

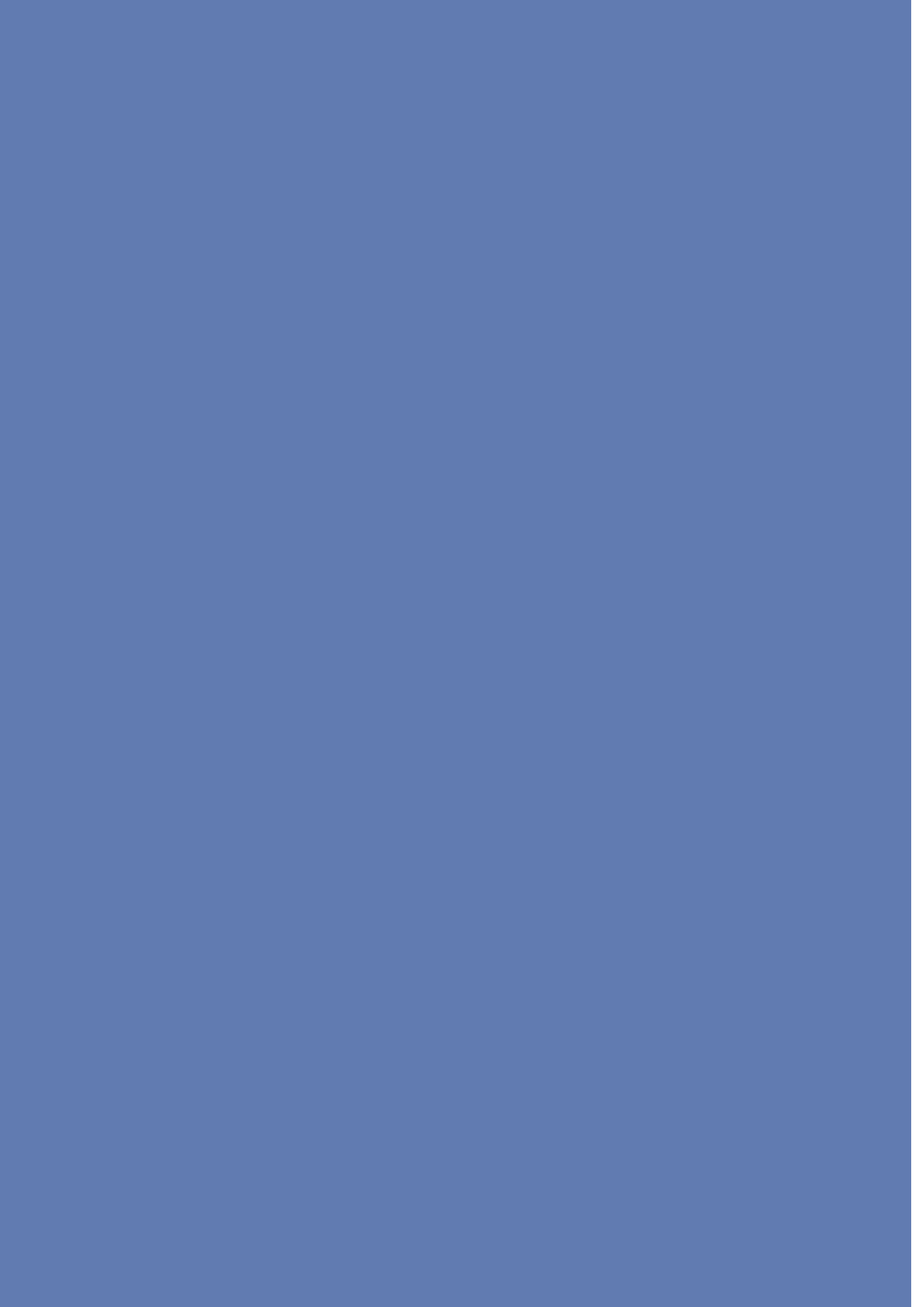


Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

WYPRONACHA
SPRAVA
2009

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE





Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ SPRÁVA 2009

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právna poznámka

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

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

Europe Direct je služba, ktorá Vám pomôže nájsť odpovede na Vaše otázky o Európskej únii.

Bezplatné číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Táto správa je k dispozícii v bulharčine, španielčine, češtine, dánčine, nemčine, estónčine, gréčtine, angličtine, francúzštine, taliančine, lotyštine, litovčine, maďarčine, holandčine, poľštine, portugalcine, 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 publikácií Európskej únie, 2009.

ISBN 978-92-9168-394-9

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2009.

Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Luxembourg

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



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

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. (351) 211 21 02 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Obsah

Predslov	5
PodĎakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár: Strel'ba na pohyblivý cieľ – náročná úloha prípravy pragmatickej politiky v reakcii na meniacu sa drogovú problematiku	11
Kapitola 1: Politiky a právne predpisy Rozvoj medzinárodných politík a politík EÚ • Národné stratégie • Verejné výdavky • Vnútroštátne právne predpisy • Výskum	18
Kapitola 2: Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad Prevenencia • Liečba • Znižovanie škôd • Sociálna reintegrácia • Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami • Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach	26
Kapitola 3: Kanabis Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Liečba	38
Kapitola 4: Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Prostredie zábavných podnikov • Liečba	50
Kapitola 5: Kokaín a crack kokaín Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Zdravotné následky • Problémové užívanie a dopyt po liečbe • Liečba a znižovanie škôd	61
Kapitola 6: Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog Ponuka a dostupnosť • Problémové užívanie opiátov • Injekčné užívanie drog • Liečba	72
Kapitola 7: Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami Infekčné choroby • Prevencia infekčných chorôb • Úmrtia a úmrtnosť • Znižovanie počtu úmrtí	81
Kapitola 8: Nové drogy a vznikajúce trendy Opatrenia EÚ v oblasti nových drog • „Spice“ a súvisiace syntetické kanabiáty • Internetové obchody • Následné správy o látkach	92
Literatúra	97



Predslov

Táto správa poskytuje včasné a podrobné hodnotenie drogovej situácie v Európe a na tomto mieste by sme sa chceli poďakovať našim zamestnancom, ktorí na nej veľmi usilovne pracovali. Uznávame však, že hodnota tohto dokumentu sa nezakladá iba na našej práci tu v Lisabone, ale oveľa viac je výsledkom úsilia vynaloženého členskými štátmi na vytvorenie spoľahlivého a komplexného informačného systému. Veríme, že existencia tohto monitorovacieho systému, ako aj jeho významný podiel na uváženej a zasvätenej debate o drogovej problematike, povedú k tvorbe lepších a účinnejších politík.

Potreba takých politík neustále rastie s tým, ako sa výzvy v tejto oblasti stávajú zložitejšími ako kedykoľvek predtým. Spoločnou témou, ktorá prechádza celou touto správou, je dynamická povaha drogovej problematiky a my sa potrebujeme ubezpečiť v tom, že v našej vízii držíme krok s meniacimi sa podmienkami, s ktorými sme konfrontovaní.

Centrum EMCDDA oslávilo tento rok pätnáste výročie zhromažďovania informácií a podávania správ o drogovej problematike v Európe. Túto udalosť sme si pripomenuli uskutočnením konferencie nazvanej „Zisťovanie informačných potrieb Európy pre účinnú protidrogovú politiku“. Vedcom, odborníkom a tvorcom politiky z celej Európy i mimo nej sa tým naskytla príležitosť, aby prišli do Lisabonu a pomohli nám zmapovať a vyhodnotiť existujúcu znalostnú základňu v oblasti drog a určiť súčasné i budúce informačné potreby.

Na konferencii sa ukázalo, že Európa vytvorila úžasné laboratórium na skúmanie a pochopenie užívania drog a reakcií súvisiacich s drogami, čo nám teraz poskytuje jedinečnú príležitosť na kolektívne učenie sa a zdieľanie poznatkov. Nikde inde neexistuje taká veľká skupina kultúrne odlišných krajín, ktoré prejavujú spoločné odhodlanie pri zdokonaľovaní svojho pochopenia a reakcií na tento zložitý spoločenský problém. Možno to vidieť na vytvorení prierezového systému monitorovania drog, ktorý zahŕňa 30 krajín so zmiešaným obyvateľstvom predstavujúcim vyše pol miliardy ľudí. Takisto to možno vidieť na protidrogovej stratégii a protidrogovom pláne EÚ, na nástrojoch určených na to, aby sa z dostupnej zásoby informácií vypracovala praktická a kolektívna akcia. Toto je obzvlášť dôležité teraz, keď naše členské štáty stoja pred ťažkým rozhodnutím o financovaní priorit a sú viac ako kedykoľvek predtým zamerané na potrebu dosiahnuť maximálny prínos z vložených investícií. Sme presvedčení,

že naša správa prispeje k tomuto procesu. Navyše sa zaväzujeme, že určenie toho, čo predstavuje efektívnu prax v oblasti drog, bude v rastúcej miere tvoriť dôležitú súčasť budúcich činností centra EMCDDA.

Na konferencii sa takisto určili mnohé dôležité otázky, ktoré sa premietli do analýzy, ktorá je tu prezentovaná. Je potrebné, aby naše informačné systémy lepšie pracovali pri zisťovaní, sledovaní a vykazovaní nových trendov. Na dosiahnutie toho je však podstatné, aby naše vykazovanie bolo aj naďalej presné, podložené a zbytočne nealarmujúce. Poukázalo sa aj na potrebu zjednotenia otázok súvisiacich s ponukou a dopytom v našej analýze. V tohtoročnej správe venujeme väčšiu pozornosť analýze ukazovateľov súvisiacich s ponukou a trhom s drogami. Robíme to opatrne, pretože zatiaľ sa ešte nevynaložilo dostatok úsilia na zlepšenie kvality, spoľahlivosti a porovnateľnosti súboru európskych údajov v tejto oblasti. Toto je teraz všeobecne uznávaný fakt a my sme odhodlaní pracovať s našimi domácimi a európskymi partnermi s cieľom riešiť túto problematiku.

Jedným zo zistení tohtoročnej správy je, že na vyhodnotenie drogovej situácie v Európe je potrebné súbežné pochopenie národných črt, subregionálnych osobitností a čoraz viac spoločných európskych, ba dokonca celosvetových trendov. Do budúcnosti budeme potrebovať lepšie opísať tento zložitý vzájomný vzťah, pretože nám to pomôže nielen pochopiť tie faktory, ktoré môžu podporiť alebo zamedziť rast drogových problémov, ale bude nás aj usmerňovať pri tvorbe vhodných intervencií.

Nakoniec je potrebné poznamenať, že Európska únia a OSN zrevidovali svoje dokumenty o protidrogovej politike takmer paralelne koncom roka 2008 a začiatkom roka 2009. Nový protidrogový akčný plán EÚ aj nová politická deklarácia a akčný plán OSN, oba tieto dokumenty odrážajú medzinárodný záväzok znížiť užívanie drog a škody, ktoré môže spôsobiť. Dosiahnutie týchto cieľov tvorí hlavnú výzvu a možné bude len vtedy, ak sa plánované akcie budú realizovať v širokom meradle. Kľúčové prvky v tomto procese predstavujú monitorovanie a hodnotenie, pretože nám umožňujú udržiavať naše politiky na správnej ceste a mapovať dosiahnutý pokrok.

Marcel Reimen
predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz
Riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest Reitox a ich pracovníkom;
- inštitúciám jednotlivých členských štátov, 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);
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie publikácií Európskej únie.

Národné kontaktné miesta siete Reitox

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

Kontaktné informácie národných kontaktných miest sa nachádzajú na 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 centru EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny Chorvátsko a Turecko a Nórsko. Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2007 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Grafy a tabuľky v tejto správe môžu niekedy zobrazovať podskupinu štátov EÚ: výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie.

Maloobchodné ceny drog oznámené EMCDDA odrážajú cenu pre užívateľa. Správy o čistote alebo účinnosti z väčšiny krajín sú založené na vzorke všetkých zaistených drog, a vo všeobecnosti nie je možné dávať do súvislosti oznámené údaje s konkrétnou úrovňou trhu s drogami. Pokiaľ ide o čistotu alebo účinnosť a maloobchodné ceny, analýzy sú založené na oznámených 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. Ku krajinám s inou hornou alebo dolnou vekovou hranicou patria: Bulharsko (18 - 60), Česká republika (18), Dánsko (16), Nemecko (18), Maďarsko (18 - 59), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené kráľovstvo (16 - 59). Údaje o prevalencii za Spojené kráľovstvo sa vzťahujú na Anglicko a Wales.

V správach o dopyte po liečbe sa pojem „noví klienti“ vzťahuje na osoby, ktoré nastúpili na liečbu po prvýkrát vo svojom živote a pojem „všetci klienti“ označuje všetky osoby nastupujúce na liečbu. Do týchto 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 o trhu s drogami môžu byť chýbajúce údaje za rok 2007 nahradené údajmi za rok 2006; pri analýze iných trendov môžu byť chýbajúce údaje interpolované. Trendy cien sú upravené o vnútroštátnu infláciu v príslušnej krajine.

Informácie o dostupnosti a zabezpečovaní rôznych intervencií v Európe sa vo všeobecnosti zakladajú na informovanom posudku národných expertov, ktoré sa zhromažďujú prostredníctvom štruktúrovaných dotazníkov.

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

Výročná správa je k dispozícii na stiahnutie v 23 jazykoch a nachádza sa na adrese <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Štatistická ročenka 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a približne 100 doplňujúcich 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 drogovej problematiky v každej krajine a sú dostupné na internetovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Komentár

Strel'ba na pohyblivý cieľ – náročná úloha prípravy pragmatickej politiky v reakcii na meniacu sa drogovú problematiku

Politický konsenzus umožňuje cielenejší protidrogový akčný plán

Táto správa sa vzťahuje na dôležité obdobie protidrogovej politiky v rámci, ako aj mimo rámca Európy. V Európskej únii sa uskutočnilo hodnotenie akčného plánu na boj proti drogám na roky 2005 – 2008, ktorý je už piatym od roku 1990, a vypracovanie a spustenie jeho nástupcu, plánu platného na roky 2009 – 2012. Hoci sa často venuje pozornosť rozdielom, ktoré existujú medzi jednotlivými členskými štátmi v ich protidrogových politikách, z historického hľadiska je pozoruhodná značná zhoda, ktorá je v súčasnosti v diskusiách na európskej úrovni očividná. Napriek tomu, že jednotlivé členské štáty môžu mať na politiku stále odlišný pohľad, ktorý do istej miery odráža rozdielnu vnútroštátnu realitu, diskusie sa v mnohých oblastiach zdajú byť stále uváženejšie a smerujúce ku konsenzu. Táto situácia umožnila prípravu nového akčného plánu EÚ, ktorý je možné charakterizovať ako pragmatický, cieleň a konkrétne zameraný. Konkrétnym príkladom takéhoto prístupu je pozornosť venovaná konkrétnym oblastiam praxe, ako je napríklad prevencia úmrtí súvisiacich s užívaním drog, práca vo väzenskom prostredí a zvyšovanie kvality liečby a iných intervencií.

V medzinárodnom meradle vyvolali značný záujem verejnosti a odborníkov diskusie, ktoré viedli k prijatiu novej politickej deklarácie a akčného plánu OSN boja proti celosvetovej drogovej problematike po preskúmaní cieľov stanovených na osobitnom zasadnutí Valného zhromaždenia OSN (UNGASS) v roku 1998. V tejto diskusii sa Európa dôrazne vyslovila za vyvážené, vedecky podložené a humánne protidrogové politiky. Toto pomohlo zabezpečiť, aby sa v záverečnej dohode zachovali kľúčové pokrokové prvky pôvodných dokumentov UNGASS z roku 1998. Hoci diskusie OSN boli v tom čase vášnivé a niekedy odrážali zakorenené politické a ideologické stanoviská, boli tam aj náznaky toho, že sa už možno presadzuje pragmatickejší a racionálny prístup, pokiaľ ide o určovanie možných efektívnych opatrení. Napríklad Spojené štáty (USA) zmiernili svoj prístup k zabezpečeniu sterilného injekčného vybavenia na účely

znižovania rizika krvou prenášaných infekcií, čo odzrkadľuje podstatnú dôkazovú základňu vo veci efektívnosti, ktorá teraz v tejto oblasti existuje. Vo všeobecnejšej rovine z nedávnych politických vyhlásení vyplýva, že USA sa približujú k európskemu modelu. Významný konsenzus vzišiel aj zo zasadnutia UNGASS o potrebe efektívneho celosvetového monitorovania drogovej problematiky, najmä so zreteľom na neustály nárast problémov v rozvojových a transformujúcich sa krajinách. Mechanizmus podávania správ, ktorý bol vytvorený na hodnotenie realizácie akčných plánov UNGASS, bol podrobený kritike. S jeho zánikom však zostanú mimo existujúceho globálneho rámca podávania správ dôležité oblasti práce, a to najmä tie, ktoré sa týkajú opatrení na znižovanie dopytu. Táto otázka bude pravdepodobne dôležitou témou na nadchádzajúcom zasadnutí Komisie OSN pre omamné látky.

Prax v oblasti presadzovania práva v konfrontácii s konkurenčnými politickými cieľmi

V tohtoročnej výročnej správe zaujíma dôležité miesto presadzovanie právnych predpisov súvisiacich s drogami a osobitná kapitola sa zaoberá vynesením trestov a inými výsledkami týkajúcimi sa osôb obvinených z trestných činov porušenia zákona v súvislosti s drogami. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami ohlásených v Európe neustále rastie. Hoci je náročné interpretovať tieto údaje, uvedené zistenia vyvolávajú otázky o tom, do akej miery prax v oblasti presadzovania práva drží krok s politickými cieľmi v tejto oblasti.

V Európe sa vo všeobecnej rovine politická diskusia posunula smerom k názoru, že priorita by sa mala venovať zamedzujúcim činnostiam zameraným skôr na dodávanie ako na užívanie drog. V dôsledku tohto sa v niektorých krajinách sprísnilo zákonné postihy za trestné činy súvisiace s dodávaním alebo sa zaviedli minimálne trestné sadzby. Je však ťažké vypočítať, do akej miery sa tento posun v dôraze od užívateľov smerom k dodávateľom drog premietol do praktického výkonu policajnej práce. Len v niekoľkých krajinách boli trestné činy súvisiace s dodávaním drog početnejšie ako trestné činy súvisiace

s prechovávaním drog. Celkovo sa zvýšil počet trestných činov súvisiacich s dodávaním, ale zvýšil sa aj počet trestných činov súvisiacich s prechovávaním alebo užívaním drog, a to dokonca vo vyššej miere. Obráz trestných činov súvisiacich s dodávaním drog v celej Európe je pestrejší, pričom polovica z krajín podávajúcich správu uviedla pokles počtu v strednodobých údajoch.

V hĺbkovom prieskume ukladania trestov za porušenie európskych právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktorý je priložený k tejto správe, sa skúma, čo sa stalo s osobami, ktoré porušili právne predpisy súvisiace s drogami. Tresty odňatia slobody sú bežné pri trestných činoch súvisiacich s dodávaním drog, ale prevláda tendencia ukladať tresty na dolnej hranici trestnej sadzby, čo v priemere predstavuje tri roky a menej. Toto možno jednoducho odráža skutočnosť, že mnohí z obvinených patria do menej významnej časti dodávateľského reťazca, napríklad pouliční dileri alebo drogoví závislí, ktorí aj predávajú drogy, aby si zabezpečili prostriedky na svoju závislosť. Toto zistenie má dôsledky pre vypracovanie usmernení pre ukladanie minimálnych trestov, ak má byť ich účelom odradiť skúsených profesionálnych páchatelov trestnej činnosti od účasti na dodávaní drog.

Vo väčšine krajín sa zriedkavo vynášajú tresty odňatia slobody za užívanie alebo prechovávanie drog. Preto len malému percentu súdených osôb sa bezprostredne udelí trest odňatia slobody, pravdepodobne z dôvodu prirážajúcich okolností. To znamená, že čoraz väčší počet užívateľov drog sa dostáva do kontaktu so systémom trestnej justície, ktorý im udelí len trest za priestupok alebo menej závažný trestný čin. Ak opomenieme možný odrádzajúci účinok takého typu konania, vzniká otázka, do akej miery takýto kontakt s určitými skupinami užívateľov drog predstavuje nevyužitú príležitosť na vykonávanie iných činností na znižovanie dopytu. Niektoré krajiny vypracovali inovačné prístupy v tejto oblasti, celkovo však stále ide o zriedkavý jav.

Keďže osoby obvinené z trestných činov súvisiacich s drogami pravdepodobne tvoria rozmanité skupiny, je vyhodnotenie potrieb obzvlášť dôležitou otázkou pre rozvoj služieb v tejto oblasti. Pokiaľ ide o zdravotnícke intervencie, tieto zahŕňajú nepretržitý rad počnúc prevenciou, vzdelávaním a metódami na znižovanie škôd až po krátko intervencie a ak sa to vyžaduje, odoslanie špecializovaným službám protidrogovej liečby a sociálnej podpory. Rozvíjanie realizovateľného modelu na zabezpečenie vhodných spôsobov odosielania na liečbu predstavuje pravdepodobne organizačnú výzvu. Portugalsko vyriešilo tento problém trochu ináč. Užívanie drog už nepodlieha trestným postihom a osoby, u ktorých sa zistí prechovávanie drog, sa priamo odošlú pred

špeciálny súd na účely vyhodnotenia potrieb, ktorý je známy ako „komisia pre odrádzanie od užívania drog“. Tento súd môže ukladať pokuty, ale ukládanie postihov nie je jeho hlavným cieľom. Tento systém funguje už osem rokov. Ukazuje sa, že počiatočné obavy z toho, že bude viesť k rastu tzv. drogovej turistiky alebo k zvýšenej úrovni užívania, nie sú podložené dostupnými údajmi.

Liečebné a zdravotné intervencie: od tzv. univerzálneho prístupu k súboru cielených opatrení

Služby pre užívateľov drog v Európe sú čím ďalej tým rôznorodejšie a sú ponúkané ako súčasť integrovaného balíka starostlivosti. Toto je očividné na koncepcii aj v praxi. Napríklad, znižovanie škôd a liečebné intervencie sú stále viac vzájomne prepojené a ponúkajú ich tí istí poskytovatelia. Napriek tomu, že sa všeobecne uznáva význam sociálnej reintegrácie, naďalej zostáva slabo rozvinutou oblasťou a užívatelia drog majú aj naďalej veľké ťažkosti pri hľadaní práce, primeraného bývania a rozvíjania aktivít bez drog.

Hoci sa v Európe dosiahol pokrok v liečení užívateľov drog, je nevyvážený z hľadiska zahrnutých látok aj z hľadiska zemepisného pokrytia. Najväčší pokrok bol zaznamenaný v oblasti substituenej liečby závislosti od opiátov, pričom počet liečených v tomto regióne je 650 000 a stále sa zvyšuje. K tomuto celkovému počtu však východná Európa prispieva len malým podielom, čo naznačuje, že v niektorých krajinách je potrebné služby rozšíriť. Z mnohých krajín vyplynulo ponaučenie, že zaangažovanie všeobecných lekárov môže prispieť k rozšíreniu poskytovania liečby. Dohodami o zdieľanej starostlivosti so špecializovanými strediskami sa poskytujú nielen podpora všeobecným lekárom, ale zabezpečuje sa aj kvalita liečby.

Napriek skutočnosti, že vo väčšine krajín je teoreticky možné pokračovať alebo začať so substituennou liečbou vo väzenskom prostredí, v praxi je to často náročné. Vzhľadom na množstvo užívateľov drog vo väzniciach v Európe, existuje tu naliehavá potreba rozšírenia možností všetkých typov liečby v takom prostredí. Táto skutočnosť sa zohľadňuje v akčnom pláne EÚ, v súčasnosti sa však vo väčšine krajín táto oblasť naďalej prehliada.

Pokiaľ ide o iné drogy ako opiáty, v Európe je menej rozvinutá dostupnosť služieb aj naše pochopenie toho, čo predstavuje účinnú starostlivosť. Tento problém sa však začal uznávať, pričom rastúci počet európskych výskumných projektov a skúšobných programov sa teraz zaoberá liečebnými potrebami užívateľov stimulantov a kanabisu. Okrem toho sme vďaka vývoju neurológie nielen lepšie pochopili biologické mechanizmy závislosti,

ale začína nám to uľahčovať aj niektoré inovačné prístupy. K takým príkladom patrí vakína proti kokáinu, ktorá sa teraz v Európe v širokom meradle skúša. Vývoj informačných technológií tiež uľahčil inovácie, ako sú napríklad internetové programy liečby a používanie posielania textových správ.

Nový dôkaz, že Európa prechádza do obdobia znižovania miery užívania kanabisu

Oblúbenosť užívania kanabisu sa dramaticky zvýšila počas 90. rokov až do takej miery, že takmer štvrtina všetkých dospelých v Európe uvádza, že aspoň raz v živote užili kanabis. Následne sa situácia začala stabilizovať a najnovšie údaje významne podporujú analýzu predloženú v minuloročnej správe o celkovom poklese užívania tejto drogy. Zaujímavé sú najmä posledné výsledky projektu Európskeho prieskumu v školách o užívaní alkoholu a iných drog, ktorý poskytuje pohľad na časové trendy v užívaní drog medzi školopovinnými deťmi. Vzory, ktoré tu boli zistené, sa pravdepodobne prenesú do starších vekových skupín. Zaujímavé je, že tak ako bolo možné vidieť rôzne dočasné vzory v rastúcom trende v užívaní kanabisu v minulosti, teraz sa zdá, že tento vzor sa sám opakuje obrátene. Napríklad Spojené kráľovstvo, ktoré bolo jednou z prvých krajín, ktorá zaznamenala vysoké úrovne prevalencie, bola takisto prvou krajinou, ktorá uviedla pokles užívania. Tento vzor môžeme teraz vidieť vo väčšine ostatných západoeurópskych krajín. Vo väčšine východoeurópskych krajín sa až donedávna úrovne užívania ešte zvyšovali. Aj v týchto krajinách sú však náznaky stabilizácie medzi mladým obyvateľstvom a keď sa všade inde tento vzor zopakoval, mohli by sme očakávať následný pokles.

Je očividne dôležité pochopiť faktory, ktoré majú vplyv na oblúbenosť takej drogy, ako je kanabis. Pri vyvodzovaní akýchkoľvek jednoduchých kauzálnych vysvetlení je však potrebná opatrnosť. Vnútroštátna politika a politika EÚ mohla zohrať istú úlohu v ovplyvňovaní týchto trendov, ale klesajúcu mieru užívania môžeme vidieť aj v USA a Austrálii, čo naznačuje, že dôležité sú pravdepodobne širšie sociálno-kultúrne faktory. V európskom obraze sa vyčleňuje malá skupina krajín, najmä na severe a juhu Európy, v ktorých počas určitého obdobia zostala nízka alebo stabilná miera užívania kanabisu. Veľmi zaujímavé by bolo, keby sme pochopili ochranné faktory, ktoré pôsobia v týchto krajinách, ale opäť bude potrebné, aby sa v analýze v plnom rozsahu zohľadnili kultúrne, sociálne a historické faktory, a aby sa tiež posúdil vplyv drog a sociálnych politík.

Na rozdiel od údajov o celkových mierach užívania, je najnovšia analýza foriem problémového užívania kanabisu v Európe viac zmiešaná a menej povzbudzujúca. Tu sa treba mať na pozore, aby nám v súčasnosti nechýbali dobré merania závislosti alebo problémového užívania a hoci sa v tomto smere dosahuje určitý pokrok, musíme sa spoliehať viac na nepriame merania. Počet nových žiadostí o liečbu súvisiacu s kanabisom sa teraz po niekoľkoročnom stálom raste možno stabilizuje. Zostáva však nejasné, do akej miery to odráža formy užívania alebo kapacitu služieb. Najlepší behaviorálny ukazovateľ problémového užívania kanabisu poskytuje v súčasnosti extrapolácia z odhadov počtu každodenných užívateľov tejto drogy. Je ťažké vyhodnotiť trendy v rámci každodenného užívania, ale dostupné údaje nepokazujú na žiaden celkový pokles. Centrum EMCDDA odhaduje, že približne 2 % až 2,5 % mladých dospelých užíva kanabis denne alebo takmer denne, pričom oveľa vyššie miery sa zistili medzi mladými mužmi. Toto predstavuje veľkú rizikovú populáciu a vysvetľuje potrebu lepšieho pochopenia potrieb služieb tejto skupiny.

Heroín a kokáin: žiadne silné náznaky zmenšovania problému

Len máločo naznačuje zlepšovanie situácie v užívaní heroínu a kokáinu, dvoch látok, ktoré zostávajú v srdci drogového problému Európy. Takže vykreslenie akéhokoľvek jasného obrazu v tejto oblasti sa komplikuje ťažkosťami pri zosúladovaní informácií pochádzajúcich z rôznych ukazovateľov. Tento problém je očividný najmä pri kokaíne, ktorého odhadovaná výroba, ako aj objem zachytených drog v Európskej únii podľa najnovších údajov klesol a takisto sa vo väčšine krajín znížila čistota drogy na ulici. V Spojenom kráľovstve, v krajine s veľkým trhom s kokaínom, sa nedávno významne znížila jeho čistota. Tieto údaje by mohli naznačovať, že dostupnosť kokaínu klesá, ale iné informácie spochybňujú takýto záver. Počet zachytení tejto drogy sa stále zvyšuje, ceny klesajú a sú tu náznaky prechodu na nové obchodné trasy cez východnú Európu, čo mohlo zmariť úsilie o zabránenie ich pohybu. Užívanie kokaínu v Európe sa naďalej sústreďuje v západných krajinách, kde je trend vo všeobecnosti stabilný alebo stále rastúci. Existuje však dôkaz o ďalšom prenikaní tejto drogy do ostatných krajín. Zvyšuje sa aj počet žiadostí o liečbu súvisiacu s kokaínom. Z dostupných dôkazov je možné urobiť záver, že súčasná úroveň konzumácie zostáva vysoká a nezmenšuje sa v zavedených oblastiach a všade sa naďalej zvyšuje; existujú však ukazovatele, že dodávatelia možno zažívajú ťažkosti pri plnení dopytu spotrebiteľov na niektorých významných trhoch. Uvidíme, či budúcnosť prinesie viac

Letný pohľad – odhady užívania drog v Európe

Odhady, ktoré sú tu uvedené, sa vzťahujú na dospelú populáciu (vo veku 15 – 64 rokov) a vychádzajú z najnovších dostupných údajov. Úplný súbor údajov a informácií o metodológii sa nachádza v sprievodnej štatistickej ročenke.

Kanabis

Celoživotná prevalencia: najmenej 74 miliónov (22 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: približne 22,5 miliónov dospelých Európanov alebo tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulom mesiaci: približne 12 miliónov Európanov

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v minulom roku: Celkové rozpätie od 0,4 % do 14,6 %

Kokaín

Celoživotná prevalencia: približne 13 miliónov (3,9 % dospelých Európanov)

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

Užívanie v minulom mesiaci: približne 1,5 milióna

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v minulom roku: Celkové rozpätie od 0,0 % do 3,1 %

Extáza

Celoživotná prevalencia: približne 10 miliónov (3,1 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: približne 2,5 milióna alebo štvrtina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulom mesiaci: menej ako 1 milión

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v minulom roku: Celkové rozpätie od 0,1 % do 3,5 %

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia: približne 12 miliónov (3,5 % dospelých Európanov)

Užívanie v minulom roku: približne 2 milióny alebo jedna šestina celoživotných užívateľov

Užívanie v minulom mesiaci: menej ako 1 milión

Rozdiel medzi krajinami v užívaní v minulom roku: Celkové rozpätie od 0,0 % do 1,3 %

Opiáty

Problémoví užívatelia opiátov: odhad je od 1,2 do 1,5 milióna Európanov

Na úmrtia vyvolané drogami pripadajú 4 % všetkých úmrtí Európanov vo veku 15 – 39 rokov, pričom opiáty boli zistené približne u troch štvrtín

Hlavná droga u viac ako 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu

Približne 650 000 užívateľov opiátov dostalo v roku 2007 substitučnú liečbu

konkrétnych dôkazov o znižovaní dostupnosti tejto drogy po nedávných správach o poklese celosvetovej výroby kokaínu.

Na heroín stále pripadá najväčší podiel chorobnosti a úmrtnosti súvisiacej s užívaním drog v Európe. Užívanie tejto drogy vo všeobecnosti klesalo od polovice až konca 90. rokov, ale dnes je tento obraz nejasnejší a v niektorých oblastiach vyvoláva obavy. Počet nových žiadostí o liečbu po významných poklesoch stále rastie od roku 2002, pričom veľký počet krajín v súčasnosti uvádza zvýšenie počtu aj podielu žiadostí o liečbu súvisiacich s opiátovými drogami. Údaje o úmrtiach súvisiacich s drogami, ktoré sú zväčša spojené s užívaním heroínu, takisto neposkytujú žiaden náznak návratu ku klesajúcemu trendu, ktorý bol pozorovaný pred rokom 2004. Údaje o počtoch porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami a zachytení tiež vykazujú zvýšenie. Je znepokojivé, že malý počet krajín upozorňuje, že problémy s heroínom boli spozorované medzi niektorými mladými ľuďmi, čo naznačuje, že táto droga by sa mohla rozširovať medzi novými skupinami obyvateľstva. Celkovo to musíme brať ako sklamanie, že sa neudržala pozitívna analýza klesajúceho trendu problémov súvisiacich s heroínom. A hoci v súčasnosti neexistuje žiaden dôkaz o návrate k epidemickému šíreniu užívania heroínu ako v minulosti, zdravotné a sociálne problémy vyplývajúce z užívania tejto drogy sú značné. Akékoľvek náznaky možného zhoršenia situácie najmä v súvislosti s tým, že Európa vstupuje do obdobia hospodárskych ťažkostí, sú dôvodom pre vážne znepokojenie.

Užívanie viacerých drog a sprievodné problémy s alkoholom sú teraz určujúcimi prvkami európskej drogovej problematiky

V rámci protidrogovej prevencie dávno prevláda názor, že problémy užívania látok sa najlepšie riešia holisticky a v kontexte zdravého spôsobu života a informovaného výberu. Na rozdiel od toho je rozprava o užívaní drog častejšie špecificky zameraná na určitú látku. Je ťažké neprikloniť sa k záveru, že takýto jednorozmerný pohľad sa stáva úplne zbytočným pre pochopenie rozvíjajúcej sa povahy foriem užívania látok v Európe. Jednotlivci, ktorí užívajú drogy, takmer nikdy neobmedzujú ich konzumáciu na jednu látku. V Európe v súčasnosti predstavujú formy užívania viacerých drog normu a kombinované užívanie rôznych látok je zodpovedné za väčšinu problémov, ktorým čelíme, alebo ich komplikuje. V dôsledku toho vznikla potreba vypracovať komplexnejšie, integrované a na viacero látok zamerané stanovisko, aby sme lepšie pochopili situáciu, a navrhnúť a vyhodnotiť vhodné reakcie. A to sa rovnako vzťahuje aj na trh s drogami.

Akcie na znižovanie ponuky jednej drogy sa očividne znehodnotia, ak jednoducho otvoria dvere pre užívanie náhrady, ktorá môže byť ešte škodlivejšia.

K tohtoročnej výročnej správe je pripojená vybraná otázka užívania viacerých drog, v ktorej sa skúma, aké účinky má užívanie viacerých látok v rôznych skupinách užívateľov drog. Zistenia sú znepokojivé. Konzumácia viacerých látok u mládeže môže zvýšiť riziko akútnych problémov a predurčuje vývoj návyku na drogy v neskoršom veku. Medzi staršími, pravidelnými užívateľmi drog, je užívanie viacerých drog hlavným problémom pri predávkovaní drogami, komplikuje liečbu drogovej závislosti a je spojené s násilím a páchaním trestných činov. Zväčšuje sa aj výber drog, ktoré sú v Európe dostupné pre spotrebiteľov. V tejto správe sa upozorňuje na zväčšujúci sa sortiment zväčša nekontrolovaných látok smerujúcich na trh s kanabisom, inovácie vo výrobe syntetických drog a rastúce obavy zo zneužívania liekov na lekárske predpis. Okrem toho sa uznalo, že určujúcim faktorom problému užívania látok v Európe je sprievodná konzumácia alkoholu. Toto je takisto možné vidieť v každej vekovej skupine. Najnovšie údaje vykazujú silnú väzbu medzi nestriedmym pitím a užívaním drog medzi školopovinnými deťmi. Nestriedme pitie ide často ruka v ruke aj s rekreačným užívaním drog, čím sa zvyšuje riziko negatívnych následkov medzi mladými dospelými. V rámci populácie chronických užívateľov drog je užívanie alkoholu také bežné, že sa berie ako samozrejmosť, a pre protidrogové liečebné centrá sa stáva stále dôležitejším problémom potreba zaoberať sa súbežne existujúcou závislosťou od alkoholu. Problémy s alkoholom môžu byť zvlášť škodlivé pre osoby závislé od opiátových drog, pretože môžu už mať zhoršenú funkciu pečene kvôli infekcii hepatitídy a je tu zvýšené riziko predávkovania.

Inovácie a dostupnosť prekurzorov: vzájomne pôsobiace faktory, ktoré majú rastúci vplyv na trh so syntetickými drogami

Centrum EMCDDA pozoruje stále zložitejšiu a meniacu sa situáciu v dostupnosti a užívaní syntetických drog v Európe. Nelegálny trh a jeho dodávatelia preukazujú vysokú úroveň inovácií z hľadiska výrobných procesov, nových produktov a marketingových príležitostí, pričom preukazujú schopnosť rýchlo sa prispôbiť kontrolným opatreniam. Okrem toho, znepokojivý vývoj predstavuje rastúca dômyselnosť marketingu „legálnych náhrad“ za nelegálne drogy.

Jeden z príkladov premenlivosti trhu môžeme vidieť na nedávnom vývoji dostupnosti extázy. Do roku 2007 obsahovala väčšina tabletiék extázy, ktoré sa analyzovali

v Európe, 3, 4-metyléndioxyamfetamín (MDMA) alebo iné extáze podobné látky. Avšak počiatkové údaje zo systému včasného varovania od začiatku roka 2009 naznačujú, že sa to možno mení v niektorých členských štátoch, ako napríklad v Dánsku a Holandsku. Až v polovici všetkých tabletiék analyzovaných v týchto krajinách nebol zistený žiaden MDMA ani žiaden z jeho analógov. Tabletky obsahovali skôr 1-(3-chlórfenyl) piperazín (mCPP) buď samostatne, alebo v kombinácii s inou psychoaktívnou látkou. Hoci mCPP nie je uvedený na zozname v dohovorech OSN, v niektorých členských štátoch EÚ je už podriadený kontrolným opatreniam. Dôvody súčasnej zmeny trhu nie sú úplne jasné, ale možným vysvetlením je nedostatok 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanonu (PMK), hlavného prekurzoru pre syntézu MDMA. Zatiaľ sa nedá povedať, či takýto vývoj predstavuje dočasnú odchýlku, alebo naznačuje významnejšiu zmenu na trhu s extázou. Systém včasného varovania EÚ monitoruje mCPP už od roku 2005 a centrum EMCDDA a Europol starostlivo sledujú zmeny týkajúce sa vývoja v tejto oblasti a vypracujú správu o trhu v roku 2010.

Zmeny na trhu s extázou môžu poukazovať na rastúcu úspešnosť úsilí na zabránenie zneužívania chemikálií prekurzorov, a také úsilie môže mať významné účinky aj na dostupnosť a užívanie iných látok. Existujú napríklad určité náznaky, že metamfetamín možno vytláča amfetamín v niektorých častiach severnej Európy. A znovu sa ukazuje, že tu sú dôležité trhové faktory a chemikálie prekurzorov, pričom sú výrobné metamfetamínu umiestnené v Litve, ktorej zemepisná poloha uľahčuje dovoz prekurzorov, v tomto prípade 1-fenyl-2-propanonu (BMK) z krajín mimo Európskej únie. Situácia v severných krajinách vyvoláva ďalšie obavy z možného šírenia užívania metamfetamínu za hranice Českej republiky. V tejto krajine problémy s metamfetamínom existujú už dávno, ale zvyčajne ide o malovýrobu pre osobnú alebo miestnu spotrebu. Mnohé stredoeurópske krajiny v súčasnosti tiež uvádzajú určité užívanie metamfetamínu a Europol uvádza, že niekoľko väčších výrobní bolo odhalených a zničených v iných častiach Európy. Existujú aj určité dôkazy o tom, že užívanie metamfetamínu sa rýchlo zvyšuje v niektorých iných krajinách, ktoré hraničia s Európskou úniou. Doteraz sa tejto droge nepodaril útok na veľký trh stimulačných drog v západnej Európe, na ktorom má stále dominantné miesto kokaín alebo amfetamín. Napriek tomu však, vzhľadom na relatívnu jednoduchosť výroby metamfetamínu a významný negatívny dopad, ktorý môže mať táto droga na zdravie obyvateľstva, nie je tu žiaden priestor pre vedomú nečinnosť. Príkladom toho, s akou rýchlosťou sa môžu problémy rozvíjať, je Slovensko, ktoré

poskytuje súčasnú prípadovú štúdiu krajiny, v ktorej sa významne zvýšilo užívanie metamfetamínu.

Internet a marketing: je 'spice' prichut' vecí, ktoré majú prísť?

Len málo oblastí súčasného života sa nezmenilo prostredníctvom výhod informačnej technológie, pričom internet teraz poskytuje nielen neobmedzený zdroj informácií, ale aj hlavný virtuálny trh pre výmenu tovaru a služieb. Nie je teda prekvapujúce, že toto médium má teraz vplyv na oblasť drog. Centrum EMCDDA spustilo ten rok prvý prieskum metód liečby cez internet a zdá sa, že webové metódy majú značný potenciál pre niektoré formy prevencie, liečby a znižovania škôd. Menej pozitívne je však to, že existujú očividné ťažkosti pri regulovaní tohto virtuálneho a globálneho javu, a internet sa dá použiť na propagáciu užívania psychoaktívnych látok. K obavám, ktoré vznikli z internetového marketingu alkoholu a liekov, pribudli obavy z objavujúceho sa sortimentu údajne „legálnych“ náhrad za kontrolované psychoaktívne látky.

Centrum EMCDDA teraz pravidelne monitoruje psychoaktívne látky, ktoré ponúkajú obchodníci na internete. Za posledných niekoľko rokov sa tento trh rozrástol a teraz zahŕňa široký sortiment výrobkov na rastlinnej báze, najmä bylinné zmesi, ako aj tovar obsahujúci syntetické zmesi. Nové látky objavujúce sa na internetovom trhu sa môžu pohybovať v rozpätí od liekov, ktoré sa tradične používajú v niektorých častiach sveta, až po experimentálne chemikálie syntetizované

v laboratóriách a neodskúšané na ľuďoch. K iným inováciám patrí vývoj rozlišovacích značiek a používanie atraktívneho obalu. Takým významným príkladom je bylinná zmes, ktorá sa predáva pod označením „spice“.

Boli zistené mnohé značky „spice“ v rôznych obaloch a s odlišnými zoznamami zložiek. Forenznou analýzou sa však zväčša nezistili látky na rastlinnej báze, ktoré boli uvedené na štítku, ale na niektorých vzorkách boli zistené syntetické kanabinoidy, ktoré boli pridané do zmesí. Tieto látky sa nenachádzali medzi uvedenými zložkami, a preto by sa konzumovali nevedome. Zistené kanabinoidy sú relatívne neznáme výskumné zlúčeniny, niektoré sú mimoriadne účinné a o ich účinkoch na ľudí sa veľa nevie.

Pokusy vyhnúť sa kontrole drog predajom neregulovaných látok nie sú nové. Nový je sortiment látok, ktoré sa teraz skúmajú, agresívny marketing výrobkov, ktoré sú úmyselne nesprávne označené, rastúce používanie internetu a rýchlosť, akou trh reaguje na kontrolné opatrenia. „Spice“ nás môže aj varovať pred problémami, ktoré prídu. Schopnosť rafinovaných chemikov, ktorí často sídlia mimo európskej jurisdikcie, robiť lacno organickú syntézu, poskytuje potenciálny prístup k značnému počtu psychoaktívnych látok. Toto môže priniesť úplne nové chemické skupiny obsahujúce mnoho analógov, ktoré môže byť ťažké zistiť a ktoré spôsobujú značné ťažkosti pre politiky kontroly, ktoré sú založené na jednotlivých zlúčeninách. Okrem toho, keďže niektoré z takých látok môžu mať legálne použitie alebo sa môžu predávať na údajne legálny účel, môžu sa dostať niekam medzi kontrolu drog a obchodné predpisy.



Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Úvod

V predchádzajúcom roku boli vypracované dva dokumenty o európskej a medzinárodnej protidrogovej politike. Európska únia zverejnila v decembri 2008 svoj nový akčný plán na boj proti drogám (2009 – 2012) a o niekoľko mesiacov neskôr nasledovala nová politická deklarácia a akčný plán OSN boja proti celosvetovej drogovej problematike. O obsahu nových dokumentov o protidrogovej politike a o úlohe organizácií zastupujúcich občiansku spoločnosť pri ich tvorbe sa bude hovoriť v tejto kapitole.

Debaty o medzinárodnej politike zahŕňali diskusie o nezákonnom obchodovaní s drogami a nachádza sa tu aj prehľad nedávnych zmien právnych predpisov v najnižších trestoch za nezákonné obchodovanie s drogami v Európe. Kľúčovou otázkou v politickej debате bolo aj znižovanie škôd a táto kapitola sa zaoberá aj právnym postavením dvoch dôležitých intervencií v tejto oblasti, a to výmeny ihly a injekčnej striekačky a substituúnej liečby.

Ďalšími témami, ktoré sa tu riešia, je nedávne prijatie a vyhodnotenie národných protidrogových stratégií a akčných plánov, nové údaje a trendy vo verejných výdavkoch súvisiacich s drogami a pokrok vo výskume súvisiacom s drogami v Európe.

Rozvoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ

Nová politická deklarácia a akčný plán OSN

Nová politická deklarácia a akčný plán OSN ⁽¹⁾ boli prijaté na politickom stretnutí na najvyššej úrovni počas tohtoročného zasadnutia Komisie OSN pre omamné látky (CND). Toto bolo výsledkom jednoročnej reflexie, ktorá sa uskutočnila ako súčasť skúmania pokroku za desaťročné obdobie pri dosahovaní cieľov a zámerov stanovených v roku 1998 počas dvadsiateho osobitného zasadnutia Valného zhromaždenia OSN (UNGASS) o celosvetovej drogovej problematike.

Európska únia a jej členské štáty zohrali vedúcu úlohu pri hodnotení UNGASS. Stanovisko Európy k protidrogovej politike OSN, ktoré má vyplývať z procesu hodnotenia, bolo vyjadrené v spoločnom stanovisku, ktoré vypracovala Rada Európskej únie. V tomto dokumente sa zdôraznil význam zdravia obyvateľstva ako prvej zásady medzinárodného systému na kontrolu drog a potreba systémovej súdržnosti v oblasti drog medzi orgánmi OSN (vrátane INCB, UNODC, UNAIDS, WHO). Takisto sa v ňom požadovalo začlenenie súboru kľúčových prvkov a priorít do novej politickej deklarácie OSN. Medzi nimi bola potreba komplexnej, integrovanej a vyváženej protidrogovej politiky, pričom väčšia váha sa má prikladať zníženiu dopytu po drogách a má sa začleniť znižovanie škôd. Európska únia naliehavo požadovala, aby kľúčovým prvkom novej protidrogovej politiky bolo rešpektovanie medzinárodných dohovorov o ľudských právach, vrátane práva na zdravie, a aby sa vypracúvanie protidrogových politík opieralo o vedecké dôkazy. Európska únia okrem toho konštatovala, že na účely boja proti výrobe drog by sa podpora alternatívneho rozvoja nemala podmieňovať znížením nezákonného pestovania plodín.

Z hľadiska obsahu je tento nový dokument OSN podobný ako pôvodné deklarácie a akčné plány UNGASS schválené v roku 1998. Tento dokument zahŕňa mnohé prvky, ktoré nastolila Európska únia, ako možno vidieť z akčného plánu, v ktorom sa skúmajú súčasné problémy protidrogovej politiky a uvádzajú sa opatrenia, k realizácii ktorých sa zaviazali členské štáty OSN v priebehu nasledujúceho desaťročia. Medzi kľúčovými opatreniami a cieľmi pod záhlavím zníženie dopytu po drogách je: lepšie rešpektovanie ľudských práv, zvýšená dostupnosť služieb a väčšie zacielenie na zraniteľné skupiny. Požaduje sa aj lepšia vyváženosť protidrogových politík na účely zníženia dopytu po drogách a zavedenie intervencií založených na dôkazoch, ako aj mechanizmy monitorovania a zabezpečenia kvality. Tento dokument OSN však výslovne nepotvrďuje prínos zníženia škôd, prístup, ktorý sa presadzoval v Európe v rámci vedeckého skúmania.

(1) Politická deklarácia a akčný plán medzinárodnej spolupráce zameranej na integrovanú a vyváženú stratégiu boja proti celosvetovej drogovej problematike.

Svetový trh s nezákonnými drogami

Na tohtoročnom zasadnutí Komisie OSN pre omamné látky vo Viedni boli predložené výsledky novej štúdie o svetovom trhu s nezákonnými drogami, ktorú financovala Európska komisia ⁽¹⁾. Štúdia neprinesla žiadne dôkazy o tom, že celosvetový problém s drogami sa v období rokov 1998 až 2007 zmiernil. V prípade niektorých štátov sa problém zmenšil ale v prípade iných sa zhoršil, a to v niektorých prípadoch podstatne.

Trhy s nezákonnými drogami nie sú podľa štúdie vertikálne integrované ani ovládané významnými dílermi alebo kartelmi. Aj keď sa odhaduje, že predaj nezákonných drog vytvára zisk viac ako 100 miliárd EUR, prevažná väčšina tých, ktorí sú zapojení do obchodu s drogami, má skromné príjmy. Niekoľko jednotlivcov zarába veľké peniaze, ale tí predstavujú len malý podiel celkových príjmov.

Štúdia informuje o konvergencii národných protidrogových politík, pričom čoraz väčší dôraz sa kladie na znižovanie dopytu a znižovanie škôd nachádza širší ohlas. Sprísnilo sa politiky voči predajcom a priekupníkom.

Presadzovanie zákazu drog sa podľa štúdie posudzuje tak, že spôsobilo podstatné neúmyselné škody, z ktorých mnohé bolo možno predvídať (napríklad geografická dislokácia výroby a nezákonného obchodovania).

⁽¹⁾ Európska komisia, „Správa o svetových trhoch s nezákonnými drogami, 2009“ (k dispozícii na: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

Protidrogové akčné plány EÚ

Európska komisia zverejnila v septembri 2008 svoje záverečné vyhodnotenie akčného plánu EÚ na boj proti drogám na roky 2005 – 2008 ⁽²⁾. V tomto vyhodnotení sa skúmala realizácia opatrení a dosiahnutie cieľov stanovených v tomto akčnom pláne. Skúmal sa aj dosah akčného plánu na národné protidrogové politiky členských štátov EÚ a skúmali sa aj súčasné trendy európskej drogovej situácie.

Vo vyhodnotení sa zistilo, že hoci neboli zrealizované všetky opatrenia v plnom rozsahu a nie všetky ciele sa dosiahli, pokrok sa dosiahol takmer vo všetkých oblastiach akčného plánu. Okrem toho sa skutočnosť, že väčšina dokumentov národnej protidrogovej politiky obsahuje ciele, ktoré sú odrazom cieľov akčného plánu EÚ, uvádzala ako dôkaz rastúceho zblížovania medzi európskymi krajinami v oblasti protidrogovej politiky. Spozorovala sa aj relatívna stabilizácia európskej drogovej situácie v posledných rokoch, nebolo však možné určiť, nakoľko k tomuto trendu prispel akčný plán EÚ.

Napriek určitým operatívnym nedostatkom sa akčný plán EÚ na boj proti drogám celkovo posudzoval ako tvoriaci pridanú hodnotu v troch odlišných oblastiach: v zaviazaní členských štátov a inštitúcií EÚ k dosahovaniu spoločných cieľov, v poskytnutí rámca pre koordináciu a rozvíjanie súdržného prístupu k oblasti drog a ako model politiky na medzinárodnej úrovni.

V záverečnom vyhodnotení protidrogového akčného plánu bola informácia o jeho nástupcovi, o Akčnom pláne EÚ na boj proti drogám (2009 – 2012), ktorý schválila Európska rada v decembri 2008 ⁽³⁾. Tento protidrogový akčný plán, piaty od roku 1990, je druhým v rámci súčasnej protidrogovej stratégie EÚ (2005 – 2012). Jeho všeobecným cieľom je významné zníženie prevalence užívania drog medzi obyvateľstvom a zníženie sociálnych a zdravotných škôd spôsobených užívaním a obchodovaním s nezákonnými drogami.

Nový akčný plán EÚ stanovuje päť kľúčových priorít, do ktorých sa premietajú jeho oblasti činnosti: zlepšovanie koordinácie, spolupráce a zvyšovanie povedomia verejnosti, znižovanie dopytu po drogách, znižovanie ponuky drog; zlepšovanie medzinárodnej spolupráce a zvyšovanie pochopenia tohto problému. Nový plán je cielenejší ako jeho predchodca len s asi polovicou cieľov (24) a menším počtom opatrení (72). Obsahuje aj ciele a opatrenia, ktoré sa nenachádzali v predchádzajúcom akčnom pláne ⁽⁴⁾. Záverečné vyhodnotenie súčasného plánu a stratégie na boj proti drogám vykoná v roku 2012 externý a nezávislý hodnotiteľ a potom bude nasledovať obdobie reflexie na účely prípravy ďalších dokumentov o protidrogovej politike EÚ.

Občianska spoločnosť a tvorba protidrogovej politiky

Zapojenie mimovládnych organizácií (MVO) do prípravných diskusií o dokumentoch novej protidrogovej politiky EÚ a OSN predstavuje dôležitý krok pri zaangažovaní občianskej spoločnosti do tejto oblasti politiky. V máji 2008 sa na fóre občianskej spoločnosti Európskej komisie o drogách prerokovali prvé výsledky hodnotenia akčného plánu EÚ na boj proti drogám (2005 – 2008) a diskutovalo sa o potrebách a možnom obsahu nasledujúceho akčného plánu (Európska komisia, 2008a). 26 MVO fóra navrhlo, aby v srdci protidrogovej politiky EÚ boli zásady verejnej zdravotnej starostlivosti a ľudské práva a aby sa zdôraznil zákaz stigmatizácie a diskriminácie. Takisto požadovali, aby sa viac pozornosti venovalo zraniteľným skupinám, užívaniu viacerých drog, otázkam duševného zdravia, situácii vo väzniciach a prevencii úmrtí súvisiacich s drogami.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordrogué 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ Ú. v. EÚ C 326, 20.12.2008, s. 7.

