % všetkých liečených osôb v Európe, čo predstavuje približne 61 000 hlásených prípadov v 24 krajinách ⁽⁹¹⁾. Kokaín taktiež uvádzalo ako sekundárnu drogu približne 18 % všetkých ambulantných protidrogových klientov ⁽⁹²⁾. Medzi jednotlivými krajinami existujú značné rozdiely, pričom užívatelia kokaínu tvoria vysoký podiel liečených pacientov len v Španielsku (47 %) a Holandsku (35 %), no táto droga teraz tvorí 25 % dopytov po liečbe v Taliansku. Inde v Európe tvorí kokaín 5 až 10 % všetkých dopytov po liečbe (10 krajín) alebo menej ako 5 % (12 krajín) ⁽⁹³⁾.

Podiel užívateľov kokaínu je vyšší medzi pacientmi, ktorí nastupujú liečbu po prvýkrát. V rámci Európy uvádzalo kokaín v roku 2006 ako primárnu drogu 23 % nových klientov (približne 37 000 osôb) ⁽⁹⁴⁾. V Španielsku bol kokaín podľa najnovších údajov z roku 2005 najčastejšie uvádzanou primárnou drogou u klientov nastupujúcich liečbu, pričom noví kokaínoví klienti predstavovali 63 % všetkých nových protidrogových klientov v Španielsku.

Trendy v užívaní kokaínu

Prevalencia užívania za posledný rok medzi mladými dospelými (15 až 34 rokov) ako indikátor trendov úrovni nedávneho užívania (keďže užívanie kokaínu sa sústreďuje

⁽⁸⁹⁾ Pozri tabuľku EYE-1 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹⁰⁾ Pozri obrázok GPS-16 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹¹⁾ Pozri tabuľku TDI-115 a obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹²⁾ Pozri tabuľku TDI-22 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

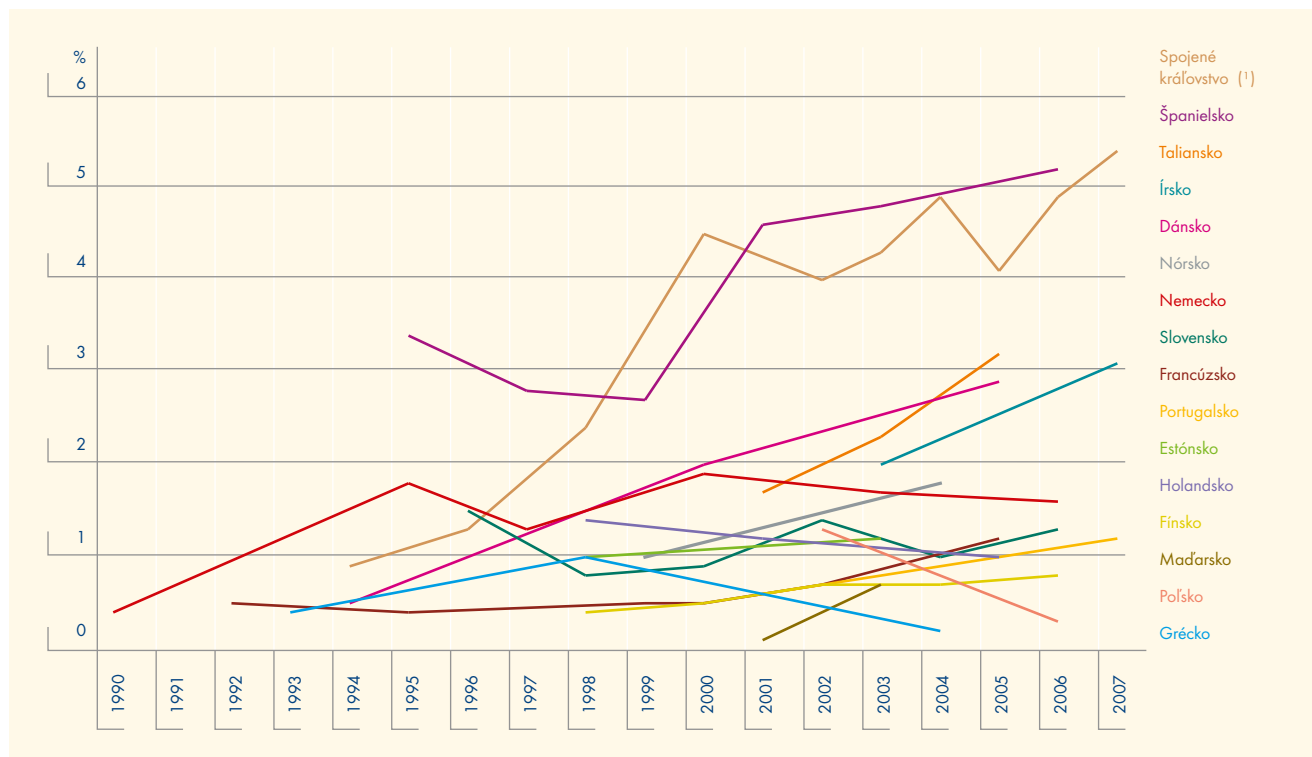
⁽⁹³⁾ Pozri tabuľku TDI-5 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008, údaje o Španielsku sa nachádzajú v ročníku 2005.

⁽⁹⁴⁾ Pozri obrázok TDI-2 v štatistickej ročenke 2008.

Tabuľka 5: Prevalencia užívania kokaínu medzi všeobecnou populáciou – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	12 mil.	4 mil.	2 mil.
Priemer v Európe	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Rozsah	0,4 – 7,7 %	0,1 – 3,0 %	0 – 1,6 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko, Malta, Litva (0,4 %) Grécko (0,7 %)	Grécko (0,1 %) Poľsko, Lotyšsko, Česká republika (0,2 %)	Grécko, Estónsko, Česká republika (0,0 %) Malta, Litva, Poľsko, Fínsko, Lotyšsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (7,7 %) Španielsko (7,0 %) Taliansko (6,6 %) Írsko (5,3 %)	Španielsko (3,0 %) Spojené kráľovstvo (2,6 %) Taliansko (2,2 %) Írsko (1,7 %)	Španielsko (1,6 %) Spojené kráľovstvo (1,3 %) Taliansko (0,8 %) Írsko (0,5 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 mil.	3,5 mil.	1,5 mil.
Priemer v Európe	5,4 %	2,3 %	1 %
Rozsah	0,7 – 12,7 %	0,2 – 5,4 %	0,0 – 2,8 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko, Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grécko (1,0 %)	Grécko (0,1 %) Poľsko (0,3 %) Lotyšsko, Česká republika (0,4 %)	Estónsko (0,0 %) Grécko, Poľsko, Lotyšsko, Česká republika (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (12,7 %) Španielsko (9,6 %) Dánsko (9,1 %) Írsko (8,2 %)	Spojené kráľovstvo (5,4 %) Španielsko (5,2 %) Taliansko (3,2 %) Írsko (3,1 %)	Španielsko (2,8 %) Spojené kráľovstvo (2,7 %) Taliansko (1,2 %) Dánsko, Írsko (1,0 %)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	3 mil.	2 mil.	800 000
Priemer v Európe	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Rozsah	0,4 – 11,2 %	0,2 – 6,1 %	0,0 – 3,2 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,4 %) Grécko (0,6 %) Litva (0,7 %) Malta, Poľsko (1,1 %)	Grécko (0,1 %) Poľsko (0,3 %) Česká republika (0,4 %) Lotyšsko (0,6 %)	Estónsko (0,0 %) Grécko, Lotyšsko (0,1 %) Česká republika, Poľsko, Portugalsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (11,2 %) Španielsko (8,7 %) Dánsko (8,0 %) Írsko (7,0 %)	Spojené kráľovstvo (6,1 %) Španielsko (5,8 %) Írsko (3,8 %) Dánsko, Taliansko (3,3 %)	Spojené kráľovstvo (3,2 %) Španielsko (3,1 %) Taliansko (1,3 %) Bulharsko, Írsko (1,1 %)

Informácie sú založené na najnovšej dostupnej štúdií pre každú krajinu. Rok vykonania štúdie je v rozsahu 2001 až 2007. Priemerná prevalencia pre Európu bola vypočítaná váženým priemerom podľa populácie príslušnej vekovej skupiny v každej krajine. V krajinách, pre ktoré informácie neboli dostupné, sa započítala priemerná prevalencia. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (328 miliónov), 15 – 34 (134 miliónov) a 15 – 24 (64 miliónov). Údaje sú zhrnuté v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2008.

Obrázok 5: Trendy v prevalencii užívania kokáinu v poslednom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)

(¹) Anglicko a Wales.

Pozn.: V Dánsku zodpovedá hodnota za rok 1994 „tvrdým drogám“. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-14 v štatistickej ročenke 2008.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2007) prevzaté zo správ o prieskumoch medzi populáciou alebo z vedeckých článkov.

v tejto vekovej kategórii) ukazuje, že užívanie kokáinu sa značne zvýšilo v druhej polovici 90-tych rokov v Španielsku, Dánsku a Spojenom kráľovstve. Nové údaje (prieskumy v rokoch 2005 – 2007) potvrdzujú stúpajúci trend, ktorý sa už vlni uvádzal vo Francúzsku, Írsku, Španielsku, Spojenom kráľovstve, Taliansku, Dánsku a Portugalsku, pričom v Nemecku, Holandsku, na Slovensku a vo Fínsku sa pozoruje stabilná prevalencia a v Poľsku sa zaznamenal pokles (obr. 5).

Stúpajúci trend v dopyte po liečbe z dôvodu užívania kokáinu zaznamenaný v predchádzajúcich rokoch pokračuje, avšak je disproportčne ovplyvnený malým počtom krajín. Od roku 2002 do roku 2006 podiel nových klientov, ktorí požadovali liečbu z dôvodu užívania kokáinu, vzrástol z 13 % na 25 % a počet hlásených prípadov sa zvýšil z 13 000 na takmer 30 000. Taktiež sa pozoroval nárast počtu a podielu všetkých kokáinových klientov nastupujúcich liečbu: z 22 000 klientov (13 % všetkých dopytov po liečbe) v roku 2002 na 50 000 (19 %) v roku 2006. Najväčší nárast uvádzali Španielsko a Taliansko ⁽⁹⁵⁾.

Stúpajúci trend užívateľov kokáinu podstupujúcich protidrogovú liečbu môže súvisieť s rastúcou prevalenciou užívania kokáinu a súvisiacimi problémami, ale aj s inými faktormi (napr. vyšší počet odoslaní na liečbu alebo

intervencií špeciálne zameraných na užívateľov kokáinu), pričom podiely podľa typu drogy sú samozrejme ovplyvnené aj zmenami v dopyte po liečbe u užívateľov iných látok.

Medzinárodné porovnania

Celkovo je odhadovaná celoživotná prevalencia užívania kokáinu medzi mladými dospelými v Európskej únii nižšia ako medzi mladými dospelými v Austrálii, Kanade a USA. Na národnej úrovni však Dánsko, Írsko, Španielsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales) uvádzajú vyššie čísla ako Austrália. Len Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales) uvádza odhad celoživotnej prevalencie podobný ako v USA ⁽⁹⁶⁾. Z určitého hľadiska môže táto miera odrážať historický vývoj problémov s kokáinom a predchádzajúce skúsenosti USA a, v európskom kontexte, Spojeného kráľovstva, s rozšíreným užívaním kokáinu.

Liečba a znižovanie škôd

Profil liečených klientov

Ambulantné centrá tvoria takmer všetky (94 %) uvádzané žiadosti o liečbu závislosti od kokáinu v Európe ⁽⁹⁷⁾.

⁽⁹⁵⁾ Pozri obrázok TDI-1 a TDI-3 a tabuľku TDI-3 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹⁶⁾ Pozri obrázok GPS-20 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2008.

Je však potrebné poznamenať, že liečba závislosti od kokaínu sa niekedy vykonáva aj na súkromných klinikách, niekedy na pobytovej báze, a táto forma starostlivosti nie je v súčasnosti náležite monitorovaná.

V prípade kokaínových klientov podstupujúcich ambulantnú liečbu je najvyšší podiel žien a mužov spomedzi klientov protidrogovej liečby (5 mužov na jednu ženu). Ich priemerný vek je 31 rokov ⁽⁹⁸⁾, čo znamená, že tvoria tretiu najstaršiu skupinu klientov liečených zo závislosti od drog po užívateľoch opiátov a užívateľov hypnotík a sedatív. Väčšina kokaínových klientov uvádza, že začali užívať túto drogu vo veku 15 až 24 rokov ⁽⁹⁹⁾.

U kokaínových klientov sú značné rozdiely v rámci jednotlivých krajín z hľadiska spôsobu podávania. Celkovo približne polovica (55 %) kokaínových klientov uvádza, že túto drogu šnupe, takmer tretina (32 %) ju fajčí a oveľa menší podiel (9 %) si ju vpichuje ⁽¹⁰⁰⁾. Všeobecne je medzi liečenými osobami možné rozlíšiť dve hlavné skupiny užívateľov kokaínu. V prvej skupine sú ľudia, ktorí sú spravidla sociálne integrovanejší, majú stabilné bývanie a zamestnanie a zvyčajne uvádzajú šnupanie tejto drogy. V druhej skupine sú marginalizovanejší ľudia, ktorí kokaín spravidla fajčia alebo si ho vpichujú (pozri EMCDDA, 2006) a častejšie uvádzajú užívanie cracku alebo kombinovanie kokaínu a heroínu. Crackoví klienti obvykle žijú vo väčších mestách, patria do národnostných menšín a uvádzajú vysokú nezamestnanosť a zlé životné podmienky ⁽¹⁰¹⁾. Tento problém je z európskeho hľadiska malý a je geograficky obmedzený, pričom značné problémy s crackom sú obmedzené na relatívne malý počet miest. V roku 2006 nastúpilo na protidrogovú liečbu približne 8 000 crackových klientov (približne 2 % všetkých klientov protidrogovej liečby) v 20 európskych krajinách, pričom väčšinu z nich uvádzalo Spojené kráľovstvo ⁽¹⁰²⁾.

Liečenie problémov spojených so súčasným užívaním kokaínu aj heroínu sa v niektorých krajinách stáva čoraz dôležitejšou otázkou. Liečení užívatelia môžu byť súčasní alebo bývalí užívatelia heroínu, niekedy v substitučnej liečbe. V niektorých krajinách predstavujú najväčšiu skupinu klientov protidrogovej liečby. Niektoré štúdie naznačili, že súčasné užívanie kokaínu a heroínu môže byť spojené s výskytom dvojitej diagnózy alebo môže zhoršovať sprievodné psychologické problémy, napr. maniodepresiu. Taktiež sa ukázalo, že sprievodné užívanie kokaínu počas metadónovej udržiavacej liečby prispieva k pokračujúcemu alebo opätovnému užívaniu heroínu, čo predstavuje riziko HIV a iných infekcií prenášaných

krvou a vážne zdravotné a sociálne problémy a problémy súvisiace s trestnou činnosťou.

Liečba závislosti od kokaínu

Po vzostupe užívania kokaínu a súvisiacich problémov v niekoľkých členských štátoch čelia špecializované zariadenia protidrogovej liečby náročnej úlohe prispôbiť svoje tradičné služby zameraním sa na opiáty rôznorodým populáciám užívajúcim kokaín a crack. S výnimkou Španielska však v roku 2006 hodnotili členské štáty dostupnosť a prístupnosť liečebných programov zameraných na kokaín ako nízku.

Spomedzi členských štátov, ktoré uvádzajú vysoké úrovne prevalence kokaínu a cracku, niekoľko reagovalo na tento problém obzvlášť aktívne. V roku 2007 Španielsko zaviedlo špecifický národný akčný plán pre kokaín a Írsko realizovalo a vyhodnotilo niekoľko špecifických programov zameraných na rozličné skupiny užívateľov kokaínu. Tieto programy sa zameriavajú na problémových intranazálnych užívateľov kokaínu, užívateľov viacerých drog s problémami súvisiacimi s kokaínom, ako aj na ženy a prostitútky užívajúce kokaín. V Taliansku sa v roku 2008 uskutočnil rozsiahla klinická skúška na zistenie účinku dvoch liekov (aripiprazolu a ropinirolu) pri liečení závislosti od kokaínu.

Informácie o charaktere služieb poskytovaných problémovým užívateľom kokaínu v Európe sú nedostatočné. Napriek tomu poskytujú národné klinické publikácie alebo prieskumy medzi odborníkmi dostatočne podrobný pohľad na aktuálnu prax. Podľa nedávnej správy Spojeného kráľovstva (NICE, 2007) sa zdá, že problémy súvisiace s kokaínom sa v britských špecializovaných liečebných centrách riešia len v prípade, že hlavný drogový problém sa týka opiátov. Taktiež nedávny taliansky prieskum medzi odborníkmi zainteresovanými do liečby užívateľov kokaínu naznačil ťažkosti pri aplikovaní niektorých prvkov, ktoré považujú za kľúčové faktory na dosiahnutie úspešných výsledkov liečby, napríklad poskytovanie primeraných služieb (napr. krátkodobá pobytová starostlivosť, štruktúrované psychosociálne intervencie) alebo rozlišovanie jednotlivých typov užívateľov kokaínu. Podľa respondentov sú tieto ťažkosti spôsobené organizačnými problémami, nedostatkom prostriedkov a nedostatkom účinných intervencií v oblasti liečby zameranej na kokaín. Je pravdepodobné, že odborníci v ostatných členských štátoch čelia podobným problémom. Kľúčovými otázkami rozvoja v tejto oblasti

⁽⁹⁸⁾ Pozri tabuľky TDI-10 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁹⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-11 časť (iii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Pozri tabuľky TDI-17 časť (ii) a časť (vi) a TDI-111 časť (vii) a časť (viii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Pozri vybranú otázku 2007 o kokaíne.

⁽¹⁰²⁾ Pozri tabuľku TDI-115 v štatistickej ročenke 2008.

Zdravotné problémy súvisiace s užívaním kokáinu

Povedomie o väzbách medzi užívaním kokáinu a chorobami je často obmedzené, a to aj medzi zdravotníkmi. V dôsledku zostanú niektoré problémy súvisiace s kokáinom neidentifikované, a ľudia, ktorí nimi trpia, nemusia dostať vhodnú starostlivosť. Podhodnotenie problémov súvisiacich s kokáinom spomalí získavanie poznatkov o vplyve tejto drogy na verejné zdravie.

Riziká súvisiace s niektorými problematickejšími formami užívania kokáinu sú dobre známe a väčšinou ovplyvňujú rozpoznané skupiny užívateľov (bývalí alebo súčasní užívatelia opiátov, marginalizované skupiny). Napríklad vpichovanie kokáinu sa spája s rizikom infekcie a zvýšeným rizikom predávkovania, zatiaľ čo užívanie v kombinácii s opiátmi je pravdepodobne spojené s vyšším rizikom predávkovania opiátmi.

Je však pravdepodobnejšie, že zdravotné problémy súvisiace s práškovým kokáinom zostanú nerozpoznané a môžu ovplyvniť užívateľov, ktorí sa za normálnych okolností nepovažujú za ohrozených. Chronické užívanie kokáinu môže spôsobiť značné zdravotné problémy, z ktorých väčšinu tvoria kardiovaskulárne (artérioskleróza, kardiomyopatia, arytmia, ischemia myokardu) a neurologické (cerebrovaskulárne príhody a záchvaty) problémy. Tieto problémy môžu byť umocnené existujúcimi stavmi (napr. cieвне poruchy)

a rizikovými faktormi, ako sú napr. fajčenie alebo užívanie alkoholu. Mnohé úmrtia pripisované kokáinu sú spôsobené týmito patologickými stavmi.

Užívanie kokáinu v kombinácii s alkoholom zvyšuje úroveň kokáinu v krvi až o 30 %. Z pohľadu správania môže užívanie kokáinu uľahčiť nadmerné užívanie alkoholu tým, že umožní užívateľom piť dlhšie, čo zároveň môže zvýšiť množstvo spotrebovaného kokáinu (Gossop a kol., 2006). Tvorba koketylnu v pečeni môže byť taktiež spojená s ďalšími možnými zdravotnými rizikami súvisiacimi s kombinovaným užívaním kokáinu a alkoholu.

Existuje len málo štúdií, ktoré hodnotia celkový dosah užívania kokáinu na verejné zdravie. Rozsiahla populačná štúdia v USA (1988 – 1994) zistila, že štvrtina nesmrteľných akútnych infarktov myokardu u ľudí vo vekovej skupine 18 – 45 rokov sa pripisovala „častému celoživotnému užívaniu kokáinu“. U častých užívateľov bolo riziko nesmrteľného infarktu myokardu sedemkrát vyššie ako u osôb, ktoré ho neužívateli (Qureshi a kol., 2001). Nie je však možné zovšeobecňovať túto štúdiu aj na Európu. V súčasnosti naše znalosti o možných zdravotných dôsledkoch rastúceho užívania kokáinu v Európe zostávajú stále nedostatočné a sú dôležitou oblasťou pre ďalší výskum v oblasti verejného zdravia.

Ďalšie informácie o zdravotných problémoch súvisiacich s užívaním kokáinu sa nachádzajú vo vybranej otázke o kokáine 2007.

sú dostatočné investície, primerané liečebné protokoly a potreby špecializovaného vzdelávania.

