

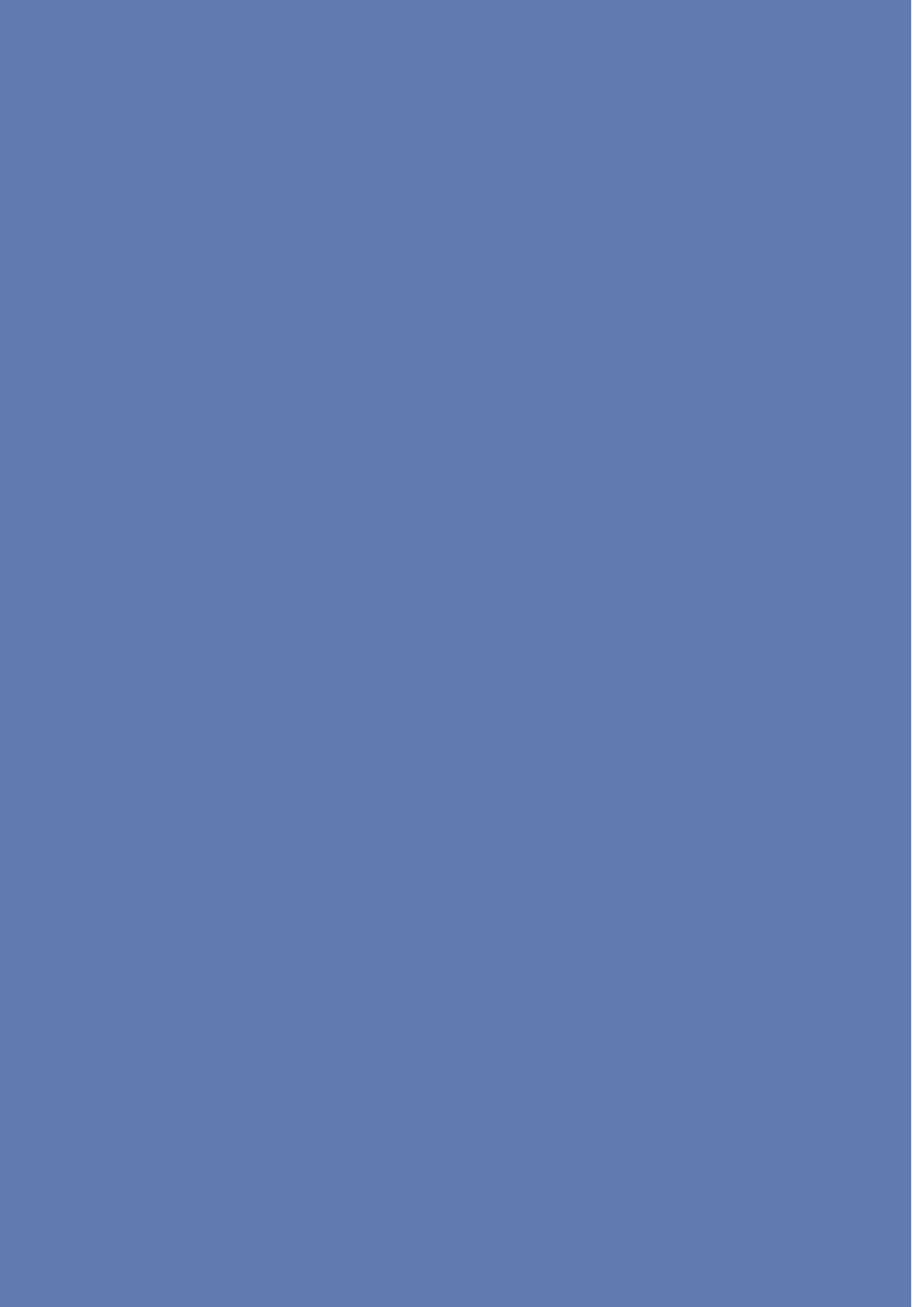


Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

ISSN 1830-0758

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2009

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ





Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2009

Právní upozornění

Tato publikace Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je chráněna autorským právem. EMCDDA odmítá jakoukoli občanskoprávní či jinou odpovědnost za jakékoli důsledky vyplývající z použití údajů uvedených v tomto dokumentu. Obsah této publikace nemusí nutně vyjadřovat oficiální názory partnerů EMCDDA, členských států EU či jakékoli instituce nebo agentury Evropské unie nebo Evropských společenství.

Na internetu je k dispozici množství dalších informací o Evropské unii. Lze je získat prostřednictvím serveru Evropa (<http://europa.eu>).

Europe Direct je služba, která vám pomůže odpovědět na otázky týkající se Evropské unie.

Bezplatná telefonní linka (*)

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Někteří operátoři mobilních sítí neumožňují přístup k číslům 00 800 nebo mohou tyto hovory účtovat.

Tato zpráva je k dispozici v bulharštině, španělštině, češtině, dánštině, němčině, estonštině, řečtině, angličtině, francouzštině, italštině, lotyštině, litevštině, maďarštině, holandštině, polštině, portugalštině, rumunštině, slovenštině, slovinštině, finštině, švédštině, turečtině a norštině. Všechny překlady byly provedeny Překladačským střediskem pro instituce Evropské unie.

Katalogové údaje jsou uvedeny v závěru této publikace.

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2009

ISBN 978-92-9168-379-6

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009

Kopírování je povoleno pouze se souhlasem autora.

Printed in Luxembourg

VYTIŠTĚNO NA NEBĚLENÉM PAPIŘE



**Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost**

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. +351 211 210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvodní poznámka	9
Komentář: Střelba na pohyblivý cíl – náročný úkol přípravy pragmatické politiky v reakci na měnící se drogovou problematiku	11
Kapitola 1: Protidrogové politiky a legislativa	
Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU • Národní protidrogové strategie • Veřejné výdaje • Národní legislativa • Výzkum	18
Kapitola 2: Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled	
Prevence • Léčba • Minimalizace škod • Sociální reintegrace • Prosazování protidrogových zákonů a trestné činy porušující protidrogové právní předpisy • Zdravotní a sociální řešení ve věznicích	26
Kapitola 3: Konopí	
Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Léčba	38
Kapitola 4: Amfetaminy, extáze a halucinogenní látky	
Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Prostředí zábavních podniků • Léčba	49
Kapitola 5: Kokain a crack	
Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Zdravotní důsledky • Problémové užívání a žádosti o léčbu • Léčba a minimalizace škod	60
Kapitola 6: Užívání opiátů a injekční užívání drog	
Nabídka a dostupnost • Problémové užívání opiátů • Injekční užívání drog • Léčba	70
Kapitola 7: Infekční nemoci a úmrtí související s drogami	
Infekční nemoci • Prevence infekčních nemocí • Úmrtí a úmrtnost • Snižování počtu úmrtí	79
Kapitola 8: Nové drogy a vznikající trendy	
Opatření EU v oblasti nových drog • Produkty „spice“ a související syntetické kanabinoidy • Internetové obchody • Sledování látek	90
Literatura	95



Předmluva

Tato zpráva přináší včasné a podrobné hodnocení situace v oblasti drog v Evropě a my jsme vděční našim zaměstnancům, kteří na její přípravě velmi usilovně pracovali. Musíme nicméně uznat, že síla tohoto dokumentu není dána jen naší prací zde v Lisabonu, ale zejména úsilím, které je v členských státech věnováno budování kvalitního a komplexního informačního systému. Jsme přesvědčeni, že stejně jako bude důležitým příspěvkem k vyspělé a informované debatě o problematice drog, povede existence tohoto monitorovacího systému i k lepším a efektivnějším politikám.

Potřeba těchto politik nadále roste, protože výzvy v této oblasti se stávají stále složitějšími. Společným tématem, které se objevuje v celé této zprávě, je dynamická povaha problematiky drog a my musíme zajistit, aby naše vize držela krok s měnícími se podmínkami, s nimiž jsme konfrontováni.

V tomto roce agentura EMCDDA oslavila 15 let shromažďování informací a podávání zpráv o problematice drog v Evropě. Při této příležitosti jsme uspořádali konferenci s názvem „Identifying Europe’s information needs for effective drug policy“ (Určení informačních potřeb Evropy pro efektivní protidrogovou politiku). Konference poskytla vědcům, odborníkům a tvůrcům politik z celé Evropy i dalších oblastí příležitost přijet do Lisabonu a pomoci nám zmapovat a zhodnotit stávající znalostní základnu v oblasti drog a určit aktuální a budoucí informační potřeby.

Konference ukázala, že Evropa vyvinula obdivuhodnou laboratoř pro studium a pochopení problematiky užívání drog a reakcí souvisejících s drogami, což nám nyní poskytuje značné možnosti pro kolektivní vzdělávání a sdílení znalostí. Nikde jinde neexistuje tak velká skupina kulturně různorodých zemí, které prokazují společné odhodlání lépe porozumět tomuto složitému společenskému problému a zdokonalit související reakce. To lze pozorovat na vývoji průřezového protidrogového monitorovacího systému, který zahrnuje 30 zemí, jež mají dohromady více než půl miliardy obyvatel. Vidíme to i na protidrogové strategii a akčním plánu Evropské unie, tedy na nástrojích, které jsou určeny ke shromažďování dostupných informací a jejich přepracování do praktických a kolektivních opatření. To je důležité zejména nyní, protože členské státy stojí před náročnou volbou priorit financování a ještě více než dosud se zaměřují na nutnost získat z provedených investic maximální prospěch. Jsme

přesvědčeni, že naše zpráva k uvedenému procesu přispívá. Kromě toho jsme se zavázali, že určování prvků, které představují efektivní postupy v oblasti drog, bude v rámci další činnosti EMCDDA sehrávat stále důležitější roli.

Konference rovněž určila řadu významných otázek, které jsou zohledněny ve zde předkládané analýze. Naše informační systémy musí dosahovat lepších výsledků při určování a sledování nových trendů a informování o nich. Přitom je však naprosto zásadní, aby naše zprávy byly nadále přesné, podložené a zbytečně nevyvolávaly paniku. Byla zdůrazněna i nutnost zahrnout do naší analýzy problematiku jak na straně nabídky, tak na straně poptávky. V letošní zprávě dáváme větší prostor analýze ukazatelů v oblasti nabídky a trhu s drogami. Činíme tak obezřetně, neboť dosud nebyla snaha o zlepšení kvality, spolehlivosti a srovnatelnosti evropského souboru údajů v této oblasti dostatečná. Tato skutečnost je nyní obecně uznávána a my se snažíme tento problém ve spolupráci se svými vnitrostátními a evropskými partnery řešit.

Jedním ze zjištění letošní zprávy je to, že hodnocení situace v oblasti drog v Evropě vyžaduje souběžně pochopení vnitrostátních rysů, subregionálních zvláštností a ve stále větší míře i společných evropských, či dokonce celosvětových trendů. V budoucnosti musíme tento složitý vztah popisovat lépe, protože nám to nejen pomůže pochopit činitele, jež mohou podpořit či zpomalit nárůst problémů v oblasti drog, ale bude to pro nás i vodítko při přípravě vhodných intervencí.

A konečně je třeba konstatovat, že Evropská unie a Organizace spojených národů téměř současně koncem roku 2008 a počátkem roku 2009 aktualizovaly své dokumenty protidrogové politiky. Nový protidrogový akční plán EU i nové politické prohlášení a akční plán OSN odrážejí mezinárodní úsilí o omezení míry užívání drog a škod, jež toto užívání může způsobit. Dosažení těchto cílů je obtížným úkolem a podaří se pouze tehdy, budou-li plánovaná opatření realizována v širokém měřítku. Monitorování a hodnocení jsou v rámci tohoto procesu klíčovými prvky, protože nám umožňují udržovat správné zaměření našich politik a zaznamenávat dosažený pokrok.

Marcel Reimen

Předseda správní rady EMCDDA

Wolfgang Götz

Ředitel EMCDDA



Poděkování

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

- vedoucím národních kontaktních míst sítě Reitox a jejich pracovníkům,
- subjektům v jednotlivých členských státech, které shromáždily vstupní údaje pro tuto zprávu,
- členům správní rady a vědeckého výboru EMCDDA,
- Evropskému parlamentu, Radě Evropské unie – zejména její horizontální pracovní skupině pro drogy – a Evropské komisi,
- Evropskému středisku pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), Evropské agentuře pro léčivé přípravky (EMA) a Europolu,
- skupině Pompidou Rady Evropy, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Regionálnímu úřadu pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Interpolu, Světové celní organizaci, projektu ESPAD a Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN),
- Překladačskému středisku pro instituce Evropské unie a Úřadu pro publikace Evropské unie.

Národní kontaktní místa sítě Reitox

Reitox je evropská informační síť pro drogy a drogovou závislost. Je tvořena národními kontaktními místy v členských státech EU, Norsku, kandidátských zemích a kontaktním místem při Evropské komisi. Kontaktní místa, za která zodpovídají příslušné vlády, jsou vnitrostátní orgány, jež poskytují informace Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).

Kontaktní údaje o národních kontaktních místech naleznete na adrese:

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



Úvodní poznámka

Tato výroční zpráva vychází z informací, které EMCDDA poskytly členské státy EU, kandidátské země Chorvatsko a Turecko a dále Norsko v podobě národních zpráv. Zde uváděné statistické údaje se vztahují k roku 2007 (nebo k poslednímu roku, za který byly k dispozici). Grafy a tabulky obsažené v této zprávě se mohou týkat podskupiny zemí EU; výběr je proveden na základě zemí, z nichž jsou k dispozici údaje pro příslušné období.

Spotřebitelskými cenami drog oznámenými EMCDDA se rozumí ceny účtované uživatelům. Zprávy o čistotě nebo potenci z většiny zemí vycházejí ze vzorku všech zachycených drog a oznámené údaje obvykle nelze vztáhnout ke konkrétní úrovni trhu s drogami. U čistoty nebo potence a spotřebitelských cen vychází všechny analýzy z hlášených průměrných nebo modálních hodnot, nebo ještě tyto hodnoty nejsou k dispozici, ze středních hodnot.

Zprávy o prevalenci užívání drog založené na průzkumech v běžné populaci se většinou týkají populace dané země ve věku 15 až 64 let. K zemím, které používají jiné horní nebo dolní věkové hranice, patří: Bulharsko (18–60), Česká republika (18), Dánsko (16), Německo (18), Maďarsko (18–59), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené království (16–59). Data o prevalenci ve Spojeném království se týkají Anglie a Walesu.

Ve zprávách o žádostech o léčbu se „novými klienty“ rozumí osoby, které nastoupily léčbu poprvé v životě, a „všemi klienty“ se rozumí všichni, kdo nastoupili léčbu. Údaje nezahrnují klienty v probíhající léčbě na začátku dotyčného roku. U podílu počtu žádostí o léčbu v souvislosti s primární drogou je jmenovatelem počet případů, u kterých je známa primární droga.

Analýza trendů zahrnuje pouze země, které poskytly dostatečné údaje, jež umožňují popsat změny v dotyčném časovém období. Chybějící hodnoty za rok 2007 v analýze trendů v oblasti údajů o trhu s drogami mohou nahrazovat čísla za rok 2006; u analýzy jiných trendů mohly být chybějící údaje získány interpolací. Trendy v oblasti cen jsou očištěny o inflaci na národní úrovni.

Informace o dostupnosti a poskytování různých intervencí v Evropě celkově vycházejí z informovaného posouzení národních odborníků, získaného prostřednictvím strukturovaných dotazníků.

Výraz „hlášení“ může v kontextu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy označovat v různých zemích různé koncepty.

Výroční zprávu lze stáhnout ve 23 jazycích na adrese <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.

Statistický věstník 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) obsahuje kompletní soubor zdrojových tabulek, z nichž vychází statistická analýza v této zprávě. Rovněž obsahuje další podrobné údaje o použité metodice a asi 100 dalších statistických grafů.

Přehledy o jednotlivých zemích (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) obsahují shrnutí klíčových aspektů drogové situace v každé zemi.

Národní zprávy kontaktních míst sítě Reitox, které podrobně popisují a analyzují drogovou problematiku v jednotlivých zemích, jsou k dispozici na internetové stránce EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Komentář

Střelba na pohyblivý cíl – náročný úkol přípravy pragmatické politiky v reakci na měnící se drogovou problematiku

Shoda na politice umožňuje cílenější protidrogový akční plán

Tato zpráva se věnuje období, které bylo důležité pro protidrogovou politiku v Evropě i za jejími hranicemi. V Evropské unii byl vyhodnocen protidrogový akční plán pro období 2005–2008, pátý od roku 1990, a byl vypracován a zahájen jeho nástupce platný pro období let 2009–2012. Ačkoli se pozornost často věnuje rozdílům, které mezi členskými státy existují v oblasti jejich protidrogové politiky, značná shoda, která je nyní v diskusích na evropské úrovni zjevná, je z historického hlediska pozoruhodná. Členské státy mohou mít na politiku stále odlišné pohledy, které do jisté míry odrážejí odlišné vnitrostátní reality, v mnoha oblastech je však debata zřejmě stále vyspělejší a vychází ze společného konsenzu. Tato situace umožnila nový akční plán EU, který lze popsat jako pragmatický, cílevědomý a konkrétně zaměřený. Tento přístup hmatatelně dokládá pozornost věnovaná konkrétním oblastem praxe, jako je prevence úmrtí souvisejících s drogami, práce v prostředí věznic a zlepšování kvality léčby a ostatních intervencí.

V mezinárodním měřítku vyvolaly značný zájem veřejnosti a odborníků diskuse, jež vedly k přijetí nového politického prohlášení Organizace spojených národů a jejího plánu činnosti v boji proti celosvětovému problému drog po přezkumu cílů stanovených na mimořádném zasedání valného shromáždění OSN v roce 1998 (UNGASS). V této debatě se Evropa důrazně vyslovila pro vyvážené, vědecky podložené a humánní protidrogové politiky. Díky tomu se podařilo zajistit, aby byly v konečné dohodě zachovány klíčové pokrokové prvky původních dokumentů UNGASS z roku 1998. Ačkoli byly diskuse na půdě OSN občas vášnivé a někdy odrážely pevně zakořeněné politické a ideologické postoje, existovaly i známky toho, že se prosazuje pragmatický a logický přístup k určování možných efektivních opatření. Například Spojené státy americké zmírnily svůj přístup k poskytování sterilního injekčního materiálu pro snižování rizika krví přenášených infekcí, což byla reakce na rozsáhlou důkazní bázi ve věci efektivity, jež nyní v této oblasti existuje. A v obecnější rovině se z nedávných politických prohlášení zdá, že se

Spojené státy americké nyní přibližují k evropskému modelu. Významný konsenzus vzešel i ze zasedání UNGASS věnovaného potřebě efektivního globálního monitorování fenoménu drog, zvláště s ohledem na pokračující růst problémů v rozvojových a přechodnou fázi procházejících zemích. Byl kritizován mechanismus podávání zpráv vypracovaný k provádění akčních plánů UNGASS. S jeho zánikem však mimo stávající globální rámec podávání zpráv zůstávají důležité oblasti práce, zvláště ty, jež se týkají snižování poptávky. Tento problém bude pravděpodobně důležitým tématem na nadcházejícím zasedání Komise pro omamné látky.

Praxe prosazování práva v konfrontaci s konkurenčními cíli politik

Prosazování protidrogových právních předpisů je v letošní výroční zprávě velmi zviditelněno a vyneseno rozsudky a jiná opatření vůči osobám obviněným z trestných činů porušujících protidrogové zákony zkoumá vybrané téma. Počet porušení protidrogových právních předpisů vykázaných v Evropě nadále vzrůstá. Ačkoli se tyto údaje obtížně interpretují, uvedené zjištění vyvolává otázky ohledně míry, v jaké jsou postupy prosazování práva v této oblasti ve shodě s cíli politiky.

Obecně řečeno, evropská rozprava o politice se nyní posunula směrem k názoru, že by měly být upřednostněny prohibiční činnosti zaměřené spíše na nabídku než na užívání drog. V reakci na to se v některých zemích zvýšily právní sankce za trestné činy spojené s nabídkou nebo byly zavedeny minimální sazby. Míru, v jaké se tento odklon orientace od uživatelů směrem k dodavatelům drog projevuje v praktické policejní činnosti, lze změřit jen obtížně. Pouze v několika zemích počet trestných činů spojených s nabídkou drog skutečně převyšuje počet trestných činů spojených s držením drog. Celkově se počet trestných činů spojených s nabídkou drog zvýšil, ale počet trestných činů spojených s držením či užíváním drog také vzrostl, a dokonce vyšší měrou. I v celé Evropě je situace v oblasti trestných činů spojených s nabídkou drog různorodější, polovina sledovaných zemí ve střednědobých údajích zaznamenala pokles počtu případů.

Hlubkový průzkum vynesených rozsudků za trestné činy porušující protidrogové právní předpisy v Evropě, který tuto zprávu doprovází, zkoumá, co se stane osobám, které protidrogové právní předpisy poruší. U trestných činů spojených s nabídkou jsou obvyklé tresty odnětí svobody, jsou však obvykle stanovovány u dolní hranice možné sazby a v průměru se pohybují okolo tří či méně let. To může být prostě jen odrazem skutečnosti, že mnoho obviněných patří do méně významné části dodavatelského řetězce, například pouliční prodejci či drogově závislé osoby, které drogy prodávají, aby si zajistily prostředky pro svou závislost. Toto zjištění má důsledky pro přípravu pokynů pro minimální rozsudky, pokud je jejich účelem odrazovat zkušené profesionální pachatele trestné činnosti od účasti na nabídce drog.

Ve většině zemí jsou za užívání či držení drog vynášeny tresty odnětí svobody jen zřídka. Malému procentu souzených osob je však udělen okamžitý trest odnětí svobody, pravděpodobně v důsledku přitěžujících okolností. To znamená, že stále větší počet uživatelů drog přichází do kontaktu se systémem trestní justice, který jim uděluje pouze správní či drobné sankce. Pomineme-li možný odrazující účinek takových opatření, vyvstává otázka, do jaké míry představuje tento kontakt s určitými skupinami uživatelů drog promarněnou příležitost k jiným opatřením v oblasti snižování poptávky. Některé země v této oblasti vypracovaly inovační přístupy, celkově se však stále jedná o vzácný jev.

Protože osoby obviněné z trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy tvoří pravděpodobně různorodou skupinu, je pro přípravu služeb v této oblasti mimořádně důležité posouzení potřeb. V případě intervencí souvisejících se zdravím tyto služby zahrnují širokou škálu přístupů od prevence, vzdělávání a minimalizace škod po krátkodobé intervence, v odůvodněných případech odeslání ke specializované léčbě drogové závislosti a služby sociální podpory. Vypracování funkčního modelu, který by zajistil vhodné struktury tras odesílání k léčbě, bude pravděpodobně představovat náročný organizační úkol. Poněkud jiným způsobem řešilo tento problém Portugalsko. Užívání drog již nepodléhá trestněprávním sankcím a osoby, u nichž je zjištěno držení drog, jsou přímo odeslány k posouzení potřeb před zvláštní tribunál, který je znám jako „komise pro odrazování od užívání drog“. Tento tribunál může ukládat pokuty, sankcionování však není jeho hlavním cílem. Tento systém nyní funguje osm let. Zdá se, že dostupné údaje nepodporují počáteční obavy z toho, že takový přístup povede k nárůstu drogové turistiky či ke zvýšené míře užívání.

Léčba a intervence v oblasti zdraví: od „univerzálního“ přístupu k souboru cílených opatření

Služby pro uživatele drog v Evropě jsou stále různorodější a jsou nabízeny v rámci integrovaného balíčku péče. Tento přístup lze pozorovat z hlediska koncepčního i praktického. Například intervence pro minimalizaci škod a léčbu ve stále větší míře propojují a nabízejí stejní poskytovatelé. Přestože je význam sociální reintegrace široce uznáván, je tato oblast stále nedostatečně rozvinuta a uživatelé drog mají stále značné obtíže při nacházení zaměstnání, vhodného bydlení a rozvíjení činností nesouvisejících s drogami.

Ačkoli bylo v léčbě uživatelů drog v Evropě dosaženo pokroku, je to pokrok nerovnoměrný jak z hlediska látek, na něž se léčba zaměřuje, tak z hlediska zeměpisného pokrytí. Největší pokrok byl pozorován v oblasti substituční léčby závislosti na opiátech, kde se počet léčených osob nyní pohybuje okolo 650 000 a stále narůstá. K tomuto celkovému počtu však jen malým dílem přispívá východní Evropa, což naznačuje, že v některých zemích je nutné služby značně rozšířit. Ze zkušeností řady zemí vyplynulo, že k expanzi poskytování léčby může přispět účast praktických lékařů. Dohody o sdílené péči se specializovanými centry nezajišťují jen podporu pro praktické lékaře, ale zaručují i kvalitu léčby.

Přestože ve většině zemí je teoreticky možné ve vězeňských zařízeních pokračovat v substituční léčbě nebo ji zahájit, v praxi je to často obtížné. Vzhledem k počtu uživatelů drog ve vězeních v Evropě existuje naléhavá potřeba rozšířit v tomto prostředí možnosti léčby všech druhů. Akční plán EU tuto skutečnost uznává, ale v současné době je tato oblast nadále ve většině zemí zanedbávána.

U jiných drog než opiátů nejsou dostupnost služeb a naše pochopení podstaty účinné péče v Evropě tak dobře rozvinuté. Tento problém však začíná být uznáván a stále větší počet evropských výzkumných projektů a pilotních programů se nyní zabývá potřebami léčby uživatelů stimulantů a konopí. Kromě toho pokrok v oblasti neurovědy nejen zlepšil naše chápání biologických mechanismů závislosti, ale začíná nyní i zprostředkovávat určité inovační přístupy. K příkladům patří vakcína proti kokainu, která nyní v Evropě prochází rozsáhlými testy. Inovace přinesl i vývoj informační technologie, například internetové léčebné programy a využívání textových zpráv.

Nové důkazy o tom, že Evropa přechází do období klesající míry užívání konopí

Oblíbenost konopí v 90. letech 20. století dramaticky vzrostla natolik, že nyní téměř čtvrtina všech evropských dospělých uvádí, že tuto drogu užíli nejméně jednou. Následně se situace začala stabilizovat a poslední údaje

výrazně podporují analýzu uvedenou v loňské zprávě, podle níž dochází k obecnému poklesu užívání této drogy. Mimořádný zájem budí poslední výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách, které poskytují náhled na časové trendy užívání drog u dětí školního věku. Zde zjištěné vzorce pravděpodobně později přejdou do starších věkových skupin. Je zajímavé, že právě tak, jako lze v minulosti pozorovat různé dočasné vzorce vzestupného trendu užívání konopí, se tento vzorec zřejmě nyní opakuje v opačné podobě. Například Spojené království, jedna z prvních zemí, které zaznamenaly vysoké úrovně prevalence, bylo také jednou z prvních zemí, které hlásily pokles užívání. Tento vzorec je nyní patrný ve většině ostatních západoevropských zemí. Ve východní Evropě až donedávna ve většině zemí úroveň užívání rostly. Avšak i v těchto zemích existují u mládeže známky stabilizace, a pokud se bude opakovat vzorec pozorovaný jinde, lze očekávat následný pokles.

Pochopení činitelů, které ovlivňují oblíbenost drogy, jako je konopí, je samozřejmě důležité. Je však třeba se obezřetně bránit vyvozování jakýchkoli jednoduchých příčinných vysvětlení. Svou úlohu při ovlivňování těchto trendů mohla sehrát vnitrostátní politika a politika na úrovni Evropské unie, avšak klesající míra užívání je pozorována i ve Spojených státech amerických a v Austrálii, což naznačuje, že význam mají pravděpodobně širší společensko-kulturní činitele. Z evropského obrázku vybočuje malá skupina zemí, zejména na severu či jihu Evropy, kde úroveň užívání konopí již nějakou dobu zůstávají nízké a stabilní. Pochopení ochranných činitelů, které v těchto zemích působí, by bylo rovněž velice zajímavé, analýza však opět bude muset plně zohlednit kulturní, sociální a historické činitele a uvážit vliv protidrogových a sociálních politik.