⁽⁴⁾ Pozri „Akčný plán EÚ na boj proti drogám (2009 – 2012): nové črty“, s. 20.

Akčný plán EÚ na boj proti drogám (2009 – 2012): nové aspekty

V novom protidrogovom akčnom pláne EÚ sa viac sústreďuje pozornosť na účasť občianskej spoločnosti v protidrogovej politike. Akčný plán sa prostredníctvom ustanovenia „Európskej akcie v oblasti drog“ zameriava na podnietenie európskej občianskej spoločnosti, aby sa angažovala a prijala opatrenia v oblasti drogovej problematiky. V akčnom pláne sa členské štáty taktiež vyzývajú, aby zapojili občiansku spoločnosť na všetkých príslušných úrovniach drogovej politiky.

Zameranie sa na kvalitu opatrení v oblasti prevencie, liečby, znižovania škôd a rehabilitácie sa posilnilo prostredníctvom akcií vyžadujúcich navrhnutie a výmenu usmernení, osvedčených postupov a kvalitatívnych noriem a vypracovanie minimálnych kvalitatívnych noriem alebo kritérií EÚ v týchto oblastiach. V súvislosti s témou znižovania dopytu po drogách sa ďalšia pozornosť venuje aj väzenskému prostrediu, pričom členské štáty sa v rámci opatrení vyzývajú, aby poskytovali služby užívateľom drog vo väzení rovnocenné službám existujúcim mimo väzenia, aby zaviedli následnú starostlivosť po prepustení z väzenia a aby celkove zlepšili monitorovanie drogovej problematiky a poskytovanie služieb užívateľom drog v tomto prostredí.

Väčšina opatrení súvisiacich so znižovaním ponuky drog sa zameriava na zlepšenie presadzovania práva a justičnej spolupráce medzi členskými štátmi, často prostredníctvom zvýšeného využívania orgánov, projektov a nástrojov EÚ. Znižovanie zneužívania a nezákonného obchodovania s prekurzormi drog v Európe a prostredníctvom Európy je predmetom siedmich rôznych opatrení, ktoré majú všeobecne operačné zameranie.

V oblasti medzinárodnej spolupráce sa silnejší dôraz kladie na alternatívny rozvoj, v súvislosti s ktorým tri opatrenia vyžadujú intenzívnejšiu finančnú a politickú podporu pre také programy. Externé dohody a programy tiež usilujú o lepšiu reflexiu vyváženého prístupu medzi znižovaním dopytu a ponuky.

Nové opatrenie pod hlavičkou informácií, výskumu a hodnotenia vyžaduje vypracovanie kľúčových ukazovateľov a stratégií pre zhromažďovanie údajov o drogovej trestnej činnosti, nezákonnom pestovaní, drogových trhoch a opatreniach na znižovanie ponuky. Zvýšený dôraz sa taktiež kladie na posilnenie výskumu v oblasti drog a na vypracovanie hodnotenia drogovej politiky na vnútroštátnej úrovni aj na úrovni EÚ.

K prioritám pre opatrenia, ktoré určilo fórum, patrí zvýšená koordinácia medzi vládami a občianskou spoločnosťou, vypracovanie štandardov kvality pri znižovaní dopytu po drogách, zlepšenie mechanizmov zhromažďovania údajov a podpora alternatívneho rozvoja v tretích krajinách.

Prínos MVO k pokroku, ktorý nastal pri dosahovaní cieľov stanovených na zasadnutí UNGASS v roku 1998, vyhodnotil výbor pre omamné látky viedenskej MVO s finančnou podporou Európskej komisie a niekoľkých členských štátov. Proces „nad rámec 2008“ vychádzal z deviatich regionálnych konzultácií, ktoré vyvrcholili na fóre, ktoré sa konalo v júli 2008 vo Viedni. V záverečnej deklarácii a troch rezolúciách, ktoré schválilo fórum, sa vyzdvihujú mnohé činnosti MVO a ich rastúca úloha v protidrogovej politike⁽⁵⁾. MVO vyzvali vlády a medzinárodné organizácie, aby sa s nimi pravidelne radili a poskytovali im zvýšenú podporu. Spomedzi mnohých a rôznorodých výziev adresovaných členským štátom a medzinárodným organizáciám je možné identifikovať niekoľko tém, a to: komplexnú a vyváženú protidrogovú politiku založenú na ľudských právach, zvýšené kapacity monitorovania a hodnotenia, rozvíjanie a šírenie osvedčených postupov a najmä vedúcich princípov OSN pre účinnú liečbu, dostupnosť a primerané zabezpečenie omamných látok ako liekov na zmiernenie bolesti a rešpektovanie ľudských práv väzňov, ktorí sú drogovo závislí alebo sú vo väzbe pre trestné činy súvisiace s drogami.

Národné stratégie a akčné plány na boj proti drogám

Nový vývoj

Stratégie a akčné plány na boj proti drogám sú teraz hlavnými nástrojmi národných protidrogových politík v Európe. Tridsať krajín s výnimkou jednej, ktoré monitorovalo centrum EMCDDA, prijalo takéto dokumenty, ktoré periodicky obnovujú.

Nové dokumenty protidrogovej politiky⁽⁶⁾ prijalo v roku 2008 Grécko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo. Grécko prijalo akčný plán (2008 – 2012) na doplnenie svojej existujúcej protidrogovej stratégie. Medzi cieľmi nového plánu je lepšie poskytovanie protidrogovej liečby. Nový francúzsky akčný plán (2008 – 2011) sa vzťahuje na nezákonné drogy, alkohol a tabak. Kľúčovou prioritou tohto plánu je odrádzanie mladých ľudí od toho, aby začali užívať drogy, opätovným zdôrazňovaním zákazu užívania drog a informovaním mladých ľudí a ich rodičov o rizikách súvisiacich s užívaním drog. Nová stratégia na boj proti drogám (2008 – 2018) a jej akčný plán (2008 – 2011) schválené Spojeným kráľovstvom sú zamerané na obmedzovanie ponuky nezákonných drog

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

⁽⁶⁾ 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.

a znižovanie dopytu po nich, pričom sa venuje náležitá pozornosť ochrane rodín a posilňovaniu komunít.

Desať ďalších členských štátov EÚ malo národné dokumenty protidrogovej politiky, ktorých platnosť skončila v roku 2008. Španielsko schválilo novú protidrogovú stratégiu vo februári 2009 a osem ostatných krajín (Bulharsko, Írsko, Taliansko, Litva, Cyprus, Portugalsko, Rumunsko a Slovensko) boli v prvej polovici roku 2009 v procese dokončovania a schvaľovania nových protidrogových stratégií a akčných plánov; Lotyšsko predĺžilo svoj program na roky 2005 - 2008 jednoročným akčným plánom. Holandsko takisto plánuje, že v roku 2009 nahradí svoju bielu knihu o drogách z roku 1995, zatiaľ čo u niekoľkých krajín sa v priebehu tohto roka skončí platnosť ich politických dokumentov (Česká republika, Luxembursko, Maďarsko, Slovinsko, Chorvátsko, Turecko).

Hodnotenie

Približne dve tretiny európskych krajín hlásia, že vypracúvajú priebežné alebo ročné hodnotenie realizácie opatrení stanovených v ich národných dokumentoch protidrogovej politiky. Vo väčšine prípadov sa správa o pokroku vychádza z údajov zhromaždených od poskytovateľov služieb a ministerstiev zapojených do protidrogovej politiky predložila vláde alebo parlamentu. Väčšina krajín týmto už začala realizovať Akciu 70 akčného plánu EÚ na boj proti drogám (2009 - 2012), ktorá vyzýva členské štáty, aby pravidelne alebo priebežne hodnotili a doladzovali svoje národné protidrogové politiky.

Podobné hodnotenie možno urobiť aj pokiaľ ide o záverečné hodnotenie národných protidrogových stratégií a akčných plánov, pričom viac ako 20 krajín oznámilo, že v súčasnosti pripravujú alebo nedávno uskutočnili také hodnotenie. V niektorých prípadoch predstavuje záverečná správa súhrn ročných hodnotení realizácie, zatiaľ čo v iných prípadoch ide o pokus hlbšie pochopiť proces realizácie, účinnosť alebo dosah politiky. Spomedzi krajín, ktoré prevzali hlbší prístup k hodnoteniu, dve (Luxembursko a Cyprus) sa rozhodli pracovať s externými hodnotiteľmi z inej krajiny.

Hodnotenia protidrogovej politiky čelia značným ťažkostiam pri svojich pokusoch dať do súvislosti výsledky protidrogových stratégií alebo akčných plánov so zmenami v drogovej situácii. Medzi nimi sú problémy pri hodnotení účinkov veľkých súborov opatrení a obmedzené pochopenie vplyvu kľúčových kontextových prvkov, ako sú trhy s drogami a trendy v užívaní drog a životný štýl mladých ľudí. Aj napriek tomu sa niektoré európske krajiny

pokúsili vytvoriť súvislosť medzi protidrogovými stratégiami alebo akčnými plánmi a ukazovateľmi drogovej situácie. A toto by sa v budúcnosti malo stať všeobecnejším tým, že v novom akčnom pláne EÚ na boj proti drogám (2009 - 2012) sa požaduje vytvorenie nástrojov na meranie efektívnosti a dosahu protidrogových politík. EMCDDA tiež vypracúva usmernenia na pomoc členským štátom pri hodnotení a interpretácii svojich dokumentov protidrogovej politiky.

Verejné výdavky

Tvorcovia politiky potrebujú podrobné a spoľahlivé informácie o verejných výdavkoch súvisiacich s drogami na vyhodnotenie skutočného pridelenia prostriedkov v tejto oblasti a v konečnom dôsledku na ocenenie pomeru nákladov a výdavkov protidrogovej politiky. Odhad prostriedkov z ekonomického hľadiska, ktoré štát vynaložil v reakcii na užívanie nezákonných drog, je preto základným krokom smerom k pochopeniu širšieho dosahu užívania drog.

Odhady verejných výdavkov sú založené na vládnych rozpočtoch a účtovných dokumentoch. Je však ťažké odhadnúť celkové výdavky, ktoré vznikli pri realizácii národnej protidrogovej politiky, pretože to znamená dať dohromady číselné údaje za činnosti uskutočňované na rôznych úrovniach vlády (napr. na miestnej, regionálnej, celoštátnej), ktoré môžu byť financované pod rôznymi rozpočtovými kapitolami a často nie sú špecificky identifikované ako súvisiace s drogami.

Celkové verejné výdavky súvisiace s drogami sú odhadnuté na 34 miliárd EUR za rok 2005 (EMCDDA 2008a). Kvôli vysokej úrovni podhodnotenia nie je možné aktualizovať tento odhad. Ťažkosti pri zhromažďovaní informácií v tejto oblasti dokladá skutočnosť, že spomedzi 23 krajín, ktoré oznámili údaje za rok 2007, len Česká republika bola schopná urobiť rozpis výdavkov naprieč všetkými úrovňami vlády. Väčšina krajín bola schopná poskytnúť údaje o výdavkoch centrálnej vlády a sedem oznámilo aj výdavky regionálnej alebo miestnej správy (Belgicko, Dánsko, Estónsko, Rakúsko, Fínsko a Chorvátsko) alebo z fondov sociálneho zabezpečenia (Nemecko).

Označené a neoznačené výdavky

Označené výdavky sú plánované verejné výdavky súvisiace s drogami, ktoré urobila ústredná vláda štátu. Tieto výdavky vyjadrujú dobrovoľný záväzok štátu v oblasti drog a je možné ich spätne vysledovať podrobným preskúmaním verejných rozpočtov. Spomedzi

23 krajín, ktoré poskytli údaje za rok 2007, 16 oznámilo len označené výdavky. V mnohých prípadoch (napr. Estónsko, Francúzsko, Poľsko a Rumunsko) vznikla väčšia časť označených výdavkov v súvislosti s uplatňovaním národných dokumentov protidrogovej politiky.

Nie všetky výdavky súvisiace s drogami sú identifikované ako také v štátnych rozpočtoch. Vo väčšine krajín je suma vynaložená pri niektorých činnostiach súvisiacich s drogami zakotvená v iných programoch a intervenciách (napr. celkový rozpočet na policajné operácie alebo zásahy zamerané na dovoľené aj nedovoľené látky). V takýchto prípadoch sa odhad takých „neoznačených výdavkov“ musí robiť pomocou prístupu modelovania nákladov. Výsledky starších štúdií ukazujú, že neoznačené výdavky predstavujú vo väčšine prípadov väčšiu časť štátnych výdavkov na drogovú problematiku.

Verejné výdavky súvisiace s drogami možno kategorizovať podľa klasifikácie systému funkcií vlády (COFOG) (EMCDDA, 2008e). Tri krajiny predložili označené výdavky zatriedené do prvej úrovne COFOG (Luxembursko, Fínsko a Spojené kráľovstvo len za Anglicko), pričom len Spojené kráľovstvo poskytlo číselné údaje za „všeobecné verejné služby“, „vzdelávanie“ a „sociálnu ochranu“ (7). V týchto troch krajinách najväčší podiel z celkovej vyplatenej sumy dostalo „zdravotníctvo“ a za ním nasledovalo „verejný poriadok a bezpečnosť“ (tabuľka 1). Na rozdiel od toho v tých krajinách, ktoré poskytli údaje COFOG pre neoznačené výdavky, väčšia časť bola pridelená na „verejný poriadok a bezpečnosť“ a za ním nasledovalo „zdravotníctvo“. Toto je v súlade so zisteniami starších správ (pozri EMCDDA, 2008e), čo naznačuje, že zatiaľ čo väčší podiel označených výdavkov je možné prideliť na intervencie „zdravotníctva“, činnosti

„verejného poriadku a bezpečnosti“ dostávajú leví podiel verejných výdavkov súvisiacich s drogami.

Trendy

Pre väčšinu krajín, ktoré majú k dispozícii konzistentné informácie, sa pri stálych cenách označené výdavky zvýšili v roku 2007 v porovnaní s rokom 2005. Prírastky sa pohybovali od 14 % až 23 % (Česká republika, Írsko, Litva, Luxembursko, Chorvátsko) do 72 % (Cyprus, Fínsko). V Spojenom kráľovstve zostali za toto obdobie označené výdavky stabilné.

Vnútroštátne právne predpisy

Vyvážený prístup Európskej únie k protidrogovej politike prikladá rovnakú váhu znižovaniu dopytu po drogách a ponuky drog. Preskúmanie vnútroštátnych právnych predpisov prijatých za posledných desať rokov ukazuje, že členské štáty aktívne prijímali právne úpravy spôsobom, ktorý je v súlade s ich politickým záväzkom. Krajiny stanovovali regulačné rámce pre určité činnosti znižovania škôd, pričom zvyšovali tresty za nezákonné obchodovanie s drogami. V polovici tohto obdobia poskytli dva nástroje EÚ doplňujúci impulz pre tieto procesy. Európska rada vydala v roku 2003 odporúčanie o prevencii a znižovaní škôd súvisiacich s drogami, ktoré požadovalo opatrenie zahŕňajúce ustanovenie o vhodnej substitučnej liečbe a o prístupe k distribúcii a výmene injekčných materiálov (8). Rámcové rozhodnutie Rady 2004/757/SVV z 25. októbra 2004 zas požadovalo prísnejšie tresty za nezákonné obchodovanie s drogami. V tejto sekcii sa budú opisovať trendy za posledných desať rokov v oblasti regulácie činností znižovania škôd a postihov pre priekupníkov. Toto ukáže, že činnosť v týchto oblastiach na

Tabuľka 1: Verejné výdavky v roku 2007 označené a neoznačené ako súvisiace s drogami v tých členských štátoch EÚ, ktoré podali správy podľa COFOG (klasifikácia systému funkcií vlády)

Kategória COFOG	Luxembursko v miliónoch EUR (%)		Fínsko (1) v miliónoch EUR (%)		Spojené kráľovstvo v miliónoch EUR (%)
	Označené	Neoznačené (2)	Označené	Neoznačené	Označené
Všeobecné verejné služby	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Verejný poriadok a bezpečnosť	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Zdravotníctvo	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Vzdelanie	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sociálna ochrana	–	–	–	–	10,5 (0,8)

(1) Údaje z roku 2006.
 (2) Luxembursko poskytlo úplné údaje o postupoch modelovania použitých na odvodenie odhadov neoznačených výdavkov.
 Zdroj: Národné správy siete Reitox (2008)

(7) Klasifikácia COFOG má tri hierarchické úrovne. Na prvej úrovni sú štátne výdavky rozdelené do desiatich funkcií.

(8) Odporúčanie Rady z 18. júna 2003 (Ú. v. EÚ L 165, 3.7.2003, s. 31).

národnej úrovni sa premietla do dohôd na úrovni EÚ, hoci niektoré krajiny uplatnili svoje práva ísť ďalej nad rámce minimálnych štandardov stanovených takými dohodami.

Substitučná liečba závislosti od opiátov

Od roku 1998 oznámilo 18 krajín asi 45 právnych textov, ktoré sa týkali vytvorenia alebo zmien právneho rámca programov substitučnej liečby. Niektoré z týchto textov sú venované zriadeniu alebo úprave programov v niektorých podrobnostiach: v Írsku (1998), Poľsku (1999), Nemecku (2000), Českej republike a Portugalsku (2001), Grécku a Luxembursku (2002), Belgicku a Francúzsku (2004), Lotyšsku (2005) a Rakúsku a Litve (2007).

Hoci európske krajiny pokryli mnohé rôznorodé aspekty substitučnej liečby závislosti od opiátov v prijatých zákonoch a predpisoch, až do roku 2004 mali očividnú tendenciu definovať povolené látky. Počas tohto obdobia približne jedna štvrtina textov povoľovala alebo upravovala používanie takých látok, akými je metadón a buprenorfín. Na rozdiel od toho, v jednej tretine textov oznámených od roku 2002 sa vymedzoval alebo uľahčoval prístup k programom. Predpisovanie látok ako náhrady za opiát je niekedy zákonom obmedzené len pre lekárov v liečebných centrách, hoci predpisovanie inými lekármi je často povolené⁽⁹⁾. V právnych predpisoch sú často špecifikované aj autorizované výdajne liekov, väčšinou lekárne alebo liečebné centrá, hoci niektoré krajiny povoľujú aj lekárom, aby vydávali lieky.

Programy výmeny ihiel a striekačiek

Programy výmeny ihiel a striekačiek môžu fungovať na miestnej, regionálnej alebo národnej úrovni, niekedy so špecifickým vnútroštátnym právnym rámcom, ktorým sa povoľujú, ale väčšinou fungujú bez neho. Právne predpisy oznámené na začiatku posledných desiatich rokov sú zamerané prevažne na poskytnutie právneho základu pre také intervencie (Slovinsko v r. 1999, Poľsko v r. 2001, Fínsko v r. 2003), alebo na vymedzenie alebo uľahčenie prístupu k programom výmeny ihiel a striekačiek (Belgicko a Francúzsko v r. 1998, Fínsko v r. 2003). Zameranie právnych predpisov sa rýchlo presunulo k regulovaniu týchto programov, pričom Belgicko, Portugalsko a Luxembursko prijalo v roku 2000, 2001 respektíve 2003 špecifické, podrobné zákony alebo vyhlášky, ktorými sa upravuje, kto môže realizovať také programy a či sú alebo nie sú povolené výdajné automaty. V Portugalsku bol v roku 2007 regulačný rámec rozšírený tak, že zahŕňa programy výmeny ihiel a striekačiek vo väznicach.

Niektoré krajiny prijali právne predpisy na riešenie obáv z toho, že programy výmeny ihiel a striekačiek by mohli

byť prípadne v rozpore s právnymi predpismi určenými na kriminalizáciu „uľahčovania“ alebo „navádzania“ na užívanie drog. V Belgicku a Nemecku sa tento problém riešil ustanovením v zákone, ktorým sú určité programy špecificky vyňaté z akéhokoľvek takého obvinenia, hoci je možné obmedziť počet vydávaných striekačiek. V niekoľkých krajinách sú vydané usmernenia pre políciu o vhodnom postupe presadzovania práva v blízkosti predajných miest ihiel a striekačiek. Celkovo bolo oznámené, že v celej Európskej únii polícia len zriedkavo skonfiškovala sterilné striekačky alebo ihly.

Tresty za nezákonné obchodovanie

Za posledných desať rokov členské štáty EÚ uviedli jednotlivo aj kolektívne, že trestný čin obchodovania s drogami sa má prísnejšie trestať, aj keď samotné trestné činy sú rôzne definované v zákonoch takmer 30 krajín. Trestné činy „obchodovania“ môžu zahŕňať výrobu alebo pestovanie, dovoz a vývoz, prepravu, ponúkание, predaj a/alebo prechovávanie s úmyslom distribúcie alebo ponuky, alebo pojem konania „pre zisk“ alebo „na komerčnej báze“.

V období rokov 1999 – 2004 prijalo šesť krajín zákony, ktorými sa sprísňujú tresty za určité trestné činy obchodovania s drogami. Írsko ustanovilo v roku 1999 nový trestný čin prechovávania veľkého množstva drog (v hodnote viac ako 12 700 EUR) s úmyslom ich ponuky, ktorý sa bude povinne trestať trestom odňatia slobody najmenej na desať rokov. Spojené kráľovstvo zaviedlo v roku 2000 trest odňatia slobody najmenej na 7 rokov za tretie odsúdenie pre nezákonné obchodovanie s drogami triedy A a Grécko v roku 2001 sprísnilo právne predpisy o ukladaní trestov priekupníkom, pričom sa obmedzuje ich právo na podmienené prepustenie. Zmenami v estónskom trestnom zákone v rokoch 2001 a 2004 sa zvýšila horná hranica trestov z troch rokov na päť rokov pre priekupníkov malých množstiev, a z piatich rokov na desať rokov pre priekupníkov veľkých množstiev. V Dánsku sa tresty za nezákonné obchodovanie zvýšili zo šiestich na desať rokov a za obchodovanie s veľkými množstvami alebo s obzvlášť nebezpečnými látkami z desiatich na 16 rokov. Aj v Litve sa v roku 2004 zvýšili tresty za základné trestné činy nezákonného obchodovania z hornej hranice dvoch rokov na dva až osem rokov, a za veľké množstvo z rozpätia dvoch až ôsmich rokov na osem až desať rokov.

Rámcové rozhodnutie Rady 2004/757/SVV ustanovilo v októbri 2004 minimálne ustanovenia trestných činov a trestov za nezákonné obchodovanie. Odvtedy prijali ďalšie štyri krajiny zákony, aby základné tresty za nezákonné obchodovanie uviedli do súladu s týmto

⁽⁹⁾ Pozri obrázok 11, s. 79.

rozhodnutím. Holandsko zvýšilo v roku 2006 hornú hranicu trestu za nezákonne obchodovanie s veľkými množstvami drog zo štyroch rokov na šesť, zatiaľ čo Poľsko zvýšilo tresty za prechovávanie veľkých množstiev a ponuku maloletým z hornej hranice piatich rokov na hornú hranicu ôsmich rokov, pričom stanovilo aj minimálne obdobie šiestich mesiacov. Na Slovensku sa základný trest za nezákonne obchodovanie zvýšil z rozpätia dvoch až ôsmich rokov na štyri až desať rokov, pričom sa horná hranica trestu za väčšie množstvá zvýšila z desiatich na 15 alebo dokonca až 20 rokov. Nakoniec sa v roku 2007 v Rakúsku horná hranica trestu za podávanie omamných látok inému alebo za pestovanie niektorých omamných rastlín zvýšila zo šiestich na 12 mesiacov odňatia slobody. Tresty za závažnejšie trestné činy sa nezmenili, hoci definícia veľkého množstva bola znížená z 25 na 15-násobok limitného množstva.

Výskum súvisiaci s drogami

O výskume drogovej problematiky uskutočňovanom v každej európskej krajine bola podaná správa v publikácii Vybraná otázka, ktorú zverejnilo centrum EMCDDA s roku 2008⁽¹⁰⁾. Tento rok sa analyzujú odkazy na národný výskum v posledných správach siete Reitox pre hlbšie pochopenie výskumu, ktorý sa nedávno uskutočnil v európskych krajinách. V tejto sekcii sa takisto hovorí o štúdiu o výskume súvisiacom s drogami v EÚ, ktorú tento rok vydala Európska komisia.

Výskumné projekty v členských štátoch

Európske krajiny uviedli odkazy na vyše 350 výskumných projektov, ktoré sa uskutočnili alebo zverejnili v rokoch 2007 a 2008 v najnovších národných správach siete Reitox. Spojené kráľovstvo uviedlo odkazy na najväčší počet výskumných projektov, vyše 80, za ním nasledovalo Nemecko a Holandsko, každé s viac ako 30, a Česká republika, Írsko a Fínsko s vyše 20 odkazmi.

Výskum reakcií na drogovú situáciu tvorí viac ako jednu tretinu súčasných štúdií, zatiaľ čo ďalšia tretina sa zameriava na prevalenciu, výskyt a formy užívania drog a jedna pätina na následky užívania drog. K predmetným oblastiam, ktoré, ako sa ukázalo, pritiahli oveľa menšiu pozornosť pre výskum, patrili: určujúce faktory a rizikové

Európska právna databáza o drogách

Európska právna databáza o drogách (ELDD) je internetová databáza EMCDDA, ktorá obsahuje informácie o európskych právnych predpisoch súvisiacich s drogami pre členské štáty a Nórsko. ELDD poskytuje právne texty v ich pôvodných formátoch, profily protidrogových zákonov v každej krajine a podrobné správy o konkrétnych témach. Vo svojich prehľadoch tém tiež poskytuje zhrnutia právnych pozícií k vybraným témam vrátane nezákonného obchodovania s drogami, substitučnej liečby a programov výmeny injekčných ihliel a striekačiek⁽¹¹⁾.

(¹¹) Prehľady tém ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

a ochranné faktory, mechanizmy a účinky drog, ponuka na trhoch a metodologické otázky.

Výsledky tejto analýzy, aj keď rozsahovo obmedzenej, podporujú výzvy nového akčného plánu EÚ na zvýšenie výskumného snaženia v tých prioritných oblastiach, ktoré sú podhodnotené, najmä ponuka drog.

Analýza výskumu drog v Európskej únii

Ponuka drog patrí tiež medzi oblasti, ktoré boli identifikované ako podhodnotené v súčasnom výskume v štúdiu, ktorú zrealizovala Európska komisia pod názvom „Komparatívna analýza výskumu nezákonných drog v Európskej únii“. Správa uviedla prevenciu, zákonné rámce a zákaz ako ďalšie oblasti, ktoré sa neprimerane nedostatočne skúmajú, pričom sa zistilo, že výskum epidemiologických oblastí je oveľa bežnejší⁽¹¹⁾. V štúdiu sa zistilo, že hoci v členských štátoch existujú komplexné odborné znalosti, je potrebné zlepšiť porovnateľnosť údajov medzi krajinami a zviditeľniť výskum.

Zistilo sa, že účasť na činnostiach európskeho výskumu sa medzi krajinami značne líši, pričom väčšina medzinárodnej spolupráce sa uskutočňuje na neformálnej báze. V štúdiu sa však zdôrazňuje, že výskum súvisiaci s drogami môžu uľahčiť európske a medzinárodné siete výskumníkov. Výskumná kapacita, celková kvalita a dostupnosť financovania je v rámci EÚ rôzna a je tu naliehavá potreba budovania kapacít a financovania, aby sa pokryla širšia škála oblastí politiky spojených s protidrogovým akčným plánom EÚ.

(¹⁰) Viac informácií o výskume súvisiacom s drogami na národnej a EÚ úrovni je k dispozícii na <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

(¹¹) Pozri http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Kapitola 2

Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad

Úvod

V tejto kapitole sa predkladá prehľad reakcií na drogovú problematiku v Európe a kde je to možné, vysvetľujú sa trendy, vývojové zmeny a otázky kvality. Najprv sa poskytuje prehľad preventívnych opatrení, za nimi nasledujú intervencie v oblasti liečby, znižovania škôd a sociálnej reintegrácie. Celkovo vzaté, všetky tieto opatrenia tvoria komplexný systém na znižovanie dopytu po drogách. Možno ich považovať za doplnkové a niekedy sú poskytované kombinovane a tými istými zariadeniami. Toto napríklad v zvýšenej miere platí pre liečbu a opatrenia na znižovanie škôd.

V novej sekcii, ktorá zahŕňa najnovšie údaje o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, sa riešia aj reakcie vypracované v rámci vykonávania právnych predpisov súvisiacich s drogami. Táto kapitola končí prehľadom dostupných údajov o potrebách užívateľov drog vo väzniciach a o existujúcich reakciách v tomto konkrétnom prostredí.

Prevenčia

Protidrogovú prevenciu je možné rozdeliť na jednotlivé úrovne alebo stratégie, v rozsahu od zamerania na spoločnosť ako celok (prevencia v prostredí) až po zameranie na rizikových jednotlivcov (indikovaná prevencia). V ideálnom prípade jednotlivé stratégie medzi sebou nesúťažajú, ale vzájomne sa dopĺňajú. Nasledujúci prehľad sa sústreďuje na súčasné vývojové zmeny a na nové oznámené výsledky kontrolovaných skúšok v oblasti prevencie.

Všeobecná prevencia

Všeobecná prevencia je určená pre celé populácie. Jej cieľom je odradiť od užívania drog alebo oddialiť užívanie drog a problémy súvisiace s drogami prostredníctvom poskytovania informácií a zručností mladým ľuďom, ktoré sú potrebné na zabránenie tomu, aby začali užívať drogy. Členské štáty teraz po prvýkrát systematicky monitorujú preventívne opatrenia prijaté v Európe. Najnovšie správy potvrdzujú, že intervencie zamerané na odovzdávanie

informácií o drogách, ako sú jednorazové prednášky, tvoria hlavný prístup všeobecnej prevencie v školách alebo v komunite vo všetkých týchto krajinách. Dostupné dôkazy však nepotvrdzujú účinnosť tohto typu intervencie. Avšak ďalšie krajiny (Česká republika, Cyprus, Rakúsko, Poľsko, Slovinsko a Slovensko) podali správu o intervenciách s lepšími vedeckými základmi, akými sú programy prevencie podľa štandardizovaných protokolov.

Obmedzeným počtom programov prevencie s preukázanou účinnosťou sa v Európe zaoberá štúdia EU-Dap (www.eudap.net). Štúdia, do ktorej je zapojených 7 000 študentov vo veku 12 – 14 rokov, hodnotí program založený na komplexnom prístupe sociálneho vplyvu, v ktorom sa spája učenie životných skúseností s normatívnym vzdelávaním a nadobúdaním poznatkov o látkach. Po dvoch rokoch sa zistilo, že program je účinný pri znižovaní častého opilstva a častého užívania kanabisu.

Výsledky EU-Dap sa líšia v závislosti od pohlavia, pričom celková účinnosť programu sa počíta podľa jeho účinkov len na chlapcov. Nie je jasné, či je to preto, že dievčatá sú menej vystavené riziku, alebo či nereagovali na program. Závislosť účinkov od pohlavia sa takisto objavila v dánskej kontrolovanej skúške v programe životných skúseností. Dievčatá vykazovali najväčší účinok z hľadiska šikanovania, konzumácie alkoholu za posledný týždeň a posledný mesiac, zatiaľ čo chlapci vykazovali najväčší účinok v súvislosti s vypitím viac ako piatich pohárikov pri jednej príležitosti a že vyskúšali kanabis.

V kontrolovanej skúške v Prahe sa porovnával komunitný program, ktorý obsahoval vzdelávaciu zložku, rovesnícky prístup, výučbu životných skúseností a rodičovské programy, so štandardným „minimálnym preventívnym programom“ v škole (Miovský a kol., 2007). Komunitný program bol účinnejší pri znižovaní užívania alkoholu a pri ovplyvňovaní postojov k užívaniu látok medzi žiakmi vo veku 13 – 15 rokov, najmä u určitých zraniteľných skupín detí, vrátane detí z neúplných rodín. Preto sa usúdilo, že tento program má potenciál pre použitie pri selektívnej prevencii.

Selektívna a indikovaná prevencia

Selektívna aj indikovaná prevencia potvrdzujú, že problém užívania drog sa sústreďuje v zraniteľných skupinách jednotlivcov s obmedzenými sociálnymi a osobnými príležitosťami (EMCDDA, 2008c). Selektívna prevencia zasahuje do špecifických skupín, rodín alebo komúní, v ktorých ľudia s chabými sociálnymi väzbami a prostriedkami môžu byť náchylnejší na užívanie drog alebo na vznik závislosti. Dôkazovú základňu pre tento prístup predstavuje nová sekcia Portál osvedčených postupov centra EMCDDA Best practice portal⁽¹²⁾. 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.

Belgicko a Luxembursko oznámilo nové informácie o selektívnej prevencii zameranej na etnické skupiny. Bolo oznámené, že len v Rakúsku, Nemecku, Katalánsku (Španielsko) a Luxembursku existujú systematické protokoly intervencií pre mladistvých páchatel'ov po kontakte so systémom trestnej justície, zatiaľ čo ostatné oznámili všeobecné alebo cieleňé intervencie. Od roku 2008 sa za podpory EÚ v desiatich členských štátoch uplatňuje systematický protokol intervencií pre mladistvých páchatel'ov FRED⁽¹³⁾. Nové hodnotenie FRED v 140 nemeckých zariadeniach preukázalo obmedzené úroveň recidívy a užívania drog medzi účastníkmi.

Nové projekty indikovanej prevencie sú hlásené z Nemecka, Holandska, Slovenska a Švédska a naďalej sú v Európe veľmi zriedkavé aj napriek informáciám o ich účinnosti (EMCDDA, 2009b). K súčasným projektom indikovanej prevencie v Európe patrí model školenia rodičov – Oregon, ktorý sa uplatňuje v Holandsku a Nórsku pre rodičov detí vo veku 4 – 12 rokov s poruchou neprispôsobivého správania. Podobne je metóda „Komet för föräldrar“, ktorá sa používa takmer v 30 % švédskych obcí a ktorá sa orientuje na rodičov detí s problémami externalistického správania spojenými s ťažkosťami pri nadväzovaní pozitívnych vzťahov s rovesníkmi. Randomizovaná kontrolovaná skúška, do ktorej bolo zapojených 159 rodín, ukázala výrazné zlepšenie zručností pri výchove detí medzi zúčastnenými rodičmi a zníženie problémov so správaním u ich detí.

Kampane v médiách o určitých látkach

V Európe sa objavili kampane v médiách o určitých látkach so zameraním na užívanie kanabisu (Dánsko, Írsko, Francúzsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo) a novšie aj na užívanie kokainu (Írsko, Španielsko, Spojené kráľovstvo).

Takmer všetky tieto kampane varujú pred nebezpečenstvami užívania drog a niektoré z nich používajú šokovú taktiku. Iba dve kampane zaujali odlišný prístup. Kampaň Spojeného kráľovstva a Kolumbie „Spoločná zodpovednosť“ sa zaoberá zodpovednosťou užívateľov za ekologické a spoločenské škody spojené s výrobou kokainu. Cieľom holandskej kampane o kanabise sa v roku 2006 stali normatívne názory a namiesto varovaní a zobrazenia užívania v nej boli použité príbehy mladých ľudí z reálneho života ako vzory pozitívnych úloh. Z jej hodnotenia vyplynulo, že negatívne spoločenské normy voči fajčeniu kanabisu sa posilnili a neprejavili sa žiadne záporné vplyvy na úmyselné užívanie a na normatívne názory (Wammes a kol., 2007).

Kampane v médiách upozorňujúce na nebezpečenstvo užívania drog sa len zriedkakedy vyhodnocujú, pokiaľ ide o zmeny správania, postojov alebo zámeru užívať drogy. Navyše, boli vyjadrené obavy v súvislosti s ich nedostatočnou účinnosťou a možnými škodami. Napríklad dôkladné hodnotenie výsledkov národnej kampane USA o kanabise neodhalilo žiadne celkové účinky. Dokázalo sa však, že kampaň mala neúmyselné účinky v prospech kanabisu a jednotlivci, ktorí sa predtým o drogu nezaujímali, hovorili o zámere užiť ju (Hornik a kol., 2008). Podobné problémy sa uvádzajú v hodnotení škótskej kampane proti kokainu „Nerob si ilúzie“ (EMCDDA, 2007a).

Rozhodovanie mladých ľudí je zložitý proces, ktorý silno ovplyvňujú interakcie v skupine rovesníkov a vnímanie spoločenských noriem. Zdá sa, že masovokomunikačné prostriedky zatiaľ účinne nereagovali na túto zložitost.

Liečba

Bolo oznámené, že približne 400 000 užívateľov drog nastúpilo protidrogovú liečbu v roku 2007⁽¹⁴⁾. Menej ako polovica z tých, ktorí nastúpili liečbu, tak učinila po prvý raz. Celkovo bola veľká väčšina žiadostí o liečbu (86 %) podaná v ambulantných liečebných centrách. Tento podiel sa za posledné roky zvýšil z rôznych dôvodov, a to aj kvôli lepšej dostupnosti a diverzifikácii špecializovanej ambulantnej liečby.

Hlavnými metódami, ktoré sa v Európe používajú na liečbu problémov súvisiacich s drogami, sú psychosociálne intervencie, substitučná liečba závislosti od opiátov a detoxifikácia. Psychosociálne intervencie ponúkajú podporu pre užívateľov pri ich snahe zvládnuť a prekonať

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ Údaje o ukazovateli dopytu po liečbe poskytnuté z 23 krajín za ambulantné centrá s pokrytím viac ako 70 % oddelení vo väčšine krajín a z 20 krajín za nemocničné centrá s pokrytím vyše 50 % oddelení vo väčšine krajín.

svoje problémy s drogami. Tieto intervencie zahŕňajú poradenstvo, zlepšenie motivácie, kognitívnu behaviorálnu terapiu, zvládanie prípadu, skupinovú a rodinnú terapiu a prevenciu relapsu. Psychosociálne intervencie tvoria základ komunitnej ambulantnej a nemocničnej liečby a bežne dopĺňajú substitučnú liečbu závislosti od opiátov. Detoxifikácia od drog je krátkodobý zákrok pod lekársnym dohľadom zameraný na vyriešenie abstinenčných príznakov spojených s chronickým užívaním drog. Vo všeobecnosti sa poskytuje v nemocničnom prostredí. Na relatívny rozsah rôznych metód liečby v každej krajine má vplyv niekoľko faktorov, vrátane organizácie národného systému zdravotnej starostlivosti.

Ambulantná liečba

Tradične sa protidrogová liečba poskytovala zväčša v pobytových zariadeniach a väčšinu klientov tvorili užívatelia heroínu. Situácia sa zmenila v priebehu 80. a 90. rokov s prudkým rozšírením ambulantnej liečby a neskôr s rastúcim počtom užívateľov kanabisu a kokaínu, ktorí vyhľadávajú liečbu. Okrem toho sú stále bežnejšie problémy s povolenými drogami alebo drogami na lekársky predpis.

V roku 2007 boli opiáty, predovšetkým heroín, naďalej hlavnou drogou, ktorú hlásili užívatelia nastupujúci na liečbu v ambulantných zariadeniach, ktorú uvádzalo 54 % klientov ako primárnu drogu, za ktorou nasledoval kanabis (21 %) a kokaín (18 %). Niekoľko krajín oznámilo zvýšenie podielu klientov, ktorí nastúpili liečbu kvôli problémom s inými drogami ako opiáty, najmä medzi novými klientmi (pozri kapitoly 3 a 5).

Užívatelia drog nastupujúci na liečbu v ambulantných zariadeniach sú prevažne mladí muži vo priemernom veku 31 rokov a počet mužov takmer štvornásobne prevyšuje počet žien (3,7 : 1). Vek a pohlavie liečených klientov sa mení v závislosti od primárnej drogy. Klienti užívajúci kanabis sú v priemere oveľa mladší (25) ako klienti užívajúci opiát (32) a kokaín (33). Bez ohľadu na primárnu drogu je priemerný vek klientov nastupujúcich na liečbu po prvýkrát približne o dva roky nižší ako vek ostatných klientov. Vyššie ako priemerné pomery počtu mužov a žien sú hlásené u klientov užívajúcich kokaín (5,1 : 1) a kanabis (5,5 : 1) ⁽¹⁵⁾.

Najbežnejší spôsob odoslania na liečbu u pacientov nastupujúcich na ambulantnú liečbu je, že liečbu vyhľadajú sami, čo predstavuje približne jednu tretinu všetkých klientov, približne jednu štvrtinu odošle na liečbu systémom trestnej justície a zvyšok je odoslaný na liečbu

prostredníctvom sociálnych a zdravotníckych služieb alebo neformálnych sietí vrátane rodiny a priateľov. Odoslanie na liečbu z nemocníc a iných zdravotníckych zdrojov je zriedkavé, s výnimkou Fínska, kde to predstavuje 25 % klientov. Maďarsko takisto predstavuje výnimku s vyše 70 % klientov, ktorí boli odoslaní na liečbu systémom trestnej justície ⁽¹⁶⁾. Treba poznamenať, že maďarský trestný zákon počíta s tým, že „za prechovávanie malých množstiev sa neuloží trest v prípade, ak drogozo závislá osoba preukáže, že sa podrobila liečbe drogovej závislosti“.

Ambulantnú psychosociálnu liečbu poskytujú zväčša verejné inštitúcie (16 krajín) alebo mimovládne organizácie (10 krajín). Podľa národných expertov je tento typ liečby dostupný v 10 krajinách pre väčšinu tých, ktorí ju vyhľadávajú, a v ďalších 13 krajinách je dostupná takmer pre všetkých takých ľudí. Odhaduje sa však, že v štyroch krajinách (Bulharsko, Estónsko, Rumunsko a Turecko) je ambulantná psychosociálna liečba dostupná pre menej ako polovicu osôb, ktoré ju aktívne vyhľadávajú (pozri obrázok 1A). V týchto odhadoch môžu byť skryté značné odchýlky v rámci krajín a rozdiely v dostupnosti programov špecializovanej liečby pre užívateľov kanabisu a kokaínu.

Substitučná liečba závislosti od opiátov

Substitučná liečba v kombinácii s psychosociálnou starostlivosťou je prevládajúcou možnosťou liečby pre užívateľov opiátov v Európe. Vo všeobecnosti sa poskytuje ako ambulantná liečba, hoci v niektorých krajinách je dostupná aj v nemocničných prostrediach. Napríklad v Rakúsku bol morfín s dlhodobým uvoľňovaním predpísaný 65 % klientom podrobeným dlhodobej nemocničnej liečbe. Substitučná liečba sa takisto poskytuje vo zvýšenej miere vo väzniciach ⁽¹⁷⁾.

So zavedením liečby buprenorfínom vo vysokých dávkach na Cypre v roku 2007 je teraz substitučná liečba závislosti od opiátov dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ, ako aj v Chorvátsku a Nórsku ⁽¹⁸⁾. V Turecku ešte nebola zavedená substitučná liečba. V 16 krajinách sú špecializované verejné ambulantné služby hlavným poskytovateľom substitučnej liečby. Avšak všeobecní lekári v ambulanciách, ktorí majú často dohody o zdieľanej starostlivosti so špecializovanými centrami, zohrávajú čoraz významnejšiu úlohu v poskytovaní tohto typu liečby a v niektorých krajinách sú jej hlavnými poskytovateľmi (Valónsky región v Belgicku, Česká republika, Nemecko,

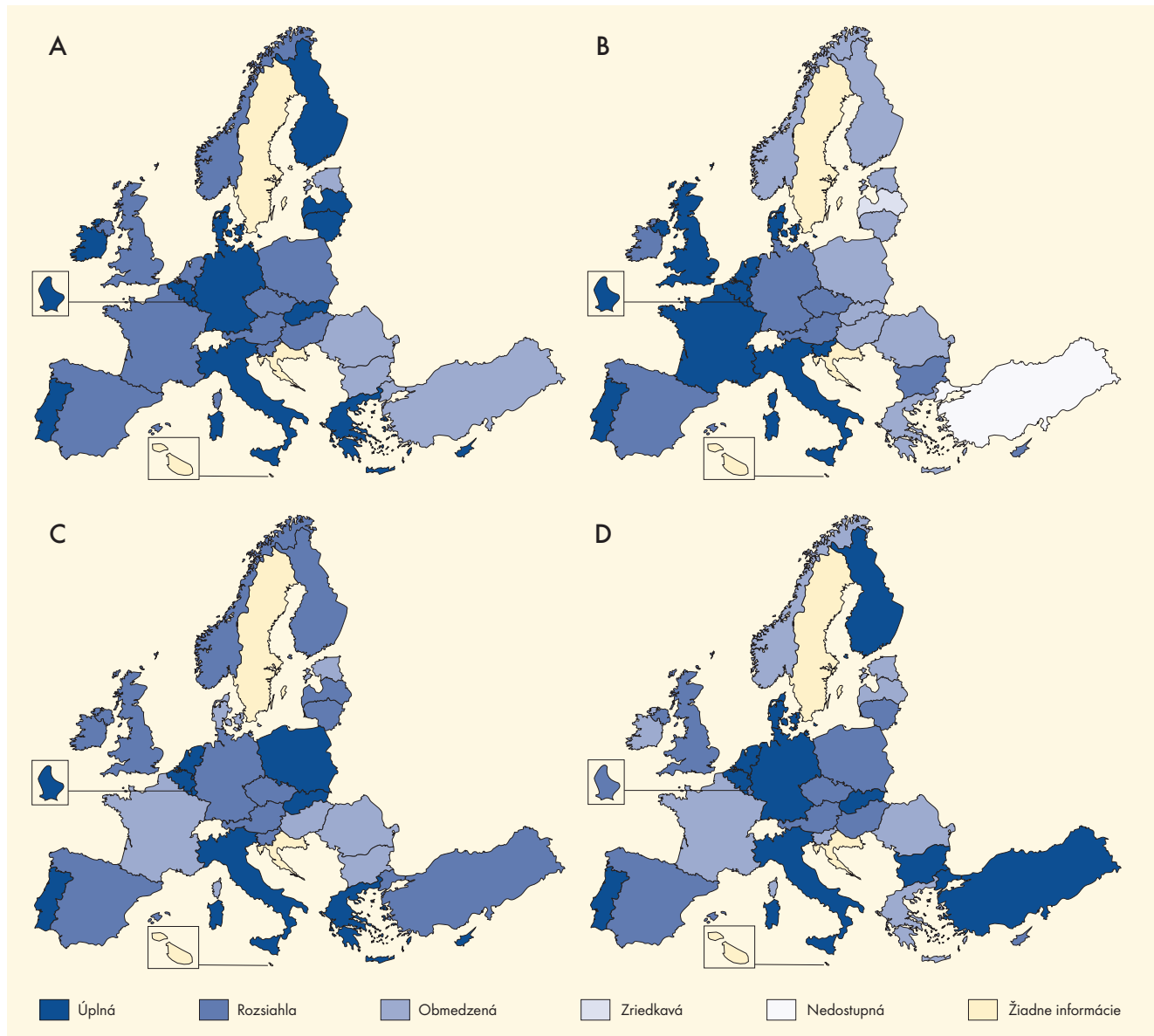
⁽¹⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-10 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-16 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁷⁾ Pozri „Pomoc užívateľom drog vo väzniciach“, s. 36.

⁽¹⁸⁾ Pozri tabuľky HSR-1 a HSR-2 v štatistickej ročenke 2009.

Obrázok 1: Dostupnosť prostriedkov liečby vo vzťahu k potrebe, ktorú vyhodnotili národní experti: A) psychosociálni ambulanti pacienti, B) substitúcia, C) psychosociálni nemocniční pacienti, D) detoxifikácia



Poznámka: Dostupnosť je definovaná podľa odhadovaného podielu užívateľov drog, ktorí potrebujú liečbu a ktorí ju môžu dostať: takmer všetci (úplná), väčšina, ale nie takmer všetci (rozsiahla), viac ako zopár, ale nie väčšina (obmedzená), len zopár (zriedkavá), nedostupná. Informácie boli zhromaždené prostredníctvom štruktúrovaného dotazníka.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Francúzsko, Luxembursko, Rakúsko, Nórsko) (pozri kapitolu 6).

Odhaduje sa, že v roku 2007 bola v Európe poskytnutá substitučná liečba približne 650 000 užívateľom opiátov⁽¹⁹⁾. Podľa národných expertov je tento typ liečby dostupný takmer pre všetkých užívateľov opiátov v deviatich krajinách a pre väčšinu užívateľov v ďalších siedmich. Odhaduje sa, že inde, v desiatich krajinách (Estónsko, Grécko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko, Fínsko a Nórsko) je substitučná liečba dostupná pre menšiu časť užívateľov opiátov. Údaje

o dostupnosti substitučnej liečby naznačujú, že existuje regionálny rozdiel, pričom nižšia úroveň dostupnosti je hlásená pre krajiny vo východnej a severnej Európe (obrázok 1B).

Nemocničná liečba

Pri nemocničnej alebo pobytovej liečbe sa od pacientov vyžaduje, aby zostávali cez noc počas niekoľkých týždňov až mesiacov. Tieto programy vo všeobecnosti prijímajú bezdrogovú politiku (bez substitučnej liečby) s cieľom umožniť klientovi, aby sa zdržal užívania drog. Klienti

⁽¹⁹⁾ Pozri tabuľky HSR-3 v štatistickej ročenke 2009.

dostanú ubytovanie, individuálne štruktúrovanú psychosociálnu liečbu a zúčastňujú sa na činnostiach, ktoré ich majú pripraviť na reintegráciu do spoločnosti. V tomto kontexte sa často používa komunitný terapeutický prístup. Nemocničnú protidrogovú liečbu poskytujú aj psychiatrické nemocnice, a to pre klientov s komorbidnými psychiatrickými poruchami.

Uvádza sa, že v roku 2007 približne 40 000 osôb, alebo jeden z desiatich všetkých užívateľov drog nastupujúcich na liečbu, nastúpilo na liečbu v nemocničných prostrediach. Viac ako polovica z nich uviedla opiáty ako svoju hlavnú drogu (56 %), pričom väčšina ostatných klientov uviedla ako svoju hlavnú drogu kanabis (14 %), iné stimulanty ako kokaín (14 %) a kokaín (7 %).

Priemerný vek užívateľov drog nastupujúcich na nemocničnú liečbu je 30 rokov, ale klienti užívajúci opiáty a kokaín sú v priemere starší (31) ako tí, ktorí sa liečia na závislosť od nekokaínových stimulantov (28) a kanabisu (26). Väčšina nemocničných pacientov sú muži, pričom celkový pomer mužov a žien je 3,6 : 1. Tento pomer je nižší u primárnych užívateľov nekokaínových stimulantov (2,2 : 1) a vyšší u užívateľov kokaínu (5,1 : 1) a kanabisu (8 : 1). Vo väčšine krajín, v ktorých je možné takéto porovnanie, je podiel klientov užívajúcich drogy, ktorí sú nezamestnaní a nemajú stále ubytovanie, vyšší medzi tými, ktorí nastupujú na liečbu v nemocničných prostrediach ako medzi ambulatnými klientmi ⁽²⁰⁾.

Hlavnými poskytovateľmi nemocničnej liečby sú mimovládne organizácie (12 krajín) a verejné inštitúcie (11 krajín). Túto úlohu zohrávajú súkromné inštitúcie v Dánsku a Luxembursku, pričom v desiatich krajinách sú druhými najvýznamnejšími poskytovateľmi. Národní experti odhadujú, že v 12 krajinách je nemocničná psychosociálna liečba dostupná pre väčšinu osôb, ktoré ju vyhľadávajú, a v ďalších deviatich krajinách takmer pre všetkých, ktorí ju vyhľadávajú. Usúdilo sa však, že v šiestich krajinách (Bulharsko, Dánsko, Estónsko, Francúzsko, Maďarsko a Rumunsko) je táto forma liečby dostupná pre menej ako polovicu osôb, ktoré ju aktívne vyhľadávajú (pozri obrázok 1C).

Detoxifikácia

Detoxifikácia je vo všeobecnosti predpokladom pre začatie dlhodobej abstinenčnej pobytovej liečby. Bežne, nie však výhradne, je to nemocničná intervencia poskytovaná v nemocniciach, v špeciálnych liečebných centrách alebo pobytových zariadeniach s nemocničnými alebo psychiatrickými izbami.

V 21 krajinách sú verejné inštitúcie hlavnými poskytovateľmi detoxifikácie. Mimovládne organizácie sú

najväčšími poskytovateľmi v Belgicku (Flámsko) a v Holandsku, kým súkromný sektor prevláda v Luxembursku a Bulharsku. Národní experti odhadujú, že v deviatich krajinách je detoxifikácia dostupná pre väčšinu osôb, ktoré ju vyhľadávajú, a v ďalších desiatich takmer pre všetky také osoby. Odhaduje sa, že v ôsmich krajinách (Estónsko, Írsko, Grécko, Francúzsko, Lotyšsko, Rumunsko, Slovinsko a Nórsko) je detoxifikácia dostupná pre menej ako polovicu osôb, ktoré ju aktívne vyhľadávajú (pozri obrázok 1D).

Zabezpečenie kvality

Plánovači v zdravotníctve a tvorcovia politiky v Európe intenzívne hľadajú mechanizmy na zabezpečenie kvality pri protidrogovej liečbe. Pri posudzovaní poskytovania liečby a pridelenia financií majú tiež sklon uprednostňovať intervencie „založené na dôkazoch“.

Dôležitým nástrojom pri zabezpečovaní kvality protidrogovej liečby sa stávajú usmernenia. Usmernenia pre liečbu zahŕňajú odporúčania opierajúce sa o vedecké dôkazy, znalecký posudok, preferencie príjemcov služby a národné systémy zdravotnej starostlivosti. Sú určené na pomoc pri výbere a použití vhodných intervencií protidrogovej liečby. V 20 z 27 krajín podávajúcich správu vnútroštátne usmernenia pre protidrogovú liečbu vypracovali autorizované inštitúcie.

Existujúce usmernenia sa vzťahujú najmä na farmakologickú protidrogovú liečbu. Vnútroštátne usmernenia pre substitučnú liečbu oznámilo 18 krajín a 11 krajín informovalo o usmerneniach pre detoxifikáciu. Približne jedna tretina z týchto krajín však neuviedla, že dodržiavanie smerníc je podmienkou pre prevádzkovanie alebo získanie finančných prostriedkov pre liečebné zariadenie.

Menej bežné sú vnútroštátne usmernenia pre psychosociálnu liečbu a sociálnu reintegráciu. Len sedem členských štátov (Bulharsko, Česká republika, Nemecko, Dánsko, Holandsko, Slovinsko a Spojené kráľovstvo) uviedlo, že usmernenia sú dostupné pre psychosociálne intervencie a päť (Česká republika, Nemecko, Portugalsko, Slovinsko a Spojené kráľovstvo), že sú dostupné pre sociálnu reintegráciu. Vnútroštátne usmernenia sú zriedkavé pravdepodobne kvôli obmedzenej dostupnosti dôkazov, a toto poukazuje na potrebu randomizovaných kontrolovaných skúšok na viacerých miestach v týchto oblastiach.