Nedávne prehľady literatúry naznačujú, že aktuálne psychosociálne intervencie nepreukazujú dostatočné dôkazy o účinnosti pri liečbe závislosti od kokáinu, pričom ani neexistujú účinné farmakologické liečebné prístupy. Nedávny Cochranov prehľad o psychosociálnych intervenciách týkajúcich sa kokáinu a iných psychostimulantov dospel k záveru, že jediné stále a pozitívne výsledky v oblasti správania (zotrvanie v liečbe, obmedzenie užívania drog) boli pozorované u psychosociálnych intervencií, ktoré ako zložku obsahovali motivačnú terapiu⁽¹⁰³⁾.

Na rozdiel od závislosti od opiátov nie sú v súčasnosti dostupné žiadne účinné farmakologické možnosti liečby, ktoré by pomohli užívateľom kokáinu abstínovať alebo obmedziť užívanie (pozri vybranú otázku o kokáine 2007). Experimentálne liečivá na znižovanie užívania kokáinu a dávok preukázali pri klinických skúškach určitý potenciál (napr. baklofén, tiagabín, topiramát). Modafinil, stimulant centrálného nervového systému, preukázal obzvlášť sľubné výsledky ako substitučný psychostimulant s výhodou oproti ostatným možným substitučným drogám (napr. d-amfetamín), že jeho náchylnosť na zneužívanie je nízka (Myrick a kol., 2004). Okrem toho, buprenorfin, topiramát

a tiagabín preukázali sľubné výsledky pri obmedzovaní užívania kokáinu u užívateľov opiátov, ktorí sa podrobujú substitučnej liečbe so sprievodným užívaním kokáinu.

Taktiež sa skúma imunoterapia pri závislosti od kokáinu pomocou vakcíny proti kokáinu (TA-CD). Po podaní vakcína vyvolá tvorbu protilátok, ktoré viažu molekuly kokáinu v krvnom obeh, čím umožňujú, aby ich prirodzene sa vyskytujúce enzýmy premenili na neaktívne molekuly. Výsledky prvotných klinických testov sú povzbudzujúce, hoci sú potrebné ďalšie štúdie na otestovanie použiteľnosti vakcíny ako farmakoterapie na liečbu závislosti od kokáinu.

Kokáinová vakcína je primárne určená na používanie pri prevencii relapsu, ale pojem vakcína taktiež zvyšuje očakávania o jej možnom použití na prevenciu závislosti od kokáinu pri použití pri profylaktickej liečbe (napr. u detí a mladistvých, ktorí drogu ešte neužili). Účinnosť takéhoto prístupu je neistá a vzbudzuje etické obavy, ktorými sa hlbšie zaoberá pripravovaná publikácia centra EMCDDA Závislostná neurobiológia: etické a sociálne dôsledky.

Znižovanie škôd

Problémové užívanie kokáinu je často spojené so závažnými následkami na fyzické a duševné zdravie. Napríklad írsky dvojročný následný prieskum o kokáine

⁽¹⁰³⁾ Pozri časť Motivačná terapia, s. 66.

Motivačná terapia

Odmeňovaním za abstinenciu sa motivačná terapia (contingency management/CM) snaží o zníženie posilňujúcich účinkov drog. CM sa spravidla zavádza na začiatku liečebného kurzu, s psychosociálnou podporou, a stimuly sú podmienené vzorkami moču bez obsahu drog. Stimulmi môžu byť napríklad poukážky v malej peňažnej hodnote, ktorá sa zvyšuje s každým ďalším obdobím abstinencie. Podľa tohto princípu má nedodržanie abstinencie za následok stratu všetkých nahromadených výdobytkov.

Táto technika opakovane posilňuje správanie klienta bez drog a poskytuje regulárny cieľ na dosiahnutie. Najsilnejší dôkaz o účinnosti motivačnej terapie v udržiavaní abstinencie pochádza zo štúdií o liečbe užívania kokaínu a heroínu, hoci existujú určité dôkazy pre tento prístup aj v liečbe užívania kanabisu a metamfetamínu.

Hoci väčšina výskumov o motivačnej terapii sa uskutočnila mimo Európy, nedávne štúdie uskutočniteľnosti motivačnej terapie uvádzajú pozitívne výsledky v Španielsku u užívateľov kokaínu (Secades-Villa a kol., 2008) a pri riešení užívania kokaínu medzi osobami liečenými na užívanie opiátových náhrad v Holandsku (DeFuentes-Merillas a De Jong, 2008), kde priemerný stimul na konci experimentu bol tovar v hodnote 150 EUR. Hospodárska analýza inštitútu National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) v Spojenom kráľovstve naznačuje, že motivačná terapia je nákladovo efektívna možnosť v kontexte liečby užívania kokaínu, najmä pri zohľadnení širších hospodárskych nákladov užívania kokaínu.

v miestnych komunitách odhalil zhoršenie celkového zdravotného stavu klientov závislých od kokaínu, najmä medzi injekčnými užívateľmi. Niekoľko projektov taktiež uvádza nárast počtu klientov s abscesmi a ranami v dôsledku slabých návykov pri vpichovaní. Medzi ďalšie problémy uvádzané v súvislosti s užívaním kokaínu patria strata hmotnosti, pohlavne prenosné infekcie, problémy so srdcom, amputácie a podstupovanie rizika.

Členské štáty zvyčajne poskytujú injekčným užívateľom kokaínu rovnaké služby a prostriedky ako užívateľom opiátov, ako sú napr. odporúčania týkajúce sa bezpečného užívania, vzdelávanie v oblasti bezpečného vpichovania a programy na výmenu ihl. Nízkoprahové protidrogové služby taktiež zohrávajú dôležitú úlohu z tohto hľadiska, pretože poskytujú základnú starostlivosť,

ako aj poradenstvo a zdravotnícku pomoc. Užívatelia so závažnými problémami súvisiacimi s kokaínom a crackom, ako sú napr. problémy s fyzickými alebo duševným zdravím súvisiace s komorbiditou alebo sociálne problémy (bývanie) môžu byť odoslaní do pobytových rehabilitačných programov a terapeutických komunít. Cieľom týchto programov je nielen dosiahnuť abstinenciu, ale ponúkať oddych a intenzívnu starostlivosť a podporu a pomôcť tak užívateľom zmeniť ich chaotický a vysokorizikový životný štýl.

Kvalitatívna štúdia v šiestich španielskych mestách odhalila, že hlavné látky užívané prostitútkami sú alkohol a kokaín. Užívanie drog bolo uvádzané ako príležitostné a nápomocné a malo pomôcť zmenšiť psychologické prekážky alebo zábrany a zvýšiť schopnosť znášať dlhý pracovný čas sexuálnej práce s rôznymi klientmi. Medzi následky užívania drog u prostitútok sa uvádzali nechránený sex a vyššie riziko zo strany zákazníkov. V tejto skupine sa často pozorujú taktiež závažné formy užívania cracku.

Na prostitútky s problémami s kokaínom a crackom sa zameriavajú terénne služby a služby na znižovanie škôd. Napríklad v Holandsku miestne zdravotnícke služby zaviedli špeciálne zdravotnícke programy zamerané na prostitútky užívajúce kokaín, vo Francúzsku združenie Espoir Goutte d'Or, ktoré sa zameriava na prevenciu rizík a znižovanie škôd u užívateľov cracku a prostitútok, organizuje dobrovoľné poradenstvo na týždennej báze a rýchlotesty na HIV a hepatitídu.

Rekreačné užívanie kokaínu v kombinácii s nadmernou konzumáciou alkoholu sa často vyskytuje v prostrediach zábavných podnikov a môže byť spojené so závažnými akútnymi fyzickými problémami. Ako sa uvádza v kapitole 4, členské štáty čoraz viac prijímajú integrovaný prístup k znižovaniu škôd súvisiacich s užívaním užívania alkoholu a nezákonných drog v prostrediach zábavných podnikov. Takéto programy ponúkajú poradenstvo a informácie pre mladých ľudí o rizikách spojených s užívaním alkoholu a drog všeobecne, pričom zvyčajne obsahujú materiály o rizikách spojených s akútnou a chronickou konzumáciou kokaínu. Členovia Európskej nadácie protidrogových liniek pomoci sú taktiež veľmi aktívni pri zvyšovaní povedomia a poskytovaní podpory užívateľom drog tak, že ponúkajú poradenstvo a informácie o rizikách drog.



Kapitola 6

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog

Ponuka a dostupnosť heroínu

Na trhu s nezákonnými drogami v Európe sa tradične ponúkajú dve formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín (jeho chemická základná forma) najmä z Afganistanu a biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie – hoci táto forma drogy sa teraz stáva čoraz zriedkavejšou ⁽¹⁰⁴⁾. Okrem toho sa niektoré opiátové drogy vyrábajú aj v Európe, najmä v rámci domácej výroby výrobkov z maku siateho (napr. makovej slamy, makového koncentráту z rozdrvených stoniek alebo makovíc), vo viacerých východoeurópskych krajinách (Lotyšsko, Litva).

Výroba a obchodovanie

Heroín konzumovaný v Európe pochádza prevažne z Afganistanu, ktorý zostáva svetovým lídrom v dodávke nezákonného ópia, za ním nasleduje Mjanmarsko a Mexiko. Celosvetová výroba ópia v roku 2007 opäť významne vzrástla (34 %) na odhadovaných 8 870 ton, najmä v dôsledku zvýšenia výroby v Afganistane, ktorá sa odhaduje na 8 200 ton. Celosvetový potenciál výroby heroínu dosiahol v roku 2007 rekordnú úroveň, odhadovaných 733 ton (UNODC, 2008). Stúpajúci počet zničených laboratórií v Afganistane v posledných rokoch naznačuje, že ópium sa čoraz viac premieňa na morfín alebo heroín v rámci krajiny. Zachytenie veľkého množstva morfínu v susedných krajinách (Pakistan, Irán) však poukazuje na to, že droga sa vo významnej miere spracúva aj mimo Afganistanu (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroín vstupuje do Európy najmä dvomi hlavnými obchodnými cestami: historicky významnou balkánskou cestou a niekoľkými jej vetvami (po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko) a čoraz častejšie tzv. severnou cestou cez strednú Áziu a Ruskú federáciu (obrázok 6). Druhotné obchodné cesty sa zaznamenali pre heroín z juhozápadnej Ázie, napríklad priamo z Pakistanu do Európy (Spojeného kráľovstva), ale aj cez Pakistan a krajiny Stredného východu a Afriky na nezákonné trhy v Európe a Severnej Amerike (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007;

WCO, 2007). Heroín z juhozápadnej Ázie sa pašuje do Európy aj cez južnú Áziu (Bangladéš) (INCB, 2008a). V rámci Európskej únie zohrávajú úlohu dôležitých druhotných distribučných centrálnych miest Holandsko a v menšej miere Belgicko (Europol, 2008).

Zachytenia

Zachytenia uvádzané v celosvetovom meradle sa v roku 2006 zvýšili na 384 ton v prípade ópia a 104 ton v prípade heroínu a morfínu. Zatiaľ čo najväčší podiel na zachyteniach ópia (81 %) v celosvetovom meradle má Irán, heroín a morfín sa zachytávajú najmä v Pakistane (34 %), Iráne (20 %), Turecku (10 %) a Číne (6 %) (UNODC, 2008).

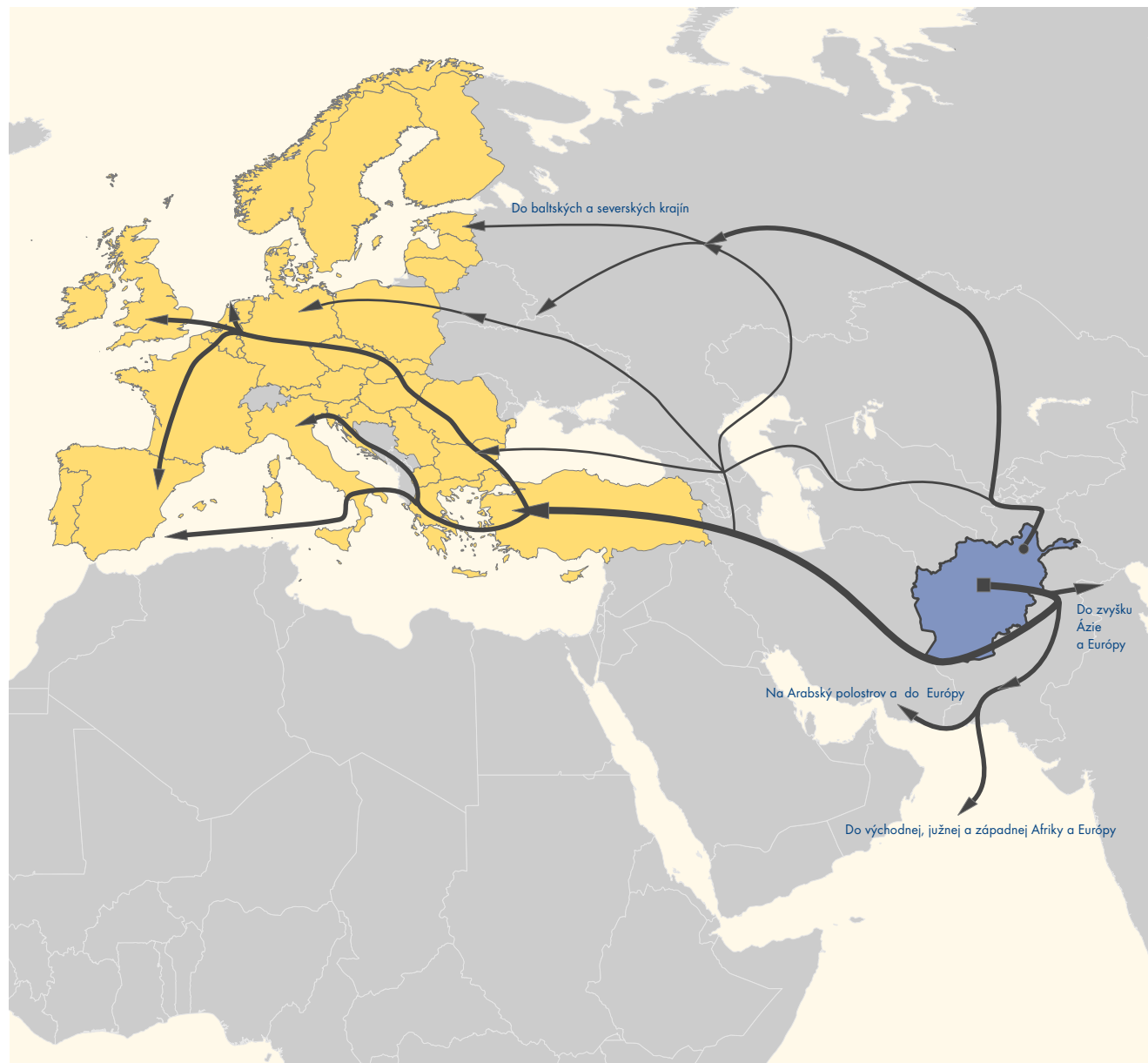
V Európe viedlo odhadovaných 48 200 zachytení v roku 2006 k získaniu asi 19,4 tony heroínu. Spojené kráľovstvo naďalej zaznamenáva najvyšší počet zachytení, kým Turecko opäť zaznamenalo zachytenie najväčšieho množstva, t. j. 10,3 tony v roku 2006 ⁽¹⁰⁵⁾. Priemerné množstvo zachyteného heroínu sa do veľkej miery v týchto dvoch krajinách líši, pričom priemerné množstvo v Turecku je 100-krát vyššie než v Spojenom kráľovstve, a to vzhľadom na rôzne pozície v dodávateľskom reťazci (obrázok 6). Za posledných 10 rokov zadržania heroínu v Európe kolísali smerom nadol, pričom relatívny vrchol dosiahli v roku 2001 a najnižšie množstvo v roku 2003. Množstvo zadržaného heroínu v Európskej únii vykazuje celkový pokles v rokoch 2001 až 2006. Na druhej strane, množstvo zadržané v Turecku sa počas rovnakého obdobia zvýšilo trojnásobne.

Celosvetové zachytenia anhydridu kyseliny octovej (používanaj na nezákonnú výrobu heroínu) sa zvýšili na 26 400 litrov v roku 2006, z čoho väčšina pripadá na Ruskú federáciu (9 900 litrov), Kolumbiu (8 800 litrov) a Turecko (3 800 litrov) (INCB, 2008b). Obchodné cesty medzi Afganistanom a Európou sa používajú aj na pašovanie prekurzorových chemikálií (najmä anhydridu kyseliny octovej prostredníctvom hodvábnnej cesty) a syntetických drog (najmä extázy) na východ (Europol, 2008).

⁽¹⁰⁴⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri s. 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2008. Poznámka: Na účely odhadu sa chýbajúce údaje o európskych zachyteniach za rok 2006 nahradili údajmi za rok 2005. Táto analýza je predbežná, keďže údaje zo Spojeného kráľovstva za rok 2006 ešte nie sú dostupné.

Obrázok 6: Hlavné obchodné trasy heroínu z Afganistanu do Európy



Pozn.: Obchodné trasy zobrazené na mape syntetizujú analýzy rôznych medzinárodných a národných organizácií (Národné kontaktné miesta siete Reitox, Europol, INCB, UNODC, WCO). Takéto analýzy sú založené na informáciách týkajúcich sa zachytení drog pozdĺž obchodných trás a na spravodajských informáciách z agentúr na presadzovanie práva v tranzitných a cieľových krajinách, a občas na správach z doplnkových zdrojov. Hlavné obchodné trasy zobrazené na mape.

Zachytenie 3-metylfentanylu zaznamenané v roku 2006 v Lotyšsku a Litve a správy o zvýšenom injekčnom užívaní nezákonne vyrábaného fentanylu v Estónsku poukazujú na potrebu podrobnejšie sledovať dostupnosť syntetických opiátov, napríklad fentanylu (ktorý je oveľa účinnejší ako heroín).

Čistota a cena

V roku 2006 dosahovala bežná čistota hnedého heroínu vo väčšine krajín, ktoré poskytli správy, hodnotu medzi 15 % až 25 %, hoci v Grécku, Francúzsku a Rakúsku sa zaznamenali aj hodnoty pod 10 %, a vyššie hodnoty sa zaznamenali na Malte (31 %), v Turecku (36 %) a Spojenom kráľovstve (43 %). Bežná čistota bieleho heroínu bola vo všeobecnosti vyššia (45 – 70 %) v niekoľkých európskych krajinách, ktoré poskytli údaje ⁽¹⁰⁶⁾.

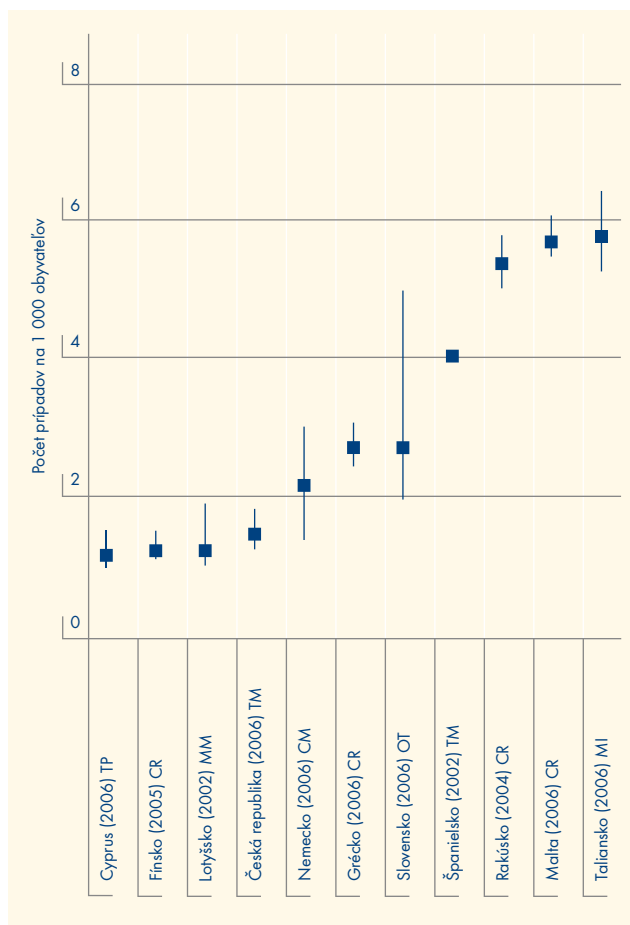
V roku 2006 sa maloobchodná cena hnedého heroínu pohybovala od 14,5 EUR za gram v Turecku do 110 EUR za gram vo Švédsku, pričom väčšina európskych krajín uvádzala bežné ceny 30 – 45 EUR za gram. Cenu bieleho heroínu uvádza iba niekoľko európskych krajín a pohybuje sa od 27 EUR do 110 EUR za gram. V období rokov 2001 až 2006 maloobchodná cena hnedého heroínu vo väčšine 13 európskych krajín, ktoré poskytujú časové trendy, klesla, hoci v Poľsku sa zaznamenali náznaky nárastu.

