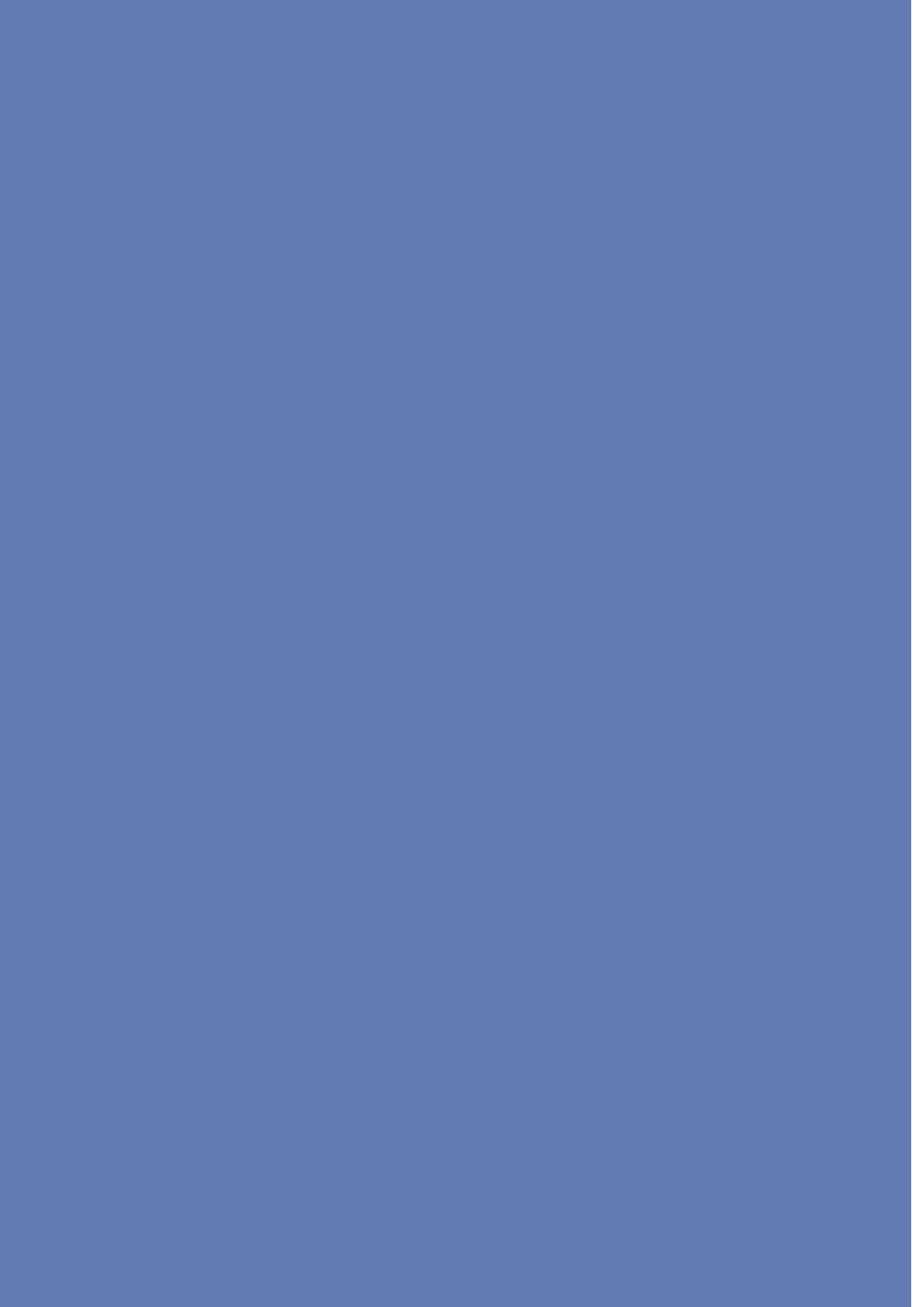




Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

WYRÓČNÁ SPRÁVA STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE





Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ SPRÁVA 2010

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právna poznámka

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

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

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

Bezplatné číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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 a nórcine. Všetky preklady vyhotovilo Prekladateľské stredisko pre orgány Európskej únie.

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie, 2010.

ISBN 978-92-9168-443-4

doi:10.2810/3652

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2010

Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Luxembourg

VÝTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI.



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

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

Obsah

Predslov	5
Podakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár: Staré skutočnosti, nové hrozby a ekonomická úspornosť: súčasný obraz európskej protidrogovej politiky	13
Kapitola 1: Politiky a právne predpisy	
Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ • Národné stratégie • Verejné výdavky • Vnútroštátne právne predpisy • Výskum	20
Kapitola 2: Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad	
Prevenca • Liečba • Znižovanie škôd • Sociálne vylúčenie a reintegrácia • Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami • Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach	28
Kapitola 3: Kanabis	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Liečba	41
Kapitola 4: Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Rekreačné prostredie • Liečba	51
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	62
Kapitola 6: Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog	
Ponuka a dostupnosť • Problémové užívanie opiátov • Injekčné užívanie drog • Liečba	73
Kapitola 7: Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami	
Infekčné choroby • Reagovanie na infekčné choroby • Úmrtia a úmrtnosť • Znižovanie počtu úmrtí	82
Kapitola 8: Nové drogy a vznikajúce trendy	
Opatrenia v oblasti nových drog • Fenomén „Spice“ • Ďalšie informácie o látkach	93
Literatúra	99



Predslov

S hrdosťou predkladáme túto pätnástu výročnú správu o stave drogovej problematiky v Európe. Uvedená analýza vychádza z údajov zhromaždených sieťou národných kontaktných miest Reitox, ktoré úzko spolupracujú so svojimi národnými expertmi. K príprave správy prispeli na základe našej úspešnej spolupráce Európska komisia, Europol, Európska agentúra pre lieky a Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb.

V tohtoročnej správe, tak ako vždy, nájdete podrobný prehľad drogovej problematiky v Európe a opatrení, ktoré sa prijímajú na jej riešenie. Našou úlohou je však ísť nad rámec jednoduchého uvádzania štatistík. Príprava správy sa riadila potrebou identifikovať a vymieňať si osvedčené postupy a zabezpečiť podporu pre intervencie založené na dôkazoch. Táto potreba sa vzťahuje rovnako na opatrenia namierené na ponuku drog, ako aj na opatrenia namierené na dopyt. Pri čítaní tejto správy je zrejmé, že v súčasnosti lepšie rozumieme tomu, čo funguje a že Európa dosiahla v niektorých oblastiach veľké pokroky. Napriek tomu ešte stále dochádza k tomu, že prístupy bez solídnych základov dokazujúcich ich účinnosť odčerpávajú finančné prostriedky. Pri súčasných tlakoch na verejný rozpočet sa zdôrazňuje potreba zabezpečiť rozumné vynakladanie verejných financií. V tejto súvislosti je našou úlohou poskytovať neutrálne a nezaujaté posúdenie dôkazovej základne pre intervencie.

Aj keď je správa zameraná na Európu, opakovane sa v nej pripomína globálny charakter problémov s drogami. Dočítate sa v nej napríklad o náraste a závažnosti problémov súvisiacich s drogami, ktorým v súčasnosti čelia mnohé zo susedných krajín. Nejde len o ohrozenie verejného zdravia v príslušných krajinách. Oslabovanie sociálneho rozvoja a podpora korupcie a organizovaného zločinu predstavujú skutočnú hrozbu pre Európsku úniu. Európa sa usiluje o vyváženú protidrogovú politiku, ktorá je založená na dôkazoch a vychádza z dobrých znalostí problému. Sme hrdí na to, že európsky model pre rozvoj národných informačných systémov nadobúda čoraz väčší význam. S radosťou informujeme o rastúcom význame centra EMCDDA v európskych iniciatívach na pomoc krajinám mimo EÚ pri rozvoji kapacít v tejto oblasti.

V súčasnosti absolvuje protidrogovú liečbu približne jeden milión osôb, čo potvrdzuje prácu, ktorá sa urobila v oblasti zabezpečenia dostupnosti starostlivosti pre tých, ktorí ju potrebujú. Zároveň nám to pripomína rozsah problému,

ktorému Európa naďalej čelí. Substitučná liečba závislosti od opiátov aj naďalej tvorí najväčšiu časť v tejto oblasti a tu sa ukazuje, že sa menia postoje a objavujú sa otázky o dlhodobých výsledkoch v prípade liečených osôb. Ide o dôležité otázky, rovnako je však dôležité uznať prínosy pre verejné zdravotníctvo a prínosy zo sociálneho hľadiska vyplývajúce z rastúceho poskytovania liečby.

Pozitívnym zistením je zvýšenie dostupnosti liečby, v rámci Európy však naďalej pretrvávajú veľké rozdiely v prístupe k nej. V praxi dochádza k tomu, že liečba je niekedy najmenej dostupná pre tých, ktorí ju najviac potrebujú. Táto nerovnosť nebýva len geografického charakteru. V tohtoročnej správe sa pri zameraní na osoby, ktoré majú problém s drogami, skúma význam väzenského prostredia. Aj keď sa v tomto prostredí dosiahol určitý pokrok, príliš často došlo k tomu, že sa nevyužila cenná príležitosť intervenovať v hlavnej skupine problémových užívateľov drog.

Túto správu vám predkladáme v zložitej dobe. Súčasná hospodárska situácia stavia členské štáty EÚ pred naliehavé problémy a je potrebné starostlivo posúdiť, aký dosah bude mať na mieru užívania drog a poskytovanie služieb. Je ešte príliš skoro predpovedať vplyv hospodárskej krízy na užívanie drog v Európe – vieme však, že marginalizované a sociálne znevýhodnené komunity bývajú najviac zasiahnuté problémami s drogami. Služby pre užívateľov drog stále viac ohrozujú škrtý v rozpočtoch, ktoré by mohli uškodiť nielen tým, ktorí drogy užívajú, ale aj komunitám, v ktorých žijú. Toto však nie je jediný problém v drogovej oblasti, ktorým Európa čelí. Zmeny v ponuke zavedených drog a výskyt nových látok kladú stále väčšie nároky na naše modely kontroly drog. Problémy, ktoré tieto zmeny predstavujú, sú zložité a navzájom poprepájané. Budú si vyžadovať intenzívnu a kolektívnu reakciu. Pozitívnym odkazom tejto správy je, že Európa zlepšuje svoje schopnosti pri sledovaní tohto rýchlo postupujúceho fenoménu. Je to zásadný predpoklad pre porozumenie výziev, ktorým v súčasnosti čelíme, a na zabezpečenie toho, aby reakcie našej politiky držali krok s vývojom situácie v oblasti drog.

João Goulão

predseda správnej rady EMCDDA

Wolfgang Götz

riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest Reitox a ich pracovníkom;
- inštitúciám 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 webových stránkach EMCDDA.



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré vo forme národnej správy poskytli centru EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny Chorvátsko, Turecko a Nórsko. Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2008 (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, alebo na účely zdôraznenia určitých trendov.

Analýza trendov je založená len na tých krajinách, ktoré poskytli dostatočné údaje na popis zmien za príslušné časové obdobie. Pri analýze trendov údajov o trhu s drogami môžu byť chýbajúce údaje za rok 2008 nahradené údajmi za rok 2007, pri analýze iných trendov môžu byť chýbajúce údaje interpolované.

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

Údaje o ponuke a dostupnosti drog

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

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

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

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

Tieto zdroje sú dostupné len na internete.

Štatistická ročenka 2010 obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a približne 100 ďalších štatistických grafov.

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

Prehľady podľa krajín poskytujú najlepší grafický súhrn hlavných aspektov drogového stavu každej krajiny.

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

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

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

Prevalencia užívania drog podľa prieskumov v celkovej populácii

Užívanie drog v celkovej alebo školskej populácii je možné merať prostredníctvom reprezentatívnych prieskumov, ktoré

poskytujú odhady podielu ľudí, ktorí uvádzajú, že užívali konkrétne drogy počas definovaných období. Prieskumy poskytujú tiež užitočné kontextové informácie o formách užívania, sociálno-demografických charakteristikách užívateľov a vnímaní rizík a dostupnosti.

Centrum EMCDDA vypracovalo v úzkej spolupráci s odborníkmi z členských štátov súbor 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 roku zberu údajov, čo znamená, že malé rozdiely, najmä medzi krajinami, by sa mali interpretovať opatrne.

Vykonávanie prieskumov je nákladné a málo európskych krajín zhromažďuje informácie každý rok, aj keď mnohé ich zhromažďujú každé dva alebo štyri roky. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu v každej krajine, ktorý sa vo väčšine prípadov uskutočnil v období rokov 2005 až 2008. Údaje o prevalencii za Spojené kráľovstvo sa vzťahujú na Anglicko a Wales, pokiaľ nie je uvedené inak, aj keď sú dostupné samostatné údaje aj za Škótsko a Severné Írsko.

Z troch štandardných časových rámcov používaných na vykazovanie údajov prieskumu je najrozšírenejšia celoživotná prevalencia (užívanie drogy v určitom úseku života jednotlivca). Táto miera neodráža aktuálnu situáciu v užívaní drog medzi dospelými, ale môže byť užitočná pre pochopenie foriem užívania a výskytu. V prípade dospelých predstavujú štandardné vekové rozpätia EMCDDA 15 až 64 rokov (všetci dospelí) a 15 až 34 rokov (mladí dospelí). Ku krajinám, ktoré používajú inú hornú alebo dolnú vekovú hranicu patria: Dánsko (16), Nemecko (18), Maďarsko (18), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené kráľovstvo (16 - 59). Pozornosť sa zameriava na časový rámec užívania v minulom roku a minulom mesiaci (užívanie počas posledných 12 mesiacov alebo

posledných 30 dní pred prieskumom) (viac informácií sa nachádza na webovej stránke EMCDDA). Pokiaľ ide o školákov, celoživotná prevalencia a prevalencia v poslednom roku sú podobné, pretože užívanie nezákonných drog pred dosiahnutím veku 15 rokov je zriedkavé.

V Európskom prieskume, ktorý sa uskutočňuje na školách a ktorý sa týka užívania alkoholu a iných drog (ESPAD), sa využívajú štandardné metódy a nástroje na meranie užívania drog a alkoholu v reprezentatívnych vzorkách školákov vo veku 15 až 16 rokov. Prieskumy sa vykonali v rokoch 1995, 1999, 2003 a 2007. V roku 2007 sa zhromaždili údaje v 35 krajinách, vrátane 25 členských štátov EÚ, Nórska a Chorvátska.

Dopyt po liečbe

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. Keď sa udáva pomer dopytu po liečbe pre primárnu drogu, menovateľom je počet prípadov, v ktorých je primárna droga známa.

Intervencie

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

Porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami

Termín „správy“ v prípade porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami môže označovať rôzne koncepty v jednotlivých krajinách.





Komentár

Staré skutočnosti, nové hrozby a ekonomická úspornosť: súčasný obraz európskej protidrogovej politiky

Potreba zabrániť vysokým nákladom spojených s opatreniami na zníženie nákladov

Vstupom Európy do obdobia ekonomickej úspornosti s nárastom mier nezamestnanosti mládeže sa objavujú obavy, že s tým môže súvisieť aj nárast problematických foriem užívania drog. V krízou postihnutých a marginalizovaných komunitách vždy hrozí vyššie riziko drogových problémov a sprievodných škôd vyplývajúcich z kriminality a nedostatočne bezpečných komunit. Európa teraz čelí dvojitej hrozbe, a to, že v dobe prípadného nárastu potreby po efektívnych reakciách, by úsporné opatrenia mohli viesť k obmedzeniam v ich poskytovaní. V priebehu posledného desaťročia sa dosiahli významné úspechy v riešení drogových problémov, aj keď sú nerovnomerné. Počty osôb absolvujúcich liečbu výrazne vzrástli a značný pokrok sa dosiahol v riešení niektorých najškodlivejších zdravotných následkov, napr. infekcie HIV. Okrem toho štúdie preukázali, že intervencie môžu byť nákladovo efektívne a pomáhať znížovať výdavky na súvisiace zdravotné a sociálne problémy, ako aj na problémy s trestnou činnosťou. Existuje riziko, že v dôsledku súčasnej hospodárskej situácie sa môžu prijímať politické rozhodnutia, ktorých následkom bude rast dlhodobých nákladov, ktoré ďaleko prevážia všetky krátkodobé úspory.

V centre pozornosti: usmernenia, rámce a zlepšenie dôkazovej bázy na hodnotenie obmedzenia ponuky

V Lisabonskej zmluve, ktorá nadobudla platnosť 1. decembra 2009, sa kladie nový dôraz na úlohu Európskej únie pri príprave usmernení, ukazovateľov a podpore výmeny osvedčených postupov v oblasti drog. V časoch ekonomickej úspornosti je mimoriadne dôležité zabezpečiť, aby výdavky smerovali na intervencie s preukázanou účinnosťou. Európsky prístup k drogám možno charakterizovať ako prístup, v ktorom sa uprednostňujú dôkazy pred ideológiou. Existuje však ešte mnoho oblastí, kde investície smerujú na prístupy, pri ktorých chýbajú spoľahlivé dôkazy, alebo boli slabo vyhodnotené, zatiaľ čo prístupy s preukázanou hodnotou sa nie vždy realizujú. V oblasti prevencie je to

pretrvávajúci problém, ale neobmedzuje sa len na túto oblasť. Vhodné modely programov existujú v mnohých oblastiach znižovania dopytu a rastie porozumenie, pokiaľ ide o to, v čom by mali spočívať účinné opatrenia. Úlohou je dosiahnuť zhodu potrebnú na zjednotenie týchto poznatkov v súbore usmernení a rámcov, ktoré sú dostatočne normatívne, aby podporili zlepšenie služieb, pričom by boli aj dostatočne citlivé, pokiaľ ide o rôzne kontexty vyskytujúce sa v rámci Európskej únie.

V oblasti verejného zdravotníctva je už dlho pravidlom, že vplyv jeho intervencií musí byť preukázaný. Potreba rozšíriť tento prístup na aktivity v oblasti znižovania ponuky sa čoraz častejšie stáva spoločnou témou v politických diskusiách EÚ. V národných rozpočtoch sa výdavky na znižovanie ponuky často dajú ťažko identifikovať, zo štúdií však vyplýva, že sú značné a spravidla sú vyššie ako výdavky na reakcie verejného zdravotníctva. V rámci nedávnych rokovaní rady sa dospelo k záveru, že chýbajúce štandardné ukazovatele a opatrenia nepriaznivo ovplyvňujú hodnotenie aktivít na znižovanie ponuky. Cieľom aktuálneho protidrogového akčného plánu EÚ je stanovenie hlavných ukazovateľov v oblasti znižovania ponuky. V roku 2009 Európska komisia a centrum EMCDDA uviedli spoločnú iniciatívu na riešenie tohto problému a identifikáciu hlavných ukazovateľov ponuky a mechanizmus ich zavedenia možno očakávať v roku 2011.

Perspektívy politiky: výzvy pre európsky model protidrogovej politiky

Prakticky všetky členské štáty EÚ prijali spoločný prístup založený na národnej protidrogovej stratégii vychádzajúci spravidla z akčného plánu s konkrétnymi cieľmi a harmonogramom. Tento model politiky má opodstatnenie, pretože umožňuje pravidelnú kontrolu pokroku a poskytuje príležitosť nasmerovať politiku na oblasti, kde sa zistí jej potreba. Tento prístup je aj náročný, pretože je potrebné vypracovať, schváliť a prijať nové protidrogové stratégie, k čomu často dochádza počas vyhodnocovania starej stratégie. V tohoročnej správe poukazujeme na tieto ťažkosti a po prvý raz uvádzame

pokles počtu krajín so zavedenou platnou národnou protidrogovou stratégiou. Zväčša je to v dôsledku praktických problémov s vyhodnocovaním a obnovovaním národných strategických dokumentov, ktoré platili do roku 2008 alebo 2009. Centrum EMCDDA spolupracuje s členskými štátmi na príprave nástrojov na hodnotenie politík, ktoré by umožnili priebežnú kontrolu vývoja v oblasti protidrogovej politiky. Na problém vyhodnocovania protidrogových politík neexistujú jednoduché riešenia, bolo by však nepríjemné, keby nedostatky v postupoch a plánovaní oslabili významný výsledok európskej reakcie na problémy s drogami.

Ako sa uvádza v minuloročnej správe, medzi alkoholom a problémami s drogami je silná väzba. Napriek tomu nevidno v rámci členských štátov žiadny spoločný prístup, pokiaľ ide o zjednotenie protidrogovej a protialkoholovej politiky. Niektoré krajiny nechávajú tieto dve politiky samostatné, iné ich spájajú a niektoré zatiaľ nevypracovali stratégiu boja proti alkoholu. V prospech hľadania synergických účinkov medzi protidrogovou a protialkoholovou politikou existujú silné argumenty v neposlednom rade preto, lebo sú často zamerané na rovnaké skupiny populácie a prostredia. Výzvou pre súčasné modely politiky je aj rast trhu s „legálnymi opojeniami“, ako aj zneužívanie farmaceutických výrobkov, ako sa uvádza ďalej v texte. Z hľadiska verejného zdravotníctva to poukazuje na potrebu komplexného prístupu zahŕňajúceho nelegálne aj legálne látky a prípadne iné behaviorálne závislosti. Výzva je dvojnásobná: posúdiť, do akej miery je táto celková vízia opodstatnená a akým spôsobom by sa táto perspektíva dala pretransformovať do vhodného regulačného a kontrolného rámca.

Nový vývoj v oblasti národných protidrogových zákonov odhaľuje spoločné znaky aj rozdiely

Príklady rozdielov, ktoré existujú medzi členskými štátmi EÚ vo vykonávaní politiky, aj keď vo všeobecnosti prevláda zhoda, možno nájsť v oblasti sankcií za porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami. Vo väčšine krajín EÚ právne systémy zohľadňujú typ a „škodlivosť“ príslušnej drogy a či sa porušenie právnych predpisov týka podieľania sa na trhu s drogami, alebo či drogy slúžia na osobné použitie, alebo sa prechovávajú na osobnú potrebu. Medzi jednotlivými krajinami sú tieto odlišnosti výrazné, môžu byť tiež uzákonené alebo vyplývať z procesov fungujúcich v rámci systému trestného súdnicstva. Nie je jasné, aké výhody rôzne prístupy prinášajú, alebo aký je osvedčený postup, čo poukazuje na to, že porovnávacie analýzy by boli v tejto oblasti prínosom. V súčasnosti by sa porovnania medzi krajinami

mali vykonávať opatrne, pretože rozdiely medzi porušeniami právnych predpisov môžu vyplývať tak z právnej praxe príslušnej krajiny, ako aj z charakteru samotného porušenia právneho predpisu. Druhá otázka je, v akej miere sa v praxi používa politika rozlišovania medzi tými, ktorí profitujú z predaja a prepravy drog, a tými, ktorí ich používajú. Z najnovších údajov vyplýva mierne klesajúci trend v porušovaní právnych predpisov súvisiacich s ponukou, pričom ich počet v súvislosti s užívaním naďalej rastie.

Protidrogová liečba: dostupnejšia ako kedykoľvek predtým, ale so zrejmyimi nerovnosťami

Účinné liečenie osôb s problémami s užívaním látok je ústredným pilierom európskej reakcie na drogy. V tejto oblasti sa zvyšuje nielen kvalita, ale aj objem dostupnej starostlivosti. Centrum EMCDDA odhaduje, že v Európskej únii viac než milión ľudí ročne absolvuje určitú formu liečby v súvislosti s problémami s drogami. K rozšíreniu liečby prispel nárast špecializovanej ambulantnej starostlivosti podporovaných nízkoprahovými službami a prácou v teréne. Významné je, že v niektorých krajinách sa v rámci protidrogových služieb kombinuje špecializovaná starostlivosť so službami primárnej zdravotnej starostlivosti a všeobecných lekárov. V prípade niektorých typov drogových problémov, najmä komplikovanejších, je lepšie, ak sa nimi zaoberajú tímy špecialistov. Avšak vhodná kombinácia špecializovanej a všeobecnej starostlivosti môže byť významným prvkom pri zvyšovaní celkovej dostupnosti starostlivosti, najmä ak budú dobre zavedené systémy odporúčaní na liečbu a systémy na poskytovanie podpory.

Aj keď sa poskytovanie liečby zvýšilo, v celej Európe existujú v prístupe zrejme nerovnosti. Vo väčšine východnej Európy a niektorých juhoeurópskych krajinách je dostupnosť liečby pomerne obmedzená, ako vidno z dlhých zoznamov čakateľov. Úroveň dostupnosti liečby sa dajú zmysluplne posúdiť len vo vzťahu k relatívnemu pokrytiu populácie, ktorá potrebuje starostlivosť. Ešte stále sa ťažko s určitosťou komentuje, v akej miere dostupná starostlivosť spĺňa potreby, aj keď sa určitý pokrok dosiahol v súvislosti so substitučnou liečbou závislosti od opiátov. Celkovo centrum EMCDDA odhaduje, že asi 670 000 Európanov absolvuje v súčasnosti substitučnú liečbu závislosti od opiátov, čo predstavuje asi polovicu odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov. Toto číslo sa medzi jednotlivými krajinami výrazne líši, pričom národné odhady sa pohybujú v rozmedzí od menej ako 10 % po viac ako 50 % problémových užívateľov opiátov absolvujúcich liečbu. Rozdiely v dostupnosti liečby potvrdzuje ďalej zistenie, že v 12 členských štátoch, ktoré

pristúpili k Európskej únii po roku 2004, sa poskytuje len asi 2 % substitučnej liečby.

Substitučná liečba sa považuje aj za opatrenie na znižovanie škôd. Spolu s výmenou ihiel a injekčných striekačiek sa široko propaguje ako dôležitá súčasť komplexnej stratégie prevencie HIV u injekčných užívateľov drog. S celkovo stabilnými alebo klesajúcimi trendmi úrovni injekčného užívania a infekcií HIV súvisiacich s užívaním drog vyzerá situácia v Európskej únii, pokiaľ ide o prenos HIV súvisiaci s užívaním drog, pozitívne v porovnaní s mnohými časťami sveta. Centrum EMCDDA uverejnilo v roku 2010 vedeckú monografiu o znižovaní škôd, v ktorej sa mapovalo zavádzanie koncepcie znižovania škôd v rámci substitučnej liečby, ako aj výmeny injekčných striekačiek, ktoré sú v súčasnosti akceptovanými zložkami európskych protidrogových politík. V monografii sa tiež zdôraznila potreba zlepšiť dôkazovú základňu pre ďalšie intervencie na znižovanie škôd a riešiť nedostatok kvalitatívne vypracovaných modelov na znižovanie škôd v prípade problémov s užívaním stimulantov a viacerých drog, spôsobov užívania, ktorých význam v Európe narastá. Potrebné je tiež poznamenať, že reakcie v Európe sú ešte stále nedostatočné, pokiaľ ide o dopad na infekcie vírusom hepatitídy C v prípade injekčných užívateľov a úmrtí v dôsledku predávkovania drogami a že prístupy spočívajúce v znižovaní škôd by tu mohli zohrávať dôležitú úlohu.

Príprava modelov starostlivosti a reakcie na vývoj problému s drogami v Európe

Súčasná forma užívania drog kladú nároky na služby, pokiaľ ide o vypracovanie komplexnejších a diferencovanejších reakcií, ktoré budú založené na potrebách a budú lepšie prepojené na zdroje v oblasti všeobecnej zdravotníckej a sociálnej starostlivosti. V prípade substitučnej liečby to dokazuje starnúca a chronickejšia skupina, ktorá potrebuje starostlivosť, čo je témou publikácie Vybraná otázka, ktorá sprevádza túto správu. Potreba liečby a ďalších reakcií na problémy súvisiace s inými látkami ako opiátmi narastá so zvyšujúcimi sa počtami užívateľov kanabisu a stimulantov, ktorí sú v kontakte so službami. Zložité formy užívania viacerých drog, ktoré často zahŕňajú problémy súvisiace s alkoholom, predstavujú ďalšiu výzvu. Modely starostlivosti sa v týchto oblastiach zlepšujú, aj keď v oblasti prípravy a výmeny osvedčených postupov je ešte čo zlepšovať. Aj keď možnosti čisto farmakologickej terapie v prípade užívateľov stimulantov sú podľa všetkého ešte nepravdepodobné, zvýšený záujem výskumu v tejto oblasti priniesol povzbudzujúce zistenia

vrátane lepšieho porozumenia pre príspevok psychosociálnych prístupov.

Kanabis: významné regionálne odchýlky

Kanabis je stále najobľúbenejšou nezákonnou drogou v Európe, ale medzi krajinami sú evidentné veľké rozdiely v prevalencii užívania, čo potvrdzuje skutočnosť, že najvyššie uvádzané odhady 30-krát prevyšujú najnižšie. Celkovo možno konštatovať, že trendy v spotrebe vykazujú stabilnú alebo klesajúcu úroveň užívania. V rámci tohto všeobecného dlhodobého obrazu je však možné pozorovať rozdiely. Konkrétne sa treba zmieniť o niektorých krajinách vo východnej Európe, kde sa ukazuje, že úrovne užívania stále rastú a v niektorých prípadoch teraz konkurujú alebo sú vyššie ako úrovne prevalencie zistené v západnej Európe.

Dôsledky užívania kanabisu na verejné zdravotníctvo sú chápané čoraz lepšie, hlavne so zameraním na tých užívateľov, ktorí uvádzajú každodenné a chronické formy užívania. V nedávnych prehľadoch, v rámci ktorých sa skúmali nežiaduce následky užívania drog na zdravie, sa identifikoval celý rad účinkov vrátane úzkosti, panickej reakcie a psychotických príznakov. V niekoľkých krajinách, ktoré ich monitorujú, sú tieto účinky dôvodom značného počtu urgentných príjmov v nemocniciach v súvislosti s drogami.

Podľa posledných údajov celkový počet nových klientov absolvujúcich liečbu, ktorí uvádzajú kanabis ako hlavnú drogu, vo väčšine krajín klesá. Faktory v pozadí tejto zmeny nie sú jasné, ale je ich potrebné skúmať, pretože by mohli naznačovať buď zníženú kapacitu zariadení prijímať nových klientov, alebo zníženie počtu osôb poslaných na liečbu závislosti od kanabisu.

Značný záujem o kanabis v Európe sa odráža v každoročných záchytoch v objeme asi 1 000 ton. Celkovo z údajov vyplýva, že miera dostupnosti kanabisu vo svojich rôznych formách na európskom trhu môže byť skôr vyššia ako nižšia. Napriek náznakom, že doma vyrobený trávový kanabis je čoraz bežnejší, množstvá trávového kanabisu zachyteného v Európskej únii zostávajú na stabilnej úrovni, zatiaľ čo záchyty živice sa zvýšili. Pokiaľ ide o objem, rozdiel medzi záchytm kanabisovej živice a trávového kanabisu je v pomere 10:1. Všetky závery o dostupnosti rôznych typov kanabisu v Európe je nutné brať so značnou dávkou opatrnosti, napríklad trávový kanabis sa vyrába bližšie k trhu, na ktorý je určený, a preto je menej pravdepodobné, že bude zachytený. Narastá aj počet správ o zapojení organizovaného zločinu do domácej produkcie kanabisu, čo podnecuje k novým opatreniam vnútroštátnych i európskych orgánov činných v trestnom konaní.

Orientačný prehľad – odhady užívania drog v Európe

Uvedené odhady sa vzťahujú na dospelú populáciu (vo veku 15 – 64 rokov) a vychádzajú z najnovších dostupných údajov (prieskumy boli vykonané v rokoch 2004 až 2008). Úplný súbor údajov a informácie o metodike sa uvádzajú v sprievodnej štatistickej ročenke.

Kanabis

Celoživotná prevalencia: minimálne 75,5 milióna (22,5 % dospelých Európanov)

Užívanie v poslednom roku: asi 23 miliónov dospelých Európanov (6,8 %) alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v poslednom mesiaci: asi 12,5 milióna Európanov (3,7 %)

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,4 % až 15,2 %

Kokaín

Celoživotná prevalencia: asi 14 miliónov (4,1 % Európanov)

Užívanie v poslednom roku: 4 milióny dospelých Európanov (1,3 %) alebo jedna tretina celoživotných užívateľov

Užívanie v poslednom mesiaci: asi 2 milióny (0,5 %)

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

Extáza

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

Užívanie v poslednom roku: asi 2,5 milióna (0,8 %) alebo jedna štvrtina celoživotných užívateľov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,1 % až 3,7 %

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia: asi 12 miliónov (3,7 % Európanov)

Užívanie v poslednom roku: asi 2 milióny (0,6 %) alebo jedna šestina celoživotných užívateľov

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v poslednom roku: Celkový rozsah 0,0 % až 1,7 %

Opiáty

Problémoví užívatelia opiátov: odhaduje sa od 1,2 do 1,5 milióna Európanov

Úmrtia zapríčinené drogami tvorili 4 % všetkých úmrtí Európanov vo veku 15 – 39 rokov, pričom opiáty sa zistili v asi troch štvrtinách

Hlavná droga asi v 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu

Približne 670 000 užívateľov opiátov absolvovalo substitučnú liečbu v roku 2008

Pochopenie európskeho zložitého trhu so stimulačnými drogami

Kokaín je stále druhou najčastejšie užívanou nelegálnou drogou v Európe, aj keď medzi jednotlivými krajinami panujú značné rozdiely v úrovni prevalencie a trendoch. Vysoké a zvyšujúce sa úrovne užívania kokaínu boli zaznamenané len v malom počte zväčša západoeurópskych krajín, zatiaľ čo v iných krajinách pretrváva obmedzené užívanie tejto drogy. Otvorenou otázkou zostáva, či táto situácia bude pokračovať, alebo či sa užívanie kokaínu rozšíri do ďalších častí Európy, najmä východnej Európy. Obavy vyvolávajú niektoré dôkazy o stále častejšom pašovaní tejto drogy cez región, ako aj sporadické správy o užívaní kokaínu v niektorých prostrediach.

Nové trasy cez východnú Európu nie sú jediným problémom, ktorý vyvoláva obavy v súvislosti s kokaínom. Droga aj naďalej prichádza do Európy hlavne cez Pyrenejský polostrov a nizozemské krajiny. Relatívne novým vývojom je však zákaz činnosti sekundárnych extrakčných zariadení na získavanie hydrochloridu kokaínu alebo z kokaínovej bázy z nosičov, ako napr. včelí vosk, hnojivá, oblečenie, bylinky, plasty a kvapaliny. V roku 2008 Španielsko poskytlo Europolu informácie o 30 takýchto zariadeniach. Tento vývoj svedčí o vysokej úrovni inovácií a technologickej rafinovanosti dovozcov kokaínu do Európskej únie. Vďaka svojej vysokej cene môže kokaín byť aj „rezaný“ alebo v zmesi s inými látkami. Používanie levamisolu (1-tetramizolu) ako prímеси do kokaínu sa v USA a Európe uvádza čoraz častejšie, čo viedlo v roku 2009 k výstrahe zo strany európskeho systému včasného varovania. Táto droga môže predstavovať ďalšie zdravotné riziká pre užívateľov kokaínu.

Aj keď v službách protidrogovej liečby v Európe ešte stále prevládajú klienti s problémami s užívaním opiátov, užívatelia kokaínu teraz predstavujú asi štvrtinu nových účastníkov liečby. Väčšinu takýchto prípadov uvádza malá skupina krajín, predovšetkým Španielsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo, a zahŕňajú dve odlišné skupiny: sociálne integrovaných mužov, ktorí drogu šnupajú, a marginalizovaných užívateľov drog, ktorí užívajú kokaín injekčne alebo užívajú crack kokaín spolu s ďalšími látkami. Ďalším problémom je zvyšujúca sa úmrtnosť súvisiaca s užívaním kokaínu. V súčasnosti sa uvádza každoročne okolo 1 000 úmrtí súvisiacich s kokaínom s výraznými nárastmi v Španielsku a Spojenom kráľovstve. V týchto dvoch krajinách má užívanie tejto drogy dlhú tradíciu a je na vysokej úrovni. Aj keď vo všeobecnosti sa zistila prítomnosť aj iných drog, tento nárast je znepokojujúci, najmä vzhľadom na pretrvávajúce obavy z nehlásených prípadov pri úmrtiach užívateľov už s existujúcimi kardiovaskulárnymi problémami, v ktorých by mohol kokaín zohrávať úlohu.

Užívanie amfetamínov zostáva v Európe celkovo na nižšej úrovni ako užívanie kokaínu, ale v mnohých krajinách amfetamín alebo metamfetamín sú naďalej najčastejšie užívanými stimulačnými drogami. Problém s užívaním amfetamínu uvádzajú prevažne krajiny na severe Európy, zatiaľ čo problém s užívaním metamfetamínu sa v značnej miere obmedzuje na Českú republiku a Slovensko. Táto situácia sa však môže pomaly meniť, pretože výroba metamfetamínu sa v súčasnosti uvádza aj v Litve a Poľsku, pričom výroba slúži najmä na zásobovanie škandinávskych trhov. Môže sa tu predávať ako náhrada za amfetamín. Problém s užívaním amfetamínu a metamfetamínu je témou publikácie Vybraná otázka, ktorý sprevádza túto výročnú správu.

Opiáty a injekčné užívanie drog

Užívanie heroínu v súčasnosti ešte stále zodpovedá za najväčší podiel morbidity a mortality súvisiacej s užívaním drog v Európskej únii. Počet problémových užívateľov opiátov v Európe sa odhaduje s opatrnosťou na 1,35 milióna a väčšina nastupujúcich na liečbu ešte stále uvádza opiáty ako primárnu drogu. Údaje z rôznych zdrojov poukazujú na celkovo stabilný až zvyšujúci sa problém s opiátmi v Európskej únii od roku 2003/2004. Záchyty heroínu sa z hľadiska ich počtu zvýšili, nie však z hľadiska množstva, aj keď je potrebné, aby sa posudzovali v kontexte zvyšujúceho sa počtu záchytov tejto drogy v Turecku. Údaje o trendoch odhadov prevalencie sa javia ako stabilné, v niektorých krajinách sa pomaly zvyšuje dopyt po liečbe, zvýšil sa počet úmrtí zapríčinených drogami, ako aj porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami. Do určitej miery to môže odrážať skutočnosť, že problémy s opiátmi sú dlhodobého charakteru, keď sa užívatelia stanú závislými, zostávajú závislými dlhú dobu. Preto aj pomerne malý počet nových užívateľov postačuje na to, aby sa celková populácia udržala na rovnakej úrovni. Počet injekčných užívateľov drog v Európe sa odhaduje na 750 000 až 1 milión s veľkými rozdielmi v prevalencii medzi jednotlivými krajinami. Pokiaľ ide o kvalitu údajov, tento odhad je potrebné brať opatrne. Tendencia v injekčnom užívaní sa obzvlášť ťažko odhaduje, ale údaje z monitorovania liečby naznačujú, že je klesajúca v strednodobom horizonte a injekční užívatelia sú teraz v menšine spomedzi nových užívateľov opiátov nastupujúcich na liečbu v Európe.

Injekčné užívanie je však naďalej najčastejšou formou užívania v prípade užívateľov opiátov v mnohých východoeurópskych krajinách. Prispieva to k značným obavám v súvislosti s dopadmi na verejné zdravotníctvo v dôsledku užívania drog v niektorých krajinách susediacich s Európskou úniou. V Rusku a na Ukrajine na

východnej hranici Európskej únie sú podľa všetkého úrovne problémového užívania opiátov dvakrát až štyrikrát väčšie než priemer EÚ. K problémom súvisiacim s užívaním opiátov v tomto regióne patrí aj vysoká miera infekcie HIV a úmrtia zapríčinené drogami.

Predávkovanie predstavuje najväčšiu príčinu úmrtí súvisiacich s užívaním nelegálnych drog v Európe, ktorým možno predchádzať, a toxikologická analýza potvrdzuje prítomnosť heroínu vo väčšine úmrtí zapríčinených drogami. Toto opäť poukazuje na význam opiátov pre pochopenie dopadov užívania drog na verejné zdravotníctvo v Európe. Od roku 2003 sa počet úmrtí zapríčinených drogami vo väčšine európskych krajín zvýšil, ako aj vek umierajúcich, čo poukazuje na starnutie populácie chronických užívateľov. Predbežné údaje naznačujú mierny nárast oznámených úmrtí zapríčinených drogami v roku 2008: s odhadovaným počtom 7 371 prípadov v roku 2008 v členských štátoch EÚ a Nórsku v porovnaní so 7 021 v roku 2007. Tieto odhady môžu byť konzervatívne. Podľa odhadov na každé smrteľné predávkovanie môže byť 20 – 25 predávkovaní bez smrteľných následkov alebo asi 150 000 predávkovaní ročne v Európskej únii. Okrem toho v súčasnosti je známe, že následkom predávkovania bez smrteľných následkov môže dôjsť k výraznému poškodeniu zdravia, ako aj k zvýšenému riziku predávkovania v budúcnosti. Z hľadiska verejného zdravotníctva jedným z najdôležitejších výziev pre protidrogové služby v Európe je vypracovať účinné opatrenia na zníženie predávkovaní tak so smrteľnými následkami, ako aj bez nich. V súčasnosti nie je táto výzva vyriešená.

„Legálne opojenia“: neustála výzva pre monitorovanie drog a reakciu

Úsilie identifikovať a reagovať zodpovedajúcim spôsobom na nové psychoaktívne látky naráža na sofistikovaný, inovatívny a rýchlo sa meniaci trh, ktorý aktívne hľadá nové produkty a marketingové stratégie, s ktorým je potrebné držať krok. Rok 2009 s 24 novými syntetickými drogami, ktoré boli v Európe po prvýkrát identifikované, bol pre európsky systém včasného varovania rekordný. Tento obraz pokračuje v nezmenšenej miere aj v roku 2010 s 15 novými látkami odhalenými v polovici júla vrátane syntetických katinónov, syntetických kanabinoïdov, ako aj nových syntetických derivátov kokaínového a amfetamínového typu.

V júli 2010 vedecký výbor centra EMCDDA vykonal formálne vyhodnotenie rizík syntetického katinónu mefedronu. Podnetom boli rastúce obavy, že tento liek sa uvádza na trh ako legálna alternatíva k takým stimulantom ako kokaín a extáza. Vyhodnotenie rizík sa vykonalo v rámci európskeho mechanizmu rýchleho sledovania na kontrolu nových psychoaktívnych látok. Tempo vývoja v tejto oblasti je však také, že niektoré členské štáty ani nestihli zaviesť

právne predpisy zakazujúce mefedron a niektoré webové stránky, kde sa predával, sa už aj zrušili a niekedy boli rýchlo nahradené stránkami ponúkajúcimi náhradné látky.

Je potrebné zachovať ostražitosť a vedieť rýchlo reagovať na nový vývoj, ktorý predstavujú napríklad nové chemické skupiny psychoaktívnych látok známe ako „legálne opojenia“. Túto skutočnosť dokazujú napríklad aminoindany (metyléndioxyaminoindan, MDAI) a syntetické deriváty kokaínu (napr. fluórtropakokaín). Aj keď ešte zriedkavo, po opatreniach prijatých proti mefedronu v roku 2010 však už dochádza k častejšiemu odhaľovaniu týchto látok a systém včasného varovania zachytil prvé správy o užívateľoch, ktorí mali problémy. Centrum EMCDDA monitoruje dostupnosť a možné dopady na zdravie vplyvom týchto látok.

Príklad mefedronu potvrdzuje, že výrazný tlak médií a verejnosti môže prinútiť členské štáty EÚ k rýchlej reakcii na možné nové hrozby. Centrum EMCDDA v úzkej spolupráci s Europolom a Európskou agentúrou pre lieky pracuje na poskytovaní včasných informácií, ktoré sú spoľahlivé a uvážené. V tejto rýchlo sa rozvíjajúcej oblasti narastá potreba po zlepšovaní schopností Európy v oblasti aktívneho monitorovania vývoja a najmä testovania a identifikovania chemických zložiek dostupných zmesí produktov a vyhodnocovania ich potenciálneho vplyvu na verejné zdravie. Problémom v tejto oblasti je nedostatok štandardných referenčných materiálov. Pokiaľ ide o kontrolné stratégie, spôsob, akým sa tieto produkty vyrábajú a uvádzajú na trh, je silným argumentom pri konštatovaní, že účinné opatrenia na podporu vnútroštátnych iniciatív budú vyžadovať postupy na európskej úrovni.

Organizovaný zločin vie o potenciáli nových syntetických látok

Prijímanie právnych predpisov pre tieto nové látky komplikujú mnohé faktory. Niektoré členské štáty zaviedli všeobecné právne predpisy, ktoré sa vzťahujú na látky z rovnakej chemickej skupiny. Táto právna možnosť je dostupná len v niektorých krajinách a ťažko sa dá uvádzať do praxe. Ďalšie problémy vyplývajú zo skutočnosti, že niektoré z týchto látok môžu mať legitímne nelekárske využitie, môžu sa predávať na predpokladané legitímne účely alebo sa môžu používať na účely výskumu a vývoja vo farmaceutickom priemysle. To znamená, že aj dobre formulované kontrolné opatrenia nemusia vyriešiť všetky problémy v tejto oblasti a hrozí nebezpečenstvo, že dokonca môžu zvýšiť dynamiku nežiaduceho prechodu od prevažne online trhu s „legálnymi opojeniami“ na trh, do ktorého bude zapojený organizovaný zločin. Všetky tieto katinónové drogy ako mefedron, metylon a MDPV sa objavili trhu so zakázanými látkami, kde sa predávajú ako náhrada za kokaín, extázu a amfetamíny

alebo ako samotné drogy. Europol zaznamenal v rámci odhalení viacerých veľkých zariadení na nedovolenú výrobu extázy, že tabletovali mefedron a že viac než 20 európskych krajín uviedlo nález tejto drogy v záchytoch. Je ťažké predpovedať, v akom rozsahu sa nové syntetické drogy stanú dôležitou súčasťou budúceho európskeho trhu s nezákonnými drogami. Zločinecké organizácie však pravdepodobne rýchlo rozpoznajú potenciál látok, ktoré sa dajú vo veľkých množstvách lacno kúpiť, ktoré možno v budúcnosti pomerne ľahko syntetizovať a ktoré sú atraktívnymi alternatívami kontrolovaných drog.

„Dizajnovať“ drogu na nahradenie kontrolovanej látky nie je nová myšlienka. V minulosti, hoci boli dizajnérske drogy nelegálne vyrábané, predávali sa priamo na trhu s nelegálnymi látkami. Dôležitým rozdielom dnes je, že sme svedkami novej interakcie medzi trhom s legálnymi a nelegálnymi látkami, kde chemické látky pochádzajú z legálnych zdrojov, potom sa však predávajú ako náhrada za nelegálne psychoaktívne látky.

Budúci vývoj: lieky, falšované lieky a nové dizajnérske lieky

Problémy s drogami sa v USA vyskytujú už dlhý čas a vývoj na tomto trhu má niekedy dopad aj pre Európu. V súčasnej dobe je veľkým problémom protidrogovej politiky USA zneužívanie liekov na predpis, najmä opiátov, ako napríklad OxyContin. V Európe sa zneužívanie liekov na predpis okrem substitučných drog v liečbe závislosti od opiátov nepovažuje za hlavný problém. Čiastočne je to vďaka regulačnému rámcu a postupom pri predpisovaní liekov, ktoré sú iné ako v USA. Potenciál zneužitia je tiež aspekt, ktorý sa posudzuje v rámci európskeho systému dohľadu nad liekmi, ktorý funguje pod vedením Európskej agentúry pre lieky, v spolupráci s centrom EMCDDA v otázkach zneužívania liekov. Narastúcim problémom je šírenie falšovaných liekov, ktoré sa vyrábajú a predávajú namiesto legitímnych výrobkov. V roku 2009 systém včasného varovania zachytil správy o látkach, ktoré boli založené na drobných zmenách chemickej štruktúry liekov známých svojím potenciálom zneužívania. Nárast nových dizajnérskeho liekov by bol nežiaducim príspevkom k úlohe zabezpečiť, aby sa predpisované lieky nepoužívali na iný účel a nezneužívali. Je to ďalší príklad toho, že inovácie na nelegálnych trhoch si vyžadujú rozhodnú a spoločnú reakciu regulačného rámca v oblasti farmaceutík a kontroly liekov. Tento problém je skôr potenciálnou hrozbou ako bezprostredným problémom, ale vzhľadom na rýchlosť nového vývoja v tejto oblasti, je dôležité predvídať budúce výzvy. Myšlienka, že v budúcnosti budeme svedkami rastúceho počtu nových drog založených na existujúcich farmaceutických výrobkoch, ktoré však nie sú určené pre neterapeutické využitie, je obzvlášť znepokojujúca.



Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Úvod

Monitorovanie a hodnotenie protidrogových stratégií a akčných plánov je významným predmetom záujmu na vnútroštátnej, ako aj medzinárodnej úrovni. Najnovšie postupy v tejto oblasti uvedené v tejto kapitole zahŕňajú nový systém monitorovania, ktorý vytvorilo OSN, a prvé výsledky vykonávania nového protidrogového akčného plánu EÚ. Takisto sa v tejto kapitole uvádzajú niektoré dosiahnuté úspechy a ťažkosti týkajúce sa náročného hodnotenia protidrogovej politiky a cyklov obnovy, ktoré prijala väčšina členských štátov EÚ.

V kapitole sa tiež skúmajú jednotlivé právne prístupy, ktoré sa používajú v Európe na rozlišovanie drog. Zahŕňajú uplatňovanie celého radu právnych predpisov, systémov klasifikácie drog a voľné uváženie prokurátorov a súdnych orgánov. Ďalšia forma rozlišovania spočíva v hraničných množstvách, pri ktorých sa rozlišuje medzi osobnou spotrebou a trestným činom obchodovania s drogami. Do tejto kapitoly sú zahrnuté aj nové údaje a trendy týkajúce sa verejných výdavkov súvisiacich s drogami a najnovší vývoj v oblasti výskumu súvisiaci s drogami v Európe.

Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ

Monitorovanie politickej deklarácie a akčného plánu OSN

Na zasadnutí Komisie OSN pre omamné látky (CND) v roku 2009 členské štáty prijali novú politickú deklaráciu a akčný plán boja proti celosvetovému problému s drogami (EMCDDA, 2009a). Takisto schválili rezolúciu (52/12) na zlepšenie zberu údajov, ich oznamovania a analýzy na účely monitorovania realizácie týchto nových dokumentov protidrogovej politiky.

Vzhľadom na ťažkosti, ktoré sa vyskytli pri konečnom preskúmaní predchádzajúcej desaťročnej politickej deklarácie a akčných plánov, sa v rezolúcii vyzýva k vypracovaniu nástrojov na zber údajov a mechanizmov na poskytovanie spoľahlivých a porovnateľných údajov. Na popredných miestach zoznamu záujmov figuruje potreba

lepšieho oznamovania údajov zo strany členských štátov OSN a cieľ zabrániť zbytočnej duplicitě s existujúcimi medzinárodnými monitorovacími systémami vrátane systémov iných agentúr OSN alebo regionálnych orgánov, ako napr. EMCDDA.

V rámci nového nástroja OSN na zber údajov sa spojil každoročný dotazník na oznamovanie údajov (Annual Reporting Questionnaire (ARQ)), monitorovací nástroj súvisiaci s dohovormi OSN o kontrole drog s novým súborom otázok týkajúcich sa novoprijatej politickej deklarácie a akčného plánu. Nový dotazník by sa mal prijať na zasadnutí Komisie OSN pre omamné látky v roku 2011 a krátko nato by sa malo uskutočniť prvé kolo zberu údajov.

Protidrogová stratégia a akčný plán EÚ

V prvom roku nového protidrogového akčného plánu EÚ (2009 – 2012) sa uskutočnili viaceré aktivity. Česká republika i Švédsko podporili počas svojich predsedníctiev Európskej únie vykonávanie akčného plánu prijatím záverov Rady, jedny vyzývajú k príprave základných ukazovateľov v oblasti trhov s drogami, drogovej trestnej činnosti a znižovania ponuky, druhé vyzývajú k výmene osvedčených postupov, usmernení a kvalitatívnych noriem na univerzálnu prevenciu a tretie vyzývajú k posilneniu výskumnej kapacity Európskej únie v oblasti nezákonných drog.

Európska komisia uverejnila správu o vykonávaní rámcového rozhodnutia Rady 2004/757/JHA z 25. októbra 2004, ktorým sa stanovujú minimálne ustanovenia o znakoch skutkových podstát trestných činov a trestov v oblasti nezákonného obchodu s drogami. Komisia zistila, že aj keď sa zaznamenal prvý krok smerom k spoločnému prístupu v boji proti nezákonnému obchodovaniu s drogami, rámcová smernica neprinesla podstatnú aproximáciu vnútroštátnych právnych predpisov⁽¹⁾. Komisia takisto uverejnila pracovný dokument, v ktorom sú opísané existujúce mechanizmy na zisťovanie, monitorovanie a reagovanie na novovznikajúce trendy v Európskej únii a navrhujú sa usmernenia pre budúcu prácu⁽²⁾. Okrem tohto bol na podporu vykonávania celoeurópskeho EÚ systému spustený nový

⁽¹⁾ Tlačová správa MEMO/09/548 na portáli Európa.

⁽²⁾ SEK(2009) 1090 v konečnom znení.

Reakcia na drogovú problematiku podľa Lisabonskej zmluvy

Lisabonská zmluva, ktorá nadobudla platnosť 1. decembra 2009, má zabezpečiť pre Európsku úniu jednoduchšie pracovné metódy a pravidlá hlasovania, ako aj efektívne a moderné inštitúcie⁽¹⁾. Na základe tejto zmluvy sa zlepšuje aj schopnosť Európskej únie konať v niektorých oblastiach protidrogovej politiky.