Pre zabezpečenie poskytovania vysokokvalitných služieb je dôležité nepretržité školenie personálu. V Európskej únii sú bežné zaškoľovacie kurzy špecificky určené pre personál pre liečbu závislosti a niektoré formy

⁽²⁰⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-13, TDI-15 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2009.

Portál o osvedčených postupoch: nový modul liečby

Po zavedení modulov univerzálnej a selektívnej prevencie v roku 2008 centrum EMCDDA spustilo nový modul venovaný liečbe drogovej závislosti na svojom Portáli o osvedčených postupoch. Modul zahŕňa syntézu zistení o účinnosti farmakologickej a psychosociálnej liečby porúch spojených s užívaním opiátov, stimulantov a kanabisu na základe najnovších prieskumov. Prácu na portáli umožnila štúdia o kvalite liečby a výmene osvedčených postupov, ktorú financovala Európska komisia (Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa, 2008b).

Modul liečby predkladá zistenia štúdií, v ktorých sa porovnáva účinnosť rôznych intervencií. Účinnosť sa ideálne stanovuje na základe vykonania kontrolovaných skúšok alebo náhodne vybraných kontrolovaných skúšok, v ktorých sa intervencie porovnávajú s meraniami konkrétnych výsledkov. Väčšina dôkazovej základne v tejto oblasti pochádza zo štúdií uskutočnených v Spojených štátoch. Štúdie v Európe sa stávajú čoraz bežnejšími a zahŕňajú určitú prelomovú prácu na nových prostriedkoch určených na substitučnú liečbu opiátov.

Nový modul tiež zahŕňa: prepojenia na iné zdroje informácií, vyhodnotené intervencie, slovník a stručný prehľad medzier v súčasnej dôkazovej základni. Portál sa bude v budúcnosti rozširovať o ďalšie témy.

Portál o osvedčených postupoch EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

nepretržitého školenia týkajúceho sa protidrogovej liečby pre lekárov. Väčšina krajín sprístupňuje podobné možnosti školenia pre ostatných odborníkov, a to pre zdravotné sestry, sociálnych pracovníkov a psychológov.

Zopár krajín podalo správu o pravidelných hodnoteniach výsledku pre všetky typy protidrogovej liečby. Päť členských štátov vyhodnotilo substitučnú a detoxifikačnú liečbu, a len Dánsko, Nemecko a Spojené kráľovstvo hodnotia výsledok intervencií psychosociálnej liečby pravidelne. Niektoré krajiny uvádzajú jednorazové alebo nepravidelné hodnotenia výsledku liečby.

Znižovanie škôd

Cieľom verejného zdravotníctva vo všetkých členských štátoch a v protidrogovej stratégii EÚ (Európska komisia, 2007) je prevencia a znížovanie škôd súvisiacich s drogami. K hlavným intervenciám v tejto oblasti patrí substitučná liečba závislosti od opiátov a programy výmeny ihliel a striekačiek, ktoré sú zamerané proti úmrtiam z predávkovania a šíreniu infekčných chorôb. Tieto opatrenia sú udávané ako dostupné vo všetkých krajinách

s výnimkou Turecka. Hoci existujú značné rozdiely v rozsahu a úrovni poskytovania služieb (pozri kapitoly 6 a 7), všeobecný európsky trend spočíva v raste a konsolidácii opatrení na znížovanie škôd.

Väčšina krajín poskytuje určitý rozsah zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb vrátane vyhodnotenia individuálneho rizika a rady, školenia o bezpečnejšom užívaní, testovania na infekčné choroby a poradenstva, očkovania a liečby vírusovej hepatitídy. Tieto služby sa často poskytujú v nízkoprahových agentúrach. Zameranie reakcií na znížovanie škôd sa rozšírilo nad rámec epidémie HIV/AIDS na širšiu perspektívu uspokojovania zdravotných a sociálnych potrieb problémových užívateľov drog, najmä tých sociálne vylúčených.

Za posledné roky možno pozorovať aj proces profesionalizácie a väčšia pozornosť sa venuje zabezpečeniu vysokokvalitných štandardov. Napríklad, v roku 2006/07 sa v Anglicku uskutočnila inšpekcia služieb na znížovanie škôd, aby sa zistili oblasti, ktoré je potrebné zlepšiť. Kvalitu je možné zabezpečiť aj prostredníctvom ustanovenia o dodržiavaní špecifických štandardov v zmluvách o financovaní, ako uviedla Česká republika a Estónsko.

V 14 krajinách spočíva zodpovednosť za zabezpečenie kvality na národných inštitúciách, zatiaľ čo v krajinách s federálnym zriadením možno týmto poveriť agentúry na regionálnej úrovni. Usmernenie možno doložiť výskumnými zisteniami o analýze nákladov a úžitku, ako v prípade usmernenia Spojeného kráľovstva pre programy výmeny ihliel a striekačiek (NICE, 2009). Zaangažovanosť klienta a spätná väzba od personálu tiež môže pomôcť rozvíjať a zvyšovať kvalitu služieb. K mechanizmom na šírenie osvedčených postupov a nových zistení výskumu medzi odborníkov patria také národné vedomostné platformy, ako je „resultaten scoren“ (výsledky bodovania) v Holandsku a medzinárodné informačné podujatia, napríklad o hepatitíde C ⁽²¹⁾. Európska sieť sociálneho začleneného a zdravia vypracovala v spolupráci s EMCDDA (Hedrich a kol., 2008a) aj protokol zhromažďovania údajov pre špeciálne nízkoprahové agentúry na znížovanie škôd ako súčasť projektov financovaných EÚ na účely rozvoja a zavedenia európskych ukazovateľov zdravia.

Sociálna reintegrácia

Sociálna reintegrácia sa považuje za nevyhnutnú zložku komplexných protidrogových stratégií. Môže sa realizovať na akomkoľvek stupni užívania drog a v rozličných prostrediach a zahŕňa budovanie kapacít, zlepšovanie

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

sociálnych schopností, opatrenia na uľahčenie a podporu zamestnanosti a získanie alebo zlepšenie bývania. V praxi môžu reintegračné programy ponúkať profesijné poradenstvo, podporu hľadania práce a bývania. Intervencie vo väzniciach, ktoré majú dosah na relaps a na recidívu, môžu počas prípravy na prepustenie ponúkať väzňom komunitné ubytovanie a služby sociálnej podpory (Generálne riaditeľstvo pre zdravotníctvo a spotrebiteľov, 2008a). Výsledky opatrení sociálnej reintegrácie vo všeobecnosti často závisia od efektívnej súčinnosti medzi zdravotníckymi inštitúciami a ústavmi sociálnej starostlivosti.

Bezdomovecstvo je spolu s nestabilným bývaním jednou z najväznejších foriem sociálneho vylúčenia, ktorej čelia užívatelia drog, pričom ním bolo postihnutých 10 % užívatel'ov drog, ktorí nastúpili liečbu v roku 2007 ⁽²²⁾. Tento údaj je pravdepodobne oveľa vyšší u niektorých skupín užívatel'ov drog.

Všetky členské štáty uvádzajú dostupnosť programov bývania, prostredníctvom ktorých možno ubytovávať užívatel'ov drog. Zriedkavé sú však informácie o tom, do akej miery sa splňajú potreby ubytovania užívatel'ov drog. Napríklad na Slovensku ubytovacia kapacita rehabilitačných služieb často zaostáva za dopytom kvôli obmedzeným finančným zdrojom.

Niekoľko krajín uvádza podporované ubytovanie (napr. Česká republika, Nemecko, Írsko, Holandsko, Fínsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo). Takéto programy prechodného ubytovania zahŕňajú poskytnutie lôžka a raňajok alebo malých zariadených bytov s krátkodobými prenájmi a často sú poskytované pri prepustení z pobytovej liečby, aby sa jednotlivcom umožnilo žiť samostatne. Napríklad v Írsku sú užívatelia zodpovední za platenie nájomného a za niektoré domáce služby, pričom podporní pracovníci im pomáhajú pri prenájme a pri získavaní prístupu k vzdelaniu, odbornej príprave a zamestnaniu.

Keďže 45 % užívatel'ov nastupujúcich na liečbu má v najlepšom prípade ukončenú základnú školu a približne 45 % užívatel'ov nastupujúcich na liečbu je nezamestnaných ⁽²³⁾, pomoc užívatel'om drog pri hľadaní zamestnania a odborná príprava sú kľúčovými prvkami sociálnej reintegrácie. Väčšina členských štátov uvádza programy v tejto oblasti. V Maďarsku, Českej republike, Litve, Slovinsku a na Slovensku sa pri reintegrácii užívatel'ov drog na pracovný trh využívali projekty financované v rámci iniciatívy EÚ proti diskriminácii na pracovnom trhu (EQUAL). Väčšina týchto projektov pomohla stabilizovaným klientom protidrogovej liečby, aby

si našli zamestnanie podľa svojich schopností. Hodnotu tohto prístupu dokladajú výsledky škótskej štúdie, v ktorej sa zistilo, že u tých uzdravujúcich sa užívatel'ov drog, ktorí dostali podporu súvisiacu so zamestnaním, bola trikrát vyššia pravdepodobnosť, že si nájdu platené zamestnanie (McIntosh a kol., 2008).

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov zahŕňa rôzne orgány nachádzajúce sa v rôznych rezortoch vlády (napr. polícia, spravodlivosť, zdravotníctvo). V praxi sa termín „presadzovanie protidrogových právnych predpisov“ bežne dáva do súvislosti s súborom činností, ktoré vykonáva polícia a policii podobné inštitúcie (napr. colné úrady) na účely presadzovania právnych predpisov vzťahujúcich sa na užívanie drog a na trh s drogami. Zahnuté sú oblasti užívania a držby drog, nezákonného obchodovania a výroby, ako aj zneužívanie chemikálií a pranie špinavých peňazí.

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov predstavuje ústrednú zložku európskej reakcie na drogy a dostáva veľký, možno najväčší podiel prostriedkov určených a drogovú problematiku. Nedávny pokus porovnať alokáciu verejných výdavkov súvisiacich s drogami v Európe naznačil, že výdavky vlády na „verejný poriadok a bezpečnosť“ súvisiaci s drogami (polícia, súdy a väznice) by mohli v priemere predstavovať takmer trojnásobok sumy, ktorá sa minula na riešenie zdravotných problémov spojených s užívaním drog. Je pravdepodobné, že významný podiel peňazí pridelených na „verejný poriadok a bezpečnosť“ dostanú policajné zbory (EMCDDA, 2008e).

Povaha a intenzita úsilia pri presadzovaní protidrogových právnych predpisov môže byť rôzna v závislosti od vnútroštátnych právnych predpisov, ako aj od prostriedkov a priorit zainteresovaných inštitúcií, ku ktorým patria orgány presadzovania práva a špecializované jednotky („protidrogové jednotky“).

Na rozdiel od iných oblastí presadzovania práva, v ktorých policajti typicky reagujú na porušenia zákona, ktoré často ohlasuje verejnosť, podstatnú časť práce presadzovania protidrogových právnych predpisov možno definovať ako proaktívnu, pretože sa vykonáva zväčša z iniciatívy inštitúcií presadzovania protidrogových právnych predpisov. Je to preto, lebo mnohé porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami je možné chápať ako „konsenzuálny trestný čin“, pri ktorom sa súhlasia

⁽²²⁾ Pozri tabuľku TDI-15 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽²³⁾ Pozri tabuľky TDI-12 a TDI-13 v štatistickej ročenke 2009.

jednotlivci tajne zúčastňujú na protiprávnej činnosti, o ktorej sa polícia nedozvie, kým sa neodhalí náhodne (napr. pri pochôdzke) alebo aktívnym odhalením.

V dôsledku toho presadzovanie protidrogových právnych predpisov pozostáva z veľkého súboru činností, ktoré sa často opierajú o zhromažďovanie, spracovanie a zdieľanie informácií pomocou ľudských alebo elektronických prostriedkov, vrátane počítačových databáz a špecializovaných komunikačných sietí. Ide najmä o činnosti spojené so znižovaním dopytu po drogách ⁽²⁴⁾, pri ktorých presadzovanie práva zohráva kľúčovú úlohu a zahŕňa dojednania s informátormi, tajné operácie („práca v utajení“) a elektronické sledovanie vrátane odpočúvania komunikačných prostriedkov.

Kontrolované dodávky a ciele operácie zamerané na narušenie alebo zrušenie predajných miest drog predstavujú niektoré z operatívnych taktických postupov, ktoré používajú orgány presadzovania práva v Európe. Vykonávanie kontrol a osobných prehliadok ľudí a vozidiel v blízkosti strategických miest, akými sú prístavy, letiská a hraničné priechody, predstavuje všeobecnejšiu taktiku, ktorá zahŕňa aj iné ciele, ako je imigračná kontrola.

Inštitúcie presadzovania práva, najmä colnice, sú v mnohých krajinách poverené aj úlohou presadzovania právnych predpisov o kontrolovaných chemikáliách. Toto zahŕňa spracovanie dovozných a vývozných povolení, ako aj zisňovanie a vyšetrovanie podozrivých transakcií. Odstraňovanie tajných laboratórií na nezákonne drogy môže byť ďalšou úlohou policajných zborov v tých krajinách, v ktorých sa vyrábajú syntetické drogy.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami

V praxi sú v Európe bežne dostupné len údaje z prvotných správ o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami, hlavne od polície ⁽²⁵⁾. V správach sa zvyčajne uvádzajú odkazy na také trestné činy, akými je výroba, obchodovanie a predaj drog, ako aj užívanie drog a ich držba na vlastnú spotrebu.

Údaje o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami možno chápať ako nepriame ukazovatele užívania drog a nezákonného obchodovania s drogami, alebo ako priamejšie ukazovatele činnosti polície. Tieto však zahŕňajú len tie činnosti súvisiace s drogami, ktoré sa dostali do pozornosti inštitúcií presadzovania práva a môžu odrážať aj rozdiely vo vnútroštátnej legislatíve,

prioritách a zdrojoch. Okrem toho sa môžu vzájomne odlišovať aj národné informačné systémy, najmä pokiaľ ide o postupy evidencie a vykazovania. Z týchto dôvodov je ťažké urobiť reálne porovnania medzi krajinami, a preto je vhodnejšie porovnávať skôr trendy ako absolútne čísla.

Na základe údajov, ktoré poskytlo 21 členských štátov, ktoré reprezentujú 85 % obyvateľstva vo veku 15 – 64 rokov v Európskej únii, odhadom sa počet oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami zvýšil o 29 % v období od roku 2002 do roku 2007. Tieto údaje poukazujú na stúpajúce trendy vo všetkých krajinách, ktoré podali správu, s výnimkou Bulharska, Českej republiky, Grécka, Luxemburska, Maďarska a Slovinska, v ktorých boli stabilné alebo zaznamenali celkový pokles za uvedené obdobie ⁽²⁶⁾.

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 (predaj, pašovanie, výroba), v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi sa výrazne nezmenila. Vo väčšine európskych krajín sa väčšina porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami týkala užívania drog alebo prechovávanie na vlastnú spotrebu, ktoré predstavovalo až 91 % (Španielsko) z celkového počtu v roku 2007 ⁽²⁷⁾. Porušenia právnych predpisov súvisiace s ponukou však prevládali v Českej republike (87 %) a Holandsku (69 %) (obrázok 2). V Českej republike sa držba malých množstiev drog bez úmyslu ponúkať ich trestá výstrahou alebo pokutou, pričom v Holandsku porušenia právnych predpisov súvisiace s užívaním drog vo všeobecnosti nepodliehajú trestnému stíhaniu ⁽²⁸⁾.

V období rokov 2002 až 2007 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog zvýšil vo väčšine krajín, ktoré podali správu, pričom len Bulharsko, Grécko, Holandsko a Slovinsko uviedlo pokles za uvedené obdobie ⁽²⁹⁾. Celkovo sa odhaduje, že v období 2002 až 2007 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog v Európskej únii zvýšil o 32 %.

V období 2002 – 2007 nastal aj nárast porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou drog, avšak oveľa pomalším tempom so 14 % zvýšením v Európskej únii. Osem krajín oznámilo celkové zníženie porušení

⁽²⁴⁾ K definícii zníženia ponuky drog pozri rámček na s. 30 Výročnej správy EMCDDA 2008.

⁽²⁵⁾ Diskusia o vzájomných vzťahoch medzi drogami a kriminalitou sa nachádza v EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2009.

⁽²⁷⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2009.

⁽²⁸⁾ Pozri „národné prehľady“ za Českú republiku a Holandsko na webovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-4 v štatistickej ročenke 2009.

právných predpisov súvisiacich s ponukou za toto obdobie a osem krajín oznámilo zvýšenie ⁽³⁰⁾.

Trendy podľa drog

Kanabis naďalej zostáva nezákonnou drogou, ktorá sa najčastejšie spomína v uvádzaných porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v Európe ⁽³¹⁾. Vo väčšine európskych krajín porušenia právnych predpisov súvisiace s kanabisom v roku 2007 dosahovali 55 % až 85 %. Porušenia právnych predpisov súvisiace s ostatnými drogami sú častejšie ako tie, ktoré súvisia s kanabisom, len v dvoch krajinách: v Litve, heroín (26 %) a v Českej republike, metamfetamín (59 %). V Lotyšsku sú porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami rovnomerne rozdelené medzi kanabisom, heroínom a extázou.

Za päťročné obdobie 2002 – 2007 sa vo väčšine krajín podávajúcich správu počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom zvýšil alebo sa nezmenil, výsledkom čoho je odhadované 23 % zvýšenie v Európskej únii. Klesajúci trend uviedlo Bulharsko, Česká republika a Slovinsko ⁽³²⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom zaznamenali nárast za obdobie 2002 – 2007 vo všetkých krajinách podávajúcich správu s výnimkou Bulharska a Nemecka. Celkovo sa v Európskej únii za rovnaké obdobie zvýšil počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kokaínom približne o 59 % ⁽³³⁾.

Zdá sa, že sa skončil klesajúci trend v porušeníach právnych predpisov súvisiacich s heroínom v Európskej únii zaznamenaný v predchádzajúcich správach a za obdobie 2002 – 2007 bol spozorovaný nárast približne o 7 %. Národné trendy sa však rôznia a rastúci trend je spôsobený najmä nárastom za posledné dva roky v Belgicku, Grécku, Španielsku, Francúzsku, Poľsku a Portugalsku a stabilizáciou v Nemecku a Rakúsku ⁽³⁴⁾.

Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s amfetamínmi v Európskej únii naďalej vykazuje rastúci trend, pričom za obdobie 2002 až 2007 sa odhaduje 59 % zvýšenie. Na rozdiel od toho sa odhaduje, že porušenia právnych predpisov súvisiace s extázou za rovnaké obdobie klesli o 22 % ⁽³⁵⁾.

Štatistika uložených trestov - vybraná otázka EMCDDA 2009

EMCDDA uverejnilo v roku 2009 novú vybranú otázku o štatistike uložených trestov, v ktorej sa skúmajú dôsledky porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami v európskych krajinách. Správa sa zaoberá dostupnými vnútroštátnymi štatistikami, ktoré poskytla polícia, prokurátori a sudy, a skúma ich podľa druhu porušenia právnych predpisov (prechovávanie, obchodovanie) a druhu dôsledku (pokuta, odňatie slobody, liečba). Kľúčová otázka, na ktorú sa správa zameriava, znie: Aký je najpravdepodobnejší dôsledok v prípade zadržania za trestný čin prechovávanie alebo ponúkajú drogy v každej krajine?

Táto vybraná otázka je k dispozícii v tlačenej a elektronickej podobe (len v angličtine) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach

K danému dňu je v Európskej únii vyše 600 000 ľudí vo väzení ⁽³⁶⁾, pričom priemerná miera uväznenia je približne 120 väzňov na 100 000 obyvateľov. Miera uväznenia na národnej úrovni sa pohybuje od 65 do 320 väzňov na 100 000 obyvateľov, pričom väčšina členských štátov zo strednej a východnej Európy uvádza vyššiu ako priemernú mieru. Aj napriek tomu zostávajú národné číselné údaje a priemer EÚ naďalej oveľa nižšie ako miery, ktoré uvádza Rusko (629) a USA (756) ⁽³⁷⁾.

Väzni odsúdení pre porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami tvoria vo väčšine krajín EÚ niečo medzi 10 % a 30 % väzenskej populácie. Neznámy podiel ostatných tvoria odsúdení pre majetkové trestné činy na podporu drogovej závislosti alebo pre iné trestné činy súvisiace s drogami. Hoci celkový počet je nízky, podiel páchatel'ov, ktorí porušili právne predpisy súvisiace s drogami medzi odsúdenými väzňami sa za posledné roky zvýšil v niektorých stredoeurópskych a východoeurópskych členských štátoch.

Užívanie drog vo väzniciach

Ešte stále nám chýba šandardizácia definícií, výskum otázok a metodológií použitých v štúdiách užívania drog vo väzniciach (Vandam, 2009, Generálne riaditeľstvo pre zdravotníctvo a spotrebiteľov, 2008a), hoci existujúce štúdie dokazujú, že

⁽³⁰⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³¹⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³²⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2009.

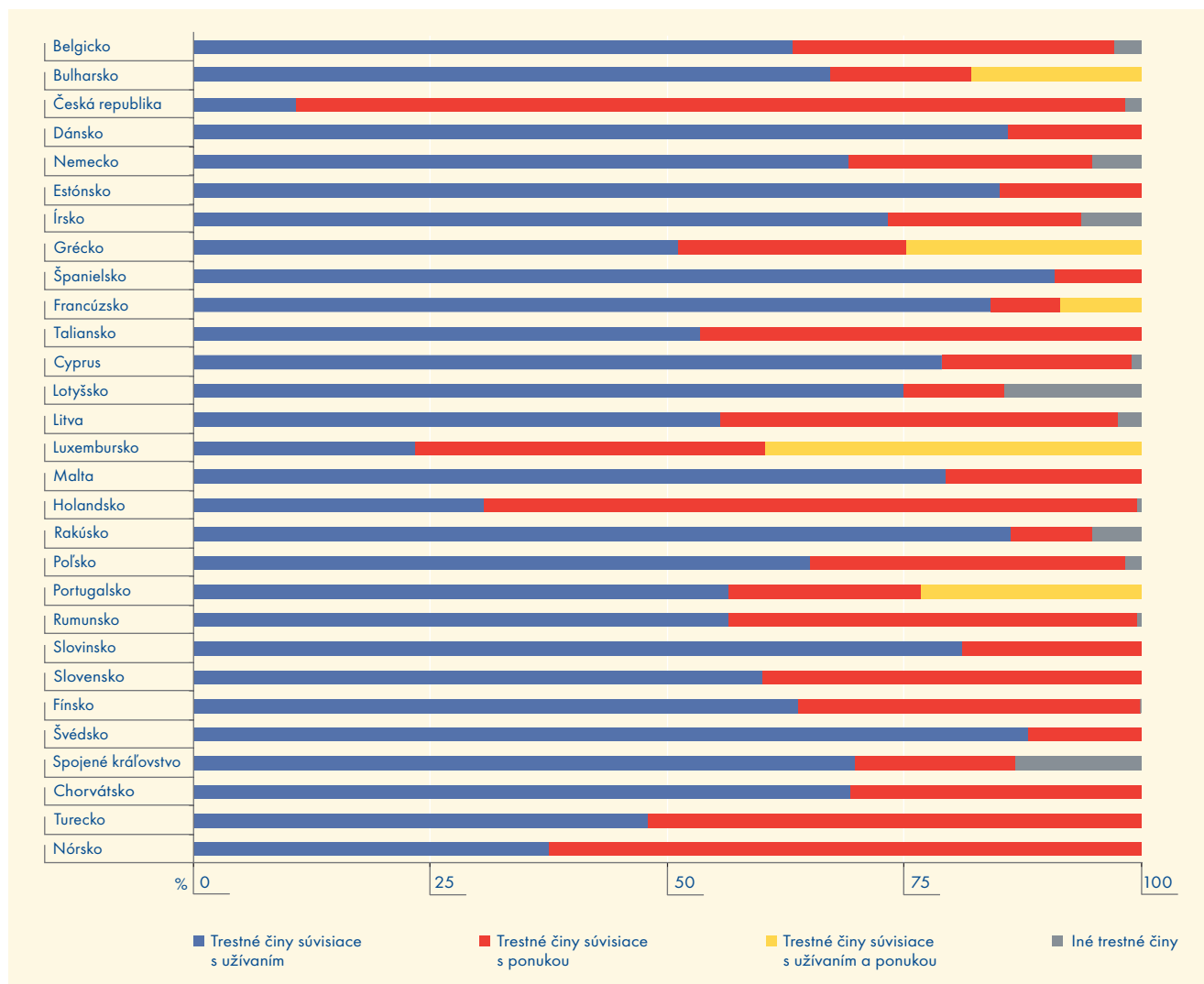
⁽³³⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-8 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³⁴⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³⁵⁾ Pozri obrázok DLO-3 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³⁶⁾ Údaje o väzniciach v Európe sú dostupné od Rady Európy na: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp

⁽³⁷⁾ Zdroj: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> pre číselné údaje za Rusko a Spojené štáty americké.

Obrázok 2: Typ trestného činu v správach o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v Európe

Poznámka: Ďalšie informácie pozri na obrázku DLO-2 v štatistickej ročenke 2009.
Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

užívanie drog naďalej prevláda skôr medzi väzňami ako medzi bežnou populáciou. Údaje z niekoľkých štúdií, ktoré sa uskutočnili najmä v západnej Európe od roku 2002 a neskôr, ukazujú, že tretina až polovica respondentov medzi väzňami uviedla pravidelné užívanie nezákonnej drogy pred uväznením. Štúdie tiež naznačujú, že väčšina škodlivých foriem užívania drog môže byť koncentrovaná medzi väzňami, pričom jedna pätina až jedna tretina respondentov uvádza, že si už niekedy pichala drogy ⁽³⁸⁾.

Po prijatí do väznice väčšina užívateľov drog znížila alebo prestala konzumovať drogy, a to hlavne kvôli problémom pri získavaní týchto látok. Avšak väzenskí experti aj tvorcovia politiky v Európe priznávajú skutočnosť, že nezákonné drogy si nájdu svoju cestu do väčšiny väznic napriek všetkým opatreniam, ktoré sa prijali na zníženie ich

ponuky. Štúdie, ktoré sa uskutočnili od roku 2002 ukazujú, že 1 % až 50 % chovancov uvádza, že užili drogu vo väznici a že až 27 % uvádza pravidelné užívanie počas uväznenia ⁽³⁹⁾. V štúdiu zahŕňajúcej 1 457 väzňov zo šiestich väznic v Nemecku sa zistilo, že 22 % si pichalo drogy vo väznici, pričom v štúdiách zo štyroch iných krajín sa uvádza podiel 10 % alebo viac ⁽⁴⁰⁾. Ukazuje sa, že užívatelia drog vo väzbe sa pri vpichovaní drog častejšie delia o svoje náčinie v porovnaní s neuväznenými užívateľmi. Týmto sa zvyšuje problematika potenciálneho šírenia nákazlivých chorôb medzi väzenskou populáciou.

Zdravotná situácia vo väzniciach v Európe

Väzni majú právo na rovnakú úroveň zdravotnej starostlivosti ako osoby, ktoré žijú v danej komunite

⁽³⁸⁾ Pozri tabuľky DUP-105 a DUP-2 v štatistickej ročenke 2009.

⁽³⁹⁾ Pozri tabuľku DUP-3 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁴⁰⁾ Pozri tabuľku DUP-4 v štatistickej ročenke 2009.

a väzenské zdravotné služby majú byť schopné poskytovať liečbu problémov súvisiacich s užívaním drog v podmienkach, ktoré sú porovnateľné s podmienkami poskytovanými mimo väznice (CPT, 2006; WHO, 2007). Európska únia uznáva túto všeobecnú zásadu rovnocennosti prostredníctvom odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou ⁽⁴¹⁾ a vyzýva k jeho implementácii prostredníctvom nového akčného plánu EÚ na boj proti drogám (2009 - 2012).

Národní politici venujú v súčasnosti viac pozornosti poskytovaniu zdravotnej starostlivosti väzňom a v členských štátoch EÚ sú náznaky zlepšenia služieb, ktoré ponúkajú väzňom. Niektoré krajiny napríklad uvádzajú, že v súčasnosti majú národné politiky a programy väzenskej zdravotnej starostlivosti. Aj napriek tomu je však potrebné ešte veľa urobiť, aby sa väzňom zabezpečil prístup k zdravotnej starostlivosti na takej úrovni, ktorá je porovnateľná s tou, ktorá sa poskytuje mimo väznice. Okrem toho musia väznice riešiť úlohy, ktoré prinášajú so sebou špecifické potreby zdravotnej starostlivosti užívateľov drog, akými sú krvou prenášané infekčné choroby a komorbidné psychiatrické problémy.

Pomoc užívateľom drog vo väznici

K službám poskytovaným väzňom v európskych krajinách patrí: informovanie o drogách a zdraví, vyšetrenie na infekčné choroby a očkovanie, liečba drogovej závislosti vrátane detoxifikácie, substitučná a abstinencia liečba, príprava na prepustenie. K príkladom neustáleho rozširovania služieb väzňom patrí zavedenie substitučnej liečby vo väzniciach v Českej republike, Poľsku a Švédsku, programy abstinencia liečby na Cypre a rozšírenie dánskej „záruky liečby“ na väznice (zabezpečenie prístupu k protidrogovej liečbe do dvoch týždňov od podania žiadosti).

Pokračovanie substitučnej liečby počas uväznenia je schválené v úradných predpisoch 26 krajín, ale v piatich z nich sa neuplatňuje, pričom začatie takéhoto typu liečby vo väzení schválilo 21 krajín. Podľa hodnotenia odborníkov však existujú rozdiely v poskytovaní takejto intervencie. Substitučná liečba je dostupná takmer vo všetkých väzniciach v deviatich krajinách a v ďalších štyroch krajinách viac ako v polovici väzníc. Odhaduje sa, že v Českej republike, Francúzsku, Nemecku a v Spojenom kráľovstve sa substitučná liečba poskytuje menej ako v polovici väzníc a v Maďarsku, Poľsku, Fínsku a Švédsku len v niekoľkých väzniciach. Nakoniec, v deviatich krajinách (Bulharsko, Estónsko, Grécko, Cyprus, Litva,

Lotyšsko, Slovensko, Rumunsko a Turecko) nie je vo väzniciach dostupný tento typ liečby, hoci v Bulharsku a Rumunsku sa robia prípravy na jej zavedenie a v Lotyšsku sa vedú rokovania o legislatívnych zmenách.

Obmedzené poskytovanie substitučnej liečby v spoločnosti sa vo všeobecnosti odzrkadľuje na absencii tohto typu liečby vo väzniciach alebo na jej veľmi obmedzenom poskytovaní ⁽⁴²⁾. K ďalším prekážkam pre poskytovanie substitučnej liečby vo väzniciach, ktoré uvádzajú členské štáty, patrí: chýbajúci právny rámec pre jej zavedenie (Fínsko) a požiadavka, aby sa za liečbu platilo (francúzsky hovoriaca komunita v Belgicku). Poskytovanie substitučnej liečby často závisí aj od miestnych podmienok a niekedy sa spolieha na iniciatívu jednotlivých väzenských lekárov.

Odborné hodnotenia dostupnosti a úrovne zabezpečenia iných preventívnych opatrení a opatrení na znižovanie škôd sú k dispozícii pre 26 krajín EÚ, Nórsko a Turecko. V 26 krajinách sa uvádza, že vo väzniciach existuje individuálne poradenstvo o infekčných chorobách a hodnotenie rizikového správania súvisiaceho s drogami. Testovanie na hepatitídu C pri nástupe do väzenia je dostupné v 22 krajinách s výnimkou Maďarska, Poľska a Turecka, avšak v Maďarsku sa viac ako 14 % všetkých väzňov podrobilo skúške na HCV počas prvých deviatich mesiacov prebiehajúcej kampane, ktorá sa začala v roku 2007. K iným intervenciám patria programy očkovania proti hepatitíde B zamerané na väznice, zdravotnícke školenie špecificky zamerané na drogy pre personál väzníc a poradenstvo a školenie o bezpečnejšom užívaní, ktorých poskytovanie oznámilo trinásť krajín, aj keď s rôznou úrovňou pokrytia.

Úroveň ustanovenia opatrení na predchádzanie predávkovania je obdobná. Zatiaľ čo poradenstvo o riziku predávkovania pred prepustením je dostupné v 18 krajinách, odhaduje sa, že za posledných 12 mesiacov bolo poskytnuté iba nevelikému počtu väzňom len v ôsmich krajinách. Iba v siedmich krajinách sú k dispozícii informačné materiály o úmrtiach a akútnych stavoch súvisiacich s drogami zvlášť vypracované pre väzenské prostredie ⁽⁴³⁾.

Zabezpečenie výmeny ihliel a striekačiek vo väzenskom prostredí uviedlo Nemecko, Španielsko, Luxembursko, Portugalsko a Rumunsko a plánuje sa v Spojenom kráľovstve (Škótsko). Odpor zo strany väzenského personálu a nedostatok dôvery sa uvádzali ako prekážky pre úspešné zavedenie niektorých programov výmeny ihliel a striekačiek vo väzení.

⁽⁴¹⁾ Ú. v. EÚ L 165, 3.7.2003, s. 31.

⁽⁴²⁾ Pozri obrázok HSR-2 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁴³⁾ Pozri tabuľku HSR-7 v štatistickej ročenke 2009.



Kapitola 3

Kanabis

Úvod

Za posledné desaťročie sa užívanie kanabisu v Európe významne rozvinulo, takisto ako aj diskusia o tom, ako primerane reagovať na rozšírené užívanie tejto drogy. Začiatkom a v polovici 90. rokov sa niekoľko krajín sa výrazne odlišovalo vysokou prevalenciou, keďže európska norma úrovne užívania bola podľa súčasných noriem nízka. Vo väčšine krajín sa užívanie kanabisu zvýšilo v priebehu 90. rokov a začiatkom 21. storočia, a toto má dnes za následok menej rôznorodý európsky obraz, dokonca aj keď medzi krajinami stále existujú významné rozdiely. Okrem toho, za posledných pár rokov sme svedkami rastúceho chápania vplyvov dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy na zdravie obyvateľstva a rastúcej uvádzanej úrovne dopytu po liečbe problémov súvisiacich s kanabisom. Európa teraz možno prechádza do novej fázy, a to vzhľadom na to, že údaje od obyvateľstva a školských prieskumov poukazujú na stabilizujúcu sa situáciu, alebo dokonca na situáciu poklesu. Úrovne užívania zostávajú podľa historických noriem vysoké, ale v európskej debata o drogách zostáva kľúčovou otázkou, čo predstavuje efektívnu reakciu na užívanie kanabisu.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Kanabis sa dá pestovať v rozmanitých prostrediach a divo rastie v mnohých častiach sveta. V súčasnosti sa odhaduje, že kanabis sa pestuje v 172 krajinách a územiach (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Tieto skutočnosti spolu vzaté znamenajú, že je ťažké urobiť presné odhady celosvetovej produkcie kanabisu. UNODC (2009) odhaduje globálnu produkciu trávového kanabisu v roku 2008 na 13 300 až 66 100 ton.

V Európe sa pestuje kanabis v širokom meradle a možno sa zvyšuje (Korf, 2008). V roku 2007 sa 19 európskych krajín zmienilo o domácom pestovaní kanabisu, hoci sa zdá, že rozsah tohto javu je veľmi premenlivý. Významný podiel kanabisu používaného v Európe je však pravdepodobne výsledkom vnútroregionálneho nezákonného obchodovania.

Trávový kanabis v Európe je aj dovážaný, väčšinou z Afriky (napr. z Nigérie, Maroka, Ghany, Južnej Afriky) a zriedkavejšie z juhozápadnej Ázie (Pakistan) a z amerického kontinentu (Jamajka) (INCB, 2009a).

Tabuľka 2: Výroba, zachytenia, cena a účinnosť trávového kanabisu a živice

	Kanabisová živica	Trávový kanabis
Odhad celosvetovej výroby (v tonách)	2 200 – 9 900	13 300 – 66 100
Zachytené množstvá v celosvetovom meradle (v tonách)	1 300	5 600
Zachytené množstvo (v tonách)		
EÚ a Nórsko	853	70
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(859)	(96)
Počet zachytení		
EÚ a Nórsko	324 000	227 000
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(325 000)	(241 000)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)		
Rozpätie	3 – 11	1 – 12
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽¹⁾	(5 – 9)	(4 – 9)
Rozsah priemernej účinnosti (obsah THC)	2 – 13 %	1 – 10 %

⁽¹⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených priemerných cien.

Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2007, okrem odhadov celosvetovej výroby, ktoré sú za rok 2008.

Zdroj: Správa UNODC o drogách v celosvetovom meradle (2009) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

⁽⁴⁴⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri na s. 39.

Globálna produkcia kanabisovej živice v roku 2008 sa odhaduje na 2 200 až 9 900 ton (UNODC, 2009), pričom hlavným producentom zostáva aj naďalej Maroko. Uvádza sa, že v rokoch 2003 až 2005 sa plocha produkcie kanabisovej živice zmenšila zo 134 000 hektárov na 76 400 hektárov (UNODC a vláda Maroka, 2007). Produkciu živice oznámili aj iné krajiny, vrátane Afganistanu a Pakistanu (UNODC, 2009). Kanabisová živica vyprodukovaná v Maroku sa spravidla pašuje do Európy cez Pyrenejský polostrov a Holandsko, pričom sa potom ďalej distribuuje do ostatných európskych krajín.

Zachytenie

Odhaduje sa, že v roku 2007 sa na celom svete zabavilo 5 600 ton trávového kanabisu a 1 300 ton kanabisovej živice, čo znamená približne 10 % celkové zvýšenie za predchádzajúci rok. Severná Amerika vykazuje aj naďalej najväčší podiel zachyteného kanabisu (66 %), pričom najväčšie množstvá zachytenej živice sú koncentrované v západnej a strednej Európe (66 %) (UNODC, 2009).

Odhaduje sa, že v Európe bolo v roku 2007 vykonaných 241 000 zachytení trávového kanabisu v objeme 96 ton⁽⁴⁵⁾. Počet zachytení sa v období 2002 až 2007 viac ako zdvojnásobil. Množstvo zachyteného trávového kanabisu kleslo na polovicu za prvé dva roky tohto obdobia a následne sa zvýšilo, hoci zostalo výrazne pod úrovňou 130 ton zachytených v roku 2002. Najväčší počet zachytení trávového kanabisu oznámilo Spojené kráľovstvo, ktoré dosiahlo približne polovicu celkového množstva v roku 2005 a 2006. Turecko (25,5 ton) a Belgicko (12,8 ton) oznámili rekordný počet zachytení v roku 2007.

Zachytenia kanabisovej živice v Európe prevýšili zachytenia trávového kanabisu tak z hľadiska počtu, ako aj zachyteného množstva⁽⁴⁶⁾. V roku 2007 sa vykonalo približne 325 000 zachytení kanabisovej živice, čo viedlo k zachyteniu 859 ton drogy, takmer deväť násobku množstva zachyteného trávového kanabisu. V období 2002 až 2007 sa počet zachytení kanabisovej živice zvyšoval, hoci zachytené množstvo sa za toto obdobie menilo. Iba niečo vyššie polovice celkového počtu zachytení kanabisovej živice a približne tri štvrtiny zachyteného množstva v roku 2007 oznámilo Španielsko, pričom rekordné množstvá kanabisovej živice zachytilo Belgicko (59 ton), Portugalsko (43 ton) a Turecko (6 ton).

Zachytenia kanabisových rastlín sa trvalo zvyšovali od roku 2002 až dosiahli odhadnutých 15 000 prípadov v roku 2007. Krajiny uvádzajú v správe zachytené množstvo buď

ako počet rastlín, alebo ako odhad hmotnosti. Počet zachytených rastlín bol 2,4 milióna, čo je relatívne stabilný číselný údaj za posledné dva roky, počnúc od 1,5 milióna v roku 2002. Hmotnosť zachytených rastlín sa za dané obdobie výrazne zvýšila a v roku 2007 dosiahla 27 ton, z čoho 25 ton oznámilo Španielsko.

Účinnosť a cena

Účinnosť kanabisových výrobkov je určená ich obsahom delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej účinnej zložky. Účinnosť kanabisu sa výrazne odlišuje medzi

Ponuka a dostupnosť drog: údaje a zdroje

Systematické a bežné informácie popisujúce trhy a obchodovanie s nezákonnými drogami sú ešte vždy 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 sa môžu pestovať vo vnútorných priestoroch alebo nerastú len v určitých geografických oblastiach, ako je napríklad kanabis.

Zachytenia drog sa často považujú za nepriamy ukazovateľ ponuky, obchodných trás a dostupnosti. Sú priamejším ukazovateľom činností spojených s presadzovaním práva v oblasti drog (napríklad priority, prostriedky a stratégie) a zároveň tiež odrážajú postupy poskytovania správ a zraniteľnosť priekupníkov. 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 vnútroštátne údaje o zachytení, čistote a predajných cenách drog v Európe. 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 Európskej komisie, ktorá zhromažďuje informácie o zachytení týchto látok v EÚ a z INCB, ktorý je zainteresovaný do medzinárodných iniciatív na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri výrobe nezákonných drog.

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

⁽⁴⁵⁾ Údaje o zachyteníach drog v Európe uvedené v tejto kapitole možno nájsť v tabuľkách SZR-1 až SZR-6 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁴⁶⁾ Kvôli rozdielom vo veľkosti prepravovaného nákladu a precestovaných vzdialenostiach, ako aj v potrebe prekročenia medzinárodných hraníc by kanabisová živica mohla byť vystavená väčšiemu riziku zachytenia ako domácky vyprodukovaný trávový kanabis.

krajinami a v rámci jednotlivých krajín a medzi rôznymi kanabisovými výrobami. Informácie o účinnosti kanabisu sa zväčša opierajú o forenznú analýzu zachyteného kanabisu na základe náhodného výberu vzorky. Nie je jasné, do akej miery analyzované vzorky odrážajú celkový trh, preto je potrebné interpretovať údaje o účinnosti s opatrnosťou. V roku 2007 bol oznámený národný priemerný obsah THC kanabisovej živice v rozpätí od 2,9 % do 13,3 %. Priemerná účinnosť trávového kanabisu, okrem po domácky vypestovaného sinsemilla („nederwiet“) v Holandsku, bola v rozpätí od 1,2 % do 10,2 %. Za obdobie 2002 – 2007 bola oznámená účinnosť živicového a trávového kanabisu stabilná alebo sa znížila vo väčšine zo 16 európskych krajín, pre ktoré bolo možné urobiť takúto analýzu. Avšak rastúce trendy v priemernom obsahu THC kanabisovej živice boli zaregistrované v Portugalsku a Luxembursku. Zvýšenie účinnosti trávového kanabisu bolo spozorované v piatich ďalších krajinách. Informácie o účinnosti miestne vyprodukovaného trávového kanabisu za mnohé roky sú k dispozícii len za Holandsko, kde bol nedávno spozorovaný pokles priemernej účinnosti nederwietu z najvyššej hodnoty 20,3 % v roku 2004 na 16,0 % v roku 2006, ktorá zostala na tejto úrovni v roku 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice bola v roku 2007 v rozpätí od 3 EUR do 11 EUR za gram v 18 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom polovica z nich uviedla hodnoty od 5 EUR do 9 EUR. Priemerná maloobchodná cena trávového kanabisu bola v rozpätí od 1 EUR do 12 EUR za gram v 17 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom približne polovica z nich uviedla ceny pohybujúce sa od 4 EUR do 9 EUR. V 11 krajinách s údajmi, vzťahujúcimi sa na obdobie 2002 – 2007, sa znížila priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice, upravená o infláciu. Dostupné údaje za rovnaké obdobie týkajúce sa trávového kanabisu poukazujú na stabilnejšiu situáciu.

Prevalencia a formy užívania

Užívanie kanabisu v rámci celej populácie

Opatrne sa odhaduje, že kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac ako 74 miliónov Európanov, čo je viac než pätina všetkých 15 až 64-ročných (zhrnutie údajov sa nachádza v tabuľke 3). Medzi krajinami existujú rozdiely a údaje za jednotlivé krajiny sú v rozpätí od 1,5 % do 38,6 %. Pre väčšinu krajín sú odhady prevalencie v rozpätí 10 – 30 %.

Mnohé krajiny uvádzajú porovnateľne vysoké úrovne prevalencie užívania kanabisu za minulý rok a minulý mesiac. Odhaduje sa, že okolo 22,5 miliónov Európanov užilo kanabis v minulom roku, alebo v priemere 6,8 % ľudí vo veku 15 – 64 rokov. Odhady prevalencie minulého mesiaca budú zahŕňať tých, ktorí užívajú drogu pravidelnejšie, hoci nie nevyhnutne intenzívnym spôsobom. Odhaduje sa, že približne 12 miliónov Európanov užilo drogu v minulom mesiaci, v priemere približne 3,6 % všetkých vo veku 15 – 64 rokov.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu sa zväčša sústreďuje na mladých ľudí (vo veku 15 – 34 rokov), pričom najvyššie úrovne užívania za minulý rok sa spravidla uvádzajú u ľudí vo veku 15 – 24 rokov. Toto platí takmer pre všetky európske krajiny, s výnimkou Portugalska ⁽⁴⁸⁾.

Údaje z prieskumov medzi obyvateľstvom naznačujú, že kanabis aspoň raz užilo v priemere 31,1 % mladých dospelých Európanov, pričom 12,5 % z nich užilo drogu v minulom roku a 6,8 % v minulom mesiaci. Odhaduje sa, že ešte vyšší podiel Európanov vo vekovej skupine 15 až 24 rokov užilo kanabis v minulom roku (15,9 %) alebo v minulom mesiaci (8,3 %). Národné odhady prevalencie užívania kanabisu sa medzi krajinami značne líšia vo všetkých mierach prevalencie, pričom krajiny na vrchu stupnice uvádzajú hodnoty až desaťnásobne vyššie ako krajiny s najnižšou prevalenciou.

Užívanie kanabisu je vo všeobecnosti vyššie u mužov než u žien (pozri EMCDDA, 2006a), hoci medzi jednotlivými krajinami sa pozorujú značné rozdiely. Napríklad pomer mužov a žien spomedzi tých, ktorí uviedli užívanie kanabisu v minulom roku, sa rôzni od 6,4 : 1 v Portugalsku po 1,4 : 1 v Rakúsku.

Užívanie kanabisu medzi školákmi

ESPAD prieskum ⁽⁴⁹⁾ poskytuje porovnateľné údaje o užívaní alkoholu a drog medzi 15 až 16-ročnými školákmi v Európe (Hibell a kol., 2009). V roku 2007 sa uskutočnil prieskum v 25 členských štátoch EÚ, ako aj v Nórsku a Chorvátsku. Niektoré krajiny (napr. Španielsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo) robia svoje vlastné prieskumy v školách, ktoré poskytujú údaje aj o užívaní kanabisu, ktoré sú porovnateľné s ESPAD a HBSC (Zdravie a správanie školopovinných detí).

Údaje z ESPAD 2007 ukazujú, že najvyššia celoživotná prevalencia užívania kanabisu je medzi 15 až 16-ročnými

⁽⁴⁷⁾ Pozri tabuľky PPP-1 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2009 o údajoch o účinnosti a cene.

⁽⁴⁸⁾ Pozri obrázok GPS-1 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁴⁹⁾ Pozri okienko o prieskumoch medzi obyvateľstvom, s. 42.

Tabuľka 3: 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	74 miliónov	22,5 miliónov	12 miliónov
Priemer v Európe	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Rozsah	1,5 – 38,6 %	0,4 – 14,6 %	0,1 – 7,2 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulharsko (5,6 %) Cyprus (6,6 %)	Rumunsko (0,4 %) Malta (0,8 %) Grécko (1,7 %) Bulharsko (1,9 %)	Rumunsko (0,1 %) Malta (0,5 %) Švédsko (0,6 %) Litva (0,7 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (38,6 %) Taliansko (31,2 %) Francúzsko (30,6 %) Spojené kráľovstvo (30,0 %)	Taliansko (14,6 %) Španielsko (10,1 %) Česká republika (9,3 %) Francúzsko (8,6 %)	Taliansko (7,2 %) Španielsko (7,1 %) Francúzsko, Česká republika (4,8 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	41,5 miliónov	17 miliónov	9 miliónov
Priemer v Európe	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Rozsah	2,9 – 48,0 %	0,9 – 20,9 %	0,3 – 13,4 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (2,9 %) Malta (4,8 %) Cyprus (9,9 %) Grécko (10,8 %)	Rumunsko (0,9 %) Malta (1,9 %) Grécko (3,2 %) Cyprus (3,4 %)	Rumunsko (0,3 %) Švédsko (1,3 %) Grécko, Litva (1,5 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (48,0 %) Francúzsko (43,6 %) Spojené kráľovstvo (40,1 %) Česká republika (38,3 %)	Taliansko (20,9 %) Česká republika (19,3 %) Španielsko (18,8 %) Francúzsko (16,7 %)	Španielsko (13,4 %) Taliansko (10,4 %) Česká republika, Francúzsko (9,8 %)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	19 miliónov	10 miliónov	5 miliónov
Priemer v Európe	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Rozsah	3,7 – 43,9 %	1,5 – 28,2 %	0,5 – 16,9 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (3,7 %) Malta (4,9 %) Cyprus (6,9 %) Grécko (9,0 %)	Rumunsko (1,5 %) Grécko, Cyprus (3,6 %) Švédsko (6,0 %) Portugalsko (6,6 %)	Rumunsko (0,5 %) Grécko (1,2 %) Švédsko (1,6 %) Cyprus, Litva (2,0 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (43,9 %) Francúzsko (42,0 %) Dánsko (41,1 %) Nemecko (39,0 %)	Česká republika (28,2 %) Španielsko (24,1 %) Taliansko (22,6 %) Francúzsko (21,7 %)	Španielsko (16,9 %) Česká republika (15,4 %) Francúzsko (12,7 %) Taliansko (11,5 %)

Odhady prevalencie v Európe sú založené na váženom priemere z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008 (hlavne v období 2004 – 2008), preto ich nie je možné priradiť k jednému roku. 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 EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (334 miliónov), 15 – 34 (133 miliónov) a 15 – 24 (63 miliónov). Tu zhrnuté údaje sú dostupné v „Prieskumoch medzi všeobecnou populáciou“ v štatistickej ročenke 2009.

školákmi v Českej republike (45 %) ⁽⁵⁰⁾, pričom Estónsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko a Spojené kráľovstvo uvádzajú úrovne prevalencie v rozpätí od 26 % do 32 %. 15 krajín uvádza úrovne celoživotnej prevalencie užívania kanabisu od 13 % do 25 %. Najnižšie úrovne (menej ako 10 %) uvádza Grécko, Cyprus, Rumunsko, Fínsko, Švédsko a Nórsko. Celkovo sú v celoživotnej prevalencii užívania kanabisu medzi školákmi veľmi malé rozdiely medzi pohlaviami.

Najvyššiu prevalenciu užívania kanabisu v minulom mesiaci medzi 15 až 16-ročnými v Európe uviedlo Španielsko (20 %) a Česká republika (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Medzinárodné porovnanie

Európske údaje je možné porovnať s údajmi z iných častí sveta. Napríklad v USA národný prieskum o užívaní drog a zdraví (Samhsa, 2007) odhadol celoživotnú prevalenciu

⁽⁵⁰⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁵¹⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2009.

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.

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

Vykonávanie prieskumov je nákladné a málo európskych krajín zhromažďuje informácie každý rok, pričom mnohé ich zhromažďujú každé dva alebo štyri roky. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu v každej krajine, ktorý sa vo väčšine prípadov uskutočnil v období rokov 2004 až 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 môže byť užitočná pre pochopenie foriem užívania a výskytu. v prípade dospelých predstavujú štandardné vekové rozpätia EMCDDA 15 až 64 rokov veku (všetci dospelí) a 15 až 34 rokov (mladí dospelí), pričom pozornosť sa zameriava na časový rámec užívania v minulom roku a minulom mesiaci (užívanie počas posledných 12 mesiacov alebo posledných 30 dní pred prieskumom) ⁽¹⁾. Pokiaľ ide o študentov škôl, celoživotná prevalencia a prevalencia v poslednom roku sú podobné, pretože užívanie nelegálnych drog pred dosiahnutím veku 15 rokov je zriedkavé.

V Európskom prieskume v školách o užívaní alkoholu a iných drog (ESPAD) sa využívajú štandardné metódy a nástroje na meranie užívania drog a alkoholu v reprezentatívnych vzorkách 15 až 16 ročných študentov škôl. Prieskumy sa vykonali v rokoch 1995, 1999, 2003 a 2007. V roku 2007 sa zhromažďovali údaje v 35 krajinách vrátane 25 členských štátov EÚ, Nórska a Chorvátska ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Ďalšie informácie sa nachádzajú na adrese: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Zhrnutie najdôležitejších zistení prieskumu ESPAD za rok 2007 je k dispozícii v 23 jazykoch (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Úplnú správu možno nájsť na internetovej stránke ESPAD (<http://www.espad.org>).

užívania kanabisu medzi mladými dospelými na úrovni 49 % (15 – 34 rokov, prepočítané centrom EMCDDA) a prevalenciu v minulom roku na úrovni 21 %. V tej istej vekovej skupine bola v Kanade (2004) celoživotná prevalencia užívania kanabisu 58 % a prevalencia v minulom roku 28 % a v Austrálii (2007) boli tieto hodnoty 47 % resp. 16 %. Všetky tieto číselné údaje sú vyššie ako príslušné európske priemery, ktoré sú 31,1 %, resp. 12,5 %.

Len Španielsko a Česká republika uvádzajú úrovne celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi školákmi, ktoré sú porovnateľné s údajmi, ktoré uviedli Spojené štáty a Austrália.