Oproti údajům o celkových úrovních užívání je poslední analýza vzorců problémového užívání konopí v Evropě smíšenější a méně povzbudivá. Je zde třeba upozornit na to, že v současné době nemáme dostatek dobrých způsobů, jak měřit závislost nebo problémové užívání, a ačkoli v tomto směru byl učiněn jistý pokrok, musíme se spoléhat na více nepřímé ukazatele. Počet nových žádostí o léčbu závislosti na konopí se nyní zřejmě stabilizuje poté, co po několika letech plynule narůstal. Je však stále nejasné, do jaké míry je to odrazem vzorců užívání nebo kapacity služeb. V současné době je nejlepší behaviorální ukazatel problémového užívání konopí získáván extrapolací odhadů počtu každodenních uživatelů této drogy. Trendy každodenního užívání je obtížné posoudit, dostupné údaje však nenaznačují žádný celkový pokles. Agentura EMCDDA odhaduje, že zhruba 2 až 2,5 % mladých dospělých užívá konopí denně nebo téměř denně, přičemž mnohem vyšší úrovně jsou pozorovány u mladých mužů. Tento údaj

představuje velkou ohroženou populaci a upozorňuje na nutnost lépe pochopit potřeby služeb pro tuto skupinu.

Orientační přehled – odhady užívání drog v Evropě

Odhady uvedené dále se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů. Úplné soubory údajů a informace o metodice naleznete v průvodním statistickém věstníku.

Konopí

Celoživotní prevalence:
nejméně 74 milionů (22 % evropských dospělých)
Užití v posledním roce: zhruba 22,5 milionu evropských dospělých, respektive jedna třetina celoživotních uživatelů
Užití v posledním měsíci: zhruba 12 milionů Evropanů
Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:
celkový rozptyl 0,4 až 14,6 %

Kokain

Celoživotní prevalence:
zhruba 13 milionů (3,9 % evropských dospělých)
Užití v posledním roce: 4 miliony evropských dospělých, respektive jedna třetina celoživotních uživatelů
Užití v posledním měsíci: zhruba 1,5 milionu
Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:
celkový rozptyl 0,0 až 3,1 %

Extáze

Celoživotní prevalence:
zhruba 10 milionů (3,1 % evropských dospělých)
Užití v posledním roce: zhruba 2,5 milionu evropských dospělých, respektive jedna čtvrtina celoživotních uživatelů
Užití v posledním měsíci: méně než 1 milion
Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:
celkový rozptyl 0,1 až 3,5 %

Amfetaminy

Celoživotní prevalence:
zhruba 12 milionů (3,5 % evropských dospělých)
Užití v posledním roce: zhruba 2 miliony evropských dospělých, respektive jedna šestina celoživotních uživatelů
Užití v posledním měsíci: méně než 1 milion
Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce:
celkový rozptyl 0,0 až 1,3 %

Opiáty

Problémoví uživatelé opiátů:
dle odhadu 1,2 až 1,5 milionu Evropanů
Úmrtí vyvolaná drogami činila 4 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let, u asi tří čtvrtin z nich byly zjištěny opiáty.
Hlavní droga u asi více než 50 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti.
Více než 650 000 uživatelů opiátů podstoupilo v roce 2007 substituční léčbu.

Heroin a kokain: žádné velké známky zmenšujícího se problému

Téměř nic nenaznačuje zlepšující se situaci v užívání heroinu a kokainu, dvou látek, které zůstávají jádrem evropské drogové problematiky. Podání jasného obrazu situace v této oblasti je také komplikováno obtížemi při sladění údajů pocházejících z různých ukazatelů. Tento problém je zvláště zjevný v případě kokainu, u něhož byl vedle poklesu odhadované výroby (objem drogy zachycené v Evropské unii podle posledních údajů klesl) zaznamenán ve většině zemí i pokles čistoty drogy na úrovni ulice. Ve Spojeném království, zemi s velkým kokainovým trhem, byly nedávné poklesy čistoty značné. Tyto údaje by mohly naznačovat snižující se dostupnost kokainu, jiné informace však tento závěr zpochybňují. Počet záchytů drogy stále vzrůstá, ceny klesají a existují známky přechodu k novým přepravním trasám přes východní Evropu, což by mohlo narušit prohibiční snahy. Užívání kokainu v Evropě se stále soustředí do západních zemí, kde je trend obecně stabilní či stále vzestupný. Existují však i doklady o rozšiřování této drogy do dalších zemí. Roste i počet žádostí o léčbu závislosti na kokainu. Na základě dostupných důkazů je možné konstatovat, že současné míry konzumace v zavedených oblastech neklesají a v jiných oblastech nadále rostou; existují však známky toho, že dodavatelé mají možná potíže s uspokojením poptávky spotřebitelů na některých hlavních trzích. Bude zajímavé sledovat, zda budoucnost přinese konkrétnější důkazy o poklesu dostupnosti této drogy po nedávných zprávách o poklesu celosvětové produkce kokainu.

Na heroin stále připadá největší podíl na nemocnosti a úmrtnosti související s užíváním drog v Evropě. Užívání této drogy ve druhé polovině 90. let 20. století obecně klesalo, dnes je však situace méně jasná a v některých oblastech vzbuzuje obavy. Po výrazných poklesech počet nových žádostí o léčbu od roku 2002 rostl a nyní značný počet zemí hlásí nárůst jak v počtu, tak v podílu žádostí o léčbu závislosti na opiátech. Údaje o úmrtích vyvolaných drogami, která většinou souvisejí s užíváním heroinu, také nijak nenaznačují návrat ke klesajícímu trendu pozorovanému do roku 2004. Nárůst vykazují i údaje o počtu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy a o počtu záchytů. Znepokojivé je, že malý počet zemí uvádí, že problémy s heroinem byly zjištěny u některých mladých lidí, což naznačuje, že by se tato droga mohla šířit mezi novými skupinami obyvatel. Celkově je třeba vnímat jako zklamání, že příznivá analýza sestupného trendu problémů spojených s heroinem již neplatí. A jakkoli v současnosti neexistují žádné důkazy o návratu epidemického šíření užívání heroinu, jaké bylo

pozorováno v minulosti, zdravotní a sociální problémy vyplývající z užívání této drogy jsou značné. Jakékoli náznaky případného zhoršování situace, zvláště v době, kdy Evropa vstupuje do období hospodářských obtíží, jsou důvodem k velkým obavám.

Souběžné užívání více drog a průvodní problémy s alkoholem jsou nyní určujícími prvky evropské drogové problematiky

V oblasti drogové prevence se již dlouho má za to, že problémy s užíváním látek lze nejlépe řešit holisticky a v rámci zdravého životního stylu a informovaného rozhodování. Rozprava o užívání drog je naopak často soustředěna na konkrétní látku. Lze se jen těžko ubránit závěru, že tento jednostranný pohled je pro pochopení vyvíjející se povahy vzorců užívání látek v Evropě ve stále větší míře škodlivý. Jednotlivci, kteří užívají drogy, téměř nikdy neomezují svou spotřebu na jedinou látku. V Evropě jsou dnes vzorce souběžného užívání více drog normou a kombinované užívání různých látek odpovídá za většinu problémů, jimž čelíme, nebo tyto problémy zhoršuje. To vyvolává potřebu vypracovat komplexnější, integrovaný a více látek postihující pohled, abychom lépe porozuměli situaci a mohli navrhnout a hodnotit vhodné reakce. Platí to stejnou měrou i pro trh s drogami. Hodnota opatření pro snížení nabídky jedné látky se jasně snižuje, pokud tato opatření jen otevírají dveře užívání substituční látky, která může být ještě škodlivější.

Letošní výroční zprávu doprovází vybrané téma o souběžném užívání více drog, které zkoumá, jaký má užívání více látek dopad na různé skupiny uživatelů drog. Zjištění jsou znepokojivá. U mladých lidí může užívání více látek zvýšit riziko akutních problémů a je předzvěstí možného rozvinutí chronické drogové závislosti v pozdějším věku. U starších a pravidelných uživatelů drog je užívání více látek hlavním problémem při předávkování, komplikuje léčbu drogové závislosti a je spojováno s násilným a protiprávním chováním. Roste i sortiment drog, z něhož si mohou spotřebitelé v Evropě vybírat. Aktuální zpráva upozorňuje na tyto jevy: rozšiřující se škála do velké míry nekontrolovaných látek zaměřených na trh s konopím, inovace ve výrobě syntetických drog a narůstající obavy ze zneužívání léků na předpis. Kromě toho bylo uznáno, že určujícím činitelem evropského problému s užíváním látek je souběžná spotřeba alkoholu. I tu lze pozorovat v každé věkové skupině. U školních dětí poslední údaje uvádějí silnou souvislost pití s cílem opít se a užíváním drog. Pití s cílem opít se jde často ruku v ruce s rekreačním užíváním drog, což zvyšuje rizika nepříznivých důsledků u mladých dospělých. Ve skupině chronických uživatelů drog je užívání alkoholu tak časté,

že často prochází bez povšimnutí, a pro střediska léčby závislosti na drogách se stále důležitějším problémem stává nutnost zabývat se souběžnou závislostí na alkoholu. Problémy s alkoholem mohou být zvlášť škodlivé pro osoby závislé na opiátech, protože ty mohou mít již sníženou funkci jater v důsledku nákazy hepatitidou a hrozí jim vyšší riziko předávkování.

Inovace a dostupnost prekurzorů: vzájemně působící činitele, které mají stále větší dopad na trh se syntetickými drogami

V oblasti dostupnosti a užívání syntetických drog v Evropě pozoruje agentura EMCDDA složitější a nestálější situaci. Nelegální trh a jeho dodavatelé prokazují vysokou míru inovací z hlediska výrobních postupů, nových produktů a příležitostí k uvádění produktů na trh, stejně jako schopnost rychle se přizpůsobovat kontrolním opatřením. Kromě toho představují varovný vývoj i stále dokonalejší způsoby prodeje „legálních alternativ“ k nelegálním drogám.

Příkladem nestálosti trhu může být nedávný vývoj dostupnosti extáze. Do roku 2007 obsahovala většina tablet extáze analyzovaných v Evropě 3,4-metylendioxy-metamfetamin (MDMA) nebo jinou látku podobnou extázi. První údaje ze systému včasného varování z počátku roku 2009 však naznačují, že tato situace se v některých členských státech může měnit, například v Dánsku a Nizozemsku. Až v polovině všech tablet analyzovaných v uvedených zemích nebyl zjištěn žádný MDMA ani žádný z jeho analogů. Tablety obsahovaly spíše 1-(3-chlorofenyl) piperazin (mCPP), a to buď samotný, nebo v kombinaci s jinou psychoaktivní látkou. Ačkoli mCPP není uveden v seznamech úmluv OSN, podléhá v některých členských státech EU kontrolním opatřením. Důvody současné změny na trhu nejsou zcela jasné, možným vysvětlením však je nedostatek 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanonu (PMK), hlavního prekurzoru pro syntézu MDMA. Nelze zatím říci, zda je tento vývoj dočasným vybočením nebo znamená významnější přechod na trh s extází. Systém včasného varování EU monitoruje mCPP od roku 2005 a EMCDDA a Europol pečlivě sledují vývoj v této oblasti a v roce 2010 vypracují zprávu o trhu.

Změny na trhu extáze mohou poukazovat na stále úspěšnější snahy zabránit přesměrování chemických prekurzorů a tyto snahy mohou mít i významné dopady na dostupnost a užívání jiných látek. Existují například určité známky toho, že v některých částech severní Evropy metamfetamin možná vytlačuje amfetamin. I zde jsou důležité tržní činitele a chemické prekurzory, přičemž se zdá, že výroby metamfetaminu se nyní nacházejí v Litvě, jejíž zeměpisná poloha usnadňuje dovoz prekurzorů,

v tomto případě 1-fenyl-2-propanonu (BMK), ze zemí mimo Evropskou unii. Situace v severovýchodních zemích zvyšuje obavy ohledně možného šíření metamfetaminu mimo Českou republiku. V této zemi jsou problémy s metamfetaminem dlouhodobé, ale výroba probíhá obvykle v malém měřítku pro osobní či místní spotřebu. Určitou míru užívání metamfetaminu nyní hlásí řada středoevropských zemí a Europol uvádí, že v jiných částech Evropy bylo zjištěno a zlikvidováno několik větších výroben. Existují i určité důkazy o tom, že užívání metamfetaminu rychle narůstá v některých zemích, které mají s Evropskou unií společnou hranici. Dosud se této droze nepodařilo vstoupit na velký trh stimulantů v západní Evropě, kde stále dominuje užívání kokainu či amfetaminu. Nicméně vzhledem k tomu, jak poměrně snadno lze metamfetamin vyrábět a jak značný škodlivý dopad může tato droga mít na veřejné zdraví, není zde místo pro uspokojení. Rychlost, s jakou se mohou rozvinout problémy, dokresluje Slovensko, které představuje nedávnou případovou studii země, v níž užívání metamfetaminu významně vzrostlo.

Internet a způsoby prodeje: bude mít budoucnost příchutí koření?

Jen málo oblastí současného života neproměnil pokrok informační technologie, díky níž nyní internet představuje nejen neomezený zdroj informací, ale i zásadní virtuální trh pro směnu zboží a služeb. Proto není nijak překvapivé, že toto médium má nyní dopad i na oblast drog. EMCDDA letos zahájila první přezkum internetových léčebných přístupů a zdá se, že u některých forem prevence, léčby a intervencí pro minimalizaci škod mají přístupy odvozené od internetu značný potenciál. Méně příznivé jsou obtíže, jež se objevují při regulaci tohoto virtuálního a globálního jevu, a skutečnost, že internet lze využívat k propagaci užívání psychoaktivních látek. Vedle obav vyvolaných on-line prodejem alkoholu a léků existují i obavy spojené se skutečností, že se objevuje celá škála údajně „legálních“ alternativ ke kontrolovaným psychoaktivním látkám.

EMCDDA nyní pravidelně monitoruje psychoaktivní látky, které internetová prodeje nabízejí. Tento trh se za posledních několik let zvětšil a nyní zahrnuje širokou škálu produktů rostlinného původu, zejména bylinných směsí, i zboží obsahující syntetické sloučeniny. Nové látky, které se objevují na internetovém trhu, mohou sahát od drog tradičně užívaných v některých částech světa po experimentální chemické látky syntetizované v laboratořích a netestované na lidech. K dalším inovacím patří vývoj samostatných obchodních značek a používání atraktivních obalů. Význačným příkladem toho jsou bylinné směsi, které jsou na trh uváděny pod označením „spice“ (koření).

Byla zjištěna řada značek „spice“ v různém balení a s různým uvedeným složením. Forenzní analýze se však do velké míry nepodařilo zjistit rostlinné látky uváděné na označení, ale v některých vzorcích zjistila syntetické kanabinoidy, které byly do směsí přidány. Tyto látky nebyly ve výčtu složení uvedeny, a proto by byly užívány nevědomky. Zjištěné kanabinoidy jsou poměrně neznámé sloučeniny pocházející z výzkumu, některé z nich jsou mimořádně účinné a je málo známo o jejich účincích na lidi.

Pokusy o obcházení kontroly drog prodejem neregulovaných substitučních látek nejsou nové. Novým prvkem je široká škála látek, které jsou nyní zkoumány, agresivní uvádění záměrně nepravdivě označených

produktů na trh, rostoucí využívání internetu a rychlost, s jakou trh reaguje na kontrolní opatření. „Spice“ pro nás může být i varováním před budoucími problémy. To, že jsou rafinovaní chemici, kteří často sídlí mimo oblast příslušnosti evropských orgánů, schopni levně provádět organickou syntézu, poskytuje potenciálně přístup ke značnému počtu psychoaktivních látek. Tím se mohou na scénu dostat zcela nové chemické skupiny obsahující mnoho analogických látek, které mohou být obtížně zjištělné a mohou představovat značné potíže pro politiky kontroly založené na jednotlivých sloučeninách. Kromě toho, protože některé tyto látky mohou být legitimně používány nebo mohou být prodávány za údajně legitimním účelem, mohou spadat do oblasti mezi kontrolou drog a regulací obchodu.



Kapitola 1

Protidrogové politiky a legislativa

Úvod

V loňském roce byly vytvořeny dva nové dokumenty evropské a mezinárodní protidrogové politiky. V prosinci 2008 Evropská unie zveřejnila svůj nový protidrogový akční plán (2009–2012) a o několik měsíců později následovalo nové politické prohlášení a plán činnosti v boji proti celosvětovému problému drog OSN. Tato kapitola se zabývá obsahem uvedených nových dokumentů protidrogové politiky a úlohou organizací zastupujících občanskou společnost při jejich tvorbě.

Součástí mezinárodních politických debat byly diskuse o obchodování s drogami a v této kapitole je uveden nejnovější právní vývoj minimálních trestních sazeb za obchodování s drogami v Evropě. Klíčovým tématem politické debaty byla také minimalizace škod a tato kapitola rozebírá rovněž právní status dvou důležitých intervencí v této oblasti, a to výměny jehel a stříkaček a substituční léčby.

K dalším řešeným tématům patří nedávné přijetí a hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů, nová data a trendy veřejných výdajů souvisejících s drogami a vývoj ve výzkumu souvisejícím s drogami v Evropě.

Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU

Nové politické prohlášení a plán činnosti OSN

Politická schůzka na vysoké úrovni během letošního zasedání Komise OSN pro omamné látky (CND) přijala nové politické prohlášení a plán činnosti OSN (¹). Tyto dokumenty byly výstupem celoročních úvah, jež byly součástí přezkumu pokroku dosaženého během deseti let naplňování cílů stanovených v roce 1998 na dvacátém zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS) k otázce celosvětového problému drog.

Evropská unie a její členské státy sehrály v přezkumu UNGASS vedoucí úlohu. Evropský postoj k protidrogové politice OSN, která vzešla z přezkumného procesu, byl

vyjádřen ve společném prohlášení, které vypracovala Rada Evropské unie. Dokument zdůraznil význam veřejného zdraví jakožto první zásady mezinárodního systému protidrogové kontroly a potřebu celosystémového souladu v oblasti drog mezi orgány OSN (včetně INCB, UNODC, UNAIDS, WHO). Vyzval také k tomu, aby byl do nového politického prohlášení OSN zahrnut soubor klíčových prvků a priorit. K těm patří potřeba komplexní, integrované a vyvážené protidrogové politiky, přičemž by měl být kladen větší důraz na snížení poptávky po drogách a měla by být zahrnuta minimalizace škod. EU naléhavě vyzvala k tomu, aby klíčovým prvkem nové protidrogové politiky bylo dodržování mezinárodních úmluv o lidských právech, včetně práva na zdraví, a aby tvorba protidrogových

Celosvětový trh nezákonných drog

Výsledky nové studie financované Evropskou komisí o celosvětovém trhu nezákonných drog byly prezentovány na zasedání Komise pro omamné látky ve Vídni v roce 2009 (¹). Studie nenašla žádné důkazy toho, že by se v letech 1998 až 2007 celosvětový problém drog nějak zmenšil. V některých zemích problém ustoupil, ale v jiných se zhoršil, v některých případech výrazně.

Podle této studie nejsou trhy nezákonných drog vertikálně integrované, ani jim nedominují velcí dealeri nebo kartely. Třebaže prodeje nezákonných drog generují podle odhadu více než 100 miliard EUR ročně, naprostá většina těch, kdo se podílejí na obchodování s drogami, má skromné příjmy. Několik málo jedinců vydělává značně vysoké částky, ale ty představují jen malý podíl na celkových příjmech.

Studie uvádí, že dochází ke sblížování národních protidrogových politik, přičemž je kladen rostoucí důraz na snižování poptávky a minimalizace škod je akceptována v širší míře. Politiky vůči prodejcům a obchodníkům se zpřísnily.

Prosazování zákazu drog podle studie způsobilo závažné neúmyslné škody, z nichž mnohé bylo možné předvídat (např. vytlačení výroby a obchodování do jiných zeměpisných oblastí).

(¹) Evropská komise, „Report on global illicit drug markets, 2009“ (k dispozici na adrese: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

(¹) Politické prohlášení a plán činnosti v oblasti mezinárodní spolupráce k dosažení integrované a vyvážené strategie boje proti celosvětovému problému drog.

politik byla založena na vědeckých důkazech. Dále EU vyslovila názor, že v rámci boje proti výrobě drog by podpora alternativního rozvoje neměla být podmíněna omezením pěstování nezákonných plodin.

Nový dokument OSN je obsahově podobný původním prohlášením a akčním plánům UNGASS odsouhlaseným v roce 1998. Zahrnuje mnoho prvků navržených Evropskou unií, jak je patrné z plánu činnosti, který přezkoumává problémy současné protidrogové politiky a uvádí opatření, jež se členské státy OSN zavázaly v příštím desetiletí provést. Ke klíčovým opatřením a cílům v oblasti snížení poptávky po drogách patří: lepší dodržování lidských práv, zvýšení dostupnosti služeb a zlepšené zacílení na zranitelné skupiny. Dokument také vyzývá k lepší vyváženosti protidrogových politik, a to ve prospěch snižování poptávky po drogách, a k provádění intervencí založených na důkazech i mechanismů monitorování a zajišťování kvality. Dokument OSN však výslovně neuznává přínos minimalizace škod, tedy přístupu, který je v Evropě uplatňován pod vědeckým dohledem.

Protidrogové akční plány EU

V září 2008 Evropská komise zveřejnila své závěrečné hodnocení protidrogového akčního plánu EU na roky 2005–2008 ⁽²⁾. Hodnocení přezkoumalo provádění opatření a plnění cílů stanovených v akčním plánu. Zkoumalo také dopad akčního plánu na národní protidrogové politiky členských států EU a zabývalo se nedávnými trendy v drogové situaci v Evropě.

Hodnocení zjistilo, že i když nebyla plně provedena všechna opatření a nebyly splněny všechny cíle, bylo dosaženo pokroku téměř ve všech oblastech akčního plánu. Navíc byla jako důkaz rostoucího sbližování mezi evropskými zeměmi na poli protidrogové politiky uvedena skutečnost, že většina národních dokumentů protidrogových politik obsahuje cíle, které jsou ozvěnou akčního plánu EU. Rovněž byla konstatována relativní stabilizace evropské drogové situace v minulých letech, avšak nebylo možné určit, do jaké míry k tomuto trendu přispěl akční plán EU.

I přes určité provozní nedostatky byl protidrogový akční plán EU celkově hodnocen jako přínosný, a to svou přidanou hodnotou ve třech samostatných oblastech: tím, že zavázal členské státy a instituce EU k dosažení společných cílů; tím, že poskytl rámec pro koordinaci a pro vytvoření sladěného přístupu k oblasti drog; a jako model politiky na mezinárodní úrovni.

Závěrečné hodnocení protidrogového akčního plánu formovalo zpracování jeho nástupnického dokumentu, protidrogového akčního plánu EU (2009–2012), který byl schválen Evropskou radou v prosinci 2008 ⁽³⁾. Tento protidrogový akční plán, pátý od roku 1990, je druhým v rámci současné protidrogové strategie EU (2005–2012). Jeho celkovým cílem je významné snížení výskytu užívání drog mezi obyvatelstvem a omezení škod způsobených společností, jakož i poškození zdraví, která jsou důsledkem užívání nezákonných drog a obchodování s nimi.

Protidrogový akční plán EU (2009–2012): nové prvky

V novém protidrogovém akčním plánu EU je věnována ještě větší pozornost zapojení občanské společnosti do protidrogové politiky. Vytvořením „evropské akce proti drogám“ se akční plán snaží podnítit zapojení evropské občanské společnosti do problematiky drog a jejího řešení. Akční plán také vyzývá členské státy k zapojení občanské společnosti na všech příslušných úrovních politiky.

Zaměření na kvalitu intervencí v oblastech prevence, léčby, minimalizace škod a resocializace bylo tradičně posilováno kroky vyzývajícími k vypracování a výměně pokynů, správné praxe a standardů kvality, a k vytvoření minimálních norem kvality EU nebo referenčních ukazatelů v těchto oblastech. Také prostředí věznic je věnována ještě větší pozornost v části věnované snižování poptávky po drogách, přičemž opatření vyzývají členské státy k poskytování služeb uživatelům drog ve věznicích na úrovni rovnocenné službám poskytovaným osobám mimo věznice, k zavádění návazné péče po propuštění z věznice a k celkově lepšímu monitorování problému drog a protidrogových služeb v tomto prostředí.

Většina opatření souvisejících se snižováním nabídky usiluje o lepší prosazování právních předpisů a soudní spolupráci mezi členskými státy, mnohdy intenzivnějším využíváním institucí, projektů a nástrojů EU. Snižování míry zneužívání prekurzorů drog a obchodování s nimi uvnitř Evropy a přes Evropu je předmětem sedmi různých opatření se širokým operačním záběrem.

V oblasti mezinárodní spolupráce je kladen větší důraz na alternativní rozvoj, přičemž tři opatření vyzývají k intenzivnější finanční a politické podpoře takových programů. V externích dohodách a programech je také sledováno lepší zohlednění vyváženého přístupu ke snižování poptávky a snižování nabídky.

V oblasti informací, výzkumu a hodnocení vyzývá nové opatření k vývoji klíčových ukazatelů a strategií pro sběr údajů o trestné činnosti související s drogami, nezákonném pěstování, drogových trzích a intervencích ke snižování nabídky. Zvýšený důraz je rovněž kladen na posilování výzkumu v oblasti drog a na vývoj hodnocení protidrogové politiky na vnitrostátní úrovni i na úrovni EU.

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

⁽³⁾ Úř. věst. C 326, 20.12.2008, s. 7.

Nový akční plán EU vymezuje pět klíčových priorit, které odrážejí jeho oblasti působení: zlepšování koordinace, spolupráce a zvyšování veřejného povědomí; snížení poptávky po drogách; snížení nabídky drog; zlepšení mezinárodní spolupráce a lepší pochopení problematiky. Nový plán je specifitější než ten předchozí, přičemž má pouze asi poloviční počet cílů (24) a méně opatření (72). Obsahuje také cíle a opatření, které se neobjevily v předchozím akčním plánu ⁽⁴⁾. V roce 2012 provede externí a nezávislý hodnotitel závěrečné posouzení současného protidrogového akčního plánu, po němž bude následovat období reflexe před přípravou příštích dokumentů protidrogové politiky EU.

Občanská společnost a tvorba protidrogové politiky

Zapojení nevládních organizací do přípravných diskusí k novým dokumentům protidrogové politiky EU a OSN představuje významný krok v zapojení občanské společnosti do této oblasti politiky. V květnu 2008 projednávalo fórum občanské společnosti o drogové politice při Evropské komisi první výsledky hodnocení protidrogového akčního plánu EU (2005–2008) a diskutovalo o potřebách a možném obsahu následujícího akčního plánu (Evropská komise, 2008a). 26 nevládních organizací tohoto fóra připomnělo, že středem protidrogové politiky EU by měly být zásady veřejného zdraví a lidských práv a že je třeba zdůraznit nestigmatizaci a nediskriminaci. Vyzvaly také k tomu, aby byla věnována větší pozornost zranitelným skupinám, souběžnému užívání více drog, otázkám duševního zdraví, situaci ve věznicích a prevenci úmrtí souvisejících s drogami. K prioritám činnosti, jež fórum vymezilo, patří zlepšená koordinace mezi vládami a občanskou společností, rozvoj standardů kvality ve snižování poptávky po drogách, zlepšení mechanismů sběru dat a podpora alternativního rozvoje ve třetích zemích.

Příspěvek nevládních organizací k pokroku dosaženému při naplňování cílů stanovených na zvláštním zasedání Valného shromáždění OSN v roce 1998 přezkoumal vídeňský výbor nevládních organizací pro omamné látky (Vienna Committee on Narcotic Drugs) za finanční podpory Evropské komise a několika členských států EU. Proces „Po roce 2008“ (Beyond 2008) vycházel z devíti regionálních konzultací, jež vyvrcholily na fóru uspořádaném v červenci 2008 ve Vídni. Závěrečné prohlášení a tři usnesení přijatá tímto fórem zdůraznila mnohost aktivit nevládních organizací a jejich rostoucí úlohu v protidrogové politice ⁽⁵⁾. Nevládní organizace vyzvaly vlády a mezinárodní organizace k pravidelným

konzultacím a poskytnutí větší podpory. Mezi těmito četnými a různorodými výzvami k členským státům a mezinárodním organizacím lze vymezit určitá témata, mimo jiné tato: komplexní a vyvážená protidrogová politika vycházející z lidských práv, veřejného zdraví a vědeckých důkazů; zvýšení monitorovacích a hodnotících kapacit; vypracování a šíření správné praxe a zvláště pak metodických zásad OSN pro efektivní léčebné postupy; dostupnost a přiměřené poskytování omamných látek jako léků proti bolesti; alternativní tresty a dispozice pro trestnou činnost související s drogami; dodržování lidských práv drogově závislých osob ve výkonu trestu nebo ve vazbě za trestnou činnost související s drogami.