Nedovolené obchodovanie s drogami sa uvádza v oblasti slobody, bezpečnosti a spravodlivosti v článku 83, v ktorom sa uvádza ustanovenie minimálnych pravidiel týkajúcich sa vymedzenia trestných činov a sankcií. Zmluva umožňuje vytvorenie Európskej prokuratúry s možnosťou rozšíriť jej právomoci na boj proti závažnej trestnej činnosti, ktorá má cezhraničný rozmer (článok 86). Mohlo by to prípadne viesť k tomu, že určité porušenia právnych predpisov v súvislosti s nedovoleným obchodovaním s drogami by sa stihali na úrovni EÚ.

Lisabonská zmluva sa zaoberá aj verejným zdravím a ako v minulosti zmocňuje Európsku úniu doplniť činnosť členských štátov na obmedzenie škôd na zdraví „spojených s drogami vrátane informačnej a preventívnej činnosti“. Podľa nového článku o verejnom zdraví Európska komisia môže prevziať iniciatívu v úzkom kontakte s členskými štátmi zameranú na vydanie usmernení a stanovene ukazovateľov, organizovanie výmeny najlepšej praxe a prípravu potrebných prvkov na pravidelné monitorovanie a vyhodnocovanie. Týmto sa posilní práca, ktorú vykonáva Komisia a EMCDDA v týchto oblastiach.

⁽¹⁾ Viac informácií sa nachádza v Lisabonskej zmluve na webovej stránke Európa.

projekt na forenzné profilovanie syntetických drog⁽³⁾. Na základe priradenia akéhosi „odtlačku prsta“ drogám, forenzné profilovanie môže pomôcť pri pátraní po výrobcach a mapovaní drogových distribučných kanálov. Ďalšie aktivity Komisie týkajúce sa spolupráce s občianskou spoločnosťou a výskumu súvisiacom s drogami sú uvedené v inej časti tejto kapitoly. Prvý komplexný prehľad o pokroku vo vykonávaní súčasného protidrogového akčného plánu EÚ (2009 – 2012) bude uverejnený koncom roku 2010.

Občianska spoločnosť a protidrogová politika

Fórum občianskej spoločnosti Európskej komisie o drogách usporiadalo svoje tretie zasadnutie v marci 2009. Jednou z dvoch hlavných tém programu bola Európska akcia v oblasti drog (pozri ďalej v texte). Ďalšou hlavnou témou

bola budúcnosť fóra s diskusiou zameranou na praktické otázky, ako napr. výber účastníkov a organizácia zasadnutí. Na zasadnutí sa posudzovala aj budúca úloha Fóra občianskej spoločnosti o drogách, či by malo zostať neformálnou platformou pre výmenu, alebo by sa malo stať formálnym poradným orgánom Komisie.

Ďalším opatrením zameraným na zapojenie a mobilizáciu občianskej spoločnosti je Európska akcia v oblasti drog Európskej komisie. V rámci projektu sa orgány, inštitúcie, združenia, mimovládne organizácie, podniky a jednotlivci vyzývajú, aby sa zaviazali ku konkrétnej akcii v oblasti drog. Takýmto spôsobom chce projekt vytvoriť pre občiansku spoločnosť platformu na zvýšenie informovanosti, pokiaľ ide o drogy a riziká súvisiace s užívaním drog, a podporiť dialóg a výmeny osvedčených postupov. Do začiatku marca zaregistrovalo svoj záväzok okolo 640 záujemcov.

Mobilizovanie občianskej spoločnosti by malo byť aj jednou z hlavných zásad ďalšej protidrogovej stratégie EÚ⁽⁴⁾. Konštatovalo sa to v Štokholmskom programe, ktorý prijala Európska rada. Program poskytuje rámec pre akciu EÚ týkajúcu sa otázok občianstva, spravodlivosti, bezpečnosti, azylu a prisťahovalectva pre oblasť spravodlivosti, slobody a bezpečnosti na roky 2010 – 2014.

Národné protidrogové stratégie

Nový vývoj

Stratégie a akčné plány na boj proti drogám sú teraz hlavnými nástrojmi národných protidrogových politík v Európe. Takmer tridsať krajín, ktoré monitorovalo centrum EMCDDA, prijalo takéto politické dokumenty, ktoré pravidelne obnovujú. V roku 2009 sedem európskych krajín (pozri tabuľku 1) prijalo nové protidrogové stratégie alebo akčné plány, pričom ďalších 12⁽⁵⁾ pripravilo začiatkom roku 2010 návrhy nových národných dokumentov protidrogovej politiky.

Výzvy týkajúce sa obnovenia dokumentov protidrogovej politiky

Niektoré krajiny nedávno oznámili oneskorenie obnovenia ich dokumentov protidrogovej politiky⁽⁶⁾. Päť krajín, v prípade ktorých platnosť protidrogovej stratégie alebo akčného plánu uplynula v decembri 2008, muselo prijať nové dokumenty ešte o rok neskôr (Litva, Lotyšsko, Portugalsko, Rumunsko, Taliansko). Podobne aj ďalšia skupina krajín, v prípade ktorých sa platnosť politických

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63

⁽⁴⁾ Ďalšie dve hlavné zásady sú zlepšenie spolupráce s tretimi krajinami a zlepšenie výskumu a informácií.

⁽⁵⁾ Česká republika, Estónsko, Holandsko, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Poľsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Taliansko, Turecko.

⁽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.

Tabuľka 1: Dokumenty v oblasti protidrogovej politiky prijaté v roku 2009

Krajina	Názov politického dokumentu	Časové rozpätie	Rozsah pôsobnosti	Poznámky
Bulharsko	Národná stratégia boja proti drogám	2009 – 2013	Nezákonné drogy	Doplnená akčným plánom (2009 – 2013)
Írsko	Národná protidrogová stratégia – predbežná	2009 – 2016	Nezákonné drogy	Bude nahradená stratégiou pre zneužívanie látok vzťahujúcou sa aj na alkohol
Španielsko	Národná protidrogová stratégia	2009 – 2016	Nezákonné drogy, alkohol a tabak	Doplnená akčným plánom (2009 – 2012)
Cyprus	Národná stratégia o drogách	2009 – 2012	Nezákonné drogy	
Maďarsko	Národná stratégia boja s drogovým problémom	2010 – 2018	Nezákonné drogy	Bude doplnená akčnými plánmi
Slovensko	Národná protidrogová stratégia	2009 – 2018	Nezákonné drogy	Bude doplnená akčnými plánmi
Chorvátsko	Akčný plán boja proti zneužívaniu narkotík	2009 – 2012	Nezákonné drogy	Druhý akčný plán podľa národnej stratégie 2006 – 2012

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

dokumentov skončila v roku 2009, ich počas tohto roku neobnovila. Na základe toho po prvýkrát od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia v Európe došlo k poklesu počtu krajín s platnou národnou protidrogovou stratégiou alebo akčným plánom.

Obnovenie dokumentov protidrogovej politiky je komplexný proces pozostávajúci z niekoľkých krokov. Po prvé, vykoná sa konečné hodnotenie existujúcej alebo nedávno ukončenej stratégie alebo akčného plánu (7). Počas fázy prípravy novej politiky sa uskutočňujú konzultácie so zainteresovanými stranami a niekedy aj s verejnosťou. Keďže protidrogové stratégie a akčné plány koordinujú úlohu rôznych vládnych oddelení, na ich zostavenie je obvykle potrebné predložiť jednotlivým ministerstvám rad návrhov. A napokon, politické dokumenty musí schváliť vláda alebo parlament. Z posledných správ vyplýva, že dokončenie celého procesu môže trvať šesť mesiacov až dva roky. Z tohto dôvodu je doba, na ktorú sa vzťahujú národné dokumenty protidrogovej politiky, spravidla štyri až osem rokov. Z toho vyplýva, že proces obnovenia by mal, aby sa to stihlo, začať niekedy krátko po uplynutí polovice obdobia alebo aspoň niekoľko mesiacov pred uplynutím platnosti existujúceho politického dokumentu. Záverečné hodnotenia však nemožno vykonať, pokiaľ stratégia alebo akčný plán nie sú dokončené a možno dokonca aj neskôr, aby sa ich vplyv mohol posúdiť spolu s epidemiologickými a inými údajmi.

Európska únia a niektoré európske krajiny nedávno stáli pred úlohou, keď museli vykonať takmer súčasne záverečné hodnotenie existujúceho politického dokumentu a pripravovať návrh na jeho nahradenie. Keďže je pravdepodobné, že k takejto situácii by mohlo opäť dôjsť v najbližších rokoch, predkladajú sa niektoré návrhy, ako by sa to mohlo v budúcnosti inak riešiť. Jedným z riešení je

vsunúť prechodný rok medzi dva po sebe nasledujúce plány alebo stratégie, ktorý bude slúžiť na hodnotenie a obnovenie politiky.

Súvislosti medzi protidrogovou a protialkoholovou stratégiou

Medzi európskymi užívateľmi drog je rozšírené užívanie viacerých látok – užívanie viacerých drog – a takmer všetky formy užívania viacerých drog zahŕňajú alkohol (EMCDDA, 2009d). Odborníci v oblasti prevencie, liečby, znižovania škôd a sociálnej reintegrácie vedú o prekrývaní problémov v súvislosti s drogami a alkoholom a pracujú na hľadaní praktických riešení zameraných súčasne na oba problémy. Na politickej úrovni je však situácia, ako sa ukazuje, zložitejšia (Muscat, 2008).

Zo skúmania protidrogových a protialkoholových stratégií v Európe vyplýva, že v jednotlivých štátoch existujú mnohé rôzne situácie vrátane: neexistencie národnej stratégie, existencie stratégie pre nezákonné drogy, ale nie pre alkohol, existencie samostatných stratégií pre drogy a alkohol, dvoch vzájomne prepojených stratégií a dokumentu politiky vzťahujúceho sa na nezákonné drogy aj na alkohol. Neexistuje ani jasný posun k jednému z týchto modelov. Aj keď mnohé krajiny, ako sa zdá, popri svojej protidrogovej stratégii prijali aj protialkoholovú stratégiu (Európska komisia, 2009b), iné krajiny rozšírili rozsah pôsobnosti svojho dokumentu protidrogovej politiky. Príkladom je írské rozhodnutie zahrnúť alkohol do novej stratégie v oblasti zneužívania látok.

Neexistencia spoločného európskeho modelu a trendu odráža viaceré aspekty, ktoré vlády musia zväziť pri príprave návrhov stratégií týkajúcich sa užívania látok.

(7) Pozri rámček „Hodnotenie národných stratégií a akčných plánov“.

K dôvodom pre ponechanie samostatných stratégií patrí potreba riešiť osobitne problémy súvisiace s alkoholom, ktoré sú často odlišnej závažnosti než problémy spôsobené nezákonnými drogami alebo jednoducho pripustenie existencie právne stanovených hraníc medzi legálnymi a nelegálnymi drogami. Naopak význam užívania alkoholu medzi užívateľmi nezákonných drog alebo potreba prijať prístupy v oblasti verejného zdravotníctva zamerané na životný štýl a správanie a nie na jednotlivé látky vyzývajú ku kombinovanej stratégii. Tieto protichodné aspekty viedli niektoré krajiny k vypracovaniu pragmatických riešení, ako napr. spojenie samostatnej protidrogovej a protialkoholovej stratégie prostredníctvom preklenovacej stratégie verejného zdravotníctva alebo prostredníctvom jedného národného koordinačného orgánu pre drogy a alkohol (napr. Portugalsko). Budúca práca v tejto oblasti bude spočívať v posudzovaní kvalít jednotlivých modelov spájania protidrogovej a protialkoholovej stratégie v Európe.

Verejné výdavky a sociálne náklady

Verejné výdavky na všetky aspekty drogového fenoménu v Európe sa odhadli v roku 2005 na 34 miliárd EUR (EMCDDA, 2008d). Toto číslo zahŕňa „označené“ výdavky, ktoré sú plánované vládou na úlohy súvisiace s drogami a sú takto označené v rozpočte. Označené výdavky je možné sledovať v oficiálnych účtovných dokumentoch. Väčšia časť verejných výdavkov súvisiacich s drogami sú však „neoznačené“ výdavky, t. j. nie sú takto označené v národnom rozpočte. Neoznačené výdavky sa musia odhadnúť pomocou metódy modelovania nákladov.

Údaje za jednotlivé roky boli k dispozícii len pre označené výdavky. V roku 2008 oznámilo 22 členských štátov EÚ celkové označené výdavky súvisiace s drogovým problémom vo výške 4,2 miliárd EUR. Za 16 krajín, ktoré oznámili označené verejné výdavky v roku 2005 aj v roku 2008, vzrástli tieto celkové výdavky z 2,10 miliardy EUR na 2,25 miliardy EUR. Celkové označené verejné výdavky vyjadrené ako podiel hrubého domáceho produktu sa znížili v deviatich krajinách, zvýšili v šiestich krajinách a nezmenili sa v jednej krajine ⁽⁸⁾.

Verejné výdavky súvisiace s drogami možno kategorizovať podľa klasifikácie systému funkcií vlády (COFOG). Z celkových označených výdavkov kategorizovaných siedmimi krajinami, ktoré podali správu (1,82 miliardy EUR), väčšina patrila dvom vládnym funkciám: zdravotníctvo (60 %) a verejný poriadok a bezpečnosť (34 %) (t. j. policajné služby, súdy, väznice). Túto nerovnováhu možno vysvetliť skutočnosťou, že výdavky na verejný poriadok a bezpečnosť bývajú zahrnuté vo všeobecnejších programoch alebo akciách proti trestnej činnosti (neoznačené výdavky) (EMCDDA, 2008d).

Hodnotenie národných stratégií a akčných plánov na boj proti drogám

V súčasnosti je bežnou praxou európskych krajín, že vykonávajú záverečnú kontrolu preskúmanie alebo hodnotenie svojich národných stratégií a akčných plánov na boj proti drogám. Ich cieľom spravidla je posúdiť dosiahnutú úroveň plnenia, ako aj zmeny v celkovej drogovej situácii na účely prípravy ďalšej stratégie alebo akčného plánu.

Predbežným krokom pri hodnotení v niektorých krajinách je posúdenie logiky, relevantnosti a vnútornej konzistencie politického dokumentu. Analýza obsahu, ktorá niekedy zahŕňa prípravu stromu problémov alebo logických rámcov, sa používa na vysvetlenie teórie, z ktorej politika vychádza, ale aj na identifikáciu nekonzistentnosti medzi cieľmi, opatreniami a potrebami.

Plnenie opatrení predpokladaných v politických dokumentoch sa posudzuje rôznymi metódami. V niektorých krajinách údaje bežne poskytujú inštitúcie zodpovedné za plnenie. V iných krajinách sa požiadajú poskytovatelia služieb alebo regionálne orgány o vyplnenie dotazníka týkajúceho sa miery plnenia a niekedy ťažkostí, ktoré sa vyskytli.

Väčšina hodnotiteľov pripúšťa, že je zložité určiť vplyv protidrogovej stratégie na drogový problém. Poskytuje sa však prehľad drogovej situácie založený na epidemiologických ukazovateľoch a iných údajoch z oblasti zdravotníctva alebo presadzovania práva spravidla s pokusmi nájsť spojenie medzi niektorými prvkami politiky so zaznamenanými zmenami v drogovej situácii. Žiaľ, analýza zriedka zahŕňa porovnanie z európskeho hľadiska, a to viedlo niektoré krajiny k tomu, že spojili pokles užívania kanabisu s obsahom svojich národných protidrogových politik, zatiaľ čo z údajov vyplýva širší medzinárodný trend.

Interpretácia údajov je jedným zo základných krokov hodnotenia. V niektorých krajinách je za ňu výhradne zodpovedný národný protidrogový koordinačný orgán, zatiaľ čo v iných sú poverení vyhodnotením údajov, posúdením výsledkov a formulovaním odporúčaní pre ďalšiu stratégiu alebo akčný plán externí hodnotitelia, špeciálne komisie alebo expertné skupiny.

Sociálne náklady spojené s užívaním drog

Stanovením sociálnych nákladov spojených s užívaním drog sa dá zistiť suma, ktorá by sa ušetrila, keby sa užívanie drog eliminovalo, a dajú sa identifikovať jednotlivé zložky nákladov a veľkosť príspevku každého sektora v spoločnosti. Tieto informácie môžu pomôcť pri určení, na čo je potrebné v prvom rade použiť finančné prostriedky. Verejné výdavky sú časťou sociálnych nákladov v podobe priamych nákladov len vo všeobecného hľadiska vlády. Sociálne náklady zahŕňajú aj nepriame náklady (napr. stratu produktivity v dôsledku chorobnosti a úmrtnosti) a náklady súkromných zainteresovaných strán (napr. súkromné zdravotníctvo).

⁽⁸⁾ Pozri tabuľku PPP-10 v štatistickej ročenke 2010.

Štúdie týkajúce sa sociálnych nákladov sú časovo a finančne náročné. Z tohto dôvodu je málo informácií o sociálnych nákladoch užívania drog v Európe. Najnovšie odhady sociálnych nákladov v súvislosti s drogami boli vypracované pre Fínsko a Spojené kráľovstvo (Škótsko). Priame náklady v súvislosti s užívaním nezákonných drog a zneužívaním farmaceutických výrobkov sa vo Fínsku odhadovali v roku 2007 na 200 až 300 miliónov EUR. Nepriame náklady v tom istom roku sa odhadovali na 500 až 1 100 miliónov EUR. Najväčšiu časť tvorila sociálna starostlivosť, takmer tretinu všetkých priamych nákladov, potom presadzovanie verejného poriadku a verejnej bezpečnosti, ktoré tvorilo asi štvrtinu. Najväčší podiel nepriamych nákladov tvoria straty na životoch v dôsledku predčasného úmrtia.

V Škótsku sú ekonomické a sociálne náklady súvisiace so zneužívaním drog podľa posledného odhadu z roku 2006 vo výške 5,1 miliardy EUR. Polovica týchto nákladov bola priradená „širším“ sociálnym spoločenským nákladom vrátane nákladov na obeť trestných činov spáchaných problémovými užívateľmi drog a emočnému utrpeniu rodín užívateľov drog, ktorých pripravilo o život užívanie drog. Z celkových sociálnych a ekonomických nákladov bolo 96 % priradených problémovému užívaniu drog a 4 % rekreačnému užívaniu drog.

Vnútroštátne právne predpisy

Väčšina európskych krajín vo svojich právnych rámcoch preskúmala rozdiely medzi drogami, alebo ich do nich zaviedla. K najnovším príkladom patrí český trestný zákonník, v ktorom trestné činy prechovávanie drog na vlastné použitie, ktoré zahŕňajú kanabis alebo jeho účinnú zložku THC, sú trestané nižšou sadzbou trestu ako tie, ktoré zahŕňajú iné látky. O podobnom riešení sa v roku 2009 diskutovalo v Estónsku, ale desať z 13 odborníkov, s ktorými ministerstvo spravodlivosti konzultovalo, bolo proti diferenciacii trestných činov na základe látok, a preto sa rozhodlo, že zákon sa meniť nebude. V Holandsku vláda akceptovala odporúčanie poradnej komisie pre drogy, aby opätovne posúdila počet zoznamov.

Zákonodarné orgány v Európskej únii majú k dispozícii celý rad opatrení na rozlišovanie a kontrolu v závislosti od toho, v akom rozsahu je látka určená na zákonné uvedenie a trh a predaj na základe svojich vlastností z hľadiska obchodu, priemyslu alebo liečby. Prvý súbor možností zahŕňa kontroly mimo právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktoré je možné rozdeliť do troch kategórií: neobmedzený predaj, obmedzený predaj bez lekárskeho dohľadu a obmedzený predaj s lekárskeho dohľadom. V prvej kategórii sa uplatňujú právne predpisy na ochranu spotrebiteľa na kontrolu predaja určitých druhov tovaru,

napríklad preukázateľne psychoaktívnych látok predávaných tzv. „smart“ obchodoch, alebo nových a ešte nekontrolovaných látok. Druhá kategória sa týka obmedzení, ako napríklad veková hranica kupujúceho a niekedy užívateľa alebo udeľovanie povolení predajným miestam. Uvádza sa v nej kontrola alkoholu a tabaku, ale môže sa zahrnúť aj predaj kanabisu v kaviarňach v Holandsku a predaj určitých prchavých látok, napríklad v Spojenom kráľovstve. Do tretej kategórie patria právne predpisy, ktorými sa reguluje predaj v lekárňach vrátane voľnopredajných liekov proti kašľu a prechladnutiu, ako aj liekov na predpis. V posledných niekoľkých rokoch Česká republika a Spojené kráľovstvo zaviedli obmedzenia na predaj liekov proti prechladnutiu obsahujúcich pseudoefedrín, pretože sa nakupujú na výrobu nezákonných amfetamínov. Zákon o liekoch sa tiež účinne použil v Rakúsku na obmedzenie predaja výrobkov „spice“ bez trestného stíhania užívateľov (EMCDDA, 2009a).

Ekonomická recesia a drogové problémy

Európska komisia (2009a) odhaduje, že súčasný hospodársky pokles je porovnateľný s recesiou v 30. rokoch minulého storočia. V roku 2009 sa hrubý domáci produkt členských štátov EÚ prepadol o 4,0 %, čo je viac než v predchádzajúcich krízach. Pracovné trhy EÚ sa dramaticky oslabili, pričom nezamestnanosť vzrástla o jednu tretinu (zo 6,7 % v roku 2008) a predpokladá sa, že v roku 2010 dosiahne 11 %. K značnému poklesu došlo v zamestnanosti: očakáva sa, že 9,5 milióna pracovných miest vytvorených v rokoch 2006 - 2008 sa v rokoch 2009 - 2010 zníži na 8,5 milióna.

Následky ekonomickej recesie na užívanie drog a problémy súvisiace s drogami sa skúmali v roku 2010 na konferencii Medzinárodnej spoločnosti pre štúdium protidrogovej politiky (International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP)). Jedným z celkových zistení je, že existuje celý rad možných mechanizmov vplyvu. Napríklad drogy môže predávať väčší počet nezamestnaných tínedžerov a tým zvýšiť dostupnosť a užívanie kanabisu medzi svojimi rovesníkmi. Niektorí mladí dospelí tiež môžu užívať drogy v súvislosti so stresom a ekonomickými ťažkosťami, ktoré zažívajú, aj keď pokles príjmu by mohol niektorých viesť k tomu, aby znížili svoje výdavky na drogy. Oplyvnené môžu byť aj existujúce problémy súvisiace s drogami, buď priamo, keď sa chudobnejší užívatelia drog dajú na účinnejšie a riskantnejšie cesty užívania, alebo nepriamo obmedzením služieb v dôsledku znižovania verejných výdavkov.

Vyhodnotenie úplného dopadu súčasnej recesie si bude vyžadovať čas, najmä v dôsledku existencie viacerých mechanizmov, ktoré sa rozoberali vyššie, a skutočností, že vplyv sa prejaví až za niekoľko rokov. Teraz je však potrebné, aby vlády, ktoré zvažujú znižovanie výdavkov v oblasti drog, zohľadnili nákladovú účinnosť existujúcich opatrení.

Právne predpisy súvisiace s drogami ponúkajú druhý súbor možností na rozlišovanie látok. Tieto možnosti možno prezentovať ako pyramídu odlišností (Ballotta a kol., 2008). Systém odlišností vychádza z klasifikácie podľa právnych predpisov. Trest za porušenie právnych predpisov súvisiacich s drogami sa oficiálne mení podľa triedy alebo škodlivosti príslušnej látky, ako je stanovené v zoznamoch, ktoré sú ustanovené v právnych predpisoch, alebo sú k nim priamo pripojené. Napríklad v Bulharsku, na Cypre, v Holandsku, Portugalsku, Rumunsku a Spojenom kráľovstve právny predpis nariaďuje alebo vyžaduje od orgánov činných v trestnom konaní rozlišovať medzi typmi drog v prípade trestného činu; v Španielsku, Lotyšsku a na Malte sa trest líši len v prípade sadzby za nezákonné obchodovanie s drogami. Na druhej úrovni pyramídy môžu byť drogy rovnako zatriedené, ale zákon stanovuje osobitné výnimky v podobe nižších trestov za prechovávanie malého množstva kanabisu na osobné použitie bez prirážajúcich okolností, ako napríklad v Belgicku, Českej republike, Írsku a Luxembursku. Na tretej úrovni sú odlišnosti stanovené podľa usmernení orgánov činných v trestnom konaní alebo súdneho precedensu. Napríklad v Dánsku sa v smernici štátneho žalobcu odporúča, aby sa žiadali odlišné tresty za držanie rôznych drog, pričom v Nemecku rozhodnutie Ústavného súdu poukazujúce sa ústavný zákaz nadmerných trestov vyzýva k menej prísny opatreniam za menšie priestupky v súvislosti s prechovávaním kanabisu na osobné účely.

Na najvyššom stupni pyramídy odlišností sa nachádza voľné uváženie prokurátorov a súdnych orgánov pri vykonávaní práva. Charakter látky je jedným z kritérií, ktoré sa zohľadňujú pri rozhodovaní o tom, či páchatelia trestne nestíhať, alebo mu udeliť nižší trest. Napriek tomu, že údaje boli obmedzené, EMCDDA (2009e) zistilo, že tresty sa môžu líšiť, aj keď sa drogy posudzovali podľa práva rovnako. V Českej republike, kde sú drogy zatriedené podľa práva rovnako, 44 % trestov za porušenie právnych predpisov v súvislosti s heroínom tvorili tresty odňatia slobody v porovnaní s 39 % za pervitín (metamfetamín) a 11 % za kanabis. V Spojenom kráľovstve v prípadoch, za ktoré boli udelené nepodmienečné tresty odňatia slobody, priemerné tresty za prechovávanie boli päť mesiacov za kokaín, sedem mesiacov za extázu a desať mesiacov za heroín. Priemerné tresty za trestné činy obchodovania s drogami (okrem trestných činov súvisiacich s dovozom a vývozom) boli 29 mesiacov za extázu a 37 mesiacov za kokaín a heroín. A pritom všetky tieto tri látky sú v rovnakej triede. Z toho vyplýva, že súdne orgány vnímajú rozdiely v úrovni škody alebo závažnosti v súvislosti s jednotlivými drogami inak, ako sa naznačuje v právnych predpisoch.

Hraničné množstvá, na základe ktorých sa vymedzujú trestné činy, ako napr. množstvá prechovávané na osobné použitie,

sú ďalším prvkom odlišnosti na všetkých úrovniach pyramídy. Najnovšie informácie v sekcii EMCDDA „Topic overview“ (Prehľad tém) o hraničných hodnotách poukázali na významné rozdiely v právnom základe a množstvách látok. Tieto hraničné množstvá môžu byť stanovené v právnych predpisoch alebo vládnych alebo ministerských vyhláškach (napr. Česká republika, Grécko, Taliansko, Cyprus, Litva, Maďarsko, Rakúsko) alebo v usmerneniach prokuratúry (Dánsko, Holandsko, Fínsko, Nórsko) alebo v oboch (Belgicko, Portugalsko) a dokonca aj v usmerneniach pre udeľovanie trestov (Fínsko). Hraničné množstvá sa v prípade podobných porušení právnych predpisov môžu v jednotlivých krajinách líšiť, napr. trestné stíhanie za prechovávanie kanabisovej živice sa môže v Litve začať za akékoľvek množstvo alebo v mnohých spolkových republikách Nemecka za 6 gramov. Hraničné množstvá poukazujú aj na nekonzistentnosť vo vzťahu medzi drogami, pričom hraničná hmotnosť v prípade kanabisu je trikrát (Cyprus) až desaťkrát (Holandsko) vyššia než v prípade heroínu. Hraničná hmotnosť kokaínu môže byť rovnaká ako v prípade heroínu (napr. Dánsko) alebo desaťkrát vyššia (napr. Lotyšsko).

Celkove sa zdá, že rozlišovanie medzi drogami v členských štátoch EÚ nie je len záležitosťou formálnej klasifikácie v rámci právnych predpisov súvisiacich s drogami. Vyplýva aj z typu právneho predpisu používaného na kontrolu drog, usmernení orgánov činných v trestnom konaní alebo súdneho precedensu, zo stanovených relatívnych hraničných množstiev a postojov súdnych orgánov pri presadzovaní práva.

Výskum súvisiaci s drogami

Posilnenie výskumnej kapacity EÚ

Súčasnou európskeho programu je v posledných rokoch aj posilnenie výskumnej kapacity v oblasti drog. V roku 2008 Európska komisia financovala štúdiu pod názvom „Komparatívna analýza výskumu nezákonných drog v Európskej únii“⁽⁹⁾ a v septembri 2009 usporiadala konferenciu s cieľom rokovať o spôsoboch zlepšenia výskumnej kapacity súvisiacej s drogami v Európskej únii. Štúdia a diskusie poskytli množstvo významných pohľadov na to, ako sa v Európe vykonáva výskum súvisiaci s drogami.

Podstatnú časť výskumu súvisiaceho s drogami v Európe vykonávajú členské štáty, ktoré si stanovili priority výskumu podľa svojich vnútroštátnych potrieb. Spravidla k tomu dochádza pri absencii koherentnej stratégie pre výskum súvisiaci s drogami s vyhradenými finančnými prostriedkami. Namiesto toho výskum súvisiaci s drogami je obvykle zahrnutý do programov v oblasti zdravotníctva, sociálnych vied alebo iných programov. Výskum sa okrem toho výrazne orientuje na epidemiológiu a hodnotenie intervencií, pričom

(9) Dokumenty a prezentácie z konferencie vrátane úplnej správy štúdie sú k dispozícii na webovej stránke konferencie.

hodnotenie ponuky drog a znižovanie ich ponuky, ako aj hodnotenie politiky sú zastúpené len slabo. Celkovo chýba koherentný prístup z dlhodobého hľadiska aj pri koordinácii v rámci politiky, výskumu a praxe. Národné výskumné aktivity dopĺňa siedmy rámcový program Európskeho spoločenstva v oblasti výskumu, technického rozvoja a demonštračných činností (2007 - 2013).

Tento prehľad prispel k záverom Rady EÚ o „Posilnení výskumnej kapacity Európskej únie v oblasti nezákonných drog“⁽¹⁰⁾, v ktorých sú stanovené budúce priority: výskum príčin a charakteru drogových problémov a reakcie na tieto problémy a hodnotiaci výskum z hľadiska ponuky i znižovania dopytu. Členské štáty sa vyzývajú, aby tiež posilnili svoje výskumné kapacity a koordinačné mechanizmy a skúmali za pomoci Európskej komisie možnosti, ktoré ponúka siedmy rámcový program v oblasti výskumu, napríklad sieť Európskeho výskumného priestoru (ERA-NET) a štipendiá Marie Curie. Ďalej sa členské štáty a výskumné spoločenstvo vyzývajú, „aby aktívne prispievali ku konzultáciám o budúcej európskej výskumnej politike a o budúcich cieľoch výskumu týkajúceho sa drog podľa Protidrogovej stratégie EÚ a Protidrogového akčného plánu EÚ na ďalšie obdobie“. Rada tiež súhlasila so zavedením každoročnej výmeny v oblasti výskumu týkajúcom sa drog s cieľom podporiť cezhraničnú výskumnú spoluprácu. Uznala potrebu zlepšiť prístup k výsledkom výskumu pre tvorcov politik a odborníkov a vyzvala centrum EMCDDA, aby poskytl a rozšíril

prostredníctvom svojho tematického webového priestoru o výskume a portálu pre osvedčené postupy informácie o výskume súvisiacom s drogami a jeho výsledky.

Informácie o výskume z členských štátov

Európske krajiny vo svojich národných správach siete Reitox za rok 2009 uviedli odkazy na viac než 650 výskumných projektov, ktoré vykonali alebo publikovali od roku 2007 do 2009, približne dvakrát toľko ako predchádzajúce obdobie. Tento nárast bol potvrdený v 26 z 29 krajín, ktoré podali správu. Spojené kráľovstvo uviedlo odkazy na najväčší počet výskumných projektov, vyše 100, za ním nasledovalo Nemecko a Holandsko a Fínsko, každé s viac ako 50, a Česká republika, Írsko a Švédsko s vyše 30.

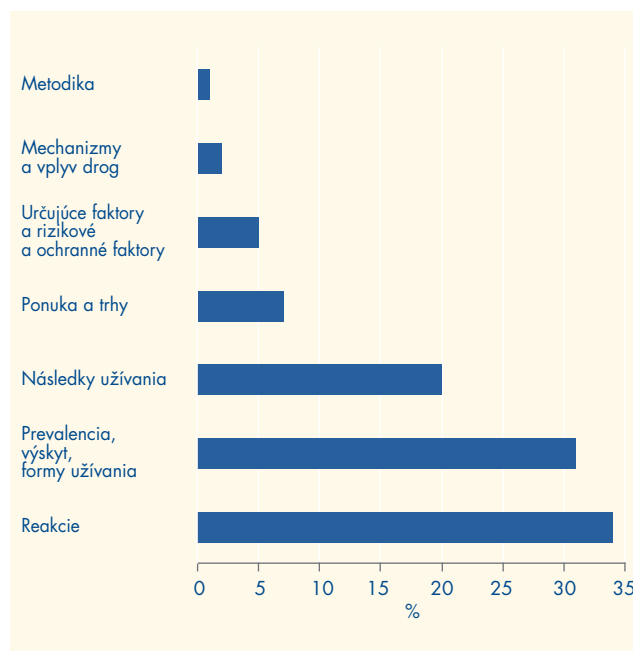
Tak ako v predchádzajúcich rokoch, výskum reakcií na drogovú situáciu a výskum prevalencie, výskytu a foriem užívania drog tvoria každý približne jednu tretinu súčasných štúdií a jednu pätinu tvorí výskum následkov užívania drog (obrázok 1). V porovnaní s minulým rokom bolo citovaných asi o 40 viac štúdií o ponuke a trhoch. Aj keď to bolo zväčša vďaka špeciálnemu zberu údajov o trhoch s kanabisom, ktorý v roku 2009 koordinovalo centrum EMCDDA, poukazuje to tiež na rastúci záujem o štúdie v oblasti ponuky.

Obrázok 1: Predmety výskumu vnútroštátnych štúdií týkajúcich sa drog citované v národných správach siete Reitox v roku 2009 (percentuálny podiel všetkých citovaných štúdií)

Výsledky výskumu a jazykové bariéry

Väčšina zistení recenzovaných odborníkmi sa publikuje v angličtine, čo obmedzuje ich dostupnosť pre značný počet európskych výskumníkov, lekárov a tvorcov politik. Platí to aj pre prácu publikovanú v odborných časopisoch v iných jazykoch. V roku 2008 centrum EMCDDA identifikovalo v Európe 27 takýchto časopisov publikovaných v českom, dánskom, nemeckom, gréckom, španielskom, francúzskom, maďarskom, poľskom, portugalskom, švédskom a nórskom jazyku. Mnohé vládne a mimovládne organizácie poskytujú tiež výsledky výskumu v správach, ktoré sú dostupné len v ich štátnom jazyku. Väčšina týchto informácií tak zostáva dostupná len obmedzenému počtu osôb.

Na význam jazykových bariér poukázala štúdia nazvaná „Komparatívna analýza výskumu nezákonných drog v Európskej únii“ a diskutovalo sa o nich aj na konferencii Komisie nazvanej „Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU“ (Preklenutie rozdielov vo výskume v oblasti výskumu nezákonných drog v EÚ). Ako prvý krok na prekonanie takýchto bariér centrum EMCDDA zriadilo tematický webový priestor pre výskum, kde je uvedený zoznam národných štúdií s odkazmi na uverejnené a neuverejnené správy.



Poznámka: Skúmalo sa 29 národných správ siete Reitox (2009) na účely vyhľadania odkazov na štúdie súvisiace s drogami v období rokov 2007 - 2009. Štúdie boli zatriedené podľa kontextu, v ktorom boli citované.

Zdroj: Národné správy siete Reitox (2009)

⁽¹⁰⁾ K dispozícii na stránke Drug-related research (Výskum súvisiaci s drogami) na webovej stránke EMCDDA.



Kapitola 2

Reakcia na drogovú problematiku v Európe – prehľad

Úvod

Obsahom tejto kapitoly je prehľad reakcií na drogovú problematiku v Európe a tam, 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. Všetky tieto opatrenia spolu tvoria komplexný systém na znižovanie dopytu po drogách. Možno ich považovať za doplnkové a niekedy sú poskytované v kombinácii a tými istými zariadeniami. Toto napríklad v zvýšenej miere platí pre liečbu a opatrenia na znižovanie škôd.

V 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.

Prevenencia

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 sa vzájomne dopĺňajú. Medzi hlavné výzvy politik prevencie patrí prispôbiť tieto rôzne úrovne prevencie stupňu zraniteľnosti cieľových skupín (Derzon, 2007) a zabezpečiť, aby sa intervencie zakladali na dôkazoch a mali dostatočné pokrytie.

Stratégie zamerané na prostredie

Stratégie prevencie zamerané na prostredie sa sústreďujú na zmenu bezprostredného kultúrneho, sociálneho, fyzického a ekonomického prostredia, v ktorom sa ľudia rozhodnú, že budú užívať drogy. Tieto stratégie spravidla zahŕňajú opatrenia ako zákaz fajčenia, tvorba cien alkoholu alebo školy podporujúce zdravie. Z dôkazov vyplýva, že opatrenia prevencie v prostredí na spoločenskej úrovni a zameranie sa na spoločenskú atmosféru v školách

a komunitách sú účinné pri zmene normatívnych názorov a následne užívaní látok (Fletcher a kol., 2008).

V súčasnosti sa takmer vo všetkých európskych krajinách zavádza čiastočný alebo úplný zákaz fajčenia a reklama na tabak je zakázaná smernicou EÚ z roku 2003 (2003/33/ES). V niektorých európskych krajinách sa diskutuje aj o návrhoch minimálnych cien alkoholu a prísnejšom obmedzení propagácie alkoholu. V roku 2009 desať členských štátov EÚ uviedlo, že vyvíja snahy na rozvoj pozitívneho a chráneného prostredia v školách vrátane prísnych pravidiel týkajúcich sa prechovávaní a užívaní látok. Krajiny v severnej Európe tiež vypracovali koncept pozitívne chránených prostredí na úrovni komunity, napríklad prostredníctvom obecných akčných protialkoholových plánov.

Všeobecná prevencia

Všeobecná prevencia sa zameriava na celé populácie, najmä na školách a na úrovni komunity. Jej cieľom je odradiť od užívaní drog alebo oddialiť začatie užívaní drog a problémy súvisiace s drogami na základe vybavenia mladých ľudí potrebnými kompetenciami na zabránenie tomu, aby začali užívať drogy. Z dôkazov vyplýva, že dobre navrhnuté a štruktúrované intervencie v rámci všeobecnej prevencie môžu byť účinné. Najnovším príkladom tohto postupu je holandský kombinovaný program školy a rodičov, ktorým sa podarilo znížiť užívanie alkoholu (Koning a kol., 2009). V prípade ďalších intervencií, najmä kampaní v médiách, existuje málo dôkazov o účinnosti a v niektorých štúdiách sa pozoroval nepriaznivý vplyv. Napriek tomu väčšina európskych krajín stále uvádza pridelovanie zdrojov na varovné kampane.

Vo všetkých európskych krajinách sa uvádza všeobecná prevencia v školách, aj keď s rôznym obsahom a úrovňou pokrytia. Dva hlavné typy intervencie sú poskytovanie informácií, po ktorom nasleduje príprava v oblasti životných zručností. Štruktúrované intervenčné protokoly („programy“) sú ešte stále pomerne zriedkavé. V Európe sa čoraz častejšie uznáva, že je potrebné na školách zlepšiť všeobecnú prevenciu. Jedenásť členských štátov EÚ uvádza napríklad snahy stanoviť normy pre prevenciu.

Selektívna prevencia

Pri selektívnej prevencii sa zabezpečujú intervencie v rámci špecifických skupín, rodín alebo komunit, ktoré pre chabé sociálne väzby a zdroje môžu byť náchylnejšie na užívanie drog alebo na vznik závislosti. Keďže experimentálne hodnotiace projekty sa realizujú zložito, dôkazy o účinnosti selektívnej prevencie sú ešte stále obmedzené. Neplatí to však pre intervencie zamerané na zraniteľné rodiny, ktoré sa v jednotlivých štúdiách ukázali ako účinné (Petrie a kol., 2007). Najnovšie príklady v tejto oblasti zahŕňajú prispôsobenie „programu posilňovania rodín“, ktorý sa hodnotil v Španielsku a ukázalo sa, že je účinný pri obmedzovaní prediktorov užívania drog, napr. neprispôsobivého správania na školách a príznakov depresie. Pozitívne výsledky uviedlo aj Spojené kráľovstvo, ktoré dosiahlo zníženie v oblasti: ohrozenia detí, hlásených prípadov protispoločenského správania, problémov vo vzdelávaní, kriminality mládeže, domáceho násilia, duševných a fyzických zdravotných problémov a zneužívania látok medzi prvými 699 rodinami, ktoré ukončili „projekty rodinnej intervencie“.

Európske krajiny uvádzajú v priemere obmedzené poskytovanie selektívnej prevencie, pričom väčšina intervencií je zameraná na mladistvých páchatel'ov, zraniteľné rodiny a etnické skupiny. Celkove z údajov vyplýva, že rozsah selektívnej prevencie sa v posledných rokoch nezvýšil. Určité výnimky z tohto zistenia môžu existovať, ako napríklad intervencie pre zraniteľné rodiny v niektorých krajinách a FreD, systematický intervenčný protokol pre mladistvých páchatel'ov, ktorý sa uplatňuje už vo viac než jednej tretine členských štátov EÚ.

Indikovaná prevencia

Cieľom indikovanej prevencie je identifikovať osoby s problémovým správaním alebo psychickými problémami, ktoré môžu byť náchylné na vznik problémov užívania látok v budúcnosti, a zamerať sa na tieto osoby jednotlivou prostredníctvom osobitných intervencií. Programy indikovanej prevencie sa zvyčajne vyhodnocujú a často vykazujú vysokú úroveň účinnosti (EMCDDA, 2009c). Celkove sú intervencie v tejto oblasti naďalej obmedzené, pričom šesť krajín uviedlo intervencie zamerané na deti s poruchami pozornosti/hyperaktivitou alebo neprispôsobivým správaním a desať krajín uviedlo včasné intervencie a poradenstvo jednotlivcom, ktorí začali užívať drogy. Najnovší vývoj zahŕňa holandskú „Kanabis show“, ktorá vychádza z existujúcich programov prevencie v súvislosti s kanabisom (vzdelávania rovesníkmi formou zábavy), koná sa mimo školy a je zameraná na mladých ľudí s poruchami správania alebo psychiatrickými problémami.

Poznatzky z experimentov v oblasti prevencie

Výskum v oblasti účinnosti európskych preventívnych opatrení je ešte stále nedostatočný⁽¹⁾. Najväčšia pozornosť sa venuje univerzálnej a indikovanej prevencii v školskom prostredí. Súčasne prebiehajú diskusie o prenositeľnosti výsledkov výskumu z inej časti sveta, hlavne z USA.

Štúdia EU-DAP, európsky multicentrický experiment, zahŕňajúci okolo 7 000 žiakov vo veku 12 – 14 rokov v siedmich členských štátoch EÚ, prispieva k rozvoju výskumu v oblasti prevencie a ukazuje, že intervencie môžu prinášať podobné výsledky v rámci Európy a na rozdielnych kontinentoch.

Výrazné zníženie rizík v prípade užívania tabaku, alkoholu a kanabisu po jednom roku, bolo oznámené v prípade programu Unplugged, s 12 seminármi. Cieľom programu je uviesť na pravú mieru normatívne názory o užívaní látok pri súčasnom poskytovaní školenia v oblasti životných návykov a informácií o látkach. Trvalé priaznivé účinky v rámci 18-mesačného sledovania sa zistili aj v prípade prístupného alkoholizmu a častého užívania kanabisu v posledných 30 dňoch, zatiaľ čo krátkodobý účinok na každodenné fajčenie kolísal (Faggiano a kol., 2010).

Z mediačnej analýzy vyplynulo, že výsledky týkajúce sa kanabisu sa podarilo dosiahnuť predovšetkým vďaka tomu, že sa normatívne názory, pozitívne očakávania v súvislosti s látkou a pozitívne postoje k nezákonným drogám uviedli na pravú mieru. Posilňovanie zručností v komunikácii, prijímaní rozhodnutí a odmietaní bolo menej účinné.

Európski a americkí výskumníci teraz vykonávajú paralelnú analýzu s EU-DAP a inými údajmi, aby pochopili, ako deti a mladiství reagujú na prevenciu v odlišných kontextoch. Predovšetkým sa skúma diferencovaný vplyv rodu, sociálneho kontextu a psychologických charakteristík.

⁽¹⁾ Toto viedlo k založeniu Európskej spoločnosti pre výskum v oblasti prevencie.

Liečba

Hlavnými metódami, ktoré sa v Európe používajú na liečbu problémov súvisiacich s drogami, sú psychosociálne intervencie, substitučná liečba závislosti od opiátov a detoxifikácia. Na relatívny rozsah rôznych metód liečby v každej krajine má vplyv niekoľko faktorov vrátane organizácie národného systému zdravotnej starostlivosti.

Neexistuje žiadny súbor údajov, na základe ktorého by bolo možné charakterizovať celú populáciu užívateľov drog, ktorí v súčasnosti absolvujú protidrogovú liečbu v Európe. Informácie o významnej podskupine tejto populácie sa však zhromažďujú v rámci ukazovateľa EMCDDA dopytu po liečbe, ktorý sústreďuje údaje o osobách nastupujúcich na špecializovanú protidrogovú liečbu⁽¹¹⁾. V roku 2008 ukazovateľ zaznamenal okolo

⁽¹¹⁾ Pre ukazovateľ dopytu po liečbe sa získali údaje z 29 krajín za špecializované protidrogové centrá s pokrytím viac než 60 % jednotiek vo väčšine krajín (pozri tabuľku TDI-7 v štatistickej ročenke 2010).

440 000 nastupujúcich na liečbu, pričom 40 % z nich nastúpilo na liečbu po prvýkrát v živote.

Na základe celého radu rôznych zdrojov vrátane ukazovateľa dopytu po liečbe sa vykonal konzervatívny odhad, podľa ktorého v roku 2007 absolvoval v Európskej únii protidrogovú liečbu zameranú na užívanie nezákonných drog jeden milión osôb. Z nich viac ako polovica absolvovala substitučnú liečbu závislosti od opiátov. Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo predstavujú približne 80 % všetkých užívateľov drog, ktorí sa zúčastnili liečby.

Z tohto odhadu protidrogovej liečby v Európskej únii, aj keď je potrebné určité zlepšenie, vyplýva pomerne vysoká úroveň poskytovania liečby. Poukazuje aj na veľký nárast v poskytovaní liečby od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia, keď sa do popredia protidrogovej politiky dostala väčšia dostupnosť liečby a lepší prístup k nej. V posledných dvoch desaťročiach dochádzalo k rozširovaniu špecializovaných ambulatných služieb a rozvoju prístupov zahŕňajúcich liečbu v teréne a nízkoprahových prístupov. Niektoré krajiny rozšírili svoju substitučnú liečbu tým, že zapojili ďalších poskytovateľov služieb, napr. všeobecných lekárov. Na základe toho sa počet osôb, ktoré absolvovali substitučnú liečbu, zvýšil v Európe od roku 1993 takmer desaťkrát⁽¹²⁾. Zmeny v poskytovaní liečby podnietili aj nové skupiny klientov, napr. užívateľov kanabisu a stimulantov, ktorí v posledných 15 rokoch vo zvýšenom počte nastúpili na liečbu.

Aj keď v mnohých krajinách sa liečba stala dostupnejšou, ešte stále existujú prekážky, ktoré bránia užívateľom drog, aby nastúpili buď na protidrogovú liečbu, alebo na niektorú z jej foriem, alebo ich od toho odrádzajú. K týmto prekážkam patria predpisy, napr. prísne kritériá na prijatie, a právne rámce, náklady pacienta na liečbu, nedostatok vyškoleného personálu alebo nízka geografická hustota poskytovateľov liečby. K ďalším problémom, ktorým čelia užívatelia drog, ktorí potrebujú liečbu, patria nevhodná pracovná doba, požadovanie každodennej účasti a nedostatočná podpora starostlivosti o deti (napr. počas nemocničnej liečby), ktoré sú v konflikte s ich osobnou a profesionálnou situáciou. Subjektívny názor a predpoklady tak zo strany odborníkov, ako aj užívateľov drog, pokiaľ ide o primeranosť, účinky a výsledky špecifických liečebných prístupov, môžu tiež brániť k prístupu k liečbe.

Dlhé čakacie lehoty na protidrogovú liečbu tiež môžu byť prekážkou nastúpenia na liečbu. Podľa informácií, ktoré poskytli národní experti v roku 2008, obmedzená

dostupnosť liečby a nedostatok zdrojov, ako aj meškania z procedurálnych dôvodov sú hlavnými príčinami existujúcich čakacích lehôt, ktoré sa líšia v závislosti od jednotlivých spôsobov liečby (pozri ďalej v texte).

Ambulantná liečba

K dispozícii sú informácie asi o 383 000 užívateľoch drog, ktorí v Európe nastúpili v roku 2008 na ambulatnú liečbu. Väčšina z nich nastúpila na liečbu v špecializovaných protidrogových liečebných zariadeniach a len niekoľko krajín uviedlo počet osôb, ktoré nastúpili na liečbu u všeobecného lekára alebo v nízkoprahových službách. Viac než polovica nastupujúcich na liečbu (53 %) uvádza ako svoju primárnu drogu opiáty, hlavne heroín, zatiaľ čo 22 % uvádza kanabis a 18 % kokaín⁽¹³⁾. Najbežnejší spôsob vyhľadania liečby je, že ju vyhľadajú sami (36 %), potom nasleduje liečba na základe odporúčania systému trestného súdnicstva (20 %). Zvyšok sú klienti na základe odporúčaní sociálnych a zdravotníckych služieb alebo neformálnych sietí vrátane rodiny a priateľov⁽¹⁴⁾.

Klienti nastupujúci na ambulatnú liečbu sú prevažne mladí muži priemerne vo veku 31 rokov a počet mužov štvornásobne prevyšuje počet žien. V priemere o niečo mladší sú klienti nastupujúci liečbu po prvýkrát a klientky. Nižší priemerný vek sa takisto uvádza v prípade klientov užívajúcich kanabis (25) a klientov užívajúcich iné stimulanty ako kokaín (29), zatiaľ čo vyšší priemerný vek sa uvádza v prípade primárnych užívateľov kokaínu (32) a opiátov (34). V priemere najmladších klientov užívajúcich drogy uviedla Česká republika (26) a najstarších Španielsko (33)⁽¹⁵⁾. Najvyšší pomer mužov ku ženám je v prípade užívateľov kanabisu (5:1) a kokaínu (4,8:1)

Vybraná otázka EMCDDA o liečbe a starostlivosti o starších užívateľov drog

Predpovedá sa, že počet starších užívateľov drog v Európe sa zdvojnásobí od roku 2001 do 2020, čo si bude vyžadovať primerané a nové prístupy k liečbe a starostlivosti o túto rastúcu populáciu. Vo vybranej otázke, ktorú tento rok uverejnilo centrum EMCDDA, sa skúma rozvoj a príčiny tohto fenoménu starnutia za posledné dve desaťročia. Uvedené sú aj zdravotné a sociálne charakteristiky starších užívateľov drog, aby sa mohli špecifikovať ich súčasné potreby. Správa končí prehľadom súčasných intervencií v prípade starších užívateľov a najlepších postupov v členských štátoch.

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

⁽¹²⁾ Pozri obrázok HSR-2 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹³⁾ Pozri tabuľku TDI-19 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-16 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-10 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2010.

a najnižší v prípade klientov užívajúcich iné stimulanty ako kokaín (2,2:1). Bez ohľadu na primárnu drogu najvyššie pomery medzi mužmi a ženami sú v krajinách južnej Európy a najnižšie v severných krajinách ⁽¹⁶⁾.

Dve hlavné formy ambulantnej liečby v Európe sú psychosociálne intervencie a substitučná liečba závislosti od opiátov. V prípade užívateľov opiátov sa často poskytujú v kombinácii. Psychosociálne intervencie ponúkajú podporu pre užívateľov pri ich snahe zvládnuť a prekonať svoje problémy s drogami. Tieto intervencie zahŕňajú poradenstvo, zlepšenie motivácie, kognitívnu behaviorálnu terapiu, zvládanie prípadu, skupinovú a rodinnú terapiu a prevenciu relapsu. Poskytujú ich v závislosti od krajiny zväčša verejné inštitúcie alebo mimovládne organizácie. V roku 2008 podľa odhadov expertov z deviatich z 27 krajín, ktoré podali správu, pre tento typ liečby nie je žiadna čakacia lehota. V desiatich iných krajinách podľa odhadov národných expertov priemerné lehoty nie sú dlhšie ako 1 mesiac. Podľa odhadov je čakacia lehota v Nórsku desať týždňov, zatiaľ čo v Dánsku sa podľa zákona vyžaduje, aby sa liečba uskutočnila do 14 dní. Experti zo siedmich krajín nedokázali predložiť žiadny odhad.

Substitučná liečba je prevládajúcou možnosťou liečby pre užívateľov opiátov v Európe. Vo všeobecnosti sa poskytuje v ambulantných zariadeniach, aj keď v niektorých krajinách je k dispozícii aj v nemocničných zariadeniach a stále častejšie sa poskytuje vo väzniciach ⁽¹⁷⁾. Substitučná liečba závislosti od opiátov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ a tiež aj v Chorvátsku a Nórsku ⁽¹⁸⁾. V Turecku ešte substitučná liečba nebola zavedená, je však povolená na základe nariadenia o liečebných strediskách z roku 2004. Vo väčšine krajín sú špecializované verejné ambulantné služby hlavným poskytovateľom substitučnej liečby. Avšak všeobecní lekári v ambulanciách, ktorí majú často dohody o spoločnej starostlivosti so špecializovanými centrami, zohrávajú čoraz významnejšiu úlohu pri poskytovaní tohto typu liečby. Títo poskytovatelia sa podieľajú na tejto liečbe na rôznych úrovniach v 13 krajinách.