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov

Údaje v tejto kapitole sú odvodené z ukazovateľa EMCDDA pre problémové užívanie drog (PDU), ktorý zahŕňa najmä odhady injekčného užívania drog a užívania opiátov, hoci v niekoľkých krajinách sú dôležitou zložkou aj užívatelia amfetamínov a kokainu. Odhady počtu problémových užívateľov opiátov sú vo všeobecnosti neurčité vzhľadom na relatívne nízku prevalenciu a skrytú povahu tohto typu užívania drog a na získanie odhadov prevalencie z dostupných zdrojov údajov sú nevyhnutné metódy štatistickej extrapolácie. Okrem toho, keďže väčšina štúdií je založená na lokalizovanej geografickej oblasti, ako je mesto alebo okres, extrapolácia na národnú úroveň je ťažká.

Formy problémového užívania drog v Európe sa stávajú rozmanitejšími. Správy niektorých krajín, v ktorých tradične prevláda problémové užívanie opiátov, napríklad naznačujú, že stále dôležitejšími sa stávajú iné drogy vrátane kokainu. Nevyhnutnosť účinnejšieho sledovania rozsahu foriem problémového užívania drog podnietila vypracovanie správy centra EMCDDA o podskupinách problémového užívania drog definovaných na základe drog a ich prekrývania ⁽¹⁰⁷⁾.

Obrázok 7: Odhady ročnej prevalencie problémového užívania opiátov (počet prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



Pozn.: Symbol udáva bodový odhad; úsečka udáva interval neurčitosti odhadu: 95 % interval spoľahlivosti alebo založený na analýze citlivosti. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od odlišných metód odhadu a zdrojov údajov; porovnania by sa preto mali robiť opatrne. Pri štúdiách boli použité neštandardné vekové kategórie vo Fínsku (15 – 54) a na Malte (12 – 64). Pre Nemecko interval predstavuje najnižšiu a najvyššiu medzu všetkých existujúcich odhadov, pričom bod predstavuje odhad jednoduchého priemeru stredných bodov. Metódy odhadu sú vo forme skratiek: CR = capture-recapture; TM = liečebný multiplikátor; MI = multivariačný indikátor; TP = redukované Poissonovo rozdelenie; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-1 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov na národnej úrovni v období rokov 2002 až 2006 sa pohybujú zhruba medzi jedným až šiestimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Celková prevalencia problémového užívania drog sa odhaduje medzi jedným až desiatimi prípadmi na 1 000 obyvateľov. Najnižšie dobre zdokumentované dostupné odhady problémového užívania opiátov sú z Cypru, Lotyšska, Českej republiky a Fínska (hoci Česká republika aj Fínsko majú veľký počet problémových užívateľov amfetamínov), pričom najvyššie odhady pochádzajú z Malty, Rakúska a Talianska (obrázok 7).

⁽¹⁰⁶⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 štatistickej ročenky 2008.

⁽¹⁰⁷⁾ Prehľad dostupných odhadov o zložkách problémového užívania drog sa nachádza v štatistickej ročenke 2008.

Z relatívne obmedzených dostupných údajov možno odvodiť odhadovanú priemernú prevalenciu problémového užívania opiátov medzi štyrmi až piatimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Za predpokladu, že tieto údaje sa týkajú EÚ ako celku, to znamená 1,5 milióna (1,3 až 1,7 milióna) problémových užívateľov opiátov v EÚ a Nórsku v roku 2006.

Trendy a výskyt problémového užívania opiátov

Časové trendy v prevalencii problémového užívania opiátov je ťažké odhadnúť z dôvodu obmedzeného počtu opakovaných odhadov a neurčitosti jednotlivých odhadov. Údaje z deviatich krajín s opakovaným odhadmi v rokoch 2001 až 2006 naznačujú rozdielny vývoj. Prevalencia sa javí ako relatívne stabilná v Českej republike, Nemecku, Grécku, Taliansku, na Malte, Slovensku a vo Fínsku, zatiaľ čo stúpajúci trend bol pozorovaný v Rakúsku (najnovšie údaje z roku 2004) a náznaky možného poklesu na Cypre ⁽¹⁰⁸⁾.

Výskyt problémového užívania opiátov (počet nových prípadov vyskytujúcich sa v danom roku) je citlivejším meradlom zmien a môže poskytnúť včasný odhad budúceho vývoja v oblasti prevalencie a dopytu po liečbe. Použité modely odhadov vedú k niekoľkým predpokladom. Okrem toho, tieto modely môžu poskytnúť iba čiastočný odhad výskytu, keďže sú založené iba na tých prípadoch, ktoré sa týkajú liečby. Iba dve krajiny poskytli najnovšie údaje, ktoré ukazujú rôzne trendy. Odhaduje sa, že v Taliansku výskyt klesol z približne 32 500 nových prípadov v roku 1990 na približne 22 000 nových prípadov v roku 1997, potom sa znovu zvýšil na 30 000 nových prípadov v roku 2006. Naopak, podľa odhadov v Španielsku výskyt problému užívania opiátov od svojho vrcholu v roku 1980 neustále klesá, hoci v posledných rokoch (2002 až 2004) sa zdá, že sa stabilizoval na relatívne nízkej úrovni (okolo 3 000 nových prípadov za rok). Centrum EMCDDA spoločne so skupinou národných expertov vypracovalo nové usmernenia na odhad výskytu s cieľom podporiť ďalšiu prácu v tejto oblasti. (Scalia Tomba a kol., 2008)

Liečenie užívateľov opiátov

Opiáty, najmä heroín, zostávajú hlavnou drogou, pre ktorú užívatelia drog vyhľadávajú liečbu. Z počtu 387 000 žiadostí o liečbu uvádzaných v roku 2006 (údaje dostupné z 24 krajín) bol heroín zaznamenaný ako hlavná droga asi v 47 % prípadov, v ktorých je prvotná droga známa. Vo väčšine krajín sa zaznamenáva počet žiadostí

Ukazovatele opiátov už neklesajú

V rozpore s trendmi popísanými v predchádzajúcej výročnej správe najnovšie údaje uvádzajú určitý nárast úmrtí vyvolaných drogami, zachytení heroínu a nových požiadaviek na liečbu užívania heroínu v európskej únii.

V roku 2003 ustal klesajúci trend v počte uvádzaných úmrtí vyvolaných drogami v Európe, ktoré sa týkali najmä užívania opiátov, a v rokoch 2003 až 2005 väčšina členských štátov uvádzala rastúci trend. Počet zachytení heroínu sa v rokoch 2003 až 2006 zvýšil o vyše 10 % v 16 z 24 krajín, ktoré poskytli údaje. Po niekoľkoročnom poklese sa zvýšili nové požiadavky na liečbu užívania heroínu ako primárnej drogy v približne v polovici krajín, ktoré poskytli údaje za roky 2005 a 2006. Môže to odrážať zmenu vo výskyte užívania heroínu, ktorá sa začala niekoľko rokov predtým, a to z dôvodu prirodzeného časového posunu medzi začatím užívania a prvou liečbou.

Tieto najnovšie trendy sa vyskytujú zároveň s rastúcou produkciou opia v Afganistane, čo zvyšuje obavu, že tieto udalosti môžu spolu súvisieť prostredníctvom zvýšenej dostupnosti heroínu na európskych trhoch. Je to dôležitá otázka, ktorá si zaslúži ďalší výskum, pretože dostupné údaje neumožňujú vykreslenie jasného obrazu. Okrem toho existujú dôležité matúce faktory. Napríklad sa uvádza, že užívanie farmaceutických opiátov na nemedicínske účely pokračuje vo vysokej miere alebo rastie v niekoľkých krajinách (Česká republika, Estónsko, Francúzsko, Rakúsko, Fínsko) a môže predstavovať dôležitý faktor pri vysvetľovaní trendov v oblasti úmrtí vyvolaných drogami.

o liečbu týkajúcich sa užívania opiátov na úrovni 50 % až 80 %. V ostatných krajinách sa pomer líši od 15 % do 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Opiáty nie sú len najčastejšou zaznamenanou prvotnou drogou medzi užívateľmi nastupujúcimi na liečbu, ale najmä medzi tými, ktorí už liečbu podstupujú. V nedávnom projekte, ktorého sa zúčastnilo deväť krajín, a ktorý bol zameraný na všetkých klientov podstupujúcich liečbu, sa ukázalo, že užívatelia opiátov ako prvotnej drogy predstavujú celkovo 59 % klientov, ale iba 40 % klientov nastupuje na liečbu prvýkrát v živote ⁽¹¹⁰⁾.

Väčšina klientov užívajúcich drogy, ktorí nastupujú na ambulantnú liečbu z dôvodu prvotného užívania opiátov, užíva aj iné drogy vrátane kokaínu (25 %), iných opiátov (23 %) a kanabisu (18 %). Okrem toho, z klientov v liečbe pre prvotné užívanie iných drog uvádza 13 % klientov v ambulantnej liečbe a 11 % klientov v nemocničnej liečbe opiáty ako sekundárnu drogu ⁽¹¹¹⁾.

Niektoré krajiny uvádzajú významný podiel dopytov po liečbe súvisiacich s inými opiátmi, ako je heroín. Užívanie buprenorfinu sa zaznamenáva ako hlavná príčina nástupu

⁽¹⁰⁸⁾ Úplné informácie vrátane intervalov spoľahlivosti sa nachádzajú v tabuľke PDU-6 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008 a tabuľke PDU-102.

⁽¹⁰⁹⁾ Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-39 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹¹⁾ Pozri tabuľky TDI-22 a TDI-23 v štatistickej ročenke 2008.

na liečbu v prípade 40 % všetkých klientov vo Fínsku a 8 % klientov vo Francúzsku. V Lotyšsku a Švédsku uvádza 5 % až 8 % klientov užívajúcich drogy prvého užívania opiátov iných ako heroín alebo metadón: najmä buprenorfín, lieky proti bolesti a iné opiáty⁽¹¹²⁾. Niektoré krajiny uvádzajú nárast podielu užívateľov viacerých drog medzi klientmi užívajúcimi heroín, ako aj nárast počtu klientov užívajúcich opiáty iné než heroín.

Absolútny počet dopytov po heroínovej liečbe zaznamenaný prostredníctvom ukazovateľa dopytu po liečbe vzrástol v rokoch 2002 až 2006 o viac než 30 000 prípadov zo 108 100 na 138 500. Podobne, medzi klientmi nastupujúcimi na liečbu prvýkrát v živote bol zaznamenaný nárast v počte prvotných užívateľov heroínu z približne 33 000 v roku 2002 na viac než 41 000 v roku 2006. K faktorom, ktorými sa dá tento trend vysvetliť, patrí nárast počtu problémových užívateľov heroínu, rozšírenie poskytovania liečby alebo zlepšenie rozsahu správ.

Injekčné užívanie drog

Prevalencia injekčného užívania drog

Užívatelia, ktorí injekčne užívajú drogy, patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú infekcie prenášané krvou (napríklad HIV/AIDS, hepatitída) alebo úmrtia vyvolané drogami. Iba 11 krajín je v súčasnosti schopných poskytnúť najnovšie odhady úrovni injekčného užívania drog, a to napriek ich dôležitosti pre verejné zdravie (obrázok 8). Zlepšenie úrovne dostupných informácií o tejto špeciálnej populácii je preto dôležitou výzvou pre vývoj systémov monitorovania zdravia v Európe.

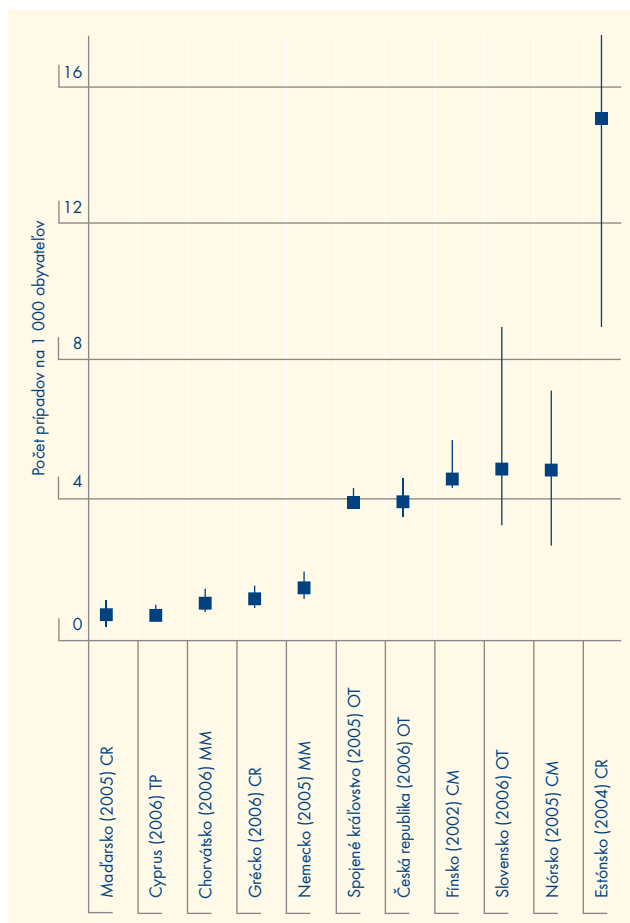
Dostupné odhady naznačujú veľké rozdiely medzi krajinami v oblasti prevalencie injekčného užívania drog. Odhady sa vo väčšine krajín pohybujú medzi jedným až piatimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom v Estónsku sa zaznamenáva výnimočne vysoká úroveň 15 prípadov na 1 000 obyvateľov.

Nedostatok údajov sťažuje vyvodzovanie záverov o časových trendoch v prevalencii injekčného užívania, hoci dostupné údaje naznačujú pokles v Nórsku (2001 až 2005) a stabilnú situáciu v Českej republike, Grécku, na Cypre a v Spojenom kráľovstve⁽¹¹³⁾.

Injekčné užívanie medzi užívateľmi opiátov nastupujúcimi na liečbu

Celkovo 43 % všetkých užívateľov opiátov, ktorí nastúpili na ambulantnú liečbu v roku 2006, uvádza injekčné

Obrázok 8: Odhady prevalencie injekčného užívania drog (počet prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



Pozn.: Symbol udáva bodový odhad; úsečka udáva interval neurčitosti odhadu: 95 % interval spoľahlivosti alebo založený na analýze citlivosti. Pre Estónsko je horný limit intervalu neurčitosti mimo mierky (37,9 na 1 000). Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od odlišných metód odhadu a zdrojov údajov; porovnania by sa preto mali robiť opatrne. Metódy odhadu sú vo forme skratiek: CR = capture-recapture; TM = liečebný multiplikátor; MI = multivariačný indikátor; TP = redukované Poissonovo rozdelenie; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-2 v štatistickej ročenke 2008.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

užívanie drog. Zmeny v podiele injekčných užívateľov medzi užívateľmi heroínu nastupujúcimi na liečbu môžu naznačovať trendy v širšej skupiny problémových užívateľov opiátov. Pokles tohto podielu bol v rokoch 2002 až 2006 zaznamenaný v deviatich krajinách (Dánsko, Francúzsko, Grécko, Írsko, Nemecko, Spojené kráľovstvo, Švédsko, Taliansko, Turecko), pričom v dvoch krajinách bol zaznamenaný nárast (Rumunsko, Slovensko). V počte injekčných užívateľov heroínu nastupujúcich na liečbu sa krajiny výrazne líšia, najmenší podiel injekčných užívateľov má Holandsko, Francúzsko a Španielsko (max. 25 %) a najväčší (viac než 80 %) Bulharsko, Česká republika, Rumunsko, Slovensko a Fínsko⁽¹¹⁴⁾.

⁽¹¹²⁾ Pozri tabuľku TDI-113 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹³⁾ Pozri tabuľku PDU-6 časť (iii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹⁴⁾ Pozri tabuľky PDU-104, TDI-4, TDI-5 a TDI-17 časť (v) v štatistickej ročenke 2008.

Spomedzi užívateľov opiátov nastupujúcich na ambulantnú liečbu prvýkrát v roku 2006 len o niečo menšie množstvo udáva injekčné užívanie drog (okolo 40 %). Z pohľadu časových trendov sa podiel injekčných užívateľov medzi novými klientmi užívajúcimi opiáty znížil zo 43 % v roku 2003 na 35 % v roku 2006 v 13 krajinách, v ktorých sú dostupné dostatočné údaje ⁽¹¹⁵⁾.

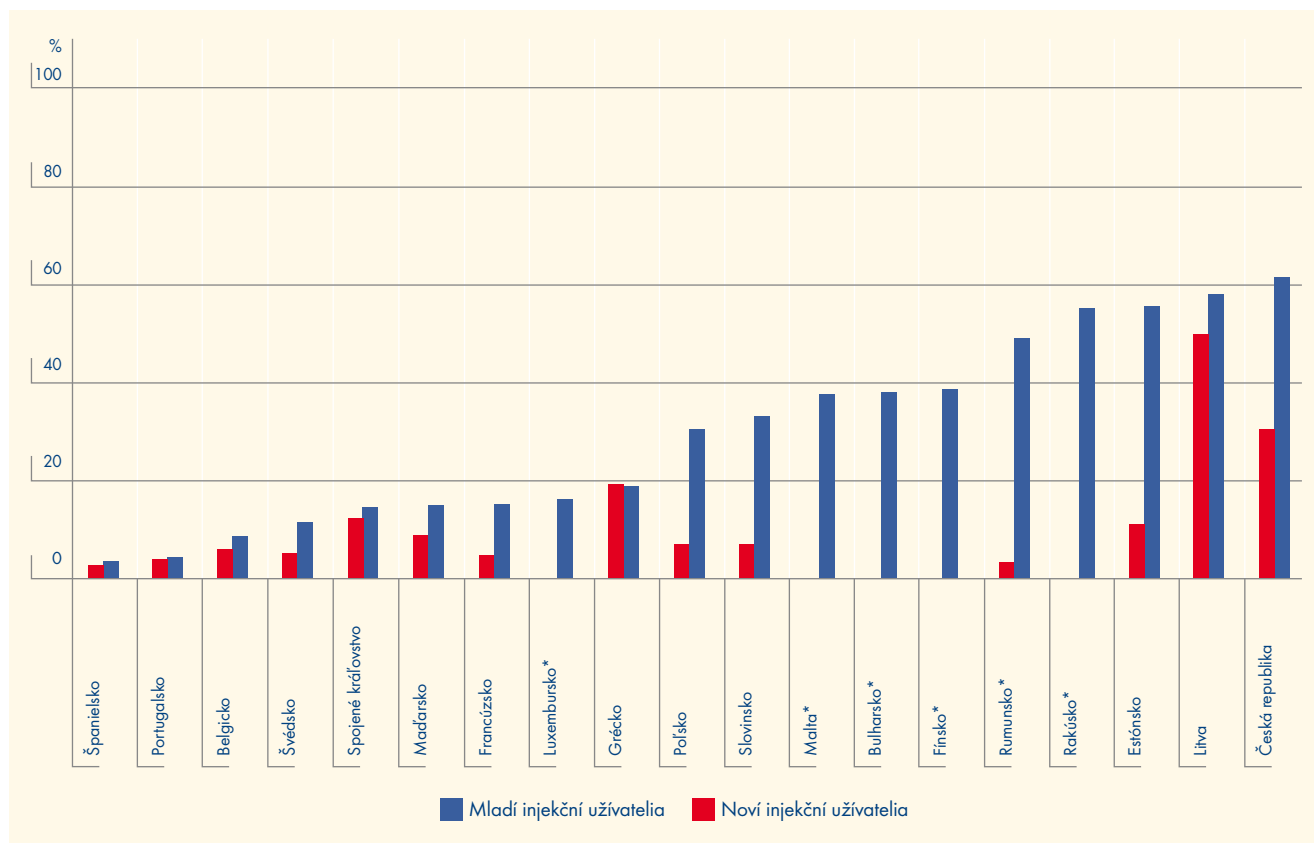
Analýza údajov o dopyte po liečbe z deviatich krajín zúčastňujúcich sa pilotnej štúdie odhalila, že približne 63 % všetkých klientov užívajúcich opiáty (ktorí sa v poslednom roku už liečia a nastúpili na liečbu) uvádza injekčné užívanie drogy pri začatí liečby ⁽¹¹⁶⁾. Z toho vyplýva, že počet klientov v liečbe užívajúcich drogy injekčne pri nástupe na liečbu je relatívne vysoký.

Štúdie týkajúce sa injekčných užívateľov drog môžu poskytovať iný pohľad na národné rozdiely a zmeny v čase v oblasti injekčného užívania drog v Európe. Mnohé

krajiny realizujú pravidelné štúdie týkajúce sa skupín injekčných užívateľov, zvyčajne v súvislosti s testovaním na prenosné choroby, ktoré sa uskutočňujú v rôznych prostrediach s cieľom čo najväčšieho zovšeobecnenia. Porovnanie medzi krajinami by sa mali robiť opatrne z dôvodu možnej zaujatosti pri výbere respondentov pre tieto štúdie ⁽¹¹⁷⁾.

Niektoré krajiny vykazujú v týchto štúdiách veľký podiel (viac než 20 %) nových injekčných užívateľov (injekčne užívajúcich drogy menej než dva roky), zatiaľ čo v niektorých krajinách je tento podiel menej ako 10 % (obrázok 9). Mladí injekční užívatelia drog (do 25 rokov) predstavujú viac než 40 % injekčných užívateľov zo vzoriek v Českej republike, Estónsku, Litve, Rakúsku a Rumunsku, zatiaľ čo v deviatich ďalších krajinách má menej než 25 rokov menej než 20 % injekčných užívateľov zo vzorky.