Národní protidrogové strategie a akční plány

Nový vývoj

Protidrogové strategie a akční plány jsou nyní nezbytnými nástroji národních protidrogových politik v Evropě. Až na jednu výjimku všech třicet zemí monitorovaných EMCDDA takové dokumenty přijalo a pravidelně je obnovuje.

V roce 2008 přijaly nové dokumenty protidrogové politiky ⁽⁶⁾ Řecko, Francie a Spojené království. Řecko přijalo akční plán (2008–2012) k doplnění své stávající protidrogové strategie. K cílům nového plánu patří lepší poskytování protidrogové léčby. Nový francouzský akční plán (2008–2011) pokrývá nezákonné drogy, alkohol a tabák. Klíčovou prioritou plánu je odradit mladé lidi od toho, aby začali užívat drogy, a to opětovným potvrzením zákazu užívání drog a informováním mladých lidí a jejich rodičů o rizicích souvisejících s užíváním drog. Nová protidrogová strategie (2008–2018) a její akční plán (2008–2011) přijaté Spojeným královstvím si kladou za cíl omezit nabídku nezákonných drog a snížit poptávku po nich, přičemž věnují zvláštní pozornost ochraně rodin a posilování komunit.

Deseti dalším členským státům EU vypršela platnost národních dokumentů protidrogové politiky v roce 2008. Španělsko přijalo novou protidrogovou strategii v únoru 2009 a osm dalších zemí (Bulharsko, Irsko, Itálie, Litva, Kypr, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko) se v první polovině roku 2009 nacházelo v procesu dokončování a přijímání nových protidrogových strategií a akčních plánů; Lotyšsko prodloužilo svůj program na období 2005–2008 jednoletým akčním plánem. Nizozemsko má také v plánu v roce 2009 nahradit svou bílou knihu protidrogové politiky z roku 1995, přičemž několika zemím letos skončí

⁽⁴⁾ Viz „Protidrogový akční plán EU (2009–2012): nové prvky“, s. 19.

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

⁽⁶⁾ Výrazem „národní dokument protidrogové politiky“ se rozumí každý úřední dokument schválený vládou, který definuje obecné zásady a konkrétní intervence nebo cíle v oblasti drog, ať je oficiálně prezentován jako protidrogová strategie, akční plán, program, nebo jako jiný politický dokument.

platnost alespoň jednoho dokumentu protidrogové politiky (Česká republika, Lucembursko, Maďarsko, Slovinsko, Chorvatsko, Turecko).

Hodnocení

Přibližně dvě třetiny evropských zemí hlásí, že zpracovávají průběžné nebo výroční přehledy provádění opatření stanovených jejich národními dokumenty protidrogové politiky. Ve většině případů se zpráva o dosaženém pokroku vychází z dat shromážděných od poskytovatelů služeb a ministerstev podílejících se na protidrogové politice předkládá vládě nebo parlamentu. Většina zemí tím tak už začala provádět opatření č. 70 protidrogového akčního plánu EU, které vyzývá členské státy EU, aby pravidelně nebo průběžně hodnotily a upřesňovaly své národní protidrogové politiky.

Podobné posouzení lze provést ohledně konečného hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů, přičemž více než 20 zemí hlásí, že takové hodnocení v současné době připravují nebo je v nedávné době provedly. V některých případech je závěrečná práva shrnutím přezkumů provádění; jiné jsou pokusem hlouběji pochopit proces provádění, účinnost nebo dopad politiky. Z těch zemí, které se vydaly cestou podrobnějšího přístupu k hodnocení, se dvě (Lucembursko a Kypr) rozhodly pracovat s externími zahraničními hodnotiteli.

Hodnocení protidrogové politiky se potýká se značnými potížemi, když se snaží propojit výstupy protidrogových strategií nebo akčních plánů se změnami v situaci v oblasti drog. K nim patří problémy při posuzování účinků rozsáhlých souborů opatření a omezené chápání vlivu klíčových kontextových prvků, jako jsou například trhy s drogami nebo trendy v užívání drog a životním stylu mladých lidí. Některé evropské země se nicméně pokusily stanovit vazby mezi protidrogovými strategiemi nebo akčními plány a ukazateli situace v oblasti drog. A to by v budoucnu mělo být běžnější, jelikož nový protidrogový akční plán EU (2009–2012) vyzývá k vývoji nástrojů pro měření účinnosti a dopadu protidrogových politik. Také EMCDDA zpracovává pokyny, které mají členským státům pomoci posuzovat a interpretovat výsledky jejich dokumentů protidrogové politiky.

Veřejné výdaje

K tomu, aby mohli tvůrci politik posoudit skutečnou alokaci zdrojů v této oblasti a nakonec i poměr nákladů a přínosů protidrogové politiky, potřebují podrobné a spolehlivé informace o veřejných výdajích souvisejících s drogami. Odhadnout z ekonomického hlediska zdroje nasazené

státem při řešení problematiky užívání nezákonných drog je proto nezbytným krokem k pochopení širšího dopadu užívání drog.

Odhady veřejných výdajů vycházejí ze státních rozpočtů a účetních výkazů. Odhadnout celkové výdaje vzniklé při provádění národní protidrogové politiky je však obtížné, protože to znamená spojit čísla za činnosti prováděné na různých úrovních státní správy (např. místní, regionální, národní), jež mohou být financovány v rámci různých rozpočtových okruhů a mnohdy nejsou specificky označeny jako výdaje související s drogami.

Celkové veřejné výdaje související s drogami v Evropě byly za rok 2005 odhadnuty na 34 miliard EUR (EMCDDA, 2008a). Kvůli velké míře nedostatečného vykazování údajů nelze tento odhad aktualizovat. Obtíže při sběru informací v této oblasti dokládá skutečnost, že z 23 zemí, které hlásily údaje za rok 2007, dokázala podat rozpis výdajů na všech úrovních státní správy pouze Česká republika. Většina zemí dokázala poskytnout údaje o výdajích na úrovni centrální vlády a sedm zemí rovněž hlásilo výdaje regionální nebo místní samosprávy (Belgie, Dánsko, Estonsko, Rakousko, Finsko, Chorvatsko) nebo fondů sociálního zabezpečení (Německo).

Označené a neoznačené výdaje

Označené výdaje jsou plánované veřejné výdaje související s drogami realizované centrální vládou státu. Vyjadřují dobrovolný závazek státu na poli drogové problematiky a lze je zpětně sledovat podrobným přezkumem veřejných rozpočtů. Z 23 zemí, jež poskytly údaje za rok 2007, jich 16 hlásilo pouze označené výdaje. V mnoha případech (např. Estonsko, Francie, Polsko, Rumunsko) vznikla převážná část označených výdajů v souvislosti s prováděním národních dokumentů protidrogové politiky.

Ne všechny výdaje související s drogami jsou jako takové uvedeny ve státních rozpočtech. Ve většině zemí je částka vynaložená na některé aktivity související s drogami zahrnuta do jiných programů a intervencí (jako je např. celkový provozní rozpočet policie nebo intervence zaměřené jak na legální, tak nelegální látky). V těchto případech musejí být takové „neoznačené výdaje“ odhadovány s použitím modelace nákladů. Výsledky dřívějších studií ukazují, že ve většině případů neoznačené výdaje představují převážnou část národních výdajů na drogovou problematiku.

Veřejné výdaje související s drogami lze kategorizovat podle systému klasifikace funkcí vládních institucí (COFOG) (EMCDDA, 2008e). Tři země předložily označené výdaje tříděné podle první úrovně COFOG

(Lucembursko, Finsko, Spojené království pouze za Anglii), přičemž pouze Spojené království zahrnuje číselné údaje za „všeobecné veřejné služby“, „vzdělávání“ a „sociální ochranu“ (7). V těchto třech zemích mělo největší podíl na celkově vynaložených nákladech „zdravotnictví“, následováno „veřejným pořádkem a bezpečností“ (tab. 1). Naproti tomu v zemích, jež poskytly údaje COFOG pro neoznačené výdaje, byla větší část přidělena na „veřejný pořádek a bezpečnost“, po nichž následovalo „zdravotnictví“. To je v souladu se zjištěními dřívějších zpráv (viz EMCDDA, 2008e), jež naznačují, že zatímco převážná část označených výdajů může být určena na intervence v oblasti „zdravotnictví“, na veřejných výdajích souvisejících s drogami mají lví podíl činnosti zajišťování „veřejného pořádku a bezpečnosti“.

Trendy

Ve většině zemí, o nichž jsou k dispozici konzistentní informace, označené výdaje při konstantních cenách v roce 2007 ve srovnání s rokem 2005 vzrostly. Přírůstky se pohybovaly v rozmezí od 14–23 % (Česká republika, Irsko, Litva, Lucembursko, Chorvatsko) až po 72 % (Kypr, Finsko). Ve Spojeném království zůstaly označené výdaje za toto období stabilní.

Národní legislativa

Vyvážený přístup Evropské unie k protidrogové politice přikládá stejnou váhu snížení poptávky po drogách i snížení nabídky. Průzkum národní legislativy přijaté během posledních deseti let ukazuje, že členské státy EU byly v zákonodárství aktivní, a to způsobem, který je v souladu s tímto politickým závazkem. Země vytvářely regulační rámce pro určité aktivity minimalizace škod, přičemž

zpříšňovaly tresty za obchodování s drogami. V polovině období těmito procesům daly ještě další impuls dva nástroje EU. V roce 2003 Evropská rada vydala doporučení o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí, které vyzvalo k opatřením včetně poskytování vhodné substituční léčby a přístupu k distribuci a výměně injekčního materiálu (8). A rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/SVV ze dne 25. října 2004 vyzvalo k přísnějším trestům za obchodování s nezákonnými drogami. Tento oddíl popisuje trendy posledních deseti let v oblasti regulace činností zaměřených na minimalizaci škod a regulace trestů za obchodování s drogami. Ukáže, že aktivity v těchto oblastech na národní úrovni byly zohledněny v dohodách na úrovni EU, i když některé země využily svého práva jít ještě dále, než stanoví minimální standardy zakotvené těmito dohodami.

Substituční léčba závislosti na opiátech

Od roku 1998 bylo osmnácti zeměmi hlášeno na 45 právních textů týkajících se vytvoření nebo změn právního rámce programů substituční léčby. Několik těchto textů se podrobněji věnovalo vytvoření nebo regulaci těchto programů: v Irsku (1998), Polsku (1999), Německu (2000), České republice a Portugalsku (2001), Řecku a Lucembursku (2002), Belgii a Francii (2004), Lotyšsku (2005), Rakousku a Litvě (2007).

Jakkoli v těchto přijatých zákonech a předpisech evropské země upravovaly řadu různých aspektů substituční léčby problémového užívání opiátů, do roku 2004 byl u nich patrný trend definovat povolené látky. V průběhu tohoto období asi čtvrtina textů povolovala nebo regulovala užívání takových látek, jako je metadon a buprenorfin. Naproti tomu jedna třetina textů hlášených od roku 2002

Tab. 1: Označené a neoznačené veřejné výdaje související s drogami v roce 2007 pro členské státy EU vykazující výdaje podle COFOG (klasifikace funkcí vládních institucí)

Kategorie COFOG	Lucembursko milionů EUR (%)		Finsko (1) milionů EUR (%)		Spojené království milionů EUR (%)
	Označené	Neoznačené (2)	Označené	Neoznačené	Označené
Všeobecné veřejné služby	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Veřejný pořádek a bezpečnost	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Zdravotnictví	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Vzdělávání	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sociální ochrana	–	–	–	–	10,5 (0,8)

(1) Údaje z roku 2006.

(2) Lucembursko poskytlo úplné podrobnosti o postupech modelace použitých k odvození odhadů neoznačených výdajů.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2008).

(7) Klasifikace COFOG má tři hierarchické úrovně. Na první úrovni jsou vládní výdaje rozděleny do deseti funkcí.

(8) Doporučení Rady ze dne 18. června 2003 (Úř. věst. L 165, 3.7.2003, s. 31).

definovala nebo zjednodušovala přístup k programům. Předepisování látek pro substituční léčbu problémového užívání opiátů je někdy omezeno pouze na lékaře v léčebných centrech, i když předepisování jinými lékaři bývá mnohdy povoleno⁽⁹⁾. V právních předpisech obvykle bývají specifikována také povolená místa výdeje, většinou lékárny nebo léčebná centra, i když některé země rovněž povolují výdej samotnými lékaři.

Programy výměny jehel a stříkaček

Programy výměny jehel a stříkaček mohou fungovat na místní, regionální nebo národní úrovni, často s konkrétním národním právním rámcem, který je umožňuje, obvykle však bez něho. Zákony hlášené v Evropě na začátku posledního desetiletí měly z valné části za cíl poskytnout právní základ pro takové intervence (Slovinsko v roce 1999, Polsko v roce 2001, Finsko v roce 2003) nebo definovat právo přístupu k programům výměny jehel a stříkaček či tento přístup usnadnit (Belgie a Francie v roce 1998, Finsko v roce 2003). Zaměření legislativy se rychle posunulo k regulaci těchto programů, přičemž Belgie, Portugalsko a Lucembursko přijaly v letech 2000, 2001, resp. 2003 specifické, podrobné zákony nebo vyhlášky, které regulovaly, kdo může takové programy provádět a zda jsou nebo nejsou povoleny výdejové automaty. V Portugalsku byl regulační rámec v roce 2007 rozšířen o programy výměny jehel a stříkaček ve věznicích.

Některé země přijaly právní předpisy v reakci na obavy, že programy výměny jehel a stříkaček by mohly být v rozporu se zákonnými ustanoveními, jež mají kriminalizovat „umožňování“ nebo „vybízění“ k užívání drog. V Belgii a Německu byla tato otázka řešena článkem v zákoně, který specificky vyjímá určité programy z takového obvinění, i když mohou být stanoveny limity na počet vydaných stříkaček. V několika málo zemích jsou policii vydávány pokyny ke vhodnému postupu prosazování práva v blízkosti výdejen jehel a stříkaček. Celkově je zabavování sterilních stříkaček nebo jehel policií v celé Evropské unii hlášeno jako vzácné.

Trestní sazby za obchodování s drogami

Za posledních deset let členské státy EU jednotlivě i společně naznačovaly, že obchodování s drogami by mělo být postihováno přísněji, i když samotné trestné činy jsou v zákonech téměř třiceti zemí definovány odlišně. Trestné činy „obchodování s drogami“ mohou zahrnovat výrobu nebo pěstování, dovoz a vývoz, přepravu, nabízení, prodej anebo držení s úmyslem distribuce nebo poskytování, nebo mohou zahrnovat pojem jednání „za úplatu“ nebo „na komerční bázi“.

V období 1999–2004 přijalo zákony zvyšující trestní sazby za určité trestné činy obchodování s drogami šest zemí. V roce 1999 vymezilo Irsko novou skutkovou podstatu trestného činu držení velkého množství drog (v hodnotě vyšší než 12 700 EUR) s úmyslem poskytování, za něž je povinně uložen trest odnětí svobody v trvání minimálně deseti let. Spojené království v roce 2000 zavedlo minimální trestní sazbu sedmi let odnětí svobody za třetí odsouzení za obchodování s drogami třídy A a Řecko v roce 2001 zpřísnilo právní předpisy stanovující trestní sazby pro osoby odsouzené za obchodování s drogami, přičemž omezilo jejich práva na podmíněné propuštění. Změny estonského trestního zákona v roce 2002 a 2004 zvýšily horní hranici trestních sazeb za obchodování s malými množstvími drog ze tří na pět let a v případě velkých množství z pěti na deset let. V Dánsku byly trestní sazby za obchodování s drogami zvýšeny ze šesti na deset let a za obchodování s velkým množstvím nebo zvláště nebezpečnými látkami z deseti na šestnáct let. V roce 2004 také Litva zvýšila trestní sazby za běžné trestné činy z maximálně dvou let na dva až osm let a v případě velkého množství z rozmezí dvou až osmi let na osm až deset let.

V říjnu 2004 stanovilo rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/SVV minimální ustanovení týkající se trestných činů a sankcí za obchodování s drogami. Od té doby přijaly zákony, kterými uvedly své trestní sazby za běžné trestné činy obchodování s drogami do souladu s tímto rozhodnutím, čtyři další země. V roce 2006 zvýšilo Nizozemsko horní hranici trestní sazby za obchodování s velkými množstvími drog ze čtyř na šest let, zatímco Polsko zvýšilo horní hranici trestní sazby za držení velkých množství a poskytnutí drog nezletilým z pěti na osm let, přičemž zároveň stanovilo dolní hranici sazby na šest měsíců. Na Slovensku byla základní trestní sazba za obchodování s drogami zvýšena z dvou až osmi let na

Evropská databáze zákonů o drogách

Evropská databáze zákonů o drogách (European Legal Database on Drugs, ELDD) je on-line databáze EMCDDA s informacemi o evropské legislativě související s drogami pro členské státy a Norsko. Databáze ELDD poskytuje právní texty v jejich původních formátech, profily protidrogových zákonů v každé zemi a podrobné zprávy ke konkrétním tématům. Ve svém přehledu témat poskytuje také shrnutí právní situace k vybraným tématům včetně nezákonného obchodu s drogami, substituční léčby a programů výměny jehel a stříkaček⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Přehled témat databáze ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

⁽⁹⁾ Viz obr. 11, s. 76.

čtyři až deset let, přičemž horní hranice trestní sazby za větší množství byla zvýšena z deseti na 15, nebo dokonce 20 let. Konečně v Rakousku byla horní hranice trestní sazby za podání omamné látky jiné osobě nebo pěstování některých omamných rostlin zvýšena v roce 2007 ze šesti na 12 měsíců odnětí svobody. Trestní sazby za závažnější trestné činy se nezměnily, i když definice velkého množství byla snížena z 25násobku na 15násobek prahového množství.

Výzkum související s drogami

Přehled o výzkumu drogové problematiky prováděném v jednotlivých evropských zemích byl podán ve vybraném tématu EMCDDA v roce 2008 ⁽¹⁰⁾. Letos jsou analyzovány odkazy na národní výzkum v nejnovějších zprávách sítě Reitox s cílem získat přehled o výzkumu prováděném v poslední době v evropských zemích. V tomto oddílu je rovněž uvedena studie o výzkumu souvisejícím s drogami v EU, kterou letos vydala Evropská komise.

Výzkumné projekty v členských státech

V nejnovějších národních zprávách sítě Reitox evropské země uvedly více než 350 výzkumných projektů provedených nebo publikovaných v letech 2007 a 2008. Největší počet výzkumných projektů uvedlo Spojené království, a to přes 80, dále Německo a Nizozemsko, obě země přes 30, a Česká republika, Irsko a Finsko přes 20.

Více než jednu třetinu nedávných studií tvořil výzkum řešení drogové situace, přičemž další třetina se zaměřila na prevalenci, incidenci a vzorce užívání drog a jedna pětina na důsledky užívání drog. K tématickým oblastem, které

podle všeho přilákaly značně méně pozornosti výzkumu, patřily: determinanty a rizikové a ochranné faktory, mechanismy působení a účinky drog, nabídka a trhy a metodické otázky.

Výsledky této analýzy, třebaže rozsahem omezené, podporují výzvy uvedené v novém akčním plánu EU ke zvýšenému výzkumnému úsilí v těch prioritních oblastech, které jsou nedostatečně zastoupeny, zejména v oblasti nabídky drog.

Analýza výzkumu drog v Evropské unii

Nabídka drog je rovněž jednou z oblastí, která byla v nedávné studii provedené Evropskou komisí s názvem „Srovnávací analýza výzkumu nezákonných drog v Evropské unii“ označena jako nedostatečně zastoupená. Jako další oblasti neúměrně málo zastoupené ve výzkumu zpráva uvedla prevenci, právní rámce a zákazy drog, zatímco bylo zjištěno, že výzkum epidemiologických témat je běžnější ⁽¹¹⁾. Studie zjistila, že i když v členských státech existují komplexní odborné znalosti, je třeba usilovat o zlepšení porovnatelnosti dat mezi zeměmi a o zviditelnění výzkumu.

Bylo zjištěno, že účast na evropských výzkumných aktivitách se mezi zeměmi značně liší, přičemž mezinárodní spolupráce probíhá ve velké míře na neoficiálním základě. Studie však zdůraznila, že výzkum související s drogami mohou usnadnit evropské a mezinárodní vědecké sítě. Kapacita výzkumu, celková kvalita a dostupnost financování v EU značně kolísají a existuje výrazná potřeba budování kapacit a financování, aby bylo možné pokrýt širší spektrum oblastí politiky souvisejících s protidrogovým akčním plánem EU.

⁽¹⁰⁾ Více informací o výzkumu souvisejícím s drogami v EU a na národní úrovni je k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

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



Kapitola 2

Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Úvod

Tato kapitola představuje přehled řešení problému drog v Evropě a, kde je to možné, klade důraz na trendy, vývoj a otázky kvality. Nejprve je uveden přehled preventivních opatření, po němž následují intervence v oblasti léčby, minimalizace škod a sociální reintegrace. Společně všechna tato opatření tvoří komplexní systém snižování poptávky po drogách. Mohou být považována za komplementární a někdy bývají poskytována v kombinaci a týmiž zařízeními. To se týká v rostoucí míře například opatření v oblasti léčby a minimalizace škod.

Kapitola pojednává také o řešeních vyvinutých v rámci prosazování protidrogových právních předpisů, a to v novém oddílu, který zahrnuje nejnovější údaje o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy. Kapitola končí přehledem dostupných dat o potřebách uživatelů drog ve věznicích a stávajících řešeních v tomto konkrétním prostředí.

Prevence

Drogovou prevenci lze rozdělit do několika úrovní nebo strategií, od těch, které se zaměřují na společnost jako celek (prevence prostředí), až po ty, které se zaměřují na ohrožené jedince (indikovaná prevence). V ideálním případě tyto různé strategie mezi sebou nesoutěží, ale vzájemně se doplňují. Následující přehled se zaměřuje na nedávný vývoj a na nově hlášené výsledky kontrolních studií v oblasti prevence.

Všeobecná prevence

Všeobecná prevence je určena celé populaci. Snaží se odvrátit nebo zpozdít nástup užívání drog a problémů souvisejících s drogami tím, že mladým lidem poskytuje informace a dovednosti potřebné k tomu, aby nezačali užívat drogy. Preventivní opatření přijatá v Evropě jsou nyní poprvé systematicky monitorována většinou členských států. Nejnovější zprávy potvrzují, že intervence zaměřené na poskytování informací o drogách, jako jsou jednorázové přednášky, představují hlavní přístup ve školní a komunitní všeobecné prevenci ve všech těchto zemích. Účinnost intervencí tohoto typu přitom není potvrzena

dostupnými důkazy. V současnosti jsou však z dalších zemí (Česká republika, Kypr, Rakousko, Polsko, Slovinsko, Slovensko) hlášeny intervence s lepším vědeckým základem, jako například programy prevence postupující podle standardizovaných protokolů.

Omezeným počtem programů prevence s prokázanou účinností se v Evropě zabývá studie EU-Dap (<http://www.eudap.net>). Studie, která zahrnuje 7 000 studentů ve věku 12–14 let v sedmi evropských zemích, hodnotí program založený na přístupu komplexního sociálního vlivu, který spojuje nácvik životních dovedností s normativní výukou a získáváním znalostí o látkách. Po dvou letech bylo zjištěno, že program je účinný při snižování časté opilosti a častého užívání konopí.

Výsledky studie EU-Dap jsou ovlivněny pohlavím, přičemž celková účinnost programu se dokládá jeho účinkem pouze na chlapce. Není jasné, zda je tomu tak proto, že dívky jsou méně ohroženy, nebo proto, že u nich program neměl odezvu. Účinky v závislosti na pohlaví se objevily také v dánské kontrolní studii programu nácviku životních dovedností. U dívek měl program největší účinek z hlediska šikany a konzumace alkoholu v posledním týdnu a v posledním měsíci, zatímco u chlapců měl program největší účinek, co se týká pití více než pěti nápojů během jedné příležitosti, a toho, zda zkusili konopí.

Kontrolovaná studie v Praze porovnávala komunitní program, který zahrnoval vzdělávací složku, program založený na vrstevnických skupinách, nácvik životních dovedností a rodičovské programy, se standardním „programem minimální prevence“ ve školách (Miovský a kol., 2007). Komunitní program byl účinnější při snižování konzumace alkoholu a ovlivňování postojů k užívání látek mezi žáky ve věku 13–15 let, zvláště v určitých zranitelných skupinách dětí, včetně dětí z neúplných rodin. Proto bylo konstatováno, že program má potenciál pro využití v selektivní prevenci.

Selektivní a indikovaná prevence

Selektivní i indikovaná prevence vycházejí z toho, že problémové užívání drog se koncentrovaně vyskytuje

u zranitelných skupin nebo jednotlivců s omezenými sociálními a osobními příležitostmi (EMCDDA, 2008c). Selektivní prevence působí na konkrétní skupiny, rodiny nebo komunity, kde může být kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům větší pravděpodobnost, že lidé začnou užívat drogy nebo se u nich vyvine závislost na drogách. Důkazní báze pro tento přístup je prezentována v novém oddílu Portálu správné praxe ⁽¹²⁾. Cílem indikované prevence je určit osoby s problémy v chování nebo s psychickými problémy, u kterých lze později v životě předpokládat problémové užívání látek, a individuálně se na ně zaměřit speciálními intervencemi.

Nové informace o selektivní prevenci zaměřené na etnické skupiny byly hlášeny z Belgie a Lucemburska. Systematické protokoly intervencí pro mladistvé pachatele po jejich kontaktu se systémem trestní justice jsou hlášeny pouze z Rakouska, Německa, Katalánska (Španělsko) a Lucemburska, zatímco ostatní země hlásily všeobecné nebo přesně cílené intervence. Od roku 2008 je s podporou EU prováděn v deseti členských státech systematický protokol intervencí pro mladistvé pachatele FRED ⁽¹³⁾. Nové hodnocení programu FRED ve 140 německých zařízeních prokázalo omezenou míru recidivy a užívání drog mezi účastníky.

Nové projekty indikované prevence jsou hlášeny pouze z Německa, Nizozemska, Slovenska a Švédska a v Evropě zůstávají i nadále velmi vzácné, bez ohledu na informace o jejich účinnosti (EMCDDA, 2009b). K současným příkladům projektů indikované prevence v Evropě patří nácvik rodičovských dovedností – model Oregon, který je realizován v Nizozemsku a Norsku pro rodiče dětí ve věku 4–12 let s disruptivní poruchou chování. Obdobně je také metoda „Komet för föräldrar“, která se využívá v téměř 30 % švédských obcí, zaměřena na rodiče dětí, u nichž se projevují externalizované problémy chování kombinované s obtížemi v navazování pozitivních vztahů s vrstevníky. Randomizovaná kontrolní studie zahrnující 159 rodin ukázala u zúčastněných rodičů významně zlepšené rodičovské dovednosti a u jejich dětí snížení problémů s chováním.

Léčba

Podle hlášených údajů v roce 2007 nastoupilo protidrogovou léčbu asi 400 000 uživatelů drog ⁽¹⁴⁾. Méně než polovina osob nastupujících léčbu tak učinila poprvé. Celkově pocházela velká většina žádostí o léčbu (86 %) z ambulantních léčebných zařízení. Tento poměr v posledních letech vzrostl, a to z různých důvodů, včetně

Kampaně v hromadných sdělovacích prostředcích zaměřené na konkrétní látku

V Evropě byly vytvořeny kampaně v hromadných sdělovacích prostředcích zaměřené na užívání konopí (Dánsko, Irsko, Francie, Nizozemsko, Spojené království) a v poslední době na užívání kokainu (Irsko, Španělsko, Spojené království).

Téměř všechny tyto kampaně varují před nebezpečími užívání této drogy a některé z nich používají taktiku šoku. Pouze dvě kampaně využívají odlišný přístup. Společná kampaň Spojeného království a Kolumbie nazvaná „Společná odpovědnost“ se zabývá odpovědností uživatelů za environmentální a sociální škody spojené s výrobou kokainu. Nizozemská kampaň proti konopí v roce 2006 se namísto varování a popisů užívání zaměřila na vnímání norem se skutečnými příběhy mladých lidí jako kladnými modelovými příklady. Její hodnocení zjistilo, že kampaň posílila negativní sociální postoje proti konopí a že se nijak negativně neprojevila v úmyslu konopí užívat ani neměla negativní dopady na vnímání norem. (Wammes a kol., 2007).