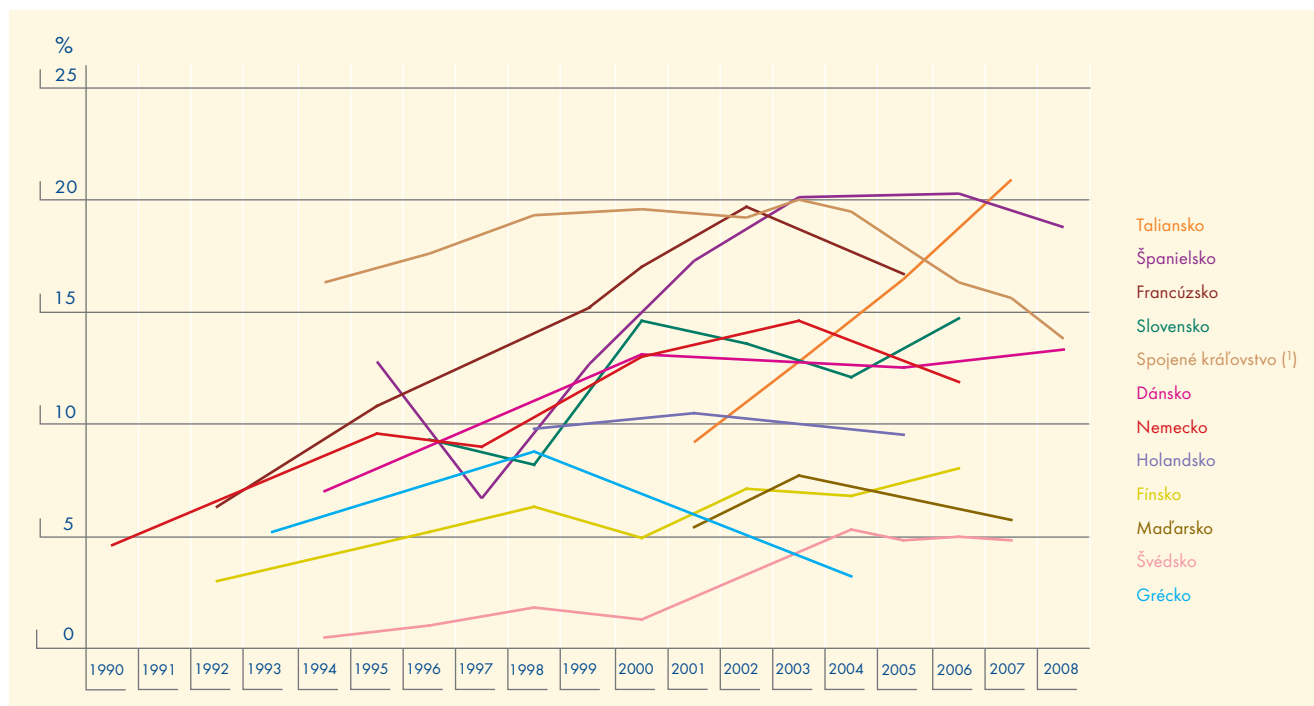
Trendy v užívaní kanabisu

Údaje z národných prieskumov, ktoré boli poskytnuté EMCDDA ukazujú, že takmer vo všetkých krajinách EÚ sa užívanie kanabisu výrazne zvýšilo v 90. rokoch, najmä medzi mladými ľuďmi (obrázok 3) a medzi školákmi. Na prelome storočia vo väčšine európskych krajín značný podiel mladej populácie užil alebo užíval drogu, ako dokladá skutočnosť, že v období 1998 až 2003 sa v siedmich krajinách celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi osobami vo veku 15 – 34 rokov zvýšila na úroveň okolo 30 % a v ďalších dvoch prekročila 40 %. Zodpovedajúce úrovne prevalencie v minulom roku v tejto vekovej skupine dosahovali v siedmich krajinách 15 – 20 % a prevalencia v minulom mesiaci dosiahla v šiestich krajinách 8 – 15 %.

Trend užívania kanabisu je zvlášť zaujímavý v Spojenom kráľovstve. Začiatkom a v polovici 90. rokov sa táto krajina vynímala v európskom obraze ako krajina, ktorá uvádzala odhady najvyššej prevalencie. Tento obraz sa postupne menil s tým, ako sa v ostatných krajinách zvýšili úrovne užívania. Okrem toho sa približne od roku 2003 užívanie kanabisu v Spojenom kráľovstve stále znižovalo najmä vo vekovej skupine 16 – 24-ročných ⁽⁵²⁾, čo naznačuje generačný posun. Klesajúci alebo stabilizačný trend možno teraz vidieť aj inde, v údajoch prieskumu školskej aj všeobecnej populácie. Z 11 krajín, u ktorých je možné analyzovať trend prevalencie v minulom roku medzi mladými dospelými v období 2002 až 2007, štyri uvádzajú pokles najmenej 15 % oproti počiatkovej hodnote a v ďalších štyroch sa zdá, že situácia je stabilná ⁽⁵³⁾. V troch krajinách sa úroveň prevalencie zvýšila najmenej o 15 %, hoci ďalšie údaje tento stúpajúci trend spochybňujú.

⁽⁵²⁾ Pozri obrázok GPS-10 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁵³⁾ Tam, kde nie sú k dispozícii presné roky, použili sa informácie z predchádzajúceho alebo nasledujúceho roka.

Obrázok 3: Trendy v prevalencii užívania kanabisu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 až 34 rokov)

(1) Anglicko a Wales.

Poznámka: Pre ďalšie informácie pozri obrázok GPS-4 v štatistickej ročenke 2009.

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

Trendy medzi školákmi

Podobne ako u dospelých, aj medzi školákmi došlo k zvýšeniu užívania kanabisu v mnohých európskych krajinách v období 1995 až 2003, ale celkovo sa zastavil alebo znížil len nedávno. Len dve z krajín monitorovaných centrom EMCDDA, ktoré sa zúčastnili na prieskumoch ESPAD v školách v roku 2007 (Litva, Slovensko), uvádzajú zvýšenie viac ako o tri percentuálne body v celoživotnom užívaní kanabisu od roku 2003, zatiaľ čo deväť krajín uvádza ekvivalentný pokles za toho obdobia⁽⁵⁴⁾. Údaje z prieskumov v školách v Spojených štátoch a Austrálii tiež vykazujú klesajúci trend, ktorý bol po prvýkrát spozorovaný v Austrálii v roku 1999⁽⁵⁵⁾.

Po celej Európe sa v období 1997 až 2007 zistili rôzne vzory v časových trendoch užívania kanabisu medzi školákmi (obrázok 4). Sedem krajín nachádzajúcich sa hlavne v severnej a južnej Európe (Grécko, Cyprus, Malta, Rumunsko, Fínsko, Švédsko, Nórsko) uviedli celkovo stabilnú a nízku celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu počas celého tohto obdobia. Väčšina západoeurópskych krajín, vrátane Chorvátska a Slovinska, ktoré mali vysokú a prudko rastúcu celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu až do roku 2003, zaznamenali v roku 2007

pokles alebo stabilizáciu. Deväť spomedzi týchto 11 krajín uviedlo pokles o viac ako tri percentuálne body a dve boli stabilné. Situácia je trochu odlišná vo väčšine stredoeurópskych a východoeurópskych krajín, v ktorých sa zdá, že sa stabilizoval rastúci trend spozorovaný v období rokov 1995 až 2003. V tomto regióne šesť krajín uvádza stabilnú situáciu a dve uvádzajú zvýšenie o viac ako tri percentuálne body⁽⁵⁶⁾.

V niektorých európskych krajinách bolo zvýšenie celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi školákmi v období 1995 až 2003 sprevádzané zvýšením celoživotnej prevalencie fajčenia cigariet. Od roku 2003 sa v mnohých krajinách tieto trendy obrátili, čo naznačuje možnú spojitosť medzi fajčením tabaku a kanabisu medzi mladými ľuďmi⁽⁵⁷⁾.

Formy užívania kanabisu

Dostupné údaje poukazujú na rôznorodé formy užívania kanabisu. Spomedzi 15 – 64-ročných, ktorí aspoň raz užili kanabis, len 30 % tak urobilo v priebehu minulého roka⁽⁵⁸⁾. Avšak medzi tými, ktorí užili drogu v minulom roku, v priemere 50 % tak urobilo v minulom mesiaci a nedávny výskum ukazuje, že opakované užitie tejto látky

⁽⁵⁴⁾ ESPAD považuje zvýšenie alebo zníženie o viac ako tri percentuálne body za ukazovateľ zmeny.

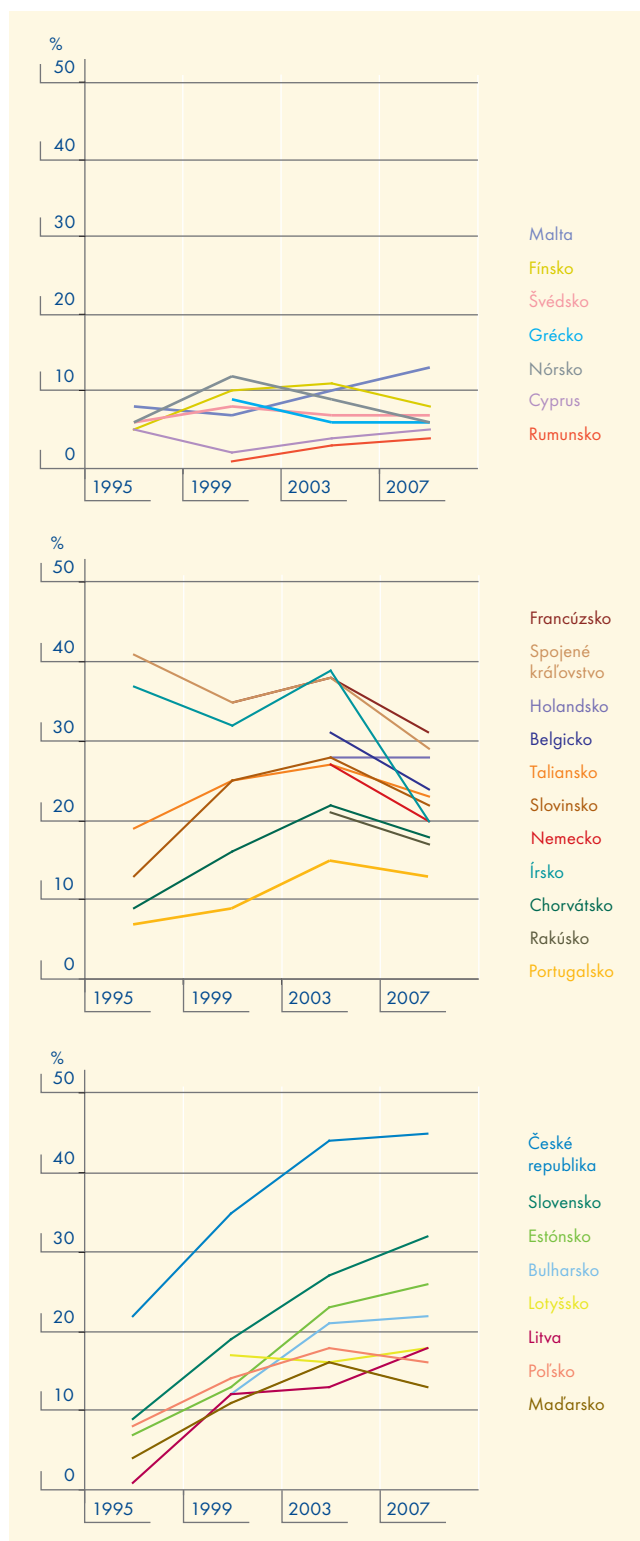
⁽⁵⁵⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť xii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁵⁶⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť xiii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁵⁷⁾ Pozri Vybraná otázka užívania viacerých drog.

⁽⁵⁸⁾ Pozri obrázok GPS-2 v štatistickej ročenke 2009.

Obrázok 4: Rôzne formy v trendoch celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi 15 až 16-ročnými školákmi



Zdroj: ESPAD

môže by stabilné počas dlhých období, dokonca aj medzi mladšími užívateľmi (Perkonigg, 2008).

Odhadnutie prevalencie foriem intenzívneho a dlhodobého užívania je dôležitou otázkou zdravia obyvateľstva vzhľadom na jej vzájomnú súvislosť s negatívnymi následkami, akými sú respiračné problémy, nedosahovanie očakávaných výsledkov a závislosť (Hall a Solowij, 1998). Každodenné alebo takmer každodenné užívanie (užívanie 20 alebo viac dní za posledných 30 dní) je v súčasnosti najlepší komparatívny ukazovateľ intenzívneho užívania. Údaje o tejto forme užívania kanabisu v Európe boli zhromaždené v rokoch 2007/08 ako súčasť „skúšky v teréne“, ktorú koordinovalo centrum EMCDDA v súčinnosti s národnými expertmi a kontaktnými miestami siete Reitox v 13 krajinách, v ktorom sa bralo do úvahy 77 % dospelých Európanov (15 - 64). Na základe týchto údajov sa odhaduje, že viac ako 1 % všetkých dospelých Európanov, približne 4 milióny, užíva kanabis denne alebo takmer denne. Väčšina týchto užívateľov kanabisu, približne 3 milióny, je vo veku 15 až 34 rokov, čo predstavuje približne 2 - 2,5 % všetkých Európanov v tejto vekovej skupine ⁽⁵⁹⁾.

Kvôli nedostatku údajov je ťažké posúdiť trendy intenzívneho užívania kanabisu v Európe. Spomedzi siedmich krajín, ktoré poskytli údaje o súčasných trendoch, štyri (Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Portugalsko) uviedli zvýšenie prevalencie každodenného užívania kanabisu, jedna uviedla stabilnú situáciu (Írsko), pričom len dve uviedli pokles (Grécko, Holandsko) ⁽⁶⁰⁾. Tieto výsledky poukazujú na možné celkové zvýšenie počtu intenzívnych užívateľov kanabisu v Európe za posledné desaťročie.

Závislosť od kanabisu sa čoraz viac považuje za možný dôsledok pravidelného užívania drogy, a to napriek tomu, že závažnosť a následky sa môžu zdať menej vážne ako tie, ktoré sa bežne dávajú do súvislosti s niektorými inými psychoaktívnymi látkami (napr. heroín alebo kokaín). Aj napriek tomu môže byť v dôsledku relatívne vysokého podielu populácie pravidelne užívajúcej kanabis celkový dosah intenzívnych foriem užívania kanabisu na zdravie obyvateľstva značný. Užívateľia, najmä ťažkí užívateľia, môžu mať problémy aj bez toho, aby nutne splňali klinické kritériá pre závislosť.

Štúdie ukazujú, že vývoj závislosti od kanabisu je menej prudký ako pri iných drogách (napr. pri kokaíne) a že medzi tými, ktorí užili drogu aspoň raz vo svojom živote, podiel tých, u ktorých sa niekedy vyvinula závislosť, možno

⁽⁵⁹⁾ Európske priemery predstavujú odhad založený na váženom priemere (pre obyvateľstvo) pre krajiny, ktoré majú informácie a sú priradené krajinám, ktoré nemajú informácie. Získané číselné údaje predstavujú 1,2 % za všetkých dospelých (15 - 64-ročných) a 2,3% za mladých dospelých (15 - 34-ročných). Pozri tabuľku GPS-7 v štatistickej ročenke 2008.

⁽⁶⁰⁾ Pozri tabuľku GPS-7 v štatistickej ročenke 2009.

neprekročí 10 % (Wagner a Anthony, 2002). V údajoch z prieskumu všeobecnej populácie v Spojených štátoch bola zistená závislosť u asi 20 – 30 % každodenných užívateľov⁽⁶¹⁾. Ostatné štúdie naznačujú, že závislosť od kanabisu môže byť po čase relatívne stabilná (Swift a kol., 2000). Aj napriek tomu je pravdepodobne jedna polovica užívateľov závislých od kanabisu schopná prestať užívať túto drogu bez liečby (Cunningham, 2000; Ellingstad a kol., 2006).

Formy medzi školákmi

Prieskumy ESPAD 2007 takisto ukazujú, že celoživotné užívanie kanabisu vzájomne súvisí s vnímaním nižšieho rizika a lepšej dostupnosti tejto drogy⁽⁶²⁾. Na rozdiel od celkovej populácie študentov je u užívateľov väčšia pravdepodobnosť, že užívajú alkohol, tabak a iné nezákonné drogy⁽⁶³⁾.

Nové údaje zo štúdie ESPAD istým spôsobom objasňujú intenzívnejšie formy užívania kanabisu. V desiatich európskych krajinách uviedlo 5 % až 12 % 15 – 16-ročných chlapcov školákov, že viac ako pri 40 príležitostiach užili kanabis. Tento podiel bol najmenej dvojnásobkom toho, ktorý sa zistil medzi dievčatami školáčkami, čo podporujú ďalšie údaje, ktoré ukazujú, že intenzívne formy užívania sú častejšie zistené u mladých mužov. Včasné začatie užívania sa spájalo s neskorším vývojom intenzívnejších a problematickejších foriem konzumácie drog. Vo väčšine z týchto desiatich krajín s relatívne vysokou mierou častého užívania 5 % až 9 % školákov uviedlo, že začali užívať kanabis vo veku 13 rokov alebo v mladšom veku⁽⁶⁴⁾.

Liečba

Dopyt po liečbe

Kanabis bol v roku 2007 primárnou drogou približne v 20 % všetkých nástupov na liečbu (73 000 klientov), čím sa stal po heroíne druhou najčastejšie uvádzanou drogou. Medzi jednotlivými krajinami sú však značné rozdiely, pričom Bulharsko, Litva a Slovinsko uvádzajú menej ako 5 % svojich klientov ako primárnych užívateľov kanabisu a Dánsko, Francúzsko, Maďarsko, Holandsko a Turecko uvádzajú viac ako 30 %. Tieto rozdiely sa dajú vysvetliť prevalenciou užívania kanabisu, potrebami protidrogovej liečby, poskytovaním a organizáciou liečby alebo postupmi odosielania na liečbu. V dvoch krajinách s najväčším

Stupnice na posudzovanie problémových foriem užívania kanabisu v prieskumoch všeobecnej populácie

Existujú dôkazy, že závislosť na kanabise možno vo všeobecnej populácii hodnotiť rovnako spoľahlivo ako vo vzorkách liečených užívateľov vrátane hodnotenia abstinenčných príznakov (Mennes a kol., 2009). EMCDDA preto v spolupráci s niekoľkými krajinami vyvíja metódy na monitorovanie intenzívnejších a závažných dlhodobých foriem užívania kanabisu.

V posledných rokoch sa testovali rôzne metodiky odhadov prevalence intenzívnych a problémových foriem užívania drog, najmä užívania kanabisu, v prieskumoch všeobecnej populácie. Nemeckí odborníci preskúmali literatúru a prácu, ktorá sa v súčasnosti vykonáva v tejto oblasti a identifikovali štyri stupnice pre kanabis, ktoré sa testovali na vzorkách všeobecnej populácie v Európe. Je to stupnica závažnosti závislosti (SDS), problémové užívanie marihuany (PUM), skríningový test zneužívania kanabisu (CAST) a test na identifikáciu porúch spojených s užívaním kanabisu (CUDIT) (Piontek a kol., 2008). Tieto stupnice zahŕňajú štyri až desať bodov a ich psychometrické vlastnosti (napríklad ich schopnosť zhodne rozlišovať skutočné prípady od neexistujúcich prípadov a v súlade s požadovanou koncepciou závislosti na kanabise alebo problémov s užívaním kanabisu) sa vo všeobecnosti považovali za veľmi dobré.

Určité ťažkosti však v tejto oblasti pretrvávajú vzhľadom na chýbajúci konsenzus, pokiaľ ide o to, ktorý prvok (napríklad závislosť, zneužívanie, škodlivé užívanie, problémy spojené s užívaním) alebo súbor prvkov by sa mal merať s cieľom posúdiť problémové formy užívania kanabisu. Vyskytujú sa tiež problémy s odhadovaním, pretože merania javu s nízkou prevalenciou môžu dávať mnohé „falošne pozitívne“ prípady, a preto aj príliš vysoký odhad problémového užívania kanabisu v celkovej populácii. Tieto ťažkosti by mohli pomôcť preklenúť dodatočné validačné štúdie, ktoré sa v súčasnosti uskutočňujú alebo plánujú.

podielom kanabisových klientov sa vo Francúzsku poradenské centrá zameriavajú na mladých užívateľov drog a v Maďarsku sa páchatelom užívajúcim kanabis ponúka protidrogová liečba ako alternatíva namiesto trestu. V oboch týchto krajinách zohráva systém trestnej justície podstatnú úlohu pri odosielaní na liečbu, ale celkovo členské štáty uvádzajú, že väčšina užívateľov kanabisu, ktorí nastupujú na liečbu v Európe, robí tak z vlastnej iniciatívy.

Klienti nastupujúci na liečbu do ambulantných centier kvôli užívaniu drog často uvádzajú, že užívajú aj iné drogy. Na

⁽⁶¹⁾ Analýzy údajov národného prieskumu medzi obyvateľstvom pre Spojené štáty v období 2000 až 2006. Zariadenie NSDUH online analýzy: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, získané 25. februára 2008 a analyzované za použitia premenných MJDAY30A a DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť v) a (časť vi) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁶³⁾ Pozri Vybraná otázka užívania viacerých drog.

⁽⁶⁴⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť iii) a (časť vii) v štatistickej ročenke 2009.

základe údajov zhromaždených v 14 krajinách 85 % z nich berie inú drogu, väčšinou alkohol (65 %) alebo kokaín (13 %) a niektorí uvádzajú aj alkohol aj kokaín (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Trendy v nových dopytoch po protidrogovej liečbe

V 19 krajinách, u ktorých sú údaje k dispozícii, sa v období 2002 až 2007 počet a podiel primárnych užívateľov kanabisu spomedzi tých, ktorí nastupujú na liečbu po prvýkrát, zvýšil približne z 19 000 na 34 000 (z 25 % na 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Zdá sa však, že tento trend bol prerušený v rokoch 2006 až 2007, pričom väčšina krajín uvádza klesajúci alebo stabilný podiel nových klientov užívajúcich kanabis. Toto je možno spojené so súčasnými trendmi v užívaní kanabisu, ale môže odrážať aj zmeny v postupoch vykazovania, nasýtení kapacity služieb alebo využívanie iných služieb (napr. primárnu zdravotnú starostlivosť, starostlivosť o duševné zdravie).

Profily klientov

Užívatelia kanabisu v Európe, ktorí nastupujú na ambulatnú liečbu, sú hlavne mladí muži, pričom pomer medzi mužmi a ženami je 5,5 : 1 a priemerný vek je 25 rokov ⁽⁶⁷⁾. Spomedzi užívateľov drog, ktorí nastupujú na ambulatnú liečbu po prvýkrát, 67 % 15 - 19-ročných uvádza primárne užívanie kanabisu ⁽⁶⁸⁾ a 78 % spomedzi tých, ktorí sú mladší ako 15 rokov.

Celkovo je 24 % z primárnych užívateľov kanabisu, ktorí nastupujú na ambulatnú liečbu, príležitostných užívateľov, ktorých pravdepodobne odošle na liečbu systém trestnej justície, 12 % užíva kanabis týždenne alebo menej často, okolo 18 % ho užíva 2 - 6-krát do týždňa a 47 % je každodenných užívateľov, ktorí tvoria najproblematickejšiu skupinu. Medzi krajinami sa dajú pozorovať značné rozdiely. Väčšina klientov užívajúcich kanabis v Maďarsku, Rumunsku a Chorvátsku sú príležitostní užívatelia, zatiaľ čo väčšina v Belgicku, Dánsku, Španielsku, Francúzsku, na Malte a v Holandsku sú každodenní užívatelia ⁽⁶⁹⁾. Vo francúzskej štúdií medzi klientmi špecializovaných poradenských centier sa zistilo, že 63 % každodenných užívateľov kanabisu bolo závislých (Obradovic, 2008).

Mnohí klienti užívajúci kanabis sú ešte študenti a majú trvalé ubytovanie (EMCDDA, 2008a). Avšak vo Francúzsku 34 % klientov užívajúcich kanabis navštevuje stredné odborné školy, v porovnaní so 6,8 % celkovej populácie (Obradovic, 2008), čo odráža nižšiu vzdelanostnú úroveň.

Vzájomný vzťah medzi užívaním kanabisu a komorbidnými psychiatrickými poruchami je zatiaľ nevyriešená a zložitá otázka (EMCDDA, 2008a). V štúdiách sa však zistilo, že u ľudí s poruchami duševného zdravia, najmä so schizofréniou, je vyššie riziko rozvoja intenzívneho užívania kanabisu (Henquet a kol., 2005). a existuje jasný dôkaz o tom, že kanabis môže mať škodlivý vplyv na ľudí, ktorí už predtým mali problémy s duševným zdravím (ACMD, 2008). Pre protidrogové služby je možno celkom bežné, že sa stretávajú s adolescentmi odoslanými na liečbu pre problémy s kanabisom, ktorí majú vážne problémy s duševným zdravím (Schroder et al., 2008). Toto by mohlo byť spôsobené tým, že možno nehľadajú alebo nevedia nájsť vhodnú liečbu pre svoje problémy vo všeobecných zariadeniach starostlivosti o duševné zdravie.

Poskytovanie liečby

Špecifické liečebné programy pre užívateľov kanabisu môžu poskytovať služby prispôbené potrebám tejto skupiny a takisto môžu znížiť riziko, že mladí ľudia sa zmiešajú s problematickejšími a staršími užívateľmi drog. Centrum EMCDDA zhromaždilo v roku 2008 informácie o dostupnosti takýchto programov v Európe. Národní experti uviedli, že existujú v 13 z 25 krajín podávajúcich správu (obrázok 5). Medzi jednotlivými krajinami sú rozdiely v dostupnosti služieb. Odhaduje sa, že takmer všetci, ktorí žiadajú o špecifickú liečbu, ju dostanú vo Francúzsku, Grécku a Slovinsku, viac ako polovica z nich ju dostane v Nemecku a Spojenom kráľovstve a len menšia časť v zvyšných ôsmich krajinách. Spomedzi 12 krajín, ktoré uvádzajú, že nemajú špecifické programy pre užívateľov kanabisu, Bulharsko, Česká republika, Estónsko, Cyprus, Rumunsko a Turecko plánujú ich zriadenie v priebehu nasledujúcich troch rokov.

Liečebné programy v Európe pre užívateľov kanabisu

V Grécku poskytujú OKANA jednotky pre adolescentov program včasnej intervencie pre experimentálnych alebo príležitostných užívateľov kanabisu, zatiaľ čo štruktúrovanejšia liečba sa poskytuje intenzívnym a problémovým užívateľom. Liečba je zväčša založená na systémovej a rodinnej terapii.

Približne 275 špecializovaných konzultačných stredísk rozmiestnených po celej krajine poskytuje vo Francúzsku informácie o prevencii, krátke intervencie a podporu mladým užívateľom drog (väčšinou kanabisu), mladistvým páchatelom a ich príbuzným. Keď sa diagnostikuje

⁽⁶⁵⁾ Pozri Vybraná otázka užívania viacerých drog.

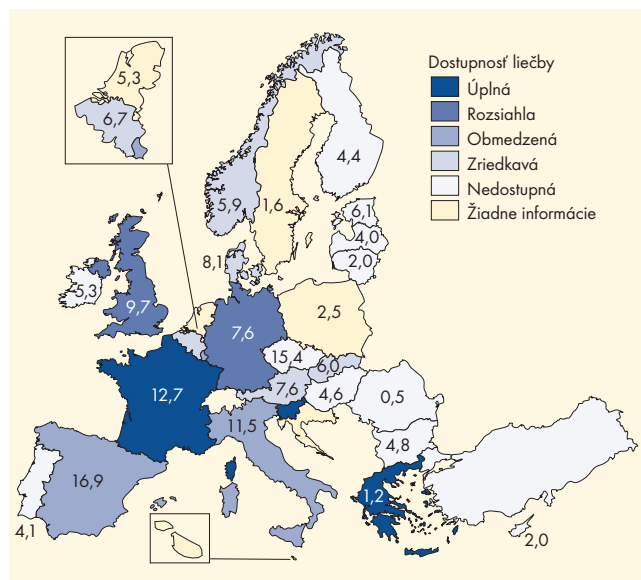
⁽⁶⁶⁾ Pozri obrázky TDI-1 a TDI-2 a tabuľky TDI-3 (časť iv) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁶⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-21 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁶⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-10 (časť iv) a (časť vi) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľky TDI-18 (časť i) a TDI-111 (časť viii) v štatistickej ročenke 2009.

Obrázok 5: Dostupnosť špecifických liečebných programov pre užívateľov kanabisu a prevalencia užívania kanabisu (%) v minulom mesiaci medzi 15 až 24-ročnými



Poznámka: Dostupnosť je definovaná podľa odhadovaného podielu užívateľov kanabisu, ktorí potrebujú liečbu a ktorí ju môžu dostať: takmer všetci (úplná), väčšina, ale nie takmer všetci (rozsiahla), viac ako zopár, ale nie väčšina (obmedzená), len zopár (zriedkavá), nedostupná.

Údaje o dostupnosti špecifických liečebných programov poskytli národní experti, pričom posudzovali, do akej miery zodpovedá liečebná kapacita dopytu užívateľov kanabisu, ktorí aktívne vyhľadávali liečbu. Špecifické programy môžu poskytnúť štruktúrovanú liečbu užívateľom kanabisu, podporu príbuzným, poradenstvo neproblémovým užívateľom kanabisu alebo mladistvým páchatelom. Uvádza sa, že takéto programy existujú v Holandsku, ale nie sú známe informácie o ich dostupnosti. Prevalencia užívania kanabisu v minulom mesiaci medzi 15 až 24-ročnými naznačuje podiel mladých ľudí, ktorí sa možno dostali do kontaktu s takými programami. Neukazuje však potreby liečby alebo úroveň problémového užívania kanabisu v danej krajine.

Viac informácií o prevalencii pozri v tabuľke GPS-16 v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

problémové užívanie drog (napr. závislosť) alebo závažná komorbidity, klienti sa odošú špecializovaným službám.

V Rakúsku realizuje niekoľko poradenských centier (napr. ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) koncepcie pre mladých užívateľov kanabisu, ktoré sú zamerané na to, aby ich oddelili od ostatných návštevníkov, hlavne od užívateľov opiátov, a zapojili ich príbuzných a priateľov do procesu poradenstva alebo liečby.

V Nemecku bol internetový program boja proti užívaniu kanabisu *Quit the shit* („Zbav sa toho svinstva“) (70) odoslaný do 12 protidrogových poradenských zariadení v siedmich spolkových republikách. FRED (pozri kapitolu 2) ponúka motivačné poradenstvo založené na pohovore pre tých, ktorých odoslal na liečenie systém trestnej justície. CANDIS, liečebný program pre pacientov s poruchami súvisiacimi s kanabisom, založený na motivačnom

Liečba založená na internete

Protidrogová liečba založená na internete už existuje v Európskej únii od roku 2004 a jej poskytovanie je ešte vždy obmedzené. Najnovšia štúdia umožňuje lepšie pochopenie súčasného stavu vývoja tohto druhu intervencie v Európskej únii (EMCDDA, 2009a). Liečbu založenú na internete je možné definovať ako „konkrétne rozpracované alebo prispôbené, štruktúrované a plánované protidrogové liečebné opatrenia ponúkané a sprostredkované prostredníctvom svetovej počítačovej siete“. Opatrenia zamerané na liečenie porúch spojených s užívaním kanabisu boli identifikované v Nemecku, Holandsku a v Spojenom kráľovstve, zatiaľ čo v Holandsku sa tiež zistili ďalšie opatrenia určené pre užívateľov kokaínu a „klubových drog“ (napríklad extázy).

Liečbu založenú na internete vyvíjajú organizácie v oblasti liečby alebo prevencie a zameriava sa na poskytovanie pomoci užívateľom pri vyhodnocovaní užívania drog a napomáha im v ich pokusoch o zmenu tohto správania. v rámci intervencií sa poskytujú informácie alebo znalostné testy, hry o drogách a drogovej závislosti, prípadne testy vlastnej spotreby drog. Pre všetky z nich je spoločná dostupnosť štruktúrovanej liečebnej intervencie, ktorú predstavuje buď vopred prispôbený svojpomocný program bez kontaktov na poradcov, alebo štruktúrovaný program s plánovanými kontaktmi. Naostatok uvedený program sa môže realizovať prostredníctvom individuálnych rozhovorov alebo odkazov. Niekedy sa tiež umožňuje kontakt s inými užívateľmi prostredníctvom fóra, prostredníctvom ktorého sa vytvárajú virtuálne svojpomocné skupiny.

Pokiaľ ide o účinnosť tohto druhu opatrení, ešte vždy nie je k dispozícii dostatok dôkazov, avšak zistenia z prvých náhodne vybraných kontrolných skúšok poukazujú na potenciálny prínos. Predbežné výsledky hodnotenia intervencie „Zbav sa toho svinstva“ (*Quit the shit*) určenej užívateľom kanabisu v Nemecku ukázali, že 32 % účastníkov vykazovalo po ukončení programu abstinenciu a že intervencia oslovila najmä uchádzačov o prvú liečbu. Nízky prah dostupnosti týchto intervencií im možno umožňuje osloviť jednotlivcov, ktorí sa zdráhajú použiť iné služby. Súčasne by mohli tiež čeliť závažným problémom, ako je napríklad závislosť od drog alebo iné problémy duševného zdravia, ktoré sú zakotvené v možnostiach liečby založenej na internete.

popovzbudení, kognitívnej behaviorálnej terapie a riešení psychosociálnych problémov, sa v súčasnosti zavádza v Drážďanoch. Hodnotenie tohto programu ukázalo, že pozitívne výsledky a zistenia z priebežnej následnej štúdie v desiatich ďalších centrách určia, či sa to bude zavádzať všade.

Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Holandsko a Švajčiarsko tiež spolupracujú na medzinárodnej štúdii nazwanej *Incant*, v ktorej sa skúma účinnosť komplexného liečenia

(70) Pozri „Liečba založená na internete“.

opierajúceho sa o rodinu pre problematických užívateľov kanabisu.

Vo vedeckej literatúre sa naznačuje, že mnohé psychoterapie, akými sú motivačné a kognitívno-behaviorálne terapie, sú účinné pre liečbu na kanabis, ale nezistilo sa, či táto je účinnejšia ako ostatné (Nordstrom a Levin, 2007). Niektorí problémoví užívatelia kanabisu môžu mať osoh aj z krátkych intervencií, ktoré poskytujú napríklad sociálne služby pre mladistvých, všeobecní lekári a školy.

V nedávnej randomizovanej kontrolovanej skúške zahŕňajúcej 326 mladých intenzívnych užívateľov kanabisu

sa zistilo, pri následnej kontrole buď po troch, alebo šiestich mesiacoch, že neboli žiadne rozdiely v zanechaní kanabisu medzi tými, ktorí sa podrobili motivačným pohovorom a tými, ktorí dostali len radu alebo informácie o užívaní drog (McCambridge a kol., 2008). Účinky individuálneho terapeuta a interakcie terapeut - intervencia sa však ukázali vo vzťahu k zanechaniu kanabisu po troch mesiacoch. Tieto zistenia dokladajú dôležitosť odbornej prípravy poskytovateľov starostlivosti, ktorí robia intervencie pre mladých užívateľov kanabisu, najmä mimo špecializovaných služieb.



Kapitola 4

Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky

Úvod

Amfetamíny (všeobecný termín, ktorý zahŕňa amfetamín a metamfetamín) a extáza patria celosvetovo k najbežnejšie konzumovaným nezákonným drogám. Z hľadiska absolútnych čísel môže byť užívanie kokaínu vyššie, ale jeho geografická koncentrácia znamená, že v mnohých krajinách je po kanabise druhou najbežnejšie užívanou nezákonnou látkou buď extáza, alebo amfetamíny. Okrem toho, v niektorých krajinách predstavuje užívanie amfetamínov významnú súčasť drogovej problematiky a zahŕňa veľkú časť tých, ktorí potrebujú liečbu.

Amfetamín a metamfetamín sú stimulanty centrálnej nervovej sústavy. 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 s amfetamínmi, 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, ale počas 90. rokov sa dramaticky zvýšilo. Jej popularita je historicky spätá s hudobno-tanečnou scénou a vo všeobecnosti je vysoká prevencia užívania syntetických drog spojená s konkrétnymi kultúrnymi podskupinami alebo sociálnymi prostrediami.

Zďaleka najznámejšou halucinogénnou drogou v Európe je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD), ktorej konzumácia je nízka a už dlhší čas je do istej miery stabilná. Zdá sa, že za posledné roky medzi mladými ľuďmi rastie záujem o prírodné halucinogénne látky ako napríklad tie, ktoré sa nachádzajú v halucinogénnych hubách.

Dopyt a dostupnosť

Prekursori syntetických drog

Úsilie polície sa zameriava na kontrolované chemikálie, ktoré sú potrebné na výrobu nezákonnej drogy, a toto je

Tabuľka 4: Výroba, zachytenia, cena a čistota amfetamínu, metamfetamínu, extázy a LSD

	Amfetamín	Metamfetamín	Extáza	LSD
Odhad celosvetovej výroby (v tonách)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	n.a.
Zachytené množstvá v celosvetovom meradle (v tonách)	23,6	18,2	7,9	0,9
Zachytené množstvo (v tonách) EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	7,9 tony (8,1 tony)	340 kilogramov (340 kilogramov)	Tabletky 21 miliónov (22 miliónov)	Jednotky 68 000 (68 000)
Počet zachytení EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Priemerná maloobchodná cena (EUR) Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	Gram 5–30 (12–23)	Gram 8–51	Tabletky 3–19 (4–8)	Dávka 4–30 (7–12)
Rozsah priemernej čistoty	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	–

⁽¹⁾ K dispozícii sú len súhrnné odhady celosvetovej výroby amfetamínu a metamfetamínu.

⁽²⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených priemerných cien.

Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2007, n.a., údaje nie sú k dispozícii.

Zdroj: Správa UNODC o drogách v celosvetovom meradle (2009) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu.

jednou z oblastí, v ktorej je obzvlášť cenná medzinárodná spolupráca. Projekt Prism (Prizma) je medzinárodná iniciatíva, ktorá bola vytvorená na predchádzanie zneužívaniu prekursorových chemikálií používaných pri výrobe syntetických drog ⁽⁷¹⁾ prostredníctvom oznámení pred vývozom na nezákonný obchod a oznamovania zachytených zásielok a zabavení, keď sa vyskytne podozrivá transakcia. Informácie o činnostiach v tejto oblasti sa oznamujú Medzinárodnej rade pre kontrolu omamných látok – International Narcotics Control Board (INCB, 2009b).

INCB uvádza v roku 2007 veľký nárast celosvetových zachytení dvoch kľúčových prekursorov metamfetamínu, 22 ton efedrínu (v porovnaní s 10,2 tonami v roku 2006) a 25 ton pseudoefedrínu (v porovnaní s 0,7 tonami v roku 2006). Členské štáty EÚ (hlavne Švédsko a Bulharsko) uvádzajú 0,6 ton efedrínu, viac ako dvojnásobok množstva zachyteného v roku 2006, a vyše 7 ton pseudoefedrínu, takmer všetok vo Francúzsku.

Naopak, celosvetové zachytenia 1-fenyl-2-propanonu (P2P, BMK), ktoré sa môžu použiť na nezákonnú výrobu amfetamínu aj metamfetamínu, sa v roku 2007 prudko znížili na 834 litrov (v porovnaní s 2 600 litrami v roku 2006). Zachytenia P2P v Európskej únii dosiahlo množstvo 582 litrov v porovnaní s 2 005 litrami v roku 2006.

Celosvetové zachytenia 3,4-metyldioxyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP2P, PMK) používaného na výrobu MDMA pokračovali v poklese v roku 2007 na 2 300 litrov z 8 800 litrov v roku 2006. Avšak celosvetové zachytenia safrolu, ktorý môže nahradiť 3,4-MDP2P pri syntéze MDMA, sa prudko zvýšili v roku 2007, pričom bolo skonfiškovaných 46 000 litrov (62 litrov v roku 2006), hoci len 8 litrov bolo skonfiškovaných v EÚ.

Amfetamín

Celosvetová produkcia amfetamínov zostáva naďalej sústredená v Európe, čo predstavuje 81 % všetkých amfetamínových laboratórií zaznamenaných v roku 2007 (UNODC, 2009), ale nachádza sa aj v iných častiach sveta, a to v Severnej Amerike ⁽⁷²⁾. Celosvetové zachytenia amfetamínov dosiahli v roku 2007 výšku 24 ton, z čoho asi dve tretiny boli zachytené na Blízkom a Strednom východe, prepojené na tabletky „Captagon“ ⁽⁷³⁾ vyrobené v juhovýchodnej Európe (pozri tabuľku 4). Západná a stredná Európa uvádza 36 % celkových zachytení, čo odráža postavenie Európy ako hlavného producenta a spotrebiteľa tejto drogy (CND, 2008; UNODC, 2009).

Čo je drogový prekursor?

V oblasti drog sa pojem „prekursor“ používa v súvislosti s látkami, ktoré majú legálne použitie, avšak môžu sa používať aj na nelegálnu výrobu drog. Pre tieto látky sa môžu používať taktiež ďalšie pojmy, ako sú napríklad „základné chemické látky“.

Právny základ pre medzinárodnú kontrolu „prekursorov“ predstavuje článok 12 Dohovoru OSN z roku 1988 proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami. Dohovor ustanovuje dve tabuľky obsahujúce zoznam 23 „látok, ktoré sa často používajú v nelegálnej výrobe omamných a psychotropných látok“ a ktorých zneužívaniu na nezákonné účely by sa malo predchádzať.

Článok 12 bol transponovaný do počiatkových európskych právnych predpisov prijatých v roku 1990 na zabránenie zneužívaniu týchto látok na nezákonné účely (EHS č. 3677/90) a nariadení prijatých v neskoršom období s cieľom regulovať obchod s nimi v rámci EÚ (ES č. 273/2004), medzi EÚ a krajinami, ktoré nie sú členskými štátmi EÚ (ES č. 1111/2005) a s cieľom zaviesť postupy na udeľovanie povolení a pravidlá sledovania (ES č. 1277/2005).

Kategória 1 nariadení EÚ zahrňuje prevažne látky, ktoré sú nevyhnutné pre výrobu syntetických drog, ako sú napríklad efedrín a pseudoefedrín (na výrobu metamfetamínu); 3,4-metyldioxyfenyl-2-propanón (PMK), izosafrol a safrol (na výrobu extázy) a 1-fenyl-2-propanón (P2P, BMK) (na výrobu amfetamínu a metamfetamínu). Kategória 2 obsahuje dôležité reagenty, ako je manganistan draselný, ktorý sa široko používa na výrobu kokainu a anhydrid kyseliny octovej používaný na výrobu heroínu. v kategórii 3 sú uvedené bežnejšie reagenty vrátane kyseliny chlorovodíkovej a kyseliny sírovej (na výrobu heroínu a kokainu) a riedidiel ako acetón (na výrobu kokainu a MDMA) a toluén (na výrobu metamfetamínu a MDMA).

Väčšina amfetamínu zachyteného v Európe je vyrobená, podľa poradia dôležitosti, v Holandsku, Poľsku a Belgicku a v menšom rozsahu v Estónsku a Litve. V roku 2007 bolo v Európskej únii odhalených a oznámených Europolu 29 miest zapojených do výroby, tabletovania a uskladňovania amfetamínov.

Odhaduje sa, že v roku 2007 bolo vykonaných 40 000 zachytení v objeme 8,1 tony amfetamínového prášku ⁽⁷⁴⁾. Za obdobie 2002 – 2007 sa počet zachytení trvalo zvyšoval, pričom sa množstvo zachyteného amfetamínu menilo aj napriek všeobecne rastúcemu trendu a dosiahlo nový vrchol v roku 2007 ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷¹⁾ Pozri „Čo je prekursor drogy?“

⁽⁷²⁾ Informáciu o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti pozri na s. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon je jedným z registrovaných obchodných názvov pre fenetylín, syntetický stimulant centrálnej nervovej sústavy, hoci tabletky predávané s týmto logom na čiernom trhu bežne obsahujú amfetamín zmiešaný s kofeínom.

⁽⁷⁴⁾ Toto je predbežná analýza, pretože dosiaľ nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo za rok 2007.

⁽⁷⁵⁾ Údaje o zachytení drog v Európe uvedené v tejto kapitole možno nájsť v tabuľkách SZR-11 až SZR-18 v štatistickej ročenke 2009.

Čistota vzoriek amfetamínu zachytených v Európe v roku 2007 sa značne mení, a to do takej miery, že pri akýchkoľvek vyjadreniach o priemerných hodnotách je potrebná opatrnosť. Aj napriek tomu sa priemerná čistota vzoriek pohybuje v rozpätí od menej ako 10 % v Dánsku, Nemecku, Francúzsku a Spojenom kráľovstve až po vyše 30 % v Holandsku, Poľsku a v niektorých pobaltských a škandinávskych krajinách. Za posledných päť rokov bola čistota amfetamínu stabilná alebo sa znižovala vo väčšine z tých 20 krajín, v ktorých sú k dispozícii údaje umožňujúce analýzu trendov.

Priemerná maloobchodná cena amfetamínu sa v roku 2007 pohybovala v rozpätí od 10 EUR do 20 EUR za gram vo viac ako polovici zo 17 krajín, ktoré podali správu. Z 11 krajín, v ktorých bolo možné porovnať údaje za rok 2007 a 2006, zvýšenie maloobchodnej ceny uviedlo Španielsko, Francúzsko a Rakúsko, pričom zvyšné krajiny uviedli stabilné alebo klesajúce ceny.

Metamfetamín

Výroba metamfetamínu sa sústreďuje vo východnej a juhovýchodnej Ázii a v Severnej Amerike, pričom pribúdajú správy týkajúce sa činnosti v Latinskej Amerike a Océánii. V roku 2007 bolo zachytených 18,2 ton metamfetamínu, čo je stabilný trend od roku 2004. Väčšina drog bola zachytená vo východnej a juhovýchodnej Ázii (56 %), za ňou nasledovala Severná Amerika a Európa, ktorá prispela len 2 % zachytení (UNODC, 2009).

Nezákonná výroba metamfetamínu sa vyskytuje v Európe, hoci je prevažne obmedzená na Českú republiku, kde bolo v roku 2007 odhalených približne 390 malých „kuchynských laboratórií“. Uvádza sa, že táto droga sa vyrába aj na Slovensku a v Litve.

V roku 2007 bolo v Európe oznámených takmer 4 500 zachytení metamfetamínu v objeme približne 340 kg drogy. Najvyšší počet zachytení a najväčšie množstvo získaného metamfetamínu uvádza Nórsko. V období rokov 2005 až 2007 sa počet aj objem zachytení metamfetamínu v Európe zvyšoval, hoci v porovnaní s ostatnými drogami bol naďalej nízky.

Extáza

UNODC (2009) odhaduje celosvetovú výrobu extázy v roku 2007 na 72 až 137 ton. Zdá sa, že jej výroba sa geograficky viac rozptýlila, pričom výroba sa nachádza bližšie pri spotrebiteľských trhoch v Severnej Amerike, východnej a juhovýchodnej Ázii a v Océánii. Napriek tomu zostáva Európa hlavným miestom výroby extázy,

Výroba metamfetamínu v Európe: spoločná publikácia EMCDDA a Europolu

V roku 2009 EMCDDA a Europol uviedli sériu spoločných publikácií o ponuke drog v Európe. Prvá správa zo série poskytuje súhrnný prehľad o problematike výroby a nezákonného obchodovania s metamfetamínom a skúma reakcie na európskej a medzinárodnej úrovni (¹).

Správy o ponuke iných syntetických drog v Európe vrátane amfetamínu a extázy budú doplnené do série v neskoršej etape.

(¹) Dostupné na adrese: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

pričom táto výroba sa sústreďuje v Holandsku, Belgicku a v menšej miere v Nemecku, Spojenom kráľovstve a Poľsku.

Celosvetové zachytenia extázy v roku 2007 dosiahli 7,9 ton, pričom vo väčšine regiónov sa uvádza nárast. Na západnú a strednú Európu pripadá 36 % celosvetových zachytení a na juhovýchodnú Európu 2 % (UNODC, 2009). Celkovo viac ako 24 000 zachytení, v dôsledku čoho bolo odhadom zachytených 22 miliónov tabletiiek, ktoré boli oznámené v Európe v roku 2007. Holandsko uviedlo najväčšie zachytené množstvo, čo pri 8,4 miliónoch tabliet predstavuje dvojnásobok množstva oznámeného v roku 2006. Len dve ďalšie európske krajiny uvádzajú zachytenia v roku 2007, ktoré sa približujú tomuto veľkému množstvu, pričom Francúzsko aj Nemecko uvádzajú približne jeden milión zachytených tabletiiek. Spojené kráľovstvo tiež uviedlo zachytenie vyše šiestich miliónov tabletiiek v roku 2006, ale údaje za rok 2007 nie sú ešte k dispozícii.

Za obdobie 2002 - 2007 počet zachytení extázy oznámených v Európe prudko klesol v roku 2003, ale odvtedy sa každým rokom vykazovalo mierne výšenie. Za rovnaké obdobie sa zachytené množstvo znižovalo až na najnižšiu úroveň v roku 2005, ale znovu sa zvýšilo a zdá sa, že dosahuje úroveň z roku 2002.

Väčšina tabletiiek extázy, ktoré boli analyzované v Európe v roku 2007, obsahovala MDMA alebo iné extáze podobné látky (MDEA, MDA) ako jedinú psychoaktívnu látku, pričom 17 krajín uviedlo, že to bolo tak vo vyše 70 % všetkých analyzovaných tabletiiek. Ku krajinám, ktoré uvádzali nižšie podiely tabletiiek extázy s MDMA alebo jeho analógmi, patrilo Bulharsko (47 %), Cyprus (44 %) a Rakúsko (61 %). V Luxembursku väčšina analyzovaných tabletiiek (83 %) neobsahovala žiadne kontrolované látky, podobne ako na Cypre (53 %). V Turecku sa zistilo, že len

23 % analyzovaných tabletiiek obsahovalo látky podobné MDMA.

Typický obsah MDMA v tabletkách extázy, ktorý sa testoval v roku 2007, bol od 19 do 75 mg v 11 krajinách, ktoré poskytli údaje. Okrem toho niektoré krajiny uviedli vysokodávkové tabletky extázy obsahujúce vyše 30 mg MDMA (Bulharsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko, Nórsko). Čo sa týka čistoty tabletiiek extázy, neexistujú žiadne zjavné trendy.

Extáza je teraz oveľa lacnejšia ako v 90. rokoch, keď začala byť po prvý raz široko dostupná. Hoci sú určité správy o tom, že sa tabletky predávajú za menej ako 2 EUR, väčšina krajín uvádza priemernú maloobchodnú cenu v rozpätí od 4 do 10 EUR za tabletu (obrázok 6). Dostupné údaje za obdobie 2002 – 2007 naznačujú, že maloobchodná cena, upravená o infláciu, naďalej klesá.

Halucinogénne látky

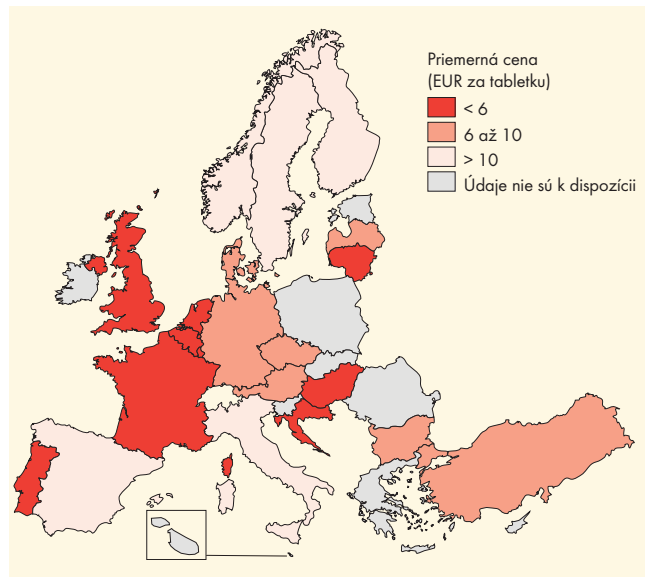
Užívanie a nezákonné obchodovanie s LSD v Európe sa stále považuje za okrajové. Dostupné údaje naznačujú pokles zachytených množstiev za obdobie 2002 – 2007, pričom počet zachytení sa mierne zvýšil v rokoch 2003 až 2007. Maloobchodné ceny LSD (upravené o infláciu) mierne klesajú od roku 2003 a v roku 2007 sa vo väčšine krajín podávajúcich správu pohybovala priemerná cena od 5 EUR do 12 EUR za jednotku.

O halucinogénnych hubách, ktoré divo rastú v mnohých európskych krajinách a dajú sa kúpiť na internete, sa zmenilo 11 z 28 krajín podávajúcich správu o zachyteniach drog v roku 2007. V piatich zo šiestich krajín, ktoré podávali správu o trende buď v zachyteniach, prevalencii užívania, alebo o dostupnosti halucinogénnych húb, bol trend klesajúci. Jedna krajina (Francúzsko) uviedla zvýšenie prevalencie užívania a zachytení, čo sa pripisuje dostupnosti húb a vybavenia na pestovanie húb cez internet.

Prevalencia a formy užívania

Relatívne vysokú úroveň užívania amfetamínov a extázy medzi všeobecnou populáciou uvádzajú niektoré členské štáty EÚ (Česká republika, Estónsko, Spojené kráľovstvo). V niekoľkých krajinách sa užívanie amfetamínu alebo metamfetamínu, často injekčne, vysvetľuje značným podielom celkového počtu problémových užívateľov drog a tých, ktorí vyhľadávajú pomoc pri svojich problémoch s drogami. Na rozdiel od tejto populácie chronických užívateľov, existuje všeobecnejšie spojenie medzi užívaním syntetických drog, najmä extázy, a večernými klubmi a tanečnými podujatiami, čo má za následok významne

Obrázok 6: Maloobchodná cena tabletiiek extázy



Poznámka: Krajiny, ktoré poskytli len minimálnu a maximálnu hodnotu boli začlenené, ak tieto hodnoty spadali do rámca jedného z týchto rozpätí. Pozri tabuľku PPP-4 v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

vyššie úrovne užívania, ktoré sa uvádzajú medzi mladými ľuďmi a mimoriadne vysoké úrovne užívania, ktoré sa zisťujú v niektorých prostrediach alebo v špecifických subpopuláciách. Nakoniec, celkové úrovne konzumácie halucinogénnych drog, ako je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD) a halucinogénne huby, sú celkovo nízke a za posledné roky boli zväčša stabilné.

Amfetamíny

V nedávnych prieskumoch medzi obyvateľstvom sa ukázalo, že celoživotná prevalencia užívania amfetamínov⁽⁷⁶⁾ v Európe sa medzi jednotlivými krajinami líši, a to takmer od nuly do 11,7 % všetkých dospelých (vo veku 15 až 64 rokov). Odhaduje sa, že v priemere 3,5 % všetkých dospelých Európanov aspoň raz užilo amfetamíny. Užitie drogy v minulom roku je oveľa nižšie, pričom európsky priemer je 0,5 %. Tieto odhady naznačujú, že okolo 12 miliónov Európanov vyskúšalo amfetamíny a približne 2 milióny užilo drogu v minulom roku (pozri tabuľku 5 so súhrnnými údajmi).