Odhaduje sa, že v roku 2008 bola v Európe poskytnutá substitučná liečba približne 650 000 užívateľom opiátov ⁽¹⁹⁾. Podľa odhadov expertov z desiatich z 26 krajín, ktoré podali správu, zistili, že na tento typ liečby nie je žiadna čakacia lehota. V štyroch krajinách (Česká republika, Dánsko, Taliansko, Portugalsko) bola priemerná čakacia lehota podľa odhadov menej ako

1 mesiac. V Českej republike sa čakacie lehoty vzťahovali len na metadon, pretože buprenorfín vo vysokých dávkach môžu predpisovať všeobecní lekári v ambulanciách – aj keď klient musí uhradiť náklady na lieky. V ďalších štyroch krajinách (Maďarsko, Rumunsko, Fínsko, Nórsko) sa odhadovaná čakacia lehota pohybovala od jedného po šesť mesiacov, zatiaľ čo v ďalších troch krajinách (Bulharsko, Grécko, Poľsko) bola dlhšia ako jeden rok. Spomedzi nich Grécko uvádza čakaciu lehotu 38 mesiacov spolu s údajmi, že v roku 2008 bolo 5 261 problémových užívateľov opiátov registrovaných ako čakatelia na prístup do substitučných programov. Priemerné čakacie lehoty na národnej úrovni však môžu maskovať značné regionálne odchýlky. Napríklad v Írsku sa priemerná čakacia lehota na substitučnú liečbu pohybuje od menej než 3,5 mesiaca v Dubline po 18 mesiacov na juhovýchode (Comptroller and Auditor General, 2009). Experti zo štyroch krajín nevedeli poskytnúť zistenia o čakacích lehotách.

Nemocničná liečba

K dispozícii sú informácie asi o 42 000 užívateľoch drog, ktorí na protidrogovú liečbu v nemocničných zariadeniach v Európe nastúpili v roku 2008. Viac než polovica z nich uvádza opiáty ako svoju primárnu drogu (57 %) a väčšina ostatných klientov uviedla ako svoju primárnu drogu buď kanabis (13 %), iné stimulanty ako kokaín (13 %), alebo kokaín (7 %). Nemocničnými klientmi sú hlavne mladí muži s priemerným vekom 30 rokov a pomer mužov a žien je 3,5:1 ⁽²⁰⁾.

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

Klientom sa v nemocničných zariadeniach poskytuje ubytovanie, individuálne štruktúrovaná psychosociálna liečba a zúčastňujú sa na činnostiach, ktoré ich majú

⁽¹⁶⁾ Pozri tabuľku TDI-21 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁷⁾ Pozri „Pomoc užívateľom drog vo väzniciach“, s. 38.

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

⁽¹⁹⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2010.

⁽²⁰⁾ Pozri tabuľky TDI-7, TDI-10, TDI-19 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2010.

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.

Podľa zistení národných expertov z Grécka, Maďarska a Turecka je prístup k nemocničnej psychosociálnej liečbe okamžitý. Experti uvádzajú, že priemerná čakacia lehota je menej než 1 mesiac v 12 krajinách a 25 týždňov v Nórsku. V Rakúsku sa uvádza čakacia lehota v dĺžke až niekoľko mesiacov v závislosti od regiónu a liečebného zariadenia. Experti z desiatich krajín neposkytli o čakacej lehote pre tento typ liečby žiadne zistenia.

Na detoxifikáciu podľa zistení expertov z Maďarska, zo Slovinska, Slovenska, z Turecka a flámskej komunity v Belgicku nie je čakacia lehota. V 11 krajinách je priemerná čakacia lehota podľa zistení menej než dva týždne. Priemerná čakacia lehota v dĺžke 2 týždne až 1 mesiac je podľa zistení na Cypre, v Českej republike a Grécku, zatiaľ čo v Írsku, Rakúsku a Nórsku je v dĺžke od jedného do troch mesiacov. Experti zo siedmich krajín neposkytli žiadne zistenia.

Zabezpečenie kvality

Vo väčšine európskych krajín sa teraz uskutočňujú opatrenia na zabezpečenie kvality protidrogovej liečby. K týmto opatreniam patrí príprava a uplatňovanie usmernení, prijatie národných akčných plánov na boj proti drogám, ktoré sú zamerané na otázky kvality liečby, certifikáciu kvality a akreditačné postupy a štúdie, v ktorých sa skúmajú alebo porovnávajú rozdiely v kvalite medzi liečebnými centrami.

Súčasťou najnovšieho vývoja je uplatňovanie usmernení pre kvalitu liečby v šiestich krajinách, zatiaľ čo na Cypre, v Turecku a Nórsku sa takéto usmernenia publikovali len nedávno. Desať krajín prijalo nové strategické dokumenty v niektorých prípadoch zahŕňajú akreditačné systémy. Poľsko a Slovensko tiež zaviedli akreditačné kritériá pre liečebné centrá a Slovensko zaviedlo certifikáciu ISO 9001. Štyri krajiny – Estónsko, Lotyšsko, Holandsko a Rumunsko – skúmajú nerovnomernosti v kvalite v rámci svojho liečebného systému.

Spojené kráľovstvo má dlhú históriu, pokiaľ ide o hodnotenie zdravotníckeho systému, a má najrozsiahlejšie súbory nástrojov na monitorovanie a zlepšovanie kvality liečby, ktoré teraz zahŕňajú dokument o klinickom riadení v protidrogovej liečbe (NTA, 2009) zameraný na prístupy zodpovednosti, zlepšovania kvality, politiky riadenia rizika a postupy na identifikáciu a nápravu slabého výkonu.

V rámci štúdie, ktorej vypracovanie si objednalo centrum EMCDDA, sa zistilo 60 národných usmernení pre liečbu v 17 z 22 krajín v Európe, ktoré podali správu. Usmernenia sa najčastejšie vzťahovali na tieto formy: psychosociálna liečba (29), substitučná liečba závislosti od opiátov (28) a detoxifikácia (22). V krajinách s vyšším počtom pacientov zúčastňujúcimi sa na substitučnej liečbe závislosti od opiátov je podľa všetkého pravdepodobnejšie, že sa vypracujú usmernenia pre každú formu liečby.

Sedemnať krajín uvádza usmernenia osobitne určené pre liečbu užívateľov opiátov. Päť krajín má usmernenia zamerané na používanie rôznych látok, zatiaľ čo Maďarsko a Nemecko má usmernenia pre poruchy spojené s užívaním amfetamínov a kanabisu. Desať krajín sa zameralo na dlhodobý problém s užívateľmi drog a deväť vypracovalo usmernenia pre mladých užívateľov drog. Osem krajín sa zameralo na užívateľov drog s ďalšími vyskytujúcimi sa poruchami.

Takmer všetky usmernenia sú zamerané na odborníkov v oblasti liečby (58) a poskytovateľov služieb (52) a takmer polovica je zameraná na plánovačov zdravotníckej starostlivosti (25). Portugalsko je jedinou krajinou, ktorá uviedla usmernenia zamerané na klientov, zatiaľ čo Dánsko uvádza zameranie na tvorcov politik. Odborníci v oblasti liečby sa podieľali na príprave usmernení v 17 krajinách a ďalší odborníci v štyroch krajinách. Výskumníci sa takisto podieľali v deviatich krajinách, tvorcovia politik v troch a klienti v jednej. Viac informácií týkajúcich sa národných usmernení pre liečbu sa uvádza na portáli centra EMCDDA „Best practice“ (Osvedčené postupy).

Znižovanie škôd

Prevenia a znižovanie škôd súvisiacich s drogami je cieľom verejného zdravotníctva vo všetkých členských štátoch a v protidrogovej stratégii EÚ⁽²¹⁾. Prehľady vedeckých dôkazov o intervenciách na znižovanie škôd, ako aj štúdie preukazujúce kombinovaný vplyv týchto intervencií sú teraz k dispozícii aj pre plánovanie služieb (EMCDDA, 2010a). K hlavným intervenciám v tejto oblasti patrí substitučná liečba závislosti od opiátov a programy výmeny ihli 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 znižovanie škôd.

Väčšina európskych krajín poskytuje celý rad ďalších služieb v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti vrátane služieb

(21) KOM(2007) 199 v konečnom znení

Nová monografia EMCDDA o znižovaní škôd

Centrum EMCDDA uverejnilo v roku 2010 monografiu „Znižovanie škôd: dôkazy, vplyvy a výzvy“. Uvádza sa v nej komplexný prehľad v tejto oblasti v rámci 16 kapitol, na ktorých sa autorsky podieľalo viac než 50 európskych a medzinárodných odborníkov. V prvej časti sa monografia zaoberá históriou vzniku a rozšírenia znižovania škôd a skúma tento koncept z rôznych pohľadov vrátane medzinárodných organizácií, výskumníkov a užívateľov drog. Druhá časť je venovaná súčasným dôkazom a vplyvom a opisuje, ako sa tento koncept rozšíril, aby pokrýval širokú škálu správania a škôd vrátane tých, ktoré súvisia s alkoholom, tabakom a rekreačným užívaním drog. Posledná časť je zameraná na výzvy a inovácie a potrebu integrovať a prispôbiť intervencie individuálnym a spoločenským potrebám.

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

odporúčaných organizáciami WHO, UNODC a UNAIDS (2009) v rámci „komplexného balíka“ na prevenciu HIV u užívateľov drog. Intervencie, ktoré sa bežne poskytujú, závisia od vnútroštátnych súvislostí, zahŕňajú však individuálne hodnotenie rizika a poradenstvo, ciele informácie a poradenstvo o bezpečnejšom užívaní, distribúciu iného injekčného vybavenia ako ihly a striekačky, podporovanie používania kondómov v prípade injekčných užívateľov drog, testovanie na infekčné choroby a poradenstvo, antiretrovirálna liečba a očkovanie proti vírusovej hepatitíde. Mnohé tieto služby sa poskytujú v nízokoprahových zariadeniach. Reakcie na znižovanie škôd zamerané na úmrtia súvisiace s drogami sú však zriedkavé ⁽²²⁾, napriek nárastu informovanosti o potrebe takýchto intervencií. Nové iniciatívy v tejto oblasti zahŕňajú včasné varovania alebo upozornenia o látkach spojených s vyššími rizikami ⁽²³⁾. Napríklad všetky nízokoprahové zariadenia v Českej republike boli v roku 2009 upozornené na možný prienik fentanylu na miestny trh s drogami.

Na základe nedávneho pokroku v oblasti liečby hepatitídy C väčšina krajín v súčasnosti zvyšuje svoje úsilie v oblasti prevencie, detekcie a liečenia hepatitídy u užívateľov drog, ako aj substitučnej liečby. K najnovším príkladom v tejto oblasti patrí nový národný plán pre hepatitídu vo Francúzsku, pilotná štúdia na prípravu odporúčaní na prevenciu HCV v Nemecku a usmernenia pre liečbu hepatitídy v Českej republike, Holandsku a Spojenom kráľovstve. Niektoré krajiny vrátane Belgicka, Francúzska, Luxemburska a Maďarska uviedli vykonávanie štúdií a skriningových kampaní vo väzenskom prostredí.

Zameranie reakcií na znižovanie škôd sa rozšírilo nad rámec epidémie HIV/AIDS na širšiu perspektívu uspokojovania zdravotných a sociálnych potrieb problémových užívateľov drog, najmä sociálne vylúčených. Zahnutie znižovania škôd do reakcie na drogy prispelo aj k pokroku v zbere údajov o drogovom probléme. Národné zoznamy služieb a štúdie kvality služieb (Česká republika, Nemecko, Írsko, Fínsko) a klientske prieskumy (Estónsko, Litva, Luxembursko, Maďarsko) poskytujú lepší prehľad o poskytovaní služieb a potrebách užívateľov, ktorý pomáha aj pri podpore hodnotenia kvality a výmeny osvedčených postupov, skvalitňovaní materiálov a techník v oblasti prevencie a príprave nových intervencií.

Sociálne vylúčenie a 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 sociálnych zručností, opatrenia na uľahčenie a podporu zamestnanosti a získanie alebo zlepšenie bývania. V praxi môžu reintegračné programy zahŕňať profesijné poradenstvo, podporu hľadania práce a bývania. Intervencie vo väznicach, ktoré majú dosah na relaps a na recidívu, môžu počas prípravy na prepustenie ponúkať vážnom komunitné ubytovanie a služby sociálnej podpory. Výsledky opatrení sociálnej reintegrácie vo všeobecnosti často závisia od efektívnej súčinnosti medzi zdravotníckymi inštitúciami a ústavmi sociálnej starostlivosti.

Aj keď neexistuje priama príčinná súvislosť medzi problematickejšími formami užívania drog a sociálnym vylúčením, často bývajú spojené. Z údajov vyplýva, že bezdomovectvom je postihnutých 9 % klientov, ktorí v roku 2008 nastúpili na ambulantnú protidrogovú liečbu, a asi 13 % klientov, ktorí nastúpili na nemocničnú liečbu. Okolo 40 % klientov, ktorí nastúpili na liečbu v oboch prostrediach, nemalo ukončené stredoškolské vzdelanie, pričom 47 % klientov, ktorí nastúpili na ambulantnú liečbu, a 71 %, ktorí nastúpili na nemocničnú liečbu, uviedlo, že sú nezamestnaní alebo ekonomicky neaktívni ⁽²⁴⁾. V súčasnej ekonomickej situácii sa tento stav nemôže zlepšiť, keď sa v dôsledku rastúcej nezamestnanosti zvyšuje konkurencia na trhu práce ⁽²⁵⁾.

Všetky krajiny, ktoré podali správu, uvádzajú dostupnosť bývania, vzdelávania a programov a služieb v oblasti zamestnanosti, ktoré sú buď zamerané konkrétne na užívateľov drog, alebo všeobecne na potreby sociálne vylúčených skupín. V Írsku a Švédsku prebiehajú diskusie

⁽²²⁾ Pozri tabuľku HSR-8 v štatistickej ročenke 2010.

⁽²³⁾ Pozri rámček „Prepuknutie antraxu u užívateľov heroínu v Spojenom kráľovstve a Nemecku“ v kapitole 7.

⁽²⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-12, TDI-13 a TDI-15 v štatistickej ročenke 2010.

⁽²⁵⁾ Pozri rámček „Ekonomická recesia a drogové problémy“ v kapitole 1.

o modeli „bývanie najskôr“ pre bezdomovcov s problémami duševného zdravia a užívaním látok. Tento model sa často spája s integrovanými komunitnými liečebnými a sociálnymi službami a riadením prípadov. Prístup k ubytovaniu sa nepodmieňuje tým, aby osoba nebola pod vplyvom alkoholu alebo drog, ako to býva v prípade tejto problematickej skupiny. Prístup „bývanie najskôr“ priniesol pozitívne výsledky v prípade bezdomovcov v mnohých sociálnych a zdravotných kontextoch vrátane užívania látok (Pleace, 2008).

Zlepšenie zamestnateľnosti a prístupu k platenej práci zohráva dôležitú úlohu v sociálnej reintegrácii užívateľov drog. V krajinách, ako napr. v Nemecku, Taliansku, Rakúsku, Portugalsku a Spojenom kráľovstve, sa čoraz viac uprednostňujú aspekty týkajúce sa zamestnania v rámci procesu ozdravenia prostredníctvom nových iniciatív a zvýšených finančných prostriedkov.

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov je dôležitou súčasťou protidrogových politík na národnej úrovni i na úrovni EÚ a patrí k nemu celý rad intervencií, ktoré vykonáva hlavne polícia a policii podobné inštitúcie (napr. colné úrady). Údaje o aktivitách v oblasti presadzovania práva bývajú často menej rozšírené a dostupné než tomu býva v iných oblastiach protidrogovej politiky. Jednou významnou výnimkou sú údaje o porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami, ktorých prehľad sa uvádza v tomto oddiele. Skúmajú sa tu aj najnovšie opatrenia v oblasti presadzovania práva na boj proti komerčnej výrobe kanabisu a nové trendy v medzinárodnej spolupráci v boji proti nezákonnému obchodovaniu s drogami.

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov

V roku 2010 Europol otvoril „analytický pracovný súbor“ týkajúci sa kanabisu ⁽²⁶⁾. Projekt zahŕňa zložku o pestovaní kanabisu, ktorá je určená na podporu výmeny spravodajských informácií v rámci Európskej únie, pokiaľ ide o zapojenie organizovaného zločinu do výroby kanabisu. Sleduje správy národných orgánov presadzovania práva minimálne siedmich krajín, ktorých zločinecké organizácie boli zapojené do komerčnej výroby kanabisu, ktorá je zjavne veľmi lukratívnou činnosťou ⁽²⁷⁾.

Rozsah nezákonnej výroby kanabisu v Európe sa ťažko odhaduje, pretože je k dispozícii veľmi málo údajov o počte pestovateľov a veľkosti plantáží. Z kvalitatívnych

štúdií a údajov o záchytoch (pozri kapitolu 3) vyplýva, že domáca výroba by sa mohla podstatne zvýšiť od deväťdesiatych rokov minulého storočia, najmä v západnej Európe. Z kvalitatívnych štúdií vyplýva, že motivácia pestovateľov je v rozsahu od pestovania niekoľkých rastlín na osobnú spotrebu po výrobu niekoľkých tisíc rastlín na komerčné účely.

Komerčné pestovanie kanabisu, najmä na veľkých plantážach v interiéri, podľa poskytnutých informácií predstavuje problémy v súvislosti kriminalitou a verejnou bezpečnosťou v Belgicku, Nemecku, Holandsku a Spojenom kráľovstve. Podľa poskytnutých informácií zločinecké organizácie v Spojenom kráľovstve vykorisťujú nelegálnych prisťahovalcov z Ázie. Okrem toho zriaďovanie komerčných plantáží vo vnútri budov často znamená úpravu priestorov, ktoré môžu poškodiť nehnuteľnosť. Ďalšie riziko pre nehnuteľnosť a bezpečnosť súvisí s veľkým odberom elektrického prúdu na zabezpečenie umelého svetla pre sadenice kanabisu pestované v interiéri. Nespôľahlivé metódy na odpojenie elektrometrov, s cieľom vyhnúť sa platbám alebo vzniku podozrenia, alebo zle prispôsobené káblové systémy podľa informácií spôsobujú v týchto plantážach požiare.

Existujúce rámce presadzovania práva namierené proti drogám a organizovanému zločinu sa zaoberajú pestovaním kanabisu, ale niektoré európske krajiny nedávno vypracovali osobitné stratégie v tejto oblasti. Belgicko postavilo boj proti nezákonnej výrobe kanabisu na prvé miesto vo svojom národnom bezpečnostnom pláne na obdobie rokov 2008 – 2012, zatiaľ čo Holandsko a Spojené kráľovstvo vypracovali mnohostranné stratégie na zvýšenie možnosti odhalenia a zničenia komerčných plantáží. Tieto stratégie zahŕňajú také opatrenia, ako napríklad zvyšovanie informovanosti v rámci celkovej populácie a niektorých hlavných sektoroch (napr. dodávatelia elektrickej energie, železiarstvá), aby ich podnietili informovať políciu o kanabisových plantážach. Okrem toho sa vytvárajú partnerstvá medzi orgánmi presadzovania práva a dodávateľmi elektrickej energie, bytovými úradmi, poisťovňami a ďalšími sektormi, ktoré majú záujem na boji proti komerčným plantážam. Podnikajú sa tiež kroky na zlepšenie efektívnosti polície. V Holandsku bola napríklad v júli 2008 zriadená „organizovaná pracovná skupina pre pestovanie kanabisu“, aby koordinovala existujúce snahy polície, miestnych vlád, magistrátov a daňového úradu. Policajné zbory teraz môžu byť vybavené detekčnou technikou, ktorá sa vo všeobecnosti používa v armáde vrátane infračervených kamier na zobrazovanie teplotných rozdielov, a vykonávať rozsiahlejšie operácie na zničenie

⁽²⁶⁾ Analytický pracovný súbor je v podstate zabezpečená databáza obsahujúca informácie, ktoré poskytujú zúčastnené krajiny na základe prísnych pravidiel dôvernosti. Umožňuje Europolu poskytnúť podporu orgánom činným v trestnom konaní.

⁽²⁷⁾ Pozri rámček „Príjmy a zisky z nezákonného pestovania kanabisu“ v kapitole 3.

plantáží a zatknutie podozrivých, ako napr. „Operácia Mazurka“ v Severnom Írsku, výsledkom ktorej bolo 101 zatknutých osôb v roku 2008.

Opatrenia zamerané na pestovanie kanabisu sa uvádzali aj v iných krajinách. Napríklad veľká operácia proti „kanabisovým továrňam“ sa uskutočnila v roku 2008 v Írsku, zatiaľ čo v Nemecku federálna kriminálna polícia (Bundeskriminalamt) zriadila špeciálnu jednotku na oznamovanie prípadov porušenia právnych predpisov súvisiacich s kanabisom v rámci celej krajiny.

Rozvoj medziagentúrnych platforiem v Európe

Koncept medziagentúrnych platforiem, kde si orgány činné v trestnom konaní a vojenské orgány z rôznych krajín vymieňajú spravodajské informácie a koordinujú záchyty drog predtým, ako sa dostanú na užívateľské trhy, má pôvod v Amerike. Spoločná medziagentúrna pracovná skupina – juh (Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S)) zriadená v roku 1994 v Paname a teraz so sídlom v Key West (Florida) je vzorom takejto formy spolupráce. JIATF-S, platforma pod vojenským vedením, koordinuje vzdušné a námorné zásahové aktivity južne od USA vykonávané vojenskými, spravodajskými orgánmi a orgánmi činnými v trestnom konaní USA a pridruženými krajinami vrátane Španielska, Francúzska, Holandska a Spojeného kráľovstva.

V Európe boli nedávno vytvorené dve medzi agentúrne platformy, obe pod vedením orgánov činných v trestnom konaní na koordináciu opatrení proti obchodovaniu s drogami. Námorné centrum operácií a analýz – narkotiká (MAOC-N) bolo v rámci Európskej únie vytvorené v roku 2007 zmluvou medzi Írskom, Španielskom, Francúzskom, Talianskom, Holandskom, Portugalskom a Spojeným kráľovstvom. Centrum MAOC-N má sídlo v Lisabone a koordinuje zásahy proti drogovým zásielkam prepravovaným cez Atlantik. JIATF-S bolo spočiatku prepojené s projektom MAOC-N a teraz vystupuje ako pozorovateľ spolu s Európskou komisiou, Europolom, Nemeckom, Gréckom, Kanadou, Marokom, UNODC a najnovšie Kapverdmi. Druhá medziagentúrna platforma, Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), bola vytvorená v roku 2008. CeCLAD-M je jednotkou francúzskej polície, ktorá sústreďuje zástupcov francúzskych orgánov činných v trestnom konaní a námorných síl, ako aj zástupcov z Grécka, Španielska, Talianska, Cypru, Portugalska, Spojeného kráľovstva, Maroka a Senegalu. Centrum má sídlo v meste Toulon a môže navrhovať zadržanie podozrivých plavidiel a lietadiel v Stredozemnom mori.

Podobné platformy sa môžu v budúcnosti vytvoriť v oblasti východného Stredomoria a Čierneho mora. Európska komisia nedávno financovala štúdiu na preskúmanie uskutočniteľnosti vytvorenia európskej platformy na výmenu spravodajských informácií a budovanie kapacít v západnej Afrike.

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 (²⁸). Tieto údaje sa obvykle týkajú porušení právnych predpisov týkajúcich sa užívania drog (užívania a prechovávanania na vlastnú spotrebu) alebo ponuky drog (výroby, obchodovanie a predaj), aj keď v niektorých krajinách sa môžu uvádzať niektoré ďalšie typy porušení právnych predpisov (napr. týkajúce sa drogových prekurzorov).

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

Z indexu EÚ založenom na údajoch, ktoré poskytlo 21 členských štátov, ktoré predstavujú 85 % populácie vo veku 15 – 64 rokov v Európskej únii, vyplýva, že počet oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami sa zvýšil asi o 35 % od roku 2003 do 2008. Ak sa posudzujú všetky krajiny, ktoré podali správu, z údajov vyplýva vzostupný trend v 15 krajinách a stabilizácia alebo celkový pokles počas tohto obdobia v deviatich krajinách (²⁹).

Porušenia právnych predpisov súvisiace s užívaním a ponukou

Rovnováha medzi porušeniami právnych predpisov súvisiacimi s drogami, ktoré sa vzťahovali na užívanie drog, a tými, ktoré sa vzťahovali na ponuku v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi sa výrazne nezmenila. Vo väčšine (23) európskych krajín sa väčšina porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami v roku 2008 naďalej týkala užívania drog alebo prechovávanania na vlastnú spotrebu, pričom najväčšie podiely (81 – 92 %) uviedli Estónsko, Španielsko, Francúzsko, Rakúsko, Slovinsko a Švédsko. Porušenia právnych predpisov súvisiace s ponukou však prevládali v Českej republike (87 %) (³⁰).

⁽²⁸⁾ Informácie o diskusií o vzájomných vzťahoch medzi drogami a kriminalitou sa nachádzajú v EMCDDA (2007a).

⁽²⁹⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2010.

⁽³⁰⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2010.

V období rokov 2003 až 2008 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog zvýšil v 19 krajinách, ktoré podali správu, pričom len Bulharsko, Nemecko, Grécko, Rakúsko a Slovinsko uviedlo pokles za uvedené obdobie. Celkovo sa odhaduje, že v období 2003 až 2008 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s užívaním drog v Európskej únii zvýšil o 37 % (obrázok 2).

V období 2003 – 2008 došlo aj k nárastu porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou drog, avšak oveľa pomalším tempom, v Európskej únii bol nárast asi 10 %. Zvýšenie počtu porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou za toto obdobie oznámilo 17 krajín pričom osem krajín oznámilo zníženie ⁽³¹⁾.

Trendy podľa drog

Kanabis naďalej zostáva nezákonnou drogou, ktorá sa najčastejšie spomína v uvádzaných porušeníach právnych predpisov súvisiacich s drogami v Európe ⁽³²⁾. Vo väčšine európskych krajín porušenia právnych predpisov súvisiace s kanabisom v roku 2008 dosahovali 50 % až 75 %. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s ostatnými drogami bol vyšší ako v súvislosti s kanabisom, len v troch krajinách: Česká republika (57 %) a Lotyšsko (33 %) s metamfetamínom a Litva s heroínom (26 %).

V období rokov 2003 – 2008 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom zvýšil v 15 krajinách,

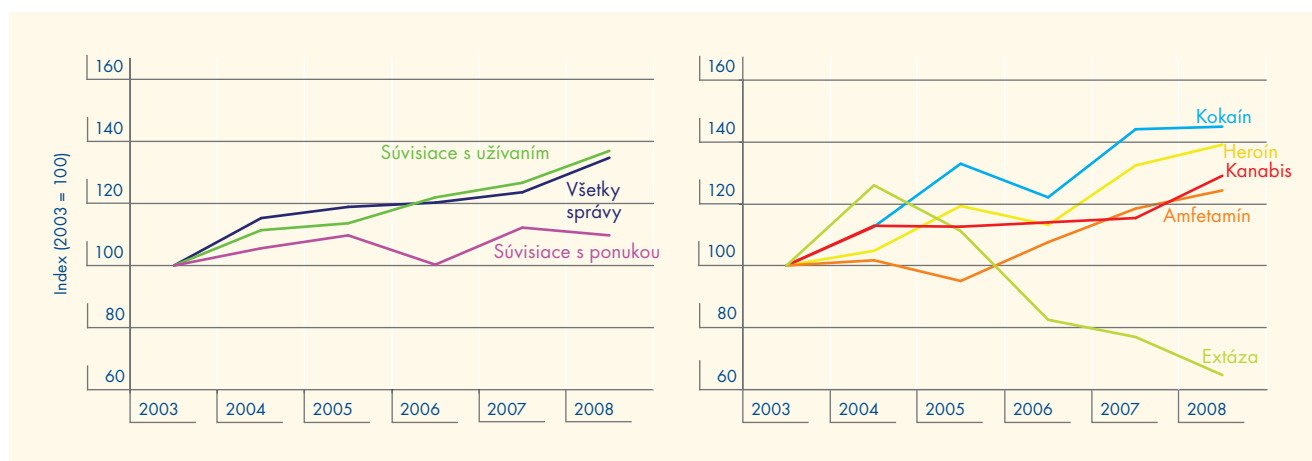
ktoré podali správu, čo malo za následok zvýšenie v Európskej únii asi o 29 % (obrázok 2). Klesajúci trend uviedlo Bulharsko, Česká republika, Nemecko, Taliansko, Rakúsko a Slovinsko ⁽³³⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom zaznamenali nárast za obdobie 2003 – 2008 v 17 krajinách, ktoré podali správu, zatiaľ čo Bulharsko a Nemecko, Taliansko a Rakúsko zaznamenali klesajúce trendy. Celkovo sa v Európskej únii za rovnaké obdobie zvýšil počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kokaínom približne o 45 % so známkami stabilizácie v minulom roku ⁽³⁴⁾.

Zmena z klesajúceho na stúpajúci trend, ktorá sa uvádzala v správach za minulý rok v prípade porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom, sa teraz je potvrdila: priemerný počet v EÚ v prípade týchto porušení právnych predpisov sa zvýšil o 39 % v období 2003 až 2008. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom sa zvýšil v 16 krajinách, ktoré podali správu, zatiaľ čo Bulharsko, Nemecko, Taliansko a Rakúsko uviedli za toto obdobie pokles ⁽³⁵⁾.

Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s amfetamínmi v Európskej únii naďalej vykazuje rastúci trend, pričom za obdobie 2003 až 2008 je to zvýšenie asi o 24 %. Na rozdiel od toho porušenia právnych predpisov súvisiace s extázou za rovnaké obdobie klesli asi o 35 % (obrázok 2).

Obrázok 2: Trendy v správach v prípade porušení právnych predpisov v súvislosti s drogami podľa typu porušenia a typu drog v členských štátoch EÚ



Poznámka: Trendy predstavujú dostupné informácie o celoštátnom počte správ o porušeníach protidrogových právnych predpisov (trestnoprávných a iných než trestnoprávných), ktoré poskytli orgány činné v trestnom konaní v členských štátoch EÚ; všetky série sú indexované voči základu 100 v roku 2003 a vážené podľa veľkosti populácií jednotlivých krajín s cieľom stanoviť celkový trend EÚ. Ďalšie informácie sú k dispozícii na obrázkoch DLO-1 a DLO-3 v štatistickej ročenke 2010.
Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽³¹⁾ Pozri obrázok DLO-1 a tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2010.
⁽³²⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2010.
⁽³³⁾ Pozri tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2010.
⁽³⁴⁾ Pozri obrázok DLO-3 a tabuľku DLO-8 v štatistickej ročenke 2010.
⁽³⁵⁾ Pozri tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2010.

Zdravotná a sociálna situácia vo väzniciach

K danému dňu je v Európskej únii vyše 600 000 ľudí v nápravných zariadeniach ⁽³⁶⁾, pričom priemerná miera je približne 120 väzňov na 100 000 obyvateľov ⁽³⁷⁾. Miera uväznenia na národnej úrovni sa pohybuje od 66 do 285 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 (609) a USA (753) ⁽³⁸⁾.

Spomedzi odsúdených väzňov tvoria väzni odsúdení pre porušenia právnych predpisov súvisiace s drogami 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.

Užívanie drog vo väzniciach

Ešte nám stále chýba štandardizácia definícií, výskum otázok a metódik používaných v štúdiách užívania drog u väzenskej populácie (Vandam, 2009, Generálne riaditeľstvo pre zdravotníctvo a spotrebiteľov, 2008a), aj keď existujúce štúdie dokazujú, že užívanie drog naďalej prevláda skôr medzi väzňami, než medzi celkovou populáciou. Z údajov niektorých štúdií vykonaných od roku 2003 vyplýva, že existujú značné odchýlky v prevalencii užívania drog medzi väzňami: napríklad pravidelné užívanie drog v mesiaci pred uväznením uviedlo v niektorých krajinách iba 3 % respondentov a v iných až 77 %. Zo štúdií tiež vyplýva, že väčšina škodlivých foriem užívania drog môže byť častejšia medzi väzňami, pričom od 6 % do 38 % respondentov uvádza, že už niekedy užívali drogy injekčne ⁽³⁹⁾.

Po prijatí do väznice väčšina užívateľov drog znížila spotrebu alebo prestala užívať drogy, a to hlavne pre problémy pri získavaní týchto látok. Avšak experti aj tvorcovia politik vo väzenskej oblasti v Európe priznávajú skutočnosť, že nezákonné drogy si nájdu svoju cestu do väčšiny väzníc napriek všetkým opatreniam, ktoré sa prijali na zníženie ich ponuky. V štúdiách vykonaných od roku 2003 odhady užívania drog vo väzniciach kolíšu od 1 % do 56 %. Pravidelné užívanie drog počas posledného mesiaca väzby uviedlo 12 % väzňov v národnej štúdií vykonanej v Portugalsku v roku 2007 ⁽⁴⁰⁾. V štúdií zahŕňajúcej 246 väzňov v Luxembursku sa zistilo, že 31 %

užívalo drogy vo väznici injekčne, pričom v štúdiách z troch iných krajín sa uvádza podiel 10 % alebo viac ⁽⁴¹⁾. Ukazuje sa, že užívatelia drog vo väzbe sa pri injekčnom užívaní drog častejšie delia o svoje náčinie v porovnaní s neuväznenými užívatelmi, čo vyvoláva otázky týkajúce sa 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, a väzenské zdravotné služby by mali 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 na základe odporúčania Rady z 18. júna 2003 o prevencii a znižovaní zdravotnej ujmy súvisiacej s drogovou závislosťou ⁽⁴²⁾ a vyzýva k jej implementácii prostredníctvom nového akčného plánu EÚ na boj proti drogám (2009 – 2012).

V Európe sa rozvíja spolupráca medzi väznicami, zdravotníkmi a sociálnymi službami. Ako príklad tohto procesu slúži presun zodpovednosti zdravotnú situáciu vo väzniciach z národnej justície na zdravotnícke správy vo Francúzsku, Taliansku, Švédsku, Nórsku a Anglicku a Walese (plánuje sa aj v Škótsku), integrácia zdravotníckych inštitúcií pre komunity do multidisciplinárnych väzenských tímov v Luxembursku, Portugalsku, Slovinsku a Švédsku a nárast poskytovania intramurálnych služieb protidrogovými inštitúciami pre komunity, ktoré v súčasnosti existujú vo väčšine krajín.

Národné protidrogové stratégie a akčné plány často zahŕňajú ciele zamerané na starostlivosť vo väzniciach, napr. zlepšenie rovnocennosti, kvality a kontinuity väzenskej liečby a starostlivosti. Niektoré krajiny vypracovali pre väzenský systém špecifické stratégie. Španielsko a Luxembursko vykonávajú politiky väzenskej zdravotnej starostlivosti s preukázanou účinnosťou viac než desať rokov. Nedávno boli určení koordinátori protidrogovej politiky vo väzniciach v Belgicku a bola zriadená ústredná jednotka, kde väzenský personál a špecialisti v oblasti drog spolupracujú, aby nasmerovali väzňov po prepustení na liečenie. V maďarskej väzenskej službe bol v roku 2008 zriadený výbor pre drogové záležitosti. vykonávanie nových služieb sa riadi akčným

⁽³⁶⁾ Údaje o väzniciach v Európe sú dostupné z Rady Európy.

⁽³⁷⁾ Termín „väzeň“ sa vzťahuje na osoby vo vyšetrovacej väzbe aj na odsúdených.

⁽³⁸⁾ Zdroj: World prison brief pre mieru v USA a Rusku.

⁽³⁹⁾ Pozri tabuľky DUP-2 a DUP-105 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁴⁰⁾ Pozri tabuľku DUP-3 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁴¹⁾ Pozri tabuľku DUP-4 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁴²⁾ Ú. v. EÚ L 165, 3.7.2003, s. 31.

plánom protidrogovej politiky českej väzenskej služby na roky 2007 - 2009 a tento plán zahŕňa aj monitorovaciu a hodnotiacu zložku. V Spojenom kráľovstve sa v rámci protidrogovej stratégie na roky 2008 - 2011 Národnej služby pre riadenie práce s páchatelmi (National Offender Management Service (NOMS), 2009) snažia poskytovať včasné intervencie pre mladých ľudí a pomáhať páchatelom s problémami súvisiacimi so zneužívaním drog s cieľom znížiť škody spôsobené drogami a alkoholom.

Pomoc užívateľom drog vo väznici

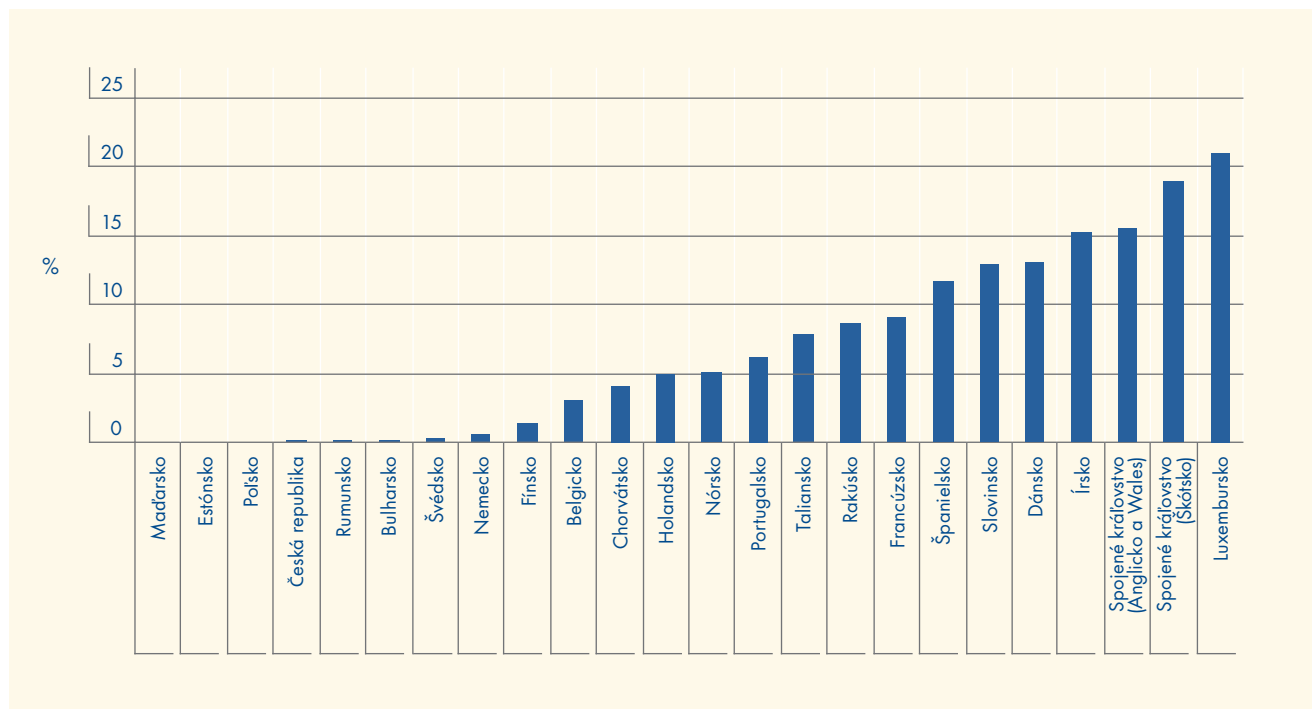
Väzni v Európe môžu mať prístup k celému radu služieb v súvislosti s užívaním drog a s tým súvisiacimi problémami. Patria k nim informovanie o drogách a zdraví, zdravotníckej starostlivosti v prípade infekčných chorôb, liečba drogovej závislosti, opatrenia na znižovanie škôd a príprava na prepustenie ⁽⁴³⁾.

Informácie a usmernenia týkajúce sa manažmentu infekčných chorôb vo väzniciach v posledných rokoch pripravujú medzinárodné organizácie. Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC) v spolupráci s WHO a UNAIDS publikovali rad informačných materiálov pre väzenské správy a iných riadiacich pracovníkov, v ktorých vysvetľujú,

ako vypracovať účinnú vnútroštátnu reakciu na HIV/AIDS vo väzenskom prostredí (UNODC, WHO a UNAIDS, 2006). V ďalšom dokumente sa poskytujú usmernenia k tomu ako vo väzenskom prostredí efektívnejšie poskytovať informácie týkajúce sa poradenstva o infekčných chorobách a testovaní a zlepšiť oznamovanie výsledkov väzňom (UNODC, UNAIDS a WHO, 2010).

Jasný súbor oblastí a noriem zdravotnej starostlivosti vo väzniciach bol stanovený v malom počte krajín vrátane Českej republiky, Španielska, Luxemburska a Spojeného kráľovstva a ďalšie krajiny prijímajú v tomto smere opatrenia. Niektoré krajiny v súčasnosti uvádzajú, že posudzujú dostupnosť a kvalitu zdravotníckej starostlivosti pre užívateľov drog vo väzniciach. Napríklad v Írsku sa v štúdiu identifikovala potreba zosúladiť kapacity farmaceutických služieb vo väzniciach s nárastom poskytovania substitučnej liečby (Irish Prison Service, 2009), zatiaľ čo vo Francúzsku nový dozorný orgán (Hlavný inšpektorát väznic a iných detenčných zariadení) našiel nedostatky vo väzenskej zdravotníckej starostlivosti a identifikoval riziká infekcie. Holandsko zaviedlo novú smernicu týkajúcu sa starostlivosti o zadržaných užívateľoch drog, v ktorej sa venuje osobitná pozornosť infekčným chorobám súvisiacim s drogami ⁽⁴⁴⁾. Kvalita

Obrázok 3: Podiel väzenskej populácie absolvujúcu substitučnú liečbu závislosti od opiátov



Poznámka: Uvedené sú údaje za všetky krajiny, v ktorých je vo väzniciach dostupná substitučná liečba, okrem Malty. Údaje sú za rok 2008 okrem Rakúska a Škótska (2007), Belgicka a Holandska (2009). Poznámky a zdroje sú uvedené v tabuľke HSR-9 v v štatistickej ročenke 2010.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽⁴³⁾ Pozri tabuľku HSR-7 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁴⁴⁾ Pozri Best practice portal.

väzenských služieb sa v niektorých krajinách zlepšuje aj investíciami do vzdelávania. V Belgicku sa všetkým zamestnancom väzníc poskytlo školenie o politikách týkajúcich sa alkoholu a drog vo väzniciach; väzenskí lekári v Chorvátsku boli vyškolení v oblasti substitučnej liečby a v rámci projektu pod vedením úradu UNODC sa poskytlo školenie o prevencii HIV a vzdelávania v oblasti drog lotyšským väzenským lekárom, sociálnym pracovníkom a psychológom, ktorí potom školili väzňov. Vo Fínsku je pre nové liečebné programy vo väzniciach potrebná akreditácia Inštitútom trestných sankcií.

Na základe nárastu substitučnej liečby závislosti od opiátov v spoločnosti, mnohé krajiny uvádzajú zvýšenie počtu klientov substitučnej liečby závislosti od opiátov, ktorí nastupujú do väzenia. Kontinuita starostlivosti je

v prípade substitučnej liečby obzvlášť dôležitá vzhľadom na vysoké miery úmrtí v dôsledku predávkovania po prepustení (EMCDDA, 2009a) a znižovanie rizík páchania trestných činov vykonaných na účely financovania užívania nezákonných drog. V roku 2008 sa umožnilo pokračovanie substitučnej liečby závislosti od opiátov vo väzniciach v Bulharsku, Estónsku a Rumunsku. Možnosť tejto liečby však ešte nie je dostupná vo väzniciach v krajinách ako Grécko, Cyprus, Litva, Lotyšsko, Slovensko a Turecko. V šiestich členských štátoch možno uviesť odhad, že viac než 10 % všetkých väzňov absolvuje substitučnú liečbu závislosti od opiátov, zatiaľ čo v ďalších ôsmich krajinách je zodpovedajúci podiel je 3 % a 10 % (obrázok 3). Vo väčšine krajín je „detoxifikácia“ ešte stále „štandardným“ spôsobom liečby užívateľov opiátov nastupujúcich do nápravných zariadení.



Kapitola 3

Kanabis

Úvod

Kanabis je nezákonnou drogou, ktorá je v Európe široko dostupná, tak z dovozu, ako aj z domácej produkcie. Vo väčšine krajín sa užívanie kanabisu zvýšilo počas deväťdesiatych rokov minulého a začiatkom tohto storočia, aj keď medzi krajinami stále pretrvávajú podstatné rozdiely. V posledných niekoľkých rokoch sme takisto svedkami zvyšovania porozumenia, pokiaľ ide o vplyvy dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy na zdravie obyvateľstva, a zvyšuje sa uvádzaná úroveň dopytu po liečbe problémov súvisiacich s kanabisom. Je možné, že Európa v súčasnosti prechádza do novej fázy, keďže údaje zo strany celkovej populácie a z prieskumov na školách poukazujú na stabilizáciu alebo dokonca klesajúci trend. Úroveň užívania zostávajú podľa historických úrovní vysoké, ale v európskych diskusiách 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 voľne rastie v mnohých častiach sveta. V súčasnosti sa

odhaduje, že kanabis sa pestuje v 172 krajinách a územiach (UNODC, 2009). Na základe týchto skutočností celkovo vyplýva, 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 je pestovanie kanabisu rozšírené a podľa všetkého rastie. V roku 2008 uviedlo 29 európskych krajín informácie o domácom pestovaní kanabisu, aj keď sa ukazuje, že rozsah a charakter tohto javu je veľmi premenlivý. Významný podiel kanabisu používaného v Európe je však pravdepodobne výsledkom vnútroregionálneho nezákonného obchodovania.

Trávový kanabis sa do Európy tiež dováža, najčastejšie z Afriky (napr. Nigéria, Kapverdy, Južná Afrika) a menej často z amerického kontinentu, hlavne z Karibských ostrovov, Stredného východu (Libanon) a Ázie (Thajsko). V poslednej správe sa ako zdroje uvádza aj Albánsko, Bývalá juhoslovanská republika Macedónsko, Moldavsko, Čierna hora a Srbsko (INCB, 2010b).

Celosvetová produkcia kanabisovej živice v roku 2008 sa odhaduje na 2 200 až 9 900 ton (UNODC, 2009), pričom ako hlavní producenti sa uvádzajú Afganistan

Tabuľka 2: Výroba, záchyty, 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 množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	1 637	6 563
Zachytené množstvo (v tonách)		
EÚ a Nórsko	892	60
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(900)	(92)
Počet záchytov		
EÚ a Nórsko	367 400	273 800
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(368 700)	(288 600)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)		
Rozpätie	3 – 10	3 – 16
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽¹⁾	(6 – 9)	(5 – 9)
Priemerná účinnosť (obsah THC %)		
Rozsah	3 – 16	1 – 10
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽¹⁾	(6 – 10)	(5 – 8)

⁽¹⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených priemerných cien.

Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2008

Zdroje: UNODC (2009, 2010b) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

a Maroko. Z najnovšieho prieskumu vyplýva, že najväčším producentom kanabisovej živice teraz môže byť Afganistan, ktorého produkcia sa odhaduje na 1 500 až 3 500 ton ročne (UNODC, 2010a). Z posledného odhadu dostupného za Maroko vyplýva, že produkcia kanabisovej živice v roku 2005 dosahovala okolo 1 000 ton (UNODC a vláda Maroka, 2007). Aj keď určitá časť kanabisovej živice vyrábanej v Afganistane sa predáva v Európe, je pravdepodobné, že Maroko bude aj naďalej hlavným dodávateľom tejto drogy do Európy. Kanabisová živica z Maroka sa do Európy pašuje obvykle cez Pyrenejský polostrov a Holandsko.

Záchyty

Odhaduje sa, že v roku 2008 sa na celom svete zabavilo 6 563 ton trávového kanabisu a 1 637 ton kanabisovej živice (tabuľka 2), čo znamená asi 17 % celkové zvýšenie oproti predchádzajúcemu roku. Severná Amerika vykazuje aj naďalej najväčší podiel zachyteného kanabisu (48 %), pričom najväčšie množstvá zachytenej živice sa sústreďujú v západnej a strednej Európe (57 %).

Odhaduje sa, že v Európe sa v roku 2008 uskutočnilo 289 000 záchytov trávového kanabisu v objeme 92 ton⁽⁴⁵⁾. Počet záchytov sa dvaapokrát zvýšil od roku 2003 do 2008. Množstvo zadržaného trávového kanabisu okrem rokov 2004 – 2005, keď poklesol na asi 65 ton, zostáva od roku 2003 na pomerne stabilnej úrovni niečo vyše 90 ton⁽⁴⁶⁾. Spojené kráľovstvo zodpovedá v rokoch 2005 – 2007 približne za polovicu celkového počtu záchytov v objeme 20 ton a viac za rok. Rekordné záchyty v roku 2008 uviedli Turecko (31 ton) a Nemecko (9 ton).

Záchyty kanabisovej živice v Európe prevýšili záchyty trávového kanabisu tak z hľadiska počtu, ako aj zachyteného množstva⁽⁴⁷⁾. V roku 2008 sa uskutočnilo

približne 369 000 záchytov kanabisovej živice, výsledkom čoho bolo zachytenie 900 ton drogy, takmer desaťnásobku množstva zachyteného trávového kanabisu. Od roku 2003 do 2008 sa počet záchytov kanabisovej živice postupne zvyšoval, pričom zachytený objem sa po počítačnom poklese začal od roku 2006 zvyšovať. V roku 2008 okolo polovice celkového objemu záchytov kanabisovej živice a tri štvrtiny zachyteného objemu naďalej uvádzalo Španielsko, zatiaľ čo rekordné objemy kanabisovej živice zadržalo Francúzsko (71 ton), Portugalsko (61 ton) a Taliansko (34 ton).

Záchyty kanabisových rastlín sa od roku 2003 zvyšovali až po 19 000 prípadov v roku 2008. Krajiny uvádzajú zachytené množstvo buď ako počet rastlín, alebo ako odhad hmotnosti. Počet zachytených rastlín sa zvýšil z 1,7 milióna v roku 2003 na 2,6 milióna v roku 2007 pred poklesom na 1,2 milióna v roku 2008⁽⁴⁸⁾. Hmotnosť zachytených rastlín sa počas tohto obdobia zvýšila 4,5-krát na 43 ton v roku 2008, z čoho Španielsko uviedlo 24 ton a Bulharsko 15 ton.

Účinnosť a cena

Účinnosť kanabisových výrobkov je určená ich obsahom delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej účinnej zložky. Účinnosť kanabisu sa výrazne odlišuje medzi krajinami a v rámci jednotlivých krajín a medzi rôznymi kanabisovými výrobkami. 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 2008 bol oznámený priemerný obsah THC kanabisovej živice v rozpätí od 3 % do 16 %. Priemerná účinnosť trávového kanabisu (podľa možnosti s vylúčením sinsemilly – formy trávového kanabisu s vyššou účinnosťou) bola v rozsahu od 1 % do 10 %. Priemernú účinnosť sinsemilly uviedli len niektoré krajiny: vždy bola vyššia ako u dovezeného trávového kanabisu a bola v rozsahu od 12 % v Nórsku do niečo nad 16 % v Holandsku a Spojenom kráľovstve. Počas obdobia od roku 2003 – 2008 bola priemerná účinnosť kanabisovej živice rôzna v 11 krajinách, ktoré uviedli dostačujúce údaje, pričom účinnosť trávového kanabisu sa zvýšila v šiestich a klesla v štyroch krajinách, ktoré podali správu. Informácie o účinnosti miestne vyprodukovaného trávového kanabisu za viaceré roky sú k dispozícii len za Holandsko,

Prehľad EMCCDA: Výroba kanabisu a trhy s kanabisom v Európe

Nový „Prehľad“ o výrobe kanabisu a trhoch s kanabisom EMCCDA uverejní v roku 2011. Správa bude zameraná na ponuku kanabisových výrobkov v európskych krajinách a bude sa v nej skúmať typ dostupných výrobkov, ich pôvod, ich príslušné trhové podiely a ďalšie aspekty týkajúce sa distribučných a trhových štruktúr. Pestovaniu kanabisu v rámci Európy, ktoré sa pozoruje v posledných rokoch, sa bude venovať osobitná pozornosť.

⁽⁴⁵⁾ Údaje o zachytení drog v Európe uvedené v tejto kapitole možno nájsť v tabuľkách SZR-1 až SZR-6 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁴⁶⁾ Toto je predbežná analýza, pretože dosiaľ nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo za rok 2008.

⁽⁴⁷⁾ V dôsledku rozdielov vo veľkosti prepravovaného nákladu a prekonaných vzdialeností, ako aj potrebe prekročiť medzinárodné hranice kanabisová živica môže byť vystavená väčšiemu riziku zachytenia ako doma vyprodukovaný trávový kanabis.

⁽⁴⁸⁾ Analýza nezahŕňa záchyty, ktoré uviedlo Turecko, 31 miliónov kanabisových rastlín v roku 2003 a 20 miliónov rastlín v roku 2004, pretože údaje o zachytených množstvách nie sú za ďalšie roky dostupné.

kde sa nedávno pozoroval pokles priemernej účinnosti „nederwietu“ z najvyššej hodnoty 20 % v roku 2004 na 16 % v roku 2007 a 2008 ⁽⁴⁹⁾.

Priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice sa pohybovala v roku 2008 v rozpätí od 3 EUR do 10 EUR za gram v 17 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom 12 z nich uviedlo hodnoty od 6 EUR do 9 EUR. Priemerná maloobchodná cena trávového kanabisu sa pohybovala v rozpätí od 3 EUR do 16 EUR za gram v 16 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom desať z nich uviedlo ceny pohybujúce sa od 5 EUR do 9 EUR. V prípade kanabisovej živice priemerná maloobchodná cena klesla alebo zostala stabilná vo všetkých krajinách s údajmi, ktoré sa vzťahovali na obdobie rokov 2003 – 2008 okrem Belgicka a Rakúska, kde sa zvýšila. V rovnakom období údaje dostupné za trávový kanabis poukazujú na stabilné alebo rastúce ceny v Európe, s klesajúcim trendom uvedeným v Maďarsku a Turecku.

Príjmy a zisky z nezákonného pestovania kanabisu

Z odhadov polície vyplýva, že kanabisové rastliny zachytené v roku 2008 by bolo možné predáť za 70 miliónov EUR v Belgicku a za 76 miliónov EUR v Spojenom kráľovstve (NPIA, 2009) a zisk z veľkoobchodného predaja v Nemecku by bol od 36 miliónov EUR do 1 milióna. Celkový výnos z nezákonnej komerčnej produkcie kanabisu sa však ťažko odhaduje, pretože tieto údaje sa týkajú len zachytených rastlín kanabisu. Na odhade ziskov je potrebné zohľadniť niekoľko ďalších premenných.

Príjem zabezpečený na základe nezákonnej komerčnej produkcie kanabisu závisí od niekoľkých faktorov vrátane: veľkosti plantáže, počtu rastlín, priemerného výťažku na rastlinu a počtu zberov za rok. Vysoká hustota rastlín a časté zbery vo všeobecnosti znižujú výťažok z každej rastliny. Získaný výnos závisí aj od toho, či sa zber predáva na maloobchodných alebo veľkoobchodných trhoch, pretože na maloobchodných trhoch ceny bývajú vyššie.

Náklady spojené s nezákonnou komerčnou produkciou kanabisu na plantážach v interiéri zahŕňajú: priestory, osivo alebo sadobný materiál, pôdu alebo minerálnu vlnu, živiny, svetlá a čerpadlá, nástroje, ventiláciu a prácu. Elektrická energia, ak sa nezískava nezákonným spôsobom, tvorí hlavnú zložku výrobných nákladov.

Na výpočet príjmov a zisku z nezákonných plantáží vypracovali holandské orgány činné v trestnom konaní technické normy, ktoré pravidelne aktualizujú. Nové metodiky sa pripravujú aj v Belgicku a Spojenom kráľovstve.

Prevalencia a formy užívania

Prevalencia a formy užívania kanabisu v rámci celkovej populácie

Podľa konzervatívneho odhadu kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac než 75,5 miliónov Európanov, čo je viac než pätina všetkých osôb vo veku 15 až 64 rokov (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 %.

Odhaduje sa, že v minulom roku užilo kanabis okolo 23 miliónov Európanov, alebo v priemere 6,8 % osôb vo veku 15 – 64 rokov. Odhady prevalencie v minulom mesiaci budú zahŕňať tých, ktorí užívajú drogu pravidelnejšie, aj keď nemusia každodenne alebo intenzívne. Odhaduje sa, že približne 12,5 miliónov Európanov užilo drogu v minulom mesiaci, v priemere približne 3,7 % všetkých osôb vo veku 15 – 64 rokov.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu sa zväčša sústreďuje medzi mladými ľuďmi (vo veku 15 – 34 rokov), pričom najvyššie úrovne prevalencie za minulý rok sa vo všeobecnosti uvádzajú medzi osobami vo veku 15 – 24 rokov. Je tomu tak v prípade všetkých krajín, ktoré poskytli správy, s výnimkou Portugalska ⁽⁵⁰⁾.

Údaje z prieskumov medzi obyvateľstvom naznačujú, že kanabis užilo aspoň raz v priemere 31,6 % mladých dospelých Európanov, pričom 12,6 % z nich užilo drogu v minulom roku a 6,9 % v minulom mesiaci. Odhaduje sa, že ešte vyšší podiel Európanov vo vekovej skupine 15 až 24 rokov užilo kanabis v minulom roku (16 %) alebo v minulom mesiaci (8,4 %). Národné odhady prevalencie užívania kanabisu sa medzi krajinami značne líšia vo všetkých stanoveniach prevalencie. Napríklad odhady prevalencie užívania v minulom roku medzi mladými dospelými v krajinách vo vrchnej časti stupnice sú 30-krát vyššie než v krajinách s najnižšou prevalenciou.

Užívanie kanabisu je vo všeobecnosti vyššie medzi mladými mužmi než medzi mladými ženami, napríklad pomer mužov k ženám medzi mladými dospelými uvádzajúcimi užívanie kanabisu v minulom roku sa pohybuje od 6,4:1 v Portugalsku po 1,4:1 v Bulharsku ⁽⁵¹⁾.

Užívanie kanabisu je obzvlášť vysoké v prípade určitých skupín mladých ľudí, ktorí napríklad často navštevujú nočné kluby, pohostinstvá a hudobné podujatia (Hoare,

⁽⁴⁹⁾ Pozri tabuľky PPP-1 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2010 o údajoch o účinnosti a cene.

⁽⁵⁰⁾ Pozri obrázok GPS-1 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁵¹⁾ Pozri tabuľku GPS-4 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

Tabuľka 3: Prevalencia užívania kanabisu v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov			
Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	75,5 miliónov	23 miliónov	12,5 miliónov
Priemer v Európe	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Rozsah	1,5 – 38,6 %	0,4 – 15,2 %	0,1 – 8,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (1,5 %) Malta (3,5 %) Cyprus (6,6 %) Bulharsko (7,3 %)	Rumunsko (0,4 %) Malta (0,8 %) Grécko (1,7 %) Švédsko (1,9 %)	Rumunsko (0,1 %) Malta, Švédsko (0,5 %) Grécko, Poľsko (0,9 %) Litva, Maďarsko (1,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (38,6 %), Česká republika (34,2 %), Taliansko (32,0 %), Spojené kráľovstvo (31,1 %)	Česká republika (15,2 %) Taliansko (14,3 %) Španielsko (10,1 %) Francúzsko (8,6 %)	Česká republika (8,5 %) Španielsko (7,1 %) Taliansko (6,9 %) Francúzsko (4,8 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	42 miliónov	17 miliónov	9,5 miliónov
Priemer v Európe	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Rozsah	2,9 – 53,3 %	0,9 – 53,3 %	0,3 – 16,7 %
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 (1,0 %) Grécko (1,5 %) Poľsko (1,9 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (53,3 %) Dánsko (48,0 %) Francúzsko (43,6 %) Spojené kráľovstvo (40,5 %)	Česká republika (28,2 %) Taliansko (20,3 %) Španielsko (18,8 %) Francúzsko (16,7 %)	Česká republika (16,7 %) Španielsko (13,4 %) Taliansko (9,9 %) Francúzsko (9,8 %)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	19,5 miliónov	10 miliónov	5,5 miliónov
Priemer v Európe	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Rozsah	3,7 – 58,6 %	1,5 – 37,3 %	0,5 – 22,4 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (3,7 %) Malta (4,9 %) Cyprus (6,9 %) Grécko (9,0 %)	Rumunsko (1,5 %) Grécko, Cyprus (3,6 %) Švédsko (4,9 %) Portugalsko (6,6 %)	Rumunsko (0,5 %) Grécko, Švédsko (1,2 %) Cyprus (2,0 %) Poľsko (2,5 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (58,6 %) Francúzsko (42,0 %) Dánsko (41,1 %) Nemecko (39,0 %)	Česká republika (37,3 %) Španielsko (24,1 %) Taliansko (22,3 %) Francúzsko (21,7 %)	Česká republika (22,4 %) Španielsko (16,9 %) Francúzsko (12,7 %) Taliansko (11,0 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008/2009 (hlavne v období rokov 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 v rámci celkovej populácie“ v štatistickej ročenke 2010.</p>			

2009). Z cieľných prieskumov, ktoré sa nedávno uskutočnili v podnikoch s elektronickou hudbou v Českej republike, Rakúsku a Spojenom kráľovstve, vyplynulo, že viac ako 80 % respondentov už niekedy užilo kanabis, čo je oveľa väčší podiel než európsky priemer medzi mladými dospelými (Measham a Moore, 2009).

Užívanie kanabisu medzi školákmi

Prieskum ESPAD poskytuje každé 4 roky 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. Okrem toho v roku 2008 národné školské prieskumy uskutočnili Španielsko, Taliansko, Švédsko a Spojené kráľovstvo a Belgicko (flámska komunita) uskutočnili regionálny školský prieskum.

Údaje z ESPAD z roku 2007 a 2008 ukazujú, že najvyššia celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi 15 až 16-ročnými školákmi je v Českej republike (45 %), 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. Rozdiel medzi pohlaviami v užívaní kanabisu je menej výrazný medzi školákmi ako medzi mladými dospelými. Pomer mužov a žien medzi školákmi sa pohybuje od takmer zhody v Španielsku a Spojenom kráľovstve po 2:1 alebo viac na Cypre, v Grécku, Poľsku a Rumunsku (⁵²).

Medzinárodné porovnania

Európske údaje je možné porovnať s údajmi z iných častí sveta. Napríklad v Kanade (2008) je celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými na úrovni 53,8 % a minuloročná prevalencia 24,1 %. V USA podľa odhadu SAMHSA (2008) bola celoživotná prevalencia užívania kanabisu 49 % (16 - 34 rokov, prepočítané centrom EMCDDA) a minuloročná prevalencia vo výške 21,5 %, zatiaľ čo v Austrálii (2007) to bolo 47 % a 16 % v prípade 14- až 39-ročných. Všetky tieto hodnoty sú vyššie ako európske priemery, ktoré sú 31,6 %, resp. 12,6 %.

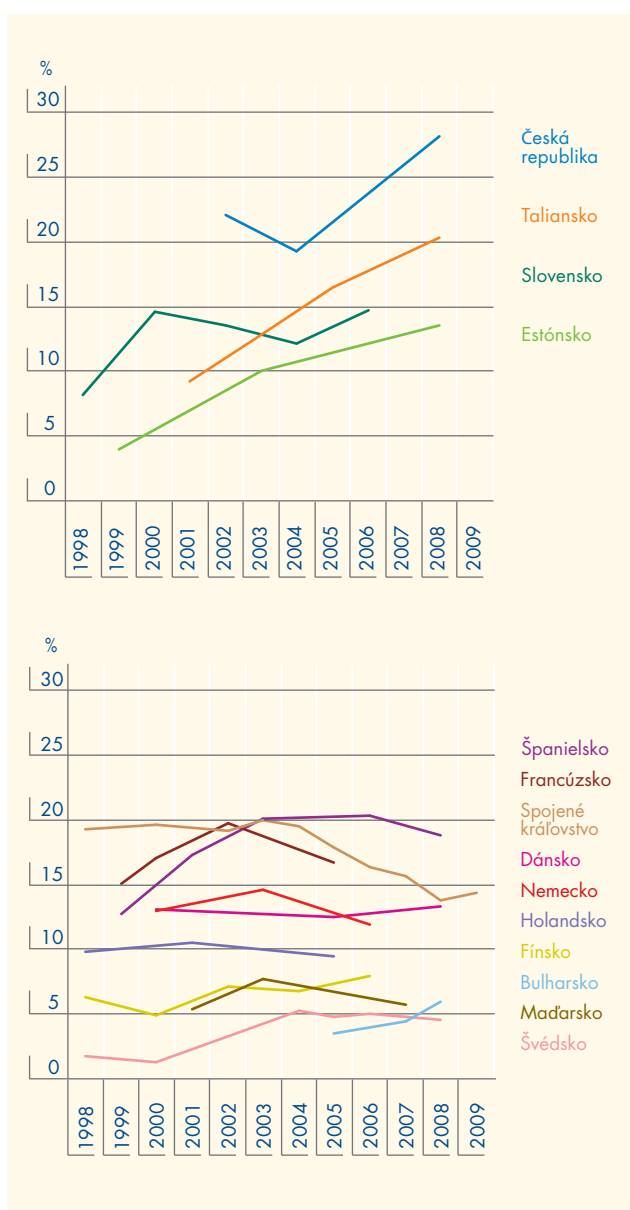
Len Česká republika, Španielsko, Francúzsko a Slovensko uvádzajú úrovne celoživotnej prevalencie užívania kanabisu medzi školákmi, ktoré sú porovnateľné s údajmi, ktoré uviedli USA a Austrália (⁵³).

Trendy v užívaní kanabisu

V období rokov 1998 až 2008 sa v prípade 15 krajín, ktoré vedeli predložiť dostatočné údaje, dali pozorovať tri hlavné trendy v užívaní kanabisu medzi dospelými (obrázok 4). Päť krajín (Bulharsko, Grécko, Maďarsko, Fínsko, Švédsko) uviedli nízku (pod 9 %) a pomerne stabilnú úroveň prevalencie za posledný rok užívania kanabisu medzi mladými dospelými. Šesť krajín (Dánsko, Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo) uviedli vyššie úrovne prevalencie, ale na stabilnej alebo klesajúcej úrovni v posledných rokoch. Štyri ďalšie krajiny (Česká republika, Estónsko, Taliansko, Slovensko) tiež uviedli vyššie úrovne užívania kanabisu medzi mladými dospelými, ale s rastúcimi trendmi v posledných rokoch.

Pri pohľade na novšie trendy užívania kanabisu medzi mladými dospelými z 12 krajín s opakovanými prieskumami počas obdobia 2003 – 2008, väčšina uvádza stabilnú situáciu (Dánsko, Nemecko, Španielsko, Maďarsko, Švédsko, Fínsko, Spojené kráľovstvo). Päť krajín uvádza zvýšené užívanie kanabisu v tomto období minimálne o dva percentuálne body v Bulharsku, Estónsku a na Slovensku a okolo osem percentuálnych bodov v Českej republike a Taliansku.

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



Poznámka: Ďalšie informácie sa uvádzajú v obrázku GPS-4 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroje: Národné správy siete Reitox (2009) prevzaté z prieskumov v rámci populácie, správ alebo vedeckých článkov

(⁵²) Pozri tabuľku EYE-20 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2010.

(⁵³) Pozri obrázok EYE-1 (časť xii) v štatistickej ročenke 2010.

V rámci celej Európy sa v období 1995 až 2007 zistilo podobné zloženie v časových trendoch užívania kanabisu medzi školákmi (EMCDDA, 2009a). Sedem krajín, ktoré sa nachádzajú hlavne v severnej a južnej Európe (Grécko, Cyprus, Malta, Rumunsko, Fínsko, Švédsko, Nórsko), uvádza 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 a dve stabilnú situáciu. Tento obraz je iný vo väčšine krajín strednej a východnej Európy, kde sa ukazuje, že stúpajúci trend, ktorý sa pozoroval od roku 1995 do 2003, sa začína stabilizovať. V tomto regióne šesť krajín uvádza stabilnú situáciu a dve uvádzajú nárast od roku 2003 do 2007.

Tri krajiny, ktoré uskutočnili prieskumy na školách v roku 2008 (belgicko-flámska komunita, Švédsko a Spojené kráľovstvo), uvádzajú stabilnú alebo nižšiu celoživotnú prevalenciu užívania kanabisu, ako uviedli v roku 2007, zatiaľ čo Španielsko uvádza pokles o viac než tri percentuálne body. Údaje z prieskumov v školách v USA a Austrálii tiež vykazujú klesajúci trend, ktorý bol po prvýkrát pozorovaný v Austrálii v roku 1999⁽⁵⁴⁾.

Formy užívania kanabisu

Dostupné údaje poukazujú na rôznorodé formy užívania kanabisu, počnúc od experimentálneho užívania až po závislosť. Mnohí jednotlivci užívajú túto látku len jeden alebo dvakrát, iní ju užívajú príležitostne alebo nejaký čas. Spomedzi 15 - 64-ročných, ktorí aspoň raz užili kanabis, 30 % tak urobilo v priebehu minulého roka⁽⁵⁵⁾. Spomedzi osôb, ktoré túto drogu užili za posledný rok, asi polovica tak urobila za posledný mesiac.

Z údajov zo vzorky 13 európskych krajín vzťahujúce sa na 77 % dospeléj populácie Európskej únie a Nórska vyplýva, že približne z 12,5 milióna Európanov, ktorí v poslednom mesiaci užívali kanabis, asi 40 % mohli užívať drogu 1 - 3 dni počas tohto mesiaca, asi jedna tretina 4 - 19 dní a jedna štvrtina 20 dní alebo viac. Na základe týchto údajov možno odhadovať, 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⁽⁵⁶⁾. Každodenné alebo

takmer každodenné užívanie kanabisu je asi štyrikrát častejšie u mužov než u žien.

Desať európskych krajín, ktoré poskytli údaje pre štúdiu ESPAD medzi 15- až 16-ročnými školákmi, uvádza, že pomerne vysoké percentuálne podiely (5 - 12 %) chlapcov užilo kanabis 40 alebo viackrát. Tento podiel bol minimálne dvojnásobný ako u dievčat. Väčšina týchto krajín tiež uviedla, že 5 % až 9 % respondentov začalo užívať kanabis vo veku 13 rokov alebo menej. Táto skupina vyvoláva obavy, pretože včasný začiatok užívania sa neskôr spája s vývojom intenzívnych a problematických foriem užívania drog.

Závislosť sa čoraz častejšie považuje za možný dôsledok pravidelného užívania kanabisu, dokonca aj medzi

Rizikové faktory začatia užívania a závislosti od kanabisu

Výskumníci sa snažia zistiť, prečo sa niektorí užívatelia kanabisu stanú závislými a prečo iní nie. Jedným zo zistení je, že faktory vedúce k začatiu užívania kanabisu bývajú často odlišné od faktorov, ktoré vedú k problematickému užívaniu a závislosti od kanabisu. Niektoré externé faktory (užívanie drog rovesníkmi a dostupnosť kanabisu) a faktory týkajúce sa jednotlivca (napr. kladný postoj k budúcemu užívaniu drog) sa špecificky spájajú so začatím užívania kanabisu (Von Sydow a kol., 2002). Niektoré iné faktory sa s rozličnou silou spájajú tak so začatím užívania kanabisu, ako aj so závislosťou od kanabisu. Patria k nim genetické faktory (Agrawal a Lynskey, 2006), individuálne faktory, napr. mužské pohlavie, poruchy duševného zdravia a užívanie iných látok (alkoholu, tabaku a iných). Rodinné faktory, napr. zlé vzťahy s matkou a vyrastanie bez oboch rodičov, sa tiež spájajú so začatím užívania kanabisu, zatiaľ čo rozvod rodičov alebo odlúčenie a smrť rodiča pred dosiahnutím veku 15 rokov sa spájajú so závislosťou od kanabisu (Coffey a kol., 2003; Swift a kol., 2008; Von Sydow, 2002).

Faktory, ktoré sa špecificky spájajú s progresiou k závislosti zahŕňajú intenzívne alebo rizikové formy užívania kanabisu, trvalé užívanie a skorý začiatok. U osôb, ktoré mali príjemné zážitky (napr. pocit šťastia, smiech) v prípade skorého užívania kanabisu (vo veku 14 - 16 rokov), dochádzalo k zvýšenému riziku závislosti od kanabisu v neskoršom veku. S progresiou k závislosti sa spájajú aj rôzne psychické faktory a faktory duševného zdravia (vrátane nízkeho sebavedomia, slabšej sebakontroly a schopností zvládať ťažkosti) a sociálno-ekonomické faktory (vrátane nízkeho sociálno-ekonomického postavenia a zlej finančnej situácie) (Coffey a kol., 2003; Fergusson a kol., 2003; Swift a kol., 2008; Von Sydow, 2002).

⁽⁵⁴⁾ Pozri obrázok EYE-1 (časť xii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁵⁵⁾ Pozri obrázok GPS-2 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁵⁶⁾ Európske priemery predstavujú odhad založený na váženom priemere (pre populáciu) pre krajiny, ktoré majú informácie a sú imputované krajinám, ktoré nemajú informácie. Získané číselné údaje predstavujú 1,2 % za všetkých dospelých (15 - 64 rokov) a 2,3 % za mladých dospelých (15 - 34 rokov). Pozri tabuľku GPS-10 v štatistickej ročenke 2010.

mladými užívateľmi⁽⁵⁷⁾. Závažnosť a dôsledky závislosti od kanabisu sa môžu javiť ako menej vážne, ako je tomu v prípade niektorých iných psychoaktívnych látok (napr. heroín alebo kokaín). Vývoj závislosti od kanabisu by mohol byť tiež pozvoľnejší, než je tomu v prípade niektorých iných drog (Wagner a Anthony, 2002). Boli poskytnuté informácie, že polovica závislých užívateľov kanabisu, ktorí prestali užívať drogu, to zvládla bez liečby (Cunningham, 2000). Niektorí užívatelia kanabisu predsa len – predovšetkým silní užívatelia – môžu mať problémy, aj keď nemusia nevyhnutne spĺňať klinické kritériá pre závislosť⁽⁵⁸⁾.

Užívanie kanabisu súvisí s príslušnosťou k zraniteľnej alebo spoločensky znevýhodnenej skupine, napr. s predčasne ukončenou školskou dochádzkou, k „záškolákom“, deťom v ústavoch sociálnej starostlivosti, mladým páchatelom a mladým ľuďom, ktorí žijú v chudobných štvrtiach (EMCDDA, 2008c). Môže sa spájať aj s užívaním iných látok. Napríklad v prípade mladých dospelých (vo veku 15 až 34 rokov), ktorí uviedli časté užívanie alkoholu alebo ťažkú závislosť od alkoholu v minulom roku, bola dva- až šesťkrát väčšia pravdepodobnosť, že uvedú užívanie kanabisu v porovnaní s celkovou populáciou. A aj keď väčšina užívateľov kanabisu nepoužíva iné nezákonné drogy, je u nich väčšia pravdepodobnosť, že tak urobia, ako je tomu v prípade celkovej populácie. Mladiství užívatelia kanabisu uvádzajú aj dva- až trikrát vyššiu prevalenciu fajčenia tabaku v porovnaní s celkovou školskou populáciou vo veku 15 až 16 rokov.

Niektorí užívatelia kanabisu zapojení do rizikovejších foriem užívania, napr. užívania kanabisu s veľmi vysokým obsahom THC alebo vo väčších množstvách a inhalácie z vodnej fajky („bong“) namiesto „jointa“. Títo užívatelia spravidla uvádzajú viac zdravotných problémov vrátane závislosti (Chabrol a kol., 2003; Swift a kol., 1998).

Liečba

Dopyt po liečbe

Kanabis bol primárnou drogou v prípade asi 21 % všetkých nástupov na liečbu (okolo 85 000 klientov) podľa informácií z 27 krajín v roku 2008, čím sa stal druhou najčastejšie uvádzanou drogou po heroíne. Primárni užívatelia kanabisu tvoria menej ako 5 % nastupujúcich na ambulatnú liečbu v Bulharsku, Estónsku, Litve, Luxemburgu a Slovinsku a viac ako 30 % v Dánsku, Nemecku, vo Francúzsku, v Maďarsku a Holandsku, pričom väčšina

klientov užívajúcich kanabis nastúpila na liečenie v ambulantných zariadeniach⁽⁵⁹⁾.

Tieto rozdiely sa dajú vysvetliť prevalenciou užívania kanabisu a iných drog, potrebami protidrogovej liečby, poskytovaním a organizáciou liečby alebo postupmi odosielania na liečbu. V jednej z dvoch krajín s najväčším podielom kanabisových klientov sa poradenské centrá zameriavajú na mladých užívateľov drog (Francúzsko), zatiaľ čo v druhej (Maďarsko) sa páchatelom užívajúcim kanabis ponúka protidrogová liečba ako alternatíva namiesto trestu. V oboch týchto krajinách zohráva systém trestného súdnictva 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. Niektorí užívatelia by mohli nastúpiť na protidrogovú liečbu na základe iných podmienok, napríklad psychických zdravotných problémov a na základe toho, že nevedia nájsť vhodnú liečbu inde (Zachrisson a kol., 2006).

Mnohí klienti užívajúci kanabis uvádzajú užívanie alkoholu alebo iných drog. Na základe údajov zhromaždených v 14 krajinách 65 % z nich berie inú drogu, väčšinou alkohol alebo kokaín, a niektorí uvádzajú aj alkohol, aj kokaín (EMCDDA, 2009d). Kanabis uvádza ako sekundárnu drogu 24 % všetkých ambulantných klientov užívajúcich drogy⁽⁶⁰⁾.

Trendy v nových dopytoch po protidrogovej liečbe

V 18 krajinách, pre ktoré sú dostupné údaje, sa počet primárnych užívateľov kanabisu spomedzi tých, ktorí nastupujú na liečbu po prvýkrát, zvýšil od roku 2003 do 2007 približne z 23 000 na 35 000 pred miernym poklesom na asi 33 000 v roku 2008. Počnúc rokmi 2005 a 2006 uvádza 13 krajín pokles nových klientov užívajúcich kanabis⁽⁶¹⁾. Mohlo by to odrážať súčasné trendy v užívaní kanabisu, ale môže to súvisieť aj s nasýtením kapacity služieb alebo využívaním iných služieb (napr. primárnej zdravotnej starostlivosti a starostlivosti 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 5:1 a priemerný vek je 25 rokov. Spomedzi užívateľov drog, ktorí nastupujú na ambulatnú liečbu po prvýkrát, 69 % 15 - 19-ročných uvádza

⁽⁵⁷⁾ Pozri rámček „Rizikové faktory začatia užívania kanabisu a závislosti na ňom“.

⁽⁵⁸⁾ Pozri rámček „Nežiaduce účinky užívania kanabisu na zdravie“.

⁽⁵⁹⁾ Pozri obrázok TDI-2 (časť ii) a tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-24 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁶⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-22 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁶¹⁾ Pozri obrázok TDI-1 a tabuľku TDI-3 (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

primárne užívanie kanabisu a 83 % spomedzi tých, ktorí sú mladší ako 15 rokov ⁽⁶²⁾.

Celkovo 22 % primárnych užívateľov kanabisu, ktorí nastupujú na ambulantnú liečbu, sú príležitostnými užívateľmi (alebo neužívali drogu mesiac pred nástupom liečby), často ich môže poslať liečbu systém trestného súdnictva, 11 % užíva kanabis raz týždenne alebo menej často, okolo 17 % ho užíva 2-6-krát do týždňa a 50 % sú každodenní užívatelia, 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 v Belgicku, Bulharsku, Dánsku, Írsku, Španielsku, Francúzsku, na Malte a v Holandsku viac než 50 % sú každodenní užívatelia ⁽⁶³⁾.

Nežiaduce účinky užívania kanabisu na zdravie

Nežiaducimi účinkami spojenými s užívaním kanabisu sa zaoberali niektoré nedávne prehľady (EMCDDA, 2008a; Hall a Degenhardt, 2009). Patria k nim akútne účinky, napr. úzkosť, panická reakcia a psychotické symptómy, ktoré často uvádzajú začínajúci užívatelia. V niekoľkých krajinách, ktoré ich monitorujú, značný počet akútnych prípadov súvisiacich s drogami nachádzajúcich sa v nemocniciach súvisí s týmito akútnymi účinkami. Ukazuje sa tiež, že užívanie kanabisu zvyšuje dva- až trikrát riziko účasti na dopravnej nehode (EMCDDA, 2008b).

Užívanie kanabisu môže tiež mať chronické účinky, ktoré možno priamo spájať s formami užívania (frekvencia a množstvo). Patria k nim závislosť od kanabisu, ale aj chronická bronchitída a iné respiračné choroby. Užívanie kanabisu počas gravidity môže spôsobiť nízku pôrodnú hmotnosť, podľa všetkého však nespôsobuje vrodené chyby. Spájanie užívania kanabisu s depresiou a samovraždami je stále neurčité.

Vplyv kanabisu na kognitívne schopnosti a reverzibilitu je naďalej neznámy. Pravidelné užívanie kanabisu počas dopievania môže nepriaznivo ovplyvniť duševné zdravie mladých dospelých a existujú dôkazy o zvýšenom riziku psychotických symptómov a porúch, ktoré sa častým užívaním zvyšujú (Hall a Degenhardt, 2009; Moore a kol., 2007).

Zatiaľ čo individuálne riziko súvisiace s užívaním kanabisu je podľa všetkého nižšie ako v prípade heroínu alebo kokaínu, zdravotné problémy existujú a v dôsledku vysokej prevalencie užívania môže mať kanabis značný vplyv na verejné zdravotníctvo. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať užívaniu kanabisu v prípade dospievajúcich a osôb s problémami duševného zdravia. Časté užívanie kanabisu, užívanie počas dlhých období, počas šoférovania alebo vykonávania potenciálne nebezpečných aktivít vyvoláva iné obavy.

Poskytovanie liečby

Liečba závislosti od kanabisu v Európe zahŕňa široký rozsah opatrení vrátane liečby cez internet, poradenstva, štruktúrovaných psychosociálnych intervencií a liečby v pobytových zariadeniach. V tejto oblasti dochádza aj k častému prekrývaniu medzi selektívnou prevenciou, znižovaním škôd a intervenciami v oblasti liečby (pozri kapitolu 2).

Vo Francúzsku sieť poradenských centier pre mládež, známych tiež ako kanabisové kliniky, poskytuje užívateľom služby s rôznou dĺžkou a prístupom v závislosti od závažnosti užívania drogy. V štúdiu vykonanej v 226 z 274 poradenských centier v roku 2007 bolo 47 % ambulantných klientov diagnostikovaných ako príležitostní užívatelia bez príznakov závislosti alebo zneužívania a ďalšie poradenstvo sa už neposkytovalo asi 30 % z nich (Obradovic, 2009). Naproti tomu spomedzi 53 % diagnostikovaných závislostí alebo zneužívaní pri prijatí, ďalšie poradenstvo sa poskytlo asi v 80 % prípadoch a väčšina ďalších bola poslaná do liečebných centier. Polovica klientov, ktorá sa zúčastnila druhého sedenia v rámci poradenstva, uviedla, že obmedzila užívanie kanabisu. Častejšie to bolo v prípade užívateľov, ktorí vyhľadali liečbu sami a ktorých odporučili zdravotnícki pracovníci, zatiaľ čo užívatelia, ktorých odporučil systém trestného súdnictva, boli náchylnejší odstúpiť po niekoľkých sedeniach.

Ako alternatívu k trestnému stíhaniu systém trestného súdnictva v Maďarsku odporúča oprávneným drogovo závislým páchatelom navštíviť „preventívnu poradenskú službu“ a vážnejším prípadom špecializované liečebné zariadenia. Užívatelia odporučením systémom trestného súdnictva, okolo 85 % všetkých kanabisových klientov, musia absolvovať protidrogovú liečbu alebo psychosociálne poradenstvo aspoň raz za 14 dní po dobu šiestich mesiacov, aby získali potvrdenie o absolvovaní. V opačnom prípade môžu čeliť trestnému stíhaniu.

V Nemecku, Holandsku a Spojenom kráľovstve sa ponúka liečba závislosti od kanabisu cez internet s cieľom umožniť prístup k liečbe užívateľom, ktorí nie sú ochotní vyhľadať pomoc v rámci špecializovaného systému protidrogovej liečby. Online liečebné intervencie zahŕňajú buď svojpomocný program bez kontaktov s poradcami, alebo štruktúrovaný program s plánovanými kontaktmi (pozri EMCDDA, 2009b). Značka kvality a usmernenia v tejto oblasti sa teraz pripravujú v Holandsku.

Holandsko uvádza tiež novú rodinnú motivačnú intervenciu pre užívateľov kanabisu s nedávnym nástupom schizofrénie. Táto intervencia je zameraná na obmedzenie

⁽⁶²⁾ Pozri tabuľky TDI-10 (časť iii) a (časť iv) a TDI-21 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁶³⁾ Pozri tabuľky TDI-18 (časť ii) a TDI-111 (časť viii) v štatistickej ročenke 2010.

užívania kanabisu, zlepšenie dodržiavania liečebného postupu a zlepšenie vzťahov medzi rodičmi a deťmi v rámci tejto skupiny. Predbežné výsledky po troch mesiacoch naznačujú výrazné obmedzenie užívania kanabisu v porovnaní s obvyklou psychoedukáciou, pričom iné výstupné premenné sa nelíšia.

Najnovšie štúdie o liečbe užívateľov kanabisu

Pomerne málo štúdií hodnotilo účinnosť cielených intervencií pre užívateľov kanabisu (Levin a Kleber, 2008) napriek zvýšeniu dopytu po liečbe. Uskutočnil sa výskum farmakoterapeutických a psychosociálnych intervencií, výsledky však nie sú presvedčivé.

V nedávno publikovanej randomizovanej kontrolovanej skúške sa posudzovala účinnosť motivačného pohovoru v porovnaní s informáciami a poradenstvom týkajúcimi sa drog a nezistili sa žiadne výrazné rozdiely v užívaní kanabisu (McCambridge a kol., 2008). Zistilo sa tiež, že

vplyv lekára by mohol ovplyvniť mieru zanechania užívania kanabisu, čím sa obmedzuje prenositeľnosť intervencií. Európske štúdie v tejto oblasti hodnotia účinnosť viacdimeziónej rodinnej terapie (INCANT), motivačného povzbudenie, kognitívno-behaviorálnej terapie a riešenia psychosociálnych problémov (CANDIS) a liečby cez internet.

Nedávno boli publikované dve štúdie o farmakoterapii závislosti od kanabisu, v ani jednej sa neuvádzali významné výsledky. V Holandsku sa v randomizovanej kontrolovanej skúške porovnávali účinky inhibítora spätného vychytávania serotonínu (olanzapín) a dopamínového antagonistu (risperidón) na pacientov s psychotickou komorbiditou (van Nimwegen a kol., 2008). V USA sa v predbežnej štúdií porovnávali účinky antidepresív (nefazodon), inhibítora spätného vychytávania dopamínu (bupropión s predĺženým uvoľňovaním) a placebo na užívanie a abstinénčných príznakov u užívateľov kanabisu (Carpenter a kol., 2009).

Zavedenie vedy do praxe v oblasti protidrogovej liečby

V rámci protidrogovej liečby sa často pomaly zavádzajú vedecky odskúšané metódy do jej klinickej praxe. Obmedzené poskytovanie substitučnej liečby závislosti od opiátov v niektorých európskych krajinách a zriedkavé využívanie motivačnej terapie na liečbu závislosti od kokaínu sú príkladmi tohto nedostatočného prepojenia medzi vedou a praxou. Vysvetľuje sa to: individuálnymi vzťahmi ku konkrétnym modelom liečby, nedostatočnou odbornou prípravou alebo nedostatočnými finančnými prostriedkami, neúčinným šírením poznatkov a nedostatočnou organizačnou pripravenosťou a podporou nových postupov (Miller a kol., 2006).

S cieľom prekonať tieto bariéry sa nedávno v Nemecku konala konferencia na preskúmanie prenosu experimentálnych projektov na liečbu závislosti od kanabisu

s dôkazmi o účinnosti do klinickej praxe (Kipke a kol. 2009). Medzi skúmané projekty patrili „CANDIS“, „Quit the shit“ (Zbav sa toho svinstva) a „FreD“, všetky boli opísané v skorších publikáciách EMCDDA. V rámci konferencie sa zistilo, že vlastnosti programu umožňujúce prenos do klinickej praxe zahŕňali: zlučiteľnosť s existujúcimi ponukami liečby, jasné štruktúrované protokoly, semináre pre špecialistov a platformy na výmenu skúseností. Medzi hlavné identifikované prekážky patrili problémy v riadení spolupráce, napríklad s externými partnermi (napr. polícia) a nedostatočné financovanie nad rámec experimentálneho štádia.

Aspekty prenositeľnosti by sa mali integrovať do počiatocného plánovania experimentálnych intervencií. Rozsiahlejšie prijímanie intervencií s presvedčivými a dlhoročnými empirickými dôkazmi si vyžaduje angažovanosť zo strany všetkých zainteresovaných strán.



Kapitola 4

Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky

Úvod

Amfetamíny (všeobecný termín, ktorý zahŕňa amfetamín a metamfetamín) a extáza patria celosvetovo k najbežnejšie užívaným nezákonným drogám. Z hľadiska absolútnych čísel môže byť užívanie kokainu vyššie, ale jeho geografická koncentrácia naznačuje, že v mnohých krajinách je po kanabise druhou najbežnejšie užívanou nezákonnou látkou buď extáza, alebo amfetamíny. Okrem toho, v niektorých krajinách užívanie amfetamínov je významnou súčasťou drogovej problematiky a zahŕňa významný podiel osôb, ktoré 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 podľa všetkého obmedzuje na Českú republiku a Slovensko až donedávna spolu s niektorými krajinami v severnej Európe uvádza v súčasnosti zvýšenie prítomnosti tejto drogy na svojich amfetamínových trhoch.

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

Zďaleka najznámejšou halucinogénnou drogou v Európe je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD), jeho 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, napr. v halucinogénnych hubách.

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

	Amfetamín	Metamfetamín	Extáza	LSD
Odhad celosvetovej výroby (v tonách) ⁽¹⁾	197 - 624 ⁽²⁾		57 - 136	n.a.
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	23,0	17,9	2,3	0,1
Zachytené množstvo EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	8,3 tony (8,4 tony)	300 kilogramov (300 kilogramov)	Tabletky 12,7 milióna (13,7 milióna)	Jednotky 141 000 (141 800)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Priemerná maloobchodná cena (EUR) Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽³⁾	Gram 6 - 30 (9 - 19)	Gram 12 - 126	Tabletky 2 - 19 (4 - 9)	Dávka 4 - 30 (7 - 12)
Rozsah priemernej čistoty alebo obsah MDMA	3 - 34 %	22 - 80 %	17 - 95 mg	n.a.

⁽¹⁾ Údaje v prípade produkcie sú založené na odhadoch spotreby a údajoch o záchytoch.

⁽²⁾ K dispozícii sú len súhrnné odhady celosvetovej výroby amfetamínu a metamfetamínu.

⁽³⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených priemerných cien.

Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2008, n.a., údaje nie sú k dispozícii

Zdroj: UNODC (2010b) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

Ponuka a dostupnosť

Prekurzory syntetických drog

Úsilie polície sa zameriava na kontrolované chemikálie, ktoré sú potrebné na výrobu nezákonných drog, a práve v tejto oblasti je obzvlášť cenná medzinárodná spolupráca. Projekt Prism je medzinárodná iniciatíva na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri nezákonnej výrobe syntetických drog prostredníctvom systému predexportných upozornení na nezákonný obchod a oznamovania zaistených a zachytených zásielok pri výskyte podozrivých transakcií. Informácie o aktivitách v tejto oblasti sa oznamujú Medzinárodnej rade pre kontrolu omamných látok (INCB, 2010a).

INCB uvádza v roku 2008 veľký nárast celosvetových záchytov dvoch kľúčových prekurzorov metamfetamínu, 12,6 ton efedrínu (v porovnaní s 22,7 tonami v roku 2007 a 10,3 tonami v roku 2006) a 5,1 ton pseudoefedrínu (v porovnaní s 25 tonami v roku 2007 a 0,7 tonami v roku 2006). Členské štáty EÚ (hlavne Holandsko a Spojené kráľovstvo) uvádzajú záchyt 0,3 ton efedrínu, čo je asi polovica zachyteného množstva ako rok predtým, a viac než 0,5 ton pseudoefedrínu, takmer všetko vo Francúzsku.

Naproti tomu celosvetové záchyty 1-fenyl-2-propanónu (P2P, BMK), ktorý sa môže použiť na nezákonnú výrobu amfetamínu aj metamfetamínu, sa v roku 2007 prudko zvýšil z 834 litrov na 5 620 litrov v roku 2008. Záchyty P2P v Európskej únii boli v objeme 2 757 litrov v porovnaní so 773 litrami v roku 2007.

V roku 2008 neboli uvedené žiadne záchyty 3,4-metyléndioxyfenyl-2-propanónu (3,4-MDP2P, PMK) používaného na výrobu MDMA v protiklade s celosvetovými záchytmi v objeme 2 297 v roku 2007 a 8 816 litrami v roku 2006. Celosvetové záchyty safrolu, ktorým sa môže nahradiť 3,4-MDP2P pri syntéze MDMA kleslo na 1 904 litrov z maximálneho objemu 45 986 litrov v roku 2007.

Amfetamín

Celosvetová produkcia amfetamínu zostáva naďalej sústredená v Európe, čo predstavuje viac než 80 % všetkých amfetamínových laboratórií zaznamenaných v roku 2008 (UNODC, 2010b). V roku 2008 počet záchytov amfetamínu zostal na celosvetovej úrovni stabilný, približne na úrovni 23 ton (pozri tabuľku 4). Z tohto množstva viac než tretina bola zachytená v západnej a strednej Európe, čo odráža úlohu Európy ako hlavného výrobcu a spotrebiteľa tejto drogy (UNODC, 2010b).

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

Odhaduje sa, že v roku 2008 sa v Európe uskutočnilo 37 500 záchytov v objeme 8,3 tony amfetamínového prášku⁽⁶⁴⁾. Počet záchytov amfetamínov kolísal posledných päť rokov okolo stabilného trendu, aj keď v porovnaní s rokom 2003 zostal na vysokej úrovni, pričom v období rokov 2003 – 2008 došlo k zvýšeniu množstiev⁽⁶⁵⁾.

Čistota vzoriek amfetamínu zachytených v Európe v roku 2008 sa značne mení, takže je potrebné sa opatrne vyjadrovať, pokiaľ ide o priemerné hodnoty. Napriek tomu sa však priemerná čistota vzoriek pohybovala od menej než 10 % v Dánsku, Rakúsku, Portugalsku, Slovensku, Spojenom kráľovstve, Chorvátsku a Turecku po viac než 25 % v Lotyšsku, Holandsku, Poľsku a Nórsku. Za posledných päť rokov sa čistota amfetamínu znižovala alebo bola stabilná vo väčšine z tých 17 krajín, v ktorých sú k dispozícii údaje umožňujúce analýzu trendov⁽⁶⁶⁾.

Priemerná maloobchodná cena amfetamínu sa v roku 2008 pohybovala v rozpätí od 9 EUR do 20 EUR za gram vo viac ako polovici zo 17 krajín, ktoré podali správu. Maloobchodné ceny amfetamínu klesli alebo zostali na stabilnej úrovni vo všetkých 13 krajinách, ktoré poskytli údaje za obdobie 2003 – 2008 okrem Španielska, kde klesli na rekordne nízku úroveň v roku 2008 po zvýšení v predchádzajúcich rokoch⁽⁶⁷⁾.

Metamfetamín

Počet metamfetamínových laboratórií uvedený v celosvetovom meradle vzrástol v roku 2008 o 29 %. Najvyšší nárast bol registrovaný v Severnej Amerike, sú

Produkcia amfetamínu v Európe

V roku 2009 EMCDDA a Europol uviedli sériu spoločných publikácií o ponuke drog v Európe. Po správach o metamfetamíne a kokaíne tretia správa v sérii uverejnenej v roku 2010 poskytuje komplexný prehľad výroby amfetamínu a problematiky nezákonného obchodovania s ním a prehľad reakcií na európskej a medzinárodnej úrovni. Správy o ponuke iných drog v Európe vrátane extázy a heroínu budú doplnené do série v ďalších rokoch.

Správa je k dispozícii v tlačenej forme a online na webovej stránke EMCDDA len v anglickom jazyku.

⁽⁶⁴⁾ Toto je predbežná analýza, pretože dosiaľ nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo za rok 2008.

⁽⁶⁵⁾ Údaje o záchytoch drog v Európe uvedené v tejto kapitole možno nájsť v tabuľkách SZR-11 až SZR-18 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁶⁶⁾ Údaje o záchytoch drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-8 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁶⁷⁾ Údaje o zachytení drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-4 v štatistickej ročenke 2010.

však správy aj o zvýšení počtu tajných laboratórií vo východnej a juhovýchodnej Ázii. Okrem toho boli uvedené informácie o zvýšenej aktivite v súvislosti s výrobou metamfetamínu v Latinskej Amerike a Océánii. V roku 2008 bolo zachytených 17,9 ton metamfetamínu, čo je stabilný trend od roku 2004. Väčšina drog bola zachytená vo východnej a juhovýchodnej Ázii (najmä v Číne), za ňou nasledovala Severná Amerika (UNODC, 2010b).

Nezákonná výroba metamfetamínu v Európe je prevažne obmedzená na Českú republiku, kde bolo v roku 2008 odhalených približne 458 výrobní (obrázok 5). Je to zatiaľ najvyšší počet „kuchynských laboratórií“ na metamfetamín, ktorý uviedla Česká republika. Záchyty prekursorových chemikálií sa tiež zvýšili v roku 2008. Výroba drog sa uvádza aj v Litve, Poľsku a na Slovensku.

V roku 2008 bolo v Európe oznámených takmer 4 700 záchytov metamfetamínu v objeme približne 300 kg. Od roku 2003 do 2008 sa počet záchytov metamfetamínu postupne zvyšoval. V tom istom období sa zadržané množstvo zvýšilo na rekordnú úroveň v roku 2007 a mierne kleslo v roku 2008, hlavne v dôsledku poklesu množstva získaného v Nórsku, krajiny s najväčším záchyтом tejto drogy v Európe.

Extáza

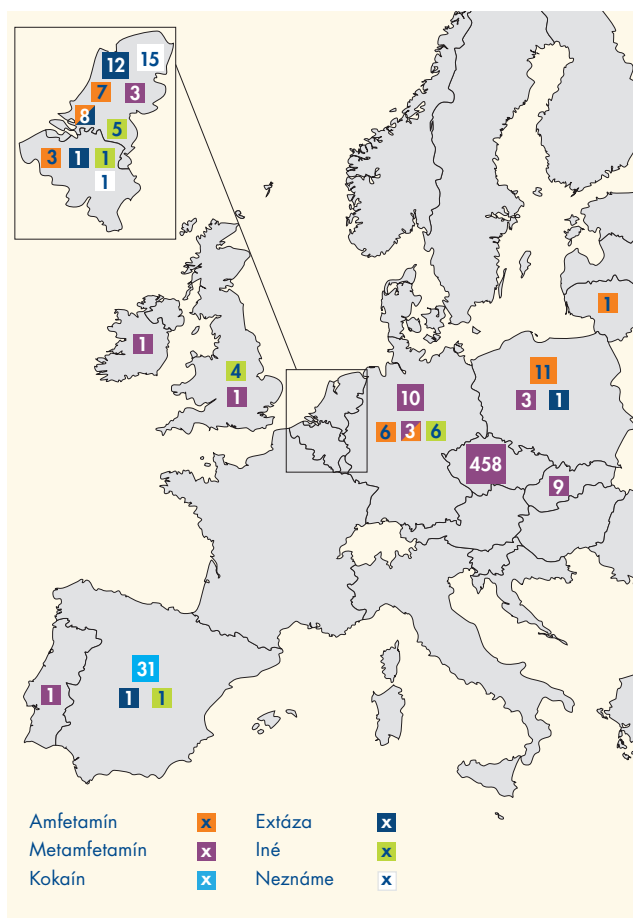
Celosvetová výroba extázy v roku 2008 sa odhaduje asi na 57 až 136 ton (UNODC, 2010b). Ukazuje sa, že jej výroba sa naďalej geograficky viac rozširovala, pričom výroba sa približuje k spotrebiteľským trhom vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Severnej Amerike, a Océánii. Napriek tomu zostáva Európa hlavným miestom výroby extázy, pričom táto výroba sa sústreďuje v Holandsku a Belgicku.

Z celosvetového hľadiska záchyty extázy klesli v roku 2008 na veľmi nízku úroveň (2,3 ton) (UNODC, 2010b). Uvedené záchyty v západnej a strednej Európe klesli z 1,5 ton v roku 2007 na 0,3 ton v roku 2008.

V roku 2008 bolo v Európe oznámených viac než 19 100 záchytov, na základe čoho bolo zachytených približne 13,7 milióna tabletiék extázy. Je to však len predbežné hodnotenie, keďže údaje za rok 2008 neboli dostupné za Holandsko a Spojené kráľovstvo, ktoré oznámili kombinované záchyty v objeme 18,4 milióna tabletiék v roku 2007.

Počet záchytov extázy oznámených v Európe po stabilizácii v období rokov 2003 až 2006 odvtedy mierne klesol, zatiaľ čo zachytené množstvá od roku 2003 do 2008 celkovo klesali ⁽⁶⁸⁾.

Obrázok 5: Rozloženie nelegálnych drogových zariadení v Európskej únii podľa údajov poskytnutých Europolu



Poznámka: Založené na údajoch, ktoré Europolu poskytlo 11 členských štátov EÚ. Typ drogy je označený farebne s počtom zariadení oznámených vo vyznačenej krajine. Zariadenia na spracovanie kombinácií amfetamínu a metamfetamínu alebo amfetamínu a extázy sú označené dvojfarebne. Zariadenia na spracovanie iných syntetických drog alebo kombinácií sú označené ako „iné“. Označené sú aj zariadenia, v prípade ktorých sú látky neznáme. Uvedené zariadenia zahŕňali výrobné, tableťovacie a skladovacie jednotky, ktoré tu nie sú odlišené. Všetky uvedené kokaínové zariadenia sa zaoberali transformáciou alebo sekundárnou extrakciou drogy.

Zdroj: Europol

Väčšina tabletiék extázy, ktoré boli analyzované v Európe v roku 2008, obsahovala MDMA alebo iné extázy podobné látky (MDEA, MDA) ako jedinou psychoaktívnu látku, pričom 19 krajín uviedlo, že tomu tak bolo vo vyše 60 % všetkých analyzovaných tabletiék. Sedem krajín teraz uvádza nižšie podiely tabletiék extázy s MDMA alebo jej analógov (Španielsko, Cyprus, Lotyšsko, Luxembursko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo, Chorvátsko). Niektoré krajiny uvádzajú, že mCPP, droga, ktorá nie je kontrolovaná podľa medzinárodných dohovorov o drogách, bola vo významnej miere zistená v analyzovaných tabletkách extázy (pozri kapitolu 8).

Typický obsah látky MDMA v tabletkách extázy, ktorý sa testoval v roku 2008, bol od 5 do 72 mg v 11 krajinách,

⁽⁶⁸⁾ Toto je predbežná analýza, pretože dosiaľ nie sú k dispozícii údaje za Holandsko a Spojené kráľovstvo za rok 2008.

ktoré poskytli údaje. Okrem toho niektoré krajiny uviedli tabletky extázy s vysokými dávkami, ktoré obsahovali vyše 30 mg MDMA (Belgicko, Bulharsko, Nemecko, Estónsko, Lotyšsko, Holandsko, Slovensko, Nórsko). Čo sa týka obsahu MDMA v tabletkách extázy, neexistujú žiadne jasné trendy.

Extáza je teraz oveľa lacnejšia než v 90. rokoch minulého storočia, 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 tabletku. Z dostupných údajov za obdobie 2003 – 2008 vyplýva, že maloobchodná cena extázy, upravená o infláciu, naďalej klesá.

Halucinogénne látky

Užívanie LSD a nezákonné obchodovanie s ním je v Európe podľa hodnotení ešte stále okrajové. Počet záchytov LSD sa od roku 2003 do 2008 zvýšil, zatiaľ čo množstvá v tomto období po maxime v roku 2005 vďaka rekordným záchytom v Spojenom kráľovstve kolíšu na omnoho nižších úrovniach⁽⁶⁹⁾. Maloobchodné ceny LSD (upravené o infláciu) zostávajú stabilné alebo mierne klesli v ôsmich krajinách od roku 2003, pričom v Belgicku a Švédsku bolo uvedené zvýšenie. V roku 2008 bola priemerná cena 5 EUR až 12 EUR za jednotku vo väčšine z 13 krajín, ktoré podali správu.

Prevalencia a formy užívania

Relatívne vysokú úroveň užívania amfetamínov a extázy medzi celkovou populáciou uvádzajú niektoré členské štáty EÚ (Česká republika, Estónsko, Spojené kráľovstvo). V niekoľkých krajinách užívanie amfetamínu alebo metamfetamínu, často injekčnou formou, zodpovedá za značný podiel celkového počtu problémových užívateľov drog a tých, ktorí vyhľadajú pomoc v prípade problémov 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 vyššie úrovne užívania, ktoré sa uvádzajú medzi mladými ľuďmi, a mimoriadne vysoké úrovne užívania, ktoré sa zistili v niektorých prostrediach alebo v špecifických subpopuláciách. Celkové úrovne užívania halucinogénnych drog, ako je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD) a halucinogénne huby, sú celkovo nízke a v posledných rokoch boli zväčša stabilné.

Amfetamíny

Na základe prevalencie užívania drog sa odhaduje, že okolo 12 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 15,4 %, pričom európsky vážený priemer je 5,2 %. Užívanie amfetamínov v minulom roku v tejto vekovej skupine sa pohybuje od 0,1 % do 3,2 %, pričom väčšina krajín uvádza úroveň prevalencie 0,5 – 2,0 %. Odhaduje sa, že počas minulého roka užilo amfetamíny okolo 1,5 milióna (1,2 %) mladých Európanov.

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi 15 až 16-ročnými školákmi, ktorí sa zúčastnili na prieskume, sa pohybuje od 1 % do 8 % v 26 členských štátoch EÚ, Nórsku a Chorvátsku, pričom vyššiu úroveň prevalencie ako 5 % uviedlo len Bulharsko, Lotyšsko (obe 6 %) a Rakúsko (8 %). Päť krajín, ktoré uskutočnili v roku 2008 prieskumy na školách (belgicko-flámska komunita, Španielsko, Taliansko, Švédsko a Spojené kráľovstvo), uviedlo celoživotnú prevalenciu užívania amfetamínov 3 % alebo menej⁽⁷⁰⁾.