Obrázok 9: Podiel mladých a nových injekčných užívateľov na vzorkách injekčných užívateľov drog



Pozn.: Vzorky sú spomedzi injekčných užívateľov testovaných na infekčné choroby (HIV a hepatitída C). Použila sa najnovšia dostupná vzorka pre každú krajinu za obdobie 2002 – 2006, v ktorej bolo aspoň 100 injekčných užívateľov. Hviezdica označuje, že nie sú k dispozícii údaje pre nových injekčných užívateľov. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-3 v štatistickej ročenke 2008.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽¹¹⁵⁾ Pozri obrázok TDI-7 a tabuľku TDI-17 časť (i) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-17 časť (v) a TDI-40 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Dá sa očakávať, že podiel mladých alebo nových injekčných užívateľov je nižší vo vzorkách respondentov z drogovej liečby než v otvorenejších prostrediach, akými sú nízkoprahové služby, keďže v priemere tak klienti nastupujúci na liečbu robia až po niekoľkých rokoch užívania drog. Štatistická analýza súvislosti medzi prostredím respondentov a podielom mladých alebo nových injekčných užívateľov však nemá žiadny štatistický význam, keďže prostredie respondentov (zakódované ako „iba drogová liečba“, „žiadna drogová liečba“ a „zmiešané prostredie“) nemusí mať významný vplyv na tieto podiely.

Vo všeobecnosti musí byť tento veľký podiel nových injekčných užívateľov znepokojujúci, a to najmä, ak ho sprevádza veľký podiel mladých injekčných užívateľov. Hoci vysoký podiel nových injekčných užívateľov môže znamenať novú eskaláciu injekčného užívania drog, súvisia s tým aj ďalšie faktory (napr. kratší čas injekčného užívania drog, lepšia dostupnosť liečby, vyššia úmrtnosť medzi staršou populáciou).

Krajiny s tradične pretrvávajúcou situáciou problémových populácií užívateľov opiátov majú vo všeobecnosti menší podiel mladých aj nových injekčných užívateľov. V ostatných, väčšinou nových, členských štátoch údaje ukazujú vyššie úrovne mladých injekčných užívateľov. Rôzne úrovne nových injekčných užívateľov v týchto krajinách, v ktorých sú dostupné informácie, môžu odrážať rozdiely v priemernom veku začatia užívania drog, ako aj rastúcom výskyte injekčného užívania medzi mladšími alebo staršími populáciami.

Liečba problémového užívania opiátov

Profil klientov užívajúcich opiáty nastupujúcich na liečbu

Klienti nastupujúci na liečbu z dôvodu prvého užívania opiátov bývajú zvyčajne starší (priemerný vek 32 rokov) než klienti nastupujúci na liečbu z dôvodu užívania kokainu, iných stimulansov alebo kanabису (priemerný vek 31, 27 a 24 rokov), pričom ženy bývajú zvyčajne o rok až dva mladšie než muži. Klienti užívajúci opiáty sú vo všeobecnosti mladší v krajinách, ktoré do Európskej únie vstúpili po roku 2004, a v Írsku, Grécku, Rakúsku a Fínsku ⁽¹¹⁸⁾.

V priemere je pomer mužských a ženských klientov užívajúcich opiáty tri k jednej, pričom vyšší podiel mužov sa vyskytuje najmä v juhovýchodnej Európe (Bulharsko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Cyprus, Malta, Portugalsko) ⁽¹¹⁹⁾.

Medzi užívateľmi i opiátov je vyšší podiel nezamestnaných a osôb s nižším dosiahnutým vzdelaním než medzi inými klientmi (pozri kapitolu 2) a v niektorých krajinách sa zaznamenáva vyššia frekvencia psychiatrických porúch súvisiacich s komorbiditou.

Približne polovica užívateľov opiátov, ktorí vyhľadali liečbu, udávajú začiatok užívania drog pred 20. rokom veku a približne jedna tretina vo veku 20 až 24 rokov; prvé užitie opiátov vo veku viac než 25 rokov je

neobvyklé ⁽¹²⁰⁾. Priemerný časový posun medzi prvým užitím opiátov a prvým kontaktom s drogovou liečbou je sedem až deväť rokov, pričom v prípade mužov je dlhší časový posun ako v prípade žien ⁽¹²¹⁾.

Poskytovanie liečby a pokrytie liečbou

Liečba užívateľov opiátov väčšinou prebieha v ambulantných zariadeniach, ktoré môžu obsahovať špecializované strediská, všeobecných lekárov alebo nízkoprahové zariadenia. V niektorých krajinách zohrávajú významnú úlohu aj nemocničné strediská, najmä v Bulharsku, Grécku, Fínsku a Švédsku ⁽¹²²⁾.

Abstinenčná a substitučná liečba užívateľov opiátov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku a Nórsku. V Turecku sa o budúcom využití substitučnej liečby práve vypracúva štúdia. Vo väčšine krajín je substitučná liečba najdostupnejšou možnosťou, hoci v roku 2005 podľa údajov dominovala v Maďarsku, Poľsku a Švédsku abstinencia liečba.

Substitučná liečba, vo všeobecnosti integrovaná s psychosociálnou starostlivosťou, sa bežne poskytuje v špecializovaných ambulantných strediskách a v zariadeniach kombinovanej starostlivosti, v ktorých sídlia všeobecní lekári. Dostupné údaje o počte klientov v substitučnej liečbe naznačujú celkový nárast v minulom roku, okrem Francúzska, Holandska, Malty a Luxemburska, kde je situácia stabilná. Najväčší nárast bol zaznamenaný v Českej republike (42 %), hoci nárast na viac než 10 % bol zaznamenaný aj v Poľsku (26 %), Fínsku (25 %), Estónsku (20 %), Švédsku (19 %), Nórsku (15 %), Maďarsku a Rakúsku (11 %).

Jednoduché porovnanie odhadov počtu problémových užívateľov opiátov a zaznamenaného počtu liečených užívateľov naznačuje, že substitučnú liečbu dostáva jeden užívateľ z troch. Nemalo by sa však zabúdať na to, že údajové súbory sú stále nepresné, a preto by sa tieto výpočty mali používať opatrne. Okrem toho, dlhé intervaly spoľahlivosti v odhadoch problémových užívateľov opiátov znamenajú, že porovnania medzi krajinami sú náročné. Dostupné údaje však naznačujú, že podiel problémových užívateľov opiátov v substitučnej liečbe sa v jednotlivých krajinách do veľkej miery líši, pričom odhadovaný pomer je 5 % na Slovensku, 20 – 30 % vo Fínsku, Grécku a Nórsku, 35 – 45 % v Českej republike, na Malte a v Taliansku a viac než 50 % v Spojenom kráľovstve (Anglicku), Nemecku a Chorvátsku ⁽¹²³⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-32 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹²⁰⁾ Pozri tabuľky TDI-11, TDI-107 a TDI-109 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹²¹⁾ Pozri tabuľku TDI-33 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹²²⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹²³⁾ Pozri obrázok HSR-1 v štatistickej ročenke 2008.

Rozšírenie farmaceutických možností

V Európe boli vynájdené a sprístupnené nové farmaceutické možnosti liečby závislosti od opiátov. Medzi ciele týchto nových možností na predpis patria zlepšenie účinnosti liečby, reakcia na potreby rozličných skupín užívateľov opiátov a zníženie možností zneužívania substitučných drog.

V roku 2006 bola na trh EÚ uvedená kombinácia buprenorfinu a naloxonu ako alternatíva samotného buprenorfinu s cieľom zníženia potenciálu atraktívnosti injekčného užívania. Niektoré členské štáty v súčasnosti posudzujú hodnotu tejto látky ako možnosti liečby závislosti od opiátov ⁽¹⁾.

Predpisovanie medicínskeho heroínu (diamorfinu) ako možnosti liečby chronických užívateľov opiátov odolných voči liečbe, je dostupné do určitej miery v Holandsku (815 osôb v roku 2006), Spojenom kráľovstve (400 osôb) a Nemecku, kde účastníci heroínových pokusov naďalej dostávajú diamorfin na základe osobitného nariadenia. Okrem toho sa v súčasnosti v Spojenom kráľovstve uskutočňuje náhodný pokus z injekčnými opiátmi (RIOTT), ktorý posúdi účinnosť injekčného diamorfinu, injekčného metadonu a orálne podávaného metadónu. Vo februári 2008 sa taktiež rozhodlo o zavedení systému predpisovania metadónu v Dánsku.

⁽¹⁾ Technické informácie o látke sú k dispozícii na webovej stránke agentúry EMEA <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

Hoci orálne podávaný metadón zostáva v Európe hlavným liekom používaným na substitučnú liečbu, čoraz bežnejším sa stáva používanie buprenorfinu. Jedným z dôvodov je, že pri zneužívaní spôsobuje nižšiu úmrtnosť (Connock a kol., 2007). Dánska národná rada zdravia po preskúmaní usmernení o substitučnej liečbe teraz nalieha na všeobecných lekárov, aby namiesto metadónu predpisovali buprenorfin.

Účinnosť, kvalita a normy liečby

Revízie náhodných kontrolovaných skúšok a výskumné štúdie obsahujú záver, že metadónová udržiavacia liečba a buprenorfinová udržiavacia liečba môžu byť úspešné pri riadení závislosti od opiátov. V nedávnom preskúmaní od Cochrana sa však uvádza, že buprenorfin je menej účinný než metadón podávaný v primeraných dávkach (Mattick a kol., 2008). V množstve štúdií sa taktiež dospelo k záveru, že pre ľudí, ktorí nereagujú na metadónovú udržiavaciu liečbu, môže byť účinné udržiavanie diamorfinom (Schulte a kol., v tlači). Celkovo sa substitučná liečba spája s množstvom pozitívnych výsledkov vrátane: ponechania v liečbe, zníženého užívania a injekčného užívania nezákonných opiátov,

zníženia úmrtnosti a trestnej činnosti a stabilizácie a zlepšenia zdravotných a sociálnych podmienok chronických užívateľov heroínu.

V štúdiách týkajúcich sa výsledkov liečby sa ako účinné ukázali aj psychosociálne a psychoterapeutické zásahy kombinované s farmakoterapiou, napríklad v štúdií NTORS v Spojenom kráľovstve (Gossop a kol., 2002) a v štúdií DATOS v USA (Hubbard a kol., 2003). Tieto prístupy neumožňujú len zvýšenie motivácie na liečbu, predchádzanie recidívam a znižovanie škôd, ale taktiež poskytujú poradenstvo a praktickú podporu klientom, ktorí musia riešiť svoje bývanie, zamestnanie a rodinné problémy súčasne s liečením svojej závislosti od opiátov. Dostupné dôkazy však nepodporujú samotné používanie psychosociálnej liečby (Mayet a kol., 2004).

Množstvo krajín nedávno zlepšilo svoje usmernenia týkajúce sa liečby. V Chorvátsku, Dánsku a Škótsku sa preskúmali substitučné programy a revidovali usmernenia s cieľom zvýšiť kvalitu liečby a predísť zneužívaniu na čiernom trhu. Aktualizovali sa tiež usmernenia Spojeného kráľovstva o klinickom riadení drogovej závislosti a inštitút National Institute for Clinical Excellence vydal osobitné usmernenia o predpisovaní metadónu a buprenorfinu, liečbe naltrexonom, detoxikácii, ako aj o psychosociálnom liečení. Portugalsko taktiež vypracovalo nové usmernenia na zabezpečenie včasného prístupu k liečbe.

Liečba vo väzniciach

Medzi politikmi EÚ je rozšírený názor, že je potrebné harmonizovať prax a kvalitu služieb medzi spoločnosťou a väznicami. V správe, ktorú vydala Európska komisia (2007a) sa však zdôrazňuje nedostatok služieb pre užívateľov drog dostupných vo väzniciach a upozorňuje na dôležitosť intervencií v tomto prostredí. Príklady obmedzení v oblasti poskytovania protidrogových služieb vo väzniciach: nedostatok kapacít a odborníkov (Lotyšsko, Poľsko, Malta), neúplná pomoc (Lotyšsko), nedostatok intervencií v prípade osobitných skupín, napríklad mladých chovancov užívajúcich drogy (Rakúsko) a chýbajúca stratégia verejnej zdravotnej prevencie (Grécko).

A čo je ešte pozitívnejšie, väzenské protidrogové programy sa stávajú čoraz častejšími a mnohé krajiny ohlasujú nové iniciatívy. Napríklad v Portugalsku sa zaviedol právny rámec pre program výmeny injekčných ihli vo väzniciach, v Litve bola schválená vyhláška o povinnosti väznic poskytovať poradenstvo pred prepustením, v Dánsku môžu od januára 2007 všetci chovanci s trestom dlhším ako tri mesiace využívať výhody zaručenej liečby, v Českej republike sa substitučná liečba rozšírila na 10 väznic

a v Írsku sa liečebné služby vo väzniciach v súčasnosti hodnotia s cieľom dosiahnuť vyváženosť so službami spoločnosti.

Úroveň poskytovania protidrogovej liečby vo väzniciach zostáva v porovnaní so spoločnosťou nízka, hoci prevalencia užívania drog je zvyčajne vyššia. V mnohých krajinách je preferovanou a niekedy aj jedinou dostupnou možnosťou liečby detoxikácia. Teoreticky sa substitučná liečba poskytuje v mnohých krajinách, ale údaje uvádzajú, že iba málo užívateľov drog ju prakticky dostáva. Výnimku tvorí Španielsko, kde bola v roku 2006 substitučná liečba poskytnutá 14 % odsúdených väzňov (19 600), a Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales), kde sa očakáva, že počet väzňov s metadónovou liečbou narastie po zavedení nových usmernení v apríli 2007 zo 6 000 na 12 000.

Praktické usmernenia pre substitučnú liečbu v ústavných zariadeniach schválené organizáciami WHO a UNODC už boli publikované (Kastelic a kol., 2008) a výskumy poukazujú na to, že substitučná opiátová liečba má pozitívny vplyv na rizikové správanie a úmrtnosť (Dolan a kol., 2003). V nedávnom prehľade výskumných štúdií týkajúcich sa väzenských substitučných programov sa prichádza k záveru, že pozitívne vplyvy závisia od poskytovania dostatočných dávok a liečby počas celého pobytu vo väzení (Stallwitz a Stöver, 2007). Okrem toho, k ďalším kľúčovým prvkom v tejto oblasti patria dôkladné plánovanie prepustenia a prepojenie s komunitnou starostlivosťou, ktorými sa musí zabezpečiť, aby sa následne nezhoršil zdravotný stav nadobudnutý počas obdobia stráveného vo väzení (¹²⁴).

(¹²⁴) Pozri časť Zvýšené riziko úmrtia vyvolaného drogami po odpykaní trestu alebo ukončení liečby, s. 88.



Kapitola 7

Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Infekčné choroby, ako napríklad HIV a hepatitída B a C, patria k najzávažnejším zdravotným dôsledkom užívania drog. Aj v krajinách, v ktorých je prevencia HIV v prípade injekčných užívateľov drog nízka, môžu iné infekčné choroby vrátane hepatitídy A, B a C, pohlavne prenosných chorôb, tuberkulózy, tetanu, botulizmu a ľudského T-lymfotropného vírusu neúmerne ovplyvniť užívateľov drog. Centrum EMCDDA systematicky monitoruje výskyt HIV a hepatitídy B a C medzi injekčnými užívateľmi drog (prevencia protilátok alebo iných osobitných markerov v prípade hepatitídy B). Údaje sa musia interpretovať opatrne, keďže v rôznych údajových systémoch existuje niekoľko metodologických obmedzení (¹²⁵).

HIV a AIDS

Na konci roka 2006 bol vo väčšine krajín Európskej únie výskyt diagnostikovanej infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog nízky a situácia v celej EÚ sa zdala v celosvetovom kontexte relatívne pozitívna. Toto môže aspoň čiastočne vyplývať zo zvýšenej dostupnosti prevencie, liečby a opatrení na znižovanie škôd vrátane substitučnej liečby a programov pre injekčné ihly a striekačky. Iné faktory, napríklad pokles v injekčnom užívaní drog pozorovaný vo viacerých krajinách, môžu tiež hrať dôležitú úlohu. V niektorých častiach Európy údaje naznačujú, že prenos HIV súvisiaci s injekčným užívaním drog stále pretrvával v roku 2006 na relatívne vysokých úrovniach, čo zvýrazňuje potrebu zabezpečiť pokrytie a účinnosť miestnej praxe prevencie.

Trendy v infekcii HIV

Údaje o nových diagnostikovaných prípadoch týkajúcich sa injekčného užívania drog za rok 2006 ukazujú, že po vrchole zaznamenanom v rokoch 2001 až 2002, ktorý spôsobili epidémie v Estónsku, Lotyšsku a Litve, miery

infekcie v celej Európskej únii stále klesajú (¹²⁶). V roku 2006 klesla celková miera nových diagnostikovaných infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog v 25 členských štátoch EÚ, z ktorých sú k dispozícii údaje, z 5,6 prípadu na milión obyvateľov v roku 2005 na 5,0 prípadu (¹²⁷). Z troch krajín udávajúcich najväčšie miery nových diagnostikovaných infekcií (Estónsko, Lotyšsko, Portugalsko) sa klesajúci trend v rokoch 2005 až 2006 ukázal v Portugalsku, zatiaľ čo v Estónsku a Lotyšsku sa trendy ustálili na úrovni 142,0 a 47,1 nových diagnostikovaných prípadov na milión obyvateľov. V rokoch 2001 až 2006 sa v miere obyvateľov s infekciou HIV nepozoroval v žiadnej krajine výrazný stúpajúci trend. V krajinách, v ktorých sa pozoroval menší nárast (napr. Bulharsku a Írsku), išlo o nárast menší ako jeden prípad na milión obyvateľov ročne.

Pohľad na absolútne čísla odhaľuje, ktoré krajiny prispievajú k celkovému počtu v rámci EÚ najviac. Najväčší počet nových diagnostikovaných infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog sa zaznamenal v roku 2006 v krajinách s najväčšími mierami infekcie (Portugalsko, 703 nových diagnóz; Estónsko, 191; Lotyšsko, 108) (¹²⁸) a v krajinách s najväčším počtom obyvateľov (Spojené kráľovstvo, 187; Nemecko, 168; Francúzsko, 167; Poľsko, 112) (obrázok 10). V porovnaní so všeobecne klesajúcimi trendmi sa najväčší nárast v absolútnych číslach od roku 2001 spozoroval v Spojenom kráľovstve s 13 prípadmi za rok a v Nemecku s 10 prípadmi, hoci nie sú rovnomerne rozložené v niekoľkých rokoch. V Bulharsku sa rýchlo zvyšuje nízka miera nárastu v poradí 0, 2, 0, 7, 13 a 34 nových prípadov ročne v období 2001 až 2006, čo naznačuje vypuknutie epidémie.

Údaje o trendoch zo sledovania prevalencie HIV vo vzorkách injekčných užívateľov drog sú dôležitým doplnkom údajov z oznamovania prípadov HIV, keďže poskytujú informácie aj o nediagnostikovaných infekciách. Údaje o prevalencii sú dostupné z 25 krajín za obdobie 2002 až 2006 (¹²⁹). V 15 krajinách sa v tomto období prevalencia

(¹²⁵) Podrobné informácie o metódach a definíciách sa nachádzajú v štatistickej ročenke 2008.