Kampaně v hromadných sdělovacích prostředcích upozorňující na nebezpečí užívání drog jsou jen zřídka hodnoceny z hlediska změn v chování, postojích nebo úmyslu užívat drogy. Navíc byly vyjádřeny obavy z jejich malé účinnosti a možné škodlivosti. Například podrobné hodnocení výsledků národní kampaně proti konopí v USA nezjistilo žádné celkové účinky. Objevily se však důkazy, že kampaň měla nežádoucí dopady ve prospěch konopí a jedinci, kteří se předtím o tuto drogu nezajímali, uváděli svůj úmysl ji vyzkoušet (Hornik a kol., 2008). Podobné problémy byly uváděny v hodnocení skotské kampaně proti kokainu s názvem „Know the score“ (EMCDDA, 2007a).

Rozhodování mladých lidí je složitý proces, silně ovlivněný interakcí se skupinou vrstevníků a vnímáním společenských norem. Ukazuje se, že komunikace prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků na tuto složitost dosud nedokázala reagovat.

zvýšené dostupnosti a diverzifikace specializované ambulantní léčby.

V Evropě jsou hlavními způsoby léčby problémů s drogami psychosociální intervence, substituční léčba závislosti na opiátech a detoxifikace. Psychosociální intervence nabízejí uživatelům podporu v jejich úsilí zvládnout a překonat problémy s drogami. Tyto intervence zahrnují poradenství, zvyšování motivace, kognitivně-behaviorální terapii, individuální vedení případu, skupinovou a rodinnou terapii a prevenci relapsu. Psychosociální intervence tvoří základ komunitní léčby v ambulantních a lůžkových zařízeních a obvykle také doplňují substituční léčbu závislosti na

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

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

⁽¹⁴⁾ Pro ukazatel počet žádostí o léčbu byly poskytnuty údaje z 23 zemí o ambulantních zařízeních, ve většině zemí s pokrytím více než 70 % zařízení, a z 20 zemí o lůžkových zařízeních, ve většině zemí s pokrytím přes 50 % zařízení.

opiátech. Detoxifikace od drog je krátkodobou intervencí pod lékařským dohledem, jejímž cílem je vyřešit abstinenci příznaky spojené s chronickým užíváním drog. Obecně se provádí v prostředí lůžkových zařízení. Relativní rozšířenost jednotlivých léčebných modalit v každé zemi je ovlivněna několika faktory, včetně uspořádání národního systému zdravotní péče.

Ambulantní léčba

Historicky byla protidrogová léčba poskytována převážně v ústavním prostředí a klienti byli většinou uživatelé heroinu. V 80. a 90. letech 20. století se situace změnila s rychlým rozšířením ambulantní léčby a v nedávné době s rostoucím počtem uživatelů konopí a kokainu, kteří vyhledali léčbu. Navíc se rozšířily problémy s legálními drogami nebo drogami na předpis.

V roce 2007 zůstávaly opiáty, hlavně heroin, hlavní drogou hlášenou uživateli nastupujícími léčbu v ambulantních zařízeních, přičemž 54 % klientů je hlásilo jako primární drogu, poté následovalo konopí (21 %) a kokain (18 %). Několik zemí hlásí zvýšení v podílu klientů nastupujících léčbu kvůli problémům s jinými drogami než opiáty, zvláště u nových klientů (viz kapitoly 3 a 5).

Uživatelé nastupující léčbu v ambulantních zařízeních jsou převážně mladí muži, přičemž průměrný věk je 31 let a muži jsou čtyřikrát více zastoupeni než ženy (3,7:1). Profil léčených klientů z hlediska věku a pohlaví se liší podle primární drogy. Klienti užívající konopí jsou v průměru mnohem mladší (25 let) než klienti užívající opiáty (32 let) a kokain (33 let). Bez ohledu na primární drogu je průměrný věk klientů poprvé nastupujících léčbu asi o dva roky nižší než průměrný věk všech klientů. Vyšší než průměrný poměr mezi počtem mužů a žen je hlášen u klientů užívajících kokain (5,1:1) a konopí (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

Nejběžnějším způsobem doporučení k léčbě u klientů nastupujících ambulantní léčbu je vyhledání léčby samotným klientem, kam spadá jedna třetina všech klientů; asi čtvrtina klientů je odeslána k léčbě systémem trestní justice; zbývající klienti jsou doporučeni k léčbě prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb nebo neformálních sítí, včetně rodiny a přátel. Odeslání k léčbě z nemocnic a dalších zdravotnických zařízení je vzácné, s výjimkou Finska, kde tvoří 25 % klientů. Výjimkou je také Maďarsko, kde více než 70 % klientů odesílá k léčbě systém trestní justice ⁽¹⁶⁾. Stojí za zmínku, že maďarský trestní zákon stanoví, že „držení malého množství drogy není trestné, jestliže drogově závislá osoba prokáže, že podstoupila protidrogovou léčbu“.

Ambulantní psychosociální léčbu většinou poskytují veřejné instituce (16 zemí) nebo nevládní organizace (10 zemí). Podle národních odborníků je tento typ léčby dostupný většině osob, které jej vyhledají, v deseti zemích a téměř všem v dalších třinácti zemích. Ve čtyřech zemích (Bulharsku, Estonsku, Rumunsku a Turecku) je však ambulantní psychosociální léčba podle odhadu dostupná méně než polovině těch, kdo ji aktivně vyhledají (viz obr. 1A). Tyto počty mohou skrývat značné rozdíly mezi zeměmi a různou dostupností specializovaných programů léčby pro uživatele konopí nebo kokainu.

Substituční léčba závislosti na opiátech

Substituční léčba kombinovaná s psychosociální péčí je hlavním způsobem léčby pro uživatele opiátů v Evropě. Obecně je poskytována jako léčba ambulantní, i když v některých zemích je rovněž dostupná v lůžkových zařízeních. Například v Rakousku je 65 % klientů podstupujících dlouhodobou léčbu v lůžkovém zařízení předepisován morfin s prodlouženým uvolňováním. Substituční léčba je rovněž v rostoucí míře poskytována ve věznicích ⁽¹⁷⁾.

Po zavedení léčby vysokými dávkami buprenorfinu na Kypru v roce 2007 je nyní substituční léčba dostupná ve všech členských státech EU, stejně tak i v Chorvatsku a Norsku ⁽¹⁸⁾. V Turecku má být substituční léčba teprve zavedena, i když podle nařízení o střediscích léčby z roku 2004 je povolena. V 16 zemích jsou hlavními poskytovateli substituční léčby specializované veřejné ambulantní služby. Praktičtí lékaři v ordinacích, mnohdy ve sdílené péči se specializovanými centry, však hrají čím dál větší úlohu při poskytování tohoto typu léčby a v některých zemích jsou jejími hlavními poskytovateli (Valonský region Belgie, Česká republika, Německo, Francie, Lucembursko, Rakousko, Norsko) (viz kapitola 6).

V roce 2007 v Evropě podle odhadu podstoupilo substituční léčbu kolem 620 000 uživatelů opiátů ⁽¹⁹⁾. Podle národních odborníků je tento typ léčby dostupný téměř všem uživatelům opiátů v devíti zemích a většině uživatelů v dalších sedmi. Jinde je podle odhadu substituční léčba dostupná pouze menšině uživatelů opiátů, a to v deseti zemích (Estonsko, Řecko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Finsko, Norsko). Údaje o dostupnosti substituční léčby nasvědčují tomu, že existuje určitý regionální předěl, když nižší dostupnost uvádějí země východu nebo severu Evropy (obr. 1B).

⁽¹⁵⁾ Viz tab. TDI-10 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2009.

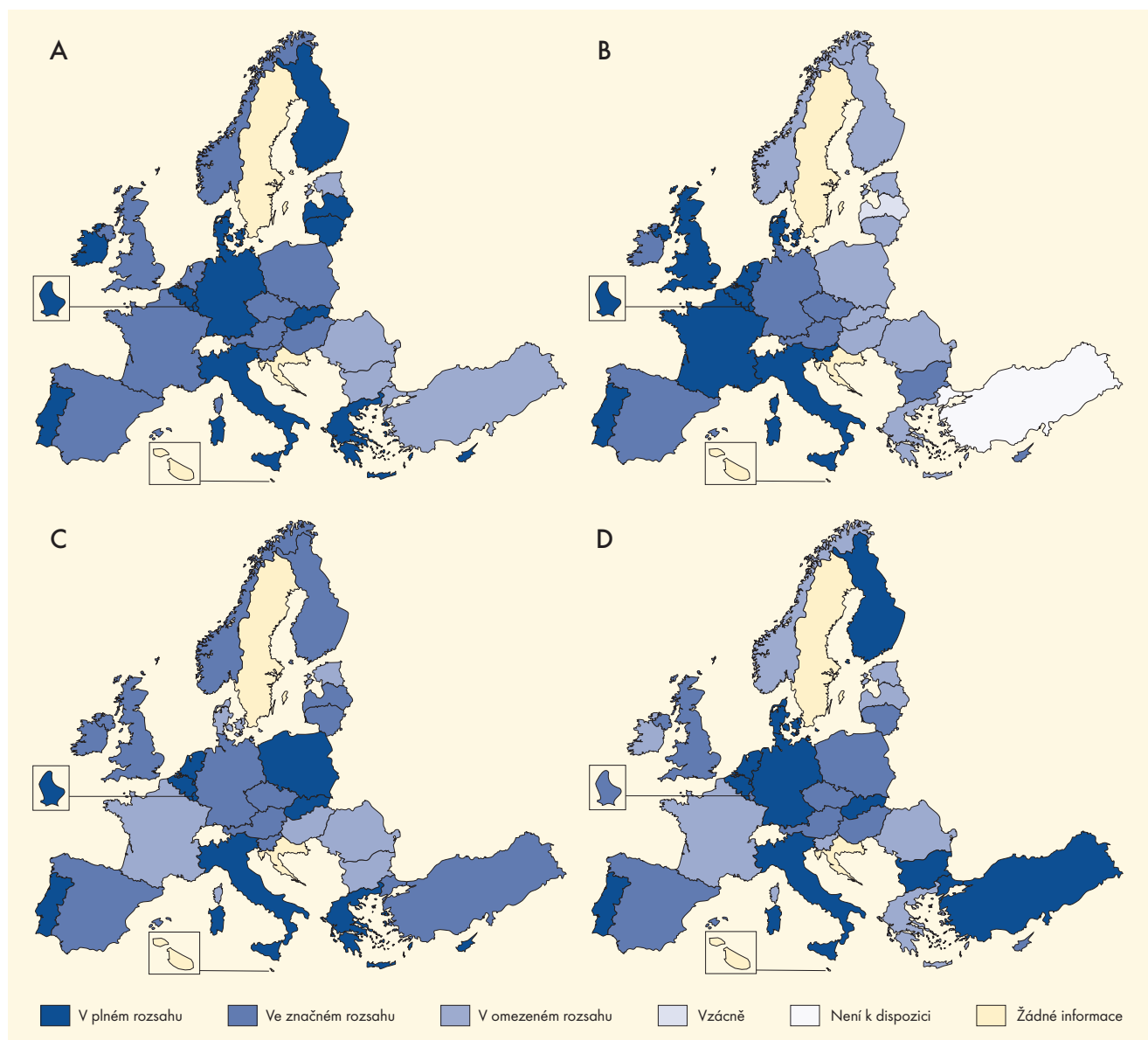
⁽¹⁶⁾ Viz tab. TDI-16 (part ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁷⁾ Viz „Pomoc uživatelům drog ve věznicích“, s. 35.

⁽¹⁸⁾ Viz tab. HSR-1 a HSR-2 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁹⁾ Viz tab. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2009.

Obr. 1: Dostupnost léčebných modalit ve vztahu k potřebám, podle hodnocení národních odborníků: (A) psychosociální ambulantní, (B) substituční, (C) psychosociální lůžková, (D) detoxifikace



Pozn.: Dostupnost je definována odhadovaným podílem uživatelů drog potřebujících léčbu, kteří ji mohou dostat: téměř všichni (v plném rozsahu), většina, avšak ne téměř všichni (ve značném rozsahu), více než malý počet, avšak ne většina (v omezeném rozsahu), jen malý počet (vzácně), není dostupná.

Informace byly shromážděny prostřednictvím strukturovaného dotazníku.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Léčba v lůžkových zařízeních

Léčba v lůžkových zařízeních nebo ústavní léčba vyžaduje, aby klient po dobu několika týdnů až několika měsíců zůstal v zařízení přes noc. V těchto programech obecně platí politika zákazu drog (bez substituční léčby), přičemž cílem je umožnit klientovi abstinovat od užívání drog. Klientům je poskytováno ubytování a individuálně strukturovaná psychosociální léčba a zúčastňují se aktivit směřujících k jejich opětovnému začlenění do společnosti. V tomto kontextu je často využíván přístup terapeutické

komunity. Ústavní protidrogovou léčbu poskytují také psychiatrické nemocnice, především klientům s psychiatrickými komorbiditami.

V roce 2007 podle hlášení nastoupilo léčbu v lůžkovém zařízení asi 40 000 osob, tedy každý desátý ze všech uživatelů drog nastupujících léčbu. Více než polovina uvedla jako hlavní drogu opiáty (56 %), přičemž většina ostatních klientů uvedla jako hlavní drogu konopí (14 %), stimulanty jiné než kokain (14 %) a kokain (7 %).

Průměrný věk uživatelů drog nastupujících ústavní léčbu je 30 let, avšak klienti užívající opiáty a kokain jsou v průměru starší (31 let) než klienti nastupující léčbu kvůli stimulantům jiným než kokain (28 let) a konopí (26).

Většina klientů v ústavní léčbě jsou muži, přičemž celkový poměr počtu mužů a žen je 3,6:1. Tento poměr je nižší u klientů, jejichž primární drogou jsou stimulanty jiné než kokain (2,2:1), a vyšší mezi uživateli kokainu (5,1:1) a konopí (8:1). Ve většině zemí, kde je srovnání možné, je poměr mezi počtem klientů bez zaměstnání a s nestálým ubytováním vyšší mezi těmi, kdo nastupují k ústavní léčbě, než mezi klienty, kteří se léčí ambulantně ⁽²⁰⁾.

Hlavními poskytovateli ústavní léčby jsou nevládní organizace (12 zemí) a veřejné instituce (11 zemí). Soukromé instituce hrají tuto úlohu v Dánsku a Lucembursku, přičemž jsou druhým nejvýznamnějším poskytovatelem v deseti zemích. Národní odborníci odhadují, že ústavní psychosociální léčba je ve dvanácti zemích dostupná většině klientů, kteří ji vyhledají, v devíti dalších zemích téměř všem, kdo ji vyhledají. V šesti zemích (Bulharsko, Dánsko, Estonsko, Francie, Maďarsko, Rumunsko) však byla tato léčebná modalita považována za dostupnou méně než polovině těch, kdo ji aktivně vyhledají (viz obr. 1C).

Detoxifikace

Detoxifikace je obecně předpokladem pro zahájení dlouhodobé abstinenci ústavní léčby. Běžně, nikoli však výhradně, se jedná o ústavní intervenci poskytovanou v nemocnicích, specializovaných centrech léčby nebo ústavních zařízeních s lékařskými nebo psychiatrickými odděleními.

Veřejné instituce jsou hlavními poskytovateli detoxifikace v 21 zemích. Nevládní organizace jsou největšími poskytovateli v Belgii (Vlámsku) a Nizozemsku, zatímco v Lucembursku a Bulharsku převažuje soukromý sektor. Národní odborníci odhadují, že detoxifikace je v devíti zemích dostupná většině těch, kdo ji vyhledají, a v dalších deseti zemích téměř všem. V osmi zemích (Estonsku, Irsku, Řecku, Francii, Lotyšsku, Rumunsku, Slovinsku, Norsku) je podle odhadu detoxifikace dostupná méně než polovině těch, kdo ji aktivně vyhledají (viz obr. 1D).

Zajišťování kvality

Plánovači a tvůrci politik zdravotnictví v Evropě v rostoucí míře hledají mechanismy k zajištění vysoké kvality protidrogové léčby. Při úvahách o poskytování léčby a přidělování financí mají také tendenci dávat prioritou intervencím „založeným na důkazech“.

Významným nástrojem zajišťování kvality protidrogové léčby se stávají metodické pokyny. Metodické pokyny k léčbě zahrnují doporučení na základě vědeckých důkazů, odborného stanoviska, preferencí uživatelů služeb a národních systémů zdravotní péče. Jejich smyslem je pomoci zvolit a aplikovat vhodné intervence protidrogové léčby. Ve 20 ze 27 sledovaných zemí jsou národní metodické pokyny k protidrogové léčbě zpracovávány autorizovanou institucí.

Stávající metodické pokyny pokrývají především farmakologickou protidrogovou léčbu. Národní metodické pokyny pro substituční léčbu jsou hlášeny 18 zeměmi a 11 zemí hlásí metodické pokyny pro detoxifikaci. Asi jedna třetina z těchto zemí však neuvádí dodržování metodických pokynů jako podmínku pro provozování nebo financování léčebného zařízení.

Národní metodické pokyny pro psychosociální léčbu a sociální reintegraci jsou méně běžné. Pouze sedm členských států (Bulharsko, Česká republika, Německo, Dánsko, Nizozemsko, Slovinsko, Spojené království) uvádí dostupnost metodických pokynů pro psychosociální intervence a pět (Česká republika, Německo, Portugalsko, Slovinsko, Spojené království) pro sociální reintegraci. Nevelká rozšířenost národních metodických pokynů je pravděpodobně důsledkem toho, že dostupné důkazy jsou omezené, což poukazuje na potřebu většího počtu multicentrických randomizovaných kontrolních studií v těchto oblastech.

Při zajišťování vysoké kvality služeb je důležité průběžné vzdělávání personálu. V Evropské unii jsou běžné výcvikové kurzy specificky určené pro personál poskytující léčbu závislosti a nějaká forma průběžného vzdělávání lékařů. Ostatním odborným pracovníkům včetně sester, sociálních pracovníků a psychologů zajišťuje většina zemí přístup k podobným příležitostem vzdělávání.

Pravidelná hodnocení výsledků všech typů protidrogové léčby hlásí několik málo zemí. Pět členských států hodnotí substituční a detoxifikační léčbu a pouze Dánsko, Německo a Spojené království hodnotí výsledky intervencí psychosociální léčby pravidelně. Některé země rovněž hlásí jednorázová nebo nepravidelná hodnocení výsledků léčby.

Minimalizace škod

Prevence a minimalizace škod souvisejících s drogami je cílem veřejného zdravotnictví všech členských států a protidrogové strategie EU (Evropská komise, 2007). K hlavním intervencím v této oblasti patří substituční léčba závislosti na opiátech a programy výměny jehel a stříkaček, které se zaměřují na úmrtí z předávkování

⁽²⁰⁾ Viz tab. TDI-10, TDI-13, TDI-15 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2009.

Portál správné praxe: nový modul věnovaný léčbě

Po zavedení modulů o všeobecné a selektivní prevenci v roce 2008 spustila EMCDDA na svém Portálu správné praxe nový modul věnovaný protidrogové léčbě. Obsahuje syntézu zjištění o účinnosti farmakologické a psychosociální léčby poruch souvisejících s užíváním opiátů, stimulantů a konopí, a to na základě nejnovějších přehledů. Práci na portálu usnadnila Evropskou komisí financovaná studie o kvalitě léčby a výměně správné praxe (generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele, 2008b).

Modul věnovaný léčbě představuje zjištění studií, které porovnávají efektivnost různých intervencí. Efektivnost se ideálně zjišťuje provedením kontrolní studie nebo randomizované kontrolní studie, kde jsou intervence porovnány s konkrétními měřenými výsledky. Převážná část důkazní báze v této oblasti pochází ze studií prováděných ve Spojených státech. Studie v Evropě se nyní stávají běžnějšími a zahrnují některé průkopnické práce o nových látkách pro substituční léčbu závislosti na opiátech.

Nový modul obsahuje také: odkazy na ostatní zdroje informací, hodnocené intervence, glosář a stručný přehled mezer v současné důkazní bázi. Portál bude v budoucnosti rozšířen o další témata.

Portál správné praxe EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

a šíření infekčních nemocí. Dostupnost těchto opatření je hlášena ve všech zemích s výjimkou Turecka. Třebaže existují značné rozdíly v rozsahu a úrovni poskytování služeb (viz kapitoly 6 a 7), obecným evropským trendem je růst a konsolidace opatření k minimalizaci škod.

Většina zemí poskytuje škálu zdravotnických a sociálních služeb, včetně individuálního hodnocení rizik a poradenství, nácviku bezpečnějšího užívání, testování na infekční nemoci a poradenství, očkování proti virové hepatitidě a její léčby. Tyto služby jsou mnohdy poskytovány nízkoprahovými centry. Záběr řešení zaměřených na minimalizaci škod překročil rámec ochrany před epidemií HIV/AIDS k širšímu pohledu na naplňování zdravotních a sociálních potřeb problémových uživatelů drog, zvláště těch sociálně vyloučených.

V posledních letech lze také pozorovat proces profesionalizace a zajišťování vysokých standardů kvality je více sledováno. Například v letech 2006–2007 byly služby minimalizace škod v Anglii předmětem inspekce, která měla vymezit oblasti pro zlepšování. Kvalita může být zajišťována také tím, že ve smlouvách o financování je stanoveno dodržování konkrétních standardů, jak to uvádí Česká republika a Estonsko.

Odpovědnost za zajišťování kvality nesou ve 14 zemích národní instituce, zatímco v zemích s federálním systémem ho mohou řídit orgány na nižší než národní úrovni. Metodika může mít oporu ve zjištěních vědeckého zkoumání nákladové efektivity, jak je tomu v metodických pokynech k programům výměny jehel a stříkaček ve Spojeném království (NICE, 2009). Pro rozvoj a zlepšování kvality služeb je rovněž žádáno zapojení klientů a zpětná vazba personálu. Mechanismy šíření správné praxe a nových vědeckých zjištění odborným pracovníkům zahrnují národní znalostní platformy, jako je například „resultaten scoren“ (výsledky skórování) v Nizozemsku a mezinárodní osvětové akce, například o hepatitidě typu C ⁽²¹⁾. Evropská síť pro sociální začlenění a zdraví (European Network of Social Inclusion and Health) ve spolupráci s EMCDDA také vytvořila protokol sběru dat pro specializovaná nízkoprahová centra se službami minimalizace škod (Hedrich a kol., 2008a) jako součást projektů financovaných EU k vývoji a zavedení evropských ukazatelů v oblasti zdraví.

Sociální reintegrace

Sociální reintegrace je uznávána jako nezbytná složka komplexních protidrogových strategií. Může být prováděna v kterémkoli stádiu užívání drog a v různých prostředích a zahrnuje budování kapacit, zlepšování sociálních dovedností, opatření umožňující a podporující zaměstnání a opatření k získání nebo zlepšení bydlení. V praxi mohou reintegrační programy nabízet pracovní poradenství, pracovní uplatnění a podporu bydlení. Intervence ve věznicích, které mají dopad na relaps a recidivu, mohou v rámci přípravy na propuštění zkontaktovat vězně s komunitními službami podpory bydlení a sociální podpory (generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele, 2008a). Obecně výsledky opatření sociální reintegrace mnohdy záleží na efektivní spolupráci mezi institucemi zdravotnictví a sociální péče.

Bezdomovectví spolu s nestálým ubytováním je jednou z nejvážnějších forem sociálního vyloučení, se kterou se uživatelé drog setkávají – týkalo se asi 10 % uživatelů drog, kteří v roce 2007 nastoupili léčbu ⁽²²⁾. V určitých skupinách uživatelů drog bude tento počet pravděpodobně ještě mnohem vyšší.

Všechny členské státy uvádějí dostupnost programů bydlení, které mohou zajistit ubytování uživatelům drog. Informace o tom, do jaké míry jsou potřeby bydlení uživatelů drog naplňovány, jsou však vzácné. Například na Slovensku v důsledku omezených finančních zdrojů

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

⁽²²⁾ Viz tab. TDI-15 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

ubytovací kapacita resocializačních služeb mnohdy nestačí pokrýt poptávku.

Několik zemí (např. Česká republika, Německo, Irsko, Nizozemsko, Finsko, Švédsko, Spojené království) uvádí podporované bydlení. Tyto programy dočasného bydlení obvykle představují nocleh se snídaní nebo malý zařízený byt s krátkodobým pronájmem a často jsou poskytovány po propuštění z ústavní léčby, aby umožnily lidem žít nezávisle. Například v Irsku uživatelé zodpovídají za uhrazení nájmu a některé nájemní služby, přičemž se záležitostmi nájmu a zajištěním přístupu ke vzdělání, výcviku nebo zaměstnání jim pomáhá podpůrný personál.

Protože 45 % uživatelů nastupujících léčbu dosáhlo vzdělání nejvýše na úrovni dokončené základní školy a asi 40 % uživatelů nastupujících léčbu je nezaměstnaných ⁽²³⁾, jsou klíčovými prvky sociální reintegrace uživatelů drog pomoc při hledání zaměstnání a odborná příprava. Programy v této oblasti uvádí většina členských států. V Maďarsku, České republice, Litvě, Slovinsku a na Slovensku přispěly k reintegraci uživatelů drog na pracovním trhu projekty financované v rámci iniciativy EU proti diskriminaci na pracovním trhu (EQUAL). Většina těchto projektů pomáhá stabilizovaným klientům v protidrogové léčbě najít pracovní uplatnění v souladu s jejich schopnostmi. Hodnotu tohoto přístupu podporují výsledky skotské studie, která zjistila, že zotavující se uživatelé drog, kterým se dostalo podpory v souvislosti se zaměstnáním, měli třikrát vyšší pravděpodobnost, že naleznou placené zaměstnání (McIntosh a kol., 2008).

Prosazování protidrogových právních předpisů a trestné činy porušující protidrogové právní předpisy

Prosazování protidrogové legislativy zahrnuje různé orgány působící v různých resortech vlády (např. policie, spravedlnosti, zdravotnictví). V praxi bývá termín „prosazování protidrogových právních předpisů“ běžně spojen se souborem činností prováděných policií a institucemi policejního charakteru (např. celní správou) při prosazování zákonů souvisejících s užíváním drog a trhem s drogami. Ke sledovaným oblastem patří užívání a držení drog, obchodování s drogami a výroba drog i zneužívání chemických látek a praní špinavých peněz.

Prosazování protidrogových právních předpisů je ústřední součástí evropského řešení problému drog a dostává velkou – možná největší – část prostředků věnovaných problému drog. Nedávný pokus porovnat přidělování veřejných výdajů souvisejících s drogami v Evropě naznačil, že v průměru by státní výdaje na zajištění

„veřejného pořádku a bezpečnosti“ v souvislosti s drogami (policejní složky, soudy a věznice) mohly být téměř trojnásobkem částky vynaložené na řešení zdravotních problémů spojených s užíváním drog. Významnou část peněz vyčleněných na zajištění „veřejného pořádku a bezpečnosti“ pravděpodobně dostávají policejní složky (EMCDDA, 2008e).

Povaha a intenzita úsilí o prosazování protidrogových právních předpisů se může lišit v závislosti na vnitrostátních právních předpisech a jejich uplatňování, stejně jako na zdrojích a prioritách zapojených institucí, k nimž patří všeobecné orgány pro prosazování právních předpisů i specializované jednotky („protidrogové útvary“).

Na rozdíl od některých dalších oblastí prosazování právních předpisů, kde policisté obvykle reagují na nějaké porušení zákona, mnohdy hlášené veřejností, lze převážnou část práce na prosazování protidrogových právních předpisů definovat jako proaktivní, protože je většinou prováděna z podnětu orgánů pro prosazování právních předpisů. Je tomu tak proto, že mnohé trestné činy porušující protidrogové právní předpisy lze vnímat jako „konsensuální trestný čin“, kdy se souhlasící osoby tajně podílejí na nějaké nezákonné činnosti, o níž policie nemá povědomí, pokud ji neobjeví náhodně (např. díky lepší hlídce) nebo aktivní detekcí.

V důsledku toho zahrnuje prosazování protidrogových právních předpisů rozsáhlý soubor činností, které se obvykle opírají o získávání, zpracování a sdílení informací lidskými a elektronickými prostředky včetně počítačových databází a vyhrazených komunikačních sítí. To platí zvláště pro činnosti směřující ke snižování nabídky drog ⁽²⁴⁾, kde prosazování právních předpisů hraje klíčovou úlohu a zahrnuje jednání s informátory, provádění utajených operací („činnost v utajení“) a elektronické sledování, včetně odposlechu komunikace.