Problémové užívanie amfetamínu

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

Podiel užívateľov drog, ktorí oznámili nástup na liečbu závislosti od amfetamínu ako primárnej drogy, je vo väčšine európskych krajín pomerne nízky (menej ako 5 %), vo väčšine európskych krajín (18 z 27 krajín, ktoré podalo správy), ale značný podiel oznámených nástupov na liečbu pripadá hlavne na Švédsko (32 %), Fínsko (20 %) a Lotyšsko (15 %). Päť ďalších krajín (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Maďarsko a Holandsko) uvádza, že na liečbu nastúpilo 6 % až 10 % klientov, ktorí uvádzajú amfetamín ako svoju primárnu drogu; inde je tento podiel menej ako 5 %. Klienti absolvujúci inú liečbu uvádzajú tiež amfetamín ako sekundárnu drogu⁽⁷¹⁾.

Užívatelia amfetamínu nastupujúci na liečbu sú v priemere asi 30-roční, pričom užívatelia nastupujúci na nemocničnú

⁽⁶⁹⁾ Toto je predbežná analýza, pretože dosiaľ nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo za rok 2008.

⁽⁷⁰⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷¹⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-22 v štatistickej ročenke 2010.

Tabuľka 5: Prevalencia užívania amfetamínov v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	12 miliónov	2 milióny
Priemer v Európe	3,7 %	0,6 %
Rozsah	0,0 – 12,3 %	0,0 – 1,7 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Malta (0,4 %) Cyprus (0,8 %)	Rumunsko, Malta, Grécko, (0,0 %), Francúzsko (0,1 %), Portugalsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (12,3 %), Dánsko (6,3 %), Švédsko (5,0 %), Česká republika (4,3 %)	Česká republika (1,7 %) Spojené kráľovstvo, Dánsko (1,2 %) Nórsko, Estónsko (1,1 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7 miliónov	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,2 %	1,2 %
Rozsah	0,1 – 15,4 %	0,1 – 3,2 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Malta (0,7 %) Cyprus (0,8 %)	Rumunsko, Grécko (0,1 %) Francúzsko (0,2 %) Cyprus (0,3 %) Portugalsko (0,4 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (15,4 %) Dánsko (10,5 %) Česká republika (7,8 %) Lotyšsko (6,1 %)	Česká republika (3,2 %) Dánsko (3,1 %) Estónsko (2,5 %) Spojené kráľovstvo (2,3 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008/2009 (hlavne v období rokov 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 v rámci celkovej populácie“ v štatistickej ročenke 2010.</p>		

liečbu sú mladší (28-roční). Pomer mužov a žien medzi klientmi, ktorí sú užívateľmi amfetamínov (2:1), je nižší, ako v prípade ktorejkoľvek inej zakázanej drogy. Všetky tieto krajiny Česká republika, Estónsko, Lotyšsko, Litva, Švédsko a Fínsko uvádzajú pomerne vysoké úrovne injekčného užívania medzi primárnymi klientmi užívajúcim amfetamín od 57 % do 82 % ⁽⁷²⁾.

Trendy týkajúce sa užívateľov amfetamínu nastupujúcich na liečbu od roku 2003 do 2008 sa držali na pomerne stabilnej úrovni vo väčšine krajín ⁽⁷³⁾.

Problémové užívanie metamfetamínu

Na rozdiel od iných častí sveta, v ktorých sa za posledné roky užívanie metamfetamínu zvýšilo, úrovne jeho užívania v Európe sa zdajú byť obmedzené. Historicky je užívanie tejto drogy koncentrované v Českej republike a na

Vybraná otázka: Problémové užívanie amfetamínov a metamfetamínov, s tým súvisiace dôsledky a reakcie

Uvádza sa, že amfetamíny a najmä metamfetamín sú v niektorých častiach sveta príčinou veľkých problémov. V Európe len niektoré krajiny uvádzajú závažné škody spôsobené týmito drogami a značné počty problémových užívateľov amfetamínov a metamfetamínov. Nové vydanie Vybranej otázky EMCDDA sa zaoberá vývojom v týchto krajinách v histórii aj súčasnosti. Uvádza sa v nej epidemiológia hlavne chronického alebo intenzívneho užívania amfetamínov a metamfetamínov a jeho vplyvu na zdravie a sociálne vzťahy. Opisujú sa aj reakcie na problémy spojené s týmito drogami v zdravotnej, sociálnej a právnej oblasti.

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

⁽⁷²⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť iv) a TDI-37 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷³⁾ Pozri na účely úplnej analýzy Vybranú otázku 2010 o probléme užívania amfetamínu a metamfetamínu.

Slovensku. Odhaduje sa, že v roku 2008 bol počet problémových užívateľov metamfetamínu v Českej republike približne 20 700 až 21 800 (2,8 až 2,9 prípadov na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), čo je zhruba dvojnásobok odhadovaného počtu problémových užívateľov opiátov. Podľa odhadov na Slovensku bolo v roku 2008 približne 5 800 až 15 700 problémových užívateľov metamfetamínu (1,5 až 4,0 prípady na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), asi o 20 % menej, ako je odhadovaný počet problémových užívateľov opiátov. Nedávno sa metamfetamín objavil na drogovom trhu v iných krajinách, najmä v severnej Európe (Nórsko, Švédsko, Lotyšsko a v menšej miere vo Fínsku), kde sa ukazuje, že čiastočne nahrádza amfetamín, ktorý je pre užívateľov v podstate nerozoznateľný. V Európe problémoví užívatelia metamfetamínu užívajú drogu obvykle injekčne alebo ju šnupajú. Fajčenie sa uvádza zriedkavo, opäť v protiklade s inými časťami sveta.

Metamfetamín uvádza ako primárnu drogu veľký podiel klientov nastupujúcich na liečbu v Českej republike (59 %) a na Slovensku (29 %). Injekčné užívanie ako hlavný spôsob užívania drogy uvádza 80 % klientov užívajúcich metamfetamín v Českej republike a 36 % na Slovensku ⁽⁷⁴⁾. Často sa uvádza aj užívanie iných drog, hlavne heroínu, kanabisu a alkoholu. Obe krajiny uvádzajú, že užívanie metamfetamínu ako sekundárnej látky je bežné, najmä medzi mladými ľuďmi v substitučnej liečbe.

Užívatelia metamfetamínu, ktorí nastupujú na liečbu v Českej republike a na Slovensku, sú relatívne mladí, v priemere vo veku 25 – 26 rokov. Česká republika uvádza, že počet žien nastupujúcich na liečbu v prípade užívania metamfetamínu ako primárnej drogy sa zvyšuje, najmä medzi mladšími vekovými skupinami. V období rokov 2002 až 2008 v oboch krajinách stúpala dopyt po liečbe v súvislosti s užívaním metamfetamínu ⁽⁷⁵⁾.

Extáza

Užívanie extázy sa sústreďuje medzi mladými dospelými, pričom vyššie úrovne sa uvádzajú u mužov než u žien vo všetkých krajinách okrem Švédska a Fínska. Z približne 2,5 milióna (0,8 %) dospelých Európanov, ktorí užívali extázu v minulom roku, v podstate všetci patria do skupiny 15 – 34-ročných (pozri tabuľku 6 so súhrnnými údajmi). Ešte vyššie úrovne užívania extázy sa zistili v rámci skupiny 15 – 24-ročných, kde sa celoživotná prevalencia pohybuje od menej ako 1 % v Grécku a Rumunsku po 20,8 % v Českej republike, nasleduje Slovensko a Spojené

kráľovstvo (obe krajiny po 9,9 %) a Lotyšsko (9,4 %), aj keď väčšina krajín uvádza rozsah asi 2,1 – 6,8 % ⁽⁷⁶⁾. Hoci väčšina krajín uvádza odhady 1,0 až 3,7 % 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 11,3 %.

Celoživotná prevalencia užívania extázy medzi 15 – 16-ročnými školákmi sa vo väčšine z 28 krajín, v ktorých sa v roku 2007 robil prieskum, pohybovala v rozpätí od 1 % do 5 %. Len štyri krajiny uviedli vyššie úrovne prevalence: Bulharsko, Estónsko, Slovensko (všetky 6 %) a Lotyšsko (7 %). Päť krajín, ktoré uskutočnili v roku 2008 prieskumy na školách (belgicko-flámska komunita, Španielsko, Taliansko, Švédsko, Spojené kráľovstvo), uviedli celoživotnú prevalenciu užívania extázy 4 % alebo menej ⁽⁷⁷⁾.

Málo užívateľov extázy vyhľadá liečbu v prípade problémov v súvislosti s touto drogu. V roku 2008 uviedlo extázu ako primárnu drogu menej než 1 % nastupujúcich na liečbu v 21 z 27 krajín, ktoré podali správu. Inde sa tento podiel pohyboval od 1 % do 3 %. S priemerným vekom 24 rokov patria klienti užívajúci extázu k najmladším klientom nastupujúcim na protidrogovú liečbu. Na každú ženu nastupujúcu na liečenie pripadajú 2 – 3 muži. Klienti užívajúci extázu často uvádzajú súčasné užívanie iných látok vrátane alkoholu, kokaínu a v menšej miere kanabisu a amfetamínov ⁽⁷⁸⁾.

LSD a halucinogénne huby

Odhady celoživotnej prevalence užívania LSD medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) sa pohybujú od nula po 6,1 % okrem Českej republiky, kde podľa prieskumu užívania drog z roku 2008 bola uvedená vyššia prevalencia (10,3 %). Oveľa nižšie rozsahy prevalence sú uvedené za posledný rok užívania ⁽⁷⁹⁾.

V niektorých krajinách, ktoré poskytli porovnateľné údaje, je užívanie halucinogénnych húb často vyššie ako užívanie LSD. Odhady celoživotnej prevalence užívania halucinogénnych húb u mladých dospelých sa pohybujú od 0,3 % do 14,1 % a minuloročné odhady prevalence boli 0,2 % až 5,9 %.

Odhady užívania halucinogénnych húb medzi 15 až 16-ročnými školákmi sú vyššie ako odhady užívania LSD a iných halucinogénov v desiatich z 26 krajín, ktoré poskytli údaje o týchto látkach. Väčšina krajín uvádza odhady celoživotnej prevalence užívania halucinogénnych

⁽⁷⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-3 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-7 (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷⁷⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷⁸⁾ Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-37 (časť i), (časť ii) a (part iii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁷⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-1 v štatistickej ročenke 2010.

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

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	11 miliónov	2,5 milióna
Priemer v Európe	3,3 %	0,8 %
Rozsah	0,3 – 9,6 %	0,1 – 3,7 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,3 %) Grécko (0,4 %) Malta (0,7 %) Poľsko (1,2 %)	Rumunsko, Švédsko (0,1 %) Malta, Grécko, (0,2 %) Poľsko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (9,6 %) Spojené kráľovstvo (8,6 %) Írsko (5,4 %) Lotyšsko (4,7 %)	Česká republika (3,7 %) Spojené kráľovstvo (1,8 %) Slovensko (1,6 %) Lotyšsko (1,5 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	8 miliónov	2,5 milióna
Priemer v Európe	5,8%	1,7 %
Rozsah	0,6 – 18,4 %	0,2 – 7,7 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko, Grécko (0,6 %) Malta (1,4 %) Poľsko (2,1 %) Cyprus (2,4 %)	Rumunsko, Švédsko (0,2 %) Grécko, (0,4 %) Poľsko (0,7 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (18,4 %) Spojené kráľovstvo (13,8 %) Írsko (9,0 %) Lotyšsko (8,5 %)	Česká republika (7,7 %) Spojené kráľovstvo (3,9 %) Slovensko, Lotyšsko, Holandsko (2,7 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008/2009 (hlavne v období rokov 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 v rámci celkovej populácie“ v štatistickej ročenke 2010.</p>		

húb v rozpätí od 1 % do 4 %, pričom Slovensko (5 %) a Česká republika (7 %) uvádzajú vyššie úrovne ⁽⁸⁰⁾.

Trendy v užívaní amfetamínov a extázy

Trendy stabilizácie užívania amfetamínov a extázy v Európe, na ktoré poukazovali aj predchádzajúce správy, podporujú aj najnovšie údaje. Po všeobecnom náraste v 90. rokoch minulého storočia prieskumy medzi obyvateľstvom poukazujú teraz na celkovú stabilizáciu alebo dokonca mierny pokles popularity oboch drog, hoci v niekoľkých krajinách v poslednej dobe dochádza k nárastu. Trendy podľa prieskumov celkovej populácie však nemusia odrážať trendy v užívaní stimulantov na miestnej úrovni alebo v medzi rôznymi subpopuláciami. Z cieľných prieskumov v prostredí nočných klubov vyplýva, že prevalencia a formy užívania stimulačných drog spolu

s alkoholom zostávajú na vysokej úrovni, pričom z niektorých štúdií vyplýva, že formy užívania drog medzi návštevníkmi klubov sú čoraz polarizovanejšie v porovnaní s celkovou populáciou (Measham a Moore, 2009). Naproti tomu z najnovších pozorovaní v Nemecku vyplýva, že užívanie látok v prostredí klubov v tejto krajine klesá.

V Spojenom kráľovstve minulý rok kleslo užívanie amfetamínov medzi mladými dospelými (15 – 34) zo 6,2 % v roku 1998 a 2,3 % v roku 2008 – 2009. V Dánsku sa zvýšilo z 0,5 % v roku 1994 na 3,1 % v roku 2000 a potom sa stabilizovalo ⁽⁸¹⁾. 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 6). V období 2003 – 2008 z 11 krajín s dostatočnými údajmi o minuloročnej

⁽⁸⁰⁾ Údaje z ESPAD za všetky krajiny okrem Španielska. Pozri obrázok EYE-2 (časť v) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁸¹⁾ V Dánsku sa v informáciách za rok 1994 hovorí o „tvrdých drogách“, pod čím sa rozumie hlavne amfetamíny.

prevalencii užívania amfetamínov v rámci skupiny vo veku 15 – 34 rokov, len dve uvádzajú vyššiu zmenu než jeden percentuálny bod (Bulharsko z 0,9 % v roku 2005 na 2,1 % v roku 2008 a Česká republika z 1,5 % v roku 2004 na 3,2 % v roku 2008).

V krajinách uvádzajúcich vyššie než priemerné úrovne užívania extázy, užívanie drog medzi 15- až 34-ročnými začiatkom 21. storočia dosahovalo maximum obvykle pri 3 % až 5 % (Estónsko, Španielsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo; pozri obrázok 6). Výnimkou je Česká republika, kde podľa odhadov 7,7 % zo skupiny vo veku 15 – 34 rokov užívalo extázu minulý rok so stúpajúcim trendom počas obdobia 2003 – 2008. Počas tohto obdobia väčšina ostatných krajín uvádza stabilný trend okrem Estónska a Maďarska, kde sa minuloročná prevalencia užívania extázy medzi mladými dospelými zvýšila začiatkom 21. storočia a odvtedy klesá.

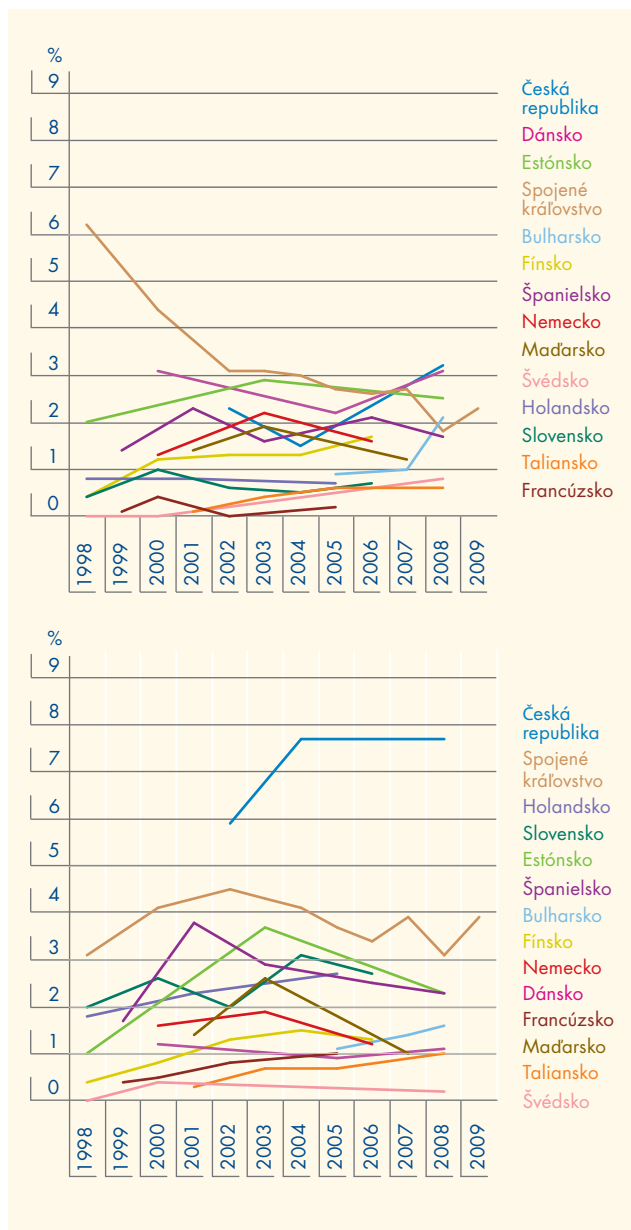
V ôsmich krajinách (Dánsko, Francúzsko, Španielsko, Írsko, Taliansko, Rakúsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo) z najnovších výskumov vyplýva, že minuloročné užívanie kokaínu teraz prevyšuje užívanie amfetamínu a extázy medzi mladými dospelými.

Z prieskumov vykonaných v roku 2007 (ESPAD) a 2008 na školách vyplýva celkove malá zmena v úrovniach experimentovania s amfetamínmi a extázou medzi školákmi vo veku 15 až 16 rokov. Ak vezmeme do úvahy rozdiely najmenej dvoch percentuálnych bodov medzi rokmi 2003 a 2007, celoživotná prevalencia užívania amfetamínov sa zvýšila v deviatich krajinách. Podľa rovnakého meradla sa užívanie extázy zvýšilo v siedmich krajinách. Pokles prevalencie celoživotného užívania amfetamínov bol spozorovaný len v Estónsku a Taliansku, zatiaľ čo Česká republika, Portugalsko a Chorvátsko uviedli pokles v užívaní extázy. Zvyšné krajiny uvádzajú stabilný trend.

Amfetamíny a extáza v rekreačnom prostredí: užívanie a intervencie

Údaje o prevalencii užívania stimulantov zo štúdií vykonaných v prostredí nočných podnikov v roku 2008 poskytlo deväť krajín. Z odhadov celoživotnej prevalencie vyplývajú značné odchýlky medzi jednotlivými krajinami a prostrediami, pohybujú sa v rozpätí od 10 % do 85 % pre užívanie extázy a od 5 % do 69 % pre amfetamíny. V troch z týchto štúdií sa uvádzajú aj odhady celoživotnej prevalencie pre halucinogénne huby, ktoré sú v rozpätí od 34 % do 54 %. Rozdiely v prevalencii a formách užívania drog uvádzaných klientmi navštevujúcimi kluby, v ktorých sa hrali rozličné žánre elektronickej tanečnej hudby, sa zistili v šiestich krajinách (Nemecko,

Obrázok 6: Trendy v prevalencii užívania amfetamínov v minulom roku (vľavo) a extázy (vpravo) medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



Poznámka: Uvedené sú len údaje za krajiny aspoň s tromi prieskumami v období 1998 až 2009. Ďalšie informácie sa uvádzajú v obrázkoch GPS-8 a GPS-21 v štatistickej ročenke 2010.

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

Francúzsko, Maďarsko, Holandsko, Rumunsko, Spojené kráľovstvo), v prípade užívania extázy sa ukázalo, že sa vo väčšej miere spája s určitými žánrami hudby, než je tomu v prípade iných. Užívanie extázy sa vyskytovalo tiež častejšie ako užívanie amfetamínov vo vybraných prostrediach v troch krajinách, ktoré podali správy (Česká republika, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Napríklad 9 % návštevníkov klubov v Amsterdame uviedlo, že užili extázu počas večera, keď sa uskutočnil prieskum a 42 %

návštevníkov klubov v Manchestri uviedlo, že užíli alebo plánovali užiť extázu počas večera, keď sa uskutočnil prieskum. Zodpovedajúce údaje za amfetamíny boli 3,6 % (Amsterdam) a 8 % (Manchester).

Len 13 európskych krajín podalo v poslednej dobe správy o intervenciách v prostredí nočných podnikov. Poskytovanie informácií a materiálov na znižovanie škôd súvisiacich s drogami patrilo k hlavným uvádzaným aktivitám, ale niekoľko informatívnych stratégií bolo zameraných na normatívne názory, na ktorých je založená kultúra mládeže v zábavných podnikoch. Prístupy súvisiace s prostredím, ako napríklad zdravé klubové prostredie, bezpečná doprava, programy predaja a policajné programy, relaxačné zóny, testy na alkohol a krízové zásahy uviedlo samostatne alebo v kombinácii sedem krajín (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Luxembursko, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Spoluprácu medzi subjektmi zapojenými do oblasti nočných podnikov – samosprávy, polícia a majitelia reštaurácií alebo klubov – uviedlo aj Španielsko a Taliansko.

V Európe sa čoraz častejšie pripúšťajú škody v súvislosti s užívaním alkoholu v prostredí nočných podnikov. Stratégie zamerané na prostredie zamerané na alkohol uviedlo Dánsko, Luxembursko, Švédsko a Spojené kráľovstvo, ako aj niektoré oblasti v Španielsku. K rozmanitým intervenciám vykonávaným v týchto krajinách patria: zodpovedné ponúkanie alkoholu, vzdelávanie zamestnancov, vyššia daň na alko-popy, minimálny vek 16 rokov na nákup alkoholických nápojov a nulová tolerancia pre mladých vodičov.

Keďže užívanie alkoholu a iných drog sa úzko spája s prostredím nočných podnikov, predpismi zameranými na užívanie alkoholu by sa tiež pomohlo obmedziť užívanie stimulantov. V najnovšom britskom prieskume kriminality sa uvádza, že frekvencia návštev nočných klubov úzko súvisí s užívaním viacerých drog⁽⁸²⁾. Údaje, ktoré analyzovalo centrum EMCDDA, pochádzajúce z prieskumov v rámci celkovej populácie v deviatich európskych krajinách poukázali na to, že medzi osobami, ktoré často alebo v nadmernej miere užívajú alkohol, je prevalencia užívania amfetamínov alebo extázy oveľa vyššia než je priemer (EMCDDA, 2009d). Z analýzy prieskumu ESPAD na školách v prípade 22 krajín vyplýva, že 85,5 % z 15- až 16-ročných školákov, ktorí užívali extázu posledný mesiac, vypilo tiež päť alebo viac pohárikov alkoholických nápojov pri jednej príležitosti (EMCDDA, 2009d). A ako uviedlo Holandsko, užívatelia môžu užívať stimulačné drogy, napr. kokaín a amfetamíny, s cieľom vytriezvieť po nadmernom pití.

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. Konkrétne v prípade, keď sa závislosť od amfetamínov vyskytuje súčasne s psychiatrickými poruchami. V Európe sa farmaceutiká (antidepresíva, sedatíva alebo antipsychotiká) užívajú na liečbu včasných abstinčných symptómov na začiatku detoxifikácie, ktorá sa obvykle poskytuje v špecializovaných lôžkových psychiatrických oddeleniach. V Českej republike užívatelia metamfetamínu poslaní do detoxifikačných centier často prichádzajú v stave akútnej toxickej psychózy, ktorá býva spravidla sprevádzaná agresivitou voči sebe, ako aj okoliu. Takýchto pacientov je často potrebné fyzicky obmedziť, komunikácia s nimi je zložitá a zvyčajne odmietajú akúkoľvek starostlivosť. Užívatelia s psychotickými stavmi sú liečení atypickými antipsychotikami v lôžkových psychiatrických zariadeniach. Česká republika tiež uvádza, že v dôsledku

Intervencie založené na dôkazoch

Užívanie drog a alkoholu v rekreačných prostrediach môže spôsobovať celý rad zdravotných a sociálnych problémov počnúc násilím, nedobrovoľným a rizikovým sexom, dopravnými nehodami, požívaním alkoholu neplnoletými až po problémy v sociálnej oblasti. V rámci nedávneho prehľadu účinnosti intervencií v tomto prostredí sa zistilo, že najčastejšie používané intervencie sa nezakladajú na dôkazoch (Calafat a kol., 2009). Patrí k nim poskytovanie informácií na znižovanie škôd, propagácia miernosti, zodpovedného podávania alkoholu, školenie personálu vykonávajúceho službu pri vchode a špeciálne programy pre vodičov. V niektorých prípadoch môže nedostatočná účinnosť súvisieť s nedostatočným uplatňovaním týchto opatrení.

Dokázalo sa, že najlepšou stratégiou na obmedzenie úrazov, problémových foriem pitia alkoholu a prístupu mladých ľudí k alkoholu je kombinácia poučenia klientov a personálu, povinnej spolupráce medzi orgánmi a priemyslom voľného času a presadzovanie práva (poskytovanie povolení, kontrola veku). Žiaľ, výsledky týkajúce nezákonného užívania drog sa len zriedkavo posudzujú.

Medzi ďalšie opatrenia na spoločenskej úrovni, ktoré sú účinné pri obmedzovaní užívania látok v prostredí zábavných podnikov, patrí zdanenie alkoholu, obmedzený čas predaja, obmedzenia hustoty predajní, kontroly na alkohol za volantom, zníženie hraníc na koncentráciu alkoholu v krvi, zníženie minimálneho veku na nákup alkoholu a pozastavenie platnosti povolení.

⁽⁸²⁾ Definované ako užívanie dvoch alebo viacerých nezákonných drog v rámci rovnakého obdobia, napr. minulý rok.

nízkeho veku klientov a častého výskytu rodinných problémov sa obvykle s užívateľmi metamfetamínu pracuje v rámci rodinnej terapie.

Niektoré krajiny uvádzajú nedostatočnú farmakologickú substitúciu pre liečbu amfetamínovej závislosti ako problém pri udržaní užívateľov amfetamínov v liečbe. Aj keď dexamfetamín je dostupný ako substitúcia na liečbu veľmi problematických užívateľov amfetamínov v Anglicku a Walesu, národné usmernenia o klinickom zvládaní drogovej závislosti ho neodporúčajú, pretože nebola preukázaná jeho účinnosť (NTA, 2007).

Účinnosť liečby

Chronické užívanie metamfetamínu môže viesť ku kognitívnemu poškodeniu, v dôsledku čoho môže dôjsť k zníženiu spôsobilosti užívateľa využívať psychologické, kognitívne a behaviorálne terapie (Rose a Grant, 2008). Toto môže vysvetliť značné úsilie v oblasti výskumu na účely rozvoja farmakologických intervencií. V niektorých prípadoch sú študované lieky určené na to, aby pacientom umožnili podstúpiť psychologickú intervenciu.

Viacere klinické skúšky týkajúce sa farmaceutík na použitie v liečbe amfetamínovej závislosti boli nedávno uverejnené alebo práve prebiehajú. Z deviatich uverejnených štúdií sa

šesť uskutočnilo v USA, dve vo Švédsku a jedna v Austrálii. K skúmaným látkam patria inhibítory spätného vychytávania dopamínu metylfenidát a bupropión na podporu abstinencie u pacientov závislých na metamfetamíne, aripiprazol, antipsychotická látka; ondansetron, látka pôsobiaca proti úzkosti; amineptín, a psychotropná droga; mirtazapín, antihistaminikum; modafinil, neuroprotektívna látka a antagonist opiatových receptorov naltrexon. Spomedzi všetkých štúdií len naltrexon sa spájal s významným liečebným prínosom z hľadiska obmedzenia užívania (preukázané buď vzorkami moču, alebo informáciami od pacientov) a miery pretrvávajúcej abstinencie. V rámci štúdií v USA sa skúma aj citikolín, ktorý môže zlepšiť mentálne funkcie u subjektov závislých od metamfetamínu zlepšuje účinnosť inej liečby farmaceutikami.

A napokon, kontrolovaná štúdia preukázala, že ambulantná liečba pod dohľadom protidrogového súdu priniesla lepšie výsledky než liečba bez dohľadu. V klinickej štúdií sa doplnením motivačnej terapie zlepšili výsledky v porovnaní so samotnou bežnou liečbou. V nedávnej dizertačnej práci bola tiež opísaná možnosť vakcín s monoklonálnymi protilátkami proti drogám v prípade predávkovania a prevencie relapsu.



Kapitola 5

Kokaín a crack kokaín

Úvod

Užívanie kokaínu a záchyty tejto drogy sa v poslednom desaťročí zvýšili a kokaín je teraz po kanabise druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou v Európe. Miera užívania sa v jednotlivých krajinách značne odlišuje, pričom užívanie kokaínu sa sústreďuje v krajinách západnej a južnej Európy. Výrazné rozdiely sú aj medzi užívateľmi kokaínu, pokiaľ ide o formy užívania aj sociálnodemografické hľadisko. Existujú príležitosti užívateľa kokaínu, sociálne integrovaní pravidelní užívateľa a viac marginalizovaní a často závislí užívateľa vrátane súčasných a bývalých užívateľov opiátov. Táto rôznorodosť komplikuje hodnotenie prevalencie užívania drog, jeho zdravotných a sociálnych dôsledkov a potrebných reakcií.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Pestovanie kríkov koky, zdroja kokaínu, sa naďalej sústreďuje v troch krajinách andského regiónu. Podľa odhadov úradu UNODC (2010b) za rok 2009 sa kríky

koky pestovali celkovo na 158 000 hektároch, čo predstavuje potenciálnu produkciu od 842 do 1 111 ton čistého kokaínu v porovnaní s odhadovanými 865 tonami v roku 2008 (UNODC, 2010b). Výmera pestovania koky sa v roku 2009 odhadovala na 158 000 hektárov, čo je pokles oproti 167 600 hektárom v roku 2008; 5 % pokles, ktorý sa pripisuje zväčša zmenšeniu výmery pestovania koky v Kolumbii, ktoré nevyvážili nárasty v Peru a Bolívii.

Lístky koky sa upravujú na hydrochlorid kokaínu zväčša v Kolumbii, Peru a Bolívii, aj keď k tomu môže dochádzať aj v iných krajinách. Význam Kolumbie pri výrobe kokaínu podporujú aj informácie o odhalených laboratóriách a záchytoch manganistanu draselného, chemickej reagentie používanej pri výrobe hydrochloridu kokaínu. V roku 2008 bolo odhalených 3 200 kokaínových laboratórií (INCB, 2010b) a Kolumbii bolo zadržaných spolu 42 ton manganistanu draselného (90 % z celosvetových záchytov) (INCB, 2010a).

Z dostupných informácií vyplýva, že kokaín sa naďalej pašuje do Európy rôznymi vzdušnými a námornými trasami. Predtým, ako sa zásielky kokaínu dostanú do Európy, sa prepravujú cez krajiny ako Argentína, Brazília, Ekvádor, Venezuela a Mexiko. Na prepravu tejto drogy

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

	Kokaín	Crack ⁽¹⁾
Odhad celosvetovej výroby (v tonách)	842 - 1 111	n.a.
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	711 ⁽²⁾	n.a.
Zachytené množstvo (v tonách)		
EÚ a Nórsko	67	0,06
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(67)	(0,06)
Počet záchytov		
EÚ a Nórsko	95 700	10 100
(vrátane Chorvátska a Turecka)	(96 300)	(10 100)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)		
Rozpätie	37 - 107	45 - 82
(Medzikvartilové rozpätie) ⁽³⁾	(50 - 70)	
Rozsah priemernej čistoty (%)	13 - 62	20 - 89

⁽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 2008 okrem odhadov celosvetovej produkcie (2009), n.a., údaje nie sú k dispozícii.

Zdroj: UNODC (2010b) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

do Európy sa často využívajú karibské ostrovy. V posledných rokoch boli odhalené alternatívne trasy cez západnú Afriku (EMCDDA a Europol, 2010). Aj keď za rok 2008 bol uvedený „výrazný pokles“ záchytov kokáinu prechádzajúceho cez západnú Afriku (UNODC, 2009), je pravdepodobné, že významné množstvá drogy ešte stále prechádzajú týmto regiónom (EMCDDA a Europol, 2010).

Podľa všetkého pri pašovaní kokáinu do Európy sú miestami vstupu Pyrenejský polostrov, hlavne Španielsko, a nizozemské krajiny, hlavne Holandsko. V rámci Európy sa Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo často uvádzajú ako dôležité tranzitné krajiny alebo cieľové krajiny. Z najnovších správ tiež vyplýva, že nezákonne obchodovanie s kokáinom sa môže rozširovať aj smerom na východ (EMCDDA a Europol, 2010; INCB, 2010b). Súhrnné údaje za desať krajín strednej a východnej Európy poukazujú na nárast počtu záchytov kokáinu, zo 469 prípadov v roku 2003 na 1 212 v roku 2008, čo však ešte stále predstavuje len asi 1 % celkového počtu v Európe.

Záchyty

Najväčší podiel nezákonného obchodovania s drogami na svete patrí kokáinu, hneď za trávovým kanabisom a kanabisovou živicom. V roku 2008 na celosvetovej úrovni bol počet záchytov kokáinu zväčša stabilný na úrovni asi 711 ton (tabuľka 7) (UNODC, 2010b). Južná Amerika naďalej udáva najväčšie zachytené množstvá, čo predstavuje 60 % z celosvetového množstva (CND, 2009), za ňou nasleduje Severná Amerika s 28 % a západná a stredná Európa s 11 % (UNODC, 2009).

V Európe za posledných 20 rokov počet záchytov kokáinu stúpa, pričom najvýraznejšie od roku 2004. V roku 2008 sa počet záchytov kokáinu zvýšil na 96 000 prípadov, hoci sa celkové získané množstvo znížilo na 67 ton zo 121 ton v roku 2006 a 76 ton v roku 2007. Pokles celkového množstva zachyteného kokáinu sa vo veľkej miere pripisuje klesaniu získaného množstva v Španielsku a Portugalsku od roku 2006 ⁽⁸³⁾. Môže sa to vysvetľovať zmenami prepravných trás alebo postupov alebo zmenami priorít pri presadzovaní práva. V roku 2008 Španielsko naďalej uvádzalo najväčšie množstvá zachyteného kokáinu a najvyšší počet záchytov tejto drogy v Európe – približne polovicu celkového objemu. Táto analýza je predbežná, pretože doteraz nie sú k dispozícii údaje za rok 2008 za Holandsko, ktoré v roku 2007 uviedlo druhé najväčšie množstvá zachyteného kokáinu.

Laboratóriá na „sekundárnu extrakciu“ kokáinu v Európe

V tajných laboratóriách zriadených obchodníkmi s drogami na spracovanie kokáinu v Európe sa vykonávajú iné činnosti ako v kokáinových laboratóriách v Južnej Amerike, kde sa kokáinová báza alebo hydrochlorid extrahuje z listov koky alebo pasty z listov koky. Väčšina laboratórií, ktoré európske orgány činné v trestnom konaní neodhalili, podľa všetkého extrahujú kokáin z materiálov, do ktorých bol zapracovaný pred vývozom.

Hydrochlorid kokáinu a menej často kokáinová báza boli odhalené v celom rade rôznorodých „prenášačoch“ ako včelí vosk, hnojivo, odevy, byliny a kvapaliny. Proces zapracovania sa môže odlišovať v rafinovanosti od jednoduchého máčania odevov v roztoku kokáinu a vody až zapracovanie drogy do plastov. V tomto prípade je na extrakciu kokáinu potrebný reverzný chemický proces. Po extrakcii sa do látky môžu primiešavať rôzne látky na „rezanie“ kokáinu a lisujú sa do kokáinových tehličiek, do ktorých je vyryté logo, ktoré označuje vysokú čistotu kokáinu v krajinách výroby.

Europolu boli v roku 2008 doručené správy o odhalení asi 30 laboratórií rôznych veľkostí na „sekundárnu extrakciu“ kokáinu, všetky v Španielsku. V Holandsku bolo v Roosendaale v provincii Brabant odhalené stredne veľké laboratórium, v ktorom sa kokáin izoloval z kakaového prášku a alkoholického nápoja. Holandské orgány už rok predtým zneškodnili v tejto provincii dve laboratóriá na „sekundárnu extrakciu“, pričom zachytili osem ton plastu (polypropylénu) obsahujúceho kokáin. Z dokumentácie nájdenej v laboratóriách vyplynulo, že počas toho roka sa z Kolumbie doviezlo viac než 50 ton tohto plastu.

Čistota a cena

Priemerná čistota kokáinu sa pohybovala v rozpätí 25 % až 55 % v prípade väčšiny krajín, ktoré podali správy v roku 2008, aj keď nižšie hodnoty uviedlo Dánsko (len maloobchod, 23 %) a niektoré časti Spojeného kráľovstva (Škótsko, 13 %) a vyššie v Belgicku (59 %), Francúzsko (60 %) a Rumunsko (62 %) ⁽⁸⁴⁾. Dvadsaťjeden krajín poskytlo dostatočné údaje na analýzu trendov čistoty kokáinu za obdobie 2003 – 2008, pričom 17 krajín uviedlo pokles, tri stabilnú situáciu (Nemecko, Grécko, Francúzsko) a Portugalsko zaznamenalo nárast.

Priemerná maloobchodná cena kokáinu sa v roku 2008 pohybovala od 50 EUR do 70 EUR za gram v polovici zo 18 krajín, ktoré podali správu. Nižšie ceny boli uvedené v Poľsku a Portugalsku a vyššie v Českej republike, Taliansku, Lotyšsku a Švédsku. Všetky krajiny okrem jednej, ktoré poskytli dostatočné údaje na porovnanie, uviedli pokles maloobchodných cien kokáinu v období rokov

⁽⁸³⁾ Pozri tabuľky SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁸⁴⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-3 a PPP-7 v štatistickej ročenke 2010.

2003 až 2008. Len Poľsko uviedlo nárast za toto obdobie, hoci v roku 2008 zaznamenalo pokles.

Prevalencia a formy užívania

Užívanie kokainu v rámci celkovej populácie

Celkovo je kokain po kanabise druhou najčastejšie užívanou nezákonnou drogou v Európe, hoci úrovne jeho užívania sa medzi jednotlivými krajinami značne líšia. Odhaduje sa, že približne 14 miliónov Európanov ho užilo aspoň raz za život, čo je priemerne 4,1 % dospelých vo veku 15 až 64 rokov (pozri tabuľku 8 so zhrnutím údajov). Údaje za jednotlivé štáty sa líšia od 0,1 do 9,4 %, pričom 12 krajín z 24, zväčša sú stredo- a východoeurópske krajiny, uvádzajú veľmi nízke hodnoty celoživotnej prevalencie (0,5 – 2 %).

Odhaduje sa, že približne 4 milióny Európanov užilo túto drogu v minulom roku (priemerne 1,3 %), hoci opäť s rozdielmi medzi jednotlivými krajinami. V najnovších národných prieskumoch sa uvádzajú odhady prevalencie v minulom roku v rozsahu nula až 3,1 %. Odhad prevalencie užívania kokainu v minulom mesiaci v Európe predstavuje približne 0,5 % dospelých populácie alebo 2 milióny jednotlivcov.

Malý počet krajín uvádza úrovne užívania kokainu nad európskym priemerom (Dánsko, Španielsko, Írsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo). Vo všetkých týchto krajinách patrí kokain k najčastejšie užívaným nezákonným stimulujúcim drogám. Okrem Dánska, ktoré uvádza podobnú prevalenciu v prípade užívania kokainu a amfetamínov.

Užívanie kokainu medzi mladými dospelými

Odhaduje sa, že v Európe užilo kokain aspoň raz za život asi 8 miliónov mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov), alebo priemerne 5,9 % užilo kokain aspoň raz v živote. Údaje za jednotlivé krajiny sa pohybujú od 0,1 do 14,9 %. Európsky priemer užívania kokainu v minulom roku v tejto vekovej skupine sa odhaduje na 2,3 % (asi 3 milióny) a užívania v minulom mesiaci na 0,9 % (1,5 milióna).

Užívanie je obzvlášť vysoké medzi mladými mužmi (vo veku 15 – 34 rokov), u ktorých sa prevalencia užívania kokainu v minulom roku pohybuje v rozsahu 4 % až 8,4 % v Dánsku, Španielsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve⁽⁸⁵⁾. V 12 krajinách, ktoré podali správu, je

pomer mužov a žien, pokiaľ ide o prevalenciu užívania kokainu, v minulom roku medzi mladými dospelými najmenej 2:1⁽⁸⁶⁾.

Z prierezových prieskumov populácie a cielených prieskumov vyplýva, že užívanie kokainu je spojené so špecifickými spôsobmi života a prostrediami. Napríklad v analýze údajov Britského prieskumu kriminality 2008/2009 (British Crime Survey) sa zistilo, že spomedzi 16 až 24-ročných, ktorí štyri- alebo viackrát navštívili nočný podnik v minulom mesiaci, 14,2 % uvádza užitie kokainu v minulom mesiaci na rozdiel od 4,0 % spomedzi tých, ktorí nenavštívili nočný klub. Cielené prieskumy, ktoré sa nedávno uskutočnili v podnikoch s elektronickou hudbou v Českej republike, Holandsku, Rakúsku a Spojenom kráľovstve, poukázali na vysoké hodnoty celoživotného užívania kokainu, od 17,6 % do 86 %. Kokain možno priamo spájať s týmito prostrediami. V prieskume návštevníkov klubov v Amsterdame v roku 2008 uviedlo 4,6 % zo 646 respondentov, že užili kokain počas večera, keď sa uskutočnil prieskum, zatiaľ čo z prieskumu na mieste medzi 323 návštevníkmi klubov v Spojenom kráľovstve vyplynulo, že 2 % užilo alebo plánovalo užiť kokain počas večera.

Z prieskumov v rámci celkovej populácie sa zistilo, že prevalencia občasného nadmerného užívania alkoholu⁽⁸⁷⁾ je oveľa vyššia medzi užívateľmi kokainu ako v rámci celkovej populácie (EMCDDA 2009d). Holandsko uvádza tiež, že užívatelia môžu užívať kokain s cieľom vytriezvieť po nadmernom pití.

Užívanie kokainu medzi školákmi

Odhady prevalencie užívania kokainu medzi školákmi sú oveľa nižšie ako odhady prevalencie užívania kanabisu. Celoživotná prevalencia užívania kokainu medzi 15 až 16-ročnými školákmi v prieskume ESPAD z roku 2007 sa pohybuje od 1 % do 2 % v polovici 28 krajín, ktoré podali správu. Väčšina zvyšných krajín uviedla úrovne prevalencie 3 % až 4 %, pričom Francúzsko uvádza 5 % a Spojené kráľovstvo 6 %. Ak sú k dispozícii údaje od starších študentov (17 – 18-ročných), celoživotná prevalencia užívania kokainu je obvykle vyššia, v Španielsku až 8 %⁽⁸⁸⁾.

Medzinárodné porovnanie

Celkovo je odhadovaná prevalencia užívania kokainu v minulom roku nižšia medzi mladými dospelými v Európskej únii (2,3 %) ako medzi ich rovesníkmi v Austrálii (3,4 %

⁽⁸⁵⁾ Pozri obrázok GPS-13 v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁸⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁸⁷⁾ Definované ako šesť alebo viac pohárikov alkoholického nápoja, ktoré sa vypije pri tej istej príležitosti aspoň raz za týždeň počas posledných 12 mesiacov.

⁽⁸⁸⁾ Pozri tabuľky EYE-3 až EYE-10 v štatistickej ročenke 2010.

Tabuľka 8: Prevalencia užívania kokainu v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	14 miliónov	4 milióny	2 milióny
Priemer v Európe	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Rozsah	0,1 – 9,4 %	0,0 – 3,1 %	0,0 – 1,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Malta (0,4 %) Litva (0,5 %) Grécko (0,7 %)	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Maďarsko, Poľsko, Litva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumunsko, Grécko (0,0 %) Malta, Švédsko, Poľsko, Litva, Estónsko, Fínsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (9,4 %) Španielsko (8,3 %) Taliansko (7,0 %) Írsko (5,3 %)	Španielsko (3,1 %) Spojené kráľovstvo (3,0 %) Taliansko (2,1 %) Írsko (1,7 %)	Spojené kráľovstvo (1,5 %) Španielsko (1,1 %) Taliansko (0,7 %) Rakúsko (0,6 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	8 miliónov	3 milióny	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Rozsah	0,1 – 14,9 %	0,1 – 6,2 %	0,0 – 2,9 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Grécko (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Poľsko, Litva (0,3 %) Maďarsko (0,4 %)	Rumunsko (0,0 %) Grécko, Poľsko, Litva (0,1 %) Maďarsko, Estónsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (14,9 %) Španielsko (11,8 %) Dánsko (9,5 %) Írsko (8,2 %)	Spojené kráľovstvo (6,2 %) Španielsko (5,5 %) Dánsko (3,4 %) Írsko (3,1 %)	Spojené kráľovstvo (2,9 %) Španielsko (1,9 %) Taliansko (1,1 %) Írsko (1,0 %)
<p>Odhady prevalencie v Európe sú založené na vážených priemeroch z najnovších národných prieskumov uskutočnených od roku 2001 do roku 2008/2009 (hlavne v období rokov 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 v rámci celkovej populácie“ v štatistickej ročenke 2010.</p>			

medzi 14 – 39-ročnými), Kanada (4,0 %) a USA (4,5 % medzi 16 – 34-ročnými). Dánsko však uvádza rovnaký údaj ako Austrália, zatiaľ čo údaje za Španielsko a Spojené kráľovstvo sú vyššie ako za Kanadu a USA (obrázok 7).

Trendy v užívaní kokainu

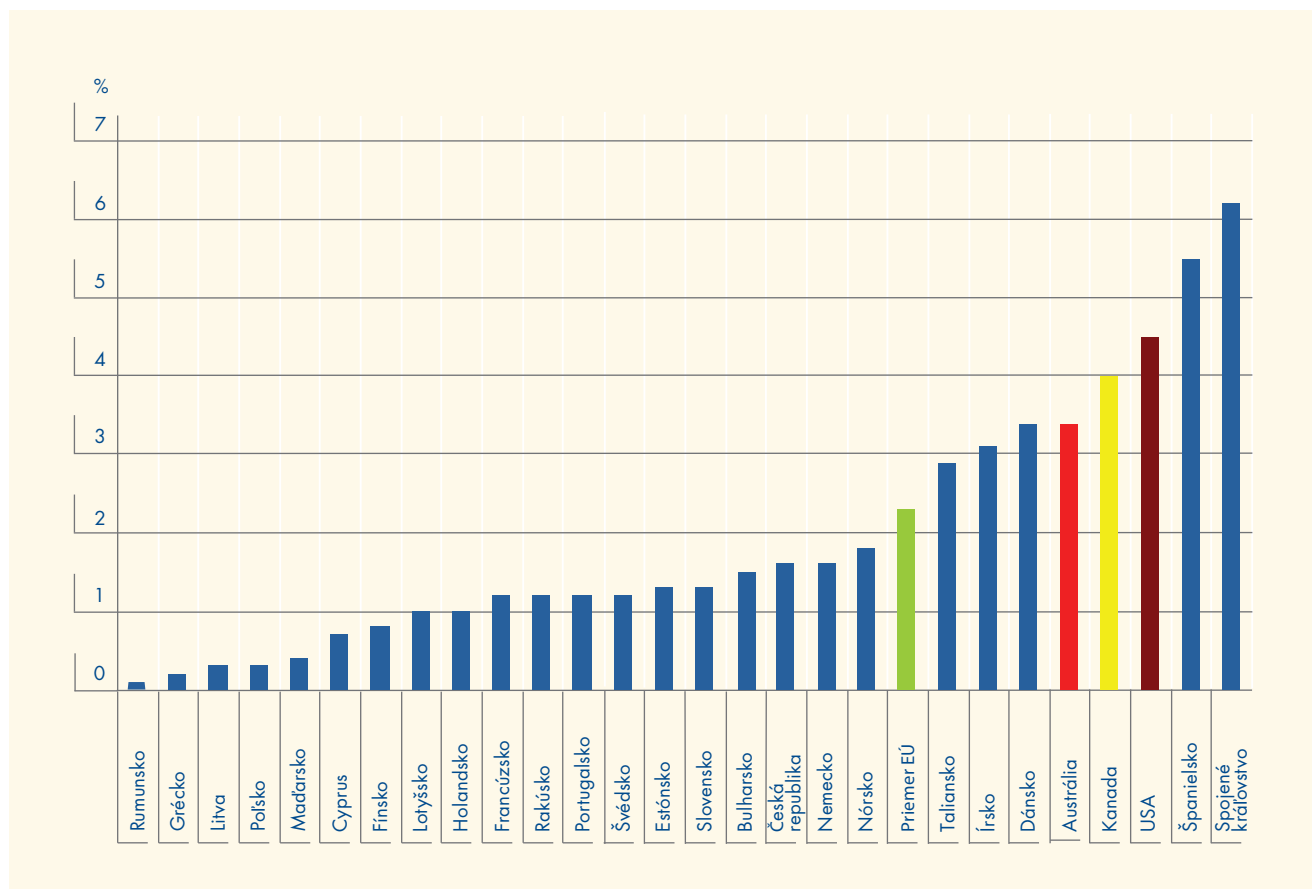
Trendy v užívaní kokainu v Európe sa vyvíjali rozdielne. V dvoch krajinách s najvyššou prevalenciou užívania kokainu (Španielsko a Spojené kráľovstvo) sa užívanie drog dramaticky zvýšilo koncom 90. rokov predtým, ako sa tento trend trochu stabilizoval, aj keď je všeobecne rastúci. V troch ďalších krajinách (Dánsko, Írsko a Taliansko) nárast prevalencie bol menej výrazný a došlo k nemu neskôr. Úroveň užívania v týchto krajinách sú napriek tomu vysoké podľa európskych štandardov. Medzi krajinami s opakovanými prieskumami od roku 1998 do 2008/2009 sa minuloročná prevalencia medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) zdá byť stabilnejšou,

pričom jej hodnota počas tohto obdobia zostala pod úrovňou 2 % (obrázok 8).

Pri pohľade na novšie trendy v rámci 15 krajín s opakovanými prieskumami počas obdobia 2003 – 2008 sa minuloročná prevalencia medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) prinajmenšom zdvojnásobila, ale aj tak bola ešte pod 2 % v troch krajinách (Bulharsko, Česká republika, Lotyšsko). Zvýšila sa asi o 50 % v dvoch krajinách (Írsko, Spojené kráľovstvo) a zostala na stabilnej úrovni alebo sa znížila v ôsmich krajinách (Nemecko, Estónsko, Litva, Maďarsko, Rakúsko, Poľsko, Slovensko, Fínsko).

V prieskumoch ESPAD v školách, ktoré sa uskutočnili v roku 2007, sa celoživotná prevalencia užívania kokainu 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. V rámci piatich krajín,

Obrázok 7: Prevalencia užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v Európe, Austrálii, Kanada a USA



Poznámka: Údaje sú z posledného prieskumu dostupného za každú krajinu. Európsky priemer miery prevalencie bol vypočítaný ako priemer národných mier prevalencie vážených podľa obyvateľov krajiny vo veku 15 až 34 rokov (2006, prevzaté z Eurostatu). Údaje za USA a Austráliu boli prepočítané z pôvodných výsledkov prieskumu na vekovú skupinu vo veku 16 až 34 rokov. Ďalšie informácie sa uvádzajú v obrázku GPS-20 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox. SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (Úrad aplikovaných štúdií). National survey on drug use and health, 2008. Kanada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey. Australian Institute of Health and Welfare (Austrálsky inštitút zdravia a sociálneho zabezpečenia) 2008. Prieskum v domácnostiach Národnej protidrogovej stratégie 2007. Prieskum domácností v rámci národnej protidrogovej stratégie 2007: podrobné zistenia. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

ktoré uskutočnili prieskumy na školách v roku 2008, neboli uvedené zmeny väčšie zmeny ako 1 %.

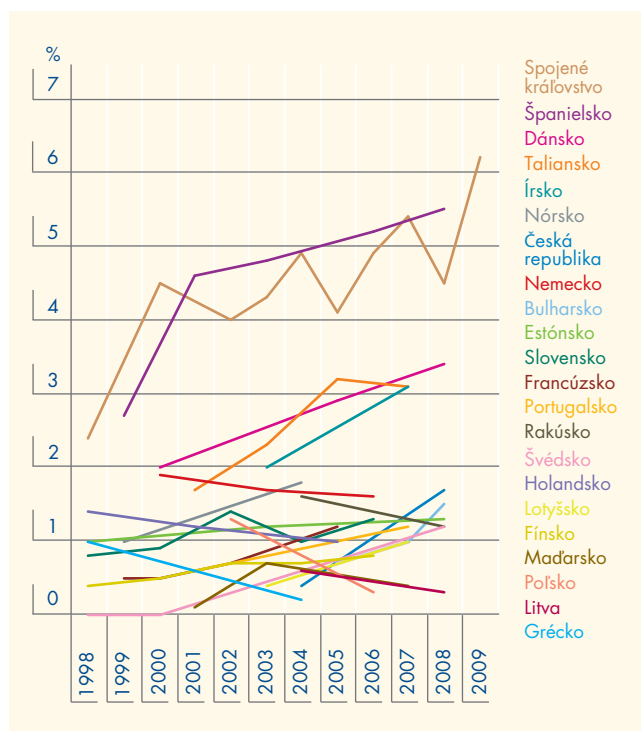
Formy užívania kokaínu

V niektorých európskych krajinách značný počet ľudí experimentuje s užívaním kokaínu len raz alebo dva razy (Van der Poel a kol., 2009). V rámci pravidelnejších alebo silných užívateľov kokaínu možno rozlišovať medzi dvomi skupinami. Prvú skupinu tvoria „sociálne integrovaní“ užívatelia, ktorí zvyknú užívať kokaín po víkendoch, na večierkoch alebo pri iných osobitných príležitostiach, niekedy vo veľkom množstve („orgie“) alebo často. Mnohí sociálne integrovaní užívatelia uvádzajú, že majú užívanie kokaínu pod kontrolou, napr. stanovením pravidiel o množstve, frekvencii alebo

kontexte užívania (Decorte, 2000). Niektorí z týchto užívateľov môžu trpieť zdravotnými problémami v súvislosti s užívaním kokaínu, alebo sa u nich vyvinú kompulzívne formy užívania, ktoré si vyžadujú liečbu. Zo štúdií však vyplýva, že značná časť osôb s problémami súvisiacimi s kokaínom sa môže zotaviť bez formálnej liečby (Cunningham, 2000).