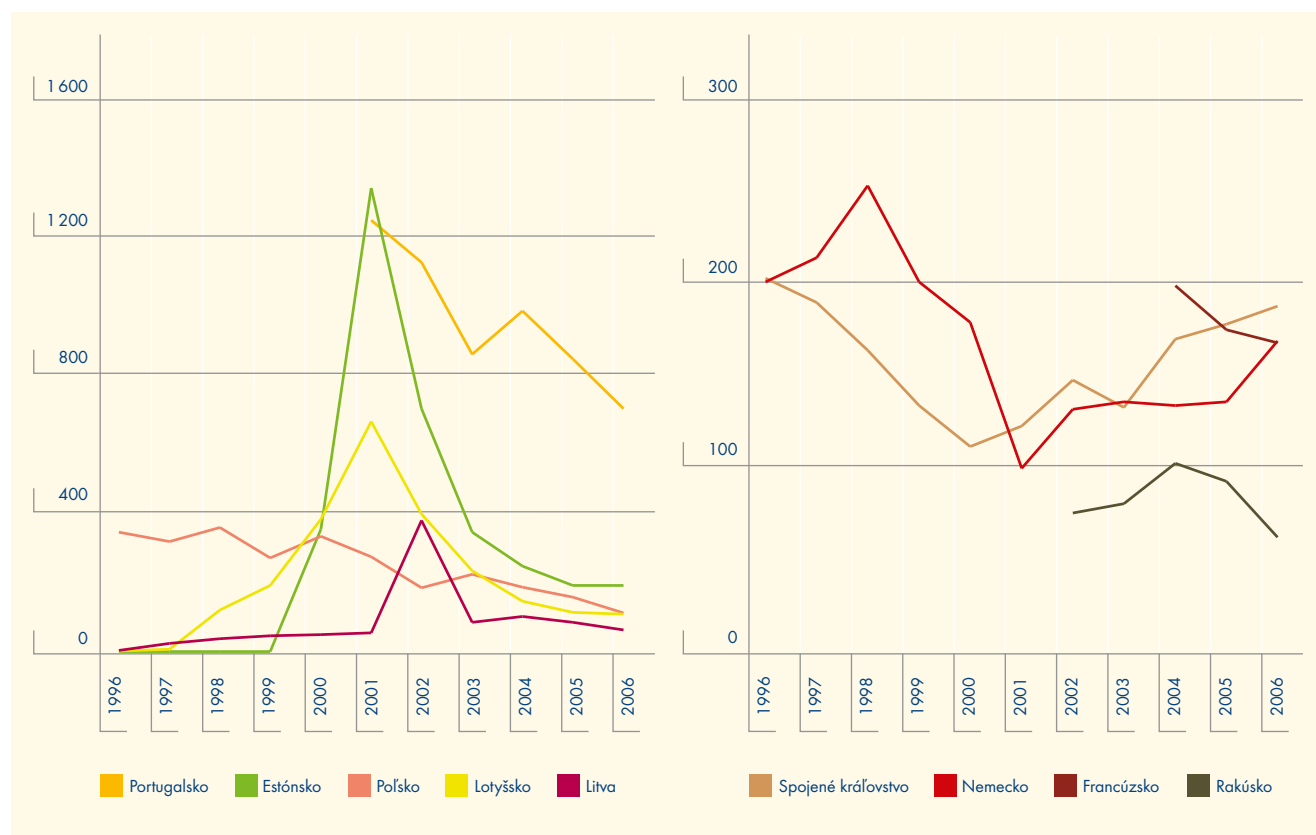
(¹²⁶) Pozri tabuľku INF-104 v štatistickej ročenke 2008.

(¹²⁷) Národné údaje nie sú dostupné zo Španielska a Talianska. V prípade týchto dvoch krajín miera klesla zo 6,4 prípadu na milión obyvateľov v roku 2005 na 5,9 prípadu.

(¹²⁸) V Portugalsku sa zaznamenalo 703 prípadov podľa správy EuroHIV za rok 2006, zatiaľ čo Portugalské stredisko epidemiologického pozorovania prenosných chorôb zaznamenalo 432 prípadov (CVEDT); tento rozdiel je spôsobený klasifikáciou podľa vykazovaného roku (EuroHIV) v porovnaní s vykazovaním podľa roku diagnostikovania (CVEDT).

(¹²⁹) Pozri tabuľku INF-108 v štatistickej ročenke 2008.

Obrázok 10: Absolútny počet novo diagnostikovaných infekcií HIV medzi injekčnými užívateľmi drog podľa roka správy: krajiny s najvyššou hodnotou vyššou ako 300 (vľavo) a v rozsahu 100 až 300 (vpravo)



Pozn.: Pre Španielsko a Taliansko nie sú k dispozícii žiadne údaje, sú zobrazené údaje za regióny, kde sú k dispozícii. Pre obe krajiny bol súčet čiastkových čísel vyšší ako 100 nových prípadov v roku 2005 a preukázal klesajúci trend. Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke INF-104 v štatistickej ročenke 2008.

Zdroj: EuroHIV.

HIV nezmenila. V piatich krajinách (Bulharsku, Nemecku, Španielsku, Taliansku a Lotyšsku) prevencia vykazovala štatisticky významný nárast na základe národných vzoriek. V dvoch z nich sa však vykázal aj regionálny nárast: V Bulharsku v Sofii a v Taliansku v ôsmich z 21 regiónov a v jednom meste. V piatich krajinách sa národné trendy buď nevykazovali, alebo zostali stabilné, pričom minimálne v jednej regionálnej vzorke bol zaznamenaný trend nárastu, hoci úrovne prevencie zostali väčšinou nízke (Belgicko, Česká republika, Litva, Spojené kráľovstvo a pravdepodobne Slovinsko).

Porovnanie trendov v nových diagnostikovaných infekciách súvisiacich s injekčným užívaním drog s trendmi v prevalencii HIV medzi injekčnými užívateľmi drog naznačuje, že výskyt infekcie HIV súvisiacej s injekčným užívaním drog klesá vo väčšine krajín na národnej úrovni. Interpretácia je zložitejšia tam, kde zdroje údajov čiastočne kolidujú, ako je to v prípade napríklad Bulharska, Nemecka a Spojeného kráľovstva; hoci v týchto krajinách je výskyt nových diagnóz, ako aj ich miera nárastu (okrem Bulharska v rokoch 2004 až 2006), nízky.

Vysoká ročná miera nových diagnóz HIV súvisiacich s injekčným užívaním drog v Estónsku, Lotyšsku a Portugalsku naznačuje, že úroveň prenosu v týchto krajinách je stále vysoká. V prípade Estónska to dokazujú údaje o prevalencii z roku 2005, ktoré naznačujú, že približne tretina nových injekčných užívateľov drog (užívajúcich drogy injekčne menej než dva roky) je HIV pozitívna. Ďalšie náznaky prenosu HIV podávajú správy o vysokých úrovniach prevencie (viac než 5 %) medzi mladými injekčnými užívateľmi drog (vzorky minimálne 50 injekčných užívateľov drog vo veku do 25 rokov) v niektorých krajinách: Španielsku (národné údaje, 2005), Portugalsku (národné údaje, 2006), Estónsku (dva regióny, 2005), Lotyšsku (národné údaje a dve mestá, 2002/2003), Litve (jedno mesto, 2006) a Poľsku (jedno mesto, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Výskyt AIDS a dostupnosť liečby HAART

Informácie o výskyte AIDS sú dôležité na vykázanie nového výskytu symptomatických ochorení, hoci nie sú dobrým ukazovateľom prenosu HIV. Údaje o výskyte AIDS môžu taktiež poskytovať informácie o pokrytí a účinnosti

⁽¹³⁰⁾ Pozri tabuľky INF-109 a INF-110 v štatistickej ročenke 2008.

Miesta vysokého výskytu HIV/AIDS

Najnovšie údaje naznačujú, že výskyt infekcie HIV medzi užívateľmi, ktorí injekčne užívajú drogy (IDU), je v Európskej únii celkovo nízky. Je však potrebná ostražitosť, pretože niektoré členské štáty naďalej uvádzajú vysoký výskyt nových infekcií HIV spojených s injekčným užívaním drog, a v niektorých susedných štátoch sa situácia ešte viac zhoršuje.

Po nedávnej epidémii HIV v Estónsku a Lotyšsku miery novo diagnostikovaných infekcií u IDU od roku 2001 poklesli, ale ustálili sa na stále vysokých hodnotách (142,0 resp. 47,1 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2006), čo naznačuje, že miery prenosu zostávajú stále vysoké. Portugalsko má stále najväčší počet novo diagnostikovaných infekcií v Európskej únii (pozri s. 79) a napriek klesajúcemu trendu je ročná miera novo uvádzaných diagnóz stále vysoká, a to 66,5 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2006.

V susediacich krajinách na východ od Európskej únie je situácia obzvlášť vážna. V dvoch najväčších štátoch, v Rusku a na Ukrajine, je počet novo diagnostikovaných prípadov vysoký a neustále rastie. V roku 2006 sa počet novo diagnostikovaných infekcií súvisiacich s injekčným užívaním drog odhadoval na 11 000 v Rusku a 7 000 na Ukrajine (78,6 resp. 152,9 nových prípadov na milión obyvateľov).

Vysoké miery pokračujúceho prenosu medzi IDU naznačujú potrebu preskúmania dostupnosti, úrovne a rozsahu poskytovania existujúcich služieb vrátane konkrétnych opatrení na zníženie šírenia infekčných chorôb, ako sú napr. výmena ihlíc a substitučná liečba. Okrem toho sú potrebné štúdie medzi IDU na zistenie, prečo sú niektoré populácie obzvlášť zraniteľné, zistenie faktorov súvisiacich s rizikovým správaním a prekážkami vlastnej ochrany, ako aj na identifikáciu sľubných prístupov na zabránenie novým výskytom.

vysokoúčinnnej antiretrovirusovej liečbe (HAART). Vysoké miery výskytu AIDS v niektorých európskych krajinách môžu naznačovať, že mnohí injekční užívatelia drog nakazení HIV nedostávajú liečbu HAART dostatočne včas, a tak nemôžu z liečby vyťažiť maximum.

Portugalsko zostáva krajinou s najväčším výskytom AIDS súvisiacim s injekčným užívaním drog s odhadovanými 22,4 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2006, hoci trend v súčasnosti klesá, a to z 29,9 prípadu na milión obyvateľov v roku 2005. Relatívne vysoká úroveň výskytu AIDS sa vykazuje aj v Estónsku, Španielsku a Lotyšsku, a to 17,1, 15,1 a 13,5 nového prípadu na milión obyvateľov. Spomedzi týchto troch krajín trend klesá v Španielsku a Lotyšsku, ale nie v Estónsku, kde najnovšie údaje naznačujú nárast z 11,9 nového prípadu na milión obyvateľov v roku 2005 na 17,1 na milión obyvateľov v roku 2006. Nárast bol zaznamenaný aj v Litve, a to

z 2,0 nového prípadu na milión obyvateľov v roku 2005 na 5,0 prípadu v roku 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitída B a C

Zatiaľ čo vysoká prevencia infekcie HIV sa vyskytuje iba v niektorých členských štátoch EÚ, vírusová hepatitída a najmä infekcia spôsobená vírusom hepatitídy C (HCV) je medzi injekčnými užívateľmi drog v celej Európe oveľa bežnejšia. Úrovne protilátok HCV medzi národnými vzorkami injekčných užívateľov drog z obdobia 2005 až 2006 sa líšia v rozpätí od približne 15 % do 90 %, pričom väčšina krajín vykazuje bežne úrovne prekračujúce 40 %. Iba niekoľko krajín (Bulharsko, Česká republika, Fínsko) vykazuje prevenciu menšiu ako 25 % v národných vzorkách injekčných užívateľov drog, hoci miery infekcie na tejto úrovni predstavujú závažný problém verejného zdravia ⁽¹³²⁾.

V jednotlivých krajinách sa úrovne prevencie HCV významne líšia, pričom odrážajú regionálne rozdiely a charakteristiky vzorovej populácie. Napríklad v Spojenom kráľovstve miestne štúdie uvádzajú úrovne medzi 29 % až 59 %, pričom v Taliansku je rozpätie rôznych regionálnych odhadov od 40 % do 96 %. Hoci odhady vytvorené zo vzoriek nepravdepodobnosti sa vždy musia dôkladne zvažovať, odchýlky v úrovniach

Prístup k testovaniu a liečbe HIV

Až jedna tretina ľudí s infekciou HIV v Európe nemusí vedieť o tom, že je infikovaná (ECDC, 2007), pričom údaje z niektorých členských štátov EÚ naznačujú, že táto úroveň povedomia môže byť medzi infikovanými IDU ešte nižšia.

V dôsledku toho nebudú môcť mnohí nakazení vírusom využiť výhodu skoršej liečby a starostlivosti. Taktiež môžu prispieť k šíreniu HIV tým, že nevedomky vystavujú iných riziku nákazy. Okrem toho klesá kvalita údajov zhromaždených systémami dohľadu nad HIV.

Predbežné údaje naznačujú, že prístup IDU k antiretrovirusovej liečbe a starostlivosti je neúmerne nízky (Donoghoe a kol., 2007). Účinné prístupy k antiretrovirusovej liečbe musia zohľadniť špecifickú situáciu a potreby IDU. Môžu k nim patriť koexistujúce zdravotné a sociálne problémy (napríklad bezdomovecstvo a chýbajúce poistenie), ale aj predsudky a diskriminácia v zdravotníckych zariadeniach alebo opakované zatýkanie a väznenie.

Na zlepšenie prístupu k testovaniu a liečeniu HIV vypracovalo EMCDDA osobitné pokyny na ponúkanie ročných dobrovoľných lekárskech vyšetrení IDU vrátane testov na HIV a vírusovú hepatitídu ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

⁽¹³¹⁾ Pozri obrázok INF-1 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹³²⁾ Pozri tabuľky INF-111 až INF-113 v štatistickej ročenke 2008.

prevalencie budú mať pravdepodobne významné dôsledky na zacielenie a prípravu programov prevencie a liečby. Okrem toho, pochopenie faktorov zodpovedných za rôzne úrovne infekcie môže pravdepodobne prispieť k vývoju lepších intervenčných stratégií.

Štúdie medzi mladými (do 25 rokov veku) a novými (užívajúcimi drogy injekčne menej než dva roky) injekčnými užívateľmi drog naznačujú, že časový horizont na zabránenie infekcii HCV je krátky, keďže mnohí užívatelia dostanú vírus veľmi skoro po začatí injekčného užívania drog. Nedávne štúdie (2005 až 2006) bežne vykazujú úrovne prevalencie medzi 20 % až 50 %, hoci s významnými odchýlkami medzi vzorkami.

Prevalencia protilátok na vírus hepatitídy B (HBV) sa líši do väčšej miery než prevalencia protilátok na HCV, pravdepodobne čiastočne z dôvodu rozdielov v úrovniach očkovania, hoci úlohy môžu zohrávať aj iné faktory. Najúplnejší dostupný súbor údajov je pre protilátky hlavného antigénu hepatitídy B (anti-HBC), čo naznačuje históriu infekcie. V období 2005 až 2006 šesť z 11 krajín poskytujúcich údaje o injekčných užívateľoch drog vykazovalo úrovne prevalencie anti-HBC viac než 40 %⁽¹³³⁾.

Časové trendy v oznámených prípadoch hepatitídy B a C ukazujú rozdielne obrazy. V prípade hepatitídy B sa zdá, že podiel injekčných užívateľov drog medzi všetkými oznámenými prípadmi mierne klesá, čo možno odráža narastajúci vplyv programov očkovania zacielených na injekčných užívateľov drog. V prípade hepatitídy C podiel injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi klesol v piatich krajinách, ale v ďalších piatich sa zvýšil (Česká republika, Luxembursko, Malta, Švédsko, Spojené kráľovstvo)⁽¹³⁴⁾. V prípade hepatitídy B aj C sa v roku 2006 podiel injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi naďalej významne líšil v rámci jednotlivých krajín, čo naznačuje geografické rozdiely v epidemiológii týchto infekcií, hoci sa nemôže vylúčiť odklon z dôvodu rôznych postupov testovania a vykazovania.

Prevenia infekčných chorôb

Členské štáty EÚ zavádzajú kombináciu niektorých z nasledujúcich opatrení na zníženie šírenia a dôsledkov infekčných chorôb medzi užívateľmi drog: liečenie drogovej závislosti vrátane substitučnej liečby (pozri kapitolu 6), zdravotné informácie a poradenstvo, distribúcia sterilných injekčných materiálov a vzdelávanie v oblasti bezpečnejšieho sexu a užívania drog. Dostupnosť a pokrytie v rámci týchto opatrení sa v jednotlivých krajinách významne líši.

Programy pre injekčné ihly a striekačky, ako aj substitučná liečba závislosti od opiátov, sú dostupné vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku a Nórsku, hoci v ich poskytovaní a cieľovej populácii existujú významné rozdiely. Za posledné desaťročie významne vzrástla úroveň poskytovania substitučnej liečby a služieb na zníženie škôd v Európe. V niektorých krajinách sú však tieto intervencie naďalej obmedzené a všeobecné, v týchto oblastiach je dopyt stále väčší ako ponuka.

Nedávna skupinová štúdia v Amsterdame poukázala na prínos kombinácie dostupnosti udržiavania metadónom a výmeny ihliel, keďže skombinovanie oboch služieb v porovnaní s využívaním len jednej z nich, bolo spojené s nižším výskytom infekcií HCV a HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (Van den Berg a kol., 2007).

Hodnotenie pokrytia programov pre ihly a striekačky je zložité a iba niektoré krajiny poskytujú relevantné údaje. Česká republika má napríklad sieť 90 nízkoprahových zariadení, ktoré ročne využije 25 000 užívateľov drog, z čoho 70 % tvoria injekční užívatelia, a poskytne priemerne 210 striekačiek na jedného injekčného užívateľa drog.

V niekoľkých krajinách sa zaznamenal nárast v počte injekčných ihliel rozdанных v rámci programov pre ihly a striekačky: v Estónsku sa odhadovaný počet injekčných ihliel na jedného injekčného užívateľa v rokoch 2005 až 2006 zdvojnásobil a dosiahol počet 112; v rovnakom období sa v Maďarsku v rámci programov výmeny injekčných ihliel zvýšil obrát ihliel na 56 % a počet klientov na 84 %, vo Fínsku sa naďalej zaznamenáva nárast v počte klientov a rozdанных injekčných ihliel v strediskách zdravotného poradenstva. Vo všetkých krajinách sa však nárast nezaznamenal: na Malte a na Slovensku zostalo v roku 2006 poskytovanie injekčných ihliel stabilné; Poľsko zaznamenalo pokles počtu prevádzkovaných agentúr a pokles o 15 % v počte vymenených ihliel; Rumunsko zaznamenalo 70 % pokles v počte vymenených ihliel v Bukurešti, pričom ako hlavný dôvod sa uvádzajú finančné problémy.

V mnohých krajinách môže stabilizácia alebo pokles v oblasti výmeny ihliel odrážať zmeny v celkových vzorcoch injekčného užívania a dostupnosti liečby: v Luxembursku sa počet rozdанных ihliel v nízkoprahových agentúrach po niekoľkoročnom náraste v roku 2005 stabilizoval a v roku 2006 klesol; najnovšie bol zaznamenaný pokles v poskytovaní ihliel v Portugalsku a Belgicku (Flámskom spoločenstve) a na miestnej úrovni v Nemecku a Holandsku.

Výmena ihliel a nízkoprahové služby môžu poskytovať aj cestu k starostlivosti pre ľudí s nedostatočným prístupom k všeobecným službám. K nim patrí primárna zdravotná starostlivosť, ako aj opatrenia na podporu sexuálneho

⁽¹³³⁾ Pozri tabuľku INF-115 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹³⁴⁾ Pozri tabuľky INF-105 a INF-106 v štatistickej ročenke 2008.

zdravia, akými sú rozdávanie kondómov a lubrikantov a poskytovanie vzdelania v oblasti bezpečnejšieho sexu. Poskytovanie služieb prevencie infekčných chorôb prostredníctvom externých tímov alebo v nízkoprahových zariadeniach je zavedené vo väčšine krajín, hoci služby v tejto oblasti sa stále rozvíjajú. V súčasnosti sa napríklad v Estónsku, Lotyšsku a Litve zavádza nadnárodná nízkoprahová sieť prevencie, ktorá bude využívať spoločné normy služieb a protokoly epidemiologického monitorovania.

Lekárske služby sa poskytujú v nízkoprahových klinikách a v rámci mobilných služieb alebo prostredníctvom programov odporúčaní. Napríklad česká nízkoprahová sieť úzko spolupracuje s regionálnymi službami verejného zdravia, čím sa uľahčuje prístup ku konzultáciám, testovaniu a liečbe somatických komorbidít, a najmä vírusovej hepatitídy. V Bulharsku poskytlo v roku 2006 mobilné chirurgické zariadenie v Burgase pri Čiernom mori 750 konzultácií. Niekoľko dánskych obcí získalo štátne financie na programy zdravotnej starostlivosti zacielené na najzraniteľnejších užívateľov drog. Okrem toho, v roku 2008 bol v Kodani zavedený trojročný

pilotný program projektu zdravej miestnosti, v ktorom sa kombinuje zdravotná starostlivosť s opatreniami sociálneho poradenstva a nízkoprahovým prístupom.

Prevencia vírusovej hepatitídy

V roku 2006 niekoľko krajín zaznamenalo iniciatívy na predchádzanie šíreniu vírusovej hepatitídy. Napríklad v Luxembursku sa po výsledkoch projektu akčného výskumu posilnilo poskytovanie poradenstva o bezpečnejšom užívaní drog pre mladých a nových užívateľov drog a zlepšil sa voľný prístup k injekčnému vybaveniu pre injekčných užívateľov drog. V Dánsku sú od roku 2006 voľne dostupné očkovania proti hepatitíde A a B pre užívateľov drog a ich partnerov a obce musia v súčasnosti poskytovať úplné služby v oblasti infekčných chorôb pre injekčných užívateľov drog. A nakoniec, v roku 2007 bola v Írsku pracovná skupina pre HCV poverená vypracovaním národnej stratégie na sledovanie, vzdelávanie a liečbu.

Dôležitým prostredím na intervencie zamerané na infekčné choroby súvisiace s drogami a na poskytovanie zdravotných služieb obyvateľstvu, ktoré sa k nim inak ťažko dostane, sú väznice (pozri kapitolu 2). Nedávne výskumy uvádzajú, že je dôležité poskytovať testovanie na vírusy ľuďom, ktorí niekedy v živote užívali nezákonne drogy, a ukázalo sa, že zisťovanie chronickej infekcie hepatitídy C pri nástupe do väzby je nákladovo efektívne opatrenie (Sutton a kol., 2006). Okrem ľudí s infekciami, ktorí dostávajú potrebnú liečbu a starostlivosť, môžu užívatelia drog vo väzení využívať výhody mnohých intervencií, ako napríklad zdravotného vzdelávania a imunizácie hepatitídy B ⁽¹³⁵⁾.

Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami

Užívanie drog je jednou z hlavných príčin zdravotných problémov a úmrtí medzi mladými ľuďmi v Európe. Vysoká úmrtnosť vyplývajúca z užívania opiátov je doložená najmä v medzinárodnej štúdii podporovanej centrom EMCDDA, v ktorej sa zistilo, že v siedmich európskych mestských oblastiach sa 10 % až 23 % miery úmrtnosti medzi ľuďmi vo veku 15 až 49 rokov dá pripísať užívaniu opiátov (Bargagli a kol., 2005).

Kľúčový ukazovateľ centra EMCDDA Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami medzi užívateľmi drog monitoruje najmä úmrtia zapríčinené užívaním opiátov (úmrtia vyvolané drogami) a v užšej miere aj celkovú úmrtnosť medzi užívateľmi drog, k čomu patria aj úmrtia spojené s rôznymi inými zdravotnými a sociálnymi problémami.

Očkovanie proti hepatitíde B u užívateľov drog

Prenos vírusu hepatitídy B (HBV) medzi IDU pokračuje, pričom miery aktívnej infekcie HBV medzi nimi (prevalencia HBsAg) zostávajú vysoké vo väčšine krajín v porovnaní so všeobecnou populáciou ⁽¹⁾. Očkovanie sa považuje za najúčinnéjšie opatrenie na prevenciu infekcie vírusu HBV a jej následkov. V súlade s odporúčaním WHO z roku 1991 prijala väčšina členských štátov EÚ, hoci nie všetky, univerzálne očkovanie proti tomuto vírusu. Politiky očkovania malých detí však ovplyvnia najmä budúce generácie užívateľov drog. S cieľom obmedziť šírenie infekcie ešte skôr prijala vyše polovica členských štátov EÚ očkovacie programy špeciálne zamerané na užívateľov, ktorí injekčne užívajú drogy. Rozsah týchto programov je však v jednotlivých krajinách rôzny a tretina členských štátov EÚ ešte stále nemá žiadne špeciálne očkovacie programy pre užívateľov drog.

Očkovacie programy určené užívateľom drog často čelia problémom nízkeho dodržiavania, čo má za následok nedokončenie očkovacích cyklov. Vzhľadom na dostupnosť bezpečnej a účinnej vakcíny môžu stratégie na dosiahnutie vyšších úrovní imunizácie medzi ohrozenými osobami zahŕňať flexibilný prístup tak, aby sa zamerali na začínajúcich užívateľov drog a zasiahli komunity s vyššou prevalenciou užívania drog. Opakované ponuky na očkovanie a ďalšie dávky pre osoby so zníženou imunitou môžu taktiež pomôcť dosiahnuť lepšie výsledky v imunizácii. To môže vyžadovať, aby členské štáty EÚ prehodnotili a prípadne vylepšili svoje politiky s cieľom zníženia výskytu chronickej infekcie HBV a jej následkov.

⁽¹⁾ Pozri tabuľku INF-106 a INF-114 v štatistickej ročenke 2008.

Úmrtia vyvolané drogami

Definícia centra EMCDDA úmrtí vyvolaných drogami ⁽¹³⁶⁾ sa vzťahuje na tie úmrtia, ktoré sú priamo spôsobené (otrávením alebo predávkovaním) konzumáciou jednej alebo viacerých drog, pričom minimálne jedna látka je nezákonnou drogou. Počet užívateľov drog, ich formy užívania drog (injekčne, užívanie viacerých drog) a dostupnosť liečby, ako aj pohotovostných služieb, patria k faktorom, ktoré ovplyvňujú celkový počet takýchto úmrtí v spoločnosti. Vo všeobecnosti úmrtia vyvolané drogami nastanú krátko po konzumácii látky (látok).

Zlepšenia v kvalite a spoľahlivosti európskych údajov v posledných rokoch umožnili lepší opis celkových a národných trendov a väčšina krajín v súčasnosti prijíma definíciu podľa znenia centra EMCDDA ⁽¹³⁷⁾. Rozdiely v kvalite vykazovania medzi jednotlivými krajinami však znamenajú, že akékoľvek priame porovnania sa musia vykonávať opatrne.

V období rokov 1990 až 2005 sa v každom členskom štáte EÚ zaznamenalo každoročne 6 500 až 8 500 úmrtí, čo je celkom až 130 000 úmrtí. Tieto údaje by sa mali považovať za minimálny odhad ⁽¹³⁸⁾.

Úmrtnosť populácie v dôsledku úmrtí spôsobených drogami sa medzi jednotlivými krajinami do veľkej miery líši, od 3 až 5 do viac než 70 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov (priemerne 21 úmrtí na milión obyvateľov). Miera úmrtnosti nad 20 úmrtí na milión obyvateľov je v 16 európskych krajinách a nad 40 úmrtí na milión obyvateľov v piatich krajinách. Medzi mužmi vo veku 15 až 39 rokov je miera úmrtnosti v priemere vo väčšine krajín dvojnásobná (priemerne 44 úmrtí na milión obyvateľov v Európe). V rokoch 2005 až 2006 úmrtia vyvolané drogami predstavovali 3,5 % všetkých úmrtí medzi Európanmi vo veku 15 až 39 rokov a viac ako 7 % v ôsmich krajinách ⁽¹³⁹⁾ (obrázok 11).

V oblasti úmrtnosti a iných dôsledkov nefatálnych predávkovaní je stále výskum obmedzený, rovnako ako snahy vynaložené na prevenciu; sú však dôkazy, že tento počet je vysoký. V štúdiách sa odhaduje, že na jedno smrteľné predávkovanie pripadá 20 až 25 nefatálnych predávkovaní. Hoci je zložité určiť, či sa tieto odhady môžu vzťahovať na Európsku úniu ako celok, v tomto odhade by to predstavovalo približne 120 000 až 175 000 nefatálnych predávkovaní ročne.

Úmrtnosť súvisiaca s drogami: komplexná koncepcia

Vedecké aj politické diskusie o úmrtnosti súvisiacej s drogami sú obmedzované množstvom koncepcií a definícií používaných v tejto oblasti. Ak sa použijú veľmi široké a obsažné koncepcie, údaje môžu mať nízku hodnotu na pochopenie sprievodných faktorov spojených s úmrtnosťou súvisiacou s drogami. Ak sa napríklad zoskupia všetky úmrtia s pozitívnym toxikologickým vyšetrením, táto skupina bude obsahovať prípady, keď drogy zohrávali priamu príčinnú úlohu, nepriamu úlohu alebo nehrali žiadnu úlohu.

Ďalšou dôležitou otázkou sú uvažované látky, ktoré môže byť obmedzené len na nezákonné drogy alebo rozšírené aj na iné psychoaktívne látky a lieky. V druhom prípade môže byť zložité rozlíšiť úmrtia, ktoré môžu primárne súvisieť s problémami duševného zdravia (napr. samovražda z dôvodu depresie), od úmrtí, ktoré je možné pripísať užívaniu látky. Mnohé úmrtia vyvolané drogami sú navyše v skutočnosti úmrtia spôsobené viacerými drogami a pochopenie príslušnej úlohy jednotlivých drog môže byť zložité.

Úmrtnosť súvisiaca s drogami koncepcie pozostáva z dvoch širokých zložiek. Prvá a najlepšie zdokumentovaná sa vzťahuje na úmrtia priamo spôsobené pôsobením jednej alebo viacerých drog. Tieto úmrtia sa spravidla nazývajú predávkovania, otravy a úmrtia vyvolané drogami. Druhá zložka je širšia a vzťahuje sa na úmrtia, ktoré nemožno priamo pripísať farmakologickému pôsobeniu drog, ale napriek tomu súvisia s ich užívaním: dlhodobé následky infekčných chorôb, interakcie s problémami duševného zdravia (napr. samovražda) alebo s inými okolnosťami (napr. dopravné nehody). Existujú aj ďalšie úmrtia súvisiace s drogami, ale spôsobené vedľajšími dôvodmi (napr. násilie súvisiace s obchodovaním s drogami).

Aktuálny prístup centra EMCDDA k vykazovaniu celkovej úmrtnosti súvisiacej s drogami je založený na odhade úmrtnosti medzi skupinami problémových užívateľov drog. Skúmajú sa však aj iné prístupy, pri ktorých je možné skombinovať údaje z rozličných zdrojov na odhad celkovej úmrtnosti, ktorú je možné pripísať drogám, v komunite (pozri Celková úmrtnosť súvisiaca s drogami, s. 86).

Úmrtia súvisiace s opíátmi

Heroín

Predávkovanie opíátmi je jednou z hlavných príčin úmrtia medzi mladými ľuďmi v Európe, najmä medzi mužmi v mestských oblastiach ⁽¹⁴⁰⁾. Opíáty, najmä heroín alebo jeho metabolity, sú prítomné vo väčšine prípadov úmrtí vyvolaných drogami, ktoré boli zaznamenané v Európskej únii a predstavujú 55 % až 100 % všetkých prípadov, pričom

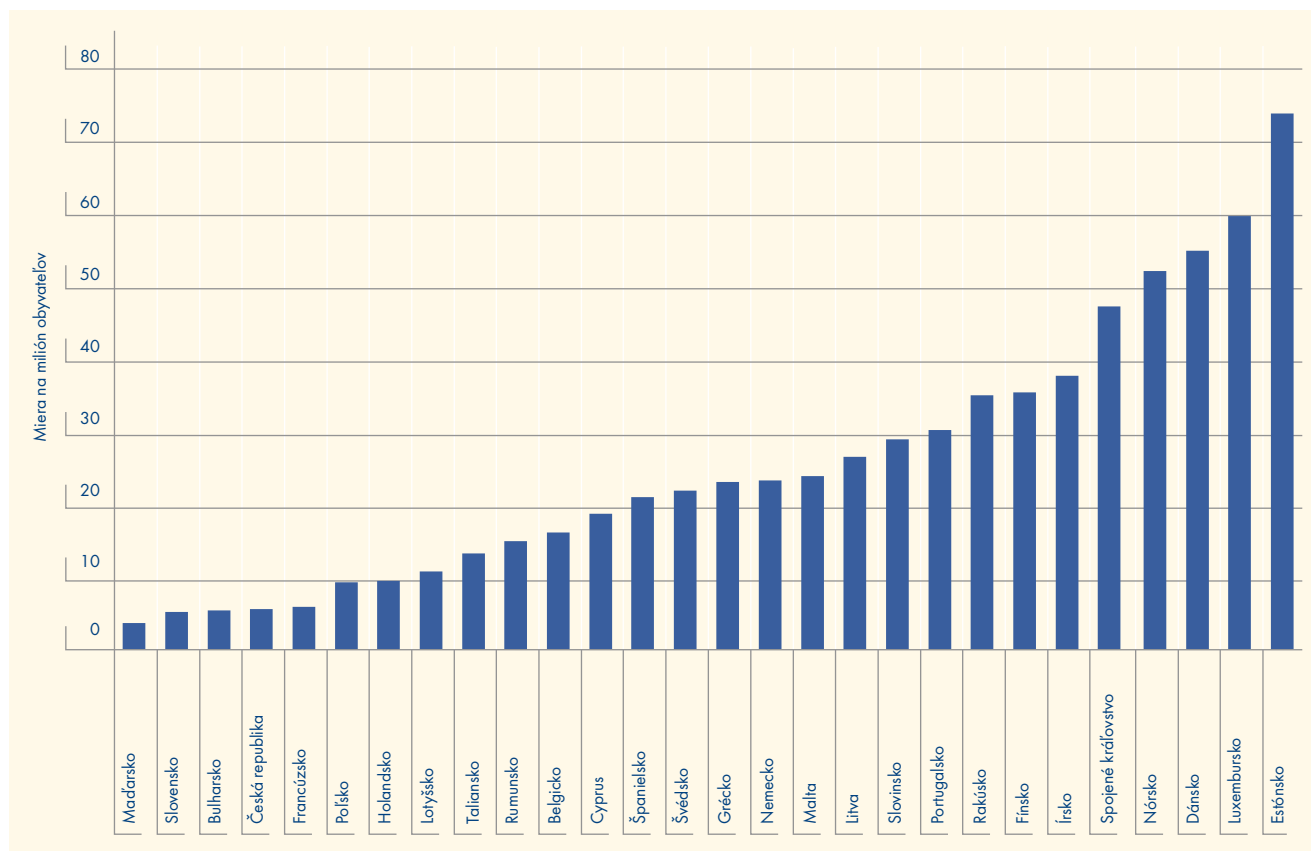
⁽¹³⁶⁾ V súčasnosti sa prijíma termín úmrtia vyvolané drogami, keďže presnejšie vyjadruje podstatu definície.

⁽¹³⁷⁾ Pozri podrobné metodologické informácie o úmrtiach spojených s drogami v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹³⁸⁾ Pozri tabuľku DRD-2 časť (i) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹³⁹⁾ Pozri tabuľku DRD-5 a obrázok DRD-7 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Keďže väčšina prípadov nahlásených centru EMCDDA sú predávkovania opíátmi, na opis opíátových prípadov sa používajú všeobecné charakteristiky úmrtí vyvolaných drogami.

Obrázok 11: Úmrtnosť u všetkých dospelých (15 – 64 rokov) z dôvodu úmrtí vyvolaných drogami

Pozn.: Pre Českú republiku sa použila definícia výberu D EMCDDA namiesto národnej definície, pre Spojené kráľovstvo sa použila definícia protidrogovej stratégie, pre Rumunsko sa údaje vzťahujú len na Bukurešť a niekoľko územných celkov v oblasti pôsobnosti bukurešťského toxikologického laboratória. Výpočty úmrtnosti medzi obyvateľstvom sú založené na počte obyvateľov v roku 2005 podľa údajov Eurostatu. Porovnanie mier medzi obyvateľstvom je potrebné brať s opatrnosťou, pretože existujú určité rozdiely v definícii prípadov a kvalite vykazovania. Intervaly spoľahlivosti a ďalšie informácie o údajoch sa nachádzajú na obrázku DRD-7 časť (i) v štatistickej ročenke 2008.

Zdroje: Národné správy siete Reitox 2007 prevzaté zo všeobecných registrov úmrtnosti alebo špeciálnych registrov (súdnych alebo policajných) a Eurostat

viac než polovica krajín vykazuje pomer viac než 80 % ⁽¹⁴¹⁾. V toxikologických správach o úmrtiach pripísaných heroínu sa často nachádzajú aj iné látky, ktoré môžu zohrávať úlohu. Najčastejšie uvádzanými sú alkohol, benzodiazepíny, iné opiáty a v niektorých krajinách kokaín. Nedávna práca centra EMCDDA, na ktorej sa podieľalo deväť krajín, uvádza, že v toxikologických výsledkoch 60 % až 90 % úmrtí vyvolaných opiátmi sa uvádza viac než jedna droga. To naznačuje, že významný podiel na úmrtnosti vyvolanej drogami môže mať užívanie viacerých drog.

Väčšinu úmrtí na predávkovanie opiátmi (60 až 95 %) predstavujú muži, najmä vo veku 20 až 40 rokov, pričom priemerný vek je vo väčšine krajín 35 rokov ⁽¹⁴²⁾. V mnohých krajinách sa priemerný vek umierajúcich na predávkovanie zvyšuje, čo naznačuje možnú stabilizáciu alebo pokles počtu mladých užívateľov heroínu. Inde (Bulharsko, Estónsko, Rumunsko, Rakúsko) bol však zaznamenaný relatívne vysoký podiel úmrtí na

predávkovaním medzi mladými vo veku do 25 rokov, čo môže naznačovať, že v týchto krajinách užíva heroín alebo injekčné drogy mladšia populácia ⁽¹⁴³⁾.

Metadón a buprenorfín

Výskum ukazuje, že substitučná liečba znižuje riziko smrteľného predávkovania. Každý rok je však zaznamenaných množstvo úmrtí spojených s opiátovými substitučnými liekmi, a to najmä z dôvodu ich zneužívania, alebo v menšom počte prípadov, problémov počas liečby ⁽¹⁴⁴⁾.

Prítomnosť metadónu na vysokom podiele úmrtí vyvolaných drogami zaznamenáva niekoľko krajín, hoci pre chýbajúce spoločné normy vykazovania je úloha, ktorú táto látka zohráva, často nejasná. Ku krajinám, ktoré zaznamenali nezanedbateľné množstvo úmrtí súvisiacich s prítomnosťou metadónu, patria Dánsko, Nemecko, Spojené kráľovstvo a Nórsko; iné krajiny takéto prípady buď nevykazujú,

⁽¹⁴¹⁾ Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴²⁾ Pozri tabuľku DRD-1 časť (i) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴³⁾ Pozri obrázky DRD-2, DRD-3 a DRD-4 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Pozri časť Úmrtia súvisiace so substitučnou liečbou.

alebo iba v obmedzenom množstve ⁽¹⁴⁵⁾. V Spojených štátoch bol zaznamenaný zreteľný nárast úmrtí súvisiacich s metadónom od roku 1999. Väčšina týchto úmrtí sa dá pripísať zneužívaniu metadónu z nemocníc, lekární, ambulancií a lekárov predpisujúcich lieky na bolesť, zatiaľ čo iba obmedzené množstvo sa dá pripísať metadónu získanému zo substitučných programov ⁽¹⁴⁶⁾.

Úmrtia spôsobené otravou buprenorfinom sa zdajú byť zriedkavé vzhľadom na čoraz častejšie používanie tejto látky v substitučných programoch v mnohých európskych krajinách. Vo Francúzsku bolo zaznamenaných veľmi málo úmrtí, hoci počet užívateľov drog dostávajúcích buprenorfinovú liečbu je vysoký (76 000 až 90 000). Vo Fínsku je však buprenorfin prítomný pri väčšine úmrtí vyvolaných drogami, a to zvyčajne v kombinácii so sedatívami alebo alkoholom, ako aj po injekčnom podaní ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

Nedávno bola zaznamenaná znepokojujúca epidémia smrteľných otráv 3-metylfentanylom v Estónsku na základe posmrtných forenzných toxikologických nálezov, pričom v roku 2005 sa vyskytlo 46 smrteľných otráv a v roku 2006 71 (Ojanperä a kol., v tlači). Okrem toho, predbežné zistenia z Estónska uvádzajú, že v roku 2004 sa s rovnakou látkou spájalo 85 úmrtí. Sporadické správy o úmrtiach spôsobených fentanylom prichádzajú aj z iných európskych krajín a nedávno boli epidémie úmrtí, väčšinou krátkodobé, zaznamenané v USA; v rokoch 2005 až 2007 bolo napríklad v Chicagu pripísaných fentanylu 350 úmrtí (Denton a kol., 2008). Vysoký potenciál tejto látky môže zvyšovať riziko predávkovania drogami, pričom pri toxikologickom skríningu sa môže prehliadnuť. Zvýšená nezákonná produkcia a používanie fentanylu predstavuje preto výzvu pre existujúce systémy monitorovania, ako aj reakcie verejného zdravotníctva.

Úmrtia súvisiace s inými drogami ⁽¹⁴⁸⁾

Úmrtia vyvolané kokaínom sa definujú a identifikujú ťažšie ako úmrtia súvisiace s opíátmi (pozri vybranú otázku o kokaíne 2007). Úmrtia priamo spôsobené farmakologickým predávkovaním nie sú netypické a zvyčajne sa spájajú s veľmi veľkými dávkami kokaínu. Na druhej strane, väčšina úmrtí spôsobených kokaínom sa zdá byť výsledkom chronickej toxicity drogy vedúcej k srdcovocievny a neurologickým komplikáciám. Úloha kokaínu pri týchto úmrtiach sa nedá vždy určiť, preto sa tieto úmrtia nedajú vždy zaznamenať ako súvisiace

Úmrtia súvisiace so substitučnou liečbou

Výskum preukázal, že riziko predávkovania sa značne znižuje, keď sú užívatelia heroínu v metadonovej substitučnej liečbe. Nedávna skupinová štúdia, ktorá zahŕňala vyše 5 000 užívateľov heroínu, napríklad zistila, že riziko úmrtia na predávkovanie je deväťnásobne nižšie, keď užívatelia boli v substitučnej liečbe v porovnaní s tým, keď sa zúčastňovali iného typu liečby alebo sa nezúčastňovali žiadnej liečby (Brugal a kol., 2005).

Metadon sa však uvádza v toxikologických záznamoch o niektorých úmrtiach. Hoci to vo všetkých prípadoch neznamena existenciu priamej príčinnej súvislosti, môže byť prítomný ako iná droga alebo faktor. Úmrtia z predávkovania sa však môžu vyskytnúť a medzi súvisiace faktory patria: zmeny tolerancie, prílišná dávka, nevhodné užitie a užitie drogy na iné ako terapeutické účely.

Opatrenia na predchádzanie zneužívaniu metadonu na nezákonnom trhu sú spojené so znížením počtu hlásených úmrtí súvisiacich s metadónom v Spojenom kráľovstve (Zador a kol., 2006) a celkovo, vhodné postupy pri substitučnej liečbe môžu byť dôležitou zložkou pri znižovaní rizika úmrtí súvisiacich s metadónom. Je preto pravdepodobné, že zdravie pacienta aj komunity sa ochráni zlepšením: štandardov kvality liečby vrátane praxe predpisovania, monitorovania pacientov počas úvodných fáz liečby, monitorovania možných kardiotoxicít, informácií o rizikách užívania iných liekov alebo psychoaktívnych látok a pravidiel vydávania látok na zníženie rizika zneužitia.