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) sa značne líši v jednotlivých krajinách od 0,1 % do 15,3 %, pričom európsky vážený priemer je asi 5 %. Užívanie amfetamínu v minulom roku v tejto vekovej skupine sa pohybuje v rozpätí od 0,5 % do 2,0 %. Odhaduje sa, že v priemere 1,1 % mladých Európanov užilo amfetamíny počas minulého roka.

⁽⁷⁶⁾ Údaje prieskumu o „užívaní amfetamínu“ často nerozlišujú medzi amfetamínom a metamfetamínom, keďže užívanie metamfetamínu nie je v Európe bežné, prevalencia by typicky odrážala užívanie amfetamínu (sulfát alebo dexamfetamín).

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi 15 až 16-ročnými školákmi zúčastnenými na prieskume sa pohybuje od 1 % do 8 % v 26 členských štátoch EÚ, Nórsku a Chorvátsku, pričom vyššie úrovne prevalencie ako 5 % uviedlo len Bulharsko, Lotyšsko (obe 6 %) a Rakúsko (8 %) (77).

Problémové užívanie amfetamínu

Ukazovateľ EMCDDA problémového užívania drog sa môže použiť na užívanie amfetamínu, pričom sa definuje ako injekčné alebo dlhodobé a/alebo pravidelné užívanie danej látky. Len Fínsko poskytlo aktuálny národný odhad problémových užívateľov amfetamínu, počet ktorých sa v roku 2005 odhadoval na 12 000 až 22 000 (78), čo je približne štvornásobok odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov v krajine.

Počet oznámených požiadaviek na liečbu v pomere k užívaniu amfetamínu ako primárnej drogy je vo väčšine

európskych krajín relatívne nízky, ale značný podiel oznámených nástupov na liečbu pripadá hlavne na Švédsko (34 %), Fínsko (23 %), Lotyšsko (16 %) a Maďarsko (11 %). Štyri ďalšie krajiny (Belgicko, Dánsko, Nemecko a Holandsko) uvádzajú nástupy na liečbu od 6 % do 10 % klientov, ktorí uvádzajú amfetamín ako svoju primárnu drogu; všade inde je tento podiel menej ako 3 % (79).

Celkový počet a podiel užívateľov amfetamínu medzi novými klientmi nastupujúcimi na protidrogovú liečbu zostal v období 2002 až 2007 zväčša stabilný. Len Dánsko, Lotyšsko a Holandsko uvádzajú významné zvýšenie, zatiaľ čo Švédsko a Fínsko uvádzajú pokles v pomere k novým klientom užívajúcim amfetamíny (80). Pri posudzovaní údajov o trendoch je však potrebné brať do úvahy metodologické obmedzenia kvôli nedávnym zmenám v niektorých národných monitorovacích systémoch (napr. v Lotyšsku).

Priemerný vek užívateľov amfetamínu, ktorí nastupujú na liečbu, je 29 rokov. Podiel žien je vyšší ako pri iných

Tabuľka 5: 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	12 miliónov	2 milióny
Priemer v Európe	3,5 %	0,5 %
Rozsah	0,0 – 11,7 %	0,0 – 1,3 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,8 %)	Grécko, Malta, Rumunsko (0,0 %) Francúzsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (11,7 %) Dánsko (6,3 %) Španielsko (3,8 %) Nórsko (3,6 %)	Estónsko (1,3 %) Dánsko (1,2 %) Nórsko (1,1 %) Česká republika (1,0 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7 miliónov	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,0 %	1,1 %
Rozsah	0,1 – 15,3 %	0,1 – 3,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Malta (0,7 %) Cyprus (0,8 %)	Grécko, Rumunsko (0,1 %) Francúzsko (0,2 %) Cyprus (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (15,3 %) Dánsko (10,5 %) Lotyšsko (6,1 %) Nórsko (5,9 %)	Dánsko (3,1 %) Estónsko (2,9 %) Nórsko (2,0 %) Lotyšsko (1,9 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008 (hlavne v období 2004 – 2008), preto ich nie je možné priradiť k jednému roku. 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 EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (334 miliónov), 15 – 34 (133 miliónov). Tu zhrnuté údaje sú dostupné v „Prieskumoch medzi všeobecnou populáciou“ v štatistickej ročenke 2009.</p>		

(77) Údaje zo všetkých krajín ESPAD a zo Španielska. Pozri obrázok EYE-2 (časť vi) v štatistickej ročenke 2009.

(78) Ekvivalentné pre prípady 3,4 až 6,3 na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov; prepočítané z pôvodnej vzorky vo veku 15 – 54 rokov, pričom sa nepredpokladá žiaden prípad vo vekovej skupine 55 – 64-ročných.

(79) Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

(80) Pozri obrázok TDI-1 a tabuľku TDI-36 v štatistickej ročenke 2009.

drogách, pričom pomer mužov a žien je približne 2 : 1. Užívatelia amfetamínu v liečbe často uvádzajú užívanie iných drog, hlavne kanabisu a alkoholu a niekedy opiátov⁽⁸¹⁾. V tých krajinách, kde užívatelia amfetamínu tvoria vysoký podiel ľudí nastupujúcich na liečbu, ako najčastejší spôsob užívania sa uvádza injekcia (63 – 83 %).

Problémové užívanie metamfetamínu

Na rozdiel od iných častí sveta, v ktorých sa za posledné roky užívanie metamfetamínu zvýšilo, úroveň jeho užívania v Európe sa zdajú byť obmedzené. Historicky je užívanie tejto drogy koncentrované v Českej republike a na Slovensku. Odhaduje sa, že v roku 2007 bol počet problémových užívateľov metamfetamínu v Českej republike približne 20 400 až 21 4000 (2,8 až 2,9 prípadov na 1 000 ľudí vo veku 15 – 64 rokov), čo je dvojnásobok odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov, a na Slovensku 5 800 až 15 700 (1,5 až 4,0 prípadov na 1 000 ľudí vo veku 15 – 64 rokov), asi o 20 % menej, ako je odhadovaný počet problémových užívateľov opiátov.

V oboch týchto krajinách veľký podiel klientov nastupujúcich na liečbu uvádza metamfetamín ako primárnu drogu: 61 % v Českej republike a 26 % na Slovensku. V období 2002 až 2007 sa v oboch krajinách zvyšoval dopyt po liečbe v súvislosti s užívaním metamfetamínu⁽⁸²⁾.

Užívatelia metamfetamínu v liečbe uvádzajú injekciu ako najbežnejší prostriedok podávania (82 % v Českej republike a 41 % na Slovensku). Často sa uvádza aj užívanie iných drog, hlavne kanabisu, alkoholu a opiátov. Na Slovensku bol zaznamenaný prudký nárast v počte osôb liečených substitučnou liečbou, ktorí uvádzali užívanie metamfetamínu.

Užívatelia metamfetamínu, ktorí nastupujú na liečbu v Českej republike a na Slovensku, sú relatívne mladí, v priemere 24 až 25-roční a prevažne muži. Avšak ženy tvoria vyšší podiel osôb liečených kvôli problémom súvisiacim s metamfetamínom ako s inými drogami.

Extáza

Odhaduje sa, že približne 10 miliónov dospelých Európanov už niekedy vyskúšalo extázu (v priemere 3,1 %) a že približne 2,5 miliónov (0,8 %) ju vyskúšalo v minulom roku (pozri tabuľku 6 so súhrnnými údajmi). Medzi krajinami sú významné rozdiely, pričom nedávne prieskumy naznačujú, že 0,3 % až 7,5 % všetkých

dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) už túto drogu užilo, pričom väčšina krajín uvádza odhady celoživotnej prevalencie v rozpätí 1 – 5 %. Užívanie tejto drogy v minulom roku sa v Európe líšilo, od 0,1 % do 3,5 %. Podľa všetkých meraní, ako aj v prípade väčšiny ostatných nezákonných drog, bolo zaznamenané oveľa vyššie užívanie medzi mužmi než medzi ženami.

Konzumácia extázy je oveľa bežnejšia medzi mladými dospelými (vo veku 15 až 34 rokov), pričom celoživotná prevalencia na národnej úrovni sa odhaduje v rozpätí od 0,6 % do 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 okolo 2 miliónov (1,6 %) uvádza jej užitie v minulom roku. Odhady prevalencie sú predsa len vyššie, ak sa pozornosť zameria na mladšie vekové pásma: vo vekovej skupine 15 až 24 rokov sa celoživotná prevalencia pohybuje od 0,4 % do 18,7 %, hoci väčšina krajín uvádza odhady v rozpätí 2,1 až 6,8 %. Hoci väčšina krajín uvádza odhady 1,0 až 3,9 % v oblasti užívania drogy v tejto vekovej skupine v minulom roku, medzi národnými odhadmi existujú výrazné rozdiely, od najnižších na úrovni 0,3 % po najvyššie na úrovni 12 %⁽⁸³⁾.

Celoživotná prevalencia užívania extázy medzi 15 – 16-ročnými školákmi sa vo väčšine z 28 krajín, v ktorých sa v roku 2007 robil prieskum, pohybuje v rozpätí od 1 % do 5 %. Len štyri krajiny uvádzajú vyššie úrovne prevalencie: Bulharsko, Estónsko, Slovensko (všetky 6 %) a Lotyšsko (7 %).

Počet primárnych užívateľov extázy, ktorí nastúpili liečbu v roku 2007, naďalej zostáva bezvýznamný. V dvoch tretinách krajín menej ako 1 % klientov uvádza extázu, všade inde sa tento podiel pohybuje od 1 % do 5 %. Užívatelia extázy s priemerným vekom 24 rokov patria k najmladším skupinám nastupujúcim na liečbu a pravidelne vykazujú súčasné užívanie iných látok vrátane kanabisu, kokaínu, alkoholu a amfetamínov⁽⁸⁴⁾.

LSD a halucinogénne huby

Celoživotná prevalencia užívania LSD medzi dospelou populáciou (vo veku 15 – 64 rokov) sa pohybuje takmer od nuly do 5,2 %. Odhady celoživotnej prevalencie medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) sú trochu vyššie (0 % – 6,6 %), hoci oveľa nižšie rozpätie prevalencie sa uvádza pri užívaní v minulom roku a u osôb vo veku 15 až 24 rokov⁽⁸⁵⁾. Naopak, v niektorých

⁽⁸¹⁾ Pozri tabuľku TDI-37 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁸²⁾ Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁸³⁾ Pozri obrázok GPS-9 (časť ii) a tabuľky GPS-17 a GPS-18 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁸⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-37 (časť i), (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁸⁵⁾ Pozri tabuľky GPS-8 (časť i), GPS-9, GPS-11 a GPS-17 v štatistickej ročenke 2009.

Tabuľka 6: 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	10 miliónov	2,5 milióna
Priemer v Európe	3,1 %	0,8 %
Rozsah	0,3 – 7,5 %	0,1 – 3,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,3 %) Grécko (0,4 %) Malta (0,7 %) Litva (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Grécko, Malta (0,2 %) Poľsko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (7,5 %) Česká republika (7,1 %) Írsko (5,4 %) Lotyšsko (4,7 %)	Česká republika (3,5 %) Estónsko (1,7 %) Slovensko (1,6 %) Česká republika, Lotyšsko (1,5 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 milióna	2 milióny
Priemer v Európe	5,6 %	1,6 %
Rozsah	0,6 – 14,6 %	0,2 – 7,7 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko, Rumunsko (0,6 %) Malta (1,4 %) Litva, Poľsko (2,1 %)	Rumunsko (0,2 %) Grécko (0,4 %) Poľsko (0,7 %) Taliansko, Litva, Portugalsko (0,9 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (14,6 %) Česká republika (12,7 %) Írsko (9,0 %) Lotyšsko (8,5 %)	Česká republika (7,7 %) Estónsko (3,7 %) Česká republika (3,1 %) Lotyšsko, Slovensko, Holandsko (2,7 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008 (hlavne v období 2004 – 2008), preto ich nie je možné priradiť k jednému roku. 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 EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (334 miliónov), 15 – 34 (133 miliónov). Tu zhrnuté údaje sú dostupné v „Prieskumoch medzi všeobecnou populáciou“ v štatistickej ročenke 2009.</p>		

krajinách poskytujúcich porovnateľné údaje je užívanie halucinogénnych húb často vyššie ako užívanie LSD, pričom odhady celoživotnej prevalencie u mladých dospelých sa pohybujú od 0,3 % do 8,3 % a minuloročné odhady prevalencie boli 0,2 % až 2,8 %.

Odhady pre užívanie halucinogénnych húb medzi 15 až 16-ročnými školákmi sú vyššie ako odhady pre LSD a iné halucinogény v desiatich z 26 krajín, ktoré poskytli údaje o týchto látkach. Väčšina krajín uvádza odhady celoživotnej prevalencie pre užívanie halucinogénnych húb v rozpätí od 1 % do 4 %, pričom Slovensko (5 %) a Česká republika (7 %) uvádzajú vyššie úrovne ⁽⁸⁶⁾.

Trendy v užívaní amfetamínov a extázy

Trendy stabilizácie alebo dokonca poklesu v spotrebe amfetamínov a extázy v Európe, na ktoré poukazovali aj predchádzajúce správy, podporujú aj najnovšie údaje. Po všeobecnom náraste v 90. rokoch prieskumy medzi obyvateľstvom poukazujú teraz na celkovú stabilizáciu

Vybraná otázka EMCDDA o užívaní viacerých drog

Okrem výročnej správy za rok 2009 EMCDDA uverejňuje Vybranú otázku o užívaní viacerých drog. V dokumente sa skúmajú dostupné definície tohto veľmi bežného modelu užívania drog a uvádzajú sa údaje, ktoré umožnia lepšie pochopiť prevalenciu a charakteristiky užívania viacerých drog v rôznych populáciách (deti v školskom veku, dospelí, problémoví užívatelia drog). V dokumente sú tiež opísané existujúce opatrenia, ktoré sa zameriavajú na tento jav v oblasti prevencie, liečby a znižovania škôd. Správa tiež zahŕňa stručný prehľad rizík spojených s niektorými z najbežnejších zmesí drog a diskusiu o monitorovaní užívania viacerých drog v budúcnosti.

Táto vybraná otázka je k dispozícii v tlačenej a elektronickej podobe (len v angličtine) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁶⁾ Údaje z ESPAD za všetky krajiny okrem Španielska. Pozri obrázok EYE-2 (časť v) v štatistickej ročenke 2009.

alebo dokonca mierny pokles popularity oboch drog, hoci sa tento vzorec neprejavuje vo všetkých krajinách.

Užívanie amfetamínov v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 až 34 rokov) v Spojenom kráľovstve významne kleslo zo 6,2 % v roku 1998 na 1,8 % v roku 2008. V Dánsku sa užívanie amfetamínov zvýšilo z 0,5 % v roku 1994 na 3,1 % v roku 2000, pričom údaje za rok 2008 sú podobné ⁽⁸⁷⁾. V ostatných krajinách, ktoré podali správy o opakovaných prieskumoch za podobné časové obdobie (Nemecko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko a Fínsko), sú trendy prevažne stabilné (obrázok 7). Za päťročné obdobie 2002 - 2007 z jedenástich krajín, ktoré majú dostatok údajov o prevalencii užívania amfetamínov v minulom roku vo vekovej skupine 15 - 34-ročných, štyri uvádzajú najmenej 15 % pokles oproti počiatočnej hodnote, tri uvádzajú stabilizáciu a štyri uvádzajú zvýšenie.

Pokiaľ ide o užívanie extázy medzi mladými dospelými (15 až 34), situácia je komplikovanejšia. Po všeobecnom náraste jej užívania v niektorých európskych krajinách koncom 80. a začiatkom 90. rokov, ktoré viedlo k podobným úrovňam užívania v Nemecku, Španielsku a Spojenom kráľovstve v polovici 90. rokov, prevalencia užívania v minulom roku sa znížila na odhadovaný európsky priemer 1,6 %. Spomedzi krajín s aktuálnejšími prieskumami zostala prevalencia v porovnaní s ostatnými krajinami vyššia v Spojenom kráľovstve ⁽⁸⁸⁾. Prevalencia užívania extázy v minulom roku medzi mladými dospelými

sa za päťročné obdobie 2002 - 2007 znížila najmenej o 15 % oproti počiatočnej hodnote v troch z 11 krajín, ktoré poskytli dostatočné informácie, pričom v štyroch krajinách zostala stabilná a v štyroch sa zvýšila.

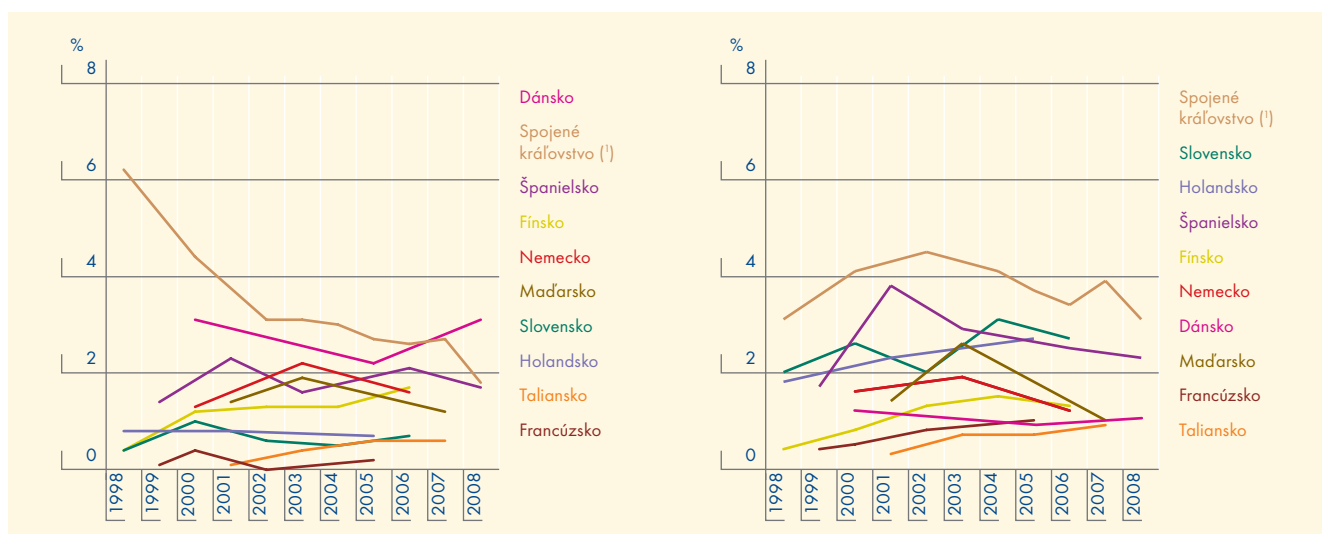
Kokaín by mohol nahrádzať amfetamíny a extázu v niektorých krajinách a medzi niektorými sektormi populácie, ktorá užíva drogy. Túto hypotézu možno doložiť príkladmi v Spojenom kráľovstve a do určitej miery v iných krajinách (napr. v Dánsku, Španielsku), kde bolo spozorované súbežné zvýšenie spotreby kokaínu a zníženie užívania amfetamínov (EMCDDA, 2008b).

ESPAD a ostatné prieskumy v školách, ktoré sa uskutočnili v roku 2007, naznačujú celkovo malú zmenu v úrovniach experimentovania s amfetamínom a extázou medzi 15 až 16-ročnými školákmi. Ak vezmeme do úvahy rozdiely najmenej dvoch percentuálnych bodov medzi rokmi 2003 a 2007, celoživotná prevalencia užívania amfetamínu sa zvýšila v deviatich krajinách. Podľa rovnakého meradla sa užívanie extázy zvýšilo v siedmich krajinách. Pokles prevalencie celoživotného užívania amfetamínu bol spozorovaný len v Estónsku, zatiaľ čo Česká republika, Portugalsko a Chorvátsko uviedli pokles v užívaní extázy.

Amfetamíny a extáza v prostredí zábavných podnikov: užívanie a intervencie

Užívanie drog a alkoholu sa niekedy dáva do spojitosti s určitými prostrediami zábavných podnikov, kde sa

Obrázok 7: Trendy v minulom roku v prevalencii užívania amfetamínov (vľavo) a extázy (vpravo) medzi mladými dospelými (vo veku 15 - 34 rokov)



(¹) Anglicko a Wales.

Poznámka: Uvedené sú len tie krajiny, ktoré mali najmenej tri prieskumy v období rokov 1998 až 2008. Ďalšie informácie pozri na obrázkoch GPS-8 a GPS-21 v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné správy siete Reitox, prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo vedeckých článkov

⁽⁸⁷⁾ V Dánsku v r. 1994 sa v informáciách hovorí o „tvrdých drogách“, pod čím sa rozumejú hlavne amfetamíny.

⁽⁸⁸⁾ Pozri obrázok GPS-21 v štatistickej ročenke 2009.

schádzajú mladí ľudia (napr. tanečné podujatia, hudobné festivaly). Štúdie o užívaní drog v takýchto prostrediach môžu poskytnúť užitočný pohľad na správanie sa osôb, ktoré užívajú amfetamíny a extázu alebo iné drogy, ako ketamín a GHB. Odhady užívania drog v týchto prostrediach sú zvyčajne vysoké, ale nie je možné ich zovšeobecňovať na širšiu populáciu a k užívaniu drog často dochádza cez víkendy alebo v obdobiach prázdnin (EMCDDA, 2006b).

Údaje o prevalencii zo štúdií, ktoré sa uskutočnili v prostrediach zábavných podnikov v roku 2007, sú k dispozícii z piatich krajín (Belgicko, Česká republika, Lotyšsko, Litva a Rakúsko). Odhady celoživotnej prevalencie sa pohybujú v rozpätí od 15 % do 71 % pre užívanie extázy a od 17 % do 68 % pre amfetamíny. V štyroch z týchto štúdií sa uvádzajú aj odhady celoživotnej prevalencie pre halucinogénne huby, ktoré sú v rozpätí od 4 % do 64 %. Časté užívanie extázy alebo amfetamínov možno pozorovať aj v týchto prostrediach, ale vo všeobecnosti je oveľa nižšie.

Náznak toho, do akej miery sa užívanie týchto drog môže sústreďovať medzi mladou populáciou, ktorá chodí do nočných klubov, možno získať z Britského prieskumu kriminality 2007/08 (British Crime Survey). Medzi 16 až 24-ročnými, ktorí uviedli, že v minulom mesiaci navštívili nočný klub štyrikrát a viac, bola trikrát väčšia pravdepodobnosť, že užili extázu (8 %) v minulom roku ako u tých, ktorí nenavštevujú nočné kluby (2,3 %) (Hoare a Flatley, 2008).

Zdravie a bezpečnosť ľudí, ktorí navštevujú nočné kluby a užívajú drogy, predstavujú rastúcu obavu o zdravie obyvateľstva. Usmernenia, akými sú usmernenia „Bezpečnejšie tancovanie“ vypracované v Spojenom kráľovstve, sa stali dôležitým nástrojom v tejto oblasti. Hoci 12 krajín teraz uvádza, že vypracovali také usmernenia pre miesta nočného života, len Holandsko, Slovinsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo uvádza, že sa monitorujú a uplatňujú.

Cieľom usmernení o bezpečnom navštevovaní nočných klubov je zredukovať príležitosti pre vznik problémov súvisiacich s drogami a zaviesť dostupnosť bezplatnej studenej vody, okamžitej dostupnosti prvej pomoci a preventívnej práce v teréne. Správy o dostupnosti takých opatrení v nočných kluboch s dostatočnou cieľovou populáciou pre realizáciu intervencie poskytli národní experti. Celkovo sa ukazuje obmedzená dostupnosť jednoduchých opatrení na predchádzanie alebo zníženie zdravotných rizík a užívania drog v európskych prostrediach nočných klubov. Uvádza sa, že aktívna preventívna práca je k dispozícii vo väčšine významných

nočných klubov len v Litve a Slovinsku a v menšej časti nočných klubov v 18 krajinách. Neexistuje v šiestich krajinách. Päť krajín uvádza okamžitú dostupnosť prvej pomoci vo väčšine významných nočných klubov (Luxembursko, Portugalsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko); toto opatrenie je k dispozícii len v menšej časti významných nočných klubov v 15 krajinách a nie je k dispozícii v Grécku a Švédsku. Nakoniec, bezplatná studená voda je dostupná vo väčšine významných nočných klubov v 11 krajinách a v menšej časti z nich v deviatich krajinách. Toto opatrenie nie je k dispozícii v Grécku, na Cypre a v Rumunsku.

Liečba

Užívateľom amfetamínov vo všeobecnosti poskytujú liečbu ambulantné služby protidrogovej liečby, ktoré sa môžu špecializovať na liečbu tohto typu drogového problému v krajinách s históriou významných úrovní užívania amfetamínov. Liečbu pre najproblematickejších užívateľov amfetamínov môžu poskytovať nemocničné protidrogové služby alebo psychiatrické kliniky alebo nemocnice.

Špecifické liečebné programy pre problémových užívateľov amfetamínov sú uvádzané v deviatich krajinách (Nemecko, Estónsko, Španielsko, Taliansko, Rakúsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko a Spojené kráľovstvo). V dostupnosti týchto programov sú medzi jednotlivými krajinami rozdiely. Len tri z týchto krajín (Portugalsko, Slovinsko a Spojené kráľovstvo) uvádzajú, že také špecializované programy sú dostupné pre väčšinu užívateľov amfetamínov, ktorí aktívne vyhľadávajú liečbu. V zvyšných šiestich krajinách národní experti odhadujú, že špecializovaná liečba na amfetamín je dostupná pre menej ako polovicu užívateľov, ktorí o ňu žiadajú. Obsah týchto špecifických programov pre užívateľov týchto drog často nie je veľmi dobre zdokumentovaný.

Vo všeobecnosti chýbajú terapeutické alternatívy so silnými dôkazmi o účinnosti, aby usmerňovali liečbu závislosti od psychostimulantov, akými sú amfetamíny. Boli oznámené sľubné výsledky pre súčasné skúmanie farmakologických účinných látok na zvládnutie abstinencie alebo zníženie žiadostivosti spojenej so závislosťou od amfetamínov, ktoré doteraz chýbajú. Vo fínskej štúdií o použití metylfenidátu a aripirazolu sa uvádzajú pozitívne prvotné výsledky, pričom u tých, ktorí dostávali metylfenidát sa menej tvorili pozitívne amfetamínové vzorky moču ako u tých, ktorí dostávali aripirazol alebo placebo (Tiisonen a kol., 2007). a prehľad súčasnej literatúry ukázal pozitívne výsledky s metylfenidátom a dexamfetamínom pri liečbe závislosti od metamfetamínu (Elkashef a kol., 2008).

Dexamfetamín je už dávno dostupný pre liečbu vysoko problematických užívateľov amfetamínov v Anglicku a Walese, kde ho môže predpísať akýkoľvek lekár. Avšak informácie o tejto praxi v Spojenom kráľovstve sú obmedzené. Podľa prieskumu farmaceutických služieb, ktorý sa uskutočnil pred desiatimi rokmi, sa odhaduje, že túto liečbu dostávalo 900 až 1 000 klientov (Strang a Sheridan, 1997). Väčšinu receptov vydali lekári, ktorí pracujú v nemocniciach alebo na klinikách a takmer všetci lekári boli zo štátnej zdravotnej starostlivosti (NHS). Prieskum z 265 špecializovaných služieb NHS, ktorý sa uskutočnil v roku 2000, odhalil, že predpisovanie dexamfetamínu bolo dostupné približne v jednej tretine služieb zúčastnených na prieskume (Rosenberg a kol., 2002). Avšak usmernenia Spojeného kráľovstva o klinickom zvládaní drogovej závislosti neodporúčajú substitučné predpisovanie dexamfetamínu, pretože nebola preukázaná jeho účinnosť (NTA, 2007).

Až doteraz žiadna psychosociálna intervencia nepreukázala silný dôkaz o účinnosti pri pomáhaní užívateľom psychostimulantov zvládnuť abstinenciu. K intervenciám, ktoré preukázali najvyššiu účinnosť pri liečbe užívateľov stimulačných drog, patrili podľa literatúry kognitívne behaviorálne prístupy, akým je prevencia relapsu. Účinnosť ostatných typov intervencie nie je dobre podchytená. Literatúru zvlášť brzdí nedostatok dobre zrealizovaných výskumov medzi primárnymi užívateľmi

amfetamínu, najmä štúdií o výsledkoch liečby (Baker a kol., 2004). Okrem toho, v poslednom prehľade Cochrane o psychosociálnych intervenciách pri závislosti od psychostimulantov sa dospelo k záveru, že konzistentné, pozitívne behaviorálne výsledky (retencia v liečbe, redukcia konzumácie drog) boli spozorované len pri intervenciách, ktoré zahŕňali ako zložku zvládanie nepredvídaných udalostí. Avšak tento prístup sa zriedkavo používa v Európe, aj keď existovali niektoré skúšobné projekty (pozri kapitolu 5).

Je potrebný ďalší výskum psychosociálnej a farmakologickej liečby pre ľudí s problémami súvisiacimi s užívaním amfetamínov, najmä injekčných užívateľov. Takisto je potrebné lepšie zdokumentovať súčasné liečebné postupy a pokrytie liečby v Európe a ešte veľa treba urobiť v oblasti zdieľania osvedčených postupov. Nedostatok špecializovaných programov by mohol odradiť užívateľov amfetamínu a metamfetamínu od snahy vyhľadať liečbu, najmä v počiatočných štádiách ich užívania. Okrem toho, dostupnosť takých programov by mohla pomôcť pritiahnúť viac užívateľov k liečbe, ako sa to ukázalo u problémových užívateľov kanabisu v Nemecku a Francúzsku, keď tieto krajiny rozšírili dostupnosť špecializovaných liečebných programov. Také opatrenia môžu byť zvlášť užitočné v tých krajinách, ktoré nedávno zaznamenali rast počtu problémových užívateľov amfetamínu a metamfetamínu, predovšetkým injekčných užívateľov (Talu a kol., 2009).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitola 5

Kokaín a crack kokaín

Úvod

Za posledné desaťročie pozorujeme v Európe celkový nárast užívania kokaínu a zachytení kokaínu, hoci to do značnej miery potvrdili západné členské štáty a medzi jednotlivými štátmi existujú veľké rozdiely. Dostupné údaje takisto naznačujú veľkú rozmanitosť medzi užívateľmi kokaínu z hľadiska foriem užívania aj zo sociálno-demografického hľadiska. Tí, ktorí len experimentujú s touto látkou pri jednej alebo niekoľkých príležitostiach, tvoria najväčšiu skupinu. Do ďalšej skupiny patria sociálne integrovaní pravidelní užívatelia, ktorí v niektorých krajinách zahŕňajú relatívne veľký počet mladých ľudí. Niektorí z nich zintenzívňujú svoje užívanie kokaínu, alebo ho užívajú počas dlhého obdobia, čo môže mať za následok chronické zdravotné a sociálne problémy a potrebu liečby. Tretiu skupinu užívateľov tvoria členovia sociálne vylúčených skupín, vrátane súčasných a bývalých užívateľov opiátov. Väčšina z nich má intenzívne formy užívania kokaínu, prípadne užívania cracku alebo injekčného vpichovania tejto drogy, čo môže udržiavať alebo zhoršovať existujúce zdravotné a sociálne problémy a môže komplikovať ich liečbu na užívanie opiátov. Kvôli

rozmanitosti profilov medzi užívateľmi kokaínu predstavuje vyhodnotenie prevalencie užívania tejto drogy, jej zdravotných a sociálnych následkov a potrebných reakcií jedinečný súbor výziev.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Pestovanie kríkov koky, zdroja kokaínu, sa naďalej sústreďuje v niekoľkých krajinách andského regiónu ⁽⁸⁹⁾. Úrad UNODC (2009) odhadol, že za rok 2008 sa celkové pestovanie kríkov koky premietlo do potenciálnej výroby 845 ton čistého hydrochloridu kokaínu, pričom na Kolumbiu pripadlo 51 %, Peru 36 % a Bolíviu 13 %. Odhaduje sa, že celosvetová produkcia kokaínu sa v roku 2008 znížila o 15 % hlavne kvôli klesajúcej výrobe kokaínu v Kolumbii – zo 600 ton v roku 2007 na 430 ton v roku 2008. Naopak, výroba v Peru a Bolívii naďalej mierne rastie.

Tabuľka 7: Výroba, zachytenia, cena a čistota kokaínu a crack kokaínu

	Kokaín	Crack ⁽¹⁾
Odhad celosvetovej výroby (v tonách)	845	n.a.
Zachytené množstvá v celosvetovom meradle (v tonách)	710 ⁽²⁾	0,8
Zachytené množstvo (v tonách) EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Počet zachytení EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram) Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽³⁾	44 - 88 (58 - 67)	20 - 112
Rozsah priemernej čistoty (%)	22 - 57	35 - 98

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

⁽²⁾ UNODC odhaduje, že tento číselný údaj sa rovná 412 tonám čistého kokaínu.

⁽³⁾ Rozpätie stredu polovice uvedených priemerných cien.

Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2007 okrem odhadov celosvetovej výroby, ktoré sú za rok 2008, n.a., údaje nie sú k dispozícii.

Zdroj: Správa UNODC o drogách v celosvetovom meradle (2009) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

⁽⁸⁹⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri na s. 39.

Proces premeny lístkov koky na hydrochlorid kokaínu zostáva naďalej umiestnený v Kolumbii, Peru a Bolívii, hoci sa môže vyskytovať aj v iných juhoamerických krajinách. Význam Kolumbie pri výrobe kokaínu podporujú aj informácie o zničených laboratóriách a zachyteniach manganistanu draselného, chemického roztoku používaného pri syntéze hydrochloridu kokaínu. V roku 2007 bolo zničených 2 471 kokaínových laboratórií (78 % z celkového počtu na svete) a celkom bolo v Kolumbii zachytených 144 ton manganistanu draselného (94 % z celosvetových zachytení) (INCB, 2009a).

Dostupné informácie naznačujú, že kokaín sa naďalej pašuje do Európy rôznymi trasami (EMCDDA, 2008d). Predtým, ako sa zásielky kokaínu dostanú do Európy, prepravujú sa cez juhoamerické a stredoamerické krajiny, ako sú Argentína, Brazília, Ekvádor, Mexiko a Venezuela. Na prepravu tejto drogy do Európy sa často využívajú Karibské krajiny. Na týchto trasách sa kokaín pašuje prostredníctvom komerčných letov alebo po mori. Za posledné roky bola zistená alternatívna trasa cez západnú Afriku. Odtiaľ sa kokaín často prepravuje do Európy rybárskymi plavidlami alebo plachetnicami, hoci bolo oznámené aj pašovanie letecky alebo po súši cez severnú Afriku (Europol, 2007).

Za posledné roky boli zmienky aj o iných tranzitných krajinách. K nim patrí Južná Afrika, Rusko, ale aj stredoeurópske a východoeurópske krajiny, v ktorých sa počet zachytení kokaínu zvýšilo z odhadovaných 412 prípadov v roku 2002 na 1 065 v roku 2007. Belgicko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Holandsko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo sa spomínajú ako dôležité tranzitné krajiny pre zásielky v rámci Európy.

Zachytenia

Kokaín je najobchodovanejšia droga na svete, hneď za trávovým kanabisom a kanabisovou živicom. V roku 2007 zostal na celosvetovej úrovni počet zachytení kokaínu na úrovni približne 710 ton. Južná Amerika naďalej udáva najväčšie zachytené množstvá, čo predstavuje 45 % z celosvetových číselných údajov, hneď za ňou nasleduje Severná Amerika s 28 % a západná a stredná Európa s 11 % (UNODC, 2009).

V Európe za posledných 20 rokov počet zachytení kokaínu stúpa, pričom najvýraznejšie od roku 2003. V roku 2007 sa počet zachytení kokaínu zvýšil na 92 000 prípadov, hoci sa celkové získané množstvo znížilo na 77 ton zo 121 ton v roku 2006. Pokles celkového množstva zachyteného kokaínu sa vo veľkej miere pripisuje Portugalsku a v menšej miere Španielsku a Francúzsku,

ktoré oznámili menšie zachytené množstvá v roku 2007 v porovnaní s predchádzajúcim rokom ⁽⁹⁰⁾. V roku 2007 bolo Španielsko naďalej krajinou, ktorá uvádzala najväčšie množstvá zachyteného kokaínu a najvyšší počet zachytení tejto drogy v Európe – približne polovicu celkového objemu.

Čistota a cena

Priemerná čistota kokaínu v Európe sa v roku 2007 pohybovala v rozpätí 22 % až 57 % ⁽⁹¹⁾. Väčšina krajín, ktoré majú dostatočné údaje pre analýzu trendov za dané obdobie, uvádza pokles čistoty kokaínu za obdobie 2002 – 2007, s výnimkou Španielska a Portugalska.

V roku 2007 sa priemerná maloobchodná cena kokaínu pohybovala v rozpätí od 44 EUR do 88 EUR za gram v 19 krajinách, ktoré poskytli údaje, pričom asi polovica z nich uvádzala priemerné ceny v rozpätí od 58 EUR do 67 EUR za gram. V krajinách, ktoré oznámili údaje postačujúce na vykonanie porovnania, kokaín predávaný na ulici zlacnel v období od roku 2002 do roku 2007.

Prevalencia a formy užívania

Užívanie kokaínu v rámci celej populácie

Celkovo je kokaín po kanabise druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou v Európe, hoci úrovne jeho užívania sa medzi jednotlivými krajinami značne líšia. Odhaduje sa, že približne 13 miliónov Európanov ho užilo aspoň raz za život, čo je priemerne 3,9 % dospelých vo veku 15 až 64 rokov (pozri tabuľku 8 so zhrnutím údajov). Údaje za jednotlivé štáty sa rôznia od 0,1 do 8,3 %, pričom dvanásť krajín z 23, zväčša stredoeurópske a východoeurópske krajiny, uvádzajú veľmi nízke hodnoty celoživotnej prevalencie medzi všetkými dospelými (0,5 – 2 %).

Odhaduje sa, že približne 4 milióny Európanov užilo túto drogu v minulom roku (priemerne 1,2 %), hoci opäť s rozdielmi medzi jednotlivými krajinami. V nedávnych národných štúdiách sa uvádzajú odhady prevalencie v minulom roku v rozsahu 0 až 3,1 %, hoci v 18 z 24 krajín úrovne nepresahujú 1 %. Odhad prevalencie užívania kokaínu v minulom mesiaci v Európe predstavuje približne 0,4 % dospelaj populácie alebo 1,5 miliónov jednotlivcov. Tieto odhady sa zdajú byť opatrné.

Celkovo sa zdá, že užívanie kokaínu sa sústreďuje v niekoľkých krajinách, a to v Dánsku, Španielsku, Taliansku, Írsku a Spojenom kráľovstve, pričom užívanie tejto drogy inde v Európe zostáva relatívne nízke.

⁽⁹⁰⁾ Pozri tabuľky SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁹¹⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-3 a PPP-7 v štatistickej ročenke 2009.

Zákony na boj proti nezákonnému obchodovaniu s drogami na širom mori

Úspešnosť narušenia nezákonného obchodu s drogami na mori spočíva v spolupráci medzi štátmi a túto spoluprácu umožňujú dva medzinárodné dohovory.

Podľa článku 108 Medzinárodného dohovoru o morskom práve (1982) štát, ktorý má podozrenie, že loď, ktorá pláva pod jeho vlajkou⁽¹⁾ je zapojená do nezákonného obchodu s drogami, môže požiadať o pomoc iné štáty s cieľom zabrániť takému obchodu. Ďalšia spolupráca sa predpokladá podľa článku 17 Dohovoru OSN proti nedovolenému obchodu z roku 1988. Týmto dohovorom sa ustanovuje mechanizmus, ktorý umožňuje každému štátu, ktorý má dostatočné dôvody pre podozrenie, že loď zaregistrovaná v inej krajine sa zúčastňuje v nezákonnom obchode s drogami, požiadať vlajkový štát lode o povolenie vstúpiť na palubu plavidla, prehľadať ho, zaistiť akékoľvek drogy a následne trestne stíhať vinníkov. Tieto akty sa môžu uskutočniť kdekoľvek mimo teritoriálnych vôd. Príslušné vnútroštátne orgány sa ustanovia, aby pôsobili ako kontaktné miesta v stálej pohotovosti s cieľom reagovať na také žiadosti čo najskôr. Žiadostiam je možné vyhovieť, podmienčne vyhovieť alebo ich zamietnuť. Zásah môžu vykonávať len vojnové lode alebo vojenské lietadlá alebo iné lode alebo lietadlá, ktoré sú jasne identifikovateľné, že sú vo vládnej službe a sú splnomocnené konať v tomto zmysle.

Konkrétne nalodenie a následné akcie vykonáva skupina dôstojníkov pre presadzovanie práva zo žiadajúceho štátu, známa ako oddiel pre presadzovanie práva (LEDET). v prípade, že nalodenie a následné akcie koordinujú medzivládne agentúry, ako je napríklad MAOC-N (Námorné centrum operácií a analýz – narkotiká), LEDET niekedy prepravuje vojnovú loď inej krajiny. V záujme dodržania požiadavky na identifikáciu budú v tomto prípade helikoptéry a člny použité počas naloďovacej operácie dočasne plávať pod vlajkou štátu, ktorý vyslal LEDET a nie pod vlajkou ich vojrovej lode.

⁽¹⁾ Právomoc nad loďou a jej posádkou prevezme štát, v ktorom je plavidlo registrované („vlajkový štát“).

V krajinách, v ktorých prevládajú amfetamíny na trhu s nezákonnými stimulačnými drogami, sú takmer vo všetkých prípadoch odhady užívania kokaínu nízke. Naopak, vo väčšine krajín, v ktorých je kokaín hlavným nezákonným stimulantom, sa uvádzajú nízke úrovne užívania amfetamínov.

Zdá sa, že len u malého podielu osôb, ktoré užíli kokaín aspoň raz vo svojom živote, sa rozvinie intenzívna forma užívania. Údaje z prieskumov medzi všeobecnou populáciou naznačujú vysokú mieru skončovania s užívaním u užívateľov kokaínu, V krajinách, v ktorých je

Vysvetlenie klesajúcich cien kokaínu v Európe

Od roku 2000 ceny kokaínu v Európe, upravené po zohľadnení inflácie, klesali, aj napriek tomu, že dopyt po tejto látke narastal, čomu nasvedčuje aj prevencia užívania kokaínu vo všeobecnej populácii a medzi problémovými užívateľmi drog. Toto protirečivé zistenie by sa mohlo vysvetliť pomocou niekoľkých faktorov. Kľúčovým faktorom je nepochybne zvýšenie ponuky kokaínu v Európe, ktoré sa prejavuje zvyšujúcim sa objemom zachytení. Hľadanie alternatívy k trhu Spojených štátov zo strany juhoamerických obchodníkov s kokaínom môže byť hnačím faktorom podnecujúcim zvýšenú orientáciu na európsky trh. Stimulačným faktorom môže byť okrem toho aj narastajúci dopyt po kokaíne v Európe. Zvýšený objem spotreby kokaínu v Európe spolu s relatívnou silou európskych mien v porovnaní s americkým dolárom by mohol vyvážiť klesajúce ceny a možno aj menšie ziskové rozpätia.

Cenu kokaínu však mohli ovplyvniť aj iné faktory. Rozvoj technológií a používanie nových prepravných trás, ako je napríklad západoafrická trasa, na ktorej sa nedostatočne presadzuje drogová kontrola a ktorá disponuje slabými platenými obchodníkmi, mohli viesť k poklesu nákladov na prepravu a zníženiu rizík spojených s nezákonným obchodom. Cenu drogy v Európe mohla ovplyvniť aj väčšia konkurencia na trhu s kokaínom (Desroches, 2007).

Vzhľadom na nedostatok údajov v tejto oblasti sa táto analýza nutne stáva teoretickou a zdôrazňuje význam lepšieho objasnenia faktorov, ktoré ovplyvňujú trh s drogami v Európe. Centrum EMCDDA je odhodlané pokračovať v rozvoji spolupráce a výskumu v tejto oblasti.

celoživotná prevencia vyššia ako 2 %, väčšina dospelých, ktorí niekedy užíli kokaín (80 - 95 %), ho neužíli v minulom mesiaci⁽⁹²⁾.

Užívanie kokaínu medzi mladými dospelými

Odhaduje sa, že v Európe užilo kokaín aspoň raz za život 7,5 milióna mladých dospelých (vo veku 15 - 34 rokov), alebo priemerne 5,6 % užilo kokaín aspoň raz v živote. Údaje za jednotlivé krajiny sa pohybujú od 0,1 do 12,0 %. Európsky priemer užívania kokaínu v minulom roku v tejto vekovej skupine sa odhaduje na 2,2 % (3 milióny) a pre užívanie v minulom mesiaci na 0,8 % (1 milión).

Užívanie je obzvlášť vysoké medzi mladými mužmi (vo veku 15 - 34 rokov), u ktorých sa prevencia užívania kokaínu v minulom roku pohybuje v rozsahu 4,2 % až 7,7 % v Španielsku, Dánsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve⁽⁹³⁾. Vo väčšine krajín je pomer mužov a žien v prevalencii užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými najmenej 2 : 1.

⁽⁹²⁾ Pozri obrázok GPS-16 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁹³⁾ Pozri obrázok GPS-13 v štatistickej ročenke 2009.

Prevalencia užívania kokaínu v minulom roku medzi 15 až 24-ročnými sa odhaduje na 2,2 %, čo predstavuje 1,5 milióna užívateľov v Európe. Na rozdiel od odhadov prevalencie pre užívanie kanabису alebo extázy, ktoré je najvyššie medzi vekovou skupinou 15 - 24-ročných, miery nedávnejšieho užívania kokaínu (v minulom roku a v minulom mesiaci) sú podobné medzi vekovou skupinou 15 - 34-ročných a 15 - 24-ročných ⁽⁹⁴⁾.

Užívanie kokaínu sa spája aj s užívaním alkoholu a určitým životným štýlom. Napríklad v analýze údajov Britského prieskumu kriminality 2007/08 (British Crime Survey) sa zistilo, že spomedzi 16 až 24-ročných, ktorí deväťkrát alebo viackrát navštívili krčmu v minulom mesiaci, 13,5 % uvádza užitie kokaínu v minulom mesiaci na rozdiel od 1,7 % spomedzi tých, ktorí neboli v krčme. Navštevovanie nočných klubov bolo takisto spojené so zvýšeným užívaním kokaínu, keďže takmer 10 % 16 až 24-ročných, ktorí navštívili klub pri štyroch a viacerých príležitostiach v minulom mesiaci uvádza užívanie kokaínu v minulom roku, na rozdiel 3,3 % tých, ktorí nenavštívili žiadny klub. V prieskume sa uvádzajú aj nízke úrovne užívania cracku, dokonca aj medzi užívateľmi kokaínu, čím sa potvrdzujú zistenia z ostatných štúdií, v ktorých sa uvádzajú rozdiely v profile užívateľov týchto dvoch látok (Hoare a Flatley, 2008). V štúdiách, ktoré sa uskutočnili v prostrediach zábavných podnikov sa tiež uvádzajú vyššie úrovne prevalencie užívania kokaínu v porovnaní so všeobecnou populáciou (EMCDDA, 2007a). Okrem toho, v nedávnom internetovom prieskume uskutočnenom medzi fanúšikmi elektronickej hudby v Českej republike sa uvádza 30,9 % respondentov, ktorí užívajú kokaín.

Prieskum Eurobarometer 2008, ktorý sa uskutočnil v 27 členských štátoch EÚ, ukazuje, že 85 % 15 až 25-ročných vníma užívanie kokaínu ako vysoko rizikové pre zdravie človeka. Podiely respondentov, ktorí vnímajú podobnú úroveň zdravotného rizika v dôsledku užívania iných látok, je oveľa nižšie: 40 % pre kanabis, 28 % pre tabak a 24 % pre alkohol. Len užívanie heroínu vnímal väčší podiel respondentov ako vysoko rizikové. Medzi jednotlivými krajinami existuje malý rozdiel a 95 % respondentov bolo toho názoru, že kokaín by mal byť naďalej zakázaný (Európska komisia, 2008b).

Užívanie kokaínu medzi školákmi

Odhady prevalencie užívania kokaínu medzi školákmi sú oveľa nižšie ako odhady pre užívanie kanabису. Celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi 15 až 16-ročnými školákmi v prieskume ESPAD sa pohybuje

medzi 1 % a 2 % v polovici 28 krajín, ktoré podali správu. Väčšina zvyšných krajín uvádza úrovne prevalencie 3 % až 4 %, pričom Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo uvádza 5 %. Celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi mužmi je vo väčšine krajín vyššia ako medzi ženami a najvyššie úrovne (6 %) uvádza Francúzsko a Taliansko ⁽⁹⁵⁾.

Medzinárodné porovnania

Celkovo je odhadovaná prevalencia užívania kokaínu v minulom roku nižšia medzi mladými dospelými v Európskej únii ako medzi ich rovesníkmi v Austrálii a Spojených štátoch. Avšak dve krajiny, Španielsko a Spojené kráľovstvo (Anglicko a Wales), uvádzajú vyššie číselné údaje ako Austrália a iba Španielsko uvádza vyšší odhad ako je odhad Spojených štátov (obrázok 8).

Trendy v užívaní kokaínu

Jednoducho povedané, trendy v užívaní kokaínu v Európe sa vyvíjali rozdielne. V dvoch krajinách s najvyššou prevalenciou užívania kokaínu (Španielsko a Spojené kráľovstvo) sa užívanie drog dramaticky zvýšilo koncom 90. rokov predtým, ako sa tento trend trochu stabilizoval, aj keď je všeobecne rastúci. V druhej skupine krajín zahŕňajúcej Dánsko, Írsko a Taliansko bola rastúca prevalencia menej zjavná a nastala o niečo neskôr. Úroveň užívania v týchto troch krajinách sú aj tak vysoké v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami. Je ťažké objasniť danú situáciu inde v Európe, kde sú celkovo nízke úrovne prevalencie a v niektorých krajinách možno pozorovať malé zvýšenia a malé zníženia. Z 11 krajín, pre ktoré sa dajú analyzovať trendy v rokoch 2002 až 2007, sa prevalencia v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 - 34 rokov) zvýšila najmenej o 15 % oproti počítačovej hodnote v piatich krajinách (Írsko, Taliansko, Lotyšsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo) ⁽⁹⁶⁾, v dvoch krajinách sa znížila (Maďarsko, Poľsko) a v štyroch bola stabilná (Nemecko, Španielsko, Slovensko, Fínsko) (obrázok 9).

V prieskumoch ESPAD v školách, ktoré sa uskutočnili v roku 2007, sa celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi 15 až 16-ročnými školákmi zvýšila od roku 2003 najmenej o dva percentuálne body vo Francúzsku, na Cypre, Malte, v Slovinsku a na Slovensku. v španielskom prieskume v školách sa uvádza zníženie o dva percentuálne body v období rokov 2004 až 2007.

⁽⁹⁴⁾ Najnovšie údaje sa nachádzajú na obrázku GPS-15 a v tabuľkách GPS-14, GPS-15 a GSP-16 za všetky roky; v tabuľkách GPS-17, GPS-18 a GPS-19 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁹⁵⁾ Pozri tabuľku EYE-12 v štatistickej ročenke 2009.

⁽⁹⁶⁾ Dánsko tiež spozorovalo zvýšenie, ale v inom časovom rámci.