Do druhej skupiny patria „marginalizovanejší“ alebo „sociálne vylúčení“ užívatelia vrátane bývalých alebo súčasných užívateľov, ktorí môžu užívať crack alebo injekčne užívať kokaín. Aj v tejto skupiny sú silní užívatelia kokaínu a „cracku“, ktoré patria do sociálne znevýhodnených skupín, napr. sexuálni pracovníci alebo prisťahovalci (Prinzleve a kol., 2004).

Obrázok 8: Trendy prevalencie užívania kokáinu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 - 34 rokov)



Poznámka: Ďalšie informácie pozri na obrázku GPS-14 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Zdravotné následky užívania kokáinu

Zdravotné následky užívania kokáinu sa zvyknú podceňovať. Je to čiastočne kvôli často nešpecifickej alebo chronickej povahe patológií, ktoré vznikajú v dôsledku dlhodobého užívania kokáinu, a aj kvôli ťažkostiam pri určení kauzálnych väzieb medzi ochorením a užívaním drogy⁽⁸⁹⁾. Pravidelné užívanie kokáinu, vrátane šnupania, môže mať súvis s kardiovaskulárnymi, neurologickými a psychiatrickými problémami a rizikom úrazov a prenosu infekčných chorôb prostredníctvom nechráneného sexu (Brugal a kol., 2009). V štúdiu uskutočnenej v USA sa ukázalo, že približne 5 % užívateľov kokáinu sa môže stať závislými počas prvého roka užívania, aj keď z dlhodobého hľadiska sa závislosť vyvinula len asi u 20 % užívateľov (Wagner a Anthony, 2002).

Zo štúdií v krajinách s vysokou úrovňou užívania vyplýva, že značná časť problémov so srdcovou činnosťou u mladých ľudí by mohla súvisieť s užívaním kokáinu (Qureshi a kol., 2001). V týchto krajinách sa užívanie kokáinu podľa všetkého tiež podieľa na značnom podiele akútnych prípadov v nemocniciach súvisiacich s drogami, napr. 32 % v Holandsku a väčšina v Španielsku a USA. V nedávnej štúdií v Španielsku medzi 720 pravidelnými

užívateľmi kokáinu vo veku 18 a 20 rokov, ktorí neboli pravidelnými užívateľmi heroínu, sa zistilo, že 27 % prekonalo v minulom roku akútnu intoxikáciu kokáinom. Z nich 35 % uviedlo symptómy psychózy (halucinácie alebo delírium) a viac než 50 bolesti v hrudi (Santos a kol., v tlači).

Kokaínové injekcie a užívanie cracku sú spojené s najvyššími zdravotnými rizikami (vrátane kardiovaskulárnych a duševných zdravotných problémov). Tieto sa zvyčajne vysupňujú v dôsledku spoločenskej marginalizácie a ďalších špecifických problémov, ako sú riziká spojené s injekčným užívaním (EMCDDA, 2007c).

Celkove existujú náznaky značného a pravdepodobne narastajúceho zaťaženia zdravotníctva súvisiaceho s užívaním kokáinu v Európe, ktoré ešte nie je úplne identifikované a uznané. Nedávno sa objavili aj obavy týkajúce sa súvisu medzi užívaním kokáinu a násilnými trestnými činmi v prostredí nočného života (night-time economy) (Measham a Moore, 2009).

Problémové užívanie kokáinu a dopyt po liečbe

Pravidelní užívatelia kokáinu, ktorí ho užívajú dlhé obdobie a ktorí túto látku užívajú injekčne, sú podľa EMCDDA definovaní ako problémoví užívatelia kokáinu. Z odhadov veľkosti tejto populácie je možné aproximáciou zistiť počet užívateľov, ktorí môžu potrebovať liečbu. Sociálne integrovaní problémoví užívatelia kokáinu sú však nedostatočne zastúpení v týchto odhadoch, aj keď tiež môžu potrebovať liečbu. Národné odhady problémového užívania kokáinu sú dostupné len za Taliansko, zatiaľ čo regionálne odhady a odhady crack kokáinu sú k dispozícii za Spojené kráľovstvo (Anglicko). V Taliansku sa počet problémových užívateľov kokáinu odhadoval asi na 172 000 (4,2 až 4,6 na 1 000 užívateľov vo veku 15 - 64 rokov) v roku⁽⁹⁰⁾. Údaje o trende problémového užívania kokáinu a ďalšie zdroje údajov poukazujú na postupný nárast užívania kokáinu v Taliansku.

Užívanie cracku je veľmi neobvyklé medzi sociálne integrovanými užívateľmi kokáinu a vyskytuje sa hlavne medzi marginalizovanými a znevýhodnenými skupinami, napr. sexuálnymi pracovníkmi, problémovými užívateľmi opiátov a niekedy špecifickými etnickými menšinami (napr. Francúzsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Je ho možné pozorovať najmä v niektorých európskych mestách (Prinzleve a kol., 2004; Connolly a kol., 2008). Najviac požiadaviek na liečbu a najväčší počet záchytov drogy v Európe sa uvádza v Spojenom kráľovstve. V Londýne sa užívanie cracku považuje za najdôležitejšiu súčasť

⁽⁸⁹⁾ Pozri rámček „Úmrtia zapríčinené kokáinom“ v kapitole 7.

⁽⁹⁰⁾ Pozri tabuľku PDU-102 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

Levamisol ako prímies do kokaínu

Prímiesi alebo „látky na rezanie“ sú látky úmyselne pridávané k drogám najmä v práškovom stave na zvýšenie predajnej hodnoty a zisku. Odlišujú sa od nečistôt, čo sú malé množstvá nežiaducich látok pri výrobe (King, 2009).

Vďaka svojej vysokej cene môže byť kokaín „rezaný“ niekoľkokrát jednou alebo viacerými látkami. Môžu to byť inertné riedidlá (napr. cukry a škrob), ktoré zväčšia objem drogy. Farmakologicky aktívne prímiesi sa môžu použiť na posilnenie alebo napodobnenie účinkov drogy alebo zlepšenie jej vzhľadu. Do tejto kategórie patria analgetiká (napr. paracetamol), lokálne anestetiká (napr. lidokain), antihistaminiká (napr. hydroxyzín), diltiazem a atropín (Meijers, 2007).

Užívanie levamisolu (l-tetramisole) ako prímiesi do kokaínu sa uvádza v USA a Európe od roku 2004. Levamisol sa používa ako antiparazitický prípravok vo veterinárnej medicíne a predtým sa používal v humánnej medicíne ako imunostimulant. Pri dlhodobom užívaní vo vysokých dávkach môže spôsobovať nežiaduce účinky, z ktorých najväčšie znepokojenie vyvoláva agranulocytóza (¹).

V záchytoch kokaínu bežne nedochádza k odhaleniu levamisolu a jeho množstvo sa len zriedkavo kvantifikuje. Z dostupných informácií však vyplýva nárast, pokiaľ ide o podiel kokaínových vzoriek s prímiesou levamisolu aj pokiaľ ide o koncentráciu levamisolu v droge. Toto viedlo k vydaniu výstrahy a zavedeniu zberu ďalších údajov na základe výstrahy z európskeho systému včasného varovania (pozri kapitolu 8). V rámci výstrahy verejného zdravotníctva vydanéj v USA bolo oznámené, že levamisol obsahovalo viac než 70 % záchytoch kokaínu analyzovaných v roku 2009 (²) a do konca tohto roku bolo zaznamenaných v krajine 20 potvrdených alebo pravdepodobných prípadov agranulocytózy (s dvomi úmrtiami). Počet prípadov v pomere s počtom užívateľov kokaínu je však zrejme veľmi nízky.

(¹) Agranulocytóza je hematologický stav, ktorý vedie k rýchlo sa rozvíjajúcim život ohrozujúcim infekciám.

(²) Tlačová správa úradu SAMHSA (Úradu pre služby a liečbu v súvislosti so zneužívaním psychotropných látok).

drogového problému mesta. Odhady problémového užívania crack kokaínu v Anglicku z rokov 2006/2007 sa pohybujú od 1,4 do 17,0 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom vnútroštátny priemer je 5,2 – 5,6 prípadov na 1 000 (⁹¹). Odhaduje sa, že viac než dve tretiny problémových užívateľov cracku sú aj problémoví užívatelia opiátov.

V krajinách s najvyššími úrovňami prevalencie kokaínový prášok alebo crack kokaín často užívajú užívatelia opiátov, ktorí sa podrobujú substitučnej liečbe (hlavne Španielsko, Taliansko, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Užívanie

kokaínu a alkoholu sa tiež vyskytuje u pacientov v substitučnej liečbe.

Dopyt po liečbe

Kokaín, hlavne práškový kokaín, uvádza ako hlavný dôvod nástupu na liečbu približne 17 % všetkých klientov protidrogovej liečby v roku 2008, čo zodpovedá okolo 70 000 prípadom v 27 európskych krajinách. Spomedzi tých, ktorí nastupujú na liečbu po prvýkrát, je vyšší podiel tých, ktorí uvádzajú kokaín ako svoju primárnu drogu (24 %).

Medzi jednotlivými krajinami sú značné rozdiely, pokiaľ ide o podiel a počet klientov užívajúcich kokaín ako primárnu drogu. Najvyššie podiely uvádza Španielsko (46 %), Holandsko (33 %) a Taliansko (28 %). V Belgicku, Írsku, na Cypre, v Luxembursku a Spojenom kráľovstve predstavujú klienti užívajúci kokaín 11 % až 15 % všetkých klientov užívajúcich drogy. Inde v Európe pripadá na kokaín menej ako 10 % klientov v protidrogovej liečbe, pričom osem krajín uvádza menej ako 1 % (⁹²).

Počet klientov nastupujúcich na protidrogovú liečbu pre primárne užívanie kokaínu sa v Európe už niekoľko rokov zvyšuje, hoci tento trend výrazne ovplyvňuje niekoľko krajín (Španielsko, Taliansko, Holandsko, Spojené kráľovstvo). Na základe údajov 17 krajín, ktoré podali správu, počet klientov užívajúcich kokaín, ktorí nastupujú na liečbu, sa zvýšil asi z 37 000 v roku 2003 na 52 000 v roku 2008, pričom ich podiel vzrástol zo 17 % na 19 % všetkých klientov. Medzi klientmi, ktorí po prvýkrát nastupujú na liečbu, sa počet klientov užívajúcich kokaín zvýšil približne z 18 000 na 28 000 a ich podiel z 22 % na 27 % (na základe údajov z 18 krajín). Spomedzi krajín s najvyššími počtami klientov užívajúcich kokaín uvádza od roku 2005 Španielsko, Taliansko a Holandsko stabilnú situáciu alebo klesajúci trend, pokiaľ ide o počet a podiel nových klientov uvádzajúcich kokaín ako svoju primárnu drogu, zatiaľ čo Spojené kráľovstvo uvádza zvýšenie (⁹³).

Profil liečených klientov

Uvádza sa, že takmer všetci klienti užívajúci kokaín sa liečia v ambulantných zariadeniach, hoci niektorí užívatelia kokaínu sa môžu liečiť na súkromných klinikách, ktoré takmer nie sú zastúpené v rámci súčasného monitorovacieho systému.

U klientov užívajúcich kokaín liečených ambulantne je jeden z najvyšších pomerov medzi mužmi a ženami (päť mužov na každú ženu) a jeden z najvyšších vekových

(⁹¹) Pozri tabuľku PDU-103 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

(⁹²) Pozri obrázok TDI-2 a tabuľky TDI-5 (časť i) a (časť ii) a TDI-24 v štatistickej ročenke 2010; údaje za Španielsko sa vzťahujú na rok 2007.

(⁹³) Pozri tabuľky TDI-1 a TDI-3 v štatistickej ročenke 2010.

priemerov (okolo 32 rokov) spomedzi klientov zúčastňujúcich sa na protidrogovej liečbe. Platí najmä v prípade niektorých krajín s veľkým počtom klientov, ktorí sú primárnymi užívateľmi kokainu, predovšetkým v Taliansku, kde je pomer medzi mužmi a ženami 6:1 a priemerný vek 34 rokov. Užívatelia kokainu ako primárnej drogy uvádzajú vyšší vek v prípade prvého užitia svojej hlavnej drogy (22,3 rokov, 87 % pred dosiahnutím 30 rokov) v porovnaní s primárnymi užívateľmi iných drog a priemerný časový posun medzi prvým užitím kokainu a prvým nástupom na liečbu je asi deväť rokov.

Väčšina kokainových klientov túto drogu šnupe (63 %) alebo fajčí (31 %), pričom len 3 % uvádza jej injekčné užívanie⁽⁹⁴⁾. Takmer polovica z nich užívala drogu od jeden- po šesťkrát týždenne pred nástupom na liečbu, 26 % ju užívalo denne a 25 % ju neužívalo počas tohto obdobia⁽⁹⁵⁾. Analýzou údajov z liečby zo 14 krajín v roku 2006, sa zistilo, že okolo 63 % klientov užívajúcich kokain sú užívateľmi viacerých drog. Spomedzi nich 42 % užíva aj alkohol, 28 % kanabis a 16 % heroín. Kokain uvádza ako sekundárnu drogu aj 32 % ambulantných pacientov užívajúcich heroín ako primárnu drogu (EMCDDA, 2009d).

V roku 2008 približne 10 000 klientov uviedlo, že nastúpili na ambulantnú liečbu z dôvodu užívania crack kokainu ako primárnej drogy, čo predstavuje 16 % všetkých klientov užívajúcich kokain a 3 % všetkých ambulantne liečených klientov užívajúcich drogy. Väčšinu klientov užívajúcich crack (okolo 7 500) uvádza Spojené kráľovstvo, kde tvoria 42 % klientov užívajúcich kokain a 5,6 % všetkých klientov užívajúcich drogy. Holandsko tiež uvádza, že klienti užívajúci crack tvorili významný podiel všetkých nastupujúcich na liečbu v roku 2008⁽⁹⁶⁾.

Celkovo boli identifikované dve skupiny liečených klientov užívajúcich kokain: sociálne integrovaní jednotlivci, ktorí užívajú práškový kokain, a marginalizovanejšia skupina klientov užívajúcich kokain, často crack kokain, 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 užívateľov z tejto skupiny odporúčal na liečenie systém trestného súdництва. Druhá skupina často uvádza injekčné užívanie drog, užíva kokain aj opiáty, niekedy fajčí crack a prezentuje nebezpečné zdravotné a sociálne podmienky. V tejto skupine, ktorá zahŕňa bývalých užívateľov heroínu, ktorí znovu nastupujú na protidrogovú liečbu na základe užívania kokainu,

môže byť identifikácia primárnej drogy zložitá (NTA, 2010)⁽⁹⁷⁾.

Liečba a znižovanie škôd

Poskytovanie liečby

V Európe sa liečba závislosti od kokainu a crack kokainu spravidla poskytuje v špecializovaných ambulantných zariadeniach. V súčasnosti nie je dostupná žiadna farmakoterapia a klientom užívajúcim kokain sa poskytuje psychosociálna liečba, ako napríklad poradenstvo a kognitívno-behaviorálne terapie. Niektoré krajiny poskytujú usmernenie pre liečbu problémov s užívaním kokainu (napr. Nemecko, Spojené kráľovstvo). Usmerenia v Spojenom kráľovstve odporúčajú v závislosti od potrieb klienta od troch do dvadsiatich stretnutí v rámci liečby s cieľom riešiť rozpoltenosť, pokiaľ ide o zmenu, zlepšiť rozpoznávanie a kontrolu podnetov a nutkania na užívanie kokainu, zníženie škôd súvisiacich s užívaním kokainu a zabránenie relapsu (NTA, 2006).

V Európe sa farmakoterapia používa spravidla na poskytnutie úľavy od symptómov závislosti od kokainu, najmä úzkosti. V rámci kvalitatívnej štúdie skúmajúcej súčasné postupy liečby kokainovej závislosti vo Francúzsku sa zistilo, že napriek obmedzeným dôkazom o účinnosti, sa predpisovali konkrétne lieky, napríklad metylfenidát, modafinil alebo topiramát na zníženie túžby po droge alebo na substitučné účely (Escots a Suderie, 2009).

V Európe sa verejné zariadenia protidrogovej liečby zväčša orientujú na potreby užívateľov opiátov a sociálne integrovaní užívateľa kokainového prášku sa môžu zdráhať zúčastniť sa liečby, pretože majú pocit hanby. Dánsko, Írsko, Taliansko a Rakúsko preto pripravili pre túto skupinu špeciálne programy. Spoločným prvkom je možnosť poskytovať liečbu mimo pravidelných ordinačných hodín, aby si mohli prispôbiť pracovné povinnosti a aby sa zabezpečila diskretnosť.

Dve nedávne štúdie sa zaoberali účinnosťou psychosociálnej liečby poskytovanej užívateľom práškového kokainu (NTA, 2010) a crack kokainu (Marsden a kol., 2009) v anglických liečebných zariadeniach. V oboch sa porovnávali zmeny užívania drog pred a po šesťmesačnej liečbe (alebo škôr v prípade prepustenia z liečby). V prvej štúdii 61 % užívateľov práškového kokainu (1 864 z 3 075) prestalo drogu

⁽⁹⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-17 (časť iv) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁹⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-18 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽⁹⁶⁾ Od roku 2008 Holandsko považuje klientov užívajúcich kokain, ktorí uvádzajú „fajčenie“ ako spôsob užívania, za užívateľov cracku. Toto viedlo k výraznému nárastu uvedeného počtu v predchádzajúcich rokoch. K nedostatočnej identifikácii klientov užívajúcich crack môže tiež dochádzať v iných krajinách.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-11 (časť iii), TDI-21 a TDI-103 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

užívať a ďalších 11 % výrazne znížilo jej používanie. V druhej štúdií sa 52 % užívateľov cracku (3 941 zo 7 636) zdržalo užívania po šiestich mesiacov od liečby. Menej pozitívny je výsledok v prípade substitučnej liečby závislosti od opiátov, ktorá nebola taká účinná v prípade klientov užívajúcich heroín a crack kokaín ako v prípade klientov užívajúcich len heroín. Toto zistenie potvrdzuje škodlivý vplyv súčasného užívania kokaínu alebo crack kokaínu na výsledky substitučnej liečby a zdôrazňuje potrebu vypracovania nových stratégií na liečbu kombinovanej závislosti od heroínu a kokaínu alebo crack kokaínu.

Nové štúdie liečby závislosti od kokaínu

V prípade liečby závislosti od kokaínu sa hodnotilo viac než 50 rôznych liekov. Nepreukázalo sa, že by niektorý z nich bol jednoznačne účinný, a ani Európska agentúra pre lieky, ani Úrad pre kontrolu potravín a liečiv USA neschválili žiadny liek na liečbu závislosti od kokaínu (Kleber a kol., 2007). Registrovaných je však viac než 100 prebiehajúcich randomizovaných kontrolných štúdií na testovanie nových látok, niekedy v spojení s psychologickými intervenciami.

Užívanie disulfiramu, látky, ktorá pôsobí na metabolizmus alkoholu, sa spájalo so znížením užívania kokaínu u pacientov postihnutých aj alkoholizmom. Zníženie sa pripisovalo obmedzeniu straty zábran a narušenia úsudku vplyvom alkoholu. V nových štúdiách sa zistil aj priamy vplyv disulfiramu na metabolizmus kokaínu. Vzhľadom na obmedzenú kvalitu dôkazov sa však navrhlo, aby klinickí

Kokaínová vakcína

Kokaínová vakcína bola po prvýkrát testovaná začiatkom 90. rokov minulého storočia na zvieratách. Po podaní vakcína vyvolá tvorbu protilátok, ktoré sa viažu na molekuly kokaínu v krvnom obeh, čím sa umožní, aby ich prirodzene sa vyskytujúce enzýmy premenili na neaktívne molekuly.

Prvá randomizovaná kontrolovaná skúška vakcíny sa uskutočnila v USA a bolo do nej zapojenej 115 subjektov absolvujúcich substitučnú liečbu závislosti od opiátov. V rámci štúdie sa zistilo, že subjekty, ktorým bola podaná vakcína a vytvorila sa u nich príslušná úroveň protilátok, zachovali abstinenciu. Avšak len u štyroch z desiatich (38 %) očkovaných užívateľov opiátov sa dosiahla úroveň protilátok, ktoré zabezpečili dvojmesačnú blokádu kokaínu (Martell a kol., 2009). Podobné výsledky boli zaznamenané v neskoršej štúdií na desiatich užívateľoch kokaínu mužského pohlavia, ktorí drogu fajčili, boli závislí a nevyhľadávali protidrogovú liečbu.

lekári porovnali prípadné prínosy s prípadným nežiaducim účinkom disulfiramu (Pani a kol., 2010).

Užívanie viacerých antikonvulzívnych látok sa hodnotilo v 15 štúdiách zahŕňajúcich 1 066 pacientov (Minozzi a kol., 2009). Lieky neboli výrazne lepšie ako placebo pre udržanie pacientov v liečbe, zníženie počtu a typu vedľajších účinkov alebo zníženie užívania kokaínu. Antipsychotické látky sa posudzovali v siedmich štúdiách zahŕňajúcich 293 pacientov (Amato a kol., 2009). Štúdie boli spravidla príliš malé na to, aby mohli potvrdiť možné účinky, dostupné výsledky však nepodporujú užívanie týchto liekov v liečbe závislosti od kokaínu.

V prípade pacientov podrobojúcich sa substitučnej liečbe závislosti od opiátov sa zistilo, že užívanie bupropionu, dextroamfetamínu a modafinilu sa spája s vyššou mierou nepretržitej abstinencie od kokaínu ako v prípade placebo (Castells a kol., 2010).

V prípade nefarmakologických intervencií niektoré psychosociálne intervencie poskytovali pozitívne výsledky v znížení miery zanechania liečby, znížení užívania kokaínu a zlepšení účasti, najmä keď sa poskytovali súčasne s motivačnou terapiou s odmenami (contingency management) (Knapp a kol., 2007). Viaceré prebiehajúce štúdie skúmajú ďalej účinky intervencií založených na stimuloch, v niektorých prípadoch v spojení s behaviorálnou terapiou a farmakologickými intervenciami. Na záver, liečba prostredníctvom ušnej akupunktúry neprinesla významné výsledky (Gates a kol., 2006).

Znižovanie škôd

Intervencie na zníženie škôd zamerané na problémových užívateľov cracku a kokaínu predstavujú v mnohých členských štátoch novú oblasť práce. Jednou z príčin obmedzeného poskytovania intervencií v tejto oblasti, najmä pre užívateľov cracku, môže byť nedostatok poznatkov o drogách, cieľovej skupine a jej potrebách v prípade kľúčových pracovníkov. Z nedávneho prehľadu intervencií na zníženie škôd v prípade užívateľov stimulantov vyplynulo, že väčšia pozornosť sa venovala špecifikovaniu škôd súvisiacich s užívaním kokaínu ako vypracovaniu intervencií na ich zníženie (Grund a kol., 2010).

Členské štáty zvyčajne poskytujú injekčným užívateľom kokaínu rovnaké služby a zariadenia ako užívateľom opiátov, a to: odporúčania o bezpečnejšom užívaní, školenie o bezpečnejšom injekčnom užívaní a programy výmeny ihli a striekačiek. Injekčné užívanie kokaínu sa však môže spájať s vyšším rizikom používania toho istého vybavenia viacerými osobami a častého vpichovania, čo môže viesť ku kolapsu žily a vpichovaniu na rizikovejších

častiach tela (napr. na nohách, rukách, chodidlách a slabinách). Preto by sa odporúčania o bezpečnejšom užívaní mali prispôbiť týmto špecifickým rizikám a politika výmeny použitých striekačiek za sterilné by sa mala vynechať. V dôsledku možného častého injekčného užívania by sa poskytovanie sterilného vybavenia injekčným užívateľom nemalo obmedziť (van Beek a kol., 2001). V niektorých krajinách (Španielsko, Francúzsko) niektoré nízko-rahové agentúry poskytujú čisté crackové fajky.

Intervencie na zníženie škôd zamerané na užívateľov kokáinového prášku v rekreačnom prostredí 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 kokáinu. Okrem zvyšovania informovanosti zväčša takmer neexistujú iné možnosti znižovania škôd pre túto cieľovú skupinu, ktorá predstavuje prevažnú väčšinu užívateľov kokáinu v Európe.



Kapitola 6

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog

Úvod

Užívanie heroínu, najmä injekčné užívanie tejto drogy sa úzko spája s problémami verejného zdravotníctva a sociálnymi problémami v Európe od 70. rokov minulého storočia. Dnes ešte stále pripadá v Európskej únii na túto drogu najväčší podiel morbidity a mortality súvisiacej s užívaním drog. Koncom 90. rokov minulého storočia bol zaznamenaný pokles užívania heroínu a súvisiacich problémov a prvé roky tohto storočia naznačujú, že v niektorých krajinách sa tento trend možno zmenil. Okrem toho správy o užívaní syntetických opiátov, napríklad fentanylu, a injekčnom užívaní stimulačných drog, napríklad kokáinu a amfetamínov, odrážajú rastúcu mnohostrannosť charakteru 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. Okrem toho niektoré opiátové drogy sa vyrábajú aj v Európe, najmä v rámci domácich výrobkov z maku siateho (napr. maková slama, makový koncentrát 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 zodpovedá za väčšinu celosvetovej produkcie 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 USA (UNODC, 2009). Odhaduje sa, že celosvetová výroba ópia sa znížila oproti vrcholu, ktorý dosiahla v roku 2007, najmä v dôsledku zníženia produkcie v Afganistane z 8 200 ton na

6 900 ton v roku 2009. Najnovší odhad celosvetovej potenciálnej produkcie heroínu je 657 ton, čo je pokles proti odhadovanej úrovni dosahujúcej 750 ton v roku 2007 aj v roku 2008 (UNODC, 2010b).

Heroín sa dostáva do Európy prevažne dvomi prepravnými trasami. Historicky významnou balkánskou cestou sa dováža heroín vyrobený v Afganistane cez Pakistan, Irán a Turecko a potom cez ďalšie tranzitné alebo cieľové krajiny (Albánsko, Maďarsko, Bulharsko, Česká republika, bývalé juhoslovenské republiky, Rumunsko, Slovensko, Rakúsko, Taliansko). Heroín sa dostáva do Európy aj „hodvábnu cestu“ cez strednú Áziu a Rusko a potom cez Bielorusko, Poľsko a Ukrajinu do, okrem iných, škandinávskych krajín cez Litvu (INCB, 2010b). V rámci

Tabuľka 9: Výroba, záchyty, cena a čistota heroínu

Výroba a záchyty	Heroín
Odhad celosvetovej produkcie (v tonách)	657
Zachytené množstvá v celosvetovom meradle (v tonách)	
Heroín	75
Morfín	17
Zachytené množstvo (v tonách)	
EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	8 (24)
Počet záchytov	
EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	54 400 (56 600)
Cena a čistota v Európe ⁽¹⁾	Hnedý heroín
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)	
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	25 - 133 (33 - 80)
Priemerná čistota (%)	
Rozsah	7 - 43
⁽¹⁾	Keďže málo krajín uvádza maloobchodnú cenu a čistotu bieleho heroínu, údaje sa neuvádzajú v tabuľke. Možno ich nájsť v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2010.
⁽²⁾	Rozpätie strednej polovice uvedenej priemernej ceny alebo čistoty.
Poznámka:	Údaje sú za rok 2008 okrem odhadu globálnej produkcie (2009).
Zdroj:	UNODC (2010b) pre celosvetové hodnoty, Národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

Európskej únii zohráva Holandsko a v menšej miere Belgicko úlohu dôležitých druhotných distribučných centier.

Záchyty

Záchyty ópia uvádzané v celosvetovom meradle sa od roku 2007 do 2008 výrazne zvýšili, z 510 ton na 657 ton (tabuľka 9). Irán zodpovedal za viac než 80 % celkových záchytov a Afganistan asi za 7 %. Celosvetové uvádzané záchyty heroínu sa zvýšili v roku 2008 na 75 ton, zatiaľ čo celosvetové záchyty morfinu klesli na 17 ton (UNODC, 2010b).

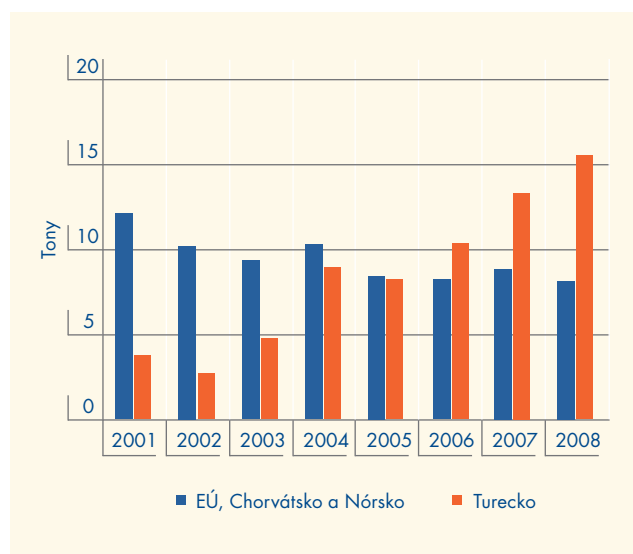
Výsledkom asi 56 600 záchytov v Európe v roku 2008 bolo zadržanie 23,6 ton heroínu. Spojené kráľovstvo naďalej uvádza najvyšší počet záchytov, pričom Turecko opäť uviedlo záchyt najväčšieho množstva, t. j. 15,5 ton zachytených v roku 2008 ⁽⁹⁸⁾. Z údajov za roky 2003 – 2008 z 26 krajín, ktoré podali správy vyplýva, že počet záchytov vzrástol od roku 2003. Celkový trend množstva zadržaného heroínu v Turecku sa líši od trendu zaznamenaného v Európskej únii (obrázok 9). Zatiaľ čo Turecko uviedlo od roku 2003 do 2008 trojnásobný nárast množstva zachyteného heroínu, množstvo zachytené v Európskej únii vykazuje malý pokles počas tohto obdobia, hlavne na základe poklesu, ktoré uviedlo Taliansko a Spojené kráľovstvo, dve krajiny zachytávajúce najväčšie množstvá v Európskej únii ⁽⁹⁹⁾.

Celosvetové záchyty anhydridu kyseliny octovej (používaného na výrobu heroínu) sa zvýšili z 57 300 litrov v roku 2007 na 199 300 litrov v roku 2008, pričom najväčšie zachytené množstvá uviedlo Slovinsko (86 100 litrov) a Maďarsko (63 600 litrov). INCB vyzýva Komisiu EÚ a členské štáty EÚ, aby zabránili zneužívaniu anhydridu kyseliny octovej z vnútorného trhu (INCB, 2010a).

Čistota a cena

V roku 2008 dosahovala stredná hodnota čistoty testovaného hnedého heroínu 15 % až 30 % vo väčšine krajín podávajúcich správy; nižšie stredné hodnoty uviedlo Francúzsko (11 %), Rakúsko (len maloobchod, 11 %) a Turecko (len maloobchod, 7 %) a vyššie stredné hodnoty uviedlo Bulharsko (31 %), Portugalsko (32 %), Rumunsko (43 %) a Nórsko (31 %). Od roku 2003 až 2008 sa čistota hnedého heroínu zvýšila v ôsmich krajinách, zatiaľ čo v štyroch zostala na stabilnej úrovni alebo klesla. V niekoľkých európskych krajinách, ktoré poskytli údaje, bola stredná hodnota čistoty bieleho heroínu vo

Obrázok 9: Odhadované množstvá heroínu zachyteného v Európskej únii, Chorvátsku a Nórsku a v Turecku



Poznámky: Celkové množstvo zachyteného heroínu vychádza z údajov zo všetkých krajín EMCDDA, ktoré podali správy (27 členských štátov EÚ, Chorvátsko, Turecko a Nórsko). Chýbajúce údaje sa získali extrapoláciou z údajov za najbližšie roky.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

všeobecnosti vyššia (30 – 50 %) vo väčšine krajín poskytujúcich správy ⁽¹⁰⁰⁾.

Maloobchodná cena hnedého heroínu bola naďalej vyššia v severských krajinách než v ostatnej Európe, pričom Švédsko uviedlo strednú hodnotu ceny 133 EUR za gram a Dánsko 107 EUR. V ôsmich krajinách, ktoré podávajú správy, sa maloobchodná cena hnedého heroínu pohybovala od 25 EUR do 80 EUR za gram. V období od roku 2003 až 2008 sa maloobchodná cena hnedého heroínu zvýšila v piatich z deviatich európskych krajín, ktoré uviedli časové trendy a klesla v štyroch. V niekoľkých krajinách, ktoré uviedli maloobchodnú cenu bieleho heroínu, sa pohybovala v roku 2008 od 24 EUR do 213 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, aj keď v niekoľkých krajinách sú dôležitou zložkou aj užívatelia amfetamínov a kokaínu. Vzhľadom na relatívne nízku prevalenciu a skrytú povahu tohto typu užívania drog na získanie odhadov prevalencie z dostupných zdrojov údajov sú potrebné metódy štatistickej extrapolácie (najmä

⁽⁹⁸⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2010. Upozorňujeme, že údaje za rok 2008 chýbajú, na odhad celkového množstva v Európe sa použili údaje za rok 2007.

⁽⁹⁹⁾ Toto je predbežná analýza, pretože doteraz nie sú k dispozícii údaje za Spojené kráľovstvo za rok 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2010.

údaje o protidrogovej liečbe a presadzovaní práva). Väčšina krajín je schopná poskytnúť špecifické odhady „problémových užívateľov opiátov“, treba však poznamenať, že sú to často užívatelia viacerých drog a údaje o prevalencii sú často oveľa vyššie v mestských oblastiach a medzi sociálne vylúčenými skupinami.

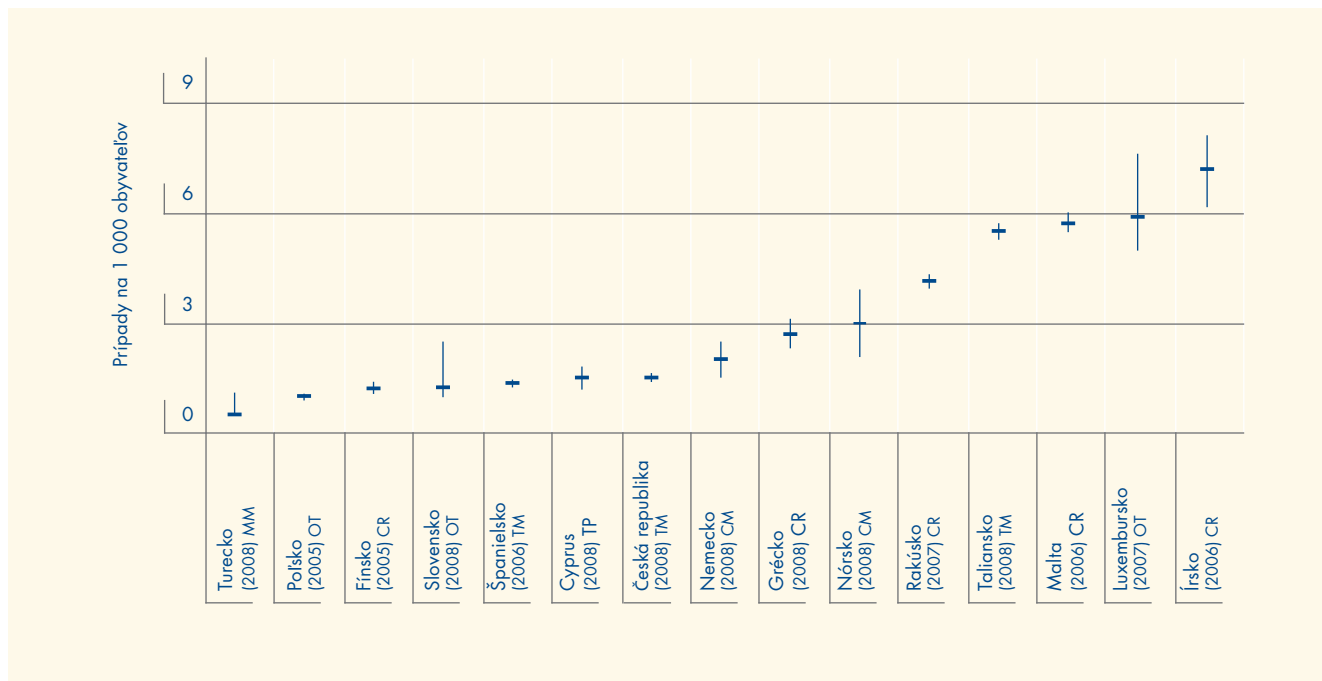
Odhady prevalence problémového užívania opiátov v európskych krajinách v období rokov 2003 až 2008 sa pohybujú zhruba medzi jedným až ôsmimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obrázok 10). Celková prevalencia problémového užívania sa odhaduje na dva až desať prípadov na 1 000. Krajiny, ktoré uvádzajú najvyššie dobre zdokumentované odhady problémového užívania opiátov sú Írsko, Malta, Taliansko a Luxembursko, pričom najnižšie odhady uvádza Česká republika, Cyprus, Lotyšsko, Poľsko a Fínsko (Česká republika aj Fínsko majú podľa odhadu veľký počet problémových užívateľov amfetamínov). Len údaje z Turecka sú nižšie ako jeden prípad na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov.

Priemerná prevalencia problémového užívania opiátov v Európskej únii a Nórsku sa odhaduje na 3,6 až 4,4 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Zodpovedá to približne 1,35 miliónom (1,2 – 1,5 miliónom) problémových užívateľov opiátov v Európskej únii a Nórsku v roku 2008 ⁽¹⁰¹⁾. Tento odhad zahŕňa užívateľov v substitučnej liečbe, avšak väzni, najmä s dlhšími trestami, môžu byť nedostatočne zastúpení.

Liečenie užívateľa opiátov

Opiáty naďalej uvádzala ako primárnu drogu väčšina (53 %) užívateľov nastupujúcich v roku 2008 na špecializovanú protidrogovú liečbu v Európe, pričom heroín uviedlo 48 % všetkých klientov ⁽¹⁰²⁾. V Európe sú však významné rozdiely v podiele užívateľov drog nastupujúcich na liečenie na základe problémov súvisiacich s týmito drogami, pričom klienti užívajúci opiáty tvoria viac ako 90 % užívateľov nastupujúcich na liečbu v Bulharsku, Estónsku a Slovinsku, od 50 % do 90 % v 15 krajinách a od 10 % do 49 % v ďalších deviatich

Obrázok 10: Odhady ročnej prevalence problémového užívania opiátov (v rámci populácie vo veku 15 – 64 rokov)



Poznámka: Vodorovná značka označuje odhad, zvislá značka označuje interval neurčitosti: 95% interval spoľahlivosti alebo založený na analýze citlivosti. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od rôznych metód odhadu a zdrojov údajov; porovnania by sa preto mali robiť opatrne. Pri štúdiách boli použité neštandardné vekové kategórie vo Fínsku (15 – 54), na Malte (12 – 64) a v Poľsku (všetky vekové kategórie). Všetky tri kategórie boli upravené na populáciu vo veku 15 – 64 rokov. V prípade Nemecka interval predstavuje najvyššiu a najnižšiu hranicu všetkých existujúcich odhadov a bodový odhad a jednoduchý priemer stredov. Metódy odhadu sú vo forme skratiek: CR = metóda spätného záchytu (capture-recapture); TM = multiplikátor liečby; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; TP = skrátaná Poissonová metóda; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku (časť ii) a tabuľke PDU-102 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽¹⁰¹⁾ Tento odhad bol upravený z 1,4 na 1,35 milióna na základe nových údajov. Na základe veľkých intervalov spoľahlivosti a skutočnosti, že odhad je založený na údajoch z rôznych rokov, nie je možné dospieť k záveru, že došlo k poklesu v prevalencii problémového užívania opiátov v Európe.

⁽¹⁰²⁾ Pozri obrázok TDI-2 (časť ii), tabuľky TDI-5 a TDI-113 v štatistickej ročenke 2010.

krajínach ⁽¹⁰³⁾. Okrem asi 200 000 nastupujúcich na liečbu, ktorí deklarovali opiáty ako primárnu drogu v roku 2008, ďalších 47 000 užívateľov iných drog uviedlo opiáty ako sekundárnu drogu ⁽¹⁰⁴⁾.

Mnohí užívatelia opiátov sú prijatí do programov poskytujúcich dlhodobú starostlivosť, najmä substitučnú liečbu. Toto sa odráža vo vyššom podiele primárnych užívateľov opiátov medzi užívateľmi drog, ktorí sú už v liečbe z predchádzajúcich rokov. Z nedávnej analýzy údajov, ktoré poskytlo deväť krajín, vyplynulo, že primárni užívatelia opiátov tvorili 61 % všetkých uvádzaných klientov v liečbe, pričom tvorili len 38 % klientov, ktorí nastúpili na liečbu po prvýkrát ⁽¹⁰⁵⁾.

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 ôsmich krajín s opakovanými odhadmi prevalencie v rokoch 2003 až 2008 naznačujú však relatívne stabilnú situáciu. Zjavný nárast pozorovaný v Rakúsku do roku 2005 posledný odhad nepotvrdili a teraz je pod úrovňou roku 2003. Írsko uviedlo nárast od roku 2001 do 2006, ktorý bol menej výrazný v Dubline (21 %) než mimo hlavného mesta (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

Keď nie sú dostupné aktuálne odhady o výskyte a prevalencii problémového užívania opiátov, aj tak sa dajú analyzovať časové trendy za použitia iných, hlavne nepriamych ukazovateľov, ako napríklad údajov o dopyte po liečbe. Na základe vzorky 19 krajín celkový počet primárnych užívateľov heroínu nastupujúcich na liečbu a užívateľov nastupujúcich na liečbu po prvýkrát vzrástol od roku 2003 do 2008 ⁽¹⁰⁷⁾. Ak sa zameriame na bližší časový rámec, v období rokov 2007 až 2008 sa v 11 krajinách zvýšil počet užívateľov nastupujúcich na liečbu na základe primárneho užívania heroínu. V prípade užívateľov nastupujúcich na liečbu po prvýkrát sa celkový stúpajúci trend v roku 2008 ustálil, aj keď šesť krajín ešte uviedlo zvýšené údaje ⁽¹⁰⁸⁾.

Údaje o úmrtiach zapríčinených drogami v roku 2008, ktoré sú väčšinou spojené s užívaním opiátov, neposkytujú žiadny náznak o návrate alebo znižovaní trendu

pozorovanom do roku 2003 (pozri kapitolu 7). Viac ako polovica krajín podávajúcich správu zaznamenala rastúci počet úmrtí zapríčinených drogami v období rokov 2007 až 2008 ⁽¹⁰⁹⁾. Počet záchytoch heroínu v Európe sa tiež zvýšil od roku 2003, zatiaľ čo zachytené množstvá v Európskej únii klesli. Zmena z klesajúceho na stúpajúci trend uvedená v prípade porušenia právnych predpisov súvisiacich s heroínom sa teraz potvrdila a väčšina krajín, ktoré poskytli dostatočné údaje, uvádzala nárast v období rokov 2003 – 2008.

Užívanie heroínu a liekov obsahujúcich opiáty novými skupinami vrátane sociálne integrovaných jednotlivcov a návštevníkov podujatí „technoparty“ zaznamenal francúzsky systém „TREND“, ktorý vychádza z kvalitatívnych i kvantitatívnych údajov. Ďalšie kvalitatívne štúdie (Eisenbach-Stangl a kol., 2009) tiež zaznamenali malý podiel užívateľov heroínu medzi cieľovými vzorkami sociálne integrovaných jednotlivcov. Môžu k nim patriť experimentálni užívatelia a osoby, ktoré užívanie drog dokážu kontrolovať (Shewan a Dalgarno, 2005; Warburton a kol., 2005).

Z dostupných údajov vyplýva, že klesajúci trend ukazovateľov opiátov pozorovaný do roku 2003 sa ustálil. Toto je možno najzreteľnejšie viditeľné od roku 2003 na záchytoch a úmrtiach zapríčinených 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 do roku 2007, čím sa zvýšili obavy, že tieto udalosti by mohli byť prepojené so zvýšenou dostupnosťou heroínu na európskom trhu.

Injekčné užívanie 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 predávkovanie drogami. Vo väčšine európskych krajín sa injekčné užívanie všeobecne spája s užívaním opiátov, aj keď v niektorých krajinách sa spája s užívaním amfetamínov. Iba 14 krajín bolo schopných poskytnúť najnovšie odhady prevalencie injekčného užívania drog, a to napriek ich dôležitosti pre verejné zdravotníctvo ⁽¹¹⁰⁾. Zlepšenie úrovne dostupných informácií o tejto špeciálnej populácii preto naďalej

⁽¹⁰³⁾ Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Pozri tabuľku TDI-22 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Pozri tabuľku TDI-38 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Úplné informácie o štúdiách vrátane intervalov spoľahlivosti pozri v tabuľkách PDU-6 (časť ii) a PDU-102 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁷⁾ Pozri tabuľky TDI-1 a TDI-3 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ K niektorým odchýlkam v priebehu času môže dôjsť na základe zmien v rozsahu údajov alebo dostupnosti liečby a celkové trendy môžu byť výrazne ovplyvnené Talianskom a Spojeným kráľovstvom, ktoré uvádzajú najvyššie čísla nových klientov užívajúcich heroín. Pozri tabuľky TDI-3 a TDI-5 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Pozri tabuľku DRD-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹¹⁰⁾ Pozri obrázok PDU-2 v štatistickej ročenke 2010.

Problémové užívanie opiátov a injekčné užívanie drog v krajinách susediacich s Európskou úniou

Spomedzi krajín susediacich s Európskou úniou najväčšia populácia užívateľov opiátov sa nachádza v Rusku s odhadovaným počtom od 1,5 do 6,0 miliónov užívateľov (UNODC, 2005). Na základe nedávnej štúdie založenej na multiplikačnej metóde s využitím liečebných údajov – jednej z metód odporúčaných EMCDDA – sa odhaduje 1,68 miliónov problémových užívateľov opiátov, čo znamená 16 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2009). Ruský úrad pre kontrolu drog uviedol odhad, že každý rok zomrie v dôsledku predávkovania 10 000 užívateľov heroínu (INCB, 2010b). Druhou najväčšou populáciou užívateľov opiátov na hraniciach Európskej únie je pravdepodobne Ukrajina s odhadovaným počtom 323 000 až 423 000 užívateľov opiátov, čo predstavuje 10 – 13 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2009). Zaznamenané zvýšenie užívania opiátov oznámilo v roku 2008 úradu UNODC Albánsko, Bielorusko a Moldavsko.

Podľa odhadov za rok 2007 by mohlo v Rusku existovať 1 825 000 injekčných užívateľov drog (17,8 na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov) a na Ukrajine 375 000 (11,6 na 1 000), pričom v oboch krajinách bolo takmer 40 % z nich HIV-pozitívnych (Mathers a kol., 2008). Miera hlásených nových prípadov HIV infekcie u injekčných užívateľov drog je tiež oveľa vyššia v Rusku (79 na milión v roku 2006) a na Ukrajine (153 na milión v roku 2006) než v iných krajinách sveta, napr. v Austrálii, Kanade, Európskej únii a USA (Wiessing a kol., 2009).

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. Ak sa posledný údaj vylúči ako extrémna hodnota, vážený priemer je asi 2,6 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64⁽¹¹¹⁾, ktoré by v prípade extrapolácie na obyvateľstvo Európskej únie zodpovedalo trištvrte miliónu až jeden milión aktívnych injekčných užívateľov drog. Počet bývalých injekčných užívateľov je pravdepodobne vyšší (Sweeting a kol., 2008), v prípade väčšiny krajín EÚ však nie je známy.

Užívatelia opiátov nastupujúci na špecializovanú protidrogovú liečbu často uvádzajú injekčné užívanie ako obvyklý spôsob užívania drogy. Týka sa to viac než polovice klientov užívajúcich opiáty v 16 krajinách, od 25 % do 50 % v šiestich krajinách a pod 25 % v ďalších piatich krajinách. Najnižšie podiely injekčných užívateľov spomedzi užívateľov opiátov nastupujúcich na liečbu uviedlo Holandsko (5 %) a Španielsko (19 %), zatiaľ čo najvyššie uviedla Litva (99 %), Rumunsko (95 %), Estónsko (91 %) a Slovensko (86 %) (112).

Záver o časových trendoch v prevalencii injekčného užívania drog sa dajú ťažko vyvodiť pre nedostatok údajov a široké intervaly spoľahlivosti v odhadoch. Z dostupných údajov však vyplýva stabilná situácia v Českej republike, Grécku, na Cypre a v Nórsku (113). Štatisticky významný pokles bol pozorovaný od roku 2004 do 2006 v Spojenom kráľovstve. Medzi užívateľmi heroínu nastupujúcimi na liečbu v posledných rokoch podiel injekčných užívateľov celkovo klesol. Štatisticky významné poklesy od roku 2002 do 2007 uviedlo 13 krajín. Nárasty počas tohto obdobia uviedli len tri krajiny (Bulharsko, Litva, Slovensko) (114). Podiel injekčných užívateľov je celkovo mierne nižší medzi užívateľmi opiátov nastupujúcimi na liečbu po prvýkrát (38 %) než medzi všetkými užívateľmi opiátov nastupujúcimi na liečbu (42 %). Platí to v prípade 20 z 23 krajín, ktoré podali správu. Podrobnejšia analýza prevalencie a trendov injekčného užívania drog sa uvádza na inom mieste (EMCDDA, 2010c).

Liečba problémového užívania opiátov

Údaje zhromaždené centrom EMCDDA v rámci údajov o ukazovateli dopytu po liečbe možno použiť na charakterizovanie veľkej podskupiny užívateľov drog nastupujúcich na špecializovanú protidrogovú liečbu a konkrétnejšie tých užívateľov, ktorí nastúpili na túto liečbu počas roka.

Klienti nastupujúci na liečbu na základe užívania opiátov ako primárnej drogy sú v priemere 34-roční, pričom ženy a užívatelia nastupujúci na liečbu po prvýkrát sú v priemere mladší (115). Takmer polovica všetkých krajín uvádza od roku 2003 nárast priemerného veku ich klientov užívajúcich opiáty. Celkový pomer mužov a žien medzi ambulantnými klientmi užívajúcimi opiáty je 3,5:1, hoci ženy tvoria vyšší podiel v severských krajinách (napr.

(111) Vážený priemer je 0,26 % s rozsahom neurčitosti (vážené priemery nižších a vyšších limitných hodnôt odhadov krajín) od 0,23 % do 0,30 %, výsledkom je odhad 886 606 prípadov (788 778 – 1 040 852) za rok 2008. Tento odhad je potrebné posudzovať s opatrnosťou, pretože je založený na údajoch dostupných len z 12 z 27 členských štátov EÚ a Nórska.

(112) Pozri tabuľku TDI-5 v štatistickej ročenke 2010.

(113) Pozri tabuľku PDU-6 (časť iii) v štatistickej ročenke 2010.

(114) Pozri tabuľku PDU-104 v štatistickej ročenke 2010.

(115) Pozri tabuľky TDI-10, TDI-32 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2010.

Neinjekční uživatelé opiátů

Po stabilizácii alebo poklese injekčného užívania opiátov v niektorých krajinách severnej Európy sa viac pozornosti venuje iným spôsobom užívania, napr. inhalácii látky vo forme výparov po zahriatí (inhalovanie výparov, fajčenie) alebo prášku (šnupanie, vdychovanie) alebo jej prehltnutiu. Málo krajín uviedlo odhady počty neinjekčných užívateľov opiátov, pričom posledné údaje poskytlo Nórsko. Podľa odhadov bolo fajčenie v roku 2008 jediným spôsobom užívania drog v prípade 1 450 užívateľov alebo okolo 15 % všetkých odhadovaných užívateľov heroínu v Nórsku. Údaje o užívateľoch nastupujúcich do špecializovaných zariadení liečby drogovej závislosti potvrdzujú v niektorých krajinách prítomnosť početných skupín užívateľov fajčiacich alebo šnupajúcich drogu v rámci populácií užívajúcich opiáty. Napríklad fajčenie sa udávalo ako hlavný spôsob užívania v prípade polovice až tri štvrtiny primárnych užívateľov opiátov nastupujúcich na ambulantnú liečbu v Belgicku, Írsku, Španielsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve. Šnupanie uviedla ako hlavný spôsob užívania asi tretina klientov užívajúcich opiáty v Rakúsku a asi polovica v Grécku a Francúzsku (¹).

Výber spôsobu užívania závisí od viacerých faktorov, napr. od jeho účinnosti, tlaku spoločenského prostredia, obáv zo zdravotných následkov (Bravo a kol., 2003) a typu užívaných opiátov. Napríklad bežne dostupný hnedý heroín (základná chemická forma), ktorý pochádza zväčša z Afganistanu, sa prednostne fajčí a inhaluje vo forme výparov. Biely heroín (vo forme soli), ktorý obvykle pochádza z juhovýchodnej Ázie, je možné jednoducho šnupať cez nos vo forme prášku, možno ho aj rozpustiť v studenej vode bez aditív a užívať injekčne, ale fajčenie alebo inhalovanie výparov môže byť veľmi neúčinné. Opiátové substitučné lieky sa bežne distribuujú namiesto tabliet v tekutej forme, alebo môžu obsahovať pridané látky, ktoré obmedzujú alebo menia účinky drogy po injekčnom užití.