K operačním taktickým postupům využívaným orgány pro prosazování práva v Evropě patří sledované zásilky drog a cílené operace zaměřené na narušení nebo eliminaci míst prodeje drog. Provádění kontrol a prohlídek osob a vozidel na strategických místech a v jejich okolí, jako jsou například přístavy, letiště a státní hranice, je spíše obecný taktický postup, který zahrnuje i další cíle, jako např. imigrační kontrolu.

Orgány pro prosazování práva, zvláště celní správa, jsou v mnoha zemích rovněž pověřeny prosazováním zákonů o kontrolovaných chemických látkách. Sem patří zpracovávání žádostí o dovoz a vývoz i identifikace a vyšetřování podezřelých transakcí. V zemích, kde se vyrábějí syntetické drogy, může být dalším úkolem složek

⁽²³⁾ Viz tab. TDI-12 a TDI-13 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽²⁴⁾ Definice snižování nabídky drog viz rámeček na s. 28 Výroční zprávy EMCDDA 2008.

pro prosazování práva likvidace tajných laboratoří na výrobu nezákonných drog.

Trestné činy porušující protidrogové právní předpisy

Výchozí zprávy o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy, především od policie, jsou jedinými údaji o trestné činnosti související s drogami, jež jsou v Evropě běžně dostupné ⁽²⁵⁾. Zprávy obvykle uvádějí trestné činy jako je výroba drog, obchodování a nezákonné zacházení s drogami i užívání drog a držení drog pro vlastní potřebu.

Údaje o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy lze vnímat jako nepřímé ukazatele užívání drog a obchodování s drogami nebo jako průměrnější ukazatele činnosti prosazování právních předpisů. Zahrnují však pouze ty činnosti související s drogami, které se staly předmětem pozornosti orgánů pro prosazování práva, a mohou být také výrazem národních rozdílů v legislativě, prioritách a zdrojích. Vedle toho se mohou lišit národní informační systémy, zvláště co se týká evidence a výkaznictví. Z těchto důvodů je obtížné provést spolehlivá porovnání mezi zeměmi a je vhodnější porovnávat spíše trendy než absolutní čísla.

Na základě dat poskytnutých 21 členskými státy, jež představují 85 % populace ve věku 15–64 let v Evropské unii, stoupl počet hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v období od roku 2002 do roku 2007 odhadem o 29 %. Údaje odhalují stoupající trendy ve všech sledovaných zemích s výjimkou Bulharska, České republiky, Řecka, Lucemburska, Maďarska a Slovinska, přičemž všechny tyto země vykázaly za toto období setrvalý stav nebo celkový pokles ⁽²⁶⁾.

Trestné činy spojené s užíváním a nabídkou drog

V rovnováze mezi trestnými činy porušujícími protidrogové právní předpisy souvisejícími s užíváním a těmi, jež souvisely s nabídkou (nezákonné zacházení, obchodování, výroba), nedošlo ve srovnání s předchozími lety k žádnému většímu posunu. Ve většině evropských zemí trestné činy související s užíváním drog nebo držení drog pro vlastní potřebu nadále zahrnují většinu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, přičemž v roce 2007 představovaly až 91 % (Španělsko) celkového počtu ⁽²⁷⁾. Trestné činy související s nabídkou však převažují v České republice (87 %) a v Nizozemsku

Vybrané téma EMCDDA o statistice vynesených rozsudků

Centrum EMCDDA publikovalo v roce 2009 nové vybrané téma o statistice vynesených rozsudků, které zkoumá rozsudky za trestné činy porušující protidrogové zákony v evropských zemích. Zpráva sleduje dostupné národní statistiky od policie, státních zástupců a soudů a zkoumá je podle typu trestného činu (držení, obchodování) a typu rozsudku (pokuta, trest odnětí svobody, léčba). Hlavní řešenou otázkou je: Jaký je v jednotlivých zemích nejpravděpodobnější rozsudek v případech držení drog nebo trestného činu souvisejícího s nabídkou drog?

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

(69 %) (obr. 2). V České republice lze za držení malého množství drogy bez úmyslu dalšího šíření uložit výstrahu nebo pokutu, zatímco v Nizozemsku trestné činy související s užíváním drog obecně nejsou stíhány ⁽²⁸⁾.

V období let 2002 až 2007 počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s užíváním drog ve většině zemí vzrostl, když pouze Bulharsko, Řecko, Nizozemsko a Slovinsko zaznamenaly za toto období pokles ⁽²⁹⁾. Celkový počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s užíváním drog v období 2002 až 2007 vzrostl odhadem o 32 %.

Počet trestných činů souvisejících s nabídkou drog v období 2002–2007 rovněž stoupl, avšak mnohem pomalejším tempem, přičemž nárůst v Evropské unii činil asi 14 %. Za toto období hlásí osm zemí celkový pokles v počtu trestných činů souvisejících s nabídkou drog a osm zemí hlásí nárůst ⁽³⁰⁾.

Trendy u jednotlivých drog

Konopí zůstává v Evropě nadále nejčastěji hlášenou nezákonnou drogou, co se týče trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy ⁽³¹⁾. Ve většině evropských zemí trestné činy související s konopím v roce 2007 tvořily 55 až 85 % hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. Trestné činy související s jinými drogami počtem převyšují trestné činy související s konopím pouze ve dvou zemích: v Litvě, heroin (26 %); a v České republice, metamfetamin (59 %). V Lotyšsku jsou

⁽²⁵⁾ Pojednání o souvislostech mezi drogami a trestnou činností viz EMCDDA (2007b).

⁽²⁶⁾ Viz obr. DLO-1 a tab. DLO-1 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽²⁷⁾ Viz tab. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽²⁸⁾ Viz „Přehledy o jednotlivých zemích“ pro Českou republiku a Nizozemsko na stránkách EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Viz obr. DLO-1 a tab. DLO-4 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³⁰⁾ Viz obr. DLO-1 a tab. DLO-5 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³¹⁾ Viz tab. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2009.

trestné činy porušující protidrogové právní předpisy rovnoměrně rozděleny mezi konopí, heroin a extázi.

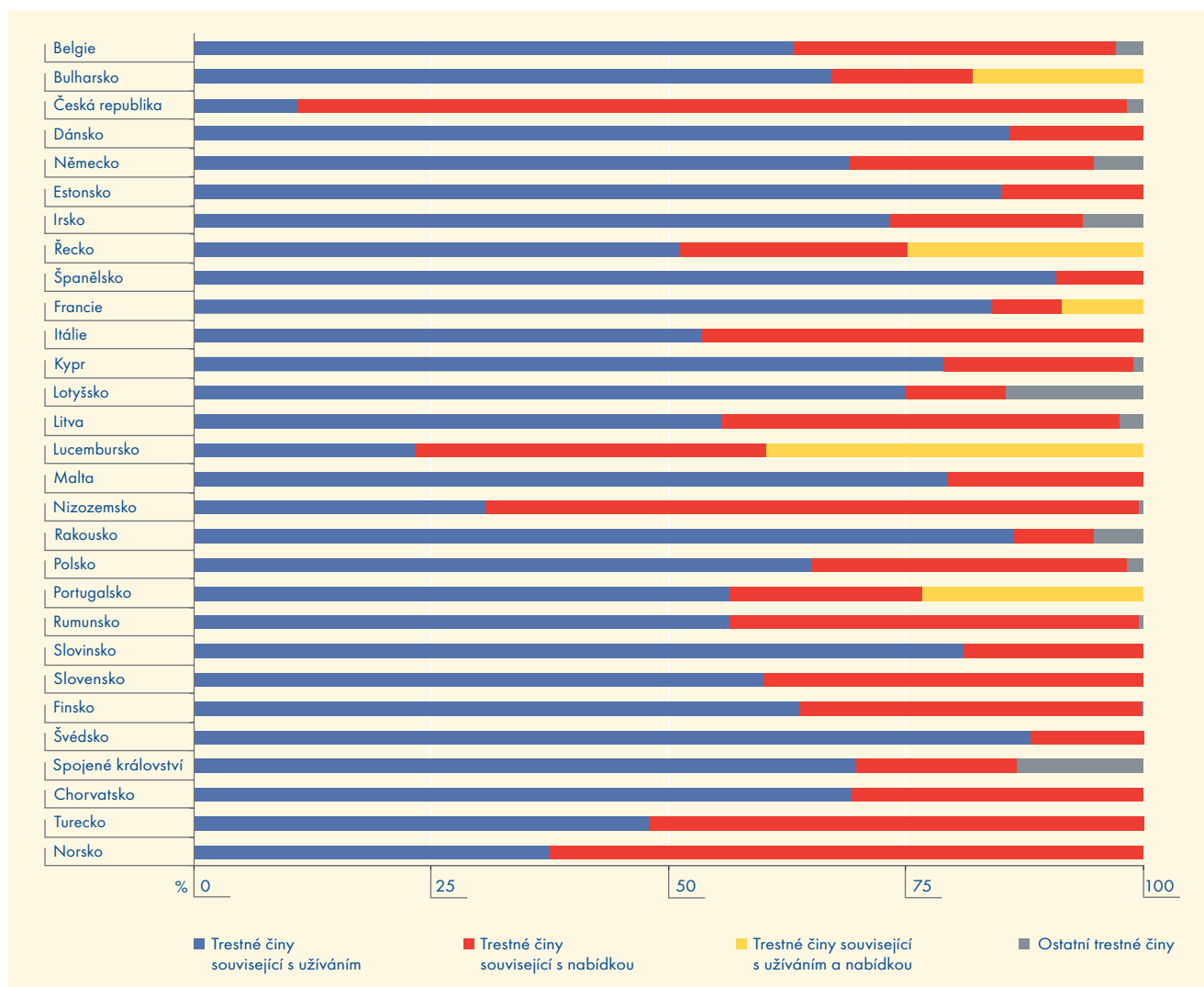
Během pětiletého období 2002–2007 počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s konopím vzrostl nebo zůstal neměnný ve většině sledovaných zemí, což vedlo k odhadovanému nárůstu o 23 % v Evropské unii. Sestupné trendy hlásí Bulharsko, Česká republika a Slovinsko ⁽³²⁾.

Trestné činy související s kokainem vzrostly za období 2002–2007 ve všech sledovaných zemích s výjimkou Bulharska a Německa. V Evropské unii za stejné období počet trestných činů souvisejících s kokainem celkově vzrostl asi o 59 % ⁽³³⁾.

Sestupný trend v počtu trestných činů souvisejících s heroinem v Evropské unii, který uváděly předchozí zprávy, nyní podle všeho ustal a za období 2002–2007 byl zaznamenán nárůst přibližně o 7 %. Národní trendy se však rozcházejí a stoupající trend je hlavně důsledkem nárůstu v Belgii, Řecku, Španělsku, Francii, Polsku a Portugalsku a stabilizace v Německu a Rakousku během posledních dvou let ⁽³⁴⁾.

Počet trestných činů souvisejících s amfetaminy hlášených v Evropské unii vykazuje nadále stoupající trend, při odhadovaném nárůstu o 59 % v období 2002 až 2007. Naproti tomu trestné činy související s extází za stejné období poklesly odhadem o 22 % ⁽³⁵⁾.

Obr. 2: Typy trestné činnosti ve zprávách o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy v Evropě



Pozn.: Další informace viz obr. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2009.
Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

⁽³²⁾ Viz obr. DLO-3 a tab. DLO-6 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³³⁾ Viz obr. DLO-3 a tab. DLO-8 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³⁴⁾ Viz obr. DLO-3 a tab. DLO-7 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³⁵⁾ Viz obr. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdravotní a sociální řešení ve věznicích

V Evropské unii je ve věznicích neustále přes 600 000 lidí ⁽³⁶⁾, což představuje v průměru 120 vězňů na 100 000 obyvatel. Národní údaje o vězeňské populaci se pohybují od 65 do 320 vězňů na 100 000 obyvatel, přičemž většina členských států střední a východní Evropy uvádí vyšší než průměrné počty. Národní údaje a průměr EU však zůstávají značně pod hodnotami, které uvádějí Rusko (629) a USA (756) ⁽³⁷⁾.

Ve většině zemí EU tvoří vězni odsouzení za trestné činy porušující protidrogové právní předpisy 10 až 30 % vězeňské populace. Neznámé procento ostatních je odsouzeno za majetkové trestné činy, kterými si opatřují prostředky na drogovou závislost, nebo za jinou trestnou činnost související s drogami. Přestože celkové počty jsou nízké, podíl pachatelů trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy na počtu odsouzených v několika členských státech střední a východní Evropy během posledních let vzrostl.

Užívání drog ve vězeňské populaci

I nadále přetrvává nedostatečná standardizace definic, výzkumných otázek a metodik používaných ve studiích o užívání drog ve věznicích (Vandam, 2009; generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele, 2008a), i když existující studie ukazují, že užívání drog má nadále větší prevalenci mezi vězni než v běžné populaci. Údaje z několika studií provedených od roku 2002 dále, většinou v západní Evropě, ukazují, že třetina až polovina dotázaných v průzkumech uváděla pravidelné užívání nezákonné drogy už před nástupem do věznice. Studie rovněž nasvědčují tomu, že mezi vězni jsou možná koncentrovány nejškodlivější formy užívání drog, když asi pětina až třetina dotázaných v průzkumech uvedla, že někdy v životě užívali drogy injekčně ⁽³⁸⁾.

Po nástupu do věznice většina uživatelů užívání drog omezila nebo s ním přestala, především kvůli problémům se získáváním látek. Skutečnost, že nezákonné drogy si najdou cestu do většiny věznic i přes všechna opatření přijatá ke snížení jejich nabídky, však v Evropě uznávají jak odborníci na vězeňství, tak tvůrci politik. Studie provedené od roku 2002 ukazují, že užívání drog ve věznicích uvádí 1 až 50 % vězňů a že až 27 % uvádí pravidelné užívání drog během pobytu ve věznici ⁽³⁹⁾. Studie 1 457 vězňů ze šesti německých věznic zjistila, že

22 % užívalo drogy ve věznici injekčně, zatímco studie ve čtyřech dalších zemích uváděly 10 % nebo více ⁽⁴⁰⁾. Injekční uživatelé drog ve vazbě podle všeho sdílejí injekční náčiní častěji v porovnání s uživateli mimo věznici. To vyvolává otázky ohledně potenciálního šíření infekčních chorob ve vězeňské populaci.

Zdraví v evropských věznicích

Vězni mají nárok na lékařskou péči stejné úrovně jako osoby žijící na svobodě a vězeňské zdravotnické služby by měly být schopny poskytnout léčbu problémů souvisejících s užíváním drog v podmínkách srovnatelných s těmi, jež jsou nabízeny lidem mimo věznici (CPT, 2006; WHO, 2007). Tato obecná zásada rovnocennosti je v Evropské unii uznána prostřednictvím doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí ⁽⁴¹⁾ a nový protidrogový akční plán EU (2009–2012) vyzývá k jeho provádění.

Poskytování služeb zdravotní péče vězňům se nyní dostává více pozornosti od národních tvůrců politik a jsou patrné známky toho, že členské státy EU zlepšují služby, které vězňům nabízejí. Několik zemí například nyní uvádí existenci národních zdravotních politik a programů pro věznice. Ještě však zbývá mnoho práce, než bude zajištěno, aby vězni měli přístup ke zdravotní péči v míře a v kvalitě srovnatelné s prostředím mimo věznici. Vedle toho se musejí věznice vypořádat s výzvami, které představují specifické potřeby zdravotní péče uživatelů drog, jako jsou například infekční choroby přenášené krví a problémy psychiatrické komorbidity.

Pomoc uživatelům drog ve věznicích

Služby nabízené vězňům v evropských zemích zahrnují: informace o drogách a zdraví, screening infekčních chorob a očkování, léčbu drogové závislosti, včetně detoxifikace, substituční léčby a abstinčních přístupů, přípravu na propuštění. K příkladům pokračujícího rozšiřování služeb vězňům patří zavedení substituční léčby do věznic v České republice, Polsku a Švédsku, abstinční léčebný program na Kypru a rozšíření dánské „záruky léčby“ (záruky, že přístup k protidrogové léčbě bude zajištěn do dvou týdnů od požádání) do věznic.

Pokračování substituční léčby po nástupu do věznice je schváleno v oficiálních předpisech 26 zemí, avšak v pěti z nich se nepoužívá, přičemž zahájení léčby tohoto typu

⁽³⁶⁾ Údaje o věznicích v Evropě uvádí Rada Evropy na stránkách: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp

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

⁽³⁸⁾ Viz tab. DUP-105 a DUP-2 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽³⁹⁾ Viz tab. DUP-3 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁴⁰⁾ Viz tab. DUP-4 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁴¹⁾ Úř. věst. L 165, 3.7.2003, s. 31.

ve věznicích je schváleno v 21 zemích. Podle odborného hodnocení však existují rozdíly v poskytování této intervence. Substituční léčba je v devíti zemích dostupná téměř ve všech věznicích a v dalších čtyřech zemích ve více než polovině věznic. V České republice, Francii, Německu a Spojeném království je podle odhadu substituční léčba poskytována v méně než polovině věznic a v Maďarsku, Polsku, Finsku a Švédsku pouze v několika málo věznicích. Konečně v devíti zemích (Bulharsko, Estonsko, Řecko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Slovensko, Rumunsko, Turecko) léčba tohoto typu není dostupná ve věznicích, i když v Bulharsku a Rumunsku probíhají přípravy na její zavedení a v Lotyšsku se projednávají legislativní změny.

Omezené poskytování substituční léčby v komunitě se obvykle odráží v absenci nebo velmi omezeném poskytování léčby tohoto typu ve věznicích ⁽⁴²⁾. Dalšími překážkami poskytování substituční léčby ve věznicích uváděné členskými státy jsou: nedostatečný regulační rámec pro její zahájení (Finsko) a požadavek hradit léčbu (frankofonní část Belgie). Poskytování substituční léčby často závisí na místních podmínkách a někdy se opírá o individuální iniciativu vězeňského lékaře.

Odborná hodnocení dostupnosti a úrovně poskytování dalších opatření prevence a minimalizace škod ve věznicích jsou dostupná pro 26 zemí EU, Norsko a Turecko. Individuální poradenství k infekčním chorobám

a posouzení rizikového chování souvisejícího s drogami podle hlášení existuje ve věznicích v 26 zemích. Testování na hepatitidu typu C po nástupu do věznice je dostupné v 22 zemích, ne však v Maďarsku, Polsku a Turecku; v Maďarsku však bylo testováno na HCV během prvních devíti měsíců trvale probíhající kampaně, která začala v roce 2007, více než 14 % všech vězňů. K dalším intervencím patří cílené programy očkování proti hepatitidě typu B, na konkrétní drogy zaměřený výcvik podpory zdraví pro vězeňský personál a rady a nácvik bezpečnějšího užívání, jež jsou podle hlášení všechny poskytovány ve třinácti zemích, i když s rozdílnou mírou pokrytí.

Míra poskytovaných opatření k prevenci předávkování je obdobná. Třebaže poradenství o riziku předávkování je v době před propuštěním k dispozici v 18 zemích, odhaduje se, že většímu počtu vězňů bylo za posledních 12 měsíců poskytnuto jen v osmi zemích. Informační materiály o úmrtích a urgentních příjmech souvisejících s drogami vypracované konkrétně pro vězeňské prostředí jsou k dispozici pouze v sedmi zemích ⁽⁴³⁾.

Zajišťování výměny jehel a stříkaček ve vězeňském prostředí uvádí Německo, Španělsko, Lucembursko, Portugalsko a Rumunsko, plánuje ho Spojené království (Skotsko). Jako překážky úspěšného provádění některých programů výměny jehel a stříkaček byly uváděny odpor vězeňského personálu a nedostatečně zajištěné soukromí.

⁽⁴²⁾ Viz obr. HSR-2 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁴³⁾ Viz tab. HSR-7 ve Statistickém věstníku 2009.



Kapitola 3

Konopí

Úvod

Užívání konopí v Evropě zaznamenalo v posledních deseti letech značný vývoj, stejně jako debata o tom, jak vhodně řešit rozšířené užívání této drogy. Na počátku a v polovině 90. let 20. století bylo jen několik málo zemí s vysokou prevalencí, zatímco evropskou normou byla míra užívání, která je z dnešního hlediska nízká. Ve většině zemí užívání konopí v 90. letech 20. století a na počátku 21. století vzrostlo, a to v Evropě vedlo k dnešní méně rozmanité situaci, i když mezi zeměmi nadále existují významné rozdíly. Navíc v posledních letech došlo k lepšímu pochopení zdravotních důsledků dlouhodobého a rozšířeného užívání této drogy a k nárůstu počtu hlášených žádostí o léčbu problémů souvisejících s konopím. Evropa nyní možná vstupuje do nové fáze, jelikož údaje z průzkumů v běžné populaci a ve školách ukazují na stabilizovanou situaci nebo dokonce pokles. Míra užívání však podle historických standardů zůstává vysoká; a klíčovou otázkou v evropské debatě o drogách nadále zůstává, co je efektivním řešením problému užívání konopí.

Nabídka a dostupnost

Výroba a obchodování

Konopí lze pěstovat v nejrůznějších prostředích a v mnoha částech světa roste volně v přírodě. V současné době se odhaduje, že konopí se pěstuje ve 172 zemích a teritoriích (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Tyto skutečnosti dohromady znamenají, že vytvořit přesné odhady celosvětové produkce konopí je obtížné. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (2009) odhaduje globální produkci rostlinného konopí v roce 2008 na 13 300 až 66 100 tun.

Pěstování konopí v Evropě je rozšířené a možná na vzestupu (Korf, 2008). V roce 2007 uvádělo pěstování konopí podomácku 19 evropských zemí, i když rozměr tohoto fenoménu podle všeho značně kolísá. Významná část konopí užívaného v Evropě je však pravděpodobně výsledkem meziregionálního obchodování.

Rostlinné konopí se do Evropy také dováží, většinou z Afriky (např. z Nigérie, Maroka, Ghany, Jihoafrické

Tab. 2: Výroba, záchyty, cena a potence rostlinného konopí a konopné pryskyřice

	Konopná pryskyřice	Rostlinné konopí
Odhad celosvětové produkce (v tunách)	2 200–9 900	13 300–66 100
Celosvětové záchyty (v tunách)	1 300	5 600
Zadržené množství (v tunách)		
EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	853 (859)	70 (96)
Počet záchytů		
EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram)		
Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Rozpětí průměrné potence (obsah THC)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.

Pozn.: Všechny údaje za rok 2007 s výjimkou odhadů celosvětové produkce jsou za rok 2008.

Zdroje: UNODC World drug report (2009) pro celosvětové hodnoty, Národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

⁽⁴⁴⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 39.

republiky) a méně často z jihozápadní Asie (Pákistánu) a Jižní a Severní Ameriky (Jamajky) (INCB, 2009a).

Celosvětová produkce konopné pryskyřice v roce 2008 se odhaduje na 2 200 až 9 900 tun (UNODC, 2009), přičemž hlavním producentem je nadále Maroko. Oblast produkce konopné pryskyřice se podle hlášení v období 2003 až 2005 zmenšila ze 134 000 na 76 400 hektarů (UNODC a vláda Maroka, 2007). Produkce pryskyřice je rovněž hlášena v ostatních zemích, včetně Afghánistánu a Pákistánu (UNODC, 2009). Konopná pryskyřice produkovaná v Maroku se obvykle pašuje do Evropy přes Pyrenejský poloostrov a Nizozemsko, přičemž je dále distribuována do dalších evropských zemí.

Záchyty drogy

V roce 2007 bylo celosvětově zachyceno odhadem 5 600 tun rostlinného konopí a 1 300 tun konopné pryskyřice, což oproti předchozímu roku znamená celkový nárůst asi o 10 %. Na záchytech rostlinného konopí se největším množstvím nadále podílela Severní Amerika (66 %), zatímco záchyty pryskyřice se nadále soustředily do západní a střední Evropy (66 %) (UNODC, 2009).

Odhaduje se, že v Evropě bylo v roce 2007 provedeno 241 000 záchytů rostlinného konopí v celkovém objemu 96 tun ⁽⁴⁵⁾. Počet záchytů drogy se v období 2002 až 2007 více než zdvojnásobil. Množství zadrženého rostlinného konopí v prvních dvou letech tohoto období pokleslo o polovinu a poté vzrůstalo, i když zůstalo hluboko pod úrovní 130 tun zachycených v roce 2002. Největší počet záchytů rostlinného konopí hlásilo Spojené království, když si v roce 2005 a 2006 připsalo přibližně polovinu z celkového počtu. Rekordní záchyty drogy v roce 2007 hlásily Turecko (25,5 tun) a Belgie (12,8 tun).

Záchyty konopné pryskyřice v Evropě překračují záchyty rostlinného konopí, jak co do počtu záchytů, tak co do zadržených množství ⁽⁴⁶⁾. V roce 2007 bylo provedeno 325 000 záchytů konopné pryskyřice, které vedly k zadržení 859 tun drogy, téměř devítinásobku zadrženého množství rostlinného konopí. V období 2002 až 2007 počet záchytů konopné pryskyřice vzrůstal, i když zadržené množství za stejné období kolísalo. Mírně nadpoloviční většinu z celkového počtu záchytů konopné pryskyřice a asi tři čtvrtiny množství zadrženého v roce 2007 hlásilo Španělsko, přičemž rekordní množství konopné pryskyřice zadržela Belgie (59 tun), Portugalsko (43 tun) a Turecko (6 tun).

Záchyty rostlin konopí od roku 2002 trvale stoupají, přičemž v roce 2007 dosáhly odhadovaného počtu

15 000 případů. Země hlásí zadržené množství buďto jako počet rostlin, nebo jako odhad hmotnosti. Počet zadržených rostlin činil 2,4 milionu, což je číslo, které bylo v posledních dvou letech poměrně stabilní, a znamená nárůst z počtu asi 1,5 milionu v roce 2002. Hmotnost zadržených rostlin za toto období výrazně vzrostla a v roce 2007 dosáhla 27 tun, z nichž 25 tun hlásilo Španělsko.

Cena a potence

Potence konopných produktů je dána obsahem delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), jejich hlavní účinné složky. Potence konopí značně kolísá mezi zeměmi i uvnitř nich a také mezi jednotlivými konopnými produkty.

Nabídka a dostupnost drog: údaje a zdroje

Systematické a rutinní informace popisující trhy nezákonných drog a obchodování s nimi jsou nadále omezené. Odhady produkce heroinu, kokainu a konopí jsou získávány z odhadů pěstování rostlin na základě práce v terénu (odběr vzorků na místě) a leteckých nebo satelitních průzkumů. Tyto odhady mají některá důležitá omezení, která souvisejí například s kolísáním výnosů nebo obtížnou sledovatelností plodin, jako je konopí, které lze pěstovat v interiéru nebo které nejsou omezeny na určité zeměpisné oblasti.

Záchyty jsou často považovány za nepřímý ukazatel nabídky, obchodních tras a dostupnosti drog. Jsou přímějším ukazatelem aktivit prosazování protidrogových právních předpisů (např. priorit, zdrojů, strategií), přičemž také odrážejí jak postupy vykazování, tak zranitelnost obchodníků. Pro pochopení spotřebitelských trhů s drogami lze analyzovat také údaje o čistotě nebo potenci a spotřebitelských cenách nezákonných drog. Dostupnost údajů tohoto typu však může být omezená a mohou vyvstat otázky ohledně spolehlivosti a porovnatelnosti. Obraz situace mohou pomoci doplnit zpravodajské informace od orgánů pro prosazování práva.

Údaje o záchytech, čistotě a spotřebitelských cenách drog v Evropě sbírá EMCDDA. Ostatní údaje o nabídce drog pocházejí z informačních systémů a analýz Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a jsou doplňovány o další informace od Europolu. Informace o prekurzorech drog jsou získávány od Evropské komise, která shromažďuje údaje o záchytech těchto látek v EU, a od INCB, který se podílí na mezinárodních iniciativách, jež mají za cíl zabránit zneužití chemických prekurzorů používaných při výrobě nezákonných drog.

Údaje a odhady uvedené v této zprávě představují nejlepší dostupné aproximace, je však třeba je interpretovat obezřetně, protože v mnoha částech světa dosud chybějí propracované informační systémy ohledně nabídky drog.

⁽⁴⁵⁾ Údaje o záchytech drog v Evropě uvedené v této kapitole naleznete v tab. SZR-1 až SZR-18 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁴⁶⁾ V důsledku rozdílů ve velikosti zásilek a překročených vzdálenostech i v důsledku nutnosti překračovat mezinárodní hranice je riziko záchytu možná vyšší u konopné pryskyřice než u podomácky pěstovaného rostlinného konopí.