Tabuľka 8: Prevalencia užívania kokaínu medzi všeobecnou populáciou – zhrnutie údajov

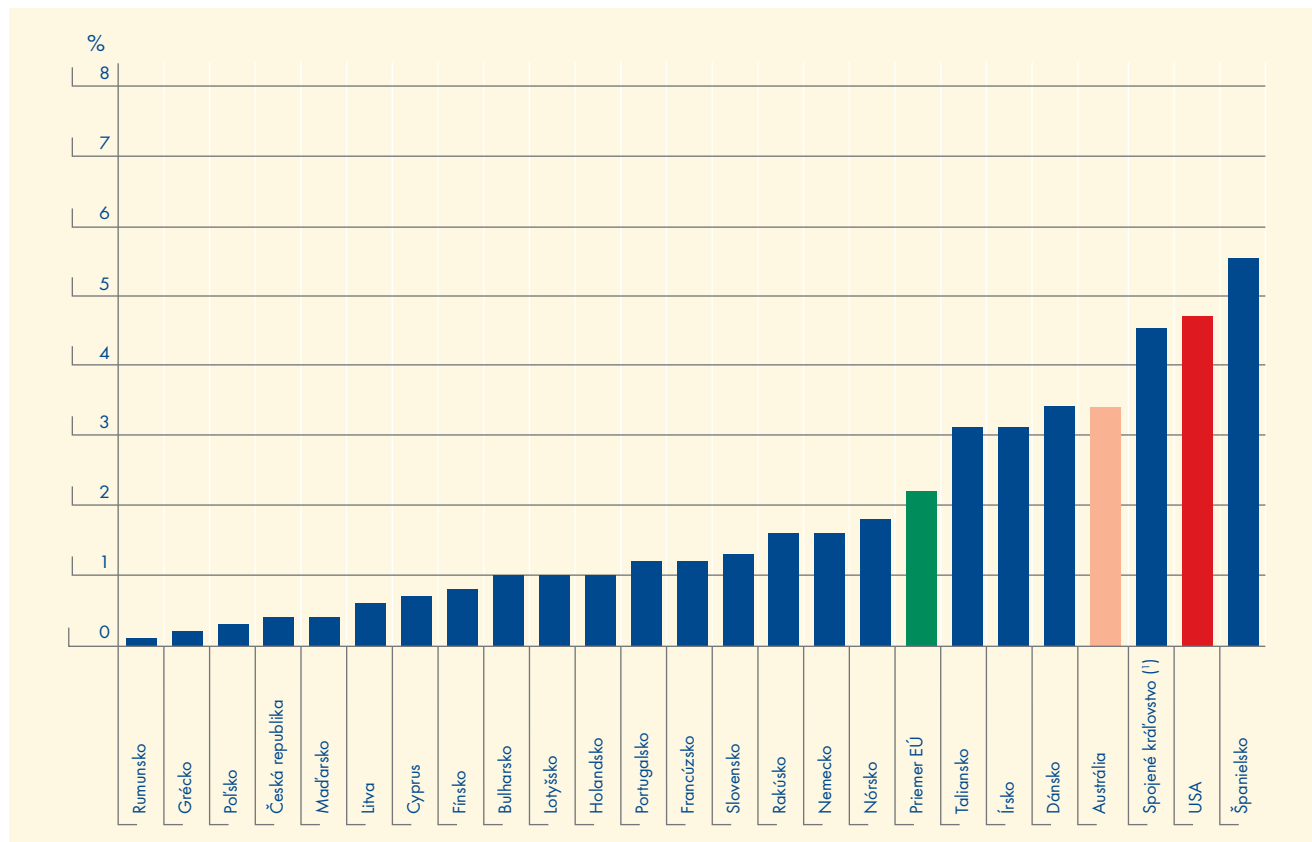
Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	13 miliónov	4 milióny	1,5 milióna
Priemer v Európe	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Rozsah	0,1 – 8,3 %	0,0 – 3,1 %	0,0 – 1,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Litva, Malta (0,4 %) Grécko (0,7 %)	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Česká republika, Maďarsko, Poľsko (0,2 %)	Česká republika, Grécko, Estónsko, Rumunsko (0,0 %) Malta, Litva, Poľsko, Fínsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Španielsko (8,3 %) Spojené kráľovstvo (7,6 %) Taliansko (6,8 %) Írsko (5,3 %)	Španielsko (3,1 %) Spojené kráľovstvo (2,3 %) Taliansko (2,2 %) Írsko (1,7 %)	Španielsko (1,1 %) Spojené kráľovstvo (1,0 %) Taliansko (0,8 %) Írsko (0,5 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 milióna	3 milióny	1 milión
Priemer v Európe	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Rozsah	0,1 – 12,0 %	0,1 – 5,5 %	0,0 – 2,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grécko (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Poľsko (0,3 %) Maďarsko, Česká republika (0,4 %)	Estónsko, Rumunsko (0,0 %) Česká republika, Grécko, Poľsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (12,0 %) Španielsko (11,8 %) Dánsko (9,5 %) Írsko (8,2 %)	Španielsko (5,5 %) Česká republika (4,5 %) Dánsko (3,4 %) Írsko, Taliansko (3,1 %)	Česká republika (2,1 %) Španielsko (1,9 %) Taliansko (1,2 %) Írsko (1,0 %)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	3 milióny	1,5 milióna	0,6 milióna
Priemer v Európe	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Rozsah	0,1 – 9,9 %	0,1 – 5,6 %	0,0 – 2,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,6 %) Litva (0,7 %) Malta, Poľsko (1,1 %)	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Poľsko (0,3 %) Česká republika (0,4 %)	Estónsko, Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Česká republika, Poľsko, Portugalsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (9,9 %) Španielsko (9,3 %) Dánsko (9,2 %) Írsko (7,0 %)	Dánsko (5,6 %) Španielsko (5,4 %) Spojené kráľovstvo (5,0 %) Írsko (3,8 %)	Spojené kráľovstvo (2,5 %) Španielsko (1,7 %) Taliansko (1,2 %) Írsko (1,1 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008 (hlavne v období 2004 – 2008), preto ich nie je možné priradiť k jednému roku. 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 EÚ. Populácie použité ako základ: 15 – 64 (334 miliónov), 15 – 34 (133 miliónov) a 15-24 (63 miliónov). Tu zhrnuté údaje sú dostupné v „Prieskumoch medzi všeobecnou populáciou“ v štatistickej ročenke 2009.</p>			

Zdravotné následky užívania kokaínu

Rozsah zdravotných následkov užívania kokaínu sa pravdepodobne podceňujú. Je to čiastočne kvôli často nešpecifickému alebo chronickej povahe patológií, ktoré vznikajú v dôsledku dlhodobého užívania kokaínu, a čiastočne kvôli ťažkostiam pri určení kauzálnych väzieb medzi ochorením a užívaním drogy. Pravidelné užívanie kokaínu, vrátane šnupania, možno dať do súvislosti s kardiovaskulárnymi, neurologickými a psychiatrickými

problémami a so zvýšeným rizikom úrazov a násilia. Súbežné užívanie iných látok, vrátane alkoholu, môže takisto zosilniť niektoré problémy súvisiace s kokaínom (pozri EMCDDA, 1007a). V prieskume uskutočnenom v Spojených štátoch sa odhaduje, že u častých užívateľov kokaínu bolo sedemnásobne vyššie riziko infarktu myokardu bez smrteľných následkov ako u tých, ktorí nie sú užívateľmi (Qureshi a kol., 2001). Celkovo sa odhadlo, že štvrtinu infarktu myokardu bez smrteľných následkov

Obrázok 8: Prevalencia užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými (15–34) v Európe, Austrálii a USA



(¹) Anglicko a Wales.

Poznámka: Údaje sú z posledného prieskumu dostupného za každú krajinu. Európsky priemer miery prevalencie bol vypočítaný ako priemer národných mier prevalencie vážených podľa obyvateľov krajiny vo veku 15 až 34 rokov (2006, prevzaté z Eurostatu). Údaje za USA a Austráliu boli prepočítané z pôvodných výsledkov prieskumu na vekovú skupinu 15 až 34-ročných. Ďalšie informácie pozri na obrázku GPS-20 v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox SAMHSA (USA), Úrad aplikovaných štúdií (Office of Applied Studies) (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Národný prieskum o užívaní drog a zdraví, 2007. Austrálsky inštitút zdravia a sociálneho zabezpečenia (Australian Institute of Health and Welfare) 2008. Prieskum v domácnostiach Národnej protidrogovej stratégie 2007: podrobné zistenia. Drogová štatistika, oddiel č. 22. kategória č. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

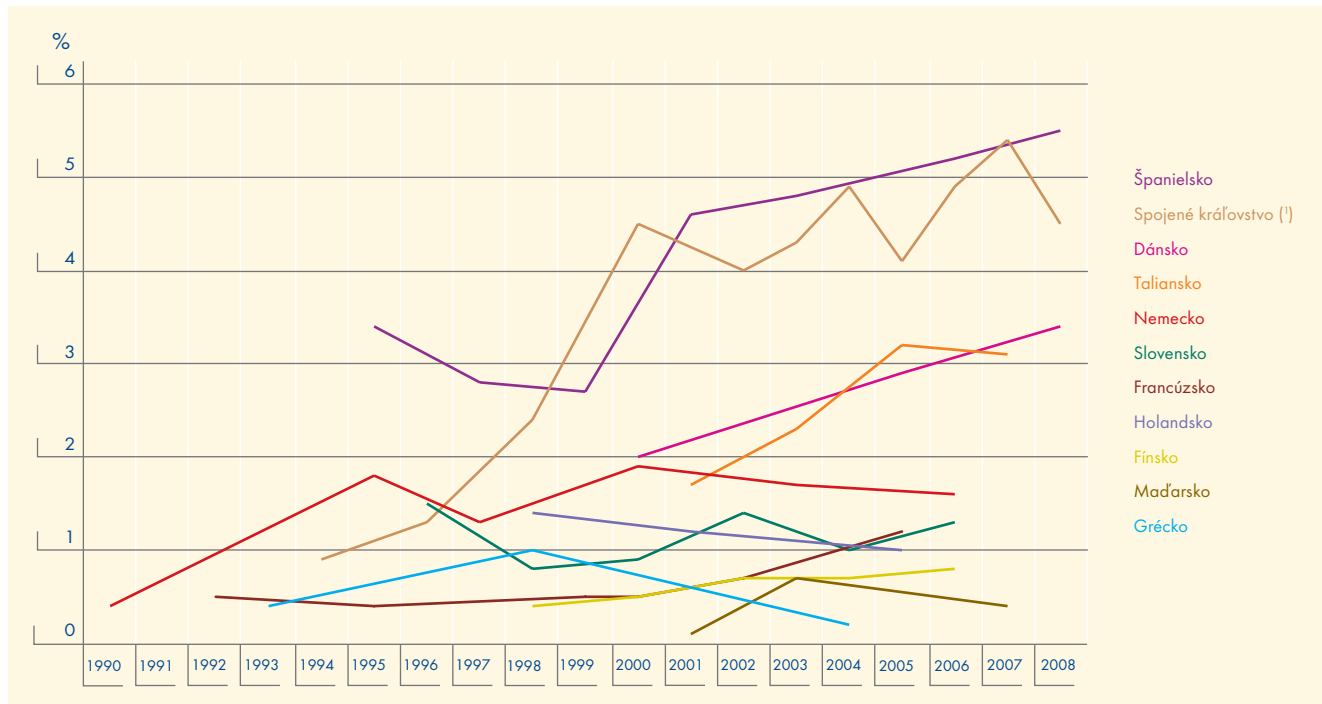
u osôb vo veku 18 – 45 rokov možno pripísať „častému užívaniu kokaínu“.

Nedávne správy ukazujú, že v krajinách s relatívne vysokými úrovňami prevalencie užívania kokaínu sa táto droga podieľa na väčšine akútnych prípadov v nemocniciach v súvislosti s drogami. Americká sieť varovania pred zneužívaním drog (American Drug Abuse Warning Network) (DAWN) odhadla, že kokaín, samotný alebo v kombinácii s inými drogami, sa v roku 2006 podieľal na šiestich z desiatich návštev pohotovosti v súvislosti s drogami. V Španielsku národný systém vykazovania akútnych prípadov v nemocniciach súvisiacich s iným ako liečebným užitím psychoaktívnych látok ukázal, že v roku 2006 bol kokaín najčastejšie vykazovanou látkou (59 %), za ním nasledoval kanabis (31 %), sedatíva (28 %) a heroín (22 %), pričom so všetkými týmito látkami bol často spojený alkohol. V štúdiu medzi pacientmi, ktorí

navštívili oddelenie pohotovosti v nemocniciach v Barcelone kvôli problémom priamo súvisiacim s užívaním kokaínu, sa sťažnosti týkali hlavne úzkosti a nepokoja (48 %) a bolesti v hrudníku alebo búšenia srdca (25 %).

Kokaínové injekcie a užívanie cracku sú spojené s najvyššími zdravotnými rizikami (vrátane kardiovaskulárnych a duševných zdravotných problémov, zhoršenia zdravia). Tieto sa zvyčajne vysupňujú v dôsledku spoločenskej marginalizácie a ďalších špecifických problémov, ako sú riziká spojené s vpichovaním injekcie. Súbežné užívanie opiátov a kokaínu sa zdá byť spojené s vyšším rizikom predávkovania opiátmi (EMCDDA, 2007a).

Závislosť je jedným z negatívnych následkov užívania kokaínu pre jednotlivca. V štúdiu uskutočnenej v Spojených štátoch sa ukázalo, že približne 5 % užívateľov kokaínu sa môže stať závislými počas prvého roka užívania, hoci nie

Obrázok 9: Trendy prevalencie užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 - 34 rokov)

(¹) Anglicko a Wales

Poznámka: Ďalšie informácie pozri na obrázku GPS-14 (part ii) v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné správy siete Reitox, prevzaté z prieskumov medzi obyvateľstvom, zo správ alebo vedeckých článkov

viac ako približne u 20 % užívateľov sa vyvinula závislosť po dlhom období (Wagner a Anthony, 2002). Iná štúdia ukázala, že medzi tými, ktorí sa stanú závislými, takmer 40 % sa vylieči bez protidrogovej alebo protialkoholickéj liečby (Cunningham, 2000). Takisto existuje dôkaz, že užívatelia kokaínu kontrolovali svoje užívanie tejto drogy stanovením pravidiel o množstve, frekvencii alebo kontexte užívania (Decorte, 2000).

Problémové užívanie kokaínu a dopyt po liečbe

Národné odhady problémového užívania kokaínu (injekčného alebo dlhodobého/pravidelného užívania) sú dostupné len v Španielsku a Taliansku, pričom sú k dispozícii regionálne odhady a odhady crack kokaínu za Spojené kráľovstvo (⁹⁷). V Taliansku sa v roku 2007 odhadovalo, že na 1 000 dospelých bolo 3,8 až 4,7 problémových užívateľov kokaínu. Podľa najnovších údajov bolo v roku 2002 v Španielsku 4,5 až 6 problémových užívateľov kokaínu na 1 000 dospelých (vo veku 15 - 64 rokov). Odhady problémových užívateľov kokaínu pravdepodobne podceňujú populáciu, ktorá potrebuje liečbu alebo krátke intervencie, pretože sociálne integrovaní problémoví užívatelia kokaínu sú možno nedostatočne zastúpení v použitých zdrojoch údajov.

Kokaín, hlavne práškový kokaín, sa uvádza ako hlavná príčina pre nastúpenie na liečbu približne u 17 % všetkých klientov v protidrogovej liečbe v roku 2007, čo zodpovedá okolo 61 000 oznámeným prípadom v 25 európskych krajinách. Spomedzi tých, ktorí nastupujú na liečbu po prvýkrát, je vyšší podiel (22 %) tých, ktorí uvádzajú kokaín ako svoju primárnu drogu.

Medzi jednotlivými krajinami sú značné rozdiely, pokiaľ ide o podiel klientov užívajúcich kokaín medzi všetkými aj novými klientmi. Španielsko uvádza najvyššie podiely medzi všetkými klientmi (45 %) a novými klientmi (60 %), za ním nasleduje Holandsko (32 %, respektíve 29 %) a Taliansko (23 %, respektíve 26 %). V Belgicku, Írsku, na Cypre, v Luxembursku a Spojenom kráľovstve predstavujú klienti užívajúci kokaín od 11 % do 13 % všetkých klientov užívajúcich drogu a 19 % z nových klientov; inde v Európe pripadá na kokaín menej ako 10 % klientov v protidrogovej liečbe, pričom sedem krajín uvádza menej ako 1 % (⁹⁸).

Počet klientov nastupujúcich na protidrogovú liečbu pre primárne užívanie kokaínu sa v Európe už niekoľko rokov zvyšuje, hoci tento trend je pod silným vplyvom niekoľkých krajín. V období rokov 2002 až 2007 najväčšie pomerné zvýšenie medzi novými klientmi uvádza Španielsko, Írsko a Taliansko. V týchto krajinách s dostatočnými údajmi pre

(⁹⁷) Pozri „Užívanie crack kokaínu v Európe“, s. 68.

(⁹⁸) Pozri obrázok TDI-2 a tabuľku TDI-5 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2009; údaje za Španielsko sa vzťahujú na rok 2006.

analýzu trendov za určitý čas sa počet všetkých klientov nastupujúcich na liečbu, ktorí uvádzajú kokaín ako svoju primárnu drogu, pomerne zvýšil z 13 % na 19 % (na základe 18 krajín) ⁽⁹⁹⁾. U nových liečených klientov sa tento pomer zvýšil zo 17 % na 25 % (na základe 19 krajín). Od roku 2005 uvádza Španielsko a Taliansko, spomedzi krajín s najvyššími podielmi klientov užívajúcich kokaín, stabilnú situáciu, zatiaľ čo Holandsko vykazuje klesajúci podiel nových klientov nastupujúcich na liečbu závislosti od kokaínu. Teraz sa však tento podiel zvyšuje v iných krajinách, ako napr. v Dánsku, Írsku, Grécku a Portugalsku ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil liečených klientov

Takmer všetci klienti užívajúci kokaín sú uvádzaní v ambulantných liečebných centrách, hoci niektorí užívatelia kokaínu sa môžu liečiť na súkromných klinikách, ktorí takmer nie sú zastúpení v súčasnom monitorovacom systéme.

U klientov užívajúcich kokaín je jeden z najvyšších pomerov medzi mužmi a ženami (päť mužov na každú ženu) a jeden z najvyšších vekových priemerov (okolo 32 rokov) medzi klientmi v protidrogovej liečbe. Toto platí najmä pre niektoré krajiny s vysokým počtom klientov, ktorí sú primárnymi užívatelmi kokaínu, najmä pre Taliansko, kde je pomer medzi mužmi a ženami 8 : 1 a priemerný vek 35 rokov. Takmer polovica klientov užívajúcich kokaín začína užívať túto drogu pred dosiahnutím veku 20 rokov a 80 % pred dosiahnutím veku 30 rokov. Dlhé časové intervaly (9 – 12 rokov) medzi prvým užitím kokaínu a prvým nástupom na liečbu sa uvádzajú v Španielsku, Taliansku a Holandsku ⁽¹⁰¹⁾.

Väčšina kokaínových klientov šnupe (55 %) alebo fajčí (32 %) túto drogu a menej ako 7 % uvádza jej injekčné vpichovanie ⁽¹⁰²⁾. Analýza, ktorá sa uskutočnila v 14 krajinách v roku 2006, odhalila, že okolo 63 % klientov užívajúcich kokaín sú užívatelmi viacerých drog. Spomedzi nich 42 % užíva aj alkohol, 28 % kanabis a 16 % heroín. Kokaín sa často spomína aj ako sekundárna droga, najmä medzi klientmi s primárnym problémom s heroínom (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

V roku 2007 približne 8 000 klientov uviedlo, že nastúpili na ambulantnú liečbu kvôli primárnemu užívaniu crack kokaínu, čo predstavuje 15 % všetkých klientov užívajúcich kokaín a 2,7 % všetkých ambulantne liečených klientov užívajúcich drogy. Väčšinu klientov užívajúcich crack

Užívanie cracku v Európe

Kokaín je v Európe dostupný v dvoch formách: ako kokaínový prášok (HCl kokaín, hydrochloridová soľ) a menej rozšírený crack (kokaín s voľnou bázou). Crack sa obvykle fajčí a je známy tým, že navodzuje intenzívny pocit uspokojenia (high), ktorý môže viesť k problémovým formám užívania. Vo všeobecnosti sa vyrába z HCl kokaínu na miestach, ktoré sa nachádzajú v blízkosti miest, kde sa predáva a užíva.

Užívanie cracku sa začalo šíriť v Spojených štátoch v polovici osemdesiatych rokov, najmä v chudobných vnútrómestských štvrtiach veľkomestských aglomerácií, pričom neúmerne postihlo etnické menšiny. Vznikli obavy, že k podobnému javu by mohlo dôjsť aj v Európe, doteraz však nebola zaznamenaná závažná epidémia užívania cracku.

Crack sa však užíva v niektorých európskych mestách, i keď je ťažké zistiť skutočný rozsah daného javu. Správy o situácii v Londýne (GLADA, 2004) a Dubline (Connolly a kol., 2008) taktiež naznačujú, že môže dôjsť k nárastu. V Londýne sa užívanie cracku považuje za najdôležitejšiu súčasť drogového problému mesta a jeho zvýšenie od polovice deväťdesiatych rokov sa pripisuje hlavne narastajúcej populácii užívateľov opiátov, ktorí taktiež užívajú crack.

Najviac požiadaviek na liečbu a najväčší počet zabavení drogy sa uvádza v Spojenom kráľovstve. V jednej štúdii sa počet problémových užívateľov cracku v Anglicku odhadoval na 5,2 – 5,6 užívateľov na 1 000 dospelých obyvateľov v období rokov 2006 až 2007. Značné problémy v súvislosti s crackom zaznamenali aj mestá v iných európskych krajinách.

Užívanie cracku sa vyskytuje hlavne medzi marginalizovanými a znevýhodnenými skupinami, ako sú sexuálni pracovníci a problémoví užívatelia opiátov a niektoré krajiny ho zaznamenávajú medzi konkrétnymi etnickými menšinami (napríklad Francúzsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Medzi sociálne integrovanými jednotlivcami, vrátane pravidelných užívateľov kokaínového prášku, je užívanie cracku veľmi neobvyklé (Prinzleve a kol., 2004). Pretrvávajúce užívanie cracku v niektorých skupinách a mestách napriek tomu upozorňuje na riziko jeho rozšírenia na väčšie populácie.

(okolo 6 500) uvádza Spojené kráľovstvo, kde na nich pripadá 45 % liečených klientov užívajúcich kokaín. Takmer jedna štvrtina (22 %) klientov užívajúcich primárne crack, užíva aj heroín, a títo klienti uvádzajú vysoké úrovne nezamestnanosti a bezdomovectva ⁽¹⁰⁴⁾.

Celkovo boli identifikované dve skupiny liečených klientov užívajúcich kokaín: sociálne integrovaní jednotlivci, ktorí užívajú práškový kokaín, a viac marginalizovaná skupina

⁽⁹⁹⁾ Zahrnutí sú iba klienti, ktorí uvádzajú primárne užívanie opiátov, kanabisu, kokaínu a iných stimulátov.

⁽¹⁰⁰⁾ Pozri obrázky TDI-1 a TDI-3 a tabuľku TDI-3 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-11 (časť iii), TDI-21 a TDI-103 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁰²⁾ Pozri tabuľku TDI-17 (časť iv) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁰³⁾ Pozri Vybraná otázka užívania viacerých drog.

⁽¹⁰⁴⁾ Pozri „Užívanie crack kokaínu v Európe“, a tabuľky TDI-7 a TDI-115 v štatistickej ročenke 2009.

klientov užívajúcich kokaín, často crack kokaín, v kombinácii s opiátmi. Prvá skupina zvyčajne uvádza šnupanie drog a niekedy ich konzumáciu súbežne s inými látkami, ako napríklad alkohol alebo kanabis, ale nie s opiátmi. Niektorých členov tejto skupiny odoslal na liečenie systém trestnej justície. Druhá skupina často uvádza injekčné vpichovanie drog, užíva kokaín a opiáty, niekedy fajčí crack a reprezentuje nebezpečné zdravotné a sociálne podmienky. Patria do nej bývalí užívatelia heroínu, ktorí znovu nastupujú na protidrogovú liečbu kvôli užívaniu kokaínu.

Liečba a znižovanie škôd

Liečba

V Európe sú verejné zariadenia protidrogovej liečby zväčša orientované na potreby užívateľov opiátov, a zariadenia zamerané na liečbu užívateľov kokaínu sú zriedkavé a často súkromné. Niektoré krajiny (napr. Írsko, Taliansko, Španielsko) však zaviedli stratégie alebo liečebné programy zacielené na užívateľov kokaínu, a Francúzsko je v štádiu vypracúvania takých programov.

Rôznorodosť užívateľov kokaínu a ich problémov a potrieb komplikuje organizáciu a poskytovanie služieb liečenia pre tých, ktorí ich potrebujú. Je ťažké dostať sa k určitým populáciám užívateľov kokaínu, a preto je ťažké primäť ich na liečenie. Napríklad marginalizovaní injekční užívatelia kokaínu a užívatelia cracku zvyčajne nevyhľadajú pomoc dobrovoľne. Z tohto dôvodu sa v Írsku odporúčajú práce v teréne a iné intervencie, aby sa priviedli na liečenie užívatelia, ku ktorým by sa ináč nedalo dostať (Connolly a kol., 2008). Programy liečby v teréne môžu byť prínosné aj pre určité skupiny. Takýto príklad poskytuje holandská štúdia zameraná na marginalizovaných užívateľov cracku. Tento liečebný program dosiahol vysokú úroveň súladu a spokojnosti medzi pacientmi. Liečení klienti uviedli zlepšenie zdravia, životných podmienok, rodinných a spoločenských vzťahov a psychického stavu (Henskens a kol., 2008).

Aj sociálne integrovaných užívateľov kokaínu môže byť ťažké dostať na liečenie. Môžu napríklad zistiť, že liečebné služby, v ktorých sú hlavnými klientmi užívatelia opiátov, sa nezaobierajú ich potrebami. Niektoré krajiny uvádzajú opatrenia na prekonanie týchto problémov. Napríklad v Taliansku bol v roku 2007 spustený projekt „Progetto nazionale cocaina“, ktorý poskytuje špecializované služby s pracovným časom, ktorý je vhodnejší pre sociálne integrovaných užívateľov kokaínu a ich rodiny (napr. po práci). Podobný prístup uvádza

aj Írsko, kde sa vypracovali špecifické programy, aby prilákali užívateľov práškoveho kokaínu.

Rovnako dôležité je udržať na liečení problémových užívateľov kokaínu a cracku, pretože intenzívne užívanie kokaínu je spojené s behaviorálnymi, sociálnymi a psychologickými dysfunkciami (napr. impulzívne alebo agresívne správanie) a v niektorých skupinách s neusporiadaným spôsobom života a vážnou duševnou a fyzickou degeneráciou. Takže profesionálni pracovníci uvádzajú, že je ťažké udržať pravidelné navštevovanie terapeutických sedení a zmysluplného terapeutického dialógu (Connolly a kol., 2008). Užívanie kokaínu môže skomplikovať aj liečbu závislosti od iných drog a ohroziť úspešné dosiahnutie abstinencie od heroínu. V Nemecku bolo súbežné užívanie kokaínu identifikované ako rozhodujúci faktor u tých, ktorí odišli zo substitučnej liečby závislosti od opiátov.

Prilákať a udržať užívateľov na liečení je ťažké aj v situácii, keď neexistuje žiadna konkrétna psychosociálna intervencia so silným dôkazom o účinnosti a nie je dostupná žiadna farmakoterapia, ktorá by pomohla závislým užívateľom abstinovať alebo znížiť užívanie počas toho obdobia.

Tieto ťažkosti možno prekonať pomocou vytvorenia špecifického liečebného programu a školiaceho kurzu prispôbeného na problémy spojené s užívaním kokaínu a cracku. Špecifické školenie pre liečebný personál uvádza Írsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo. Okrem toho 11 členských, vrátane všetkých štátov s vysokými úrovňami užívania kokaínu a dopytu po liečbe uvádza, že špecifické liečebné programy spolu s tradičnými liečebnými službami sú dostupné pre užívateľov kokaínu alebo crack kokaínu. Ale zatiaľ čo národní experti z Talianska, Slovinska a Spojeného kráľovstva odhadujú, že tieto programy sú dostupné pre väčšinu užívateľov kokaínu, ktorí potrebujú liečbu, experti z Dánska, Nemecka, Írska, Rakúska, Holandska, Francúzska a Španielska odhadujú, že sú dostupné len pre menšiu časť z nich.

Po období, počas ktorého takmer všetok výskum vznikol v Spojených štátoch, sa teraz realizuje v Európe niekoľko štúdií o liečbe závislosti od kokaínu. V Spojenom kráľovstve sa v klinickej skúške skúma účinnosť kognitívnej behaviorálnej terapie v kombinácii s motivačnou terapiou (pozri EMCDDA, 2008b) u primárnych užívateľov kokaínu. Podľa nedávneho prieskumu Cochrane sa touto kombináciou dosiahli najlepšie výsledky pri liečbe závislosti od stimulantov (Knapp et al., 2007). V inej klinickej skúške v Spojenom kráľovstve sa skúma účinnosť modafinilu v kombinácii s motivačnou terapiou založenou na poukážkach medzi pacientmi, ktorí dostávajú opiátovú

substitučnú liečbu a užívajú crack kokaín. Modafinil už preukázal terapeutický potenciál v niekoľkých skúškach ako substitučná účinná látka pri závislosti od stimulantov.

V Holandsku sa v piatich klinických skúškach skúma účinnosť mnohých farmaceutických účinných látok pre liečenie závislosti od kokaínu, vrátane dexamfetamínu a modafinilu. V inej holandskej klinickej skúške sa skúma kombinácia prístupu posilnenia komunity s motivačnou terapiou pri substitúcii opiátov u klientov závislých od kokaínu. Výsledky ukázali významné zníženie konzumácie kokaínu v porovnaní so štandardnou liečbou.

V spoločnej španielskej a talianskej multicentrickej štúdii sa skúma účinnosť vakcíny proti kokaínu TA-CD. Toto je najväčšia skúška, ktorá sa doteraz realizovala na tejto vakcíne s niekoľkými stovkami dobrovoľných účastníkov. Počiatočné štúdium bezpečnosti TA-CD v Spojených štátoch ukázali zníženie subjektívnych účinkov kokaínu a pri užívaní tejto drogy aj lepšie zotrvanie v liečbe.

Znižovanie škôd

Intervencie na zníženie škôd sú zamerané na problémových užívateľov cracku a kokaínu v novej oblasti práce v mnohých členských štátoch. Jednou z príčin obmedzeného poskytovania intervencií v tejto oblasti,

najmä pre užívateľov cracku, môže byť nedostatok poznatkov o drogách, o cieľovej skupine a jej potrebách u kľúčových pracovníkov.

Členské štáty zvyčajne poskytujú injekčným užívateľom kokaínu rovnaké služby a zariadenia ako užívateľom opiátov, a to: odporúčania o bezpečnejšom užívaní, školenie o bezpečnejšom injekčnom vpichovaní a programy výmeny ihliel a striekačiek. Injekčné vpichovanie kokaínu však môže byť spojené s vyšším rizikom používania toho istého vybavenia viacerými osobami a častého vpichovania, čo môže viesť ku kolapsu žily a injekčnému vpichovaniu na rizikovejších častiach tela (napr. na nohách, rukách, chodidlách a slabinách). Odporúčania o bezpečnejšom užívaní by sa preto mali prispôbiť týmto špecifickým rizikám. V niektorých krajinách (napr. Belgicko, Francúzsko) niektoré nízkoprahové agentúry poskytujú čisté crackové fajky.

Intervencie na zníženie škôd, zacielené na užívateľov kokaínu v prostrediach zábavných podnikov sa zameriavajú hlavne na zvyšovanie informovanosti. Programy ponúkajú mladým ľuďom rady a informácie o rizikách spojených s užívaním drog a alkoholu vo všeobecnosti, pričom zvyčajne obsahujú materiál o rizikách užívania kokaínu.



Kapitola 6

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog

Úvod

Užívanie heroínu, najmä injekčné užívanie tejto drogy, je úzko spojené s problémovým užívaním drog v Európe od 70. rokov. Dnes ešte stále pripadá v Európskej únii na túto drogu najväčší podiel morbidity a úmrtnosti súvisiacej s užívaním drog. Za posledných desať rokov bol spozorovaný pokles užívania heroínu a súvisiacich problémov, hoci aktuálnejšie údaje naznačujú, že v niektorých krajinách sa možno zmenilo ich zameranie. Správy o užívaní syntetických opiátov, ako napríklad fentanyl, a injekčné vpichovanie stimulačných drog, akými sú kokaín a amfetamíny, navyše odrážajú rastúcu mnohotvárnosť povahy problémového užívania drog v Európe.

Ponuka a dostupnosť

Na trhoch s nezákonnými drogami v Európe sa tradične ponúkajú dve formy dovážaného heroínu: bežne dostupný hnedý heroín (jeho základná chemická forma), ktorý pochádza najmä z Afganistanu a biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie, hoci táto forma je oveľa menej bežná ⁽¹⁰⁵⁾. 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 makovic) v niektorých východoeurópskych krajinách (napr. Lotyšsko, Litva).

Výroba a nezákonné obchodovanie

Heroín konzumovaný v Európe pochádza prevažne z Afganistanu, ktorý zostáva svetovým lídrom v dodávke nezákonného ópia. Ďalšími producentskými krajinami sú Mjanmarsko, ktoré zásobuje hlavne trhy vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Pakistan, Laos, za nimi nasleduje Mexiko a Kolumbia, ktoré sa považujú za najväčších dodávateľov heroínu do Spojených štátov (UNODC, 2009). Odhaduje sa, že celosvetová výroba ópia sa znížila oproti vrcholu, ktorý dosiahla v roku 2007, najmä v dôsledku zníženia výroby v Afganistane z 8 890 ton na približne 8 000 ton v roku 2008. Najnovší odhad celosvetového potenciálu výroby heroínu v roku 2007 je

735 ton (UNODC, 2009). Rastúci počet zničených laboratórií v Afganistane za posledných pár rokov naznačuje, že ópium sa v rastúcej miere transformuje na morfín alebo heroín v tejto samotnej krajine. Veľký rozsah zachytení ópia a morfínu v susedných krajinách (Pakistan, Irán) však ukazuje, že rozsiahle spracovanie sa realizuje aj mimo Afganistanu (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroín vstupuje do Európy najmä dvoma hlavnými obchodnými cestami: historicky významnou balkánskou cestou a niekoľkými jej vetvami, po tranzite cez Pakistan, Irán a Turecko, kde je zachytené najväčšie množstvo, a „severnou cestou“ cez Strednú Áziu a Ruskú federáciu, pričom heroín sa pašuje napríklad priamo vlakom do Poľska (INCB, 2009a) alebo do Nórska cez Litvu.

Tabuľka 9: Výroba, zachytenie, cena a čistota heroínu

Výroba a zachytenia	Heroín
Odhad celosvetovej potenciálnej výroby (v tonách) ⁽¹⁾	735
Zachytené množstvá v celosvetovom meradle	
Heroín (v tonách)	65
Morfín (v tonách)	27
Zachytené množstvo (v tonách)	
EÚ a Nórsko	8,8
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(22)
Počet zachytení	
EÚ a Nórsko	56 000
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(58 000)
Cena a čistota v Európe	Hnedý heroín
Priemerná maloobchodná (EUR za gram)	
Rozpätie	14 - 119
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	(35 - 77)
Priemerná čistota (%)	
Rozsah	9 - 50
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	(16 - 27)

⁽¹⁾ Číselné údaje centra UNODC sú založené na jeho odhade celosvetovej produkcie nezákonného ópia (8 870 ton) v roku 2008 (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Rozpätie stredy polovice uvedenej priemernej ceny alebo čistoty. Všetky údaje sú za rok 2007, okrem odhadu celosvetovej potenciálnej výroby.

Zdroj: Správa UNODC o drogách v celosvetovom meradle (2009) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu.

⁽¹⁰⁵⁾ Informácie o zdrojoch údajov o ponuke a dostupnosti drog pozri na s. 39.

Druhotné obchodné cesty sa zaznamenali pre heroín z juhozápadnej Ázie, napríklad z Afganistanu a Pakistanu letecky cez krajiny Blízkeho východu a východnej Afriky na nezákonné trhy v Európe (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroín z juhovýchodnej Ázie sa tiež pašuje priamo do Európy (Spojené kráľovstvo) letecky z Pakistanu. V rámci Európskej únie zohráva Holandsko a v menšej miere Belgicko úlohu dôležitých druhotných distribučných centrálnych miest (Europol, 2008).

Zachytenia

Zachytenia uvádzané v celosvetovom meradle sa v roku 2007 výrazne zvýšili na 510 ton, pričom na Irán pripadlo 84 % z celkového objemu. Celosvetové uvádzané zachytenia morfínu sa prudko znížili na 27 ton, pričom celosvetové zachytenia heroínu sa mierne zvýšili na 65 ton. Najväčšie zachytenia heroínu uviedol Irán (25 % z celosvetového celkového množstva), za ním nasleduje Turecko a Afganistan (UNODC, 2009).

V Európe viedlo odhadovaných 58 000 zachytení k zadržaniu asi 22 ton heroínu v roku 2007. Spojené kráľovstvo naďalej zaznamenáva najvyšší počet zachytení, kým Turecko opäť zaznamenalo zachytenie najväčšieho množstva, t. j. 13,2 ton získaných v roku 2007⁽¹⁰⁶⁾. Údaje za obdobie rokov 2002 až 2007 z 24 krajín podávajúcich správy naznačujú, že po poklese v prvom roku sa počet zachytení od roku 2003 stabilne zvyšoval. Celkový trend v množstve zadržaného heroínu v Turecku sa odlišuje od toho, ktoré bolo spozorované v Európskej únii. Zatiaľ čo Turecko uviedlo päťnásobné zvýšenie v množstve zachyteného heroínu v období 2002 až 2007, množstvo zachytené v Európskej únii preukazuje celkový pokles počas tohto obdobia, aj keď so zvýšením od roku 2006 do roku 2007.

Celosvetové zachytenia anhydridu kyseliny octovej (používanej na nezákonnú výrobu heroínu) sa zvýšili na 56 300 litrov v roku 2007, z čoho väčšina bola získaná v Ruskej federácii (25 000 litrov), za ňou nasledovalo Turecko (13 300 litrov) a Slovinsko (6 500 litrov) (INCB, 2009b). INCB odhaduje, že „takmer 80 %“ anhydridu kyseliny octovej použitej v afganských heroínových laboratóriách bolo prepašovaných cez východnú a juhovýchodnú Európu, a nabáda Komisiu EÚ a členské štáty EÚ, aby zabránili presmerovaniu anhydridu kyseliny octovej z vnútorného trhu (INCB, 2009a).

Čistota a cena

V roku 2007 dosahovala bežná čistota testovaného hnedého heroínu 15 % až 30 % vo väčšine krajín poskytujúcich správy, hoci hodnoty pod 15 % boli zaznamenané vo Francúzsku (12 %) a Rakúsku (9 %) a vyššie hodnoty sa zaznamenali v Spojenom kráľovstve (50 %) a Nórsku (35 %). Bežná čistota bieleho heroínu bola vo všeobecnosti vyššia (30 – 50 %) v niekoľkých európskych krajinách, ktoré poskytli údaje⁽¹⁰⁷⁾.

Maloobchodná cena hnedého heroínu bola naďalej vyššia v Severských krajinách ako v ostatnej Európe, pričom Švédsko uvádza priemernú cenu 119 EUR za gram a Dánsko 96 EUR. V ďalších desiatich krajinách sa maloobchodná cena hnedého heroínu pohybovala v rozpätí od 30 EUR do 80 EUR za gram, zatiaľ čo v Turecku bola priemerná cena za gram tejto látky 15 EUR. Za obdobie 2002 – 2007 klesla maloobchodná cena hnedého heroínu v siedmich z dvanástich európskych krajín, ktoré poskytli údaje o časových trendoch, a zvýšila sa v piatich. Maloobchodnú cenu bieleho heroínu uviedlo len niekoľko európskych krajín, v ktorých sa pohybovala v rozpätí od 31 EUR do 151 EUR za gram.

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov

Údaje v tejto kapitole sú odvodené z ukazovateľa EMCDDA pre problémové užívanie drog (PDU), ktorý zahŕňa najmä injekčné užívanie drog a užívanie opiátov, hoci v niekoľkých krajinách sú dôležitou zložkou aj užívatelia amfetamínov a kokaínu. Stojí za zmienku, že mnohé krajiny uvádzajú, že väčšina „problémových užívateľov opiátov“ by sa dala opísať ako užívatelia viacerých drog, ktorí užívajú aj opiáty. Vzhľadom na relatívne nízku prevalenciu a skrytú povahu tohto typu užívania drog, na získanie odhadov prevalencie z dostupných zdrojov údajov sú nevyhnutné metódy štatistickej extrapolácie.

Odhady prevalencie problémového užívania opiátov v európskych krajinách v období rokov 2002 až 2007 sa pohybujú zhruba medzi jedným až šiestimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Krajiny, ktoré uvádzajú najnižšie dobre zdokumentované odhady problémového užívania opiátov sú Česká republika, Lotyšsko, Poľsko a Fínsko (hoci Česká republika aj Fínsko majú veľký počet problémových užívateľov amfetamínov), pričom najvyššie odhady uvádza Malta, Taliansko, Rakúsko a Španielsko (obrázok 10).

⁽¹⁰⁶⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2009. Vezmite na vedomie, že tam, kde chýbajú údaje za rok 2007, použili sa zodpovedajúce údaje za rok 2006, aby sa urobil celkový odhad za Európu. Toto je predbežná analýza, pretože doteraz nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo.

⁽¹⁰⁷⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2009.

Ceny heroínu na rôznych úrovniach trhu

Monitorovanie cien drog je dôležitým nástrojom pre pochopenie trhov s drogami. EMCDDA zhromažďuje údaje o maloobchodných cenách obvykle vyjadrených v eurách za gram, dávku alebo pilulku. Na základe týchto informácií je možné odhadnúť obvyklú cenu, ktorú užívateľ zaplatí za získanie danej drogy v európskej krajine. Zmeny v cenách v priebehu času môžu poukazovať na možné zmeny v ponuke alebo dopyte po drogách. Informácie o veľkoobchodných cenách, to znamená, o cenách, ktoré platia drogoví dileri hlavným distribútorom na trhu, na ktorom sa droga konzumuje, sú ďalším užitočným ukazovateľom, ktorý umožní získať predstavu o ziskoch daného trhu.

Porovnateľné údaje o veľkoobchodných a maloobchodných cenách za rok 2007 sú k dispozícii len v prípade niekoľkých krajín (Česká republika, Nemecko, Španielsko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo). V týchto krajinách sa uvádzaná veľkoobchodná cena heroínu pohybuje v rozpätí od 12,50 EUR do 35,80 EUR za gram a priemerná maloobchodná cena, ak je k dispozícii, sa pohybuje v rozpätí od 36 EUR do 62,70 EUR. Na veľkoobchodnej aj maloobchodnej úrovni predaja sa najnižšie ceny uvádzajú v prípade Rumunska a najvyššie v prípade Španielska. Pomer medzi maloobchodnou a veľkoobchodnou cenou sa taktiež značne odlišuje, od 1,6 : 1 v Českej republike až po 2,8 : 1 v Spojenom kráľovstve. Možné rozdiely v čistote drogy, buď medzi krajinami, úrovňami trhu, alebo v priebehu času pri porovnávaní vyžadujú opatrnosť. Analýza v tejto oblasti môže byť aj napriek tomu poučná, obzvlášť so zreteľom na vývoj v priebehu času, pretože môže poukazovať na dôležité zmeny, ktoré sa uskutočňujú na trhu.

Priemerná prevalencia problémového užívania opiátov v krajinách, ktoré poskytli údaje, sa odhaduje na 3,6 až 4,6 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Za predpokladu, že tieto údaje sa týkajú EÚ ako celku, to znamená 1,4 milióna (1,2 až 1,5 milióna) problémových užívateľov opiátov v EÚ a Nórsku v roku 2007 (108). Problémoví užívatelia, ktorí sú vo väzení, najmä tí s dlhšími trestami, sú možno nedostatočne zastúpení v tomto odhade.

Liečenie užívateľa opiátov

Opiáty, najmä heroín, uvádza väčšina tých, ktorí vyhľadávajú liečbu v Európe, ako hlavnú drogu. V Európe sú však významné rozdiely v podiele užívateľov drog nastupujúcich na liečenie kvôli problémom súvisiacim s týmito drogami, pričom klienti užívajúci opiáty tvoria viac ako 90 % tých, ktorí nastupujú na liečbu v Bulharsku

Obrázok 10: Odhady ročnej prevalencie problémového užívania opiátov (prípady na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



Poznámka: 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), na Malte (12 – 64) a v Poľsku (všetky vekové kategórie). Pre Nemecko a Cyprus interval predstavuje najnižšiu a najvyššiu medzu všetkých existujúcich odhadov, a bod predstavuje odhad jednoduchého priemeru stredných bodov. Metódy odhadu sú vo forme skratiek: CR = získanie – opätovné získanie (capture-recapture); TM = liečebný multiplikátor; MI = multivariačný indikátor; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-1 časť (ii) v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

a Slovinsku, od 50 % do 90 % v 15 krajinách a od 10 % do 49 % v ďalších deviatich (109). Celkovo, z 325 000 nástupov na liečbu, pri ktorých je známa primárna droga, približne 49 % uviedlo heroín ako svoju primárnu drogu a ak sú zahrnuté aj iné opiáty, potom sa tento číselný údaj zvýši na 55 % z týchto klientov (110). V niektorých krajinách sa za posledné roky zvýšil podiel aj počet nástupov na liečbu v súvislosti s inými opiátmi ako heroín (111).

Mnohí užívatelia opiátov sú prijatí do programov poskytujúcich dlhodobú starostlivosť. Toto sa odráža vo vyššom podiele primárnych užívateľov opiátov medzi užívateľmi drog, ktorí sú už v liečbe. V nedávnej analýze

(108) Tento odhad bol upravený z 1,5 na 1,4 milióna na základe nových údajov. Kvôli veľkým intervalom dôverylosti a skutočnosti, že odhad je založený na údajoch z rôznych rokov, nie je možné urobiť záver, že nový odhad naznačuje pokles v prevalencii problémového užívania opiátov v Európe.

(109) Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

(110) Pozri tabuľku TDI-1 13 v štatistickej ročenke 2009.

(111) Pozri „Zneužívanie opiátov na predpis“, s. 77.

Výskyt problémového užívania opiátov

Monitorovanie výskytu problémového užívania drog – počtu jednotlivcov, ktorí začnú užívať látku počas daného roka a ktorí sa stanú problémovými užívateľmi drog – je potrebné v záujme vysledovania trendov v drogovej situácii v Európe a navrhnutia vhodných politík a opatrení.

Centrum EMCDDA podnietilo výskum zameraný na odhadnutie výskytu problémového užívania drog a nedávno uverejnilo usmernenia na túto tému (Scalia Tomba a kol., 2008). V spolupráci s univerzitou v Zürichu tiež začalo štúdiu s cieľom otestovať novú „jednoduchú“ metódu pomocou rozloženia „čakacej doby“ (času na liečbu) v prierezovej vzorke liečených užívateľov heroínu. V tejto metóde sa využíva funkcia, ktorá opisuje pravdepodobnosť zaradenia do substitučnej liečby (všeobecná funkcia zaradenia, GIF), keď žiadne predpisy neobmedzujú prístup k liečbe, s prihliadnutím na čakaciu dobu, úmrtnosť a mieru odvykania od užívania drog. Odhady možno odvodiť z údajov o liečbe za jediný deň, zatiaľ čo zavedené metódy vyžadujú dlhý časový rad, ktorý zahŕňa najmenej osem až desať rokov.

Štúdia sa uskutočnila v šiestich členských štátoch EÚ (Španielsko, Taliansko, Malta, Holandsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) a naznačila, že metóda GIF umožňuje odhad výskytu problémového užívania heroínu, dokonca aj pri neúplných súboroch údajov o substitučnej liečbe. Najmenej v piatich regiónoch odhady výskytu umožnili odvodiť odhady prevalencie, ktoré boli v dobrej zhode s ďalšími existujúcimi odhadmi (napríklad pomocou metódy capture-recapture).

Zdá sa, že metóda GIF je dostatočne dôkladná a okrem odhadov výskytu by tiež mohla poskytnúť najefektívnejšie odhady prevalencie problémového užívania opiátov, ako aj pokrytia substitučnou liečbou a ich zmeny v priebehu času. Budúca práca by mohla zahŕňať štúdie v iných krajinách EÚ, analýzy miestnych rozdielov a analýzy podľa pohlavia a spôsobov podávania.

údajov o klientoch na protidrogovej liečbe v 14 krajinách sa zistilo, že primárni užívatelia opiátov tvorili 61 % všetkých liečených klientov užívajúcich drogy, ale len 38 % z klientov nastupujúcich na liečbu po prvýkrát⁽¹¹²⁾. Vo všetkých krajinách zúčastnených na štúdiu sa uvádza, že percento primárnych užívateľov opiátov spomedzi tých klientov, ktorí sa liečili viac ako jeden rok, je vyše 50 %.

Klienti nastupujúci na liečbu pre primárne užívanie opiátov uvádzajú aj užívanie iných drog. V roku 2006 sa v analýze údajov zo 14 krajín zistilo, že sekundárnu drogu užíva 59 % klientov užívajúcich heroín, hlavne kokain (28 %), kanabis (14 %) a alkohol (7 %) (113).

Trendy v problémovom užívaní opiátov

Časové trendy je ťažké monitorovať, a to z dôvodu obmedzeného počtu opakovaných odhadov výskytu a prevalencie problémového užívania opiátov a neurčitosti jednotlivých odhadov. Údaje z deviatich krajín s opakovanými odhadmi prevalencie v rokoch 2002 až 2007 naznačujú relatívne stabilnú situáciu. V nedávnych údajoch sa až do roku 2005 nepotvrdilo očividné zvýšenie pozorované v Austrálii. Inde existujú informácie, ktoré môžu poukazovať na nedávne zmeny. Odhad vykonaný v roku 2007 na Cypre naznačuje, že je tam významné zvýšenie problémového užívania opiátov, ktoré je spojené s nárastom počtu liečených cudzích občanov (114). Informácie z francúzskeho systému „TREND“, ktoré sa opierajú o kvalitatívne aj kvantitatívne údaje, poukazujú na rozptýlenie heroínu do nových skupín užívateľov, do ktorých znepokojivo patria sociálne integrovaní jednotlivci a návštevníci „techno“ párty.

Keď nie sú dostupné aktuálne odhady o výskyte a prevalencii problémového užívania opiátov, aj tak sa môžu dať analyzovať časové trendy za použitia iných, hlavne nepriamych ukazovateľov, ako napríklad údaje o dopyte po liečbe. Na základe vzorky 19 krajín sa v období rokov 2002 až 2007 zvýšil celkový počet primárnych užívateľov heroínu nastupujúcich na liečbu. Pri zameraní sa na nedávnejší časový rámec, v období rokov 2006 až 2007 sa v ôsmich krajinách zvýšil počet aj podiel užívateľov nastupujúcich na liečbu kvôli primárnemu užívaniu heroínu zo všetkých klientov užívajúcich drogy. Tieto zvýšenia často nasledovali za výraznými zníženiami v predchádzajúcich rokoch. Okrem toho, od začiatku roka 2004 desať krajín uvádza zvýšenie v počte aj podiele nových klientov nastupujúcich na liečbu, ktorí majú heroín ako primárnu drogu (115).

Túto analýzu podporujú ďalšie ukazovatele. Údaje o úmrtiach vyvolaných drogami v roku 2007, ktoré sú väčšinou spojené s užívaním opiátov, neposkytujú žiadne náznaky o návrate alebo znižovaní trendu pozorovaného do roku 2003 (pozri kapitolu 7). Viac ako polovica krajín podávajúcich správu zaznamenala rastúci počet úmrtí vyvolaných drogami v období rokov 2006 až 2007 (116). Podobne aj pokles zachytení heroínu v Európskej únii do roku 2003 vystriedal stabilný nárast, aj vo väčšine posledných údajov o porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami možno pozorovať zvýšenie počtu prípadov súvisiacich s heroínom.

(112) Pozri tabuľku TDI-38 v štatistickej ročenke 2009.

(113) Pozri Vybraná otázka užívania viacerých drog, 2009.

(114) Úplné informácie, vrátane intervalov dôvernosti pozri v tabuľkách PDU-6 (časť ii) a PDU-102 v štatistickej ročenke.

(115) Pozri tabuľku TDI-3 v štatistickej ročenke 2009.

(116) Pozri tabuľku DRD-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2009.

Dostupné údaje naznačujú, že klesajúci trend ukazovateľov opiátov pozorovaný do roku 2003, sa ustálil. Toto je možno najzreteľnejšie viditeľné od roku 2003 na zachyteniach a úmrtiach vyvolaných drogami a po roku 2004 na nových dopytoch po liečbe v súvislosti s užívaním heroínu. Tieto zmeny sa objavili spolu so zvýšenou výrobou ópia v Afganistane, čím sa zvýšili obavy, že tieto udalosti by mohli byť prepojené so zvýšenou dostupnosťou heroínu na európskom trhu.

Injekčné užívanie drog

Prevalencia injekčného užívania drog

Injekční užívatelia drog 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 12 krajín bolo schopných poskytnúť najnovšie odhady úrovni injekčného užívania drog, a to napriek ich dôležitosti pre zdravie obyvateľstva⁽¹¹⁷⁾. Zlepšenie úrovne dostupných informácií o tejto špeciálnej populácii preto naďalej zostáva dôležitou výzvou pre vývoj systémov monitorovania zdravia v Európe.

Dostupné odhady naznačujú veľké rozdiely medzi krajinami v prevalencii injekčného užívania drog. Odhady sa vo väčšine krajín pohybujú od menej ako jedného až k piatim prípadom na 1 000 obyvateľov vo veku 15 - 64 rokov, pričom v Estónsku bola zaznamenaná výnimočne vysoká úroveň 15 prípadov na 1 000 obyvateľov.

Nedostatok údajov sťažuje vyvodzovanie záverov o časových trendoch v prevalencii injekčného užívania, hoci dostupné údaje naznačujú stabilnú situáciu v Českej republike, Grécku, v Spojenom kráľovstve a Nórsku⁽¹¹⁸⁾. Zvýšenie bolo spozorované aj na Cypre.

Údaje z prieskumov infekčných chorôb môžu poskytnúť aj informácie o rozdieloch medzi krajinami a o zmenách za určitý čas, ktoré sa týkajú injekčného užívania drog. Porovnanie medzi krajinami by sa však mali robiť s opatrnosťou, a to kvôli rozmanitosti použitých prostredí respondentov. V troch krajinách boli zistené relatívne vysoké podiely (vyše 20 %) nových injekčných užívateľov drog (ktorí používajú injekciu menej ako dva roky), čo možno naznačuje významný nový prírastok pre injekčné užívanie. V ďalších desiatich krajinách bol tento podiel nižší ako 10 %⁽¹¹⁹⁾. Ďalším ukazovateľom nedávnejšieho začatia injekčného užívania je podiel mladých injekčných užívateľov (mladších ako 25 rokov) zistených vo vzorkách.

Vybraná otázka EMCDDA o injekčnom užívaní drog

Injekčné užívanie drog je jedným z činiteľov závažných problémov verejného zdravia medzi užívateľmi drog, vrátane HIV/AIDS, hepatitídy typu C a predávkovania. v Európe sa prevalencia a trendy injekčného užívania odlišujú medzi jednotlivými členskými štátmi a v priebehu času sa môžu meniť. Alternatívne spôsoby užívania (napríklad fajčenie) môžu existovať popri injekčnom užívaní drog a užívatelia drog môžu striedať spôsoby užívania drog.

Vybraná otázka sa zameriava na situáciu a trendy v injekčnom užívaní drog a na konkrétne opatrenia, ktorých cieľom sú injekční užívatelia drog v Európe. Publikácia sa tiež zaoberá možnými mechanizmami v súvislosti s poklesom injekčného užívania drog pozorovaným v niektorých krajinách a regiónoch a dôvodmi, prečo v iných regiónoch môžu byť úrovne ešte vždy vysoké. Zaoberá sa tiež opatreniami a politikami, ktoré sa zameriavajú na zníženie injekčného podávania a tými, prostredníctvom ktorých možno presadzovať, aby si užívatelia vybrali menej škodlivé spôsoby užívania.

Táto vybraná otázka je k dispozícii v tlačenej a elektronickej podobe (len v angličtine) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) od decembra 2009.

Na nich pripadá viac ako 40 % injekčných užívateľov vo vzorke v Českej republike, Estónsku, Lotyšsku, Litve, Rakúsku, Rumunsku a na Slovensku, zatiaľ čo menej ako 20 % injekčných užívateľov vo vzorke bolo v 11 krajinách mladších ako 25 rokov.

Injekčné užívanie medzi užívateľmi opiátov

Injekčné užívanie sa často uvádza ako zvyčajný spôsob podávania u užívateľov drog, ktorí nastupujú na liečbu, na ktorých vo väčšine krajín pripadá vyše polovice klientov užívajúcich opiáty, od 25 % do 50 % v siedmich krajinách a menej ako 25 % v piatich krajinách. Najnižší podiel injekčných užívateľov medzi užívateľmi opiátov nastupujúcich na liečbu uvádza Dánsko a Holandsko a najvyšší Litva, Lotyšsko a Rumunsko⁽¹²⁰⁾. Správy o liečbe tiež naznačujú, že obľuba injekčného užívania drog medzi užívateľmi opiátov sa môže značne líšiť medzi jednotlivými krajinami. Napríklad, v samosprávnych komunitách v Španielsku sa podiel injekčných užívateľov medzi novými klientmi užívajúcimi opiáty pohybuje v rozpätí od 0,9 % do 47,2 %.