(¹) Pozri tabuľku TDI-17 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

Švédsko, Fínsko) a nižší podiel v južných krajinách (napr. Grécko, Španielsko, Taliansko) (¹¹⁶).

V prípade užívateľov opiátov nastupujúcich na liečbu sa vyskytuje vyššia miera nezamestnanosti, nižšia úroveň dosiahnutého vzdelania a vyššia úroveň psychiatrických porúch, než je tomu v prípade klientov uvádzajúcich iné primárne drogy (¹¹⁷). Takmer všetci užívatelia opiátov nastupujúci na liečbu uvádzajú začiatok užívania drog pred dosiahnutím 30 rokov a približne polovica vo veku do 20 rokov. Priemerný časový posun medzi prvým užitím opiátov a prvým kontaktom s protidrogovou liečbou je asi

desať rokov, pričom u mužov je dlhší časový posun ako u žien (¹¹⁸).

Poskytovanie liečby a pokrytie liečbou

Liečba užívateľov opiátov väčšinou prebieha v ambulantných zariadeniach, ktoré môžu zahŕňať špecializované strediská, ordinácie 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 (¹¹⁹). V Európe je rozsiahly a čoraz diferencovanejší rozsah možností, ktoré sú dostupné na liečbu závislosti od opiátov, hoci existujú rozdiely v geografickej dostupnosti a pokrytí. Abstinencia a substitučná liečba užívania opiátov je dostupná vo všetkých členských štátoch, Chorvátsku a Nórsku. V Turecku sa v súčasnosti skúma možnosť využívania substitučnej liečby.

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. Aj keď sa abstinencia liečba môže vykonávať v ambulantnom aj nemocničnom prostredí, najbežnejším typom uvádzaným členskými štátmi sú pobytové programy, v ktorých sa uplatňujú terapeutické komunitné zásady alebo model Minnesota. Vo Francúzsku a Českej republike sa v súčasnosti vykonávajú hodnotenia výsledkov v ich terapeutických komunitách a výsledky sa očakávajú v roku 2010. Podľa francúzskeho akčného plánu sa dostupnosť tejto formy liečby má v budúcnosti rozšíriť. Terapeutické komunity sú v Poľsku najčastejším typom protidrogovej liečby. Podľa poskytnutých informácií sa z ekonomických dôvodov a na základe meniacich sa profilov pacientov dĺžka liečebných programov postupne skracuje. A napokon, Chorvátsko a Portugalsko nedávno vypracovali usmernenia pre terapeutické komunity.

Substitučná liečba, spravidla 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. Všeobecní lekári môžu dosahovať lepšie výsledky ako špecializované strediská, pokiaľ ide o zotrvanie v liečbe, miery abstinencie a kombinovaného užívania iných drog. Zistilo sa to v 12-mesačnej naturalistickej štúdií 2 694 klientov v substitučnej liečbe v Nemecku (Wittchen a kol., 2008).

(¹¹⁶) Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-21 v štatistickej ročenke 2010.

(¹¹⁷) Pozri kapitolu 2.

(¹¹⁸) Pozri tabuľky TDI-11, TDI-33, TDI-107 a TDI-109 v štatistickej ročenke 2010.

(¹¹⁹) Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2010.

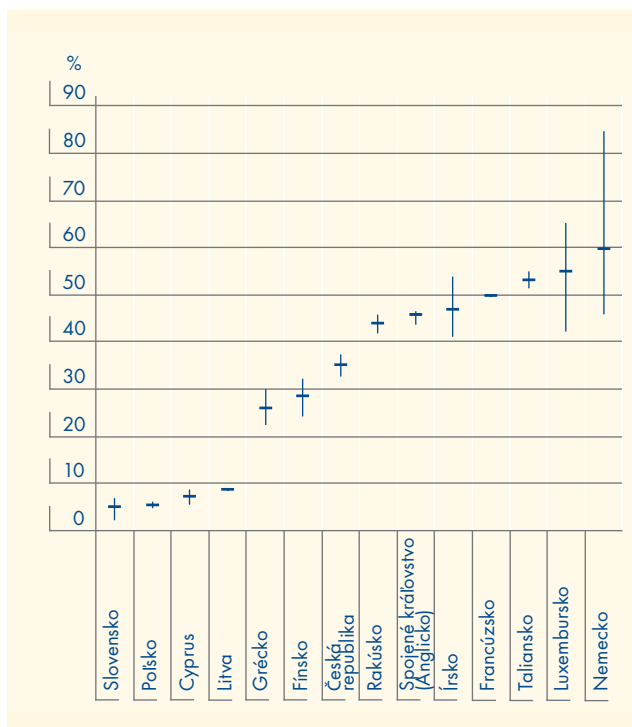
Z ďalších štúdií vyplynulo, že zavedenie substitučnej liečby v zariadeniach primárnej starostlivosti je nielen uskutočniteľné, ale aj nákladovo efektívne (Gossop a kol., 2003; Hutchinson a kol., 2000).

Celkový odhadovaný počet užívateľov opiátov absolvujúcich substitučnú liečbu v Európskej únii, Chorvátsku a Nórsku neustále rastie, 670 000 klientov v roku 2008 oproti 650 000 v roku 2007 ⁽¹²⁰⁾ a okolo pol miliónu v roku 2003. Počty klientov vykazovali určitý nárast v niektorých krajinách strednej a východnej Európy, ale krajiny, ktoré sa pripojili k Európskej únii po roku 2004 naďalej tvoria len okolo 2 % celkového počtu klientov substitučnej liečby závislosti od opiátov v Európskej únii ⁽¹²¹⁾.

Z porovnania klientov substitučnej liečby v Európskej únii s odhadovanými počtom problémových užívateľov opiátov vyplýva asi 50 % miera pokrytia liečbou. Pokiaľ ide o pokrytie, medzi jednotlivými krajinami však existujú značné rozdiely, pričom 40 % mieru uvádza 7 zo 14 krajín, v prípade ktorých sú k dispozícii odhady počtu problémových užívateľov opiátov a štyri z týchto krajín uvádzajú menej než 10 % pokrytie (pozri obrázok 11). Napriek tomu možno podľa odhadov konštatovať, že dvaja z troch problémových užívateľov opiátov v Európskej únii žijú v krajinách, kde je vysoké pokrytie substitučnou liečbou ⁽¹²²⁾.

Väčšina klientov v substitučnej liečbe v Európe dostáva metadon (70 - 75 %), ale počet krajín, keď je jedinou dostupnou látkou klesá. Buprenorfín vo vysokých dávkach je teraz dostupný v štyroch členských štátoch EÚ (Bulharsko, Španielsko, Maďarsko, Poľsko) a používa sa v 20 - 25 % všetkých prípadov substitučnej liečby poskytovanej v Európe a viac než v 50 % v Českej republike, Francúzsku, na Cypre, Lotyšsku, Švédsku a Chorvátsku. Vo Francúzsku, kde vždy prevažovala liečba buprenorfínom, sa teraz čoraz častejšie substitučným klientom predpisuje metadon. Kombinácia buprenorfín-naloxon, ktorú v roku 2006 schválila Európska agentúra pre lieky, sa zaviedla v 14 krajinách. K ďalším možnostiam, ktoré predstavujú malý percentuálny podiel všetkých prípadov substitučnej liečby, patrí morfín s pomalým uvoľňovaním (Bulharsko, Rakúsko, Slovinsko), kodeín (Nemecko, Cyprus, Rakúsko) a diacetylmorfín (heroín). Predpisovanie heroínu je teraz zavedeným spôsobom liečby v Dánsku, Nemecku a Holandsku; existuje však aj v Španielsku a Spojenom kráľovstve a pilotné projekty sa pripravujú v Belgicku a Luxembursku.

Obrázok 11: Odhadovaný podiel problémových užívateľov opiátov absolvujúcich substitučnú liečbu



Poznámka: Ďalšie informácie sa uvádzajú na obrázku HSR-1 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Dostupnosť liečby

Nariadenia o zabezpečení a poskytovaní substitučnej liečby závislosti od opiátov sú zásadné pre ich dostupnosť. Právne rámce môžu umožniť všetkým všeobecným lekárom (Belgicko, Česká republika, Dánsko, Nemecko, Francúzsko, Taliansko, Cyprus, Holandsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo, Chorvátsko) alebo lekárom, ktorí absolvovali špeciálnu prípravu alebo sú akreditovaní (Nemecko, Írsko, Luxembursko, Rakúsko, Slovinsko, Nórsko), predpisovanie jednej alebo viacerých substitučných látok. V iných krajinách (Bulharsko, Estónsko, Grécko, Španielsko, Litva, Maďarsko, Poľsko, Rumunsko, Slovensko, Fínsko, Švédsko) substitučnú liečbu môžu poskytovať len špecializované liečebné strediská.

Vo väčšine európskych krajín substitučnú liečbu môžu poskytovať všeobecní lekári, lekárne alebo mobilné jednotky pracujúce v teréne. Netýka sa to však Bulharska, Estónska, Grécka, Litvy, Poľska a Slovenska, kde sa táto liečba môže poskytovať len v špecializovaných strediskách. Buprenorfín vo vysokých dávkach môžu poskytovať všetci všeobecní praktickí lekári v Českej republike alebo každá lekáreň v Lotyšsku. V Rumunsku, Maďarsku a Fínsku sú lekárne oprávnené poskytovať

⁽¹²⁰⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²¹⁾ Pozri obrázok HSR-2 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²²⁾ Tieto odhady by sa mali posudzovať s opatrnosťou, pretože tieto súbory údajov sú stále ešte nepresné.

kombináciu buprenorfinu-naloxonu. Keďže táto liečba je v Maďarsku a Rumunsku len krátko dostupná a je drahá, sú správy, že ju v týchto dvoch krajinách absolvuje len malý počet klientov.

Nedávno boli zhromaždené informácie o nákladoch substitučnej liečby závislosti od opiátov pre klientov. Spomedzi 26 krajín, ktoré podali správu, 17 uviedlo, že táto liečba (vo väčšine prípadov metadonom) je bezplatná, pokiaľ sa nevyhľadáva u súkromných poskytovateľov. V Belgicku a Luxembursku klient musí zaplatiť časť nákladov na liečbu, len keď ju predpíše všeobecný lekár. V Českej republike, Lotyšsku, Portugalsku, Maďarsku a Fínsku je liečba metadonom bezplatná, ale liečbu buprenorfinom alebo kombináciou buprenorfinu-naloxonu musí klient hradiť celú alebo čiastočne. Napríklad v Lotyšsku mesačné náklady za 8 mg dávku buprenorfinu sú asi 250 EUR. Metadon je spravidla lacnejší ako iné substitučné lieky s podobnou účinnosťou, napr. buprenorfin (WHO, 2009), čo čiastočne vysvetľuje prečo mnohé národné zdravotné poisťovne poskytujú prednostne plnú úhradu liečby v porovnaní s inými substitučnými liekmi. Generické verzie buprenorfinu vo vysokých dávkach, ktoré sú lacnejšie, sú dostupné od roku 2006 vo Francúzsku, kde sú predpisované asi 30 000 klientom (30 % všetkých klientov užívajúcich buprenorfin).

V Európe prevládajú rozdiely medzi regiónmi, čo sa týka nákladov na informácie, poskytovanie substitučnej liečby a poskytovanie substitučných liekov. Krajiny na severe a východe Európy často uplatňujú koncentrovanejší a väčší vysokoprahový model prístupu, zatiaľ čo mnohé krajiny na západe Európy uplatňujú viacmiestny a nízkoprahový model prístupu. Tieto rozdiely môžu odrážať rôzne modely starostlivosti, pričom v niektorých krajinách sú prednostným cieľom abstinencia a psychosociálne prístupy a v iných stabilizácia a retencia klientov a prístupy znižovania škôd.

Účinnosť a kvalita liečby

Substitučná liečba závislosti od opiátov v kombinácii s psychosociálnymi intervenciami sa ukázala ako najefektívnejšia liečba užívateľov opiátov. V porovnaní

Prehľad EMCDDA o liečbe za pomoci heroínu

Liečba za pomoci heroínu sa v súčasnosti poskytuje asi 1 500 chronickým problémovým užívateľom opiátov v piatich členských štátoch EÚ. Väčšina týchto krajín, ako aj Švajčiarsko a Kanada uskutočnili experimentálne pokusy na posúdenie výsledkov tohto typu liečby. V roku 2011 s podporou tímu medzinárodných výskumníkov a klinických lekárov EMCDDA uverejní štúdiu o tomto type liečby s prehľadom vedeckých dôkazov zhromaždených v posledných rokoch. V tejto publikácii bude uvedený aj prehľad vývoja, operatívneho poskytovania a klinických postupov liečby za pomoci heroínu a uvedú sa niektoré výzvy spojené s jej realizáciou. Vytýčený bude aj minimálny súbor noriem kvality.

s detoxifikáciou alebo vôbec žiadnou liečbou vykazuje liečba metadonom alebo buprenorfinom vo vysokých dávkach výrazne vyššie výsledky, pokiaľ ide o užívanie drog, kriminálnu činnosť, rizikové správanie a prenos HIV, predávkovanie a celkovú mortalitu, ako aj lepšie miery udržania v liečbe (WHO, 2009).

Výsledky, pokiaľ ide o ukončenie užívania opiátov, sú vo všeobecnosti z dlhodobého hľadiska nízke (Mattick a kol., 2009), môžu však pomôcť pacientom, ktorí sa informovane rozhodnú podstúpiť túto liečbu. V nemocničných alebo ambulantných zariadeniach sa detoxifikácia uskutočňuje znižovaním dávok metadonu alebo buprenorfinu (ako preferovaných metód liečby) alebo alfa-2 agonistov. Zrýchlené techniky ukončenia užívania, pri ktorých sa užívajú antagonisty opiátov v kombinácii s ťažkými sedatívami sa z bezpečnostných dôvodov neodporúčajú (Gowing a kol., 2010). Po ukončení užívania opiátov by sa pacientom, ktorí majú motiváciu abstinovať od užívania opiátov, mohlo odporučiť, aby zvažili naltrexon na prevenciu relapsu.

Kombinácia buprenorfinu a naloxonu (predávaného ako Suboxone) bola vytvorená na prevenciu injekčného užívania buprenorfinu. Účinnosť prevencie pri prevencii intravenózneho užívania buprenorfinu ešte nie je jasná (Bruce a kol., 2009, Simojoki a kol., 2008).



Kapitola 7

Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami

Úvod

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

Užívanie opiátov a injekčné užívanie drog sú dve formy užívania drog úzko spojené s takýmito škodami, najmä predávkovaniami a prenosom infekčných chorôb. Počet fatálnych predávkovaní uvádzaných v Európskej únii v posledných dvoch desaťročiach sa rovná jednému úmrtiu z predávkovania za každú hodinu. Z výskumu tiež vyplýva, že v posledných dvoch desaťročiach veľký počet užívateľov drog zomrelo z iných príčin, napr. AIDS alebo samovražda.

Zníženie mortality a morbidita v súvislosti s užívaním drog stojí v centre európskych drogových politík. Hlavné snahy v tejto oblasti sa sústreďujú prostredníctvom intervencií na skupiny, ktoré sú najohrozenejšie, a na správanie, ktoré sa priamo spája so škodami súvisiacimi 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 u injekčných užívateľov drog nízka, môžu užívateľov drog vo veľkej miere postihovať iné infekčné choroby vrátane hepatitídy A, B, C a D, pohlavne prenosných chorôb, tuberkulózy, tetanu, botulizmu, antraxu a ľudského T-lymfotropného vírusu. Centrum EMCDDA systematicky monitoruje výskyt HIV a hepatitídy B a C medzi injekčnými užívateľmi drog ⁽¹²³⁾.

HIV a AIDS

Do konca roka 2008 sa vo väčšine krajín Európskej únie miera diagnostikovanej infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog držala na nízkej úrovni a celková situácia v EÚ sa javila v celosvetovom kontexte relatívne pozitívna (ECDC a WHO-Europe, 2009; Wiessing a kol., 2009). Môže to aspoň čiastočne vyplývať zo zvýšenej dostupnosti prevencie, liečby a opatrení na znižovanie škôd vrátane substitučnej liečby a programov pre výmenu injekčných ihliel a striekačiek (Wiessing a kol., 2009). Dôležitú úlohu mohli zohrať aj iné faktory, napr. pokles injekčného užívania drog, ktorý uviedli niektoré krajiny. Napriek tomu v niektorých častiach Európy údaje naznačujú, že prenos HIV súvisiaci s injekčným užívaním drog stále pretrvával v roku 2008 na relatívne vysokých úrovniach, čo zdôrazňuje potrebu zabezpečiť pokrytie a účinnosť miestnych postupov pri prevencii.

Trendy v infekcii HIV

Údaje o nových diagnostikovaných prípadoch týkajúcich sa injekčného užívania drog za rok 2008 ukazujú, že po vrchole zaznamenanom v rokoch 2001 až 2002, ktorý spôsobili epidémie v Estónsku, Lotyšsku a Litve ⁽¹²⁴⁾, miery infekcie v celej Európskej únii stále celkovo klesajú. V roku 2008 bola celková miera nových diagnostikovaných infekcií medzi injekčnými užívateľmi drog v 23 členských štátoch EÚ, ktoré poskytli národné údaje, 2,6 prípadov na milión obyvateľov, čo je mierny pokles z 3,7 na milión obyvateľov v roku 2007 ⁽¹²⁵⁾. Vo všetkých štyroch krajinách, ktoré uvádzali najvyššie miery nových diagnostikovaných infekcií (Estónsko, Lotyšsko, Litva, Portugalsko), pokračoval ich klesajúci trend, pričom výrazný pokles sa prejavil v Estónsku a Lotyšsku (obrázok 12). V Estónsku to bolo z 86 prípadov na milión v roku 2007 na 27 v roku 2008 a v Lotyšsku zo 62 prípadov na milión v roku 2007 na 44 na milión v roku 2008.

⁽¹²³⁾ Podrobné informácie o metódach a definíciách sa nachádzajú v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²⁴⁾ Postupy podávania správ v prípade HIV infekcií sa v posledných rokoch zmenili a údaje sú teraz dostupné podľa roka diagnostikovania a nie podľa roka správy (ECDC a WHO-Europe, 2009). Má to za následok nižšie čísla v niektorých krajinách, ktoré pravdepodobne presnejšie odrážajú skutočný výskyt (napr. Portugalsko). V niektorých prípadoch však omeškania pri podávaní správ tiež mohli mať za následok nižšie čísla o výskyte. Pozri tabuľku INF-104 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²⁵⁾ Národné údaje nie sú k dispozícii za Dánsko, Španielsko, Taliansko a Rakúsko.

Celkovo v období rokov 2003 až 2008 nebol pozorovaný výrazný nárast nových diagnostikovaných infekcií HIV u injekčných užívateľov drog a oznámené miery zostávajú nízke. V Bulharsku sa však táto miera v prípade injekčných užívateľov zvýšila z 0,0 nových prípadov na milión obyvateľov v roku 2003 na 6,8 na milión v roku 2008, pričom vo Švédsku bol v roku 2007 zaznamenaný maximálny počet 6,7 prípadov, čo naznačuje pokračujúci potenciál vypuknutia HIV medzi injekčnými užívateľmi drog.

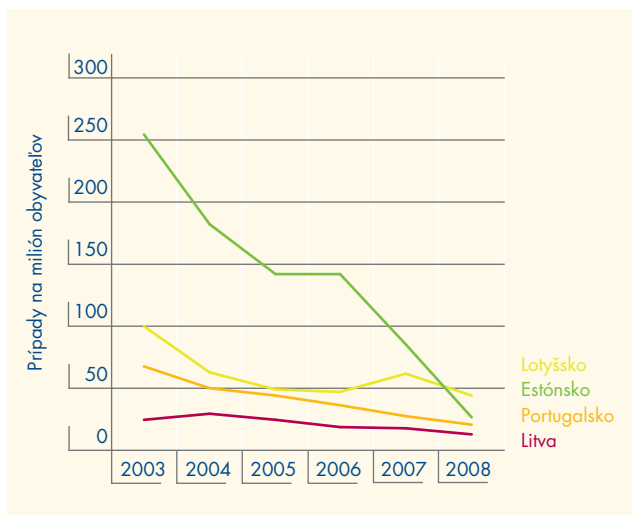
Údaje o trendoch zo sledovania prevalencie HIV vo vzorkách injekčných užívateľov drog sú dôležitým doplnkom údajov z oznamovania prípadov HIV. Údaje o prevalencii sú k dispozícii z 24 krajín za obdobie 2003 až 2008 ⁽¹²⁶⁾. V 16 krajinách zostala prevalencia HIV nezmenená. V siedmich krajinách (Bulharsko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Poľsko, Portugalsko, Nórsko) nastal pokles v prevalencii HIV, šesť z nich bolo založených na národných vzorkách, zatiaľ čo vo Francúzsku sa tento trend zakladal na údajoch z piatich miest. Regionálne nárasty uviedli tri krajiny: Bulharsko (Sofia), Taliansko v dvoch z 21 regiónov a Litva (Vilnius). V týchto troch krajinách je však klesajúci trend, pokiaľ ide o nové diagnostikované prípady HIV infekcie u injekčných užívateľov drog.

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

Napriek rapídne klesajúcim trendom miera uvedených nových diagnóz HIV v roku 2008 v súvislosti s injekčným užívaním drog je stále vysoká v Lotyšsku (44 prípadov na milión obyvateľov), Estónsku (27), Portugalsku (20,7) a Litve (12,5), z čoho vyplýva, že v týchto krajinách ešte stále dochádza k prenosu medzi injekčnými užívateľmi.

Ďalšie náznaky pokračujúceho prenosu HIV v posledných rokoch sú uvedené v správach o vysokých úrovniach nad 5 % prevalencie medzi mladými injekčnými užívateľmi drog (vzorky 50 alebo viacerých injekčných užívateľov drog vo veku do 25 rokov) v niektorých krajinách: v Estónsku (dva regióny, 2005), vo Francúzsku (päť miest, 2006), v Lotyšsku (jedno mesto), v Litve (jedno mesto, 2006) a v Poľsku (jedno mesto, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Pri interpretácii je však potrebná opatrnosť, pretože niektoré vzorky sú malé, z údajov vyplývajú štatisticky výrazné nárasty prevalencie HIV medzi mladými injekčnými užívateľmi od roku 2003 do 2008 v Belgicku (flámska

Obrázok 12: Trendy nových oznámených infekcií HIV u injekčných užívateľov drog v štyroch členských štátoch EÚ uvádzajúcich vysoké miery infekcie



Poznámka: Údaje uvedené do konca októbra 2009.
Zdroj: ECDC a WHO-Europe

komunita) a Bulharsko, zatiaľ čo poklesy možno pozorovať vo Švédsku a Španielsku. Údaje o prevalencii HIV u nových injekčných užívateľoch (užívajúcich drogy injekčne menej ako 2 roky) ďalej podporujú pravdepodobný nárast v tejto skupine vo Švédsku ⁽¹²⁸⁾.

Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

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

Estónsko je krajinou s najväčším výskytom AIDS v súvislosti s injekčným užívaním drog s odhadovanými 30,6 novými prípadmi na milión obyvateľov v roku 2008, čo je pokles z 33,5 nových prípadov na milión v roku 2007. Relatívne vysoká úroveň výskytu AIDS, pokiaľ ide o nové prípady na milión obyvateľov, sa uvádza aj v Lotyšsku (25,5), Litve (10,7), Portugalsku (10,2) a Španielsku (8,9). Spomedzi týchto štyroch krajín trend klesá v Španielsku a Portugalsku, nie však v Lotyšsku a Litve ⁽¹²⁹⁾.

⁽¹²⁶⁾ Pozri tabuľku INF-108 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²⁷⁾ Pozri tabuľku INF-109 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²⁸⁾ Pozri tabuľku INF-110 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹²⁹⁾ Pozri obrázok INF-1 a tabuľku INF-104 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

Hepatitída B a C

Zatiaľ čo vysoké úrovne prevalencie infekcie HIV sa vyskytujú iba v niektorých členských štátoch EÚ, vysoká prevalencia vírusovej hepatitídy a najmä infekcie 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 rokov 2007 až 2008 sa líšia v rozpätí približne od 12 % do 85 %, pričom osem z 12 krajín vykazuje úrovne prekračujúce 40 %⁽¹³⁰⁾. Tri krajiny (Česká republika, Maďarsko, Slovinsko) uvádzajú prevalenciu nižšiu ako 25 % v národných vzorkách injekčných užívateľov drog, hoci miery infekcie na tejto úrovni naďalej predstavujú závažný problém pre verejné zdravotníctvo.

V jednotlivých krajinách sa úrovne prevalencie HCV významne líšia, pričom odrážajú regionálne rozdiely aj charakteristiky vzorovej populácie. Napríklad v Taliansku je rozpätie rôznych regionálnych odhadov od asi 31 % do 87 % (obrázok 13).

Prepuknutie antraxu u užívateľov heroínu v Spojenom kráľovstve a Nemecku

Antrax je akútna infekčná choroba, ktorú spôsobuje baktéria *Bacillus anthracis*. Najčastejšie sú napadnuté voľne žijúce a domáce zvieratá a táto choroba je endemická v mnohých hlavne poľnohospodárskych krajinách, ale veľmi zriedkavo v Európe.

V decembri 2009 Spojené kráľovstvo vydalo výstrahu o vypuknutí antraxu u injekčných užívateľov drog v Škótsku. Do 31. mája 2010 bolo v Škótsku potvrdených 42 prípadov, z ktorých 13 skončilo úmrtím, a ďalšie 3 prípady (dva fatálne) v Anglicku a 2 prípady (jeden fatálny) v Nemecku. Kmeň antraxu zistený v Nemecku a Anglicku bol nerozoznateľný od kmeňa zisteného v Škótsku, čo jasne naznačovalo spoločný zdroj infekcie. Okrem toho, keďže všetky uvedené prípady sa vyskytli medzi užívateľmi heroínu, pravdepodobným zdrojom kontaminácie je šarža heroínu. Vo vzorkách heroínu analyzovaných v Škótsku koncom mája 2010 sa však nedokázali žiadne spóry antraxu.

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a EMCDDA uskutočnili spoločné hodnotenie rizík týkajúce sa tohto vypuknutia. Aktualizované informácie sa tiež pravidelne šíria a viedli k ďalším správam o skupinových úmrtiach v iných krajinách. Ako sa však ukázalo tieto nesúviseli s infekciou antraxu.

Z nových štúdií (2007 – 2008) vyplýva veľký rozsah úrovni prevalencie medzi injekčnými užívateľmi veku pod 25 rokov a tými, ktorí injekčne užívajú drogy menej než dva roky, čo naznačuje rôzne úrovne výskytu HCV v tejto populácii v celej Európe⁽¹³¹⁾. Tieto štúdie však naznačujú aj to, že mnohí injekční užívatelia sa nainfikuujú skoro po začatí injekčného užívania drog, a preto je k dispozícii len veľmi krátky časový úsek na začatie účinných preventívnych opatrení proti HCV.

Prevalencia protilátok na vírus hepatitídy B (HBV) sa tiež do značnej miery líši, čiastočne pravdepodobne z dôvodu rozdielov v úrovni očkovania, hoci určitú úlohu môžu zohrávať aj iné faktory. Najúplnejší dostupný súbor údajov pre HBV je súbor pre protilátky hlavného antigénu hepatitídy B (anti-HBC), ktoré indikujú priebeh infekcie. V období 2007 – 2008 štyri z deviatich krajín poskytujúcich údaje o tomto víruse medzi injekčnými užívateľmi drog vykázali úrovne prevalencie anti-HBC nad 40 %⁽¹³²⁾.

Klesajúca prevalencia HCV sa zaznamenala v deviatich krajinách a stúpajúca v troch krajinách, pričom ďalšie štyri krajiny majú súbory údajov vykazujúce oba typy trendov, aj keď ich je treba interpretovať s opatrnosťou vzhľadom na obmedzenú veľkosť vzorky v niektorých prípadoch⁽¹³³⁾. Zo štúdií o mladých injekčných užívateľoch (mladších ako 25 rokov) vyplýva väčšinou stabilná úroveň prevalencie a niekedy klesajúce trendy, aj keď bol uvedený nárast v jednom regióne v Grécku (Attika). Potvrdzujú to údaje týkajúce sa nových injekčných užívateľov drog (užívajúcich drogy injekčne menej ako 2 roky) za Grécko, v Attike i na národnej úrovni. Z údajov týkajúcich sa nových injekčných užívateľov drog vyplýva aj nárast v Slovinsku, aj keď vzorky boli malé, a pokles v Portugalsku (na národnej úrovni) a Švédsku (Štokholm).

Trendy v oznámených prípadoch hepatitídy B a C vykazujú rozdielne obrazy, ktoré je však ťažké interpretovať pre nízku kvalitu údajov. Avšak určitý prehľad o epidemiológii týchto infekcií sa dá získať z podielu injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi, ak sú známe rizikové faktory (Wiessing a kol., 2008). V prípade hepatitídy B podiel injekčných užívateľov drog klesol v období rokov 2003 až 2008 v siedmich krajinách. V prípade hepatitídy C podiel injekčných užívateľov drog medzi oznámenými prípadmi klesol v šiestich krajinách od roku 2003 do 2008 a zvýšil sa v troch ďalších krajinách (Česká republika, Malta, Spojené kráľovstvo)⁽¹³⁴⁾.

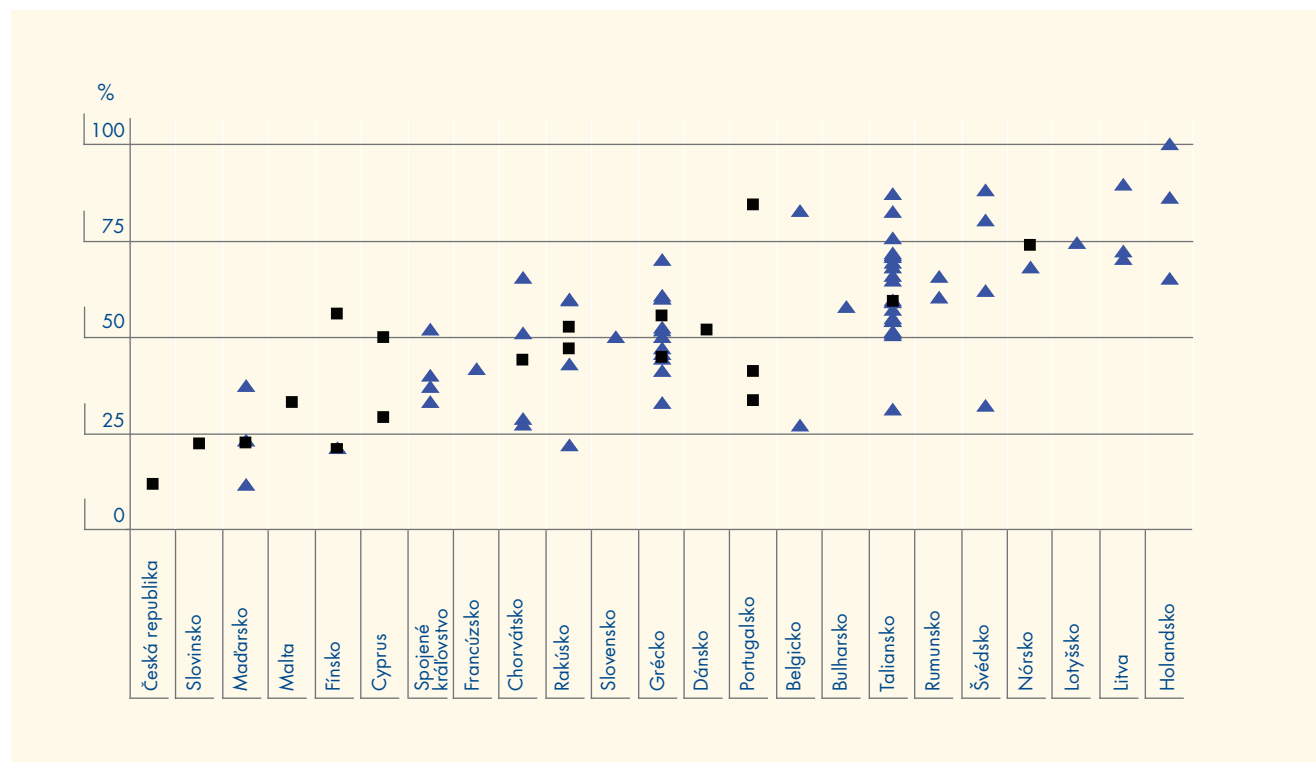
⁽¹³⁰⁾ Pozri tabuľku INF-111 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹³¹⁾ Pozri obrázok INF-6 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹³²⁾ Pozri tabuľku INF-115 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹³³⁾ Pozri tabuľku INF-111 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹³⁴⁾ Pozri tabuľky INF-105 a INF-106 v štatistickej ročenke 2010.

Obrázok 13: Prevalencia protilátok na HCV medzi injekčnými užívateľmi drog

Poznámka: Údaje za roky 2007 a 2008. Čierne štvorčky sú vzorky s vnútroštátnym pokrytím, modré trojuholníky sú vzorky s pokrytím na nižšej ako vnútroštátnej úrovni (lokálnym alebo regionálnym). Rozdiely medzi krajinami je potrebné interpretovať s opatrnosťou na základe rozdielov v typoch prostredí a študijných metód, stratégie výberu vzoriek jednotlivých štátov sa líšia. Krajiny sú uvedené v poradí podľa stúpajúcej prevalencie na základe priemeru údajov jednotlivých štátov, alebo ak nie sú dostupné, na základe regionálnych údajov. Ďalšie informácie pozri na obrázku INF-6 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Prevenia a reagovanie na infekčné choroby

Prevenia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog je dôležitým cieľom verejného zdravotníctva Európskej únie a súčasťou protidrogových politík väčšiny členských štátov. Krajiny reagujú na šírenie infekčných chorôb medzi užívateľmi drog kombináciou prístupov, ku ktorým patrí: liečba drogovej závislosti, najmä substitučnej liečby závislosti od opiátov, poskytovanie sterilného injekčného vybavenia a iného náčinia a činnosti na úrovni komunity, v rámci ktorých sa poskytujú informácie, vzdelávanie, testovanie a behaviorálne intervencie, často prostredníctvom externých alebo nízkoprahových agentúr⁽¹³⁵⁾. Tieto opatrenia spolu s antiretrovirálnou terapiou a diagnostikovaním a liečbou tuberkulózy podporujú agentúry OSN ako základné intervencie na prevenciu HIV, liečbu a starostlivosť o injekčných užívateľov drog (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

V Európe došlo od polovice 90. rokov minulého storočia k značnému nárastu dostupnosti protidrogovej liečby a opatrení na zníženie škôd. Programy na substitučnú liečbu závislosti od opiátov a injekčné ihly a striekačky existujú vo všetkých krajinách okrem Turecka. Aj keď

poskytovanie týchto intervencií je ešte v niektorých krajinách obmedzené, odhaduje sa, že jeden z dvoch problémových užívateľov opiátov v Európe by mohol absolvovať substitučnú liečbu závislosti od opiátov (pozri kapitolu 6). Z posledného prehľadu (Kimber a kol., 2010) vyplýva, že v súčasnosti sú dostatočné dôkazy, že tento typ liečby znižuje prenos HIV a rizikové správanie pri injekčnom užívaní, ako uviedli samotní pacienti, avšak dôkazy do zníženia prenosu hepatitídy C sú obmedzenejšie. V skupinovej štúdii v Amsterdame sa však zistilo, že „úplná účasť“ na oboch programoch (pre substitučnú liečbu závislosti od opiátov a injekčné ihly a striekačky) sa spájala s oveľa nižším výskytom HIV i HCV u injekčných užívateľov drog (Van den Berg a kol., 2007), zatiaľ čo podľa nedávnej skupinovej štúdie v Spojenom kráľovstve sa substitučná liečba závislosti od opiátov spájala so štatisticky významnými zníženiami výskytu HCV (Craine a kol., 2009).

Intervencie

Ako najčastejšia priorita sa uvádza prístup k sterilnému injekčnému vybaveniu. Údaje o poskytovaní injekčných

⁽¹³⁵⁾ Viac informácií o národných prioritách a úrovniach poskytovania, pozri tabuľku HSR-6 v štatistickej ročenke 2009.

striekačiek na základe špecializovaných programov na poskytovanie ihiel a striekačiek v rokoch 2007 – 2008 sú dostupné pre všetky okrem štyroch krajín ⁽¹³⁶⁾. Z nich vyplýva, že na základe týchto programov bolo distribuovaných 40 miliónov injekčných striekačiek za rok. Rovná sa to v priemere 80 injekčným striekačkám na injekčného užívateľa podľa odhadov v krajinách, ktoré poskytli údaje týkajúce sa injekčných striekačiek.

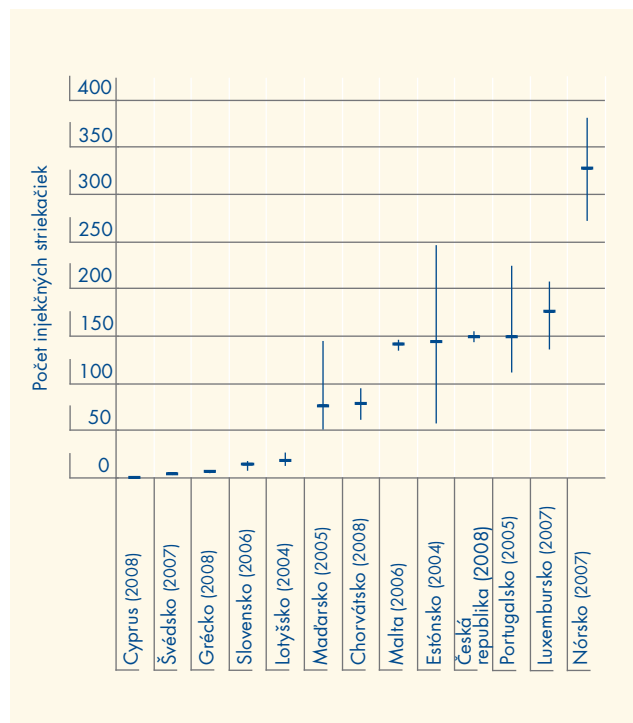
Priemerný počet injekčných striekačiek distribuovaných za rok na injekčného užívateľa drog možno vypočítať pre 13 európskych krajín (obrázok 14). V siedmich z týchto krajín sa priemerný počet injekčných striekačiek vydaných na základe špecializovaných programov rovná menej než 100 kusom na injekčného užívateľa, päť krajín vydáva od 140 do 175 kusov a Nórsko uvádza distribúciu viac než 320 kusov na injekčného užívateľa ⁽¹³⁷⁾. Agentúry OSN usudzujú, že na prevenciu HIV je distribúcia 100 kusov na injekčného užívateľa za rok nízka a 200 kusov je vysoká (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

V nedávnej štúdii nákladovej účinnosti programov poskytovania ihiel a striekačiek v Austrálii, kde sa každý rok distribuuje 30 miliónov striekačiek, sa uviedli odhady, že od ich zavedenia v roku 2000 zabránili viac než 32 000 prípadom infekcie HIV a takmer 100 000 prípadom hepatitídy C (Národné centrum pre HIV epidemiológiu a klinický výskum, 2009).

Z nových údajov za rok 2008 zo 14 krajín vyplýva nárast poskytovania injekčných striekačiek užívateľom drog v Belgicku (flámskej komunite), Českej republike, Estónsku, Maďarsku, Spojenom kráľovstve (Severné Írsko) a Chorvátsku, čo potvrdzuje skoršie trendy. Nárasty boli uvedené aj v Portugalsku a Litve, kde sa predtým uvádzal pokles. Pokles v porovnaní s rokom 2007 bol uvedený v Grécku, Rumunsku a Slovensku, ako aj v Luxembursku a Poľsku, kde klesajúci trend bol zaznamenaný už rok predtým. Užívatelia drog na Cypre nevyužívali program.

V rámci programov poskytovania ihiel a striekačiek sa v Európe čoraz častejšie poskytujú aj iné predmety súvisiace s injekčným užívaním (napr. nádoby na miešanie), aby sa zabránilo ich spoločnému užívaniu. Poskytuje sa aj vybavenie, ktoré možno používať pre neinjekčné formy užívania drog, napr. fajky alebo hliníková fólia, s cieľom podporiť užívateľov, aby prestali používať injekcie. Ďalší príklad uviedla Česká republika, kde nízkoprahové agentúry začali poskytovať injekčným užívateľom metamfetamínu tvrdé želatínové kapsuly, ktoré sa dajú naplniť drogou a prehltnúť.

Obrázok 14: Injekčné striekačky distribuované na základe špecializovaných programov na odhadovaného injekčného užívateľa drog



Poznámka: Založené na odhadoch injekčného užívania drog z uvedených rokov a najnovších dostupných údajov o počte injekčných striekačiek poskytnutých prostredníctvom špecializovaných programov distribúcie injekčných ihiel a striekačiek (2006 – 2008). Poznámky a zdroje sú uvedené na obrázku HSR-3 v štatistickej ročenke 2010.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Európske krajiny poskytli informácie aj o najnovšom vývoji v diagnostike, prevencii a liečbe chronickej hepatitídy. Zahŕňajú prijatie špecifických programov alebo akčných plánov (napr. Dánsko, Francúzsko, Spojené kráľovstvo – Anglicko, Škótsko a Severné Írsko). Existujúce intervencie zahŕňajú špecifické informačné materiály, vzdelávanie o bezpečnejšom injekčnom užívaní zamerané na nových a mladých injekčných užívateľov, ktoré realizujú tímy pracujúce v teréne (napr. Rumunsko), alebo ho poskytujú rovesníci (napr. vo väzniciach v Španielsku a Luxembursku) a zahŕňajú aj ľahko dostupné a bezplatné poradenstvo a testovanie. Spojené kráľovstvo uvádza aj používanie motivačnej terapie na podporu testovania. Ďalšie uvádzané opatrenia sú zamerané na udržiavanie nízkej úrovne injekčného užívania na základe udržania v protidrogovej liečbe, na integráciu služieb v súvislosti s vírusovou hepatitídou do zariadení, ktoré slúžia užívateľom drog a na revidovanie usmernení k liečbe HCV na zlepšenie prístupu k takejto liečbe (napr. Česká

⁽¹³⁶⁾ Pozri tabuľku HSR-6 v štatistickej ročenke 2009 a tabuľke HSR-5 v štatistickej ročenke 2010. Za roky 2007/2008 nie sú dostupné údaje o počte injekčných striekačiek za Dánsko, Nemecko, Taliansko a Spojené kráľovstvo.

⁽¹³⁷⁾ Tieto čísla nezahŕňajú predaj v lekárnach, ktoré v niektorých krajinách môžu predstavovať dôležitý zdroj sterilných injekčných striekačiek pre užívateľov drog.

republika). Niektoré krajiny zaviedli aj iniciatívy zamerané na zvyšovanie poznatkov a informovanosti o chronickej vírusovej hepatitíde medzi poskytovateľmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti (Rakúsko) a v rámci verejnosti (napr. Nemecko, Írsko, Holandsko).

Úmrtnosť a úmrtia súvisiace s drogami

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

Úmrtnosť súvisiaca s užívaním drog zahŕňa úmrtia zapríčinené priamo alebo nepriamo užívaním drog. Patria k tomu úmrtia z predávkovania (úmrtia zapríčinené drogami), HIV/AIDS, dopravné nehody – najmä v kombinácii s alkoholom – násilie, samovraždy a chronické zdravotné problémy zapríčinené opakovaným užívaním drog (napr. kardiovaskulárne problémy u užívateľov kokaínu) ⁽¹³⁸⁾.

Úmrtia zapríčinené drogami

V období rokov 1995 až 2007 sa v každom členskom štáte EÚ, Chorvátsku, Turecku a Nórsku zaznamenalo každoročne 6 400 až 8 500 úmrtí zapríčinených drogami. Takmer polovicu všetkých úmrtí zapríčinených drogami v roku 2007 uviedli Spojené kráľovstvo a Nemecko. Miera úmrtnosti obyvateľstva v dôsledku predávkovania sa medzi jednotlivými krajinami odlišuje v rozsahu od 2 po tesne pod 85 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (priemer je 21 úmrtí na milión). Miera úmrtnosti nad 20 úmrtí na milión obyvateľov bola zistená v 14 z 28 európskych krajín, a miera úmrtnosti nad 40 úmrtí na milión obyvateľov v šiestich krajinách. Medzi Európanmi vo veku 15 – 39 rokov predávkovanie zodpovedalo za 4 % všetkých úmrtí ⁽¹³⁹⁾. Oblasti s vyššou prevalenciou problémového užívania drog môžu byť nepomerne viac ovplyvnené. Napríklad v roku 2008 počet úmrtí zapríčinených drogami v Škótsku bol 112,5 na milión obyvateľov, čo je oveľa viac než celková miera v Spojenom kráľovstve (38,7 na milión).

Počet úmrtí zapríčinených drogami môže byť ovplyvnený takými faktormi, ako napr. prevalencia a formy užívania

drog (injekčne, užívanie viacerých drog), vek a komorbidita užívateľov drog a dostupnosť liečby a pohotovostných služieb, ako aj kvalita zberu údajov a podávania správ. Zlepšenia v kvalite a spoľahlivosti európskych údajov umožnili lepšiu charakterizáciu trendov a väčšina krajín v súčasnosti prijala definíciu prípadu v súlade s definíciou centra EMCDDA ⁽¹⁴⁰⁾. Napriek tomu sa vyžaduje opatrnosť pri porovnávaní krajín, pretože medzi jednotlivými krajinami existujú rozdiely, pokiaľ ide o kvalitu zisťovania prípadov a podávanie správ.

Úmrtia súvisiace s opiátmi

Heroín

Opiáty, najmä heroín alebo jeho metabolity, sa podieľajú na väčšine prípadov úmrtí zapríčinených drogami, ktoré boli zaznamenané v Európskej únii. V 20 krajinách, ktoré poskytli údaje v roku 2008 opiáty zodpovedali za viac než tri štvrtiny všetkých prípadov (77 – 100 %), pričom 11 krajín uvádza podiely nad 85 % ⁽¹⁴¹⁾. Medzi látky, ktoré sa často vyskytujú spolu s heroínom patrí alkohol, benzodiazepíny, iné opiáty a v niektorých krajinách kokain. Z tohto vyplýva, že významný podiel na všetkých úmrtiach zapríčinených drogami môže mať užívanie viacerých drog.

Väčšina úmrtí na predávkovanie (81 %) pripadá na mužov. Vo väčšine krajín je priemerný vek úmrtia od 30 do 40 rokov a v mnohých prípadoch sa zvyšuje. Poukazuje to na prípadnú stabilizáciu alebo pokles počtu mladých užívateľov heroínu a starnúcu skupinu problémových užívateľov. Celkovo k 13 % úmrtiam z predávkovania uvedených v Európe dochádza u užívateľov mladších ako 25 rokov, hoci Rakúsko, Rumunsko a Malta (malé počty) uvádzajú percentuálny podiel 40 % alebo viac. Toto môže poukazovať na mladšiu populáciu užívateľov alebo injekčných užívateľov heroínu v týchto krajinách ⁽¹⁴²⁾.

So smrteľným predávkovaním heroínom alebo predávkovaním bez smrteľných následkov sa spája množstvo faktorov. Patria k nim injekčné užívanie a simultánne užívanie iných látok, najmä alkoholu, benzodiazepínu a niektorých antidepresív. S predávkovaním sa často spája nestriedme užívanie drog, komorbidita, bezdomovectvo, zlý psychický stav (napr. depresie), neúčasť na protidrogovej liečbe, skúsenosti s predchádzajúcim predávkovaním a osamotenosť v čase predávkovania (Rome a kol., 2008). Čas bezprostredne

⁽¹³⁸⁾ Pozri „Úmrtnosť súvisiaca s drogami: komplexná koncepcia“ vo Výročnej správe 2008.

⁽¹³⁹⁾ Pozri obrázok DRD-7 (časť i) a tabuľky DRD-5 (časť ii) a DRD-107 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁴⁰⁾ Podrobné informácie o metodikách pozri v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁴¹⁾ Keďže väčšina úmrtí zapríčinených drogami oznámených EMCDDA je v dôsledku predávkovania opiátmi (hlavne heroínom), všeobecné charakteristiky oznámených úmrtí sa uvádzajú v tejto správe s cieľom opísať a analyzovať úmrtia týkajúce sa užívania heroínu. Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁴²⁾ Pozri obrázky DRD-2 a DRD-3 a tabuľku DRD-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2010.

po prepustení z väzenia alebo prepustení z protidrogovej liečby je obzvlášť riskantným obdobím pre predávkovanie, ako potvrdzuje množstvo priebežných štúdií (WHO, 2010).

Iné opiáty

Substitučná liečba závislosti od opiátov výrazne znižuje riziko smrteľného predávkovania, ako dokazuje podľa nórska štúdia na 3 800 osobách sledovaných sedem rokov, ktorá preukázala zníženie úmrtnosti počas liečby v porovnaní s predchádzajúcou liečbou. Zníženie rizika bolo výrazné, pokiaľ ide o úmrtia z predávkovania (relatívne riziko 0,2) aj o príčinnú mortalitu (relatívne riziko 0,5) (Clausen a kol., 2008).

Každý rok sa uvádzajú aj úmrtia vykazujúce prítomnosť látok používaných v substitučnej liečbe závislosti od opiátov. Odráža to skutočnosť, že tento typ liečby absolvuje veľký počet užívateľov drog a nie to, že tieto látky boli príčinou úmrtia. Úmrtia z predávkovania medzi klientmi v substitučnej liečbe môžu byť výsledkom kombinovania drog, pretože niektorí klienti absolvujúci liečbu ešte stále užívajú opiáty z ulice, zúčastňujú sa piť veľkého množstva alkoholu a užívajú predpísané psychoaktívne látky. K väčšine úmrtí vplyvom substitučných látok (často v kombinácii s inými látkami) dochádza medzi osobami, ktoré sa nezúčastňujú na substitučnej liečbe (Heinemann a kol., 2000).

Zriedkavé sú úmrtia následkom otravy buprenorfinom napriek jeho rastúcemu užívaniu pri substitučnej liečbe v Európe (pozri kapitolu 6). Vo Fínsku však buprenorfin zostáva najčastejším opiátom zisteným pri súdnych pitvách, obvykle však v kombinácii s inými látkami ako alkohol, amfetamíny, kanabis a lieky, alebo bol podaný injekčne.

V Estónsku väčšina úmrtí zapríčinených drogami uvedená v rokoch 2007 a 2008 súvisela s užitím 3-metylfentanylu. Vo Fínsku boli v prípade 21 úmrtí uvedené opiáty, ako napr. oxycodon, tramadol alebo fentanyl, hoci nebolo špecifikované, akú úlohu tieto lieky zohrávali.

Úmrtia súvisiace s inými drogami

Úmrtia zapríčinené akútnou otravou kokaínom sú zjavne pomerne neobvyklé⁽¹⁴³⁾. Avšak, keďže predávkovanie kokaínom sa ťažšie určuje a zisťuje ako v prípade opiátov, mohlo by byť podhodnotené.

V roku 2008 bolo v 15 krajinách uvedených 1 000 úmrtí súvisiacich s kokaínom. Existujú signály, že kokaín bol zistený v rastúcom počte úmrtí zapríčinenom drogami uvedených v európskych krajinách, ale na základe nedostatočnej porovnateľnosti dostupných údajov, nie je

Nefatálne predávkovania opiátmi

V štúdiách sa uvádza, že väčšina užívateľov opiátov (obvykle 50 – 60 %) prekonala predávkovanie a že 8 % až 12 % prekonala predávkovanie v posledných šiestich mesiacoch, pričom niektorí užívatelia boli predávkovaní viac než jedenkrát. Na každý prípad úmrtia zapríčineného drogami je 20 až 25 nefatálnych predávkovaní. Keďže monitorovanie je veľmi obmedzené a v jednotlivých krajinách sa môžu používať rôzne definície, počet nefatálnych predávkovaní vyskytujúcich sa každý rok v Európe sa nedá presne odhadnúť. Napriek tomu z dostupných informácií vyplýva, že v Európe by mohlo každý rok dôjsť k 120 000 až 175 000 nefatálnym predávkovaniam.

Prekonanie predávkovania vo veľkej miere zvyšuje riziko úmrtia z neskoršieho predávkovania (Stoové a kol., 2009). Okrem toho nefatálne predávkovania môžu spôsobiť celý rad ochorení vrátane pľúcneho poškodenia, pneumónie a svalového oslabenia. Predávkovanie môže tiež viesť k neurologickým poškodeniam a počet prekonaných predávkovaní významne predurčuje zhoršenie kognitívnych schopností. Celková chorobnosť býva vyššia u starších a závislejších užívateľov, ktorí toho viac prekonali (Warner-Smith a kol., 2001).

Na prevenciu fatálneho dôsledku môže byť nevyhnuté včasné rozpoznanie predávkovania opiátmi a intervencia zo strany pohotovostných služieb. Kontakt s pohotovostnými službami, ako aj poskytnutie ošetrovania v prípade akútnej otravy sú príležitosťou na získanie informácií o prevencii predávkovania a odporúčanie na poradenstvo a liečbu.

Monitorovanie nefatálnych predávkovaní môže umožniť krízovú validáciu informácií o úmrtiach zapríčinených drogami. V Českej republike napríklad hospitalizácia v prípade nefatálnych predávkovaní opiátmi poklesla od roku 2001 do 2008, čo odráža aj pokles úmrtí zapríčinených opiátmi. Zároveň však stúpol počet nefatálnych predávkovaní a úmrtí spojených s užívaním metamfetamínu.

možné charakterizovať európsky trend. Výrazný nárast počtu úmrtí súvisiacich s kokaínom bol v posledných rokoch pozorovaný v dvoch krajinách s najvyššou prevalenciou užívania kokaínu v celkovej populácii. V Španielsku sa od roku 2002 do 2007 výrazne zvýšil počet úmrtí, v prípade ktorých bol prítomný kokaín bez opiátov. V Spojenom kráľovstve sa počet úmrtných listov, v ktorých sa uvádzal kokaín, zdvojnásobil od roku 2003 (161) do 2008 (325).