Informace o potenci konopí vychází většinou z forenzní analýzy vybraného vzorku zadrženého konopí. Do jaké míry analyzované vzorky odrážejí celkový trh, to není jasné, a z tohoto důvodu je třeba údaje o potenci interpretovat obezřetně. V roce 2007 se národní průměr obsahu THC v konopné pryskyřici pohyboval od 2,9 % do 13,3 %. Průměrná potence rostlinného konopí, s výjimkou podomácku pěstované rostliny sinsemilla („nederwiet“) v Nizozemsku, se pohybovala od 1,2 % do 10,2 %. Ve většině ze 16 evropských zemí, pro něž bylo možné tuto analýzu provést, zůstávala hlášená průměrná potence konopné pryskyřice a rostlinného konopí v období 2002–2007 neměnná nebo poklesla. V Portugalsku a Lucembursku však byly zaznamenány stoupající trendy průměrného obsahu THC v konopné pryskyřici. Zvýšení potence rostlinného konopí bylo konstatováno v pěti dalších zemích. Informace o potenci místně produkovaného rostlinného konopí za více let jsou dostupné pouze pro Nizozemsko, kde byl nedávno zaznamenán pokles průměrné potence rostliny nederwiet z nejvyšší hodnoty 20,3 % v roce 2004 na 16,0 % v roce 2006, přičemž v roce 2007 setrvala na této úrovni ⁽⁴⁷⁾.

Průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice se v roce 2007 pohybovala od 3 do 11 EUR za gram v osmnácti zemích, které poskytly informace, přičemž polovina z nich uvedla hodnoty od 5 do 9 EUR. Průměrná spotřebitelská cena rostlinného konopí se pohybovala od 1 do 12 EUR za gram v 17 zemích, které poskytly informace, přičemž asi polovina z nich uvedla ceny od 4 do 9 EUR. V 11 zemích s údaji za období 2002–2007 průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice očištěná o inflaci poklesla. Za stejné období ukazují dostupné údaje o rostlinném konopí na stabilnější situaci.

Prevalence a vzorce užívání

Užívání konopí v běžné populaci

Podle umírněných odhadů užilo konopí alespoň jednou v životě (celoživotní prevalence) asi 74 milionů Evropanů, tj. více než každý pátý člověk ve věku 15 až 64 let (shrnutí dat viz tab. 3). Mezi zeměmi existují značné rozdíly, přičemž národní prevalence se pohybuje od 1,5 % do 38,6 %. Pro většinu zemí se odhady prevalence pohybují v rozmezí 10–30 %.

Mnoho zemí hlásí srovnatelně vysoké hodnoty prevalence užití konopí v posledním roce a v posledním měsíci. Odhaduje se, že konopí užilo v posledním roce asi 22,5 milionu Evropanů neboli v průměru 6,8 % všech osob ve věku 15 až 64 let. Odhady prevalence v posledním měsíci budou zahrnovat ty, kdo drogu užívají pravidelněji,

i když ne nutně intenzivně. Odhaduje se, že v posledním měsíci užilo drogu asi 12 milionů Evropanů, v průměru asi 3,6 % všech osob ve věku 15 až 64 let.

Průzkumy populace: důležitý nástroj pro pochopení vzorců a trendů užívání drog v Evropě

Užívání drog v běžné nebo školní populaci lze měřit pomocí reprezentativních průzkumů, které poskytují odhady podílu osob, jež uvádějí, že užily konkrétní drogy během definovaného časového období. Průzkumy poskytují také užitečné kontextové informace o vzorcích užívání, sociodemografických charakteristikách uživatelů a vnímání rizik a dostupnosti.

Centrum EMCDDA v úzké spolupráci s národními odborníky vytvořilo soubor společných hlavních položek pro průzkumy v dospělé populaci (Evropský vzorový dotazník – *European Model Questionnaire*, EMQ). Tento protokol byl zaveden ve většině členských států EU. Mezi zeměmi jsou však nadále rozdíly v použité metodice a roku sběru dat, což znamená, že drobné odlišnosti, zejména mezi zeměmi, je třeba interpretovat obezřetně.

Provádění průzkumů je finančně náročné a jen málo evropských zemí sbírá informace každý rok, ačkoliv mnohé je shromažďují každé dva až čtyři roky. Údaje uváděné v této zprávě vycházejí z nejaktuálnějšího dostupného výzkumu v každé zemi a ve většině případů spadají do období 2004 až 2007.

Ze tří standardních časových rámců používaných pro vykazování dat z průzkumů je nejširší celoživotní prevalence (užití drogy v některém okamžiku života jedince). V tomto parametru se neprojevuje aktuální situace v užívání drog mezi dospělou populací, ale jeho prostřednictvím lze lépe poznat vzorce užívání a incidence. U dospělých jsou standardní věková rozpětí EMCDDA 15–64 let (všichni dospělí) a 15–34 let (mladí dospělí) a důraz je kladen na časové rámce užívání v posledním roce a v posledním měsíci (užití v průběhu posledních 12 měsíců nebo posledních 30 dnů před průzkumem) ⁽¹⁾. Ve školní populaci je celoživotní prevalence a prevalence v posledním roce obdobná, protože užívání nezákonných drog před 15. rokem věku je vzácné.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) používá k měření užívání drog a alkoholu v reprezentativních vzorcích 15–16letých studentů standardizované metody a nástroje. Průzkumy byly provedeny v letech 1995, 1999, 2003 a 2007. V roce 2007 byly údaje shromážděny pro 35 zemí, včetně 25 členských států EU, Norska a Chorvatska ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Více informací viz <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Přehled hlavních zjištění průzkumu ESPAD z roku 2007 je dostupný ve 23 jazycích (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Zprávu v plném znění lze nalézt on-line na stránkách ESPAD (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Údaje o potenci a ceně viz tab. PPP-1 a PPP-5 ve Statistickém věstníku 2009.

Tab. 3: Prevalence užívání konopí v běžné populaci – shrnutí údajů

Věková skupina	Časový rámec užívání		
	Celoživotní	V posledním roce	V posledním měsíci
15–64 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	74 milionů	22,5 milionů	12 milionů
Evropský průměr	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Rozpětí	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulharsko (5,6 %) Kypr (6,6 %)	Rumunsko (0,4 %) Malta (0,8 %) Řecko (1,7 %) Bulharsko (1,9 %)	Rumunsko (0,1 %) Malta (0,5 %) Švédsko (0,6 %) Litva (0,7 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (38,6 %) Itálie (31,2 %) Francie (30,6 %) Spojené království (30,0 %)	Itálie (14,6 %) Španělsko (10,1 %) Česká republika (9,3 %) Francie (8,6 %)	Itálie (7,2 %) Španělsko (7,1 %) Francie, Česká republika (4,8 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	41,5 milionů	17 milionů	9 milionů
Evropský průměr	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Rozpětí	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (2,9 %) Malta (4,8 %) Kypr (9,9 %) Řecko (10,8 %)	Rumunsko (0,9 %) Malta (1,9 %) Řecko (3,2 %) Kypr (3,4 %)	Rumunsko (0,3 %) Švédsko (1,3 %) Řecko, Litva (1,5 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (48,0 %) Francie (43,6 %) Spojené království (40,1 %) Česká republika (38,3 %)	Itálie (20,9 %) Česká republika (19,3 %) Španělsko (18,8 %) Francie (16,7 %)	Španělsko (13,4 %) Itálie (10,4 %) Česká republika, Francie (9,8 %)
15–24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	19 milionů	10 milionů	5 milionů
Evropský průměr	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Rozpětí	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (3,7 %) Malta (4,9 %) Kypr (6,9 %) Řecko (9,0 %)	Rumunsko (1,5 %) Řecko, Kypr (3,6 %) Švédsko (6,0 %) Portugalsko (6,6 %)	Rumunsko (0,5 %) Řecko (1,2 %) Švédsko (1,6 %) Kypr, Litva (2,0 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (43,9 %) Francie (42,0 %) Dánsko (41,1 %) Německo (39,0 %)	Česká republika (28,2 %) Španělsko (24,1 %) Itálie (22,6 %) Francie (21,7 %)	Španělsko (16,9 %) Česká republika (15,4 %) Francie (12,7 %) Itálie (11,5 %)
Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v letech 2001 až 2008 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočítána jako průměr vážený podle populace dané věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (334 milionů), 15–34 (133 milionů) a 15–24 (63 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2009.			

Užívání konopí mezi mladými dospělými

Užívání konopí je rozšířené převážně mezi mladými lidmi (15–34 let), přičemž nejvyšší prevalence užití v posledním roce se obvykle uvádí u osob ve věku 15 až 24 let. Je

tomu tak téměř ve všech evropských zemích s výjimkou Portugalska ⁽⁴⁸⁾.

Údaje z průzkumů v populaci ukazují, že konopí někdy užilo v průměru 31,1 % mladých dospělých v Evropě

⁽⁴⁸⁾ Viz obr. GPS-1 ve Statistickém věstníku 2009.

(15–34 let), zatímco 12,5 % drogu užilo v posledním roce a 6,8 % v posledním měsíci. Ještě větší je podle odhadů podíl Evropanů ve věkové skupině 15–24 let, kteří užili konopí v posledním roce (15,9 %) nebo v posledním měsíci (8,3 %). Národní odhady prevalence užívání konopí se v jednotlivých zemích ve všech měřeních prevalence velmi liší, přičemž země na horním konci stupnice uvádějí hodnoty až 10krát vyšší než země s nejnižší prevalence.

Užívání konopí je u mužů vyšší než u žen (viz EMCDDA, 2006a), ačkoliv mezi jednotlivými zeměmi byly pozorovány značné rozdíly. Například poměr mezi počtem mužů a počtem žen se mezi osobami, které uvedly, že v posledním roce užily konopí, pohyboval v rozmezí od 6,4:1 v Portugalsku až po 1,4:1 v Rakousku.

Užívání konopí mezi studenty

Průzkum ESPAD ⁽⁴⁹⁾ poskytuje srovnatelné údaje o užívání alkoholu a drog mezi studenty ve věku 15 až 16 let v Evropě (Hibell a kol., 2009). V roce 2007 byl průzkum proveden v 25 členských státech EU a také v Norsku a Chorvatsku. Některé země (např. Španělsko, Švédsko, Spojené království) provádějí své vlastní národní školní průzkumy, které poskytují údaje, včetně těch o užívání konopí, jež jsou porovnatelné s průzkumy ESPAD a HBSC (Průzkum zdravotního chování dětí školního věku).

Údaje z průzkumu ESPAD za rok 2007 odhalují, že nejvyšší celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15 až 16 let je v České republice (45 %) ⁽⁵⁰⁾, zatímco Estonsko, Francie, Nizozemsko, Slovensko a Spojené království hlásí prevalence v rozpětí 26 až 32 %. Celoživotní prevalence užívání konopí v rozpětí 13 až 25 % hlásí 15 zemí. Nejnižší míru užívání (méně než 10 %) hlásí Řecko, Kypr, Rumunsko, Finsko, Švédsko a Norsko. Celkově se celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty liší mezi pohlavími jen nepatrně.

Nejvyšší prevalence užití konopí v posledním měsíci mezi studenty ve věku 15 až 16 let v Evropě hlásí Španělsko (20 %) a Česká republika (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Mezinárodní srovnání

Evropské údaje lze srovnat s údaji z jiných částí světa. Například ve Spojených státech odhadl národní průzkum o užívání drog a zdraví (Samhsa, 2007) celoživotní prevalence užívání konopí mezi mladými dospělými

(15–34 let, přepočítalo centrum EMCDDA) na 49 % a prevalence užití v posledním roce na 21 %. U stejné věkové skupiny činila celoživotní prevalence užívání konopí v Kanadě (2004) 58 % a prevalence v posledním roce 28 %, zatímco v Austrálii (2007) to bylo 47 % a 16 %. Všechny tyto údaje jsou vyšší než odpovídající evropský průměr, který činí 31,1 % a 12,5 %.

Pouze Španělsko a Česká republika hlásí úroveň celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty, které jsou srovnatelné s úrovněmi hlášenými ve Spojených státech a v Austrálii.

Trendy v užívání konopí

Údaje z národních průzkumů poskytnuté centru EMCDDA ukazují, že téměř ve všech zemích EU došlo v průběhu 90. let 20. století ke značnému nárůstu užívání konopí, zejména mezi mladými lidmi (obr. 3) a studenty. Do konce minulého století drogu užila nebo užívala ve většině evropských zemí značná část mladé populace, jak dokládá skutečnost, že v období 1998 až 2003 celoživotní prevalence užívání konopí ve věkové skupině 15 až 34 let v sedmi zemích stoupla na úroveň asi 30 % a v dalších dvou překročila 40 %. Odpovídající hodnoty prevalence užití v posledním roce v této věkové skupině dosahovaly 15–20 % v sedmi zemích a prevalence užití v posledním měsíci dosahovala 8–15 % v šesti zemích.

Zvláště zajímavý je trend užívání konopí ve Spojeném království. Na začátku a v polovině 90. let 20. století tato země vykazovala v evropském měřítku nejvyšší odhady prevalence. Tento obrázek se postupně měnil s tím, jak míra užívání rostla v ostatních zemích. Navíc užívání konopí bylo ve Spojeném království trvale na ústupu asi od roku 2003, zvláště ve věkové skupině 16–24 let ⁽⁵²⁾, což naznačuje generační posun. Sestupný nebo vyrovnávací se trend lze nyní sledovat i jinde, a to v datech školních průzkumů i některých průzkumů v běžné populaci. Z 11 zemí, u nichž bylo možné analyzovat trend prevalence užití v posledním roce u mladých dospělých v období 2002 až 2007, čtyři hlásí pokles nejméně o 15 % původní hodnoty a v dalších čtyřech se situace jeví jako stabilní. ⁽⁵³⁾ Ve třech zemích vzrostla prevalence nejméně o 15 %, i když jiné údaje tento stoupající trend zpochybňují.

Trendy mezi studenty

Stejně jako u dospělých došlo v řadě evropských zemí v období 1995 až 2003 k nárůstu užívání konopí studenty, avšak celkově se v poslední době zastavilo nebo

⁽⁴⁹⁾ Viz rámeček o průzkumech populace, s. 40.

⁽⁵⁰⁾ Viz obr. EYE-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁵¹⁾ Viz obr. EYE-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁵²⁾ Viz obr. GPS-10 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁵³⁾ Tam, kde informace k danému roku nebyly k dispozici, byly použity informace z roku předchozího nebo následujícího.

pokleslo. Ze zemí sledovaných centrem EMCDDA, které se zúčastnily školních průzkumů ESPAD v roce 2007, pouze dvě (Litva, Slovensko) hlásí od roku 2003 nárůst celoživotního užívání konopí o více než tři procentní body, zatímco devět zemí hlásí za toto období ekvivalentní pokles (⁵⁴). Také data školních průzkumů ze Spojených států a z Austrálie vykazují sestupný trend, který byl poprvé zaznamenán v Austrálii v roce 1999 (⁵⁵).

V celé Evropě se v období 1995 až 2007 vyskytují různé vzorce v časových trendech užívání konopí studenty (obr. 4). Sedm zemí, které leží převážně v severní a jižní Evropě (Řecko, Kypr, Malta, Rumunsko, Finsko, Švédsko, Norsko), hlásilo po celé období celkově stabilní a nízkou celoživotní prevalenci užívání konopí. Většina západoevropských zemí a také Chorvatsko a Slovinsko, které měly do roku 2003 vysokou nebo výrazně rostoucí celoživotní prevalenci užívání konopí, zaznamenala v roce 2007 pokles nebo stabilizaci. Z těchto 11 zemí devět hlásilo pokles o více než tři procentní body a dvě byly stabilní. Situace je poněkud odlišná ve většině zemí střední a východní Evropy, kde se vzestupný trend sledovaný v období 1995 až 2003 podle všeho vyrovnává. V tomto

regionu šest zemí hlásí stabilní situaci a dvě hlásí nárůst o více než tři procentní body (⁵⁶).

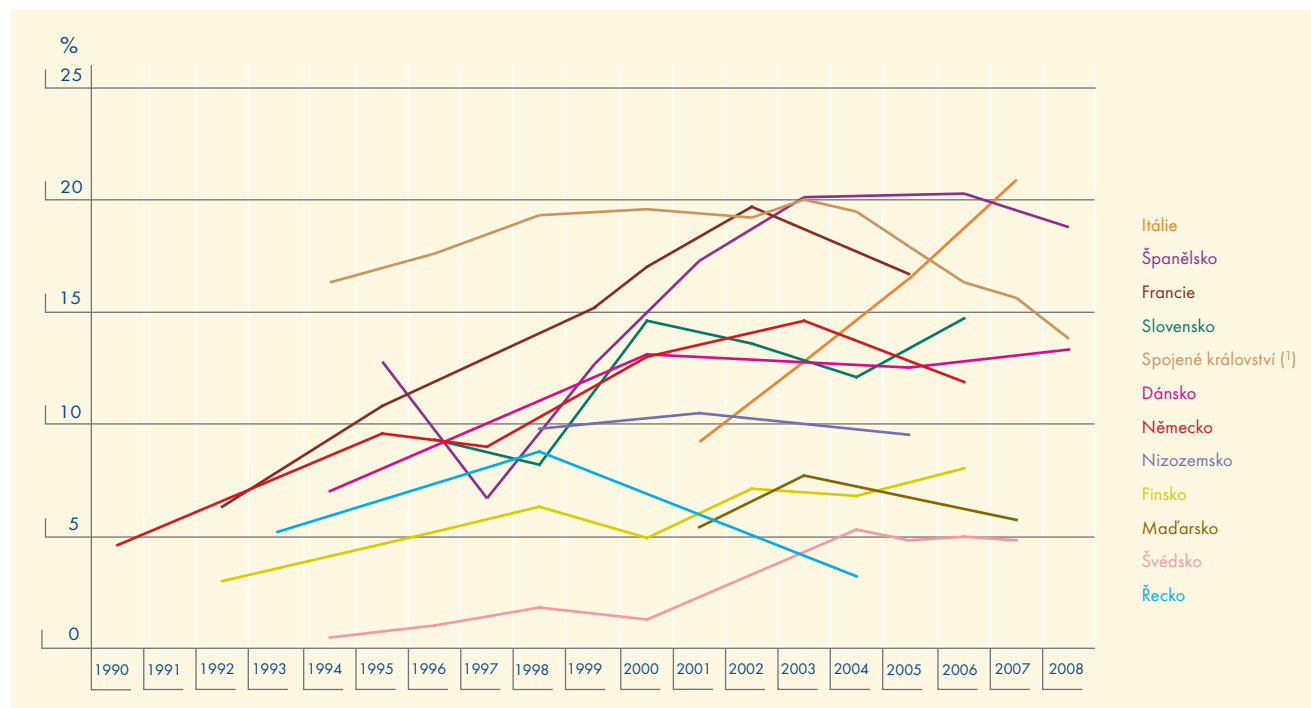
V některých evropských zemích byl nárůst celoživotní prevalence užívání konopí studenty v období 1995 až 2003 provázen nárůstem celoživotní prevalence kouření cigaret. Od roku 2003 se oba trendy v mnoha zemích obrátily, což naznačuje možnou souvislost mezi kouřením tabáku a kouřením konopí mezi mladými lidmi (⁵⁷).

Vzorce užívání konopí

Dostupná data ukazují na rozmanitost vzorců užívání konopí. Z osob ve věku 15–64 let, které někdy užily konopí, tak pouze 30 % učinilo v posledním roce (⁵⁸). Avšak z těch, kteří tuto drogu užili v posledním roce, tak v průměru 50 % učinilo v posledním měsíci a nedávný výzkum naznačuje, že opakované užívání této látky může být stabilní po velmi dlouhá období, dokonce i mezi mladšími uživateli (Perkonigg, 2008).

Odhad prevalence intenzivních a dlouhodobých vzorců užívání je významnou otázkou v oblasti veřejného zdraví kvůli své korelaci s negativními důsledky, jako jsou dýchací obtíže, neprospívání nebo závislost (Hall a Solowij, 1998).

Obr. 3: Trendy prevalence užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15 až 34 let)



(¹) Anglie a Wales.

Pozn.: Další informace viz obr. GPS-4 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2008), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

(⁵⁴) Průzkum ESPAD považuje nárůst nebo pokles o více než tři procentní body za ukazatel změny.

(⁵⁵) Viz obr. EYE-1 (část xii) ve Statistickém věstníku 2009.

(⁵⁶) Viz obr. EYE-1 (část xiii) ve Statistickém věstníku 2009.

(⁵⁷) Viz vybrané téma o souběžném užívání více drog.

(⁵⁸) Viz obr. GPS-2 ve Statistickém věstníku 2009.

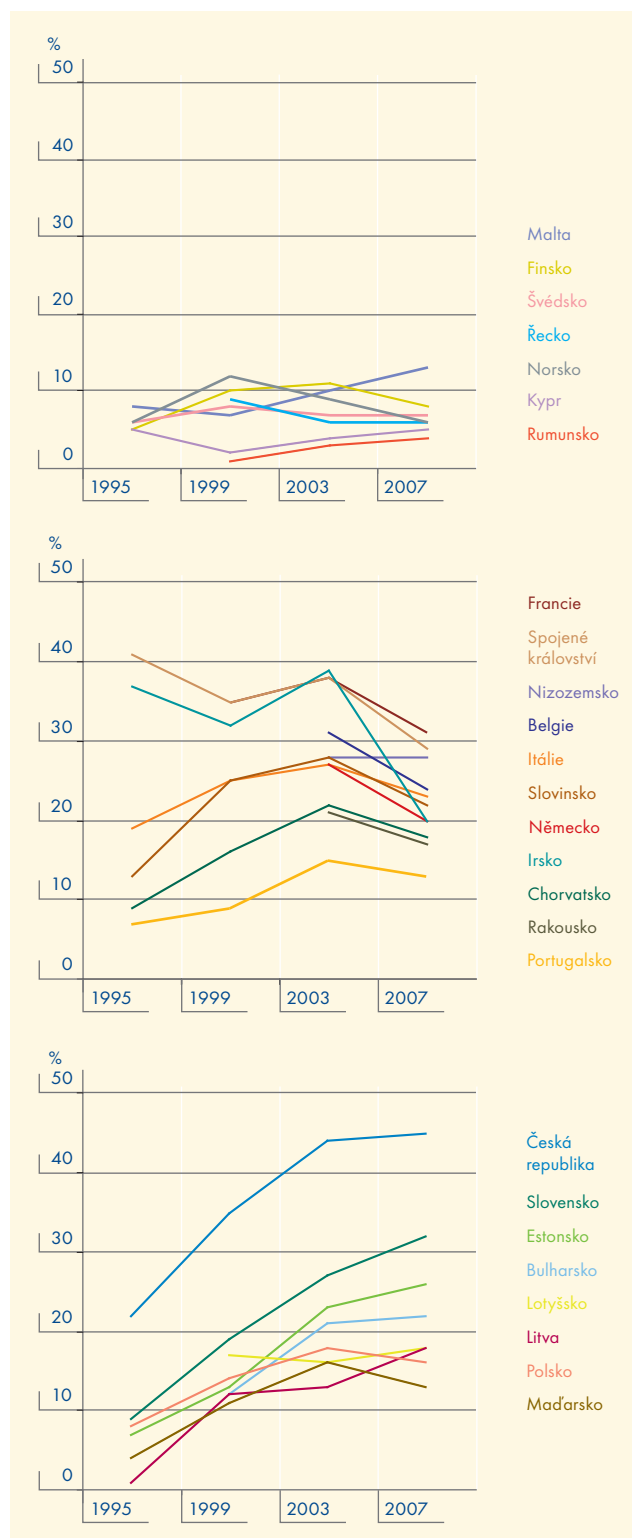
Denní nebo téměř denní užívání (užívání 20 či více dnů za posledních 30 dnů) je v současné době nejlepším dostupným srovnatelným ukazatelem intenzivního užívání. Data o této formě užívání konopí v Evropě byla sebrána v letech 2007–2008 v rámci „terénní studie“ koordinované centrem EMCDDA ve spolupráci s národními odborníky a národními kontaktními místy sítě Reitox ze 13 zemí, pokrývajících 77 % dospělé populace EU (15 až 64 let). Na základě těchto údajů se odhaduje, že více než 1 % všech dospělých Evropanů, asi 4 miliony, užívá konopí denně nebo téměř denně. Většina těchto uživatelů konopí, asi 3 miliony, je ve věku 15 až 34 let, což představuje přibližně 2 až 2,5 % všech Evropanů v této věkové skupině ⁽⁵⁹⁾.

Trendy intenzivního užívání konopí je obtížné posoudit kvůli nedostatku dat. Ze sedmi zemí, které poskytly data o nejnovějších trendech, čtyři (Španělsko, Francie, Itálie, Portugalsko) hlásily nárůst prevalence denního užívání konopí, jedna setrvalý stav (Irsko), zatímco jen dvě hlásily pokles (Řecko, Nizozemsko) ⁽⁶⁰⁾. Tyto výsledky ukazují na to, že za poslední desetiletí v Evropě možná došlo k celkovému nárůstu v počtu osob, které konopí užívají intenzivně.

Závislost na konopí je čím dál tím více uznávána jako možný důsledek pravidelného užívání drogy, i když kritičnost a následky se mohou jevit jako méně vážné než následky běžně spojované s některými jinými psychoaktivními látkami (např. heroinem nebo kokainem). Nicméně vzhledem k poměrně velké části populace, která užívá konopí pravidelně, může být celkový dopad intenzivních forem užívání konopí na veřejné zdraví výrazný. Uživatelé, zvláště intenzivní uživatelé, se také mohou potýkat s problémy, aniž přitom nutně splňují klinická kritéria závislosti.

Studie ukazují, že vznik závislosti na konopí je méně prudký než u ostatních drog (např. kokainu) a že podíl mezi počtem osob, u nichž dojde ke vzniku závislosti, a počtem těch, kteří užili tuto drogu nejméně jednou ve svém životě, možná nepřesahuje 10 % (Wagner a Anthony, 2002). V údajích z průzkumů v běžné populaci ze Spojených států byla závislost zjištěna asi u 20–30 % denních uživatelů ⁽⁶¹⁾. Další studie nasvědčují tomu, že závislost na konopí může být relativně stabilní v čase (Swift a kol., 2000). Pravděpodobně více než polovina uživatelů konopí, kteří přestanou drogu užívat, však není schopna tak učinit bez léčby (Cunningham, 2000; Ellingstad a kol., 2006).

Obr. 4: Rozdílné vzorce trendů v celoživotní prevalenci užívání konopí mezi studenty ve věku 15–16 let



Zdroj: ESPAD

⁽⁵⁹⁾ Evropské průměry jsou odhadem založeným na váženém průměru (pro populaci) pro země, které poskytly informace. Zemím, které informace neposkytly, je přisouzen průměrný výsledek. Získané údaje představují 1,2 % u všech dospělých (15–64 let) a 2,3 % u mladých dospělých (15–34 let). Viz tab. GPS-7 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁶⁰⁾ Viz tab. GPS-7 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁶¹⁾ Analýza dat z národních průzkumů populace za Spojené státy v období 2000 až 2006. On-line nástroj pro analýzy národního průzkumu o užívání drog a zdraví: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, použito dne 25. února 2008 s analyzovanými proměnnými užívání MJDAY30A a DEPNDMRJ.

Vzorce užívání mezi studenty

Průzkumy ESPAD za rok 2007 také ukazují, že celoživotní prevalence užívání konopí koreluje s vnímáním nižšího rizika a vyšší dostupností drogy ⁽⁶²⁾. Ve srovnání s běžnou populací studentů mají uživatelé konopí vyšší pravděpodobnost užívání alkoholu, tabáku a dalších nezákonných drog ⁽⁶³⁾.

Nová data ze studie ESPAD také osvětlují intenzivnější vzorce užívání konopí. V deseti evropských zemích uvedlo 5 až 12 % studentů (chlapců) ve věku 15 až 16 let, že

Krátké stupnice k měření problematických forem užívání konopí v průzkumech běžné populace

Existují důkazy, že závislost na konopí lze měřit v běžné populaci stejně spolehlivě jako ve vzorcích léčených uživatelů, včetně měření abstinčních symptomů (Mennes a kol., 2009). EMCDDA proto ve spolupráci s několika zeměmi vyvíjí metody pro monitorování intenzivnějších a významnějších dlouhodobých forem užívání konopí.