Dramatické rozšírenie metadonovej liečby v Európe sa neodrazilo v súbežnom náraste úmrtí súvisiacich s metadónom. Štúdia vykonaná v Spojenom kráľovstve zistila, že v rokoch 1993 až 2004 sa celkové množstvo predpísaného orálneho metadonu zvýšilo 3,6-násobne, zatiaľ čo počet úmrtí súvisiacich s metadónom poklesol z 226 na 194 (Morgan a kol., 2006). To predstavuje pokles úmrtnosti súvisiacej s metadónom z 13 na 1 000 pacientov za rok v roku 1993 na 3,1 na 1 000 pacientov za rok v roku 2004. Hoci by podobné štúdie v iných krajinách boli užitočné, dostupné dôkazy naznačujú, že úmrtia súvisiace s metadónom sú pravdepodobnejšie spojené s nedostatkami v praxi predpisovania než s celkovou úrovňou substitučnej liečby.

s kokaínom. Interpretácia údajov o úmrtiach pripísaných kokaínu sa ďalej komplikuje prítomnosťou iných látok v mnohých prípadoch, čím sa sťažuje vyvodzovanie príčinných súvislostí.

V roku 2006 bolo v 14 členských štátoch zaznamenaných 450 úmrtí súvisiacich s kokaínom, hoci je pravdepodobné, že tento počet úmrtí vyvolaných kokaínom je v Európskej únii podhodnotený.

⁽¹⁴⁵⁾ Pozri tabuľku DRD-108 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Dokument 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

⁽¹⁴⁷⁾ Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke DRD-108 v štatistickej ročenke 2008 a vo výročnej správe za rok 2008.

⁽¹⁴⁸⁾ Pozri tabuľku DRD-108 v štatistickej ročenke 2008.

Úmrtia, pri ktorých je prítomná extáza, sú naďalej zriedkavé. Väčšina úmrtí súvisiacich s prítomnosťou extázy je zaznamenaná v Spojenom kráľovstve, ale v mnohých prípadoch sa táto droga nedá určiť ako priama príčina smrti.

Zatiaľ čo úmrtia súvisiace s amfetamínmi sa v Európe tiež zaznamenávajú zriedkavo, v Českej republike bolo veľké množstvo úmrtí vyvolaných drogami pripísaných pervitínu (metamfetamín). Vo Fínsku bolo zaznamenaných 64 úmrtí, pri ktorých boli toxikologicky určené amfetamíny, hoci to nevyhnutne neznamená, že táto droga bola priamou príčinou smrti.

Trendy v úmrtiach vyvolaných drogami

Úmrtia spôsobené drogami sa v Európe počas 80. a na začiatku 90. rokov zvyšovali, pravdepodobne súčasne s nárastom užívania heroínu a injekčného užívania drog, a potom sa ustálili na vysokej úrovni ⁽¹⁴⁹⁾. Údaje z krajín s dlhšími časovými intervalmi však naznačujú meniace sa trendy: v niektorých krajinách (napr. Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko) dosiahli úmrtia vrchol v prvej polovici 90. rokov, pričom neskôr táto miera klesla; v iných krajinách (napr. Írsko, Grécko, Portugalsko, Fínsko, Švédsko, Nórsko) počet úmrtí dosiahol vrchol okolo roku 2000 a potom táto miera klesla; a v niektorých krajinách (napr. Dánsko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo) sa pozoroval stúpajúci trend, ale bez jednoznačného vrcholu ⁽¹⁵⁰⁾.

Trendy v oblasti úmrtí spôsobených drogami v období 2001 až 2005/2006 sa ťažšie opisujú. V prvých rokoch desaťročia (2000 až 2003) zaznamenali mnohé krajiny EÚ pokles a úmrtia vyvolané drogami celkovo klesli o 3 % v roku 2001, 14 % v roku 2002 a 7 % v roku 2003 ⁽¹⁵¹⁾. V rokoch 2004 a 2005 však väčšina európskych krajín zaznamenala malý nárast. S tým môže súvisieť množstvo faktorov vrátane: nárastu užívania viacerých drog, možného rastu dostupnosti heroínu alebo starnutím populácie chronických užívateľov drog ⁽¹⁵²⁾.

Z dôvodu nedostatočných údajov z niektorých väčších krajín zostávajú celkové odhady počtu úmrtí vyvolaných drogami za rok 2006 provizórne. Dostupné údaje z 18 krajín však naznačujú malý pokles v porovnaní s rokom 2005.

V počte úmrtí vyvolaných drogami v prípade užívateľov mladších ako 25 rokov sa v Európe zaznamenal mierny celkový pokles, pričom v členských štátoch, ktoré vstúpili do Európskej únie po roku 2004 sa až doteraz zaznamenáva nárast v počte úmrtí v tejto vekovej skupine ⁽¹⁵³⁾. Nárast v podiele mladších prípadov sa však

pozoroval v posledných rokoch v Grécku, Luxembursku a Rakúsku a v menšej miere v Bulharsku, Lotyšsku a Holandsku ⁽¹⁵⁴⁾. Toto pozorovanie vyžaduje ďalšie skúmanie, keďže môže poukazovať na zvyšovanie počtu mladých ľudí užívajúcich opiáty v týchto krajinách.

Celková úmrtnosť súvisiaca s drogami

Nedávna štúdia zistila, že užívatelia opiátov získaní pre liečbu v ôsmich lokalitách (siedmich mestách a jednej krajine) Európy mali veľmi vysokú úmrtnosť v porovnaní s ich rovesníkmi rovnakého veku (pozri EMCDDA, 2006). Iné skupinovú štúdiu zistili úmrtnosť šesťkrát až 54-krát vyššiu medzi užívateľmi drog než medzi širokou verejnosťou. Tieto rozdiely vyplývajú najmä z predávkovania drogami, hoci dôležité sú aj iné faktory a v niektorých krajinách zohrávajú významnú úlohu aj úmrtia na AIDS. Darke a kol. (2007) vymedzili štyri kategórie úmrtí užívateľov drog: predávkovanie (vrátane intoxikácie alkoholom), choroby, samovraždy a úrazy. V oblasti chorôb sa s užívaním drog spájajú podmienky súvisiace s vírusmi prenášanými krvou (HIV, HCV a HBV, pozri vyššie), nádory, ochorenia pečene a ochorenia obehovej a dýchacej sústavy. K úrazom patria väčšinou nehody, vraždy a iné druhy násilia.

V nedávnej nórskej štúdii skupiny užívateľov drog podrobujúcich sa drogovému liečeniu sa zistilo, že zo 189 zaznamenaných úmrtí, v ktorých bola známa príčina, bolo za polovicu z nich zodpovedné predávkovanie. Choroby, najmä AIDS a ochorenia pečene, boli zodpovedné takmer za ďalšiu štvrtinu, kým samovraždy a úrazy za jednu desatinu a otrava alkoholom za približne 2 % z nich (obrázok 12). Je potrebné poznamenať, že podiel úmrtí na AIDS môže byť podstatne vyšší v krajinách s vysokou prevenciou HIV medzi užívateľmi drog.

Spoločné štúdie sú cenným nástrojom na odhadovanie a pochopenie celkovej úmrtnosti súvisiacej s užívaním drog, ale zlepšiť pochopenie problému a poskytnúť prehľad na národnej úrovni môžu aj iné prístupy. Centrum EMCDDA v súčasnosti skúma niekoľko nových metód v tejto oblasti v úzkej spolupráci s členskými štátmi s cieľom zaviesť ich na úrovni EÚ. V jednom z týchto prístupov sa úmrtnosť extrapoluje zo spoločných štúdií do miestnych (Bargagli a kol., 2005) alebo národných odhadov problémových užívateľov drog (Cruts a kol., 2008). V ďalšom prístupe sa používajú zlomky pripísateľné drogám odvodené z rôznych štúdií na príčiny

⁽¹⁴⁹⁾ Pozri obrázok DRD-8 v štatistickej ročenke 2008. Z historických dôvodov sa tento trend týka krajín EÚ 15 a Nórska.

⁽¹⁵⁰⁾ Pozri obrázok DRD-11 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Uvedené údaje sa líšia od údajov uvádzaných v minulých rokoch z dôvodu zmien v definícii prípadov alebo pokrytia v Dánsku, Španielsku, Francúzsku a Spojenom kráľovstve, ako aj aktualizácií v niektorých krajinách.

⁽¹⁵²⁾ Pozri časť Ukazovatele opiátov už neklesajú s. 71 a tabuľku DRD-2 časť (i) a obrázok DRD-12 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁵³⁾ Pozri obrázok DRD-13 časť (i) v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Pozri obrázok DRD-9 v štatistickej ročenke 2008.

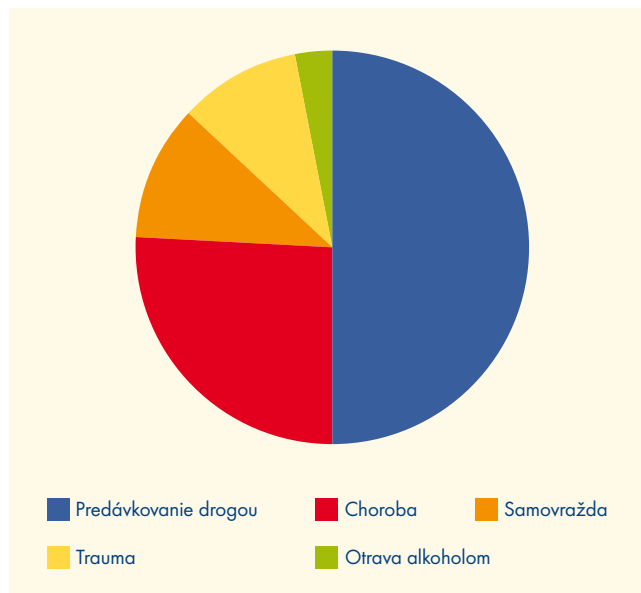
úmrtia, ktoré sa najčastejšie spájajú s užívaním drog (napr. AIDS, nehody, samovraždy a otravy) a ktoré sa zaznamenávajú v matrikách obyvateľstva.

Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog

Úmrtia na AIDS pripísané injekčnému užívaniu drog tvoria ďalšiu významnú príčinu smrti. Na základe údajov z Eurostatu a EuroHIV (koncoročná správa za roky 2005, 2006) sa dá odhadnúť, že v roku 2003 zomrelo na AIDS v súvislosti s užívaním drog viac než 2 600 ľudí⁽¹⁵⁵⁾. Väčšina týchto úmrtí bola zaznamenaná v niekoľkých krajinách, pričom viac než 90 % z nich sa vyskytlo v Španielsku, Francúzsku, Taliansku a Portugalsku. Úmrtnosť na AIDS dosiahla vrchol v polovici 90. rokov a významne klesla po zavedení a zvýšenom pokrytí liečby HAART.

S výnimkou Španielska, Talianska a najmä Portugalska je úmrtnosť populácie v dôsledku AIDS, ktorá sa dá pripísať injekčnému užívaniu drog, nízka. A v mnohých krajinách je úmrtnosť na predávkovanie medzi užívateľmi drog vyššia ako na AIDS⁽¹⁵⁶⁾. Počet úmrtí z iných príčin (napr. dôsledky iných infekčných chorôb, násilia a nehôd) je ťažké v súčasnosti hodnotiť, a je potrebné zlepšiť zber a odhad údajov v tejto oblasti (pozri predchádzajúcu časť).

Obrázok 12: Známe príčiny úmrtí v skupine užívateľov drog v Nórsku



Pozn.: Údaje pochádzajú zo štúdie na vzorke 501 užívateľov drog prijatých do liečby závislosti od drog v období 1981 – 1991. Do roku 2003 bolo zaznamenaných 189 úmrtí, z čoho v 14 prípadoch sa príčina smrti nedala určiť.

Zdroj: Ødegard, E., Amundsen, E. J. a Kielland, K. B. (2007), Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach, *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176 – 182.

Samovražda sa zdá byť častou príčinou úmrtí medzi užívateľmi drog. V prehľade literatúry (Darke a Ross, 2002) sa odhaľuje, že miera samovrážd medzi užívateľmi heroínu je 14-krát vyššia než medzi bežnou populáciou.

Znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami

Zníženie úmrtí súvisiacich s drogami je cieľom väčšiny národných protidrogových stratégií, ale len niekoľko krajín prijalo akčné plány alebo poskytuje systematické usmernenia o opatreniach, ktoré treba prijať. V roku 2007 však Ministerstvo zdravotníctva Spojeného kráľovstva vydalo nové usmernenia o klinickom riadení užívania drog a drogovej závislosti, v ktorých sa stanovujú osobitné činnosti na prevenciu úmrtí súvisiacich s drogami.

Prispenie k takejto liečbe vrátane substitučnej a psychosociálnej starostlivosti a psychoterapie môže pomôcť znížiť úmrtnosť medzi užívateľmi drog, ako sa ukázalo v perspektívnej dlhodobej štúdii v Taliansku (Davoli a kol., 2007). Štúdia bola vykonaná v skupine 10 454 užívateľov heroínu, ktorí využili verejné služby liečenia v rokoch 1998 až 2001, a hodnotila udržanie v liečbe a úmrtnosť na predávkovanie. Riziko úmrtia v skupine sa priemerne zvyšovalo o faktor 10 v porovnaní s bežnou populáciou. Hoci bolo medzi užívateľmi drog podstupujúcimi liečenie riziko úmrtia štyrikrát väčšie ako v prípade bežnej populácie, užívatelia, ktorí liečbu prerušili, mali 20-krát väčšiu pravdepodobnosť úmrtia.

Cielené rozširovanie informácií o rizikách predávkovania a riadenia prostredníctvom letákov, brožúr a plagátov je bežnou praxou vo väčšine krajín. Okrem toho, v polovici členských štátov sa konajú školiace semináre na zvýšenie vedomostí a zručností pri riadení predávkovania. Toto školenie môže pomôcť užívateľom drog, ich príbuzným, ako aj zamestnancom, a bežne obsahuje informácie o osobitných rizikách vrátane znižujúcej sa tolerance po obdobiach abstinencie; účinkoch užívaní viacerých drog, najmä súčasného užívania alkoholu a užívania drog v neprítomnosti inej osoby, ako aj zručností pri podávaní prvej pomoci. V Taliansku sa konajú kombinované školenia o reakcii v prípade predávkovania s vydávaním naloxonu na domáce použitie v polovici zariadení na liečenie závislosti v rámci koordinácie verejného zdravia.

Proaktívne monitorovanie psychosociálneho zdravia užívateľov drog vrátane užívateľov v substitučnej liečbe môže byť hodnotné, pretože predávkovania drogami sa v množstve prípadov spúšťajú po predchádzajúcich

⁽¹⁵⁵⁾ Rok 2003 sa považuje za rok s najaktuálnejšími informáciami z takmer všetkých členských štátov týkajúcimi sa príčin úmrtí, ktoré sú dostupné prostredníctvom Eurostatu. Podrobné informácie o zdrojoch, počtoch a výpočtoch sa nachádzajú v tabuľke DRD-5 v štatistickej ročenke 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Pozri obrázok DRD-7 časť (ii) v štatistickej ročenke 2008.

zdravotných alebo sociálnych problémoch a miera neúmyselného predávkovania môže byť vysoká (Oliver a kol., 2007).

Ďalšou výzvou v mnohých krajinách je to, že zdravotné a sociálne služby riešia starnutie populácie dlhodobých

užívateľov drog, ktorí môžu byť náchylnejší na predávkovanie, ako aj množstvo negatívnych zdravotných dôsledkov. Najmä injekční užívatelia drog môžu trpieť ťažkými somatickými chorobami, najmä chronickými infekciami pečene, pričom ich zraniteľnosť sa ďalej zvyšuje.

Zvýšené riziko úmrtia vyvolaného drogami po odpykaní trestu alebo ukončení liečby

Podľa štúdií uskutočnených v Európe aj inde je riziko úmrtia vyvolaného drogami zakrátko po prepustení z väzenia alebo pri relapse po liečbe značne vyššie.

V nedávnej štúdii uskutočnenej v Spojenom kráľovstve (Anglicko a Wales) sa porovnali záznamy o takmer 49 000 väzňoch prepustených v rokoch 1998 až 2000 s úmrtiami zaznamenanými do novembra 2003 (Farrell a Marsden, 2008). Zo 442 úmrtí, ktoré sa vo vzorke vyskytli počas tohto obdobia väčšina (59 %) súvisela s drogami. V roku nasledujúcom po prepustení bola úmrtnosť súvisiaca s drogami 5,2 na 1 000 mužov a 5,9 na 1 000 žien.

V období bezprostredne po prepustení sa očakávané miery prekročili viac než 10-násobne u žien a viac než 8-násobne u mužov. Všetky úmrtia žien a 95 % úmrtí mužov, ktoré sa vyskytli počas prvých dvoch týždňov po prepustení, súviseli s drogami, a dali sa pripísať predávkovaniu drogami alebo,

všeobecnejšie, nesprávnemu užívaniu látky. Záznamy súdnych lekárov uvádzajú účasť opiátov na 95 % úmrtí súvisiacich s drogami, benzodiazepínov na 20 %, kokaínu na 14 % a tricyklických antidepresív na 10 % prípadov.

Štúdia VEdette v Taliansku (Davoli a kol., 2007) zistila úmrtnosť na predávkovanie 0,1 % medzi užívateľmi heroínu, ktorí podstupujú liečbu, a 2,3 % v prvom mesiaci po ukončení liečby, čo predstavuje 27-násobne vyššie riziko predávkovania v prvom mesiaci po ukončení liečby, po úprave o možné faktory.

Napriek pozorovanej súvislosti medzi úmrtiami vyvolanými drogami a prepustením z väzenia alebo ukončením liečby len málo krajín systematicky vynakladá prostriedky na vzdelávanie väzňov alebo liečené osoby o rizikách v oblasti rizika predávkovania. Taktiež pokračovanie starostlivosti a rehabilitácia užívateľov drog prepustených z väzenia je v mnohých krajinách nedostatočne vyvinuté. Zdokonalenia v týchto dvoch oblastiach by mohli predstavovať cenné príležitosti na predchádzanie úmrtiam súvisiacich s drogami.



Kapitola 8

Nové drogy a vznikajúce trendy

Úvod

Užívanie nových psychoaktívnych látok môže mať významné dôsledky na verejné zdravie a politiku, ale monitorovanie vznikajúcich trendov je významná výzva. Nové formy užívania drog je ťažké zistiť, pretože sa väčšinou objavujú na nižších úrovniach a v osobitných oblastiach alebo medzi obmedzenými podskupinami obyvateľstva. Niekoľko krajín má zavedené systémy monitorovania, ktoré sú citlivé na tento druh správania a metodologické ťažkosti súvisiace s monitorovaním tohto druhu užívania drog sú značné. Význam určovania potenciálu nových hrozieb sa však vo všeobecnosti uznáva vyvinutie systému včasného varovania, ktorý poskytuje mechanizmus rýchlej reakcie na vznik nových psychoaktívnych látok na európskej drogovej scéne je priamou reakciou Európskej únie prostredníctvom rozhodnutia Rady o nových psychoaktívnych látkach. Činnosti na podporu systému včasného varovania tvoria významnú časť práce centra EMCDDA a existujú v rámci všeobecnejšej perspektívy používania rôznych zdrojov údajov na zlepšenie včasnosti a citlivosti európskeho systému monitorovania drog.

Opatrenia EÚ v oblasti nových psychoaktívnych látok

Rozhodnutím Rady o nových psychoaktívnych látkach ⁽¹⁵⁷⁾ sa ustanovuje mechanizmus na rýchlu výmenu informácií o nových psychoaktívnych látkach, ktoré môžu predstavovať ohrozenie verejného zdravia a sociálne hrozby. Taktiež poskytuje hodnotenie rizík súvisiacich s týmito novými látkami s cieľom uplatniť opatrenia platné v členských štátoch na kontrolu narkotík a psychotropných látok aj na tieto nové látky. V máji 2007 vykonal rozšírený vedecký výbor centra EMCDDA hodnotenie rizika novej psychoaktívnej látky BZP (1-benzylpiperazín) a správa o ňom bola predložená Rade a Európskej komisii ⁽¹⁵⁸⁾. V hodnotení rizika sa dospelo k záveru, že z dôvodu jej stimulačných vlastností, rizika pre zdravie

a nedostatočného medicínskeho prínosu je potrebné BZP kontrolovať, ale kontrolné opatrenia musia byť primerané relatívne nízkemu riziku, ktoré látka predstavuje. V marci 2008 Rada prijala rozhodnutie definujúce BZP ako novú psychoaktívnu látku, na ktorú sa majú vzťahovať kontrolné opatrenia a trestné ustanovenia. Členské štáty majú jeden rok na prijatie potrebných opatrení podľa vnútroštátneho práva, aby BZP podliehalo kontrolným opatreniam v závislosti od rizík látky a trestných sankcií na základe ich právnych predpisov v súlade s povinnosťami vyplývajúcimi z Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971.