Zriedkavo sa uvádzajú úmrtia, v prípade ktorých je prítomná extáza, a v mnohých takých prípadoch táto droga nebola identifikovaná ako priama príčina úmrtia⁽¹⁴⁴⁾. V publikácii centra EMCDDA z roku 2010

⁽¹⁴³⁾ Pozri rámček „Úmrtia zapríčinené kokaínom“.

⁽¹⁴⁴⁾ Údaje o úmrtiach súvisiacich s inými drogami ako heroín pozri v tabuľke DRD-108 v štatistickej ročenke 2010.

Vybrané otázky o probléme užívania amfetamínu a metamfetamínu sa uvádza prehľad údajov o úmrtiach súvisiacich s týmito dvomi látkami.

Trendy v úmrtiach zapríčinených drogami

Počet úmrtí zapríčinených drogami sa v Európe počas 80. a na začiatku 90. rokov minulého roka prudko zvýšil spolu s nárastom užívania heroínu a injekčného užívania drog a potom sa ustálil na vysokej úrovni ⁽¹⁴⁵⁾.

V období rokov 2000 až 2003 väčšina členských štátov EÚ uvádza pokles (23 %), po ktorom nasledoval ďalší nárast úmrtí (11 %) v období rokov 2003 až 2007. Z predbežných údajov dostupných za rok 2008 vyplývajú prinajmenšom rovnaké hodnoty ako za predchádzajúci rok, pričom zvýšenie uviedlo 11 z 18 krajín, ktoré je možné porovnať. Spojené kráľovstvo a Nemecko, ktoré zodpovedajú za najväčší podiel uvedených prípadov v Európe, vykazujú postupný každoročný nárast od roku 2003 do 2006. Ďalšie krajiny (napr. Francúzsko, Fínsko, Nórsko) tiež uvádzajú nárast.

Je ťažké objasniť príčiny pretrvávajúceho 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. K možným vysvetleniam, ktoré si vyžadujú ďalšie skúmanie, patria: zvýšené úrovne užívania viacerých drog (EMCDDA, 2009d) alebo vysokorizikové správanie, relaps u zvýšeného počtu užívateľov opiátov po prepustení z väzenia alebo liečby a starnutie užívateľov drog prípadne so zraniteľnejšou populáciou chronických užívateľov drog. Napríklad niektoré krajiny (napr. Nemecko, Španielsko, Spojené kráľovstvo) uvádzajú zvýšený podiel prípadov vo veku nad 35 rokov, ktoré odrážajú stúpajúci trend priemerného veku úmrtí zapríčinených drogami (obrázok 15).

Celková úmrtnosť súvisiaca s drogami

Celková úmrtnosť súvisiaca s užívaním drog pozostáva z úmrtí zapríčinenými drogami a úmrtí zapríčinených nepriamo na základe užívania drog, ako napr. na základe prenosu infekčných chorôb, kardiovaskulárnych problémov a úrazov. Počet úmrtí nepriamo súvisiacich s užívaním drog sa ťažko určuje, ale ich vplyv na zdravie obyvateľstva môže byť významný. Úmrtia súvisiace s drogami sú sústredené hlavne medzi problémovými užívateľmi drog, aj keď niektoré (napr. dopravné nehody) sa vyskytujú aj medzi príležitostnými užívateľmi.

Úmrtia zapríčinené kokainom

Úmrtia zapríčinené kokainom sú oveľa komplikovanejším fenoménom než predávkovania opiátmi, ktoré majú pomerne jasný klinický obraz. Z tohto dôvodu mnohé úmrtia zapríčinené kokainom sa na základe formy ich obrazu a spoločenského profilu ich obetí nemusia dostať do pozornosti polície alebo forenzných expertov.

Užívanie kokainu môže spôsobiť fatálne dôsledky rôznymi mechanizmami. K farmakologickému predávkovaniu čistým kokainom dochádza, ale fatálne dôsledky sa vo všeobecnosti spájajú len s masívnym požitím drogy. K väčšine smrteľných prípadov spojených s užívaním kokainu dochádza v dôsledku kardiovaskulárnych alebo cerebrovaskulárnych príhod (Sporer, 1999). Tieto príhody nezávisia od dávky a môžu sa vyskytnúť aj v prípade príležitostných užívateľov alebo pri nízkych dávkach, najmä u ľudí s už existujúcimi kardiovaskulárnymi alebo cerebrovaskulárnymi problémami. K väčšine úmrtí vykazujúcich užívanie kokainu dochádza však medzi problémovými užívateľmi postihnutých chorobnými stavmi zapríčinenými chronickým užívaním drog (koronárna ateroskleróza, ventrikulárna hypertrofia alebo iné problémy) (Darke a kol., 2006). Tieto stavy môže zhoršovať užívanie alkoholu (Kolodgie a kol., 1999) a fajčenie tabaku. Existuje určitý neznámy podiel úmrtí súvisiacich s kokainom, v prípade ktorého nemožno rozpoznať spojitost s užívaním drog pre nedostatočnú klinickú presnosť a pretože k úmrtiu môže dôjsť po niekoľkých dňoch alebo týždňoch po akútnom probléme. Chorobné stavy zapríčinené pravidelným užívaním kokainu môžu byť základom aj pre neskoršie infarkty myokardu v dôsledku iných faktorov podobne, ako je tomu v prípade užívania tabaku.

Hodnotenie skutočného zaťaženia zdravotnými problémami a straty života v súvislosti s kokainom predstavujú osobitné výzvy a budú vyžadovať odlišné metódy ako v prípade úmrtí predávkovania opiátmi.

Odhady celkovej úmrtnosti súvisiacej s drogami možno odvodiť rôznymi cestami, napríklad kombináciou informácií zo skupinových štúdií úmrtnosti s odhadmi prevalencie užívania drog. Iný prístup spočíva v použití existujúcich všeobecných štatistík úmrtnosti a odhade podielu pripadajúceho na užívanie drog.

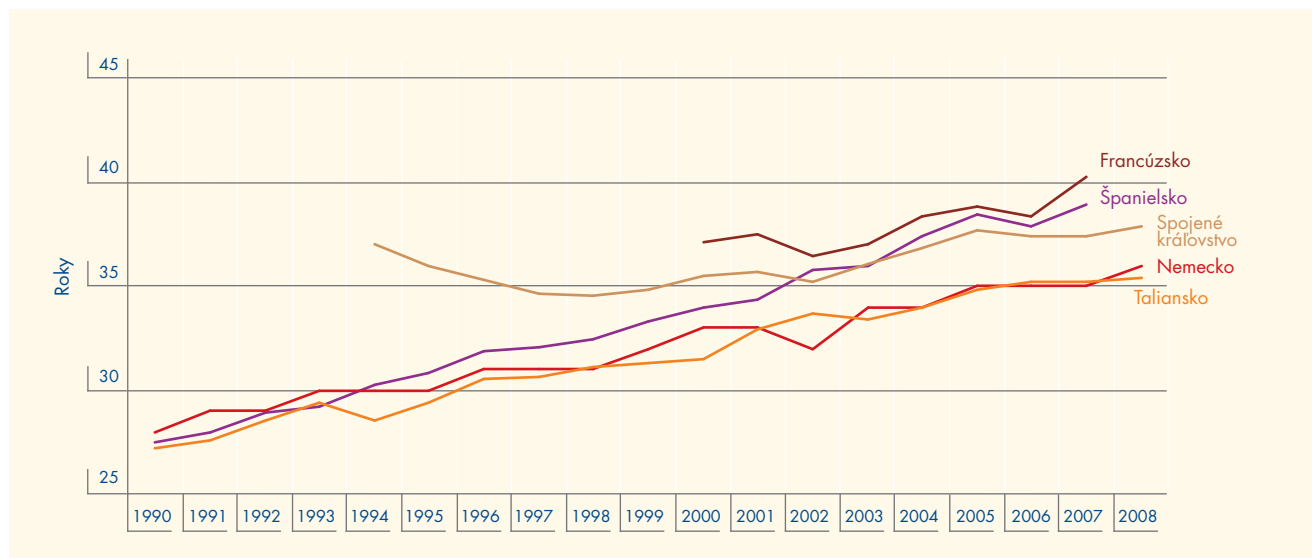
Skupinové štúdie úmrtnosti

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 s celkovou populáciou ⁽¹⁴⁶⁾.

⁽¹⁴⁵⁾ Pozri obrázky DRD-8 a DRD-11 v štatistickej ročenke 2010.

⁽¹⁴⁶⁾ Informácie o úmrtnosti zo skupinových štúdií, pozri Hlavné indikátory na webovej stránke EMCDDA.

Obrázok 15: Trendy priemerného veku úmrtí zapríčinených drogami v niektorých európskych krajinách



Poznámka: Ďalšie informácie sa nachádzajú v tabuľke DRD-3 v štatistickej ročenke 2010. Údaje Spojeného kráľovstva sú založené na definícii protidrogovej stratégie.

Zdroj: Národné kontaktné miesta siete Reitox

V závislosti od prostredia respondentov (napr. štúdie realizované v zariadeniach protidrogovej liečby) a kritérií pre začlenenie (napr. injekční užívatelia drog, užívatelia heroínu), vo väčšine skupinových štúdií sa vykazuje miera úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % za rok medzi problémovými užívatelmi drog. Tieto miery úmrtnosti sú približne 10 až 20-krát vyššie ako miery úmrtnosti rovnakej vekovej skupiny v celkovej populácii. Relatívny význam rôznych príčin úmrtí sa líši v jednotlivých krajinách a v čase. Hlavnou príčinou úmrtia medzi problémovými užívatelmi drog je vo všeobecnosti predsa len predávkovanie drogami, zodpovedajúce za 50 – 60 % úmrtí medzi injekčnými užívatelmi v krajinách s nízkou prevenciou HIV/AIDS. Okrem HIV/AIDS a iných chorôb k často uvádzaným príčinám úmrtí patria samovraždy a závislosť od alkoholu, ako potvrdzuje nedávna štúdia v Štokholme, v rámci ktorej sa zistilo, že k 17 % úmrtiam v rámci skupiny prevažne užívatelov opiátov došlo v dôsledku samovražd a 15 % bolo náhodných. Alkohol sa podieľal na 30 % úmrtí (Stenbacka a kol., 2010).

Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog

Kombináciou existujúcich údajov z Eurostatu a surveillance HIV/AIDS podľa odhadu EMCDDA zomrelo v roku 2007 v Európskej únii okolo 2 100 osôb na HIV/AIDS, ktoré možno pripísať užívaniu drog (¹⁴⁷), pričom 90 % 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, od roku 2003 sa však zvyšuje v Estónsku a Lotyšsku. Najvyššia miera úmrtnosti na HIV/AIDS medzi užívatelmi drog sa uvádza v Portugalsku, nasleduje Estónsko, Španielsko, Lotyšsko a Taliansko; vo väčšine ďalších krajín je miera úmrtnosti nízka (¹⁴⁸).

K ďalším chorobám, ktoré majú tiež svoj podiel na úmrtiach medzi užívatelmi drog, patria chronické stavy, napr. choroby pečene, hlavne v dôsledku infekcie hepatitídy C (HCV) a zhoršené ťažkým alkoholizmom a koinfekciou HIV. Úmrtia zapríčinené inými infekčnými chorobami sú zriedkavejšie. K neinfekčným príčinám úmrtí patrí hlavne rakovina a kardiovaskulárne problémy (¹⁴⁹).

Iným príčinám úmrtí medzi užívatelmi drog sa venovala oveľa menšia pozornosť, napriek znakom významného vplyvu na úmrtnosť. Podľa odhadov nedávnej štúdie WHO (Degenhardt a kol., 2009) by samovraždy a trauma mohli v Európe zodpovedať asi za tretinu úmrtnosti, ktorú možno pripísať užívaniu drog, čo by mohlo znamenať niekoľko tisíc úmrtí každý rok. Čo sa týka konkrétne samovražd, z prehľadu literatúry (Darke a Ross, 2002) vyplýva, že v prípade užívatelov heroínu je 14-krát vyššie riziko úmrtia v dôsledku samovraždy než v prípade celkovej populácie.

Informácie o počte úmrtí v súvislosti s vedením vozidla pod vplyvom drog sú ešte stále nedostatočné. Z niektorých štúdií vyplývajú zvýšené riziká nehôd súvisiacich s nezákonným užívaním drog a že kombinované užívanie drog a alkoholu spôsobuje ďalšie zhoršenie (EMCDDA, 2008b).

¹⁴⁷ Pozri tabuľku DRD-5 (časť iii) v štatistickej ročenke 2010.

¹⁴⁸ Pozri obrázok DRD-7 (časť ii) v štatistickej ročenke 2010.

¹⁴⁹ Najmä v súvislosti s kokaínom, pozri „Zdravotné následky užívania kokaínu“ v kapitole 5.

Znižovanie počtu úmrtí súvisiacich s drogami

Pätnásť európskych krajín uvádza, že ich národné protidrogové stratégie zahŕňajú časť venovanú znižovaniu úmrtí súvisiacich s drogami, že takéto politiky existujú na regionálnej úrovni alebo že majú osobitný akčný plán na prevenciu úmrtí súvisiacich s drogami. Rakúsko uvádza, že strategický dokument sa pripravuje.

Intervencie

Liečba výrazne znižuje riziko úmrtnosti užívateľov drog (Davoli a kol., 2007), aj keď vznikajú riziká drogovej tolerancie pri nástupe do liečby alebo výstupe z nej. Zo štúdií vyplýva, že riziko úmrtia zapríčineného drogami na základe relapsu po liečbe alebo v prvých týždňoch po prepustení z väzenia je výrazne zvýšené. Táto skutočnosť viedla k uverejneniu odporúčaní Regionálneho úradu WHO pre Európu týkajúcich sa prevencie predávkovania vo väzniciach a zlepšenia kontinuity starostlivosti po prepustení (WHO, 2010).

Dánsko a Nórsko nedávno uprednostnili buprenorfín vo svojich usmerneniach pre substitučnú liečbu na základe jeho farmakologického bezpečnostného profilu. Španielsko nedávno schválilo kombináciu buprenorfín–naloxon pre pacientov v substitučných programoch uskutočňovaných vnútroštátnym systémom zdravotníctva s cieľom znížiť úmrtia zapríčinené drogami.

Spolu so zlepšovaním prístupu k protidrogovej liečbe sa skúmajú iné intervencie na zníženie rizika predávkovania u užívateľov drog. Tieto intervencie sú zamerané na osobné, situačné faktory a faktory súvisiace s užívaním drog. Na základe nedávneho preskúmania dôkazov (Rome a kol., 2008) sa odporúča zvyšovanie informovanosti všeobecných lekárov o nebezpečenstvách predpisovania viacerých liekov, najmä antidepresív. V Luxembursku boli prijaté opatrenia na kontrolu predpisovania viacerých liekov klientom v substitučnej liečbe a tým zníženie akútnych stavov zahŕňajúcich užívanie benzodiazepínov.

Poskytovanie informačných materiálov sa uvádza ako obvyklá intervencia na znižovanie úmrtí zapríčinených drogami v Európe⁽¹⁵⁰⁾. V mnohých krajinách sa uvádza zabezpečovanie prevencie predávkovania, vzdelávania v oblasti rozpoznania a reakcie pre užívateľov drog a ich susedov, priateľov a rodiny, ako aj poskytovateľom služieb,

ktorí pracujú s užívateľmi drog. Poskytovanie týchto intervencií je však často sporadické a obmedzené.

Po epidémii smrteľných predávkovaní fentanylom, estónski odborníci teraz vyzývajú na zavedenie programov prevencie predávkovania v krajine. Belgicko, Česká republika, Estónsko a Holandsko uvádzajú činnosť systémov včasného varovania, v rámci ktorých sa zhromažďujú a rozširujú informácie o nových drogách alebo nebezpečných kombináciách prostredníctvom nízkoprahových agentúr, útulkov alebo liečebných zariadení. V Holandsku bol v roku 2009 testovaný monitorovací systém pre akútne zdravotné prípady ohrozenia života v súvislosti s drogami a teraz sa rozširuje.

Školenie o predávkovaní v kombinácii s vydávaním naloxonu na domáce použitie, ktorý pôsobí proti účinkom opiátov, je prístupom, ktorým možno ušetriť mnoho životov. Intervencia je zameraná na užívateľov drog a ich rodiny, ľudí, ktorí by mohli byť s užívateľom počas predávkovania, a na to, aby im umožnila prijať účinné opatrenia do príchodu pohotovostnej služby. Zo štúdií vyplýva, že osoby, ktoré absolvovali školenie, preukázali lepšie znalosti v prípade známok predávkovania a väčšiu dôveru v použitie naloxonu. V roku 2009 sa v Anglicku začal projekt, v rámci ktorého sa 950 rodinným príslušníkom užívateľov drog poskytovali balíčky s injekčnými striekačkami naplnených naloxonom. Balíčky obsahujúce jednorazové injekčné dávky naloxonu sa poskytovali v rámci priebežnej štúdie užívateľom opiátov prepusteným z väznice v Anglicku, Škótsku a Walese. Naplnené injekčné striekačky sú v Taliansku k dispozícii prostredníctvom protidrogových agentúr, používajú sa v Portugalsku a boli zavedené v Bulharsku. Poskytovanie nosového spreju naloxonu sa začalo prostredníctvom projektu zameraného na užívateľov v Kodani.

Poskytovanie priestorov na užívanie drog pod dohľadom umožňujú rýchlu intervenciu pri prvých známkach predávkovania. Informácie z činnosti naznačujú, že predávkovania, ku ktorým dôjde v takýchto zariadeniach, sa úspešne zvládnu bez zaznamenaných smrteľných predávkovaní. Poskytovanie okamžitej pomoci pomáha tiež znížiť vplyv predávkovaní bez smrteľných následkov vrátane nezvratného poškodenia mozgu a ďalších vitálnych orgánov v dôsledku hypoxie (Hedrich a kol., 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ Pozri tabuľku HSR-8 v štatistickej ročenke 2009.



Kapitola 8

Nové drogy a vznikajúce trendy

Úvod

Nové psychoaktívne látky a nové formy užívania drog, aj keď sa obvykle najskôr objavujú v rámci obmedzených sociálnych skupín alebo len na niekoľkých miestach, môžu mať významné dôsledky na verejné zdravotníctvo a politiku. Poskytovanie včasných a objektívnych informácií tvorcom politik, odborníkom a širokej verejnosti o nových hrozbách je výzvou z metodického i praktického hľadiska. A jeho význam narastá vzhľadom na čoraz dynamickejší a rýchlo sa meniaci charakter európskeho problému s užívaním drog. Systém včasného varovania Európskej únie bol vypracovaný ako mechanizmus rýchlej reakcie na vznik nových psychoaktívnych látok na drogovej scéne.

V posledných rokoch sa objavilo veľké množstvo nových neregulovaných syntetických zlúčenín. Tieto látky sa predávajú na internete ako „legálne opojenia“ a sú vytvorené, aby sa vyhli kontrolám drog. Predstavujú výzvu súčasným prístupom monitorovania a kontroly nových psychoaktívnych látok. Podľa prehľadu v tejto kapitole sa za posledné dva roky objavili nové bylinné fajčiarske produkty obohatené syntetickými kanabinoidmi a narastá popularita rôznych syntetických katinónov.

Opatrenia v oblasti nových drog

V roku 2009 bolo prostredníctvom európskeho systému včasného varovania oficiálne oznámených 24 nových syntetických psychoaktívnych látok. Je to najvyššie číslo uvedené v jednom roku a k tomu nárastu došlo na základe identifikácie deviatich nových syntetických kanabinoidov v poslednom roku. V roku 2009 boli uvedené nové látky patriace do chemických skupín, ktoré poskytujú spravidla nové psychoaktívne drogy: päť fenetylaminov, dva tryptamíny a štyri syntetické katinóny. Neboli uvedené žiadne nové piperazíny alebo psychoaktívne rastliny.

Od zriadenia systému včasného varovania v roku 1997 bolo EMCDDA a Europolu oznámených viac než 110 látok. V posledných piatich rokoch sa objavili nové skupiny látok. Patria k nim rôzne piperazíny, syntetické katinóny a syntetické kanabinoidy. V posledných dvoch

rokoch, za ktoré sa podali správy sa však neuvádzali žiadne piperazíny. Len šesť z nich boli rastliny alebo boli rastlinného pôvodu a je pravdepodobné, že syntetické psychoaktívne látky budú patriť aj naďalej k najčastejšie uvádzaným novým látkam.

V roku 2009 boli uvedené tri látky s liečivými vlastnosťami. Patrí k nim pregabalin, liek na predpis predávaný pod menom Lyrica a používaný na liečenie neuropatickej bolesti, epilepsie a generalizovanou úzkostnou poruchou. Z nedávneho prehľadu údajov farmakovigilancie vyplývajú obavy v súvislosti s jeho zneužívaním vo Fínsku, Švédsku a Nórsku. Informácie zo systému včasného varovania tiež naznačujú, že pregabalin sa mohol podieľať na úmrtiach užívateľov vo Fínsku, Švédsku a Spojenom kráľovstve, ako sa zistilo v súdnych toxikologických analýzách. Užívatelia uvádzajú, že pregabalin má účinky podobné alkoholu, GHB (kyseline gama-hydroxybutyrikovej), extáze a benzodiazepínu. Uvádza sa tiež, že zmierňuje abstinenčné príznaky po vynechaní heroínu (opiátu).

Systém včasného varovania monitoruje tiež neregulované psychoaktívne produkty – tzv. „legálne opojenia“ – predávané cez internet a v tzv. „smartshop“ alebo „headshops“ za použitia agresívnych a rafinovaných marketingových stratégií a v niektorých prípadoch sú úmyselne zle označené s deklarovanými zložkami odlišnými od skutočného zloženia. Trh s „legálnymi opojeniami“ je výnimočný rýchlosťou, akou sa dodávatelia vyhýbajú kontrole drog ponukou nových alternatív.

Mefedron

Syntetické katinóny sa v posledných rokoch čoraz častejšie uvádzajú prostredníctvom systému včasného varovania. V súčasnosti sa monitoruje pätnásť z týchto látok vrátane mefedronu, metylonu, metedronu a MDPV⁽¹⁵¹⁾. Tieto „dizajnérske“ zlúčeniny sú derivátmi katinónu, ktorý je jedným z psychoaktívnych zložiek v rastline kata (*Catha edulis*) a je štruktúralne príbuzný s amfetamínom⁽¹⁵²⁾.

Mefedron je derivátom metkatinónu – kontrolovanej drogy podľa Dohovoru OSN z roku 1971. Po prvýkrát sa

⁽¹⁵¹⁾ Mefedron (4-metylmekatinón), metylon (3,4-metyléndioxymetkatinón), metedron (4-metoxymetkatinón) a MDPV (3,4-metyléndioxypropylvalerón).

⁽¹⁵²⁾ Profily drog týkajúce sa katy a syntetických katinónových derivátov sa nachádzajú na webovej stránke EMCDDA.

Monitorovanie nových psychoaktívnych látok v Európe

Rozhodnutím Rady o nových psychoaktívnych látkach ⁽¹⁾ sa ustanovuje európsky mechanizmus rýchlej výmeny informácií o nových psychoaktívnych látkach, ktoré môžu predstavovať ohrozenie verejného zdravia a sociálne hrozby (EMCDDA, 2007b). EMCDDA a Europol v úzkej spolupráci so svojimi sieťami národných partnerov zohrávajú ústrednú úlohu v realizácii systému včasného varovania. Po odhalení novej psychoaktívnej látky na európskom trhu členské štáty zabezpečia, aby sa informácie o výrobe, obchodovaní a užívaní drogy poslali centru EMCDDA a Europolu prostredníctvom národných kontaktných miest Reitox a národným ústredniám Europolu. Rozhodnutie Rady poskytuje tiež rámec pre hodnotenie rizík spojených s novými látkami (pozri EMCDDA, 2010b). Výmenu informácií o látkach so zistenou a uznanou hodnotou z liečebného hľadiska je možné realizovať prostredníctvom systému včasného varovania, ale nemožno ich podrobiť hodnoteniu rizika podľa rozhodnutia Rady.

⁽¹⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SV z 10. mája 2005 o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok (Ú. v. EÚ L 127, 20.5.2005, s. 32).

v Európe objavila v roku 2007 a podľa všetkého je populárna medzi mladými užívateľmi, čo vedie špecifickému dopytu po tejto látke. Týka sa to hlavne Spojeného kráľovstva, kde sa mefedron dostal do pozornosti médií. Zo správ z ostatných členských štátov vyplýva, že sa užíva aj inde v Európe.

Záchyty značných množstiev mefedronu uviedlo v roku 2009 Nemecko, Holandsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo. Vo Švédsku toxikologické výsledky potvrdili podiel užívania mefedronu na úmrtí a v Spojenom kráľovstve sa vyšetrujú viaceré úmrtia podozrivé z možnej prítomnosti mefedronu. Kontrolné opatrenia týkajúce sa mefedronu nedávno zaviedlo Dánsko, Estónsko, Írsko, Nemecko, Rumunsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo, Chorvátsko a Nórsko.

Mefedron je bežne dostupný na internete, kde sa môže predávať ako legálna alternatíva kokaínu alebo extázy. Látka je propagovaná rôznymi spôsobmi ako „na chemický výskum“, „kúpeľné soli“, „na botanický výskum“, „potrava pre rastliny“ alebo „rastlinná výživa“, často s poznámkou „nie je určená na ľudskú spotrebu“ s cieľom vyhnúť sa prípadným kontrolným mechanizmom. V zozname zložiek sa prítomnosť psychoaktívnych látok často neuvádza. Pri vyhľadávaní online obchodov s mefedronom, ktoré sa v marci 2010 uskutočnilo v Anglicku, sa zistilo, že táto látka sa predávala na minimálne 77 webových stránkach. Na väčšine týchto webových stránok sa predával len mefedron a sídlo mali v Spojenom kráľovstve. Potom, ako

Spojené kráľovstvo zaradilo v apríli 2010 mefedron a ďalšie syntetické katinóny do skupiny kontrolovaných drog, väčšina mefedronových lokalít bola zrušená.

Údaje o užívaní 29 látok vrátane viacerých „legálnych opojení“ boli zhromaždené prostredníctvom online prieskumu koncom roku 2009 v spolupráci s hudobným časopisom Mixmag v Spojenom kráľovstve ⁽¹⁵³⁾. Mefedron bol uvedený ako štvrtá najčastejšie užívaná droga (po kanabise, extáze a kokaíne) a najčastejšie používané „legálne opojenie“ medzi 2 295 respondentmi. Asi jedna tretina (33,6 %) uviedla jeho použitie minulý mesiac, 37,3 % v minulom roku a 41,7 % niekedy. Príslušné údaje v súvislosti s metylonom boli 7,5 %, 10,0 % a 10,8 %. Z malého rozdielu medzi prevalenciou v minulom mesiaci a celoživotnou prevalenciou vyplýva, že ide o nový a rýchlo sa rozširujúci fenomén. Tieto zistenia však nemožno posudzovať ako reprezentatívne pre širšiu populáciu návštevníkov klubov pre metodické obmedzenia online prieskumov, takéto prieskumy však poskytujú rýchly prístup k špecifickým populáciám (Verster a kol., 2010).

Monitorovanie online obchodov s drogami

V rámci systému včasného varovania sa od roku 2006 každý rok monitoruje predaj nových psychoaktívnych látok na internete. Zmeny používaných metód prispeli ku kvalite a pokrytiu prieskumov, údaje za jednotlivé roky však nie sú priamo porovnateľné.

V roku 2010 bolo identifikovaných 170 online obchodov s drogami, 30 z nich ponúkalo „legálne opojenia“ aj halucinogénne huby, obvykle so širokým výberom

Spoločná správa EMCDDA a Europolu o mefedrone

EMCDDA a Europol ukončili hodnotenie dostupných informácií o mefedrone v januári 2010 na základe kritérií ustanovených v operačných usmerneniach systému včasného varovania (EMCDDA, 2007b). Patrí k nim množstvom zachyteného materiálu, dôkazy o zainteresovanosti organizovaného zločinu, dôkazy od medzinárodnom obchodovaní, toxikofarmakologické vlastnosti psychoaktívnej látky, dôkazy o potenciáli ďalšieho (rýchleho) šírenia a dôkazy o prípadoch závažnej intoxikácie a úmrtí.

EMCDDA a Europol súhlasili, že informácie dostupné o mefedrone spĺňajú kritériá na vyhotovenie spoločnej správy. Výsledná správa EMCDDA a Europolu bola predložená Rade Európskej únie, Európskej komisii a Európskej agentúre pre lieky a prijalo sa rozhodnutie začať formálny postup hodnotenie rizík v súvislosti s touto látkou.

⁽¹⁵³⁾ Osobná informácia od Adama Winstocka, King's College London.

produktov z oboch skupín: 34 ponúkalo len halucinogénne huby a 106 predávalo len „legálne opojenia“ a nie halucinogénne huby (¹⁵⁴).

Ukazuje sa, že počet predajcov halucinogénnych drog vzrástol od roku 2006, keď bolo identifikovaných 39 obchodov, ktoré predávali tieto produkty (EMCDDA, 2006). V roku 2010 bolo identifikovaných 64 online obchodov, ktoré predávali halucinogénne huby, pričom väčšina skôr predávala pestovateľské súpravy, spóry a muchotrávku červenú (*Amanita muscaria*) než huby obsahujúce psilocybín.

V roku 2009 sa v rámci online prieskumu zameraného len na „legálne opojenia“ zistilo, že najväčší počet obchodov má sídlo v Spojenom kráľovstve, po ňom nasledovalo Nemecko a Holandsko. V rozsiahlejšom prehľade z roku 2010 sa ukázala odlišná štruktúra, 38 online obchodov malo sídlo v Holandsku, 20 v Spojenom kráľovstve a 20 v Nemecku. Ku krajinám, v ktorých malo sídlo aspoň päť online obchodov, patrilo Poľsko, Francúzsko a Maďarsko, pričom ku krajinám s menším počtom patrili Česká

republika, Španielsko, Portugalsko, Slovensko, Taliansko a Švédsko. V USA malo sídlo 38 online obchodov a sídlo 15 online obchodov sa nedalo zistiť. Na rozdiel od online obchodov so sídlom v Spojenom kráľovstve, mnohé obchody so sídlom v Holandsku sú prepojené so špecializovanými obchodmi. Celkove sa v 73 % online obchodov používal anglický jazyk, pričom 42 % neponúkalo možnosť ďalšieho jazyka.

Fenomén „Spice“

„Spice“ sa predáva na internete a v špecializovaných obchodoch ako fajčiarska zmes. V roku 2008 forenzní chemici zistili, že to nie je neškodný bylinný produkt, ako sa deklaruje. Pod syntetickými aditívami boli identifikované skutočné psychoaktívne zložky zmesi „Spice“; látky ako agonista kanabinoïdových receptorov (¹⁵⁵) JWH-018, ktorý má podobné účinky ako tetrahydrokanabínol (THC) v kanabise.

Tzv. fenomén „Spice“ priťahoval značnú pozornosť v roku 2009. V priebehu roka sa mená a značky balení produktov podobných „Spice“ obmieňali. Psychoaktívne zložky pridávané k týmto produktom sa tiež menili v závislosti od nových kontrolných opatrení (EMCDDA, 2009f). Prostredníctvom systému včasného varovania bolo v roku 2009 oznámených deväť nových syntetických kanabinoïdov (¹⁵⁶).

Rozmanitosť a počet syntetických kanabinoïdov alebo iných látok, ktoré môžu byť pridané k bylinným produktom predstavuje výzvy z hľadiska ich identifikácie, monitorovania a hodnotenia rizík. O farmakológii, toxikológii a bezpečnostných profiloch týchto zlúčenín u ľudí nie sú takmer žiadne poznatky. Typ a množstvo pridaných syntetických kanabinoïdov sa môže značne líšiť a niektoré z týchto zlúčenín môžu byť veľmi aktívne v malých dávkach. Na základe toho nemožno vylúčiť náhodné predávkovanie s rizikom závažných psychiatrických alebo iných komplikácií.

Žiadny zo syntetických kanabinoïdov nie je kontrolovaný podľa dohovorov OSN a nie sú informácie o tom, že by niektoré z nich bol povolené ako lieky v Európskej únii. V čase prípravy tejto správy niektoré členské štáty zakázali alebo iným spôsobom kontrolovali „Spice“, produkty podobné „Spice“ a príbuzné zlúčeniny (¹⁵⁷). Údajné bylinné zložky produktov „Spice“ nie sú medzinárodne kontrolované, ale niektoré členské štáty (Lotyšsko, Poľsko, Rumunsko) zaradili jednu alebo viaceré z nich na svoje zoznamy kontrolovaných látok. Mimo Európskej únie

Prehľad o online obchodoch s drogami: metódy

Prieskum z roku 2010 sa konal od 25. januára do 5. februára a bol zameraný na online obchody s drogami (maloobchodníkov a veľkoobchodníkov) dostupné každému európskemu užívateľovi internetu, ktorý má záujem o nákup „legálnych opojení“ (vrátane „Spice“), GHB/GBL ale halucinogénnych húb. Online obchody, ktoré neposkytujú dodávky do aspoň jedného členského štátu EÚ, neboli zahrnuté.

Vyhľadávacie reťazce boli najskôr testované v angličtine s cieľom identifikovať lokality s najväčšou návštevnosťou. Vyhľadávania sa vykonávali v 15 jazykoch, ktorý používa ako materinský jazyk 84 % populácie Európskej únie (¹). Použili sa tri rôzne vyhľadávače: Metacrawler, Google a „národný“ vyhľadávač v závislosti od krajiny a jazyka.

Výber vzoriek pozostával z preskúmania prvých 100 odkazov a pokračoval, pokiaľ sa neukázalo 20 po sebe nasledujúcich odkazov ako irelevantné. V prípade každej identifikovanej stránky sa zhromaždili tieto informácie: predávané výrobky, charakteristika produktov, ceny, dostupnosť zásob, cieľové krajiny, ingrediencie, zdravotné výstrahy a hodnotenia užívateľov.

(¹) angličtina, čeština, dánčina, gréčtina, francúzština, holandčina, nemčina, maďarčina, maltčina, poľština, portugalčina, slovenčina, španielčina, švédčina a taliančina.

(¹⁵⁴) Pozri rámček „Prehľad o online obchodoch s drogami: metódy“.

(¹⁵⁵) Agonista je chemická látka, ktorá sa viaže na špecifický receptor bunky a spúšťa aktivitu bunky. Agonista často napodobňuje pôsobenie endogénnych alebo prirodzene sa vyskytujúcich látok.

(¹⁵⁶) Pozri profil drogy *Syntetické kanabinoïdy a „Spice“* na webovej stránke EMCDDA.

(¹⁵⁷) Dánsko, Nemecko, Estónsko, Írsko, Francúzsko, Lotyšsko, Litva, Luxembursko, Rakúsko, Poľsko, Rumunsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo.

„bylinné zmesi Spice“ kontroluje podľa svojho predpisu o potravinách Švajčiarsko.

Podľa online prieskumu z roku 2010 počet online obchodov ponúkajúcich „Spice“ prudko klesol v porovnaní s predchádzajúcim rokom. Napriek širšiemu pokrytiu bolo v rámci prieskumu z roku 2010 identifikovaných len 21 obchodov ponúkajúcich produkty podobné „Spice“ v porovnaní s 55 v roku 2009. Tento rok sa zistili len 2 online obchody ponúkajúce „Spice“ so sídlom v Spojenom kráľovstve oproti 23 z minulého roku. V najnovšom prehľade 15 obchodov deklarovalo ponuku zmesi „Spice“, v prípade ôsmich bolo uverejnené sídlo: tri v USA a po jednom v Španielsku, Poľsku, Portugalsku, Rumunsku a Spojenom kráľovstve. Zvyšných šesť online obchodov, ktoré ponúkali produkty podobné „Spice“, uviedli, že vypredali zásoby, prípadne používali obchodné názvy na prilákanie zákazníkov.

Na rozdiel od nezákonných drog, neboli uvedené žiadne veľké záchyty produktov podobných „Spice“ a správy týkajúce sa trestnej činnosti súvisiacej s týmto fenoménom sú nedostatočné. Toto v kombinácii s obmedzenými poznatkami o chemických vlastnostiach a účinkoch týchto nových zlúčenín, vytvára „biele miesta“ v súvislosti s monitorovaním takýchto produktov.

Prevalencia užívania „legálnych opojení“

Pod pojem „legálne opojenia“ patrí celý rad produktov, od bylinných zmien po syntetické alebo „dizajnérske drogy“ a „party pilulky“, ktoré sa užívajú rôznymi spôsobmi (fajčia, šnupajú, prehltajú). Okrem toho tieto produkty možno predávať ako vonné látky do miestností, bylinné kadidlá alebo soli do kúpeľa, aj keď sú určené na iné použitie. Táto rozmanitosť sťažuje zber a interpretáciu údajov o prevalencii o „legálnych opojení“.

V niekoľkých nedávnych prieskumoch sa uvádzajú údaje o prevalencii užívania „legálnych opojení“. V rámci poľskej štúdie z roku 2008 medzi 18-ročnými študentmi sa zistilo, že 3,5 % užilo „legálne opojenia“ aspoň raz. Tento údaj je porovnateľný s údajom pre halucinogénne huby (3,6 %). Užívanie „legálnych opojení“ v priebehu posledných 12 mesiacov uviedlo 2,6 % študentov ⁽¹⁵⁸⁾.

V rámci prieskumu medzi 1 463 študentmi vo veku 15 až 18 rokov na školách poskytujúcich všeobecné a odborné vzdelávanie vo Frankfurte sa zistilo, že asi 6 %

respondentov uviedlo, že užili „Spice“ aspoň raz a 3 % ho užili v posledných 30 dňoch. Tieto čísla by mohli byť ovplyvnené pozornosťou, ktorú médiá venovali „Spice“ v čase prieskumu, pretože len 1 % respondentov uviedlo, že užili „Spice“ viac než päťkrát. Takmer dve tretiny z tých, ktorí uviedli, že niekedy užili „Spice“, uviedli tiež, že v poslednom mesiaci užili kanabis.

V rámci posledného online prieskumu časopisu Mixmag zameraný na návštevníkov klubov v Spojenom kráľovstve sa zistilo, že 56,6 % respondentov uviedlo, že užili „legálne opojenia“ Patrí k nim bylinné produkty „Spice“ a „Magic“, BZP party pilulky a iné party pilulky s prevalenciou užívania posledný mesiac podľa poradia 2,0 %, 4,6 % a 5,3 %. Respondenti uviedli, že tieto drogy získali od priateľov (95 %) alebo si ich kúpili cez internet (92 %), v obchodoch (78 %), v stánkoch na podujatiach (67 %) alebo dilerov (51 %).

Ďalšie informácie o iných látkach

Piperazíny: BZP a mCPP

Čoraz ťažšie sa dajú zaznamenávať a interpretovať údaje o záchytoch piperazínov. Príčinou je to, že v práškoch a tabletkách možno nájsť rozmanité zmesi ⁽¹⁵⁹⁾, ako aj to, že piperazíny sa kombinujú s inými drogami, ako napr. amfetamín a MDMA. Okrem toho súdne vedecké laboratória nie vždy majú dostatok zdrojov na identifikáciu všetkých zložiek zmesí a najmä tých, ktoré nie sú kontrolované.

Dostupnosť BZP sa podľa všetkého počas roku 2008 znížila po rozhodnutí Rady z roku 2008 podriaďiť túto látku kontrolným opatreniam v rámci celej Európskej únie ⁽¹⁶⁰⁾. Niektoré členské štáty však ďalej uvádzajú niektoré veľké záchyty BZP.

V roku 2009 však mCPP bola naďalej najširšie dostupnou „novou syntetickou drogou“ ⁽¹⁶¹⁾ na európskom trhu s extázou buď samotná, alebo v kombinácii s MDMA. Z informácií zo systému včasného varovania vrátane správ od užívateľov v Holandsku a záchytov v Dánsku a Spojenom kráľovstve vyplýva výrazné zvýšenie podielu tabliet extázy obsahujúcich mCPP (alebo všeobecne piperazín) v prvej polovici roku 2009, čím možno prevýšili podiel tabliet extázy obsahujúcich MDMA. Holandský informačný a monitorovací systém pre drogy

⁽¹⁵⁸⁾ Prehľad CBOS 2008, vzorka 1 400 dospelých posledného ročníka vyšších stredných škôl, 15 % účastníkov uviedlo, že užilo drogy v posledných 12 mesiacoch.

⁽¹⁵⁹⁾ Napríklad: BZP (1-benzylpiperazín); CPP (chlórphenylpiperazín); TFMP (1-(3-trifluórometylfenyl)-piperazín) a DBZP (1,4-dibenzylpiperazín). CPP má tri polohové izoméry, ktoré je často ťažké odlišiť, z ktorých mCPP (1-(3-chlórphenyl)piperazín) je najrozšírenejší.

⁽¹⁶⁰⁾ Rozhodnutie Rady č. 2008/206/SVV z 3. marca 2008 o definovaní 1-benzylpiperazínu (BZP) ako novej psychoaktívnej látky, ktorá má podliehať kontrolným opatreniam a trestnoprávnym ustanoveniam (Ú. v. EÚ L 63, 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ mCPP nie je kontrolované medzinárodne, ale viaceré európske krajiny zaviedli opatrenia na jeho kontrolu v posledných niekoľkých rokoch (Belgicko, Cyprus, Dánsko, Grécko, Litva, Lotyšsko, Nemecko, Maďarsko, Malta, Rumunsko, Slovensko, Chorvátsko, Turecko, Nórsko).

tiež uviedol, že počet vzoriek poskytnutých užívateľmi na analýzu sa zvýšil v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi pravdepodobne v dôsledku zvýšených obáv z nežiaducich účinkov piperazínov. Podiel tabliet extázy obsahujúcich tieto látky mohol v druhej polovici roku 2009 klesnúť, aj keď v Spojenom kráľovstve to mohla čiastočne vyvážiť zvýšená dostupnosť katinónových derivátov.

Tieto zmeny odrážajú čoraz zložitejší trh s extázou, čo možno vysvetliť výkyvmi v dostupnosti prekurzora MDMA chemikálie PMK.

GHB/GBL a ketamín

GHB (kyselina gamma-hydroxybutyriková) je pod medzinárodnou kontrolou od roku 2001, zatiaľ čo ketamín, ktorý je liekom, môže byť kontrolovaný v členských štátoch buď v rámci ich právnych predpisov o drogách, alebo liekoch. Užívanie gamma-butyrolaktónu (GBL), ktorý sa po prehltnutí rýchlo mení na GHB, tiež nedávno v Európe vzbudil obavy. Látka GBL sa považuje za „neurčený drogový prekurzor“ na úrovni EÚ a je zahrnutá do dobrovoľného systému monitorovania drogových prekurzorov. Niektoré krajiny (Taliansko, Lotyšsko, Rakúsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo, Nórsko) kontrolujú túto látku v rámci svojich vnútroštátnych právnych predpisov o drogách.

Prevalencia užívania GHB a ketamínu v rámci celkovej populácie je nízka, ale môže byť oveľa vyššia

v špecifických skupinách, prostrediach a geografických oblastiach. V rámci online prieskumu časopisu Mixmag zameraného na návštevníkov klubov v Spojenom kráľovstve sa zistila prevalencia užívania v minulom mesiaci v prípade GHB 1,7 % a v prípade GBL 1,6 %, ale až 32,4 % v prípade ketamínu. V prieskume medzi návštevníkmi klubov v Amsterdame uskutočnenom v rokoch 2003 a 2008 respondenti (646) uviedli mierny nárast prevalencie užívania GHB v minulom mesiaci zo 4,2 % na 4,7 %. V Českej republike sa v rámci prieskumu v roku 2008 medzi 363 návštevníkmi klubov zistila prevalencie užívania v minulom mesiaci v prípade GHB 0,3 % a v prípade ketamínu 0,6 %. V Londýne sa v rámci prieskumu medzi 173 návštevníkmi klubov vyžadujúcich lekársku pomoc v ošetrovni klubu zistilo, že až dve tretiny ju potrebovalo v dôsledku užitia GHB/GBL (Wood a kol., 2009). Pri pravidelne uskutočňovanom prieskume medzi 15- až 16-ročnými školákmi vo Frankfurte sa zistilo, že počet školákov, ktorým bola ponúknutá látka GHB sa zvýšil z 1 % v roku 2002 na 5 % v roku 2008.

V rámci internetového prehľadu centra EMCDDA v roku 2010 sa nenašli žiadne online obchody registrované v EÚ ponúkajúce látku GHB, ale látka GBL sa našla v štyroch online obchodoch. Žiadny z nich však podľa všetkého nepropagoval látku GBL ako drogu, ani nenaznačoval, že by sa mohla užívať pre svoje psychoaktívne vlastnosti.



Literatúra ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. a Lynskey, M.T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence“, *Addiction* 101, s. 801 – 12.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. a Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. a Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe“ v: *a cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monograph 8, Volume 1, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg, s. 97 – 117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. a kol. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, s. 198 – 202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. a McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. a Silva, T. (2003) „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic“, *Addiction* 98, s. 749 – 60.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. a Altice, F.L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market“, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, s. 68 – 72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. a kol. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, s. 171 – 8.
- Calafat, A., Juan, M. a Duch, M.A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review“, *Adicciones* 21, s. 387 – 414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. a Levin, F.R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence“, *American Journal of Addiction* 18, s. 53 – 64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. a Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. a Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. a Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study“, *Drug and Alcohol Dependence* 94, s. 151 – 7.
- CND (Commission on Narcotic Drugs) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komisia pre omamné látky, OSN, Viedeň.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. a Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study“, *British Journal of Psychiatry* 182, s. 330 – 6.
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, správa najvyššieho revízora (k dispozícii online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. a kol. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (k dispozícii online).
- Costa Storti, C. a De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market“, *Bulletin of Narcotic Drugs* (pripravené na uverejnenie).
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) (2006), *The CPT standards – „Substantive“ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (k dispozícii online).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. a kol. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size“, *Epidemiology and Infection* 137, s. 1255 – 65.
- Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211 – 13.
- Darke, s. a Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, s. 1383 – 94.
- Darke, S., Kaye, s. a Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes“, *Addiction* 101, s. 1771 – 7.

⁽¹⁶²⁾ Hypertextové odkazy na online zdroje možno nájsť v PDF verzii výročnej správy, ktorá sa nachádza na webovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. a kol. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, s. 1954 – 9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgium.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. a Linskey, M. (2009), „Illicit drug use“, v: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. zväzok 1, Majid Ezzati a kol. (editori), Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva (k dispozícii online).
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421 – 47.
- Generálne riaditeľstvo pre zdravie a ochranu spotrebiteľa (2008), *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 (k dispozícii online).
- ECDC a Regionálna kancelária WHO pre Európu (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. a Thom, B. (Eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Spojené kráľovstvo).
- EMCDDA (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, Tematický dokument EMCDDA, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (k dispozícii online).
- EMCDDA (2007a), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Vybraná otázka EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008a), *a cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Prehľad EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Vybraná otázka EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Vybraná otázka EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009a), *Výročná správa 2009, stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Prehľad EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Tematický dokument EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).
- EMCDDA (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, Vybraná otázka EMCDDA Selected issue, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, Vybraná otázka EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2009f), *Understanding the „Spice“ phenomenon*, Tematický dokument EMCDDA, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, (k dispozícii online).
- EMCDDA (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografia EMCDDA, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editori), Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg. EMCDDA (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, Vybraná otázka EMCDDA, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- EMCDDA a Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EMCDDA-Europol joint publications, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- Escots, s. a Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paríž.
- Európska komisia (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.
- Európska komisia (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (k dispozícii online).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. a kol. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial“, *Drug and Alcohol Dependence* 108, s. 56 – 64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. a Madden, P.A.F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence“, *Archives of General Psychiatry* 60, s. 1033 – 39.
- Fletcher, A., Bonell, C. a Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people’s drug use: a systematic review of intervention and observational studies“, *Journal of Adolescent Health* 42, s. 209 – 20.
- Gates, S., Smith, L.A. a Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. a Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, s. 313 – 21.
- Gowing, L., Ali, R. a White, J.M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. a kol. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction“, v *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografia EMCDDA, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editori), Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg, s. 191 – 232.
- Hall, W. a Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, s. 1383 – 91.
- Hedrich, D., Kerr, T. a Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond“, v *Harm reduction: evidence and impacts*, monografia EMCDDA, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editori), Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg, s. 305 – 31.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. a Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990 – 1999: implications for quality standards in maintenance treatment?“, *Forensic Science International* 113, s. 449 – 55.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. a kol. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Štokholm.
- Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. a kol. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme“, *Addiction* 95, s. 1055 – 68.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, OSN, New York (k dispozícii online).
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, OSN, New York (k dispozícii online).
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (k dispozícii online).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. a kol. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness“, v *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monografia EMCDDA, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editori), Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg, s. 115 – 63.
- King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. a Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis“, *Sucht* 55, s. 365 – 8.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. a kol. (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, druhé vydanie, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), s. 5 – 123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. a Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F.D. a kol. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers“, *Experimental and Molecular Pathology* 66, s. 109 – 22.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. a kol. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously“, *Addiction* 104, s. 1669 – 78.
- Levin, F.R. a Kleber, H.D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review“, *American Journal of Addiction* 17, s. 161 – 64.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. a kol. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study“, *Lancet* 374, s. 1262 – 70.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. a kol. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial“, *Archives of General Psychiatry* 66, s. 1116 – 23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, *Lancet* 375, s. 1014 – 28.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review“, *Lancet* 372, s. 1733 – 1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. a Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- 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 – 20.
- Measham, F. a Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy“, *Criminology and Criminal Justice* 9, s. 437 – 64.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbos Instituut, Utrecht.

- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. a Brigham, G.S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, s. 25 – 39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser, A. a kol. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. a kol. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review“, *Lancet* 370, s. 319 – 28.
- Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Štrasburg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (k dispozícii online).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008 – 2011*, Ministry of Justice, Londýn.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, marec (k dispozícii online).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (k dispozícii online).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (k dispozícii online).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londýn (k dispozícii online).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (k dispozícii online).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des „consultations jeunes consommateurs“ (2004 – 2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. a Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Petrie, J., Bunn, F. a Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, *Health Education Research* 22, s. 177 – 91.
- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (k dispozícii online).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. a kol. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, s. 147 – 55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey“, *Circulation* 103, s. 502 – 06.
- Národné správy siete Reitox (2009), k dispozícii on the webovej stránke EMCDDA.
- Rome, A., Shaw, A. a Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburg.
- Rose, M.E. a Grant, J.E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions“, *Annals of Clinical Psychiatry* 20, s. 145 – 55.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. a kol. (v tlači), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine“, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. a Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)“, *British Journal of Health Psychology* 10, s. 33 – 48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. a Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)“, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (k dispozícii online).
- Sporer, K.A. (1999), „Acute heroin overdose“, *Annals of Internal Medicine* 130, s. 585 – 90.
- Stenbacka, M., Leifman, A. a Romelsjö, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up“, *Drug and Alcohol Review* 29, s. 21 – 7.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. a Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data“, *Drug and Alcohol Review* 28, s. 347 – 52.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. a Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381 – 95.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. a Patton, G.C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood“, *Addiction* 103, s. 1361 – 70.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. a Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area“, *Addiction* 93, s. 1149 – 60.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň (k dispozícii online).
- UNODC (2010b), *World drug report 2010*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC a Government of Morocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC, UNAIDS a WHO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, technický dokument, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC, WHO a UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- Van Beek, I., Dwyer, R. a Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!“, *Drug and Alcohol Review* 20, s. 333 – 42.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. a Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users“, *Addiction* 102, s. 1454 – 62.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. a kol. (2009), „Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143 – 51.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. a Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial“, *Canadian Journal of Psychiatry* 53, s. 400 – 5.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“, in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. a kol. (editori), Maklu, Antverpy.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. a van Laar, M.W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety“, *Open Addiction Journal* 3, s. 24 – 31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. a Wittchen H.U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? a 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults“, *Drug and Alcohol Dependence* 68, s. 49 – 64.
- 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 – 88.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. a Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. a Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences“, *Addiction* 96, s. 1113 – 25.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Regionálny úradu WHO, Kodaň (k dispozícii online).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- WHO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Svetová zdravotnícka organizácia Európa, Kodaň.
- WHO, UNODC a UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. a Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (k dispozícii online)
- Wiessing, L., LikataVICIUS, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. a Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users“, *American Journal of Public Health* 99, s. 1049 – 52.
- Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. a kol. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients“, *Drug and Alcohol Dependence* 95, d. 245 – 57.
- Wood, D.M., Nicolauo, M. a Dargan, P.I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment“, *Substance Use & Misuse* 44, s. 1495 – 502.
- 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 (k dispozícii online).

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2010: Stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie

2010 – 103 s. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-443-4

doi:10.2810/3652

AKO ZÍSKAŤ PUBLIKÁCIE EÚ

Bezplatné publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej únie.
Ich kontaktné údaje nájdete na <http://ec.europa.eu> alebo si ich môžete vyžiadať faxom na čísle +352 2929-42758.

Platené publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Predplatné (napr. ročné série *Úradného vestníka EÚ*, zbičky rozhodnutí Súdneho dvora Európskej únie):

- prostredníctvom obchodných distribútorov Úradu pre vydávanie publikácií EÚ (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sk.htm).

Čo je EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Centrum, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMCDDA zbiera, analyzuje a šíri faktické, objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie centra sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a širokú verejnosť.

Výročná správa EMCDDA každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.



Úrad pre publikácie

ISBN 978-929168443-4



9 789291 684434