V posledních letech byly testovány různé metodiky jak v rámci průzkumů v běžné populaci odhadovat prevalenci intenzivních a problematických forem užívání drog, hlavně užívání konopí. Němečtí odborníci prozkoumali literaturu a práce v současnosti probíhající na tomto poli a vymezili čtyři krátké stupnice pro konopí, které byly v Evropě testovány na vzorcích v běžné populaci. Jedná se o *Severity of Dependence Scale* (SDS, stupnice pro hodnocení stupně závislosti), *Problematic Use of Marijuana* (PUM, stupnice pro hodnocení problematického užívání marihuany), *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST, screeningový test zneužívání konopí) and *Cannabis Use Disorders Identification Test* (CUDIT, test ke zjištění poruch v souvislosti s užíváním konopí) (Piontek a kol., 2008). Tyto stupnice zahrnují čtyři až deset položek a jejich psychometrické vlastnosti (např. schopnost rozlišit relevantní případy od irelevantních konzistentně a v souladu s požadovanou koncepcí závislosti na konopí nebo problémů s konopím) byly všeobecně hodnoceny jako velmi dobré.

V této oblasti však přetrvávají určité potíže, protože chybí shoda ohledně toho, který konstrukt (např. závislost, zneužívání, škodlivé užívání, problémy související s užíváním) nebo soubor konstruktů by se měl měřit k posouzení problematických forem užívání konopí. Také odhady se potýkají s potížemi, jelikož měření jevů s nízkou prevalencí může vytvořit mnoho „falešně pozitivních“ případů, a vést tak k nadhodnocení problematického užívání konopí v celkové populaci. Tyto potíže by mohly pomoci překonat další validační studie, které v současnosti probíhají nebo jsou plánovány.

konopí užíli při čtyřiceti nebo více příležitostech. Toto procento bylo nejméně dvojnásobkem procenta zjištěného u studentek, což svědčí ve prospěch ostatních údajů, které ukazují, že intenzivní vzorce užívání se běžněji vyskytují u mladých mužů. Raný nástup užívání byl spojen s pozdějším vznikem intenzivnějších a problematictějších forem konzumace drog. Ve většině z deseti zemí s relativně vysokou mírou častého užívání uvádělo 5 až 9 % studentů, že s užíváním konopí začali ve věku 13 let nebo dříve ⁽⁶⁴⁾.

Léčba

Žádosti o léčbu

V roce 2007 bylo konopí primární drogou asi ve 20 % případů nastoupení léčby (73 000 klientů), což z konopí činí druhou nejčastěji hlášenou drogu po heroinu. Rozdíly mezi zeměmi jsou však výrazné, přičemž Bulharsko, Litva a Slovinsko uvádějí méně než 5 % svých klientů jako uživatele konopí coby primární drogy a Dánsko, Francie, Maďarsko, Nizozemsko a Turecko uvádějí více než 30 %. Tyto rozdíly lze vysvětlit prevalencí užívání konopí, potřebami protidrogové léčby, poskytováním a organizací léčby nebo postupy odesílání k léčbě. Co se týká dvou zemí s největšími podíly klientů užívajících konopí, ve Francii se poradenská centra zaměřují na mladé uživatele drog a v Maďarsku je pachatelům trestné činnosti užívajícím konopí nabízena protidrogová léčba jako alternativa trestu. V obou těchto zemích má významnou úlohu při odesílání klientů k léčbě systém trestní justice, avšak členské státy celkově uvádějí, že většina uživatelů konopí, kteří v Evropě nastupují léčbu, tak činí ze svého vlastního podnětu.

Klienti přicházející do ambulantních center kvůli užívání konopí mnohdy uvádějí užívání dalších drog. Podle údajů shromážděných ve 14 zemích 85 % z nich užívá další drogu, většinou alkohol (65 %) nebo kokain (13 %), a někteří uvádějí užívání jak alkoholu, tak kokainu (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Trendy v počtu nových žádostí o léčbu drogové závislosti

V 19 zemích, u nichž jsou dostupná data, vzrostl v letech 2002 až 2007 počet a podíl uživatelů konopí jako primární drogy na počtu osob poprvé nastupujících léčbu z asi 19 000 na 34 000 (z 25 % na 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Tento trend byl však podle všeho v letech 2006 a 2007 přerušen, když většina zemí hlásila pokles nebo stabilní podíl nových klientů užívajících konopí. Může to souviset s nejnovějšími trendy

⁽⁶²⁾ Viz obr. EYE-1 (část v) a (část vi) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁶³⁾ Viz vybrané téma o souběžném užívání více drog.

⁽⁶⁴⁾ Viz obr. EYE-1 (část iii) a (část vii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁶⁵⁾ Viz vybrané téma o souběžném užívání více drog.

⁽⁶⁶⁾ Viz obr. TDI-1 a TDI-2 a tab. TDI-3 (část iv) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

v užívání konopí, avšak může to také být výraz změn ve vykazování, nasycení kapacit služeb nebo využívání jiných služeb (např. primární zdravotní péče, psychiatrické péče).

Profily klientů

V Evropě jsou uživatelé konopí nastupující ambulantní léčbu většinou mladí muži, přičemž poměr počtu mužů k počtu žen je 5,5:1 a průměrný věk je 25 let ⁽⁶⁷⁾. Mezi uživateli drog poprvé nastupujícími ambulantní léčbu uvádí užívání konopí jako primární drogy 67 % těch, kteří jsou ve věku 15–19 let ⁽⁶⁸⁾, a 78 % těch, kteří jsou mladší 15 let.

Celkově je 24 % uživatelů konopí jako primární drogy nastupujících ambulantní léčbu příležitostnými uživateli, kteří jsou pravděpodobně často odesláni k léčbě systémem trestní justice; 12 % užívá konopí jednou týdně nebo méně často; asi 18 % ho užívá dvakrát až šestkrát týdně; a 47 % jsou každodenní uživatelé, nejproblematictější skupina. Mezi zeměmi jsou patrné značné rozdíly. V Maďarsku, Rumunsku a Chorvatsku je většina klientů užívajících konopí příležitostnými uživateli, zatímco v Belgii, Dánsku, Španělsku, Francii, na Maltě a v Nizozemsku je většina každodenními uživateli ⁽⁶⁹⁾. Francouzská studie provedená mezi klienty specializovaných poradenských center zjistila, že 63 % každodenních uživatelů konopí je závislých (Obradovic, 2008).

Mnozí klienti užívající konopí jsou ještě studenty a mají stálé bydlení (EMCDDA, 2008a). Ve Francii však 34 % klientů užívajících konopí navštěvovalo technickou školu, ve srovnání s 6,8 % v běžné populaci (Obradovic, 2008), což odráží nižší úroveň vzdělání.

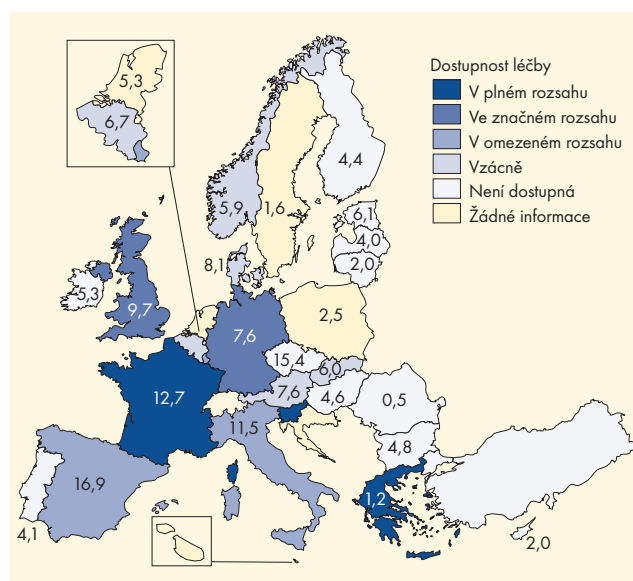
Vztah mezi užíváním konopí a psychiatrickou komorbiditou zůstává nevyřešenou a složitou otázkou (EMCDDA, 2008a). Studie však zjistily, že u lidí s poruchou duševního zdraví, zvláště schizofrenií, je vyšší riziko vzniku intenzivního užívání konopí (Henquet a kol., 2005). A jsou jasné důkazy, že užívání konopí může mít nepříznivý vliv na osoby s již existujícími problémy duševního zdraví (ACMD, 2008). Protidrogové služby se také poměrně často mohou setkávat s adolescenty odeslanými k léčbě kvůli problémům s konopím, za nimiž se skrývají problémy duševního zdraví (Schroder a kol., 2008). Může tomu tak být proto, že tito lidé třeba nehledali nebo nenašli vhodnou léčbu svých problémů v nespecializovaných zařízeních psychiatrické péče (Zachrisson a kol., 2006).

Poskytování léčby

Specifické programy léčby pro uživatele konopí mohou poskytovat služby šité na míru potřebám této skupiny

a mohou také snižovat riziko, že mladí lidé se začnou stýkat s problematictějšími a staršími uživateli drog. V roce 2008 provedla EMCDDA sběr informací o dostupnosti těchto programů v Evropě. Národní odborníci uváděli, že existují ve 13 z 25 zemí poskytujících údaje (obr. 5). Dostupnost služeb se mezi zeměmi lišila. Bylo odhadnuto, že: ve Francii, Řecku a Slovinsku by se specifické léčby dostalo téměř všem, kdo ji vyhledají; v Německu a ve Spojeném království více než polovině z nich; a ve zbývajících osmi zemích pouze menšině. Z dvanácti zemí, které hlásí, že specifické programy pro uživatele konopí u nich neexistují, plánují jejich zřízení v následujících třech letech Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Kypr, Rumunsko a Turecko.

Obr. 5: Dostupnost specifických léčebných programů pro uživatele konopí a prevalence užití konopí v posledním měsíci (%) mezi dospělými ve věku 15–24 let



Pozn.: Dostupnost je definována odhadovaným podílem uživatelů konopí potřebujících léčbu, kteří ji mohou dostat: téměř všichni (v plném rozsahu), většina, avšak ne téměř všichni (ve značném rozsahu), více než malý počet, avšak ne většina (v omezeném rozsahu), jen malý počet (vzácně), není dostupná. Údaje o dostupnosti specifických léčebných programů byly poskytnuty národními odborníky, kteří posuzovali, do jaké míry odpovídá léčebná kapacita poptávce uživatelů konopí, kteří aktivně vyhledají léčbu. Specifické programy mohou poskytovat strukturovanou léčbu problémovým uživatelům konopí, podporu příbuzným, poradenství nepříjemným uživatelům konopí nebo mladistvým pachatelům. Takové programy jsou hlášeny v Nizozemsku, avšak informace o dostupnosti nejsou známy. Prevalence užívání konopí v posledním měsíci mezi 15–24letými dává představu o procentu mladých lidí, kteří mohou přijít do kontaktu s těmito programy. Neukazuje potřeby léčby ani úroveň problémového užívání konopí v zemi. Více informací o prevalenci viz tab. GPS-16 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

⁽⁶⁷⁾ Viz tab. TDI-21 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁶⁸⁾ Viz tab. TDI-10 (část iv) a (část vi) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁶⁹⁾ Viz tab. TDI-18 (část i) a TDI-111 (část viii) ve Statistickém věstníku 2009.

Léčebné programy pro uživatele konopí v Evropě

V Řecku poskytují oddělení pro dospívající v organizaci OKANA program včasné intervence pro experimentující nebo příležitostné uživatele konopí, zatímco intenzivním a problémovým uživatelům je poskytována strukturovanější léčba. Léčba je většinou založena na systemické a rodinné terapii.

Ve Francii poskytuje asi 275 vyhrazených konzultačních center situovaných po celé zemi informace o prevenci, krátkých intervencích a podpoře pro mladé uživatele drog (většinou konopí), mladistvé pachatele a jejich příbuzné. Pokud jsou diagnostikovány problémové užívání drog (např. závislost) nebo závažné komorbidity, klienti jsou odesláni do specializovaných služeb.

V Rakousku provádí několik poradenských center (např. ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) specifické akce pro mladé uživatele konopí, které je mají oddělit od ostatních účastníků, především uživatelů opiátů, a integrovat jejich příbuzné a přátele do poradenského nebo léčebného procesu.

V Německu byl internetový program jak přestat s konopím „Quit the shit“ převeden do dvanácti poradenských zařízení v sedmi spolkových zemích ⁽⁷⁰⁾. Program FRED (viz kapitola 2) nabízí motivační poradenství založené na rozhovorech pro osoby odeslané k léčbě systémem trestní justice. V Drážďanech se v současné době provádí léčebný program CANDIS pro pacienty s poruchami souvisejícími s konopím, který je založen na zvyšování motivace, kognitivně behaviorální terapii a řešení psychosociálních problémů. Hodnocení tohoto programu ukázalo pozitivní výsledky a zjištění návazné průběžné studie provedené v deseti dalších centrech rozhodne o tom, zda bude realizován jinde.

Také Belgie, Německo, Francie, Nizozemsko a Švýcarsko spolupracují na mezinárodní studii nazvané INCANT, která zkoumá účinnost komplexní rodinné terapie problematického užívání konopí.

Vědecká literatura konstatuje, že pro léčbu užívání konopí existuje řada psychoterapií, jako jsou například kognitivně-behaviorální terapie, avšak u žádné nebylo zjištěno, že by byla účinnější než ostatní (Nordstrom a Levin, 2007). Pro některé problémové uživatele konopí mohou být rovněž přínosné krátkodobé intervence zajišťované například sociálními službami pro mladistvé, praktickými lékaři a školami.

Nedávná randomizovaná kontrolní studie zahrnující 326 mladých intenzivních uživatelů konopí zjistila, že mezi

těmi, kdo absolvovali motivační rozhovory, a těmi, kdo dostali pouze rady nebo informace o užívání drog, nebyly při následné kontrole buďto po třech, nebo po šesti měsících žádné rozdíly v počtech případů ukončeného užívání konopí (McCambridge a kol., 2008). Co se však týká ukončení užívání konopí, byly po třech měsících zjištěny účinky individuální terapie a spolupůsobení terapeuta a intervence. Tato zjištění ilustrují, jak důležité je, aby poskytovatelé vzdělávací péče zajišťovali intervence pro mladé uživatele konopí, zvláště mimo rámec specializovaných služeb.

Internetové léčebné programy

Internetové programy protidrogové léčby existují v Evropské unii od roku 2004 a jejich poskytování je nadále omezené. Náhled na současný stav vývoje intervence tohoto typu v Evropské unii poskytuje nedávná studie (EMCDDA, 2009a). Internetové léčebné programy lze definovat jako „specificky vypracované nebo upravené, strukturované a časově rozvržené intervence protidrogové léčby nabízené a předávané prostřednictvím celosvětové počítačové sítě“. Intervence pro léčbu poruch souvisejících s užíváním konopí byly zjištěny v Německu, Nizozemsku a Spojeném království, přičemž v Nizozemsku byly zjištěny i jiné intervence, určené pro uživatele kokainu a „klubových drog“ (např. extáze).

Internetové léčebné programy jsou vytvářeny organizacemi na poli léčby nebo prevence a snaží se pomoci uživatelům posoudit jejich užívání látek a podpořit jejich snahy toto chování změnit. Intervence poskytují informace a znalostní texty nebo hry o drogách a drogové závislosti nebo autotesty pro uživatele drog. Všem je společná dostupnost strukturované léčebné intervence, kterou je buďto předem nastavený svépomocný program bez kontaktu s poradci, nebo strukturovaný program s časově rozvrženými kontakty. Posledně uvedené lze provádět formou individuálních on-line rozhovorů nebo virtuálních nástěnek. Někdy je také zajišťován kontakt s dalšími uživateli prostřednictvím diskusního fóra, takže vznikají virtuální svépomocné skupiny.

O efektivnosti intervencí tohoto typu je nadále nedostatek dostupných důkazů, ale zjištění první randomizované kontrolní studie ukazují na potenciální přínos. Předběžné hodnocení výsledků intervence „Quit the shit“ pro uživatele konopí v Německu ukázalo, že 32 % účastníků uvádí po dokončení programu abstinenci a že program oslovil uživatele, kteří léčbu vyhledali poprvé. Nízká prahová úroveň těchto intervencí jim umožňuje oslovit jedince, kteří nechtějí využít jiné služby. Zároveň však mohou být často konfrontováni se závažnými problémy, jako je drogová závislost nebo problémy duševního zdraví, které jsou mimo možnosti internetových léčebných programů.

⁽⁷⁰⁾ Viz „Internetové léčebné programy“.

Kapitola 4

Amfetaminy, extáze a halucinogenní látky

Úvod

Amfetaminy (obecný výraz, který zahrnuje jak amfetamin, tak metamfetamin) a extáze jsou nejběžněji užívanými nezákonnými drogami v Evropě. Z hlediska absolutních čísel je užívání kokainu možná rozšířenější, avšak jeho zeměpisná koncentrace znamená, že v mnoha zemích jsou druhou nejčastěji užívanou nezákonnou látkou po konopí buďto extáze, nebo amfetaminy. Navíc v některých zemích představuje užívání amfetaminů důležitou součást problému drog, protože se významně podílí na počtu těch, kdo potřebují léčbu.

Amfetamin a metamfetamin jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu. Z obou drog je amfetamin v Evropě mnohem dostupnější, zatímco významné užívání metamfetaminu je podle všeho omezeno na Českou republiku a Slovensko.

Extáze je označení pro syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné amfetaminům, avšak liší se do určité míry svými účinky. Nejznámějším zástupcem skupiny drog zvaných extáze je 3,4-metylendioxy-metamfetamin (MDMA), avšak v tabletách extáze se někdy nacházejí

jiné analogické látky (MDA, MDEA). Extáze byla v Evropě před koncem 80. let 20. století prakticky neznámá, ale v 90. letech 20. století zaznamenala rychlý vzestup. Obliba této drogy je historicky spojena s taneční scénou a obecně je užívání syntetických drog spojeno s konkrétními subkulturami nebo sociálním prostředím.

Nejznámější syntetickou halucinogenní drogou v Evropě je dietylamid kyseliny lysergové (LSD), jehož konzumace je nízká a po značně dlouhé období vcelku stabilní. V posledních letech podle všeho mezi mladými lidmi roste zájem o halucinogeny vyskytující se v přírodě, jako jsou například ty, které se nacházejí v halucinogenních houbách.

Nabídka a dostupnost

Prekurzory syntetických drog

Činnost při prosazování práva se zaměřuje na kontrolované chemické látky potřebné k výrobě nezákonných drog a tato oblast je jednou z těch, v nichž

Tab. 4: Výroba, záchyty, cena a čistota amfetaminu, metamfetaminu, extáze a LSD

	Amfetamin	Metamfetamin	Extáze	LSD
Odhad celosvětové výroby (v tunách)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	Není k dispozici
Celosvětové záchyty (v tunách)	23,6	18,2	7,9	0,9
Zadržené množství EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	7,9 tun (8,1 tun)	340 kilogramů (340 kilogramů)	Tablety 21 milionů (22 milionů)	Jednotky 68 000 (68 000)
Počet záchytů EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR) Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) ⁽²⁾	Gram 5–30 (12–23)	Gram 8–51	Tableta 3–19 (4–8)	Dávka 4–30 (7–12)
Rozpětí průměrné čistoty	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Dostupné jsou pouze souhrnné odhady celosvětové výroby amfetaminu a metamfetaminu.

⁽²⁾ Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.

Pozn.: Všechny údaje jsou za rok 2007; není k dispozici = údaje nejsou dostupné.

Zdroje: UNODC World drug report (2009) pro celosvětové hodnoty, Národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

je mezinárodní spolupráce zvláště cenná. Projekt Prism je mezinárodní iniciativou, která vznikla s cílem předcházet zneužívání prekurzorů používaných při nezákonné výrobě syntetických drog ⁽⁷¹⁾, a to prostřednictvím systému předvývozních hlášení pro zákonné obchody a hlášení zadržených zásilek a záchytů provedených při podezřelých transakcích. Informace o činnosti v této oblasti jsou hlášeny Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek (INCB, 2009b).

Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek hlásí v roce 2007 celosvětově velký nárůst záchytů dvou klíčových prekurzorů metamfetaminu – 22 tun efedrinu (oproti 10,2 tuny v roce 2006) a 25 tun pseudoefedrinu (oproti 0,7 tuny v roce 2006). Členské státy EU (především Švédsko a Bulharsko) si připsaly 0,6 tun

efedrinu, více než dvojnásobek množství zachyceného v roce 2006, a přes 7 tun pseudoefedrinu, téměř výhradně ve Francii.

Naproti tomu celosvětové záchyty 1-fenyl-2-propanonu (P2P, BMK), který lze použít k nezákonné výrobě amfetaminu a metamfetaminu, v roce 2007 prudce poklesly na 834 litrů (oproti 2 600 litrům v roce 2006). Záchyty P2P v EU dosáhly 582 litrů, oproti 2 005 litrům v roce 2006.

Celosvětové záchyty 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP2P, PMK), který se používá k výrobě MDMA, v roce 2007 nadále klesaly, a to na 2 300 litrů z 8 800 litrů v roce 2006. Celosvětové záchyty safrolu, který může nahradit 3,4-MDP2P při syntéze MDMA, však v roce 2007 výrazně stouply, když bylo zabaveno 46 000 litrů (62 litrů v roce 2006), i když v EU bylo zabaveno pouze 8 litrů.

Co jsou prekurzory drog?

V oblasti drog se termín „prekurzor“ používá k označení látek, které mají zákonné použití, avšak mohou být použity k výrobě drog nezákonně. Pro označení těchto látek mohou být použity také jiné výrazy, například „nezbytné chemikálie“.

Právním základem pro mezinárodní kontrolu „prekurzorů“ je článek 12 Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami. Úmluva uvádí dvě tabulky se seznamem 23 „látek často používaných při výrobě omamných a psychotropních látek“, jejichž zneužití k nezákonným účelům je třeba zabránit.

Článek 12 byl proveden v prvotním evropském právním předpisu přijatém v roce 1990 s cílem odvrátit zneužití těchto látek k nezákonným účelům (nařízení Rady (EHS) č. 3677/90) a nařízení přijatých později k regulaci obchodování s nimi v rámci EU (nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 273/2004), mezi zeměmi EU a třetími zeměmi (nařízení Rady (ES) č. 1111/2005) a vytvoření postupů udělování licencí a pravidel monitorování (nařízení Komise (ES) č. 1277/2005).

Kategorie 1 nařízení EU zahrnuje většinou látky, které jsou nepostradatelné při výrobě syntetických drog, jako je efedrin a pseudoefedrin (pro metamfetamin), 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanon (PMK), isosafrol a safrol (pro extázi) a 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK) (pro amfetamin a metamfetamin). Kategorie 2 obsahuje důležitá činidla jako například permanganát draselný a acethanhydrid, které jsou široce používány k výrobě kokainu, resp. heroinu. Kategorie 3 uvádí běžnější činidla včetně kyseliny chlorovodíkové a kyseliny sírové (pro heroin a kokain) a rozpouštědla jako například aceton (pro kokain a MDMA) a toluen (pro metamfetamin a MDMA).

Amfetamin

Celosvětová produkce amfetaminu zůstává nadále soustředěna v Evropě, kde bylo 81 % všech laboratoří na výrobu amfetaminu hlášených v roce 2007 (UNODC, 2009), ale nachází se také v ostatních částech světa, zejména v Severní Americe ⁽⁷²⁾. Celosvětové záchyty amfetaminů v roce 2007 dosáhly téměř 24 tun, z nichž byly asi dvě třetiny zachyceny na Blízkém a Středním východě, v souvislosti s tabletami Captagonu ⁽⁷³⁾ vyráběnými v jihovýchodní Evropě (viz tab. 4). Západní a střední Evropa si připsaly 36 % celosvětových záchytů, což odráží úlohu Evropy jako hlavního producenta i spotřebitele této drogy (CND, 2008; UNODC, 2009).

Většina amfetaminu zachyceného v Evropě se vyrábí (řazeno podle důležitosti) v Nizozemsku, Polsku a Belgii a v menší míře v Estonsku a Litvě. V roce 2007 bylo v Evropské unii objeveno a Europolu nahlášeno 29 míst, kde probíhala výroba, balení nebo skladování amfetaminů.

Odhaduje se, že v Evropě bylo v roce 2006 provedeno 40 000 záchytů práškového amfetaminu v celkovém objemu 8,1 tuny ⁽⁷⁴⁾. V období 2002–2007 počet záchytů trvale stoupal, zatímco množství zachyceného amfetaminu kolísalo, i když obecně ve vzestupném trendu, a v roce 2007 dosáhlo nového maxima ⁽⁷⁵⁾.

Čistota vzorků amfetaminu zachyceného v Evropě v roce 2007 se značně liší, a to v takové míře, že jakékoliv komentáře o průměrných hodnotách musí být velmi

⁽⁷¹⁾ Viz „Co jsou prekurzory drog?“

⁽⁷²⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon je jedním z registrovaných obchodních názvů fenetylínu, syntetické látky stimulující centrální nervovou soustavu, ačkoliv tablety prodávané pod tímto názvem na nelegálním trhu běžně obsahují amfetamin smíšený s kofeinem.

⁽⁷⁴⁾ Tato analýza je předběžná, protože data ze Spojeného království za rok 2007 dosud nejsou k dispozici.

⁽⁷⁵⁾ Údaje o záchytech drog v Evropě uvedených v této kapitole naleznete v tab. SZR-11 až SZR-18 ve Statistickém věstníku 2009.

opatrné. Nicméně průměrná čistota vzorků se pohybuje od méně než 10 % v Dánsku, Německu, Francii a Spojeném království až po více než 30 % v Nizozemsku, Polsku a některých pobaltských a severských zemích. Za posledních pět let je čistota amfetaminu ve většině z 20 zemí, které poskytly údaje, jež postačují k analýze, stabilní nebo klesá.

V roce 2007 se průměrná spotřebitelská cena amfetaminu ve více než polovině ze 17 sledovaných zemí pohybovala mezi 10 a 20 EUR za gram. Z jedenácti zemí, u nichž bylo možné porovnat data za rok 2007 a 2006, hlásily nárůst spotřebitelské ceny Španělsko, Francie a Rakousko, zatímco zbytek hlásil ceny stabilní nebo klesající.

Metamfetamin

Výroba metamfetaminu je koncentrována ve východní a jihovýchodní Asii a Severní Americe, přičemž se množí zprávy o související aktivitě v Latinské Americe a v Oceánii. V roce 2007 bylo zabaveno 18,2 tun metamfetaminu, což je pokračováním stabilního trendu od roku 2004. Většina drogy byla zachycena ve východní a jihovýchodní Asii (56 %), po níž následovala Severní Amerika, přičemž Evropa přispěla pouze 2 % záchytů (UNODC, 2009).

K nezákonné výrobě metamfetaminu v Evropě dochází, i když se z velké části omezuje na Českou republiku, kde bylo v roce 2007 odhaleno asi 390 malých „kuchyňských laboratoří“. Droga se vyrábí také na Slovensku a v Litvě.

Za rok 2007 bylo v Evropě hlášeno téměř 4 500 záchytů metamfetaminu v celkovém objemu asi 340 kg. Většina záchytů a největší celkové množství metamfetaminu bylo zaznamenáno v Norsku. V období 2005 až 2007 se počet záchytů metamfetaminu v Evropě i jeho objem zvýšil, i když oba ukazatele v porovnání s ostatními drogami zůstávají stále nízké.

Výroba metamfetaminu v Evropě: Společná publikace EMCDDA a Europolu

V roce 2009 EMCDDA a Europol vytvořily ediční řadu společných publikací o nabídce drog v Evropě. První zpráva této řady poskytuje komplexní přehled problémů výroby metamfetaminu a obchodování s ním v Evropě a zabývá se řešeními na evropské a mezinárodní úrovni (¹).

Zprávy o nabídce ostatních syntetických drog v Evropě, včetně amfetaminu a extáze, budou do edice přidány v pozdější fázi.