⁽¹¹⁷⁾ Pozri obrázok PDU-2 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Pozri tabuľku PDU-6 (časť iii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Pozri obrázok PDU-3 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹²⁰⁾ Pozri tabuľky PDU-104, TDI-5 a TDI-17 (časť v) v štatistickej ročenke 2009.

Medzi užívateľmi opiátov, ktorí po prvýkrát nastupujú na liečbu, je podiel uvádzaného injekčného užívania drog (42 %) nižší ako medzi všetkými užívateľmi opiátov nastupujúcich na liečbu (44 %). Toto platí takmer pre všetkých 22 krajín, ktoré podali správu. V analýze údajov o liečených užívateľoch drog v 14 krajinách sa zistilo, že podiel injekčného užívania medzi všetkými užívateľmi drog zostáva stále vysoký, na úrovni 62 %, hoci existujú niektoré významné výnimky, ako je napríklad Holandsko s hodnotou 6,1 % ⁽¹²¹⁾.

Podiel injekčných užívateľov medzi užívateľmi heroínu nastupujúcimi na liečbu sa v roku 2007 naďalej znižoval. Tento trend je teraz očividný v niektorých krajinách, v ktorých predtým nebol spozorovaný (napr. Česká republika, Nemecko). V období rokov 2002 až 2007 sa vo väčšine krajín znížil podiel injekčných užívateľov medzi primárnymi klientmi užívajúcimi opiáty, ktorí nastupujú na liečbu, pri štatisticky významnom poklese, ktorý uviedlo 13 krajín. Dve krajiny však uvádzajú zvýšenie za dané obdobie (Bulharsko, Slovensko) ⁽¹²²⁾.

Ostatné štúdie vo všeobecnosti potvrdzujú klesajúci trend injekčného užívania medzi užívateľmi opiátov. Napríklad vo Francúzsku sa v údajoch o liečbe od roku 2001 pozoruje zníženie prevalencie injekčného užívania a štúdie odhaľujú, že začiatok užívania heroínu sa vo väčšej miere spája so šnupaním a zdá sa, že na rozdiel od minulosti sa injekčné užívanie objavuje v neskoršom štádiu celého času užívania drog.

Liečba problémového užívania opiátov

Priemerný vek klientov nastupujúcich na ambulantnú liečbu z dôvodu primárneho užívania opiátov je 33 rokov a takmer všetky krajiny uviedli zvýšenie od roku 2003 ⁽¹²³⁾. Klientky, užívateľky opiátov nastupujúce na liečbu po prvýkrát a klientky z členských štátov, ktoré vstúpili do EÚ od roku 2004, sú v priemere mladšie ako ich mužské prototypy.

Ženy, užívateľky drog sú identifikované ako zvlášť zraniteľná skupina. Celkovo je pomer medzi mužskými a ženskými klientmi užívajúcimi opiáty 3,5 : 1, hoci ženy tvoria väčší podiel klientov užívajúcich opiáty v Severovýchodných krajinách (napr. Švédsko, Fínsko), a nižší podiel v južných krajinách (napr. Grécko, Taliansko, Portugalsko) ⁽¹²⁴⁾.

Medzi užívateľmi opiátov je vyšší podiel nezamestnaných a osôb s nižším dosiahnutým vzdelaním než medzi inými

Zneužívanie opiátov na predpis

Opiátové analgetiká sú najúčinnnejšie drogy, ktoré sú k dispozícii na zvládnutie silnej a chronickej bolesti. Opiáty sa taktiež používajú ako substitučné drogy v liečbe závislosti od opiátov. Tieto drogy, ktoré sú dostupné na predpis, je možné zneužiť, a to môže mať za následok nepriaznivé účinky na zdravie, ako je závislosť, predávkovanie a škody spôsobené s injekčným podávaním. Opiáty na predpis sa môžu dostať na nezákonný trh s drogami prostredníctvom úniku substitučných drog z ich náležitého použitia. Zdá sa, že aj internetové lekáreň hrajú podstatnú úlohu v dostupnosti opiátov na predpis v Spojených štátoch (INCB, 2009a), avšak v Európe sa ich úloha javí ako obmedzená. V Európe je rozšírenie predpisovania substitučných drog užívateľom drog závislým od opiátov sprevádzané narastajúcim počtom správ o zneužívaní týchto drog.

Približne 5 % (17 810) klientov, ktorí nastupujú na protidrogovú liečbu v Európe, uvádza ako primárnu drogu opiáty iné ako heroín. K najčastejšie uvádzaným látkam patrí: buprenorfín, ktorý vo Fínsku zaznamenali ako primárnu drogu v prípade 41 % zo všetkých požiadaviek na liečbu a vo Francúzsku v prípade 7 %; metadón, ktorý predstavuje 18,5 % všetkých požiadaviek na liečbu v Dánsku a iné opiáty na predpis v Lotyšsku, Rakúsku a Švédsku, kde predstavujú 5 až 15 % všetkých požiadaviek na liečbu ⁽¹⁾. Česká republika taktiež uvádza odhad o 4 250 problémových užívateľoch buprenorfínu v roku 2007. Odzrkadľuje to hlavne zmenu, pokiaľ ide o látky, ktoré užívajú problémoví užívatelia heroínu, ale nie nárast celkovej prevalencie problémového užívania opiátov. Nemecký systém PharMon, ktorý slúži na monitorovanie širokej škály liečiv, ktoré disponujú potenciálom na zneužitie, taktiež zaznamenal nárast v zneužívaní opiátov na predpis, kde substitučné drogy hrajú dôležitejšiu úlohu ako analgetiká (Roesner a Kűfner, 2007).

Zneužívanie opiátov na predpis nastoľuje závažné otázky týkajúce sa prevencie rozšírenia substitučných drog a opiátových analgetík na nezákonnom trhu. Zároveň je potrebné venovať pozornosť zabezpečeniu toho, aby nedošlo k ohrozeniu zákonného používania týchto látok (Cherny a kol., 2006).

(1) Pozri tabuľku TDI-113 v Štatistickej ročenke 2009.

klientmi (pozri kapitolu 2). V tejto populácii sa zaznamenáva vysoký výskyt psychiatrických porúch súvisiacich s komorbiditou, napríklad v talianskej štúdii sa zistilo, že väčšinu (72 %) klientov v protidrogovej liečbe so sprievodnou psychiatrickou morbiditou tvorili primárni užívatelia opiátov ⁽¹²⁵⁾.

⁽¹²¹⁾ Pozri tabuľky TDI-17 (časť v) a TDI-38 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹²²⁾ Pozri tabuľky TDI-4 a TDI-5 v štatistických ročenkách 2006 a 2009.

⁽¹²³⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-32 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹²⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-5 d TDI-21 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹²⁵⁾ Pozri aj „Komorbidita: užívanie drog a duševné poruchy“.

Takmer všetci užívatelia opiátov nastupujúci na liečbu uvádzajú začiatok užívania drog pred 30. rokom veku a približne jedna polovica vo veku do 20 rokov. Priemerný časový posun medzi prvým užitím opiátov a prvým kontaktom s drogovou liečbou je približne osem rokov, pričom v prípade mužov je dlhší časový posun ako v prípade žien ⁽¹²⁶⁾.

Poskytovanie liečby a pokrytie liečbou

Liečba užívateľov opiátov väčšinou prebieha v ambulantných zariadeniach, ktoré môžu obsahovať špecializované strediská, všeobecných lekárov a nízkoprahové zariadenia (pozri kapitolu 2). V niekoľkých krajinách tvoria nemocničné strediská významnú zložku systému protidrogovej liečby, najmä v Bulharsku, Grécku, Fínsku a Švédsku ⁽¹²⁷⁾. V Európe je široký a stále viac diferencovaný rozsah možností, ktoré sú dostupné na liečbu závislosti od opiátov, hoci sa odlišuje geograficky z hľadiska dostupnosti a pokrytia. Abstinencia a substitučná liečba kvôli užívaniu opiátov je dostupná vo všetkých členských štátoch, v Chorvátsku a Nórsku. V Turecku sa v súčasnosti skúma použitie substitučnej liečby v budúcnosti.

Komorbidita: užívanie drog a duševné poruchy

Komorbidita je často nezistený súčasný výskyt problémov s užívaním drog a psychiatrických porúch u toho istého jednotlivca. v štúdiách sa zistila zvýšená prevalencia psychiatrických problémov medzi pacientmi podrobujúcimi sa protidrogovej liečbe a zvýšená prevalencia problémov s drogami medzi pacientmi v psychiatrických zariadeniach (EMCDDA, 2005).

Najbežnejšie uvádzané duševné poruchy medzi užívateľmi drog v Európe zahŕňajú depresiu, úzkosť, schizofréniu, osobnostné poruchy, nedostatok pozornosti a hyperaktivitu. Osobitná liečba určená užívateľom drog s komorbiditou zostáva v Európe aj naďalej obmedzená. Vnútroštátni experti uvádzajú, že osobitné programy existujú v 18 krajinách, avšak iba v 14 z týchto krajín sú dostupné len pre menšinu klientov, ktorí potrebujú liečbu. V siedmich ďalších krajinách neexistujú žiadne účelové programy, avšak päť z týchto krajín plánuje vypracovať také programy v najbližších troch rokoch.

Nedávno sa uskutočnila európska perspektívna multicentrická štúdia (Isadora), do ktorej boli zahrnutí pacienti s dvojitou diagnózou z psychiatrických oddelení intenzívnej liečby ⁽¹⁾. Jej zistenia poukazujú na ťažkosti porovnávacích analýz v tejto oblasti, pričom sa zdôrazňuje potreba harmonizovanejšieho prístupu, pokiaľ ide o diagnózu, liečbu a skúmanie komorbidity v Európe (Baldacchino a kol., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

Abstinencia liečba je terapeutický prístup, pri ktorom sa vo všeobecnosti od jednotlivca vyžaduje, aby sa zdržal všetkých látok, aj substitučných liekov. Pacienti sa zúčastňujú na denných činnostiach a dostávajú intenzívnu psychologickú podporu. Hoci sa abstinencia liečba môže vykonávať v ambulantnom aj nemocničnom prostredí, najbežnejším typom uvádzaným členskými štátmi sú pobytové programy, v ktorých sa uplatňujú terapeutické komunitné modely alebo model Minnesota.

Substitučná liečba, vo všeobecnosti integrovaná s psychosociálnou starostlivosťou, sa bežne poskytuje v špecializovaných ambulantných strediskách. Trinásť krajín uvádza, že substitučnú liečbu poskytujú aj všeobecní lekári, zvyčajne v zariadeniach kombinovanej starostlivosti so špecializovanými liečebnými strediskami (pozri obrázok 11). V Českej republike, Francúzsku, Holandsku, Portugalsku, Spojenom kráľovstve a Chorvátsku môže každý všeobecný lekár poskytovať substitučnú liečbu, zatiaľ čo v Belgicku, Dánsku, Nemecku, Írsku, Luxembursku, Rakúsku a Nórsku len tí, ktorí sú špeciálne vyškolení alebo akreditovaní a oprávnení na jej poskytovanie. Mnohé krajiny uvádzajú, že v dôsledku zlepšenia geografického pokrytia, zníženia čakacích lehôt a uľahčenia prístupu k liečbe pomohlo zaangažovanie všeobecných lekárov zlepšiť dostupnosť a pokrytie substitučnej liečby (Česká republika, Nemecko, Francúzsko, Rakúsko a Spojené kráľovstvo).

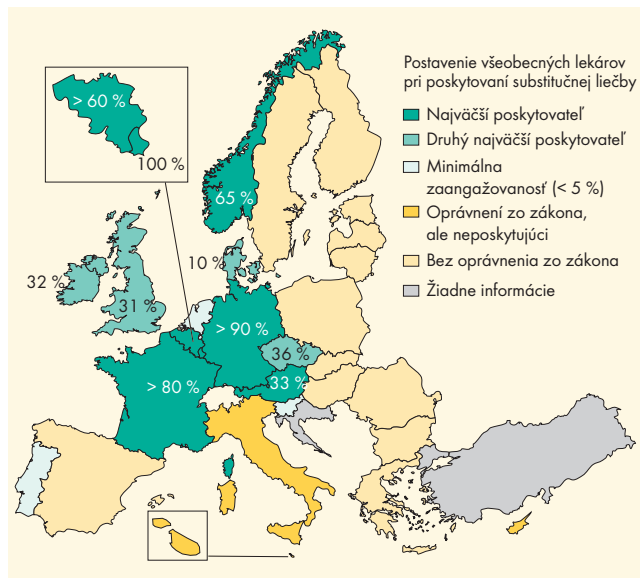
Podľa odborných odhadov je pomerne vysoká dostupnosť substitučnej liečby závislosti od opiátov v 16 krajinách, v ktorých je dostupná najmenej pre polovicu užívateľov opiátov (pozri kapitolu 2). V týchto krajinách je abstinencia liečba otázkou voľby u 10 % až 15 % užívateľov opiátov. V ďalších desiatich krajinách (Estónsko, Grécko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko, Fínsko, Nórsko) sa odhaduje, že substitučná liečba je dostupná pre menšiu časť užívateľov opiátov. Môže to byť v dôsledku toho, že abstinencia liečba je voliteľná, najmä pre mladších a prvýkrát liečených klientov, alebo kvôli ťažkostiam pri získavaní prístupu k substitučnej liečbe. Napríklad v Grécku je v priemere viac ako trojnásobná čakacia doba na substitučnú liečbu závislosti od opiátov.

Poskytovanie psychologickej starostlivosti sa považuje za podstatné, aby sa zabezpečila efektívnosť substitučnej liečby. Podľa odborných odhadov sa poskytuje takmer všetkým klientom substitučnej liečby v siedmich krajinách (Grécko, Taliansko, Lotyšsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) a väčšine z nich v ďalších 14 krajinách. V štyroch krajinách (Estónsko, Luxembursko, Maďarsko, Holandsko) sa odhaduje, že je poskytovaná len menšej časti klientov v substitučnej liečbe.

⁽¹²⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-11, TDI-33, TDI-107 a TDI-109 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹²⁷⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2009.

Obrázok 11: Poskytovanie substitučnej liečby závislosti od opiátov ambulantnými všeobecnými lekármi



Poznámka: Percentuálny podiel klientov substitučnej liečby, ktorým je liečba poskytovaná od všeobecných lekárov v komunite, je vyznačený na mape.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Celkový počet klientov, ktorí dostávajú substitučnú liečbu v EÚ, Chorvátsku a Nórsku sa v roku 2007 odhadoval asi na 650 000, v porovnaní s 560 000 v roku 2005 a 500 000 v roku 2003. Dostupné údaje naznačujú nárast vo všetkých krajinách, s výnimkou Španielska, kde sa od roku 2002 znižoval počet osôb dostávajúcich substitučnú liečbu a Francúzska, Luxemburska, Maďarska a Holandska, kde bol zaznamenaný malý pokles alebo stabilné údaje. Spomedzi krajín, ktoré rozšírili poskytovanie substitučnej liečby bola zaznamenaná najvyššia miera v Estónsku, kde sa za päť rokov zvýšil počet klientov zo 60 na viac ako 1 000, a v Bulharsku, kde sa od roku 2003 do roku 2007 zvýšil počet liečebných miest z 380 na takmer 3 000. Počet klientov v substitučnej liečbe sa za toto obdobie tiež takmer zdvojnásobil v Českej republike, Lotyšsku, Fínsku a Nórsku, zatiaľ čo zvýšenie presahujúce 40 % uvádza Grécko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko a Švédsko.

Jednoduché porovnanie odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov a poskytnutej liečby naznačuje, že viac ako 40 % by mohlo dostávať substitučnú liečbu. V oboch súboroch údajov však chýba presnosť, a preto by sa tento odhad mal používať opatrne. Z rovnakého dôvodu je ťažké urobiť porovnanie, hoci dostupné údaje naznačujú, že podiel problémových užívateľov opiátov, ktorí dostávajú liečbu, sa v jednotlivých krajinách značne odlišuje, pričom odhadované pomery sa pohybujú od 5 % do vyše 50 %⁽¹²⁸⁾.

Väčšina klientov v substitučnej liečbe v Európe dostáva metadón (70 %), ale počet krajín, v ktorých je jedinou predpisovanou látkou sa znižuje, pričom buprenorfín je teraz dostupný vo všetkých členských štátoch EÚ okrem štyroch (Bulharsko, Španielsko, Maďarsko a Poľsko). V Českej republike, Francúzsku, Lotyšsku a Švédsku sa viac ako 50 % tých, ktorí sú v substitučnej liečbe, predpisuje buprenorfín. Ďalšou alternatívou je morfín s pomalým uvoľňovaním (Bulharsko, Rakúsko, Slovinsko) a kodeín (Nemecko, Rakúsko, Cyprus). Nová kombinácia buprenorfín – naloxón bola schválená pre trh EÚ v roku 2006 a uvádza sa, že odvtedy bola zavedená v 11 krajinách. Šesť európskych krajín poskytuje aj liečbu za pomoci heroínu tým užívateľom, ktorí nemajú dostatočný ošoh z inej liečby.

Účinnosť, kvalita a normy liečby

Z prehľadov randomizovaných kontrolovaných skúšok a pozorovacích štúdií vyplýva záver, že substitučná liečba buď s metadónom alebo buprenorfínom môže byť účinná pri zvládaní závislosti od opiátov. Celkovo sa tento typ liečby spája s mnohými pozitívnymi výsledkami, ako napríklad: zotrvanie v liečbe, zníženie užívania a injekčného vpichovania nezákonných opiátov, zníženie úmrtnosti a kriminálneho správania a stabilizácia a zlepšenie zdravotných a sociálnych podmienok chronických užívateľov heroínu. Okrem toho sa v nedávnych randomizovaných kontrolovaných skúškach zistilo, že liečba za pomoci heroínu môže byť účinná pri znižovaní užívania nezákonných drog, zlepšovaní fyzického alebo duševného zdravia u klientov, o ktorých sa usudzovalo, že je ťažké ich liečiť alebo liečba s inými modalitami bola neúspešná.

Psychosociálne a psychoterapeutické intervencie v kombinácii s farmakoterapiou sa vykazovali ako úspešné v štúdiách liečebných výsledkov (Schulte a kol., 2008). Cieľom týchto prístupov je zvýšiť motiváciu k liečbe, zabrániť relapsu a znížiť škody. Okrem toho môžu poskytnúť radu a praktickú podporu klientom, ktorí musia riešiť svoje bývanie, zamestnanie a rodinné problémy súbežne s liečbou svojej závislosti od opiátov.

Organizácia WHO (2009) nedávno vypracovala súbor minimálnych požiadaviek a medzinárodné usmernenia pre psychosociálne podporovanú farmakologickú liečbu osôb závislých od opiátov. Tieto dokumenty sú reakciou na rezolúciu Hospodárskej a sociálnej rady OSN (ECOSOC) a vychádzajú zo systematických prieskumov vedeckej literatúry a konzultácií s celým radom renomovaných expertov z rôznych častí sveta. Usmernenia o substitučnej liečbe vypracovala aj väčšina európskych krajín (pozri kapitolu 2).

⁽¹²⁸⁾ Pozri obrázok HSR-1 v štatistickej ročenke 2009.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Kapitola 7

Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Infekčné choroby, ako napríklad HIV a hepatitída B a C, patria k najzávažnejším zdravotným následkom užívania drog. Dokonca aj v krajinách, v ktorých je prevalencia 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 (prevalencia protilátok alebo iných osobitných markerov v prípade hepatitídy B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV a AIDS

Na konci roka 2007 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 výmenu injekčných ihliel a striekačiek. Iné faktory, ako napríklad pokles v injekčnom užívaní drog uvádzaný vo viacerých krajinách, mohli tiež hrať dôležitú úlohu. Napriek tomu v niektorých častiach Európy údaje naznačujú, že prenos HIV súvisiaci s injekčným užívaním drog stále pretrvával v roku 2007 na relatívne vysokých úrovniach, čo zdôrazňuje potrebu zabezpečiť pokrytie a účinnosť miestnej praxe prevencie.

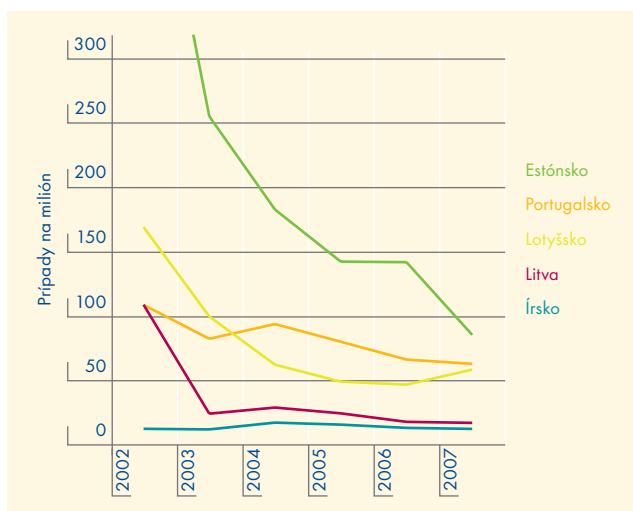
Trendy v infekcii HIV

Údaje o nových diagnostikovaných prípadoch týkajúcich sa injekčného užívania drog za rok 2007 ukazujú, že po vrchole zaznamenanom v rokoch 2001 až 2002, ktorý spôsobili epidémie v Estónsku, Lotyšsku a Litve ⁽¹³⁰⁾, miery infekcie v celej Európskej únii stále celkovo klesajú. v roku 2007 bola celková miera nových diagnostikovaných infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog v 24 členských štátoch EÚ, z ktorých sú k dispozícii národné údaje, 4,7 prípadov na milión obyvateľov, čo je mierny pokles

z 5,0 v roku 2006 ⁽¹³¹⁾. Z troch krajín, ktoré uvádzajú najvyššie miery nových diagnostikovaných infekcií, Portugalsko a Estónsko pokračujú v klesajúcom trende, hoci v Portugalsku sa zdá, že tento trend sa ustáľuje. Na rozdiel od toho, v Lotyšsku sa uvádza nárast zo 47,1 prípadov na milión obyvateľov v roku 2006 na 58,7 prípadov na milión obyvateľov (obrázok 12).

Celkovo nebol za obdobie 2002 až 2007 pozorovaný výrazný nárast nových infekcií HIV a oznámené miery zostávajú nízke. V Bulharsku a vo Švédsku však vzrástla miera nových diagnostikovaných infekcií – z 0,3 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2002 na 5,6 prípadov v roku 2007 v Bulharsku, a vo Švédsku z 3,5 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2002 na vrchol 6,7 prípadov v roku 2007 predtým, ako sa v roku 2008 vrátila na predchádzajúce úrovne – čo naznačuje, že stále existuje potenciál pre epidémiu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog.

Obrázok 12: Trendy v piatich členských štátoch EÚ s najvyššou mierou novo oznámených infekcií HIV u injekčných užívateľov drog



Poznámka: Hodnota za Estónsko za rok 2002 je mimo stupnice (516 prípadov na milión). Ďalšie informácie pozri v tabuľke INF-104 v štatistickej ročenke 2009.

Zdroj: ECDC a WHO Europe

⁽¹²⁹⁾ Podrobnosti o metódach a definíciách pozri v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹³⁰⁾ Pozri tabuľku INF-104 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹³¹⁾ Národné údaje nie sú k dispozícii za Španielsko, Taliansko a Rakúsko.

Údaje o trendoch zo sledovania prevalencie HIV vo vzorkách injekčných užívateľov drog sú dôležitým doplnkom údajov z oznamovania prípadov HIV. Údaje o prevalencii sú dostupné z 25 krajín za obdobie 2002 až 2007⁽¹³²⁾. V 11 krajinách sa v tomto období prevalencia HIV nezmenila. V šiestich krajinách (Bulharsko, Nemecko, Španielsko, Taliansko, Lotyšsko, Portugalsko) prevalencia HIV vykazovala štatisticky významný pokles na základe národných vzoriek. v dvoch z týchto krajín sa však vykázal aj regionálny nárast: v Bulharsku, v jednom meste, v Sofii a v Taliansku, v troch z 21 regiónov. V dvoch krajinách (Litva a Poľsko) prevalencia HIV vykazovala štatisticky významný nárast, v oboch prípadoch na základe národných vzoriek.

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.

Vysoká ročná miera nových diagnóz HIV súvisiacich s injekčným užívaním drog v Estónsku, Lotyšsku a Portugalsku však naznačuje, že úroveň prenosu v týchto krajinách je stále relatívne vysoká, aj keď v súčasnosti v Estónsku a Portugalsku tieto miery klesajú. V prípade Estónska tento prenos 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 pokračujúceho prenosu HIV podávajú správy o vysokých, viac než 5 %, úrovniach prevalencie medzi mladými injekčnými užívateľmi drog (vzorky minimálne 50 injekčných užívateľov drog vo veku do 25 rokov) v niektorých krajinách: v Španielsku (národné údaje, 2006), Francúzsku (päť miest, 2006), Estónsku (dva regióny, 2005), Litve (jedno mesto, 2006) a v Poľsku (jedno mesto, 2005)⁽¹³³⁾.

Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

Informácie o výskyte AIDS sú dôležité na vykázanie nového výskytu symptomatických ochorení, hoci nie sú dobrým ukazovateľom prenosu HIV. Vysoké miery výskytu AIDS v niektorých európskych krajinách môžu naznačovať, že mnohí injekční užívatelia drog nakazení HIV nedostávajú vysoko aktívnu antiretrovirálnu liečbu (HAART) v dostatočne včasnom štádiu infekcie, aby mohli z liečby vyťažiť maximum.

Estónsko je krajinou s najväčším výskytom AIDS súvisiacim s injekčným užívaním drog s odhadovanými 33,54 novými prípadmi na milión obyvateľov v roku 2007 v porovnaní so

17,1 prípadmi na milión obyvateľov v roku 2006. Relatívne vysoká úroveň výskytu AIDS sa vykazuje aj v Lotyšsku, Španielsku Portugalsku a Litve: 13,2, respektíve 8,8, 8,6 a 6,2 nových prípadov na milión obyvateľov. Spomedzi týchto štyroch krajín trend klesá v Španielsku a Lotyšsku a Portugalsku, nie však v Litve⁽¹³⁴⁾.

Hepatitída B a C

Zatiaľ čo vysoká prevalencia 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. Úrovně protilátok HCV medzi národnými vzorkami injekčných užívateľov drog z obdobia 2006 až 2007 sa líšia v rozpätí približne od 18 % do 95 %, pričom polovica krajín vykazuje úrovně prekračujúce 40 %. Tri krajiny (Bulharsko, Česká republika, Slovinsko) vykazuje prevalenciu menšiu ako 25 % v národných vzorkách

HIV medzi užívateľmi, ktorí injekčne užívajú drogy v Európskej únii a susedných krajinách: narastajúce trendy na Východe

V Európe aj naďalej pretrvávajú rozdiely vo vývoji epidémie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog. v krajinách Európskej únie sú miery uvádzaných novo diagnostikovaných prípadov infekcie HIV u užívateľov, ktorí injekčne užívajú drogy, prevažne na stabilnej a nízkej úrovni alebo klesajú. v mnohých bývalých sovietskych republikách sa však miery v roku 2007 zvýšili (Wiessing a kol., 2008b) a naznačujú tak, že existujúce preventívne opatrenia sú možno nedostačujúce a je potrebné ich posilniť.

V tých východných krajinách, v ktorých od roku 2001 s najvyšším výskytom (Rusko, Bielorusko) došlo k určitému poklesu, sa novo diagnostikované a uvádzané miery infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog pohybovali od nuly v Turkménsku do 80 prípadov na milión obyvateľov v Kazachstane a 152 prípadov na milión obyvateľov na Ukrajine. Najnovší údaj, pokiaľ ide o Rusko, je 78 prípadov na milión obyvateľov v roku 2006.

V absolútnom zmysle Ukrajina vykazuje najvyšší počet novo uvádzaných prípadov HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v roku 2007 (7 087 prípadov), po nej nasleduje Uzbekistan (1 816 prípadov) a Kazachstan (1 246 prípadov), zatiaľ čo Rusko v roku 2006 uvádzalo 11 161 prípadov. Niekoľko ďalších bývalých sovietskych republík s celkovo nižšími počtami a mierami vykazuje narastajúci trend v počte uvádzaných prípadov, čo naznačuje, že medzi injekčnými užívateľmi drog sa môže šíriť epidémia. k týmto krajinám patrí Azerbajdžan, Bielorusko, Gruzínsko, Kirgizsko, Moldavsko a Tadžikistan.

⁽¹³²⁾ Pozri tabuľku INF-108 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹³³⁾ Pozri tabuľky INF-109 a INF-110 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹³⁴⁾ Pozri obrázok INF-1 v štatistickej ročenke 2009.

injekčných užívateľov drog (¹³⁵); hoci miery infekcie na tejto úrovni naďalej predstavujú závažný problém zdravia obyvateľstva.

V jednotlivých krajinách sa úrovne prevencie HCV významne líšia, pričom odrážajú regionálne rozdiely aj charakteristiky vzorovej populácie. Napríklad v Spojenom kráľovstve miestne štúdie uvádzajú úrovne medzi 29 % až 60 %, zatiaľ čo v Taliansku je rozpätie rôznych regionálnych odhadov okolo 36 % až 92 %.

Nedávne štúdie (2006 – 2007) ukazujú veľký rozsah úrovni prevencie medzi injekčnými užívateľmi do veku 25 rokov a tými, ktorí injekčne užívajú drogy menej než dva roky, čo naznačuje rôzne úrovne výskytu HCV v tejto populácii v celej Európe (¹³⁶). Tieto štúdie však naznačujú aj to, že mnohí injekční užívatelia dostanú vírus skoro po začatí injekčného užívania drog a že preto je len veľmi krátky časový horizont na začatie účinných preventívnych opatrení proti HCV.

Prevalencia protilátok na vírus hepatitídy B (HBV) sa tiež líši do značnej miery, čiastočne pravdepodobne z dôvodu rozdielov v úrovniach očkovania, hoci určitú úlohu môžu zohrávať aj iné faktory. Najúplnejší dostupný súbor údajov je ten pre protilátku hlavného antigénu hepatitídy B (anti-HBC), ktorý indikuje priebeh infekcie. v období 2006 – 2007 tri z desiatich krajín poskytujúcich údaje o injekčných užívateľoch drog vykázali úrovne prevencie anti-HBC viac než 40 % (¹³⁷).

Časové trendy v oznámených prípadoch hepatitídy B a C ukazujú rozdielne obrázky, ktoré je však ťažké interpretovať. Avšak určité nahliadnutie do podstaty epidemiológie týchto infekcií môže poskytnúť podiel injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi, keď sú známe rizikové faktory (Wiessing a kol., 2008a). v prípade hepatitídy B podiel injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi klesol v období rokov 2006 až 2007 v siedmich krajinách, ale v ďalších štyroch sa zvýšil (Česká republika, Luxembursko, Malta, Spojené kráľovstvo) (¹³⁸).

Prevenia a reagovanie na infekčné choroby

Sedemnášť členských štátov EÚ a Turecko uvádzajú, že prevencia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog je súčasťou ich národnej protidrogovej stratégie, a šesť ďalších krajín uvádza, že je to predmetom špecifickej stratégie. Desať z týchto 23 krajín uvádza, že majú aj stratégie na predchádzanie infekčným chorobám na miestnej a regionálnej úrovni.

Prevalencia hepatitídy C ako možný ukazovateľ rizika HIV spojeného s injekčným užívaním

Skupina analytikov a epidemiológov, ktorých zhromaždilo EMCDDA, skúmala potenciál využívania informácií o prevalencii vírusu hepatitídy C (HCV) medzi injekčnými užívateľmi drog ako ukazovateľa rizika prenosu HIV. HCV sa prenáša prostredníctvom spoločného používania injekčných ihliel podobným spôsobom ako HIV. Keďže HCV je oveľa infekčnejší, mohol by odhaliť celkovú úroveň rizikového správania, vrátane spoločného používania ihliel, spoločného používania injekčného vybavenia a výmeny injekčného partnera v populáciách injekčných užívateľov drog, v ktorých ešte nedošlo k rozšíreniu HIV.

Analýza párových údajov o prevalencii HCV a HIV ukázala, že prevalencia HCV medzi injekčnými užívateľmi až do približne 30 % (interval spoľahlivosti 95 %, 21 – 38 %) je spojená s nulovou alebo veľmi nízkou prevalenciou HIV. Pri vyšších úrovniach prevencie HCV sa zistil lineárny vzťah medzi prevalenciou HIV a HCV a údaje časového radu naznačujú, že zaznamenaná prevalencia HIV sa zvyšuje pri približne polovičnej miere prevencie HCV.

Tieto výsledky naznačujú, že prevalencia HCV by sa mohla použiť, aby pomohla pri vypracovaní cieľných opatrení v oblasti prevencie a znižovania škôd medzi injekčnými užívateľmi drog. Okrem toho by sa tiež mohla používať na posúdenie rizika vypuknutia HIV v krajinách, v ktorých je prevalencia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog ešte veľmi nízka.

Zdroj: Vickerman a kol. (predložené)

Členské štáty EÚ reagujú na šírenie infekčných chorôb medzi užívateľmi drog kombináciou prístupov, akými sú: liečba drogovej závislosti, poskytovanie sterilného injekčného vybavenia a činnosti opierajúce sa o komunitu, ktoré poskytujú informácie, vzdelávanie, testovanie a behaviorálne intervencie, často prostredníctvom externých alebo nízkoprahových agentúr. Experti z 27 krajín podali správu o úrovni priority, ktorá sa udeľuje vybraným intervenciám na predchádzanie infekčným chorobám medzi užívateľmi drog (¹³⁹). Prístup k sterilnému injekčnému vybaveniu prostredníctvom programov výmeny ihliel a striekačiek uvádza ako prioritu 23 krajín, testovanie a poradenstvo o infekčných chorobách 16 krajín a šírenie informácií, vzdelávacie a komunikačné materiály 14 krajín.

Prístup k sterilným striekačkám je najčastejšie uvádzanou prioritou, ako sa zistilo v podobnom prieskume uskutočnenom v roku 2005. Zvýšený počet krajín teraz uvádza ako prioritu poradenstvo a testovanie na infekčné choroby a cieľené programy imunizácie proti hepatitíde.

(¹³⁵) Pozri tabuľky INF-111 až INF-113 v štatistickej ročenke 2009.

(¹³⁶) Pozri obrázok INF-6 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2009.

(¹³⁷) Pozri tabuľku INF-115 v štatistickej ročenke 2009.

(¹³⁸) Pozri tabuľky INF-105 a INF-106 v štatistickej ročenke 2009.

(¹³⁹) Pozri tabuľku HSR-6 v štatistickej ročenke 2009.

Intervencie

Vo výskume sa preukázalo, že nepretržitá liečba je spojená so znížením injekčného užívania drog a súvisiaceho rizikového správania, a tým s ochranou proti infekcii HIV. Vo väčšine európskych krajín sa od polovice 90. rokov významne zvýšilo znížovanie škôd a poskytovanie liečebných služieb (Hedrich a kol., 2008b). Substitučná liečba závislosti od opiátov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku a Nórsku, ale v niektorých krajinách je poskytovanie tejto intervencie stále obmedzené (pozri kapitoly 2 a 6).

Národní experti odhadujú, že v minulom roku dostali takmer všetci problémoví užívatelia drog v 17 krajinách individuálne poradenstvo o infekčných chorobách (¹⁴⁰). V 12 krajinách sa to týkalo testovania HCV, pričom experti z 11 krajín odhadli, že väčšina problémových užívateľov drog dostala v minulom roku praktické rady a školenie o bezpečnejšom užívaní a o injekčnom užívaní. Očkovanie proti hepatitíde B je začlenené do plánov bežnej imunizácie v 21 z 28 krajín podávajúcich správu, a v 17 krajinách existujú aj špecifické očkovacie programy zacielené na užívateľov drog v danej komunite. 17 krajín tiež uviedlo činnosti zdravotníckej osvedy pre užívateľov drog, do ktorých sú zapojení školitelia, rovesníci.

Programy výmeny ihiel a striekačiek existujú vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku a Nórsku. Tento program sa však sotva uplatňoval v roku 2007 na Cypre. Odhaduje sa, že v 15 krajinách väčšina injekčných užívateľov drog dostala najmenej jedenkrát striekačky z takého programu za posledných 12 mesiacov. V 11 krajinách len menšia časť injekčných užívateľov dostala striekačky za rovnaké obdobie napriek tomu, že deväť z týchto krajín uvádza prístup k sterilnému injekčnému vybaveniu za prioritné opatrenie na zabránenie šírenia infekčných chorôb.

Počet striekačiek poskytnutých prostredníctvom programov výmeny ihiel a striekačiek sa v období rokov 2005 až 2007 zvýšil v 18 z 26 krajín, za ktoré sú údaje k dispozícii. Je značný rozdiel medzi počtom striekačiek vydaných ročne na klienta, pričom ako príklad môže slúžiť od okolo 50 striekačiek na klienta programu výmeny ihiel a striekačiek v Chorvátsku a Litve až do 200 vo Fínsku a 300 v Rumunsku v roku 2007 (¹⁴¹).

Celkový počet striekačiek vydaných v roku 2007 bol o 33 % vyšší ako v roku 2003 v 14 krajinách, za ktoré sú k dispozícii spoľahlivé údaje alebo odhady. Prebiehajúce zvýšenia za uvedené obdobie uviedlo Belgicko, Bulharsko,

Liečba injekčných užívateľov drog s chronickou hepatitídou C

Až u 30 % pacientov s neliečenou chronickou hepatitídou sa do 30 rokov rozvinie cirhóza pečene a náklady vynaložené na liečenie konečného štádia ochorenia pečene sú značné (Jager a kol., 2004). Aby sa znížilo zafarženie spôsobené hepatitídou C v Európe, je nevyhnutné presadzovať a rozširovať prístup k liečbe pre najväčšiu skupinu pacientov – chronických nositeľov vírusu, ktorí sú aktívnymi injekčnými užívateľmi drog.

Súčasný postup pri liečbe chronickej hepatitídy C – šesť až dvanásť mesiacov trvajúca kombinovaná liečba dlhodobo pôsobiacim interferónom a ribavirínom – sú účinné u viac ako 50 % pacientov, ktorí dosiahnu dlhotrvajúcu virologickú reakciu. aj keď počet dlhodobých štúdií zostáva aj naďalej obmedzený, výsledky výskumu, ktoré sú k dispozícii, preukázali dobrú zhodu a úspech v antivírusovej liečbe injekčných užívateľov drog (napríklad Moussalli a kol., 2007). Takisto sa preukázala účinnosť liečenia hepatitídy C vo väzniciach vzhľadom na vynaložené náklady (Sutton a kol., 2008) a bezpečnosť a účinnosť liečby pre užívateľov drog s psychiatrickými problémami súvisiacimi s komorbiditou (Loftis a kol., 2006).

Prístup užívateľov drog k liečbe hepatitídy C však zostáva obmedzený. Dôvody by mohli zahŕňať nedostatočnú liečebnú kapacitu, nedostatok informácií o možnostiach liečby alebo nízku úroveň stanovovania priorit u užívateľov drog. Niekoľko krajín EÚ vrátane Dánska, Nemecka, Francúzska, Holandska a Spojeného kráľovstva v posledných rokoch preskúmalo svoje politiky s cieľom rozšíriť prístup nositeľov chronickej hepatitídy C, ktorí sú aktívnymi injekčnými užívateľmi drog, k testovaniu a liečbe.

Liečba hepatitídy C v kontexte drogovej závislosti je niekedy náročná, ale je možné ju zlepšiť pomocou starostlivo naplánovanej a organizovanej klinickej liečby a spolupráce pacientov na základe informovaného súhlasu. Multidisciplinárne tímy, ktoré dokážu riadiť drogovú závislosť, liečbu pečene a duševné problémy súvisiace s komorbiditou, skvalitnia výsledky liečby (Grebely a kol., 2007).

Česká republika, Estónsko, Maďarsko, Rakúsko, Slovensko a Fínsko. Počet vydaných striekačiek v Lotyšsku sa nezmenil, pričom zníženie uviedlo Španielsko, Litva, Luxembursko, Portugalsko a Poľsko.

Z údajov, ktoré poskytlo 15 krajín, je zrejmé, že v roku 2007 sa viac ako 125 000 osôb obrátilo na agentúry s programami výmeny ihiel a striekačiek (¹⁴²). Informácie o prístupe klientov však nie sú k dispozícii zo štyroch najväčších členských štátov EÚ (Nemecko, Španielsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo). Národný prieskum uskutočnený v 120 francúzskych strediskách na znížovanie škôd „CAARUD“ ukázal, že v roku 2007 ich využilo

¹⁴⁰ Experti z 26 krajín EÚ, Turecka a Nórska určili úroveň poskytovania vybraných intervencií pre užívateľov drog.

¹⁴¹ Pozri tabuľku HSR-5 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

¹⁴² Pozri tabuľku HSR-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

približne 40 000 osôb (Toufik a kol., 2008). V Spojenom kráľovstve bol v roku 2008 zavedený nový systém monitorovania výmeny ihliel.

Nízkoprahové zariadenia môžu poskytovať príležitosť pre poskytnutie služieb primárnej zdravotnej starostlivosti pre ľudí s nedostatočným prístupom k všeobecným službám. V nedávnom hodnotení nízkoprahových zdravotných stredísk zacielených na injekčných užívateľov drog vo Fínsku sa dospelo k záveru, že takáto kombinácia služieb zohrala významnú úlohu pri predchádzaní infekčným chorobám. Považovalo sa to aj za úspornú inováciu, ktorá môže fungovať v rámci reštriktívnej protidrogovej politiky krajiny (Arponen a kol., 2008).

Plány výmeny ihliel a striekačiek môžu zohrať určitú úlohu aj pri podporovaní dobrého zdravia. Školenie o podpore zdravia, ktoré je založené na oficiálnych učebných osnovách a učebniciach, sa ponúka pre personál programov výmeny ihliel a striekačiek v 20 krajinách a pre farmaceutov v deviatich krajinách. 11 členských štátov EÚ uvádza aj usmernenia pre prácu v nízkoprahových prostrediach, ktoré pokrývajú také témy, ako napríklad testovanie na infekčné choroby, výmena striekačiek, externá práca a školenie kolegov.

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).

Úmrtnosť súvisiaca s drogami zahŕňa úmrtia, ktoré sú priamo spôsobené farmakologickým pôsobením jednej alebo niekoľkých látok (úmrtia vyvolané drogami) a úmrtia, ktoré sú nepriamo spôsobené užívaním drog, často s ďalšími súbežnými faktormi (napr. úrazmi). K známym príčinám úmrtí patrí akútna toxicita, dopravné nehody, najmä v kombinácii s alkoholom (EMCDDA, 2007c), násilie, samovražda medzi aj ináč zraniteľnými ľuďmi alebo chronické podmienky v dôsledku opakovaného užívania (kardiovaskulárne problémy u užívateľov kokaínu). Zatiaľ čo väčšina úmrtí súvisiacich s drogami sa vyskytuje u problémových užívateľov drog,

niektoré sa vyskytujú v iných skupinách užívateľov, ako napríklad u príležitostných užívateľov drog⁽¹⁴³⁾.

Úmrtia vyvolané drogami

Definícia centra EMCDDA úmrtí vyvolaných drogami sa vzťahuje na tie úmrtia, ktoré sú priamo spôsobené (predávkovaním) konzumáciou jednej alebo viacerých drog, pričom minimálne jedna látka je nezákonnou drogou. Počet úmrtí môže byť ovplyvnený takými faktormi, ako sú prevalencia a formy užívania drog (injekčne, užívanie viacerých drog), vek a komorbidita užívateľov drog a dostupnosť liečby a pohotovostné služby.

Zlepšenia v kvalite a spoľahlivosti európskych údajov umožnili lepší opis európskych a národných trendov a väčšina krajín v súčasnosti prijala definíciu prípadu v súlade s definíciou centra EMCDDA⁽¹⁴⁴⁾. Rozdiely v kvalite vykazovania prípadu medzi jednotlivými krajinami, ktoré podávajú správy do národných evidencií úmrtnosti a centru EMCDDA však znamenajú, že akékoľvek priame porovnanie sa musia vykonávať opatrne.

Počas obdobia 1990 – 2006 členské štáty EÚ, Chorvátsko, Nórsko a Turecko každý rok oznámili 6 400 až 8 500 úmrtí vyvolaných drogami, čo v súčte predstavuje viac ako 135 000 úmrtí. V roku 2006 pripadla na Spojené kráľovstvo a Nemecko polovica všetkých oznámených úmrtí. Miera úmrtnosti obyvateľstva v dôsledku úmrtí vyvolaných drogami sa medzi jednotlivými krajinami značne odlišuje v rozpätí od 3 do 85 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom priemer v Európe je 22 úmrtí na milión obyvateľov. Miera 20 úmrtí na milión obyvateľov bola zistená v 17 z 30 európskych krajín, a miera vyše 40 úmrtí na milión obyvateľov v šiestich krajinách (obrázok 13). Medzi Európanmi vo veku 15 – 39 rokov pripadlo predávkovanie na 4 % zo všetkých úmrtí⁽¹⁴⁵⁾.

Úmrtia súvisiace s opiátmi

Heroín

Opiáty, najmä heroín alebo jeho metabolity, sú prítomné vo väčšine prípadov úmrtí vyvolaných drogami, ktoré boli zaznamenaná v Európskej únii. V 22 krajinách, ktoré poskytli údaje, pripadlo na opiáty 35 % až takmer 100 % všetkých prípadov, pričom 11 z týchto krajín uvádzalo podiely vyššie ako 85 %⁽¹⁴⁶⁾. V toxikologických správach o úmrtiach sa často nachádzajú aj iné látky okrem heroínu.

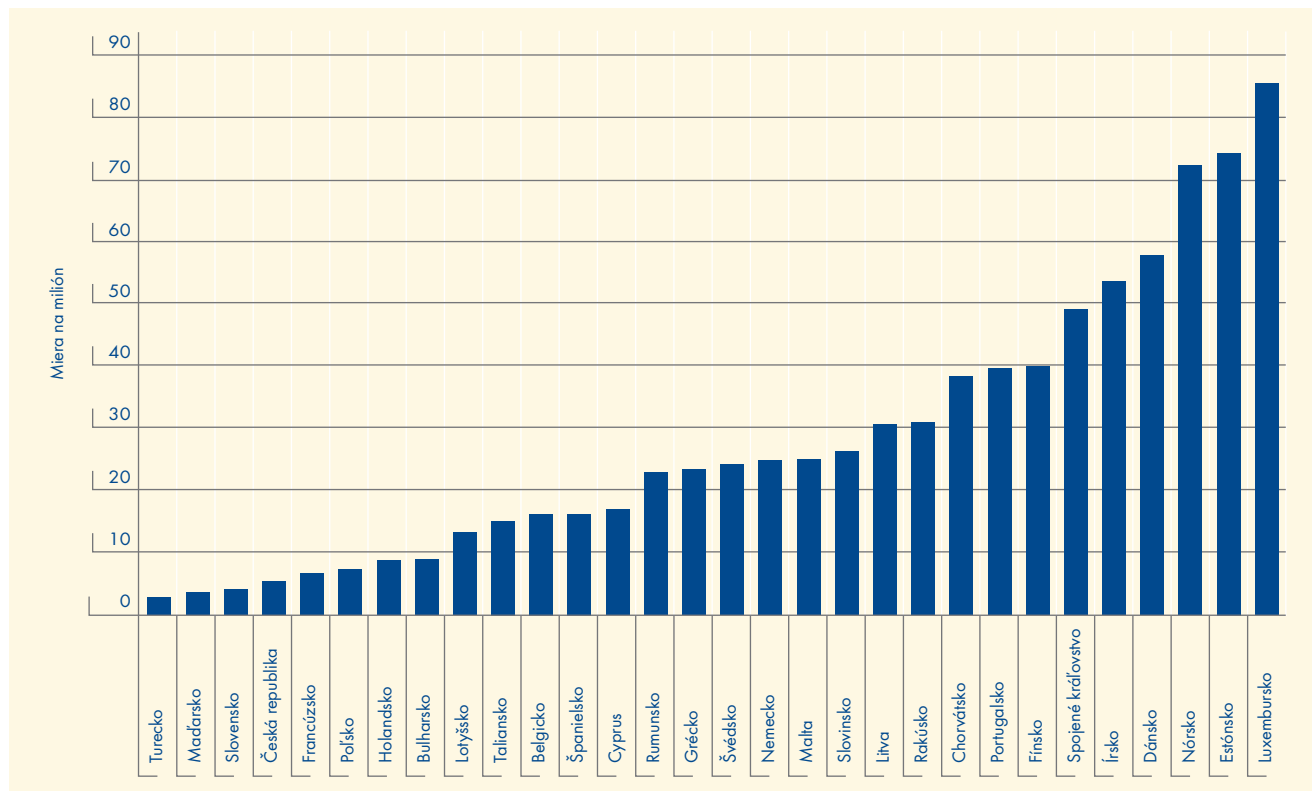
⁽¹⁴³⁾ Pozri „Úmrtnosť súvisiaca s drogami: komplexná koncepcia“ vo Výročnej správe 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Podrobné metodologické informácie pozri v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Pozri obrázok DRD-7 (časť i) a tabuľky DRD-5 (časť ii) a DRD-107 (časť i) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Keďže väčšinu prípadov oznámených centru EMCDDA tvorí predávkovanie opiátmi (hlavne heroín), na opis prípadov spojených s opiátmi sa použili všeobecné charakteristiky oznámených úmrtí vyvolaných drogami. Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2009.

Obrázok 13: Miery úmrtnosti medzi všetkými dospelými (vo veku 15 - 64 rokov) v dôsledku úmrtí vyvolaných drogami



Poznámka: Pre Českú republiku sa použil výber D centra 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 bukureštského toxikologického laboratória, pre Portugalsko údaje zahŕňajú všetky prípady, v ktorých boli v posmrtných analýzach zistené nezákonné drogy a je pravdepodobné, že v porovnaní s výberom D viedli k nadhodnotenému odhadu. Výpočty úmrtnosti medzi obyvateľstvom sú založené na počte obyvateľov v roku 2006 podľa údajov Eurostatu. Porovnania mier medzi obyvateľstvom je potrebné robiť 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 2009.

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

Najčastejšie uvádzanými sú alkohol, benzodiazepíny, iné opiáty a v niektorých krajinách kokaín. To naznačuje, že významný podiel na všetkých úmrtiach vyvolaných drogami môže mať užívanie viacerých drog.

Väčšina úmrtí na predávkovanie opiátmi (82 %) pripadá na mužov. V mnohých krajinách je priemerný vek umierajúcich na predávkovanie drogami okolo 25 rokov a v mnohých prípadoch sa zvyšuje, čo naznačuje možnú stabilizáciu alebo pokles počtu mladých užívateľov heroínu. Celkovo sa 14 % úmrtí z predávkovania zaznamenaných v Európe vyskytuje medzi osobami vo veku do 25 rokov, hoci v Bulharsku, Rakúsku a niektorých krajinách, ktoré uvádzajú nízke počty úmrtí vyvolaných drogami (Malta, Cyprus, Slovensko, Rumunsko), viac ako jedna tretina úmrtí z predávkovania sa vyskytuje v tejto vekovej skupine. Toto môže poukazovať na mladšiu populáciu užívateľov heroínu alebo injekčných užívateľov drog v týchto krajinách ⁽¹⁴⁷⁾.

K faktorom súvisiacim s predávkovaním heroínom patrí injekčné vpichovanie a súbežné užívanie iných látok,

najmä alkoholu, benzodiazepínu a niektorých antidepresív, ako aj komorbidity po tom, ako daná osoba zažila predchádzajúce predávkovania a je osamote (škótska vláda, 2008). Zistilo sa, že obdobie bezprostredne po prepustení z väzenia alebo z protidrogovej liečby je tiež obzvlášť rizikové obdobie pre predávkovanie.

Odhaduje sa, že na každé smrteľné predávkovanie by mohlo pripadať 20 - 25 predávkovaní bez smrteľných následkov, ale ich dosahy sú slabo rozpoznávané. Centrum EMCDDA robí kritický prieskum súvisiacich rizikových faktorov a možných intervencií v tejto oblasti.

Metadón a buprenorfín

Výskum ukazuje, že substitučná liečba závislosti od opiátov znižuje riziko smrteľného predávkovania. Každý rok je však zaznamenaných množstvo úmrtí, pri ktorých je preukázaná prítomnosť látok použitých pri substitučnej liečbe (metadón a buprenorfín), a to najmä z dôvodu ich zneužívania, alebo v menšom počte prípadov, problémov vyskytujúcich sa počas liečby.

⁽¹⁴⁷⁾ Pozri obrázky DRD-2 a DRD-3 a tabuľku DRD-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2009.

Prítomnosť metadónu na podstatnom podiele úmrtí vyvolaných drogami zaznamenáva niekoľko krajín, hoci kvôli chýbajúcim spoločným normám vykazovania je často nejasné, akú úlohu zohrala daná látka, keďže môžu byť prítomné aj iné drogy. Okrem toho tam môžu byť prítomné aj iné faktory, ako napríklad: strata tolerancie na opiáty, nadmerná dávka alebo nesprávne užívanie, a to nepravidelné alebo neterapeutické užívanie. Zriedkavé sú úmrtia následkom otravy buprenorfínom napriek jeho rastúcemu užívaniu pri substitučnej liečbe v Európe (pozri kapitolu 6). Vo Fínsku je však teraz buprenorfín najbežnejšou látkou zistenou pri úmrtiach vyvolaných drogami, zvyčajne v kombinácii so sedatívami alebo alkoholom, alebo podaných injekčne.

Fentanyl a iné syntetické opiáty

Epidémia smrteľných otráv fentanylom v Estónsku spôsobila úmrtie 117 injekčných užívateľov drog v rokoch 2005/06 (EMCDDA, 2008b). Nie sú k dispozícii žiadne informácie o úmrtiach súvisiacich s fentanylom v Estónsku v roku 2007, hoci nedávne štúdie potvrdzujú zvýšené užívanie tejto drogy u injekčných užívateľov drog. V roku 2007 dve tretiny injekčných užívateľov zapojených do prieskumu v Talline uviedli fentanyl ako svoju primárnu drogu a jeden z desiatich užívateľov zapojených do programu výmeny striekačiek uviedol injekčné užitie fentanylu v minulom mesiaci. V inej štúdii realizovanej v Talline sa zistilo, že injekční užívatelia, ktorí uvádzali fentanyl ako svoju primárnu drogu, mali v porovnaní s injekčnými užívateľmi amfetamínu vyššiu prevalenciu HIV a väčšie vyhliadky pre rizikové správanie pri injekčnom vpichovaní a celoživotné predávkovanie (Talu a kol., 2009). Vo Fínsku boli pri 21 úmrtiach vykázané také opiáty, ako oxycodon, tramadol alebo fentanyl, hoci nebolo špecifikované, akú úlohu zohrali tieto drogy.