V marci 2007 podali centrum EMCDDA a Europol správu Komisii o aktívnom monitorovaní 1-(3-chlorofenyl) piperazínu (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. Táto správa bola vypracovaná iba na informačné účely a dospelo sa v nej k záveru, že mCPP sa pravdepodobne nestane rekreačnou drogou ako takou z dôvodu svojich nevýrazných psychoaktívnych vlastností a určitých vedľajších účinkov. Keďže sa zdá, že mCPP nemá na užívateľov žiadny konkrétny vplyv, je pravdepodobné, že trh s touto látkou v Európskej únii poháňa skôr tlak ponuky ako nátlak dopytu.

Počas roka 2007 bolo prvýkrát centru EMCDDA a Europolu oznámených 15 nových psychoaktívnych látok prostredníctvom systému včasného varovania. Skupina nových oznámených látok je rozmanitá a okrem nových syntetických drog k nej patria aj lieky a prírodné látky. Deväť z nových ohlásených zlúčenín tvorili syntetické drogy podobné drogám uvedeným v zoznamoch I a II Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971. Obsahovali látky zo známych chemických skupín, ako napríklad fenetylamíny, tryptamíny a piperazíny, ako aj látky s menej bežným chemickým zložením. Skupina je rovnako rozdelená medzi látky s výraznými halucinogénnymi účinkami a látky s prevažne stimulačnými vlastnosťami.

Prvýkrát boli v roku 2007 oznámené tri prírodné látky prostredníctvom mechanizmu výmeny informácií; medzi nimi *Salvia divinorum*, rastlina s potenciálnymi psychoaktívnymi vlastnosťami ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SVV z 10. mája 2005 o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok (Ú. v. EÚ L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Pozri časť Nové látky pod kontrolou, s. 91.

Nové látky pod kontrolou

Od januára 2006 uvádza 12 krajín pridané látky alebo zmeny vo svojich zoznamoch kontrolovaných látok. mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazín) bol pridaný do zoznamu kontrolovaných látok v šiestich krajinách (Belgicko, Nemecko, Litva, Maďarsko, Malta, Slovensko) a BZP (1-benzylpiperazín) bol pridaný v štyroch krajinách (Estónsko, Taliansko, Litva, Malta). Z týchto látok bol mCPP aktívne monitorovaný zo strany EMCDDA a Europolu a BZP bol predmetom hodnotenia rizík v roku 2007. Medzi ďalšie látky, ktoré sa v tomto období dostali pod kontrolu, patria halucinogény DOC (4-chlór-2,5-dimetoxyamfetamín), DOI (4-jód-2,5-dimetoxyamfetamín) a bromo-dragonfly (bróm-benzodifuranyl-izopropylamín) v Dánsku a Švédsku a ketamín v Estónsku.

Kontrolované sú aj rôzne látky s psychoaktívnymi vlastnosťami. V tejto súvislosti Belgicko reštrukturalizovalo svoje právne predpisy v oblasti psychotropných látok tak, aby zahŕňali novú kategóriu, ktorá obsahuje kontrolované rastliny alebo časti rastlín, a nie len ich psychoaktívne zložky, ako tomu bolo predtým. Medzi rastliny, ktoré sa dostali do zoznamu, patria aj kata jedlá (*Catha edulis*) a šalvia divotvorná *Salvia divinorum*. Kata je teraz kontrolovaná v 11 európskych krajinách (hodnotenie rizík v Spojenom kráľovstve v roku 2005 odporučilo nezaraďovať medzi kontrolované rastliny). V roku 2006 Švédsko do zoznamu zaradilo salvinorín-A, hlavnú účinnú zložku šalvie divotvornej, pričom táto rastlina bola v roku 2008 zaradená medzi kontrolované aj v Nemecku. V rovnakom období bola vo Francúzsku pridaná do zoznamu kontrolovaných látok rastlina *Tabernanthe iboga*, a to po zákonnej kontrole účinnej zložky, ibogaínu, v Belgicku, Dánsku a Švédsku. Nakoniec, v reakcii na úmrtnú súvisiace s halucinogénnymi hubami uzavreli Írsko a Holandsko predchádzajúce legislatívne medzery, ktoré umožňovali predaj a vlastníctvo čerstvých húb obsahujúcich psilocín. V Írsku zákon nadobudol účinnosť v januári 2006 a v Holandsku sa v čase písania tejto správy nachádza v parlamentnom procese.

Ďalšie informácie a zoznam látok kontrolovaných v rámci EÚ a Nórska sa nachádzajú v Tabuľke látok a klasifikácií v Európskej zákonnej databáze o drogách (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internet – trh s psychoaktívnymi látkami

Internet ponúka okno do sveta užívateľa drog prostredníctvom fór online a chatovacích miestností, ako aj lokalít internetových obchodov predávajúcich psychoaktívne alternatívy ku kontrolovaným látkam. Dostupné informácie môžu poskytnúť pohľad na rôzne aspekty internetového trhu s drogami, napríklad na pracovné metódy internetových obchodov; spôsob reakcie na dopyt užívateľov, ako aj na nové trendy medzi mladými ľuďmi. Na určenie aktuálneho vývoja na internetovom drogovom trhu vypracovalo centrum EMCDDA na začiatku roka 2008 rýchlu štúdiu, ktorá skúmala 25 internetových obchodov. Na tomto mieste sa prezentujú výsledky tejto štúdie.

Metodika internetovej štúdie

Na získanie stručného prehľadu sa v januári 2008 vykonali vyhľadávania na internete pomocou kľúčových slov vo viacerých jazykoch a vyhľadávacieho nástroja Google (<http://www.google.com>). Zistilo sa 68 online obchodov so sídlom v EÚ, ktoré predávali rôzne typy „legálnych opojení“. Boli rozvrstvené podľa krajiny pôvodu. Na identifikáciu krajiny pôvodu sa použila prípona národných domén štátov EÚ (napr. ES, FR, DE) alebo iné znaky sídla v EÚ (napr. kontaktná adresa). Viac než polovica obchodov (52 %) sa sídlila v Spojenom kráľovstve, 37 % v Holandsku, 6 % v Nemecku, 4 % v Rakúsku a 1 % v iných krajinách (napr. Írsko, Poľsko). Na podrobnú analýzu bola vybraná náhodná vzorka 25 online obchodov. Podiely vzoriek v každej vrstve (krajine pôvodu) boli úmerné k celkovej vzorke online obchodov. Online obchody, ktoré predávali výlučne na ďalší predaj, a nie spotrebiteľovi, boli vylúčené, ako aj také, ktoré predávali len halucinogénne huby.

Internetové obchody

Existujú správy o rastúcom počte internetových obchodov predávajúcich psychoaktívne alternatívy ku kontrolovaným drogám, ako napríklad LSD, extáza, kanabis a opiáty. Hoci látky ponúkané na predaj v internetových obchodoch sa často označujú ako „legálne povzbudzovače“ alebo „bylinkové povzbudzovače“, v niektorých európskych krajinách sa na tieto drogy vzťahujú rovnaké zákony ako na kontrolované drogy a môžu zahŕňať rovnaké sankcie.

V Európskej únii je väčšina internetových obchodov určených v rýchlej štúdii založená v Spojenom kráľovstve a v Holandsku a v menšej miere v Nemecku a Rakúsku. Internetové obchody sa často špecializujú na určité druhy produktov súvisiacich s drogami, napríklad niektoré predávajú hlavne vybavenie, niektoré sa špecializujú na halucinogénne huby alebo tabletky, kým iné predávajú množstvo druhov bylín, polosyntetických a syntetických látok.

Internetové obchody založené v Európe propagujú vyše 200 psychoaktívnych produktov. Najbežnejšie „legálne povzbudzovače“ sú *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), havajská ruža (*Argyrea nervosa*), halucinogénne huby (EMCDDA, 2006) a množstvo druhov tablietiek.

Látky ponúkané na predaj sa propagujú ako látky s podobnými účinkami ako kontrolované drogy. *Salvia divinorum* aj havajská ruža, ako aj menej často ponúkaný povojník (*Ipomoea violacea*), sa popisujú ako látky produkujúce halucinogénne účinky podobné LSD. Kratom sa často ponúka ako náhrada za opiáty, rôzne preparáty sa ponúkajú ako alternatívy za kanabis a tabletky sa predávajú ako alternatíva za MDMA. Tabletky v ponuke

môžu obsahovať rastlinný materiál alebo polosyntetické alebo syntetické látky. Hlavnou prísadou syntetických tabletiiek býva často benzylpiperazín (BZP), hoci internetové obchody majú zrejme pripravené náhradné látky, ak sa na BZP začnú vzťahovať kontrolné opatrenia v členských štátoch EÚ. Propagované ceny látok sa často líšia od 1 EUR do 11 EUR na ekvivalent jednej dávky.

GHB a jej prekursor GBL: ďalšie informácie

V Európe je kyselina gama hydroxybutyriková (GHB) sledovaná od roku 2000, po vypracovaní hodnotenia rizika látky na základe podmienok spoločnej akcie týkajúcej sa nových syntetických drog z roku 1997 (EMCDDA, 2002). Pridaním GHB do prílohy IV Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971 v marci 2001 sa stali členské štáty EÚ povinné kontrolovať túto drogu v rámci svojich právnych predpisov týkajúcich sa psychotropných látok. Tieto nové kontroly rýchlo obmedzili predtým voľne predajnú GHB.

GHB sa v ľudskom tele vyskytuje prirodzene, ale používa sa aj ako liek a rekreačná droga. Nemedicínske používanie GHB sa na rekreačnej nočnej scéne vynorilo v niektorých častiach Európy, USA a Austrálie v 90. rokoch, a to najmä v nočných kluboch, v ktorých sa bežne užívalo množstvo iných drog. Rýchlo sa objavili obavy súvisiace so zdravotnými rizikami súvisiacimi s jej užívaním. Vzástli najmä obavy týkajúce sa potenciálu nenápadného pridávania GHB do nápojov (ktorým sa bežne hovorí „drink spiking“) na zjednodušenie sexuálnych napadnutí. Na to však chýbajú forenzné dôkazy a ich získanie je náročné vzhľadom na krátky čas na zistenie GHB v telesných tekutinách. Súvislosť GHB so zjednodušením páchania sexuálneho násillia však môže prispieť k relatívne negatívnemu obrazu tejto látky (EMCDDA, 2008c).

GBL

V súčasnosti vznikajú obavy týkajúce sa správ o konzumácii gama butyrolaktónu (GBL), prekursora GHB, ktorý nie je zapísaný v žiadnom dohovore OSN o kontrole drog. GBL sa v tele rýchlo mení na GHB a v súčasnosti nie je dostupný žiadny toxikologický test na určenie toho, ktorá z týchto dvoch látok bola skonzumovaná.

GBH sa dá jednoducho vyrobiť z GBL a 1,4-butanediolu (1,4-BD), ktoré sa bežne a legálne používajú v mnohých odvetviach (napr. chémii, výrobe plastov, farmácii), a preto sú dostupné komerčným používateľom. Komerčná dostupnosť GBL má potenciál sprístupniť túto drogu obchodníkom a konzumentom na cenovej úrovni a s oveľa menším rizikom než je na trhu s nezákonnými drogami

v Európskej únii bežné. Bežná cena za 1-gramovú dávku GBL zakúpenú vo väčšom množstve na internete sa napríklad pohybuje od 0,09 EUR do 2 EUR.

Zdravotné riziká

GHB aj GBL majú rýchlu krivku dávky a reakcie s rýchlym nástupom príznakov, čím sa do veľkej miery zvyšuje riziko súvisiace s nezákonným užívaním. Nevoľnosť, zvracanie a rôzne stupne zníženého vnímania patria k hlavným vedľajším účinkom vo väčšine zaznamenaných prípadov intoxikácie GHB. Častá prítomnosť iných drog však môže komplikovať klinické prejavy. Holandská štúdia 72 užívateľov GHB uvádza, že väčšina užíva GHB aspoň raz za čas a niektorí z nich často (Korf a kol., 2002). V prieskume medzi užívateľmi GHB a GBL v Spojenom kráľovstve sa uvádza, že vedľajšie účinky sú častejšie v prostredí klubov než v súkromných domoch (Sumnall a kol., 2008). V Londýne a Barcelone sa profil pacientov v prípade intoxikácií GHB skladal najmä z mladých ľudí a mužov, pričom väčšina užívala drogu cez víkendy, najmä súčasne s alkoholom alebo nezákonnými drogami (Miro a kol., 2002; Wood a kol., 2008).

Intoxikácie a núdzové stavy spojené s GHB sa zaznamenávajú vo vedeckej literatúre a v centre EMCDDA od konca 90. rokov, hoci nie systematicky, a to v Belgicku, Dánsku, Španielsku, Luxembursku, Holandsku, Fínsku, Švédsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku. Hoci GHB sa spája iba s veľmi malým podielom všetkých núdzových stavov drogovej intoxikácie, ktoré vyžadujú hospitalizáciu alebo pohotovostné lekárske služby, zdá sa, že ich počet od roku 2000 rastie. V roku 2005 bol v Amsterdame podiel žiadostí o pohotovostný zásah vyžadujúci prevoz do nemocnice vyšší v prípadoch súvisiacich s GHB/GBL než v prípade iných drog.

V jednom londýnskom pohotovostnom nemocničnom oddelení v Spojenom kráľovstve so spádovou oblasťou, do ktorej patrili miestne kluby najmä, nie však výhradne, pre homosexuálnu scénu, zaznamenali v roku 2006 celkovo 158 prejavov GHB a GBL. Zatiaľ čo väčšina týchto pacientov oznámila konzumáciu GHB, chemická analýza vzoriek zhromaždených z nočných klubov v rovnakej spádovej oblasti počas rovnakého časového obdobia ukázala, že polovica vzoriek obsahovala GBL, a nie GHB. To naznačuje, že GBL sa užíva bežnejšie, než sa myslelo (Wood a kol., 2008).

V dôsledku jej rýchleho odplavenia z tela je ťažké určiť GHB/GBL ako príčinu intoxikácie alebo úmrtia. Okrem toho neexistuje presný a porovnateľný systém zaznamenávania počtu úmrtí a nefatálnych núdzových stavov súvisiacich s užívaním GHB a jej prekursorov.

Opatrenia

Niektoré členské štáty (Taliansko, Lotyšsko, Švédsko) sa rozhodli kontrolovať GBL (alebo GBL a iné prekurzory 1,4-BD) podľa právnych predpisov o kontrole drog alebo ekvivalentných právnych predpisov a v Spojenom kráľovstve prebiehajú diskusie o možných ďalších kontrolách. Na základe právnych predpisov Spoločenstva o kontrole prekurzorov boli GBL a 1,4-BD vo všetkých členských štátoch začlenené do zoznamu nekontrolovaných látok, na ktoré sa vzťahujú nepovinné

opatrenia monitorovania na prevenciu ich rozšírenia z legálneho priemyselného použitia.

Intervencie na prevenciu a znižovanie škôd v reakcii na užívanie GHB/GBL zvyčajne poskytujú vnútroštátne a komunitné protidrogové projekty, ktoré sa zameriavajú na prostredia nočného života. Tieto intervencie obvykle pozostávajú zo školení zamestnancov klubov a šírenia informácií o rizikách užívania GHB a iných drog. Takéto intervencie sa často uskutočňujú zároveň s inými intervenciami týkajúcimi sa klubových drog a kombinácií užívania alkoholu a drog (EMCDDA, 2008e).



Odkazy

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M. a kol. (2005), Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries, *European Journal of Public Health* 16, s. 198 – 202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., a kol. (2005), Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain, *Addiction* 100, s. 981 – 989.
- Cameron, L. and Williams, J. (2001), Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?, *Economic Record* 77, s. 19 – 34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky: Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- Coggans, N. (2006), Drug education and prevention: has progress been made?, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417 – 422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. a kol. (2007), Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. a Sorensen, J.L. (2001), Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment, *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91 – 95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. a Van Laar, M. (2008), Estimating the total mortality among problem drug users, *Substance Use and Misuse* 43, s. 733 – 747.
- Currie, C. a kol. (vyd.) (2008), Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Kodaň.
- Daly, M. (2007), Plant warfare, *Druglink* 22(2), marec – apríl.
- Darke, S. a Ross, J. (2002), Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods, *Addiction* 97, s. 1383 – 1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. a Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. a kol. (2007), Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study, *Addiction* 102, s. 1954 – 1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., a kol. (2006), Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro, *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505 – 520.
- DeFuentes-Merillas, L. a De Jong, C.A.J. (2008), Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. a Kalelkar, M.B. (2008), An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007, *Journal of Forensic Science* 53, s. 452 – 454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. a kol. (2003), A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system, *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59 – 65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. a Matic, S. (2007), Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004, *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271 – 280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Európske stredisko pre kontrolu chorôb, Štokholm.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2006), *Výročná správa 2006: stav drogovej problematiky v Európe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2007a), *Výročná správa 2007: stav drogovej problematiky v Európe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 9, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.

- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe: EMCDDA 2008 (vybraná otázka)*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- Európska komisia (2007a), *Správa Komisie Európskemu parlamentu a Rade o implementácii odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou*, KOM (2007) 199 v konečnom znení.
- Európska komisia (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Projekt SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. a Marsden, J. (2008), *Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment*, *Addiction* 103, s. 251 – 255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. a Wendling, B.W. (2001), *The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse*, *Journal of Health Economics* 20, s. 51 – 68.
- Gorman, D.M., Conde, E. a Huber, J.C. (2007), *The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation*, *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585 – 593.
- Gossop, M., Manning, V. a Ridge, G. (2006), *Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder*, *Addiction* 101, s. 1292 – 1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. a Treacy, S. (2002), *Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)*, *Addictive Behaviors* 27, s. 155 – 166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. a Klempova, D. (2008), *Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe*, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236 – 242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., a kol. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. a Anderson, J. (2003), *Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)*, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125 – 134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, prezentované na 2. európskej konferencii o obchodovaní s drogami a presadzovaní práva, Paríž, 26. a 27. september 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. a Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (dostupné na adrese: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. a Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. a Patton, G.C. (2006), *Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies*, *Addiction* 101, s. 948 – 958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Ministerstvo vnútra Spojeného kráľovstva (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. a Davoli, M. (2008), *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. vydanie.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. a Davoli, M. (2004), *Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. vydanie.

- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. a Sanchez, M. (2002), Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129 – 135.
- Morgan, O., Griffiths, C. a Hickman, M. (2006), Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004, *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579 – 1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. a LaRowe, S. (2004), Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101 – 109.
- Národné správy siete Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londýn.
- Nordstrom, B.R. a Levin, F.R. (2007), Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature, *American Journal of Addiction* 16, s. 331 – 342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. a Kielland, K.B. (2007), Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach, *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176 – 182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. a Vuori, E. (v tlači), An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. a kol. (2007), A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londýn.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. a kol. (2008), The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life, *Addiction* 103, s. 439 – 449.
- Petrie, J., Bunn, F. a Byrne, G. (2007), Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review, *Health Education Research* 22, s. 177 – 191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. a kol. (2004), Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups, *European Addiction Research* 10, s. 147 – 155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001), Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey, *Circulation* 103, s. 502 – 506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. a kol. (2000), Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233 – 238.
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. a Wiessing, L. (2008), Guidelines for estimating the incidence of problem drug use, Závěrečná správa CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. a kol. (v tlači), Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe, Závěrečná správa WP 1 projektu SANCO/2006/C4/02 Drug policy and harm reduction pre Európsku komisiu.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. a Carballo, J.L. (2008), Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202 – 207.
- Stallwitz, A. a Stöver, H. (2007), The impact of substitution treatment in prisons: a literature review, *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464 – 474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286 – 290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. a Gill, O.N. (2006), Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison, *BMC Public Health* 6, s. 170.
- Swift, W., Hall, W. a Copeland, J. (2000), One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309 – 318.
- Szendrei, K. (1997/1998), Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality, *Bulletin on Narcotics* XLIX a L, č. 1 a 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. a kol. (2007), Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use, *Lancet* 369, s. 1391 – 1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň (dostupné na adrese: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC and Government of Morocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, zv. I, Ministerstvo zahraničných vecí USA, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. a Prins, M. (2007), Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users, *Addiction* 102, s. 1454 – 1462.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Svetová colná organizácia, Brusel.

Werch, C.E. a Owen, D.M. (2002), Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs, *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581 – 590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. a kol. (2008), Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD), *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23 – 29.

Zador, D., Mayet, S. a Strang, J. (2006), Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK, *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586 – 1587.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. a Lochman, J.E. (2007), Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33 – 39.

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2008: stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev

2008 — 98 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-338-3

Spôsob objednávaní publikácií EÚ

Publikácie určené na predaj, ktoré vydal Úrad pre publikácie, si môžete objednať na stránke elektronického kníhkupectva EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

O adresár predajných miest na celom svete môžete požiadať faxom na čísle:
(352) 2929 42758.

Čo je EMSDDZ

Európske stredisko pre monitorovanie drog a drogovej závislosti (EMSDDZ) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Stredisko, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMSDDZ zbiera, analyzuje a šíri faktické, objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie strediska sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov, vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a všeobecnú verejnosť.

Výročná správa EMSDDZ každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.



Úrad pre publikácie
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-338-3



9 789291 683383