Úmrtia súvisiace s inými drogami

Úmrtia vyvolané kokaínom sa definujú a identifikujú ťažšie ako úmrtia súvisiace s opiátmi. Zdá sa, že úmrtia priamo spôsobené predávkovaním sú netypické a zvyčajne sa spájajú s veľmi vysokými dávkami kokaínu. Na druhej strane, väčšina úmrtí spôsobených kokaínom sa zdá byť výsledkom chronickej toxicity, ktorá má za následok srdcovocievne a neurologické komplikácie. Úloha tejto drogy pri týchto úmrtiach sa nedá vždy určiť, preto sa v takých prípadoch tieto úmrtia nezaznamenajú ako súvisiace s kokaínom. Interpretácia údajov sa ďalej komplikuje častou prítomnosťou iných látok v mnohých prípadoch, čím sa sťažuje vyvodzovanie príčinných súvislostí.

V roku 2007 bolo v 12 členských štátoch zaznamenaných okolo 500 úmrtí súvisiacich s kokaínom (v porovnaní so 450 v 14 krajinách v roku 2006). Je však pravdepodobné, že tento počet úmrtí vyvolaných kokaínom je v Európskej únii podhodnotený.

Zriedkavo sa uvádzajú úmrtia, pri ktorých je prítomná extáza a v mnohých takých prípadoch nebola táto droga identifikovaná ako priama príčina úmrtia. Hoci úmrtia následkom amfetamínu sú v Európe tiež zriedkavo zaznamenané, v Českej republike možno podstatný podiel na smrteľných predávkovaniach – okrem liekov – (11 zo 40) v roku 2007 pripísať pervitínu (metamfetamín), na rozdiel od 14 úmrtí pripadajúcich na opiáty. Vo Fínsku boli amfetamíny prítomné pri 40 % z 229 úmrtí zaznamenaných v roku 2007, hoci to nevyhnutne neznamená, že táto droga bola priamou príčinou smrti ⁽¹⁴⁸⁾.

Trendy v úmrtiach vyvolaných drogami

Úmrtia spôsobené drogami sa v Európe počas 80. a na začiatku 90. rokov prudko zvýšili, súčasne s nárastom užívania heroínu a injekčného užívania drog, a potom sa ustálili na vysokej úrovni. Údaje z krajín s dlhšími časovými intervalmi však naznačujú odlišné trendy: v niektorých krajinách (napr. Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko) dosiahli úmrtia vrchol od začiatku do polovice 90. rokov, pričom v iných krajinách (napr. Grécko, Portugalsko, Fínsko) počet úmrtí dosiahol vrchol okolo roku 2000 a v niektorých krajinách (napr. Dánsko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo) sa pozoroval stúpajúci trend, ale bez jednoznačného vrcholu ⁽¹⁴⁹⁾.

V období rokov 2000 až 2003 väčšina členských štátov EÚ uvádza pokles, za ktorým nasledoval ďalší nárast úmrtí v období rokov 2003 až 2006. Predbežné údaje, ktoré sú dostupné za rok 2007, naznačujú prinajmenšom rovnaké číselné údaje ako za predchádzajúci rok, pričom zvýšenie uviedlo 14 z 18 krajín.

Je ťažké objasniť príčiny nemenného počtu zaznamenaných úmrtí vyvolaných drogami, najmä ak vezmeme do úvahy ukazovatele o poklesoch injekčného užívania drog a zvýšení počtu užívateľov opiátov, ktorí sú v kontakte so službami pre liečbu a znižovanie škôd. Napriek tomuto prípadnému zníženiu populácie vystavenej riziku, stabilný alebo rastúci počet úmrtí vyvolaných drogami sa stal hlavnou príčinou znepokojenia.

Pre tento jav môže existovať mnoho možných vysvetlení, z ktorých všetky si vyžadujú ďalšie skúmanie. K nim patrí starnutie a väčšia zraniteľnosť populácie chronických užívateľov, zvýšené úrovne užívania viacerých drog alebo

⁽¹⁴⁸⁾ Údaje o úmrtiach súvisiacich s inými drogami ako heroín pozri v tabuľke DRD-108 v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Pozri obrázky DRD-8 a DRD-11 v štatistickej ročenke 2009. Z historických dôvodov sa tento trend týka krajín EÚ 15 a Nórska.

vysokorizikové správanie, zlyhanie existujúcich služieb pri zameraní sa alebo dosiahnutí tých najzraniteľnejších, alebo dokonca relaps u zvýšeného počtu užívateľov opiátov po prepustení z väznia alebo liečby, o ktorých je známe, že sú vystavení obzvlášť vysokému riziku ⁽¹⁵⁰⁾.

Celková úmrtnosť súvisiaca s drogami

Celková úmrtnosť súvisiaca s drogami zahŕňa okrem úmrtí vyvolaných drogami aj úmrtia, ktoré sú nepriamo spôsobené drogami. Také úmrtia sa sústreďujú medzi problémovými užívateľmi drog, hoci niektoré mohli nastať medzi príležitostnými užívateľmi (napr. dopravné nehody, niektoré samovraždy). Hoci je ťažké určiť počet úmrtí nepriamo súvisiacich s užívaním drog, ich vplyv na zdravie obyvateľstva môže byť významný.

Odhad celkovej úmrtnosti možno vykonať rôznymi spôsobmi: jedna metóda spočíva v kombinácii informácií skupinových štúdií s odhadmi prevalencie užívania drog ⁽¹⁵¹⁾. Iný prístup spočíva v použití existujúcich všeobecných štatistík úmrtnosti a odhade podielu pripadajúceho na užívanie drog. Dajú sa použiť aj iné zdroje špecializovaných informácií, napríklad v prípade úmrtnosti súvisiacej s HIV/AIDS sa kombinujú informácie z Eurostatu a EuroHIV.

Skupinové štúdie úmrtnosti

V skupinových štúdiách úmrtnosti sa sledujú rovnaké skupiny problémových užívateľov drog za určité časové obdobie a prostredníctvom spojenia s evidenciami úmrtnosti sa identifikujú príčiny všetkých úmrtí, ku ktorým došlo v danej skupine. V tomto type štúdie je možné určiť celkovú mieru úmrtnosti a mieru úmrtnosti so špecifickými príčinami za danú skupinu a dá sa urobiť odhad nadmernej úmrtnosti v skupine v porovnaní vo všeobecnej populácii. Rozsiahle dlhodobé skupinové štúdie je možné použiť na overenie hypotéz, napríklad o príčinách zmien v počte úmrtí vyvolaných drogami, ako aj sledovať celkové riziko a zistiť meniace sa modely príčin úmrtí.

V závislosti od prostredia respondentov (napr. štúdie realizované v zariadeniach protidrogovej liečby) a kritérií pre začlenenie (napr. injekční užívatelia drog, užívatelia heroínu), vo väčšine štúdií sa vykazuje miera úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % za rok medzi problémovými užívateľmi drog. Hoci je relatívna dôležitosť príčin úmrtia odlišná v jednotlivých krajinách a za časové obdobia, hlavnou príčinou je vo všeobecnosti predávkovanie drogami, na čo

pripadá 50 – 60 % úmrtí medzi injekčnými užívateľmi v krajinách s nízkou prevalenciou HIV/AIDS. Nanešťastie, niektoré krajiny vykazujú nízku mieru odhalenia predávkovania v rámci evidencií celkovej úmrtnosti, a preto významný podiel úmrtí zaznamenaných s príčinou „neznámou“ alebo s nedostatočne špecifikovanou príčinou (napr. zástava srdca) môžu tvoriť predávkovania. Aby sa zvýšila validita opisu príčin úmrtí, je možné nahliadnuť do iných zdrojov informácií (t. j. policajné evidencie alebo súdnoznalecké evidencie úmrtnosti).

Centrum EMCDDA vypracovalo protokol, aby nábádalo členské štáty k realizácii skupinových štúdií úmrtnosti na účely poskytnutia informácií o rizikách úmrtnosti u problémových užívateľov drog a informácií pre politiky prevencie a starostlivosti. Najnovšie európske štúdie sa uskutočnili v Nemecku, Španielsku, Taliansku, Holandsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku. Tretina členských štátov EÚ ešte musí zrealizovať skupinovú štúdiu úmrtnosti, hoci niektoré krajiny uvádzajú štúdie, ktoré prebiehajú alebo sú naplánované na rok 2009 (napr. Česká republika, Francúzsko, Lotyšsko, Poľsko).

Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog

Odhaduje sa, že v roku 2006 zomrelo v Európskej únii vyše 2 100 ľudí na HIV/AIDS, čo možno pripísať užívaniu drog ⁽¹⁵²⁾, pričom 89 % týchto úmrtí nastalo v Španielsku, Francúzsku, Taliansku a Portugalsku. Po zavedení aktívnej antiretrovirálnej terapie v roku 1996 sa úmrtnosť na HIV/AIDS vo väčšine krajín EÚ výrazne znížila, hoci v Portugalsku bolo toto zníženie oveľa menej výrazné. Zvýšenie spozorované za posledné roky v Estónsku zodpovedá vysokým odhadom prevalencie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v tejto krajine (piati až šiesti z desiatich) a veľkému podielu z nich, ktorí údajne nevedia o svojej infekcii. Nedávne zvýšenie bolo zaznamenané aj v Lotyšsku. V súčasnosti je vo väčšine krajín nízka odhadovaná miera úmrtnosti na HIV/AIDS medzi užívateľmi drog, s výnimkou Španielska a Portugalska. V Taliansku, Francúzsku a Lotyšsku je úmrtnosť na HIV/AIDS a predávkovanie na podobných úrovniach ⁽¹⁵³⁾.

K iným chorobám, ktoré majú tiež svoj podiel na úmrtiach medzi užívateľmi drog, patria také chronické podmienky, ako napríklad ochorenia pečene (v dôsledku infekcie hepatitídy C a ťažkého alkoholizmu), rakovina a kardiovaskulárne problémy. Iným príčinám sa venuje oveľa menej pozornosti aj napriek indikáciám, že majú významný dosah. Napríklad na traumy (úrazy, vraždy

⁽¹⁵⁰⁾ Pozri „Znižovanie úmrtí z predávkovania po prepustení z väzenia“, s. 90.

⁽¹⁵¹⁾ Pozri „Odhad celkovej úmrtnosti pripisovanej problémovému užívaniu drog: nový vývoj“, s. 89.

⁽¹⁵²⁾ Rok 2006 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, prenosových skupinách a výpočtoch pozri v tabuľke DRD-5 (časť iii) v štatistickej ročenke 2009.

⁽¹⁵³⁾ Pozri obrázok DRD-7 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

Odhady celkovej úmrtnosti pripisovanej problémovému užívaniu drog: nový vývoj

Najnovšie štúdie úmrtnosti skupín v Európskej únii naznačujú, že úmrtia vyvolané drogami (predávkovania) obvykle predstavujú jednu pätinu až polovicu celkového počtu úmrtí medzi problémovými užívateľmi drog. Táto skutočnosť naznačuje, že celková úmrtnosť v tejto populácii by mohla predstavovať približne dvojnásobok až päťnásobok počtu registrovaných úmrtí vyvolaných drogami. Tento násobiteľ sa v jednotlivých krajinách odlišuje podľa rôznych faktorov vrátane rizikových spôsobov správania, miery fatálnych predávkovaní a prevalencie iných možných príčin úmrtí.

EMCDDA podporuje výskum zameraný na odhady celkovej úmrtnosti medzi problémovými užívateľmi drog. V roku 2008 sa v rámci projektu v spolupráci s výskumnými pracovníkmi z Českej republiky preskúmala literatúra, zdroje údajov a možné metódy v tejto oblasti ⁽¹⁾. Skupina expertov odporúčala dve metódy budúcich štúdií: multiplikačnú metódu založenú na počte registrovaných fatálnych predávkovaní a extrapoláčnu metódu založenú na mierach úmrtnosti v skupinách problémových užívateľov drog a národných odhadoch populácie problémových užívateľov drog. V Českej republike sa uskutočnili úspešne pilotné skúšky oboch metód a EMCDDA plánuje vytvoriť skupinu zainteresovaných krajín, ktoré by mohli využívať túto prácu v blízkej budúcnosti.

⁽¹⁾ Pozri <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

a iné násilie) a samovraždy by mohlo pripadať 25 % a viac úmrtnosti problémových užívateľov drog. V prehľade literatúry (Darke a Ross, 2002) sa zistilo, že miera samovražednosti medzi užívateľmi heroínu je 14-krát vyššia ako v celkovej populácii. V nedávnych skupinových štúdiách v Európe pripadalo na samovraždy 6 % až 11 % úmrtí medzi problémovými užívateľmi drog. Celkový dosah týchto príčin je však ťažké vyhodnotiť kvôli obmedzenej dostupnosti údajov.

Znižovanie úmrtí súvisiacich s drogami

Dvanásť krajín uvádza, že ich národné protidrogové stratégie obsahujú časť venovanú znižovaniu úmrtí vyvolaných drogami. Jedna krajina, Spojené kráľovstvo, má špecifický akčný plán na znižovanie škôd súvisiacich s drogami, v ktorom sú stanovené špecifické kroky na predchádzanie úmrtiam súvisiacim s drogami. Trinásť krajín nemá ani špecifickú stratégiu, ani sekciu v národnej protidrogovej stratégii venovanú znižovaniu úmrtí vyvolaných drogami a dve krajiny neposkytli žiadne informácie.

Intervencie

V perspektívnej dlhodobej štúdii v Taliansku medzi problémovými užívateľmi drog nastupujúcimi na liečbu sa ukázalo, že riziko úmrtia v danej skupine sa v porovnaní so všeobecnou populáciou zvýšilo o faktor 10 (Davoli a kol., 2007). Absolvovaním liečby sa znížilo riziko úmrtia až štvornásobne oproti všeobecnej populácii, čím sa potvrdilo, že protidrogová liečba znižuje úmrtnosť súvisiacu s drogami. Štúdia však preukázala aj to, že najvyššia miera úmrtnosti medzi užívateľmi drog bola spozorovaná po 30 dňoch od skončenia liečby. Toto zistenie objasňuje potrebu starostlivého riadenia následnej starostlivosti, ako aj zabránenia veľmi krátkych intervalov v liečbe, kedy by riziká mohli prevážiť nad prínosmi liečby.

Väčšina krajín, od ktorých sú informácie k dispozícii, uvádza zabezpečovanie zvyšovania informovanosti a poskytovanie materiálov o prevencii. Podľa expertov z 28 krajín ⁽¹⁵⁴⁾ boli v minulom roku tlačené alebo multimediálne materiály o prevencii predávkovania pre užívateľov poskytnuté väčšine alebo takmer všetkým problémovým užívateľom drog v deviatich krajinách a menšej časti z nich v dvanástich krajinách a vo francúzskej komunite v Belgicku. Také materiály neexistujú v Turecku a zopár problémových užívateľov drog má prístup k nim v Estónsku, Lotyšsku, Maďarsku a na Slovensku. Žiadne informácie nie sú k dispozícii z Bulharska.

Ostatní, ako napríklad kolegovia alebo rodinní príslušníci užívateľov drog, zdravotníci a sociálni pracovníci, polícia alebo väzenská stráž, ktorí by mohli byť schopní zasiahnuť, všetci sú svedkami veľkého podielu smrteľných predávkovaní drogami alebo predávkovaní bez smrteľných následkov. Desať krajín uvádza špecifické materiály, ktoré sú zamerané na pomoc rodinám užívateľov drog, aby rozpoznali a zvládli predávkovanie drogami; v ôsmich krajinách sú také materiály dostupné pre policajtov, a v siedmich krajinách boli vypracované pre väzenský personál ⁽¹⁵⁵⁾. K ostatným cieľovým skupinám patria pracovníci protidrogových orgánov, personál záchrannej služby, personál úrazovej a pohotovostnej služby, ako aj prisťahovalci z rusky hovoriacich krajín a rómska populácia. Počet krajín, v ktorých sú dostupné materiály pre niektoré cieľové skupiny, je však obmedzený a nie všetky materiály sú dostupné v celoštátnom meradle.

Všetky krajiny uviedli vzdelávacie aktivity o riziku predávkovania a v deviatich z nich existujú v najdôležitejších mestách s veľkým počtom problémových užívateľov drog. V štyroch krajinách sa však takéto aktivity uskutočňujú len v menšej časti dôležitých miest, a v ďalších dvanástich krajinách len v niekoľkých mestách.

⁽¹⁵⁴⁾ Pozri tabuľku HSR-8 v štatistickej ročenke 2009. Experti z 26 krajín EÚ, Turecka a Nórska určili úroveň poskytovania vybraných intervencií na zabránenie úmrtiam súvisiacim s drogami.

⁽¹⁵⁵⁾ Pozri tabuľku HSR-8 (časť ii) v štatistickej ročenke 2009.

Špecifické školiace kurzy o reakciách na predávkovanie sa poskytujú na individuálnych alebo skupinových sedeniach. Užívatelia drog sú informovaní o rizikách predávkovania, ako aj o znížení tolerancie po obdobiach abstinencie, o účinkoch a rizikách užívania viacerých drog, najmä súbežného užívania alkoholu, o rizikách užívania drog osamote a o zručnostiach pri poskytovaní prvej pomoci. Národní experti odhadujú, že v siedmich krajinách väčšina problémových užívateľov drog dostala nejaké školenie o reakcii na predávkovanie za posledných 12 mesiacov, zatiaľ čo v dvanástich krajinách len menšia časť z nich, a v ďalších šiestich krajinách (Belgicko, Lotyšsko, Rakúsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko) len zopár problémových užívateľov drog dostalo takýto typ inštrukcie. Školenie o reakcii na predávkovanie nie je dostupné v Estónsku, Maďarsku a Turecku.

Užívatelia drog s predchádzajúcou skúsenosťou predávkovania sú vystavení veľkému riziku ďalších predávkovanií (Coffin a kol., 2007) a je potrebné špecificky sa na nich zamerať. Vyhodnotenia individuálneho rizika predávkovania vykonáva vyškolený personál a ich cieľom je identifikovať tých, ktorí potrebujú doplňujúcu podporu. Podľa expertov v deviatich krajinách dostali najproblémovejší užívatelia drog vyhodnotenie rizika predávkovania najmenej raz za minulý rok, zatiaľ čo v 16 krajinách len menšia časť dostala tento typ intervencie. Žiadne informácie nie sú k dispozícii z Bulharska, Nemecka a Francúzska.

Poskytovanie naloxonu užívateľom nie je v celej Európe štandardným prístupom pri prevencii predávkovania, hoci distribúcia na domáce použitie je bežná v protidrogových službách v Taliansku, kde sa takisto dá kúpiť v lekárnach bez predpisu. V Spojenom kráľovstve sa právnou úpravou v júni 2005 zmenilo postavenie naloxonu, čím sa umožňuje, aby ho podal ktokoľvek z občanov za okolností záchrany života. Okrem toho bolo školenie o účinku predávkovania spolu s poskytovaním naloxonu na domáce použitie vyhodnotené v skupinovej štúdií, do ktorej bolo zapojených 239 užívateľov opiátov z liečebných služieb (Strang a kol., 2008). Výsledky ukazujú zlepšenie znalostí o príznakoch predávkovania a zvýšenie sebadôvery pri používaní naloxonu. Počas prvých troch mesiacov sa všetkých 12 predávkovanií, pri ktorých bol použitý naloxon, podarilo úspešne zvrátiť, pričom zo šiestich predávkovanií došlo k jednému úmrtiu, pri ktorom sa nepoužil naloxon. Autori dospeli k záveru, že rozsiahlejšie poskytovanie môže viac znížiť úmrtia súvisiace s drogami a odporúčajú doplňujúce štúdie o účinku školenia o predávkovaní a prísune naloxonu užívateľom opiátov pre akútne stavy.

Znižovanie počtu úmrtí z predávkovania po prepustení z väzenia

Odhaduje sa, že v Anglicku sa 15 % z 1 506 úmrtí spôsobených predávkovaním drogami v roku 2005 vyskytlo u ľudí nedávno prepustených z väzenia (Ministerstvo zdravotníctva, 2007). Medzinárodné štúdie potvrdzujú toto zvýšené riziko úmrtí v dôsledku neúmyselného predávkovania drogami v čase bezprostredne po prepustení z väzenia (napríklad Farrell a Marsden, 2008). V týchto štúdiách sa tiež kladie dôraz na potrebu lepších reakcií na problémy duševného zdravia a drogové problémy ľudí, ktorí boli vo väzení.

Podľa hodnotení expertov z 24 krajín sa pred prepustením z väzenia v súčasnosti neposkytuje poradenstvo o riziku a prevencii predávkovania v šiestich európskych krajinách, poskytuje sa len malému počtu problémových užívateľov drog vo väzení v desiatich krajinách a menej ako polovici z nich v ďalších šiestich krajinách. Len Taliansko a Luxembursko poskytujú túto službu väčšine cieľovej populácie. Keďže predpovedať deň prepustenia môže byť ťažké, obzvlášť v prípade väzňov vo vyšetrovacej väzbe, bolo by ideálne, keby sa vzdelávanie zamerané na uvedomenie si rizika predávkovania poskytovalo vo väzeniach pravidelne s cieľom obmedziť rizikové správanie.

Zdá sa, že substitučná liečba závislosti od opiátov, ktorá preukázala ochranný účinok v kontexte väzenia (Dolan a kol., 2005), sa stáva čoraz dostupnejšou vo väzeniach v EÚ a zákonná možnosť iniciovať substitučnú liečbu vo väzeniach existuje v 21 krajinách (pozri kapitolu 2). Príležitosť začať s týmto druhom liečby vo väzení znižuje riziko predávkovania a úmrtia po odchode z väzenia a znižuje miery opätovného uväznenia (WHO, 2009). Je však dôležité, aby boli zdravotné služby vo väzení a poskytovatelia komunitnej liečby patrične prepojení, aby sa predišlo akýmkoľvek prestávkam v kontinuite liečby.

Iným kontroverzným prístupom je poskytovanie zariadení na konzumáciu drog pod dohľadom ⁽¹⁵⁶⁾, cieľom ktorých je znížiť riziko úmrtia pre svojich klientov tým, že sa im poskytne rýchle a primerané lekárske ošetrovanie v prípade predávkovania na mieste. Prevádzkové údaje z takých zariadení v Európe, Kanade a Austrálii naznačujú, že predávkovania, ktoré sa vyskytnú v zariadení, sa úspešne zvládnu bez akýchkoľvek zaznamenaných smrteľných predávkovanií. Milloy a kolegovia vypočítali počet potenciálnych úmrtí, ktorým sa zabránilo prevádzkovaním zariadenia na konzumáciu drog vo Vancouveri. Odhadli, že ročne by sa mohlo zabrániť od dvoch do 12 úmrtí (Milloy a kol., 2008). Toto potvrdzuje staršie zistenia o pravdepodobnosti priaznivého účinku takých zariadení na úmrtia z predávkovania v štvrtiach, v ktorých je dostatočné pokrytie.

⁽¹⁵⁶⁾ Prehľad tejto problematiky pozri EMCDDA (2004).



Kapitola 8

Nové drogy a vznikajúce trendy

Úvod

Užívanie nových psychoaktívnych látok a nové formy užívania drog môžu mať významné dôsledky na zdravie obyvateľstva a politiku. Je však ťažké ich 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 nový jav v oblasti drog a metodologické ťažkosti súvisiace s monitorovaním tohto druhu užívania drog sú značné. Zisťovaniu potenciálnych nových hrozieb sa však pripisuje veľký význam. Systém včasného varovania Európskej únie poskytuje mechanizmus rýchlej reakcie na vznik nových psychoaktívnych látok na drogovej scéne. Činnosti na podporu systému včasného varovania tvoria významnú časť práce centra EMCDDA a zapadajú do rámca širšej perspektívy používania rôznych zdrojov údajov na zlepšenie včasnosti a citlivosti európskeho systému monitorovania drog.

Opatrenia v oblasti nových drog

Rozhodnutím Rady o nových psychoaktívnych látkach ⁽¹⁵⁷⁾ sa ustanovuje mechanizmus na rýchlu výmenu informácií o nových psychoaktívnych látkach, ktoré môžu predstavovať ohrozenie zdravia obyvateľstva a sociálne hrozby (systém včasného varovania) ⁽¹⁵⁸⁾. Poskytuje aj možnosť spustiť proces formálneho ocenenia rizika, ktorého zistenia môžu viesť k politickému rozhodnutiu o umiestnení nových látok pod kontrolu v celej Európskej únii.

Prostredníctvom systému včasného varovania bolo od jeho zriadenia v roku 1997 oznámených vyše 90 látok. Až donedávna pripadal veľký podiel oznámení na fenetylamíny a tryptamíny. Za posledných niekoľko rokov sa však objavila oveľa rozmanitejšia škála látok. Patria k nim mnohé deriváty piperazínu a kationónu, ako aj heterogénna zmes iných látok, vrátane rastlinných výrobkov, zopár neobvyklých stimulantov a halucinogénov a niektoré liečivé produkty.

Počas roku 2008 bolo po prvýkrát v EÚ prostredníctvom systému včasného varovania oficiálne oznámených 13 nových psychoaktívnych látok. Okrem nových syntetických drog, ktoré tvoria 11 z novo oznámených látok, táto skupina zahŕňa dve rastliny, nie však liečivé produkty.

Chemické zloženie dvoch oznámených rastlín – kratom a piepor opojný – je relatívne dobre známe z literatúry. Tradične sa používajú v iných častiach sveta a ich prítomnosť na európskej drogovej scéne sa zdá byť obmedzená.

Väčšina z novo oznámených syntetických zlúčenín sú psychotropné látky, ktoré sú podobné tým, ktoré sú uvedené v prílohách I a II Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971. V porovnaní s predchádzajúcimi rokmi, menej látok spomedzi nových látok oznámených v roku 2008 patrí k hlavným chemickým látkam – fenetylamíny (jedna), tryptamíny (2) a piperazíny (žiadna). Predovšetkým šesť z novo oznámených látok sú deriváty kationóna. Väčšina nových syntetických látok má stimulačné vlastnosti, zatiaľ čo len tri vyvolávajú halucinogénne účinky.

V roku 2008 bol prostredníctvom systému včasného varovania vôbec po prvýkrát oznámený syntetický kanabinoid (JWH-018). Objavenie sa syntetických kanabinoidov poznamenáva najnovší stupeň vývoja „značkových drog“: počnúc drogami na báze fentanylu v 80. rokoch, cez fenetylamíny so substituentom reťazca koncom 80. rokov a tryptamínmi v 90. rokoch, až po piperazíny a deriváty kationónu v 21. storočí. Existuje vyše sto zlúčenín s kanabinoidovou receptorovou aktivitou a dá sa predpokladať, že nové látky z rôznych chemických skupín sa budú naďalej objavovať na drogovej scéne. Toto všetko predstavuje trvalú výzvu pre zdravie obyvateľstva a orgány presadzovania práva pri forenznej aj toxikologickej identifikácii nových látok a pri včasnom ocenení rizika a v prípade potreby zavedenia kontrolných opatrení.

⁽¹⁵⁷⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SVZ 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/themes/new-drugs/early-warning>

Rastliny s psychoaktívnymi vlastnosťami oznámené prostredníctvom systému včasného varovania

V posledných rokoch boli zaznamenané výrobky z piatich rastlín s psychoaktívnymi vlastnosťami. Druhy odhalené prostredníctvom systému včasného varovania nespádajú pod medzinárodnú kontrolu, ale môžu ich kontrolovať členské štáty EÚ.

Kava (*Piper methysticum*) je krík, ktorý sa po celé stáročia používal na ostrovoch v Južnom Pacifiku na obradné účely. Čaj pripravený z koreňov rastliny možno užívať kvôli jeho upokojujúcim a uvoľňujúcim účinkom. Narastajú obavy, že dlhodobé užívanie kavy môže spôsobiť poškodenie pečene. Neuvádza sa, že by rastlina alebo jej účinné látky (kavalaktóny) podliehali kontrole v ktoromkoľvek členskom štáte EÚ.

Kata pozostáva z listov a čerstvých výhonkov katy jedlej (*Catha edulis*), kríka, ktorý sa pestuje vo východnej Afrike a na Arabskom polostrove. Užíva sa ako mierny povzbudzujúci prostriedok, pričom sa žujú čerstvé listy rastliny. Účinné zložky, katinón a katín, sú blízky chemickými príbuznými syntetických drog, ako je amfetamín a metkatinón a spadajú pod medzinárodnú kontrolu podľa dohovoru OSN z roku 1971. *Catha edulis* sa kontroluje v 12 členských štátoch EÚ.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) je strom, ktorý pochádza z juhovýchodnej Ázie. Listy sa môžu žuť, fajčiť alebo sa z nich môže pripravovať čaj. V nízkych dávkach má povzbudzujúce účinky. Vo vyšších dávkach má kratom účinky podobné opiátom a používal sa v tradičnej medicíne na liečenie bolesti a v abstinenčnej liečbe ako náhrada opiátov. Hlavné účinné zložky kratomu sú mitragynín, mitrafaylín a 7-hydroxymitragynín; mitragynín je pravdepodobne zodpovedný za analgetický účinok kratomu a za zmiernenie abstinenčných príznakov pri užívaní opiátov. Rastlina, mitragynín a 7-hydroxymitragynín podliehajú kontrole v Dánsku, zatiaľ čo Litva kontroluje rastlinu a mitragynín.

Šalvia divotvorná (*Salvia divinorum*) je trvalka pochádzajúca z Mexika, kde sa v dôsledku jej halucinogénnych vlastností tradične používa na obradné účely. Hlavná účinná látka, salvinorín-A, je veľmi účinný agonista kappa opiátových receptorov. Rekreačné formy užívania šalvie zahŕňajú žutie listov a fajčenie alebo podávanie koncentrovaných výťažkov pod jazyk, čo zjavne vyvoláva intenzívne účinky. Prehltutie listov alebo semien rastliny vyvoláva dlhobohjši, ale menej intenzívny účinok. *Salvia divinorum* alebo jej účinné látky sa kontrolujú v šiestich členských štátoch a v Chorvátsku.

Havajská ruža (*Argyreia nervosa*) je trvalá popínava rastlina. Jej semená obsahujú účinnú látku amid kyseliny d-lysergovej (LSA, známu aj ako d-lysergamid), látku blízko príbuznú LSD, ktorá môže vyvolávať mierne halucinogénne účinky. LSA podlieha kontrole ako droga v Írsku a v Spojenom kráľovstve.

Výrobky „spice“ a súvisiace syntetické kanabinoidy

Výrobky predávané na internete a v niektorých špecializovaných obchodoch pod názvom „spice“ (korenia) sú dostupné prinajmenšom od roku 2006. Hoci „spice“ môže byť propagované ako kadidlo, pri jeho fajčení sú jeho účinky podľa opisu niektorých užívateľov podobné ako pri kanabise. Po správe zo Švédska systém včasného varovania už monitoruje „spice“ od začiatku roka 2008.

Informácie na obale výrobkov „spice“ uvádzajú, že sú zložené zo 14 zložiek rastlinného pôvodu. Hoci najmenej dve zložky – *Pedicularis densiflora* a *Leonotis leonurus* – môžu mať určitý psychoaktívny účinok, veľmi málo je známe o farmakológii a toxikológii rastlinných materiálov údajne obsiahnutých vo výrobkoch „spice“. Takže nie je možné urobiť žiadne konečné vyjadrenie ohľadom potenciálnych zdravotných rizík alebo možných psychoaktívnych účinkov týchto výrobkov. V informácii o výrobku nie sú uvedené žiadne syntetické zložky.

V roku 2008 sa dali výrobky „spice“, ako aj rôzne „spice podobné“ bylinné zmesi kúpiť z internetových obchodov a boli dostupné v „hlavných“ alebo „smart“ obchodoch,

v ktorých sa predávajú „legálne povzbudzovače“ najmenej v deviatich členských štátoch EÚ (Česká republika, Nemecko, Lotyšsko, Litva, Luxembursko, Rakúsko, Poľsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo).

V členských štátoch sa realizujú rozsiahle forenzné vyšetrovania na účely identifikácie psychoaktívnych zložiek výrobkov „spice“. Nemecko a Rakúsko odhalilo v decembri 2008 syntetický kanabinoide JWH-018⁽¹⁵⁹⁾. Chemická štruktúra JWH-018 sa podstatne líši od tetrahydrokanabinolu (THC), čo je hlavný účinný základ vo všetkých kanabisových výrobkoch. JWH-018 vyvoláva na zvieratách také isté účinky ako THC a uvádza sa, že je ešte účinnejší. Začiatkom roka 2009 bol vo vzorkách v Európe odhalený druhý syntetický kanabinoide, CP 47,497⁽¹⁶⁰⁾ a tri z jeho homológov.

Syntetické kanabinoide boli zistené len v obmedzenom počte vzoriek a v rôznych množstvách. Mohlo by sa zdať, že tieto syntetické látky boli pridané tajne, pretože informácie na obale výrobkov „spice“ sa zmieňujú len o bylinných zložkách.

Látky JWH-018 a CP 47,497 a jej homológy nie sú známe tým, že by sa v širokej miere používali ako psychoaktívne drogy ako také. Preto je potrebné zistiť, či existuje

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalén-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)metanón

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimetylheptyl)-2-[[1R,3S]-3-hydroxycyklohexyl]-fenol

špecifický dopyt po týchto konkrétnych látkach a či je potrebné ďalšie opatrenie, ako je ustanovené v rozhodnutí Rady 2005/387/SVV.

Päť členských štátov reagovali na potenciálne obavy o zdravie a prijali rôzne zákonné opatrenia, aby sa výroby „spice“ a súvisiace zlúčeniny zakázali alebo kontrolovali. Nemecko uplatnilo mimoriadnu legislatívu o omamných látkach, aby počas jedného roka kontrolovalo päť syntetických kanabinoïdov zistených vo výrobkoch „spice“. Francúzsko klasifikovalo ako omamné látky šesť syntetických kanabinoïdov zistených vo výrobkoch „spice“. Rakúsko použilo svoj zákon o liekoch na zakázanie dovozu alebo predaja vo svojej krajine fajčiarskych zmesí obsahujúcich šesť syntetických kanabinoïdov. Luxembursko sa rozhodlo kontrolovať rôzne syntetické kanabinoïdné a psychotropné látky. Poľsko novelizovalo zákon o omamných látkach a ustanovilo kontrolu nad JWH-018 a dve z požadovaných bylinných zložiek „spice“.

Internet: trh s psychoaktívnymi látkami

Internet sa stal novým trhom s psychoaktívnymi látkami, pričom maloobchodníkom poskytuje možnosť ponúkať širokej verejnosti na predaj alternatívy kontrolovaných drog. Internetový trh má vplyv na potenciálne šírenie nových psychoaktívnych látok a jeho monitorovanie je vo zvýšenej miere dôležitým prvkom pre určenie trendov v oblasti nových drog. Dôležité je zamerať sa najmä na riziká spojené s látkami ponúkanými na predaj. Informácie o nových produktoch sú potrebné pre užívateľov aj pre profesionálnych pracovníkov, vrátane klinických toxikológov, špecialistov na kontrolu jedov a pracovníkov v oblasti drog.

Centrum EMCDDA robí výročné prehľadové štúdie, aby sa identifikovali súčasné vývojové zmeny na internetovom trhu s drogami. V roku 2009 bolo preskúmaných celkom 115 internetových obchodov. Vychádzajúc z domén podľa kódu krajiny a iných informácií na webových stránkach sa zdá, že tieto internetové obchody sú umiestnené v 17 európskych krajinách. Väčšina zistených internetových obchodníkov mala svoje sídlo v Spojenom kráľovstve (37 %), Nemecku (15 %), Holandsku (14 %) a Rumunsku (7 %).

Halucinogénne huby obsahujúce psilocín neboli ponúkané na predaj v žiadnom z internetových obchodov, ktoré boli zaradené do prieskumu v roku 2009, na rozdiel od roku 2008. Štyria internetoví obchodníci so sídlom vo Francúzsku a Holandsku však ponúkali scelerotiu – vytvrdené mycélium halucinogénnych húb *Psilocybe mexicana* a *Psilocybe tampanensis*.

Vnútroštátne postupy hodnotenia rizika

V roku 2008 EMCDDA uskutočnilo štúdiu rôznych vnútroštátnych právnych postupov spojených so zaradením nových látok pod kontrolu protidrogových právnych predpisov, času, ktorý taký postup zaberie a či s tým súvisí nejaký vnútroštátny postup hodnotenia rizika. Je zrejmé, že v 26 skúmaných krajinách sa uplatňujú tri odlišné prístupy k hodnoteniu rizika. V šiestich krajinách sa vnútroštátne hodnotenie rizika nevykonáva. Tieto krajiny sa vo všeobecnosti spoliehajú na hodnotenia rizika vykonávané na medzinárodnej alebo európskej úrovni. V siedmich krajinách sa vnútroštátne hodnotenie rizika môže vykonávať účelovo podľa potreby. V 13 krajinách sa určitá forma hodnotenia rizika vykonáva, keď sa uvažuje, či sa látka má kontrolovať, ak to ukladá protidrogový zákon alebo jeho ekvivalent alebo ak je to súčasť postupu, ktorý sa vyžaduje pri navrhovaní nových právnych predpisov.

Úroveň zistenej škody neovplyvnia rýchlosť legislatívneho postupu v 12 z 20 krajín, ktoré môžu vykonávať svoje vlastné hodnotenia rizika. Štyri krajiny (Nemecko, Luxembursko, Slovensko, Švédsko) môžu prejsť na zrýchlený legislatívny postup, ak sú úrovne rizika posudzované ako vysoké. Vo Francúzsku, Rakúsku a Nórsku sa v naliehavých prípadoch skráti trvanie samotného hodnotenia rizika. V Holandsku sú k dispozícii obidve možnosti.

V 16 krajinách vykonáva vnútroštátne hodnotenia rizika skupina odborníkov v rámci verejnej správy, a to z príslušného ministerstva alebo štátnej prípadne vládnej agentúry. Ak sa to vníma ako potrebné, šesť krajín poskytuje alebo by mohlo poskytovať možnosť konzultácií s nezávislými vedcami. V troch krajinách (Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo) hodnotenie rizika vykonávajú nezávislé vedecké orgány.

Ďalšie informácie možno nájsť v sekcii databázy ELDD Právne správy (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

K novým produktom ponúkaným na predaj v roku 2009 patrila celá škála bylinných fajčiarskych produktov a „tabletiék na večierok“, ktoré obsahujú nové legálne alternatívy benzylpiperazínu (BZP). Je tu aj rastúca orientácia na šnupacie produkty a bylinné prášky.

Výrobky „spice“⁽¹⁶¹⁾ ponúkalo na predaj 48 % obchodníkov zaradených do prieskumu. Hoci internetové obchody, ktoré predávajú „spice“, mali sídlo v 14 európskych krajinách, viac ako dve pätiny takých obchodov bolo umiestnených v Spojenom kráľovstve (42 %), pričom významné počty sú aj v Írsku, Lotyšsku a Rumunsku.

Znepokojenie kvôli výrobkom „spice“ viedlo mnohé krajiny k tomu, aby urobili zákonné opatrenia s cieľom zakázať alebo inak kontrolovať tieto látky. Do marca 2009 boli výrobky „spice“ stiahnuté z internetových obchodov v Nemecku, Rakúsku a Francúzsku.

⁽¹⁶¹⁾ Pozri „Výrobky „spice“ a súvisiace syntetické kanabinoïdy“, s. 93.

V roku 2009 sa začali objavovať na internetovom trhu alternatívne fajčiarske zmesi namiesto „spice“. Obchodníci zaradení do prieskumu ponúkali na predaj najmenej 27 rôznych bylinných fajčiarskych zmesí ako náhradu za „spice“. Tieto výrobky sa propagujú ako výrobky obsahujúce zložky na rastlinnej báze, hoci niektoré obsahujú aj halucinogénne huby *Amanita muscaria*. Náhrady za „spice“ ponúkané na predaj v Rakúsku a Nemecku obsahujú niekoľko bylinných fajčiarskych zmesí, ktoré sa predávajú ako „arómy“ alebo kadidlá. Rýchle objavenie sa náhradných výrobkov namiesto „spice“ zdôrazňuje schopnosť tohto trhu rýchlo reagovať na zmenu v právnom postavení psychoaktívnych látok tým, že často prinášajú na trh nové látky.

Odkedy BZP podlieha kontrolným opatreniam v členských štátoch EÚ, táto látka sa už nesmie používať v „tabletkách na večierok“, ktoré sa predávajú ako legálna náhrada za extázu. Na začiatku roka 2009 mnohí internetoví obchodníci ponúkali „tabletky na večierok“ bez BZP. Napríklad internetové obchody so sídlom v Írsku, Poľsku a Spojenom kráľovstve ponúkali „retro tabletky“, ktoré údajne obsahujú 1-(4-flórofenyl) piperazín (pFPP), ktorý sa opisuje ako látka s miernymi halucinogénnymi a silnými euforickými účinkami.

Šnupacie produkty sa predávajú ako náhrada za kontrolované drogy, ako napríklad kokaín alebo amfetamíny. Tieto produkty údajne obsahujú kofeín a istú škálu iných rastlín na báze takých zložiek, ako je *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* a *Tilia europea*.

Ďalšie informácie o látkach

Piperazíny

V roku 2007 sa v správe EMCDDA-Europolu o aktívnom monitorovaní mCPP (1-(3-chlórofenyl)piperazín) dospelo k záveru, že pre užívateľov nie je zvlášť príťažlivá a zdá sa nepravdepodobné, že sa sama ako taká nezavedie ako rekreačná droga. V roku 2008 však bola mCPP naďalej najširšie dostupnou novou syntetickou drogou na trhu s nezákonnými drogami, ktorá sa vyskytovala samostatne alebo v kombinácii s MDMA. Toto dokazujú počty zachytení aj množstvo zachyteného materiálu, ktoré boli oznámené centru EMCDDA a Eropolu. Stále však nie je jasné, či sa táto látka používa na posilnenie alebo napodobnenie účinkov MDMA, alebo jednoducho ako „prenikavá látka“. Keďže však mCPP nie je vo väčšine členských štátov kontrolovaná látka, je pravdepodobné, že správy o zachyteniach nie sú úplné.

3. marca 2008 Rada rozhodla, že členské štáty prijímú potrebné opatrenia v súlade so svojím vnútroštátnym právom, aby BZP podriadili kontrolným opatreniam, ktoré zodpovedajú rizikám tejto látky, a trestným postihom, ako je stanovené podľa ich právnych predpisov v súlade s ich povinnosťami podľa Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971 ⁽¹⁶²⁾. Členské štáty vyvinú úsilie na prijatie takého opatrenia čo najskôr, najneskôr však do jedného roka od dátumu tohto rozhodnutia. V čase prípravy tejto správy 17 členských štátov ⁽¹⁶³⁾ oznámilo, že BZP majú pod kontrolou.

GHB/GBL a ketamín

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).

Niektoré krajiny uvádzajú údaje o prevalencii GHB a ketamínu a uvádzané odhady prevalencie zostávajú na oveľa nižších úrovniach v porovnaní s ostatnými nezákonnými drogami. Je ťažké vyhodnotiť zmeny v situácii, pretože údaje o prevalencii sa získavajú z iných ako pravdepodobnostných vzoriek s obmedzenou porovnateľnosťou vzoriek za časové obdobie. Holandská štúdia Trendwatch uviedla mierne zvýšenie užívania GHB v roku 2007 v špecifických sieťach a regiónoch v Holandsku, ale GHB aj ketamín sa používajú menej často ako iné rekreačné drogy a väčšinou v skrytých populáciách, doma a na večierkoch. Na rozdiel od zvýšení oznámených v predchádzajúcom roku, aktuálne štatistiky o akútnych prípadoch súvisiacich s GHB v Amsterdame naznačujú výrazný pokles zo 444 prípadov v roku 2006 na 110 v roku 2007. V štúdiu zrealizovanej v londýnskej nemocnici sa uvádza 58 akútnych prípadov súvisiacich s užitím ketamínu v roku 2006 a rovnaký počet v roku 2007. Vo väčšine prezentovaných prípadov súvisiacich s ketamínom sa táto droga strávila spolu s inými drogami, pričom len v 11 % išlo len o samotný ketamín a nikto z týchto prípadov nepotreboval prijatie na oddelenie intenzívnej starostlivosti (Wood a kol., 2008).

Prieskumy školskej populácie ESPAD, ktoré sa uskutočnili v roku 2007, poskytujú najnovšie údaje o užívaní GHB medzi 15 - 16-ročnými školákmi v celej Európe. Medzi školákmi zaradenými do prieskumu v 26 krajinách EÚ plus Nórsko a Chorvátsko bola celoživotná prevalencia užívania GHB v rozpätí od nuly do 3 %, hoci väčšina krajín uvádza úroveň 1 % alebo menej.

⁽¹⁶²⁾ Rozhodnutie Rady 2008/206/SV z 3. marca 2008 o stanovení 1-benzylpiperazínu (BZP) za novú psychoaktívnu látku, ktorá sa má podriadit kontrolným opatreniam a trestným ustanoveniam.

⁽¹⁶³⁾ Belgicko, Dánsko, Nemecko, Estónsko, Írsko, Grécko, Francúzsko, Taliansko, Cyprus, Litva, Luxembursko, Malta, Maďarsko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko a Fínsko, ako aj Chorvátsko, Turecko a Nórsko.



Literatúra

- ACMD: *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Ministerstvo vnútra, Londýn 2008 (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A. – Brummer-Korvenkontio, H. – Liitsola, K. a Salminen, M.: *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki 2008 (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A. – Lee, N.K. a Jenner, L. (editors): *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2nd edition), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra 2004.
- Baldacchino, A. – Groussard-Escaffre, N. – Clancy, C. a kol.: Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European Isadora project, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, 2009, s. 88 – 100.
- Bargagli, A.M. – Hickman, M. – Davoli, M. a kol.: Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries, 2005, *European Journal of Public Health* 16, s. 198 – 202.
- Cherny, N.I. – Catane, R. a Kosmidis, P.A.: Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering, 2006, *Annals of Oncology* 17, s. 885 – 887.
- CND: *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň 2008.
- Coffin, P.O. – Tracy, M. – Bucciarelli, A. a kol.: Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose, 2007, *Academic Emergency Medicine* 14, s. 616 – 623.
- Connolly, J. – Foran, S. – Donovan, A.M. a kol.: *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin 2008 (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A.: Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?, *Drug and Alcohol Dependence* 59, 2000, s. 211 – 213.
- Darke, S. a Ross, J.: Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods, 2002, *Addiction* 97, s. 1383 – 1394.
- Davoli, M. – Bargagli, A.M. – Perucci, C.A. a kol.: Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study, 2007, *Addiction* 102, s. 1954 – 1959.
- Decorte, T.: *The taming of cocaine*, VUB University Press, Brusel 2000.
- Department of Health: *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londýn 2007 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F.: Research on upper level drug trafficking: a review, 2007, *Journal of Drug Issues* 37, s. 827 – 844.
- Dolan, K.A. – Shearer, J. – White, B. a kol.: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection, 2005, *Addiction* 100, s. 820 – 828.
- ECDC a Regionálny úrad WHO pre Európu: *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Európske stredisko pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm 2008.
- Elkashaf, A. – Vocci, F. – Hanson, G. a kol.: Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update, 2008, *Substance Abuse* 29, s. 31 – 49.
- Ellingstad, T.P. – Sobell, L.C. – Sobell, M.B. a kol.: Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution, 2006, *Addictive Behaviours* 31, s. 519 – 530.
- 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 2002.
- EMCDDA (2004): *European report on drug consumption rooms*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2005): *Co-morbidity: drug use and mental disorders*, Drugs in focus No. 14, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2006a): *a gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Vybraná otázka, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.

- EMCDDA (2006b): *Developments in drug use within recreational settings*, Vybraná otázka, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2007a): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Vybraná otázka, 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 (2007c): *Drugs and driving*, Vybraná otázka, 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): *Výročná správa 2008: stav drogovej problematiky v Európe*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2008c): *Drugs and vulnerable groups of young people*, Vybraná otázka, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2008d): *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EMCDDA (2008e): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Vybraná otázka, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2009a): *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights No 10, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2009b): *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Europol (2007): *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008): *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Európska komisia (2007): *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 (eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Európska komisia (2008a): *Fórum občianskej spoločnosti o drogách v Európskej únii*, Brusel 20. – 21. mája 2008, Záverečná správa (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Európska komisia (2008b): *Young people and drugs among 15 – 24 year-olds, Flash Eurobarometer 233* (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Európsky výbor pre prevenciu mučenia a neľudského a ponižujúceho zaobchádzania a trestania (CPT) (2006): *The CPT standards – „substantive“ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Farrell, M. a Marsden, J.: *Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales, 2008*, *Addiction* 103, s. 251 – 255.
- Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa (2008a): *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa, Brusel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa (2008b): *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa, Brusel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- GLADA: *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londýn 2004.
- Grebel, J. – Genoway, K. – Khara, M. a kol.: *Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection, 2007*, *International Journal of Drug Policy* 18, s. 437 – 443.
- Hall, W. a Solowij, N.: *Adverse effects of cannabis, 1998*, *Lancet* 1352, s. 1611 – 1616.
- Hedrich, D. – Majo Roca, X. – Marvanykövi, F. a Razc, J. (editors) (2008a): *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D. – Pirona, A. a Wiessing, L. (2008b): *From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe*, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, s. 503 – 517 (DOI: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C. – Krabbendam, L. – Spauwen, J. a kol. (2005): *Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people*, *BMJ* 330, s. 11.
- Henskens, R. – Garretsen, H. – Bongers, I. a kol. (2008): *Effectiveness of an outreach treatment program for inner city*

- crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction, *Substance Use Misuse* 43, s. 1464 – 1475.
- Hibell, B. a kol. (2009): *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Švédská rada pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN) a Pampidou Group pri rade Európy.
- Hoare, R. a Flatley, J.: *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Ministerstvo vnútra, Londýn 2008.
- Hornik, R. – Jacobsohn, L. – Orwin, R. a kol. (2008): Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths, *American Journal of Public Health* 98, s. 2229 – 2236.
- INCB (2009a): *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- INCB (2009b): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Medzinárodná rada OSN pre kontrolu omamných látok, New York.
- Jager, J. – Limburg, W. – Kretschmar, M. a kol. (editors): *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon 2004.
- Knapp, W.P. – Soares, B.G. – Farrell, M. a Lima, M.S. (2007): Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor): *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pampidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Nemecko 2008.
- Loftis, J.M. – Matthews, A.M. a Hauser, P. (2006): Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management, *Drugs* 66, s. 155 – 174.
- McCambridge, J. – Slym, R.L. a Strang, J. (2008): Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users, *Addiction* 103, s. 1819 – 1820.
- McIntosh, J. – Bloor, M. a Robertson, M. (2008): Drug treatment and the achievement of paid employment, *Addiction Research and Theory* 16, s. 37 – 45.
- Mennes, C.E. – Ben Abdallah, A. a Cottler, L.B. (2009): The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups, *Addictive Behaviors* 34, s. 223 – 226.
- Milloy, M. – Kerr, T. – Tyndall, M. a kol. (2008): Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M. – Miovska, L. – Řehan, V. a Trapková, B. (2007): Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study, *Československá psychologie* 103 (Supplement 51), s. 109 – 118 (http://cspych.psu.cas.cz/files/cspych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J. – Melin, P. – Wartelle-Bladou, C. a Lang, J.P. (2007): Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, s. S51 – 55.
- NICE (2009): *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and 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.
- NTA (2007): *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008): *Activité des consultations jeunes consommateurs (2005 – 2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paríž.
- 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.
- Piontek, D. – Kraus, L. a Klemptova, D. (2008): Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 3, s. 25.
- 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.
- Roesner, S. a Küfner, H. (2007): Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON), *Sucht* 54 (Supplement 1), s. S65 – S77.
- Rosenberg, H. – Melville, J. a McLean, P.C. (2002): Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services, *Addiction* 97, s. 59 – 65.
- Samhsa (2007): *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. a kol. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.

- Schroder, R. – Sellman, D. – Frampton, C. a Deering, D. (2008): Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, s. 963 – 968.
- Schulte, B. – Thane, K. – Rehm, J. a kol. (2008): Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe, In *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008): *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. a Sheridan, J. (1997): Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales, *Addiction* 92, s. 833 – 838.
- Strang, J. – Manning, V. – Mayet, S. a kol. (2008): Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses, *Addiction* 103, s. 1648 – 1657.
- Sutton, A.J. – Edmunds, W.J. – Sweeting, M.J. a Gill, O.N. (2008): The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis, *Journal of Viral Hepatitis* 15, s. 797 – 808.
- 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.
- Talu, A. – Rajaleid, K. – Abel-Ollo, K. a kol. (2009): HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estónsko: implications for intervention, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J. – Kuoppasalmi, K. – Fohr, J. a kol. (2007): a comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160 – 162.
- Toufik, A. – Cadet-Taïrou, A. – Janssen, E. a Gandilhon, M. (2008): *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paríž.
- UNODC (2009): *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.
- Vandam, L. (2009): Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature, In Cools, M. a kol. (editors), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antverpy.
- Vickerman, P. – Hickman, M. – May, M. a kol. (submitted): Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis, *Addiction*.
- Wagner, F.A. a Anthony, J.C. (2002): From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol, *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479 – 488.
- Wammes, A. – Van Leeuwen, L. a Lokman, S. (2007): *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008): *Customs and drugs report 2007*, Svetová colná organizácia, Brusel.
- WHO (2007): *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Regionálny úrad WHO pre Európu, Kodaň (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L. – Guarita, B. – Giraudon, I. a kol. (2008a): European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L. – Van de Laar, M.J. – Donoghoe, M.C. a kol. (2008b): HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M. – Bishop, C.R. – Greene, S.L. a Dargan, P.I. (2008): Ketamine-related toxicology presentations to the ED, *Clinical Toxicology* 46, s. 630.
- Zachrisson, H.D. – Rödje, K. a Mykletun, A. (2006): Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2009: stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie

2009 – 100 s. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-394-9

Ako je možné získať publikácie EÚ?

Publikácie na predaj:

- prostredníctvom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- u vášho kníhkupca s uvedením názvu, vydavateľstva a/alebo čísla ISBN;
- priamo prostredníctvom jedného z našich obchodných zástupcov. Kontaktné údaje na týchto obchodných zástupcov je možné získať na webovej stránke <http://bookshop.europa.eu> alebo zaslaním faxu na +352 2929-42758.

Bezplatné publikácie:

- prostredníctvom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej komisie. Kontaktné údaje na tieto zastúpenia alebo delegácie EK je možné získať na webovej stránke <http://ec.europa.eu> alebo zaslaním faxu na +352 2929-42758.

Čo je EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Centrum, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMCDDA zbiera, analyzuje a šíri faktické, objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie centra sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a širokú verejnosť.

Výročná správa EMCDDA každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.



Úrad pre publikácie

ISBN 978-929168394-9



9 789291 683949