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

Extáze

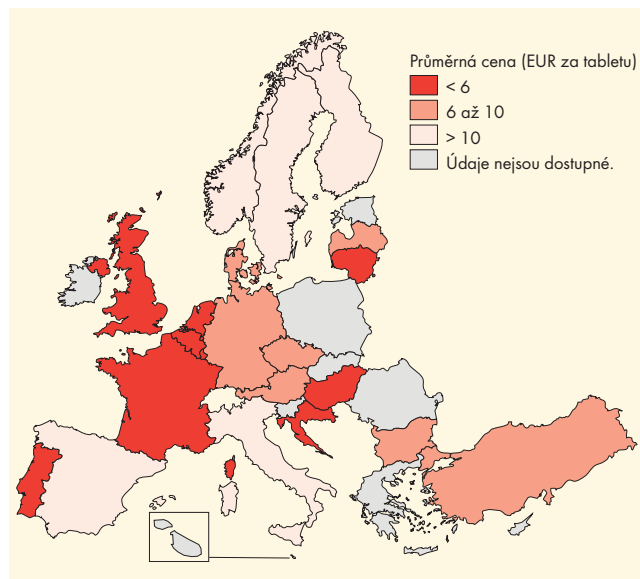
Podle UNODC (2009) se celosvětová výroba extáze v roce 2007 odhaduje na 72 až 137 tun. Zdá se, že produkce se geograficky více rozptýlila, přičemž výroba nyní probíhá blíže spotřebitelským trhům v Severní Americe a východní, jihovýchodní Asii a Oceánii. Navzdory tomu zůstává Evropa hlavním místem výroby extáze, která se koncentruje v Nizozemsku, Belgii a v menší míře v Německu, Spojeném království a Polsku.

Celosvětové záchyty extáze v roce 2007 dosáhly 7,9 tuny, přičemž nárůst byl hlášen ve většině regionů. Západní a střední Evropa si připsala 36 % celosvětových záchytů a jihovýchodní Evropa 2 % (UNODC, 2009). Celkově bylo v Evropě v roce 2007 hlášeno více než 24 000 záchytů, které vedly k zadržení odhadovaného počtu 22 milionů tablet extáze. Největší zadržené množství hlásilo Nizozemsko, kde 8,4 milionu tablet představuje dvojnásobek množství hlášeného v roce 2006. Pouze dvě další evropské země hlásí v roce 2007 záchyty tohoto řádu, a to Francie a Německo, které hlásí po milionu zachycených tablet. Spojené království rovněž hlásilo záchyty více než šesti milionů v roce 2006, avšak data za rok 2007 ještě nejsou k dispozici.

V období 2002–2007 počet hlášených záchytů extáze v Evropě v roce 2003 prudce poklesl, avšak od té doby meziročně vykazoval mírný nárůst. Za stejné období pokleslo zachycené množství na nejnižší hodnotu v roce 2005, avšak znovu vzrostlo a zdá se, že se blíží úrovni roku 2002.

V Evropě byl ve většině tablet extáze analyzovaných v roce 2007 jedinou přítomnou psychoaktivní látkou MDMA nebo jiná látka podobná extázi (MDEA, MDA), přičemž 17 zemí uvedlo, že tomu tak bylo u více než 70 % z celkového počtu analyzovaných tablet. K zemím, které hlásí nižší podíly tablet extáze s MDMA nebo analogickými látkami, patřily Bulharsko (47 %), Kypr (44 %) a Rakousko (61 %). V Lucembursku většina analyzovaných tablet (83 %) neobsahovala žádnou kontrolovanou látku a stejně tomu bylo i na Kypru (53 %). V Turecku obsahovalo pouze 23 % analyzovaných tablet látky podobné MDMA.

V jedenácti zemích, které poskytly údaje, se obsah MDMA v tabletách extáze testovaných v roce 2007 obvykle pohyboval mezi 19 a 75 mg. Navíc některé země (Bulharsko, Francie, Nizozemsko, Slovensko, Norsko hlásily tablety extáze s vysokým obsahem MDMA, které obsahují více než 130 mg MDMA). Čistota tablet extáze nevykazuje žádné jasné trendy.

Obr. 6: Spotřebitelská cena tablet extáze

Pozn.: Země, které poskytly pouze minimální a maximální hodnotu, byly zahrnuty, jestliže tyto hodnoty spadají do některého z intervalů. Viz tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Extáze je nyní mnohem levnější než v 90. letech 20. století, kdy začala být v širokém měřítku k dostání. Ačkoliv se objevují údaje, že se tablety prodávají za méně než 1 EUR, většina zemí nyní uvádí běžné spotřebitelské ceny v rozmezí 4–10 EUR za tabletu (obr. 6). Dostupné údaje za období 2002–2007 nasvědčují tomu, že spotřebitelská cena očištěná o inflaci nadále klesá.

Halucinogenní látky

Užívání LSD a obchodování s LSD je v Evropě nadále považováno za okrajové. Dostupné údaje za období 2002–2007 naznačují pokles v zachycených množstvích, zatímco počet záchytů v letech 2003 až 2007 mírně vzrostl. Spotřebitelské ceny LSD (očištěné o inflaci) od roku 2003 mírně klesají a v roce 2007 se průměrná hodnota ve většině zemí poskytujících údaje pohybovala v rozmezí 5 až 12 EUR za dávku.

Halucinogenní houby, které v mnoha evropských zemích rostou divoce a dají se koupit na internetu, uvádělo jedenáct z 28 zemí, které za rok 2007 hlásily záchyty. V pěti ze šesti zemí poskytujících údaje o trendu buďto v záchytech, prevalenci užívání, nebo dostupnosti halucinogenních hub, byl trend sestupný. Jedna země (Francie) hlásila nárůst prevalence užívání a záchytů, který byl připsán tomu, že houby a soupravy pro jejich pěstování jsou k dispozici na internetu.

Prevalence a vzorce užívání

Některé členské státy EU (Česká republika, Estonsko, Spojené království) hlásí poměrně vysokou míru užívání amfetaminů nebo extáze v běžné populaci. V několika málo zemích se užívání amfetaminů nebo metamfetaminu, mnohdy injekční cestou, podílí významnou měrou na celkovém počtu problémových uživatelů drog a těch, kdo vyhledají pomoc kvůli problémům s drogami. Oproti těmto populacím chronických uživatelů existuje obecnější souvislost mezi užíváním syntetických drog, zvláště extáze, a nočními kluby a tanečními akcemi; ta vede k tomu, že mezi mladými lidmi jsou hlášeny výrazně vyšší úrovně užívání a v některých prostředích nebo specifických subpopulacích je zjišťována mimořádně vysoká míra užívání. Konečně celková míra konzumace halucinogenních drog, jako je dietylamid kyseliny lysergové (LSD) a halucinogenní houby, je obecně nízká a posledních letůch je v podstatě stabilní.

Amfetaminy

Nedávné průzkumy populace naznačují, že se celoživotní prevalence užívání amfetaminů ⁽⁷⁶⁾ v Evropě mezi jednotlivými zeměmi liší, od téměř nulové hodnoty až k 11,7 % všech dospělých (15–64 let). V průměru se odhaduje, že amfetaminy užilo alespoň jednou v životě 3,5 % všech dospělých Evropanů. Užití této drogy v posledním roce je mnohem nižší, přičemž evropský průměr je 0,5 %. Tyto odhady naznačují, že amfetaminy někdy vyzkoušelo asi 12 milionů Evropanů a asi 2 miliony tuto drogu užily v posledním roce (shrnutí údajů viz tab. 5).

Celoživotní prevalence užívání amfetaminů mladými dospělými (15–34 let) se mezi zeměmi značně liší, od 0,1 až po 15,3 %, přičemž vážený evropský průměr je asi 5 %. Užití amfetaminů v posledním roce v této věkové skupině se pohybuje v rozmezí od 0,1 % do 3,1 %, přičemž většina zemí hlásí odhady prevalence v rozmezí 0,5 % a 2,0 %. Odhaduje se, že amfetaminy užilo v posledním roce v průměru 1,1 % mladých Evropanů.

Celoživotní prevalence užívání amfetaminů se mezi studenty ve věku 15 až 16 let pohybuje od 1 % do 8 % v 26 členských státech EU, Norsku a Chorvatsku, kde proběhl průzkum v roce 2007, i když prevalenci vyšší než 5 % hlásily pouze Bulharsko, Lotyšsko (obě 6 %) a Rakousko (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

Problémové užívání amfetaminů

Ukazatel EMCDDA „problémové užívání drog“ lze aplikovat na užívání amfetaminu, kde jako takový definuje

⁽⁷⁶⁾ Údaje z průzkumu „užívání amfetaminu“ často nerozlišují mezi amfetaminem a metamfetaminem, i když prevalence by typicky měla odrážet užívání amfetaminu (sulfátu nebo dexamfetaminu), jelikož užívání metamfetaminu není v Evropě běžné.

⁽⁷⁷⁾ Údaje ze všech států studie ESPAD a Španělska. Viz obr. EYE-2 (část vi) ve Statistickém věstníku 2009.

Tab. 5: Prevalence užívání amfetaminů v běžné populaci – shrnutí údajů

Věková skupina	Časový rámec užívání	
	Celoživotní	V posledním roce
15–64 let		
Odhadovaný počet uživatelů v Evropě	12 milionů	2 miliony
Evropský průměr	3,5 %	0,5 %
Rozpětí	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,0 %) Řecko (0,1 %) Malta (0,4 %) Kypr (0,8 %)	Řecko, Malta, Rumunsko (0,0 %) Francie (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (11,7 %) Dánsko (6,3 %) Španělsko (3,8 %) Norsko (3,6 %)	Estonsko (1,3 %) Dánsko (1,2 %) Norsko (1,1 %) Spojené království (1,0 %)
15–34 let		
Odhadovaný počet uživatelů v Evropě	7 milionů	1,5 milionu
Evropský průměr	5,0 %	1,1 %
Rozpětí	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,2 %) Malta (0,7 %) Kypr (0,8 %)	Řecko, Rumunsko (0,1 %) Francie (0,2 %) Kypr (0,3 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (15,3 %) Dánsko (10,5 %) Lotyšsko (6,1 %) Norsko (5,9 %)	Dánsko (3,1 %) Estonsko (2,9 %) Norsko (2,0 %) Lotyšsko (1,9 %)
Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v letech 2001 až 2008 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (334 milionů) a 15–34 (133 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2009.		

injekční nebo dlouhodobé anebo pravidelné užívání této látky. Nedávný národní odhad počtu problémových uživatelů amfetaminů poskytlo pouze Finsko, a to v rozmezí 12 000 až 22 000 v roce 2005 ⁽⁷⁸⁾, což je asi čtyřikrát více než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů v zemi.

Počet hlášených žádostí o léčbu v souvislosti s amfetaminem jako primární drogou je ve většině evropských zemí relativně malý, avšak tvoří značnou část hlášených nástupů léčby především ve Švédsku (34 %), Finsku (23 %), Lotyšsku (16 %) a Maďarsku (11 %). Čtyři další země (Belgie, Dánsko, Německo, Nizozemsko) hlásí, že z celkového počtu nástupů léčby uvádí amfetamin jako primární drogu 6 až 10 % klientů; jinde je tento podíl nižší než 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Celkový počet a podíl uživatelů amfetaminu mezi novými klienty nastupujícími protidrogovou léčbu zůstal v letech 2002 až 2007 v zásadě stabilní. Pouze Dánsko, Lotyšsko a Nizozemsko hlásí významný nárůst, zatímco Švédsko a Finsko hlásí pokles podílu nových uživatelů amfetaminů ⁽⁸⁰⁾. Při pohledu na údaje o trendu je však třeba vzít v úvahu metodická omezení v důsledku nedávných změn v některých národních monitorovacích systémech (např. Lotyšsko).

Průměrný věk uživatelů amfetaminu při nastoupení léčby je 29 let. Podíl žen je vyšší než u jiných drog, přičemž poměr počtu mužů k počtu žen je asi 2:1. Léčení uživatelů amfetaminu často uvádějí užívání dalších drog, hlavně konopí a alkoholu, a někdy opiátů ⁽⁸¹⁾. V těch zemích, kde uživatelé amfetaminu jako primární drogy tvoří vysoké

⁽⁷⁸⁾ Odpovídá počtu 3,4 až 6,3 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let; přepočítáno z původního vzorku ve věku 15–54 let, přičemž ve věkové skupině 55–64 let se nepředpokládají žádné případy.

⁽⁷⁹⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸⁰⁾ Viz obr. TDI-1 a tab. TDI-36 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸¹⁾ Viz tab. TDI-37 ve Statistickém věstníku 2009.

procento klientů nastupujících léčbu, je injekční aplikace nejčastěji uváděným způsobem užívání (63–83 %).

Problémové užívání metamfetaminu

Oproti jiným částem světa, kde užívání metamfetaminu v posledních letech vzrostlo, se míra jeho užívání v Evropě jeví jako omezená. Z historického hlediska se užívání této drogy v Evropě koncentruje v České republice a na Slovensku. V roce 2007 byl počet problémových uživatelů metamfetaminu v České republice přibližně odhadován na 20 400–21 400 (2,8 až 2,9 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let), což je dvakrát více než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů, a na Slovensku přibližně na 5 800–15 700 (1,5 až 4,0 případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let), což je asi o 20 % méně než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů.

V obou zemích uvádí metamfetamin jako primární drogu vysoký počet klientů nastupujících léčbu: 61 % v České republice a 26 % na Slovensku. V letech 2002 až 2007 počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním metamfetaminu v obou zemích stoupl ⁽⁸²⁾.

Nejčastěji uváděným způsobem aplikace, který uvádějí léčeni uživatelé metamfetaminu, je injekční užívání (82 % v České republice, 41 % na Slovensku). Často bývá uváděno také užívání dalších drog, hlavně konopí, alkoholu a opiátů. Na Slovensku byl zaznamenán prudký vzestup počtu klientů substituční léčby závislosti na opiátech, kteří uvádějí užívání metamfetaminu.

Uživatelé metamfetaminu nastupující léčbu v České republice a na Slovensku jsou relativně mladí, v průměru 24–25 let, a převážně muži. Ženy však tvoří vyšší podíl osob léčených kvůli problémům souvisejícím s metamfetaminem než v případě jiných drog.

Extáze

Odhaduje se, že extázi vyzkoušelo asi 10 milionů dospělých Evropanů (v průměru 3,1 %) a že asi 2,5 milionu (0,8 %) ji užilo v posledním roce (shrnutí údajů viz tab. 6). Mezi zeměmi existují značné odchylky, přičemž poslední průzkumy naznačují, že drogu někdy vyzkoušelo 0,3 až 7,5 % všech dospělých (15–64 let), a většina zemí odhaduje celoživotní prevalenci na 1–5 %. Užití drogy v posledním roce se v Evropě pohybuje od 0,1 % do 3,5 %. Ve všech měřeních, stejně jako je tomu u většiny ostatních nezákonných drog, je uváděná míra užívání mnohem vyšší u mužů než u žen.

Konzumace extáze byla mnohem běžnější u mladých dospělých (15–34 let), kde se odhady celoživotní prevalence pohybovaly na národní úrovni od 0,6 % do 14,6 %, přičemž 0,2 až 7,7 % z této věkové skupiny uvádělo užití drogy v posledním roce. Odhaduje se, že extázi někdy vyzkoušelo 7,5 milionu mladých Evropanů (5,6 %), přičemž asi 2 miliony (1,6 %) ji užilo v posledním roce. Odhadovaná prevalence je stále vyšší, omezíme-li pozornost na mladší věkovou skupinu: ve věkové skupině 15–24 let se celoživotní prevalence pohybuje od 0,4 do 18,7 %, i když většina zemí uvádí odhady v rozmezí 2,1–6,8 %. Většina zemí odhaduje užití extáze v posledním roce v této věkové skupině v rozmezí 1,0–3,9 %, existuje však značný rozdíl mezi nejnižším národním odhadem 0,3 % a nejvyšším 12 % ⁽⁸³⁾.

Celoživotní prevalence užívání extáze mezi 15–16letými studenty se ve většině z 28 zemí sledovaných v roce 2007 pohybuje v rozmezí 1 až 5 %. Pouze čtyři země hlásí vyšší prevalenci: Bulharsko, Estonsko, Slovensko (všechny 6 %) a Lotyšsko (7 %).

Počet uživatelů extáze jako primární drogy, kteří v roce 2007 nastoupili léčbu, zůstal nevýznamný. Ve dvou třetinách těchto zemí uvádí extázi méně než 1 % klientů užívajících drogy; jinde tento podíl kolísá v rozmezí 1 až 5 %. S průměrným věkem 24 let patří klienti užívající extázi k nejmladším skupinám nastupujícím protidrogovou léčbu a často uvádějí souběžné užívání dalších látek, včetně konopí, kokainu, alkoholu a amfetaminů ⁽⁸⁴⁾.

LSD a halucinogenní houby

Celoživotní prevalence užívání LSD v dospělé populaci (15–64 let) se pohybuje v rozmezí od téměř nulové hodnoty až k 5,2 %. U mladých dospělých (15–34 let) jsou odhady celoživotní prevalence o něco vyšší (nula až 6,6 %), i když u 15–24letých jsou hlášena mnohem nižší rozmezí prevalence užití v posledním roce ⁽⁸⁵⁾. Naproti tomu je míra užívání LSD v několika málo zemích, které poskytly porovnatelné údaje, často nižší než míra užívání halucinogenních hub, u nichž se celoživotní prevalence užívání mezi mladými dospělými pohybuje v rozmezí 0,3 až 8,3 % a prevalence užití v posledním roce se odhaduje na 0,2 až 2,8 %.

Mezi 15–16letými studenty jsou odhady prevalence užívání halucinogenních hub vyšší než u LSD a ostatních halucinogenů v deseti z 26 zemí poskytujících údaje o těchto látkách. Většina zemí hlásí odhad celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub v rozmezí 1 až 4 %, přičemž Slovensko (5 %) a Česká republika (7 %) hlásí hodnoty vyšší ⁽⁸⁶⁾.

⁽⁸²⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸³⁾ Viz obr. GPS-9 (část ii) a tab. GPS-17 a GPS-18 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸⁴⁾ Viz tab. TDI-5 a TDI-37 (část i), (část ii) a (část iii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸⁵⁾ Viz tab. GPS-8 (část i), GPS-9, GPS-11 a GPS-17 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁸⁶⁾ Údaje ze studie ESPAD pro všechny země s výjimkou Španělska. Viz obr. EYE-2 (část v) ve Statistickém věstníku 2009.

Tab. 6: Prevalence užívání extáze v běžné populaci – shrnutí údajů

Věková skupina	Časový rámec užívání	
	Celoživotní	V posledním roce
15–64 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	10 milionů	2,5 milionu
Evropský průměr	3,1 %	0,8 %
Rozpětí	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,3 %) Řecko (0,4 %) Malta (0,7 %) Litva (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Řecko, Malta (0,2 %) Polsko (0,3 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (7,5 %) Česká republika (7,1 %) Irsko (5,4 %) Lotyšsko (4,7 %)	Česká republika (3,5 %) Estonsko (1,7 %) Slovensko (1,6 %) Spojené království, Lotyšsko (1,5 %)
15–34 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7,5 milionu	2 miliony
Evropský průměr	5,6 %	1,6 %
Rozpětí	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Řecko, Rumunsko (0,6 %) Malta (1,4 %) Litva, Polsko (2,1 %)	Rumunsko (0,2 %) Řecko (0,4 %) Polsko (0,7 %) Itálie, Litva, Portugalsko (0,9 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (14,6 %) Spojené království (12,7 %) Irsko (9,0 %) Lotyšsko (8,5 %)	Česká republika (7,7 %) Estonsko (3,7 %) Spojené království (3,1 %) Lotyšsko, Slovensko, Nizozemsko (2,7 %)
Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v letech 2001 až 2008 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (334 milionů) a 15–34 (133 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2009.		

Vybrané téma EMCDDA o souběžném užívání více drog

Vedle výroční zprávy za rok 2009 vydává EMCDDA vybrané téma o souběžném užívání více drog. Dokument se zabývá dostupnými definicemi tohoto velmi běžného vzorce užívání drog a předkládá údaje, které umožňují lepší pochopení prevalence a charakteristik souběžného užívání více drog v různých populacích (děti ve školním věku, dospělí, problémoví uživatelé drog). Popsány jsou také stávající intervence, které se zaměřují na tento jev v oblasti prevence, léčby a minimalizace škod. Zpráva rovněž obsahuje stručný přehled rizik spojených s užíváním nejběžnějších kombinací drog a rozebírá otázku, jak monitorovat užívání více drog v budoucnosti.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

Trendy v užívání amfetaminů a extáze

Ustalující se, nebo dokonce sestupné trendy konzumace amfetaminů a extáze v Evropě, uvedené v dřívějších zprávách, podporují nejnovější údaje. Po všeobecném vzestupu v 90. letech 20. století nyní průzkumy populace ukazují na celkovou stabilizaci, nebo dokonce na mírné snížení oblíbenosti obou drog, ačkoliv tento vzorec nelze pozorovat ve všech zemích.

Užití amfetaminů v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let) ve Spojeném království značně pokleslo z 6,2 % v roce 1998 na 1,8 % v roce 2008. Užívání amfetaminů v Dánsku vzrostlo z 0,5 % v roce 1994 na 3,1 % v roce 2000, přičemž údaj za rok 2008 je podobný⁽⁸⁷⁾. V ostatních zemích, které předložily průzkumy zopakované po podobném časovém období (Německo, Řecko, Španělsko, Francie, Nizozemsko,

⁽⁸⁷⁾ Informace z Dánska z roku 1994 hovoří o „tvrdých drogách“, za které byly považovány hlavně amfetaminy.

Slovensko, Finsko), jsou trendy v podstatě stabilní (obr. 7). Z 11 zemí, které poskytly dostatečné údaje o prevalenci užití amfetaminů v posledním roce ve věkové skupině 15–34 let za pětileté období 2002–2007, uvedly čtyři pokles o nejméně 15 %, tři stabilizaci a čtyři nárůst.

Situace v užívání extáze mezi mladými dospělými (15–34 let) je různorodější. Po všeobecném nárůstu užívání extáze v některých evropských zemích koncem 80. let a na začátku 90. let 20. století, které vedlo k podobným úrovním užívání extáze v Německu, Španělsku a Spojeném království v polovině 90. let 20. století, poklesla prevalence užití v posledním roce na odhadovaný evropský průměr 1,6 %. V porovnání s ostatními zeměmi s nedávnými průzkumy zůstává prevalence užití v posledním roce vyšší ve Spojeném království⁽⁸⁸⁾. V pětiletém období 2002–2007 poklesla prevalence užití extáze v posledním roce mezi mladými dospělými nejméně o 15 % původní hodnoty ve třech z 11 zemí, které poskytly dostatečné informace, ve čtyřech zemích zůstala stabilní a ve čtyřech stoupla.

Je možné, že amfetaminy a extázi v některých zemích a v některých částech populace uživatelů drog nahrazuje kokain. Tuto hypotézu lze ilustrovat na Spojeném království a do určité míry na dalších zemích (např. Dánsko, Španělsko), kde byl souběžně pozorován nárůst konzumace kokainu a pokles užívání amfetaminů (EMCDDA, 2008b).

Studie ESPAD a další školní průzkumy provedené v roce 2007 naznačují, že mezi studenty ve věku 15 až 16 let

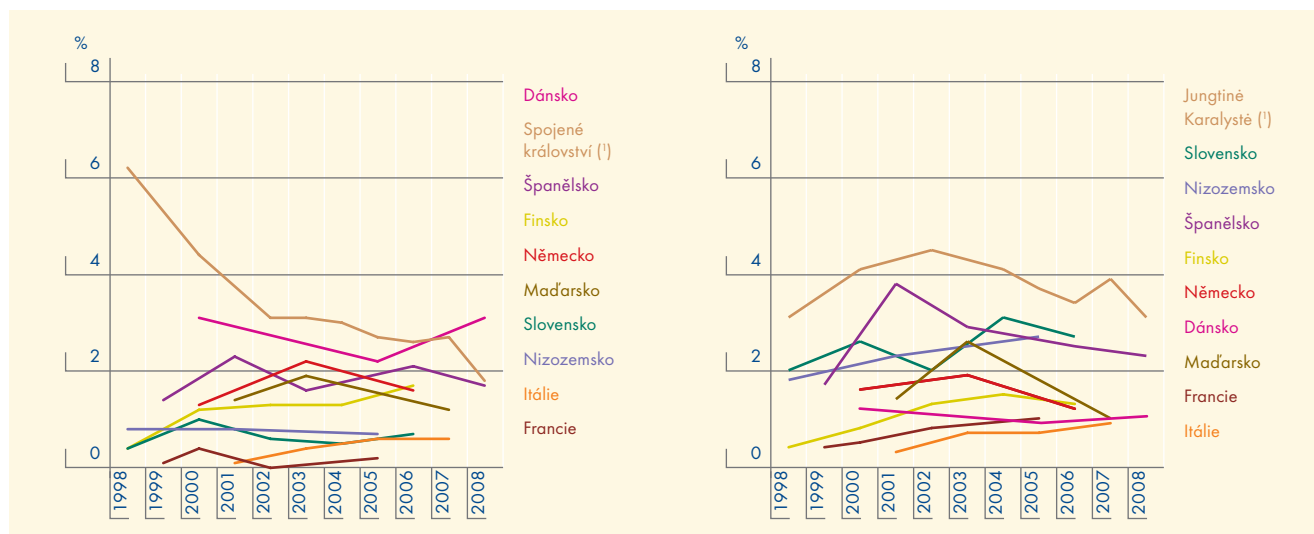
celkově došlo jen k malé změně v míře experimentování s amfetaminem a extází. Uvažujeme-li v období 2003 až 2007 rozdíl alespoň dvou procentních bodů, pak celoživotní prevalence užívání amfetaminu vzrostla v devíti zemích. Při stejném měřítku vzrostla míra užívání extáze v sedmi zemích. Pokles celoživotní prevalence užívání amfetaminu pozorovalo pouze Estonsko, zatímco Česká republika, Portugalsko a Chorvatsko hlásily pokles v užívání extáze.

Amfetaminy a extáze v prostředí zábavních podniků: užívání a intervence

Užívání drog a alkoholu je někdy spojeno s prostředím určitých zábavních podniků, kde se scházejí mladí lidé (např. taneční akce, hudební festivaly). Studie užívání drog v těchto prostředích mohou poskytnout náhled na chování těch, kdo užívají amfetaminy a extázi nebo jiné drogy, jako např. ketamin a GHB. Odhady užívání drog v tomto prostředí jsou obvykle vysoké, ale nelze je zobecnit pro širší populaci a užívání drog se zde odehrává spíše o víkendech a obdobích volna (EMCDDA, 2006b).

Údaje o prevalenci ze studií prováděných prostředím zábavních podniků v roce 2007 jsou dostupné z pěti zemí (Belgie, Česká republika, Lotyšsko, Litva, Rakousko). Odhady celoživotní prevalence se pohybovaly od 15 do 71 % u užívání extáze a od 17 do 68 % u amfetaminů. Čtyři z těchto studií rovněž uvedly odhady celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub, které se pohybovaly v rozmezí 4 až 64 %. V těchto prostředích

Obr. 7: Trendy v prevalenci užití v posledním roce pro amfetaminy (vlevo) a extázi (vpravo) mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



⁽¹⁾ Anglie a Wales.

Pozn.: Uvedeny jsou pouze údaje pro země s nejméně třemi průzkumy v období 1998 až 2008. Další informace viz obr. GPS-8 a GPS-21 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

⁽⁸⁸⁾ Viz obr. GPS-21 ve Statistickém věstníku 2009.

také dochází k častému užívání extáze nebo amfetaminů, avšak je obecně mnohem nižší.

Představu o tom, do jaké míry by se užívání těchto drog mohlo koncentrovat v populaci mladých lidí navštěvujících noční podniky, lze získat z průzkumu kriminality v Británii za období 2007–2008. Ve věkové skupině 16–24letých měli ti, kdo uvedli, že v posledním měsíci čtyřikrát nebo vícekrát navštívili noční podnik, více než třikrát vyšší pravděpodobnost, že v posledním roce užili extázi (8 %), než ti, kdo noční podniky nenavštěvují (2,3 %) (Hoare a Flatley, 2008).

Zdraví a bezpečnost lidí, kteří navštěvují noční podniky a užívají drogy, jsou v rostoucí míře problémem veřejného zdraví. Na tomto poli se stávají důležitým nástrojem metodické pokyny, jako např. dokument „Safer dancing“ vytvořený ve Spojeném království. Avšak přestože 12 zemí nyní hlásí, že takové metodické pokyny pro noční podniky vytvořilo, pouze Nizozemsko, Slovinsko, Švédsko a Spojené království uvádějí, že jsou tyto pokyny monitorovány a prosazovány.

Pokyny pro bezpečnější návštěvu nočních podniků se snaží omezit možnosti výskytu problémů souvisejících s drogami a zahrnují dostupnost studené vody zdarma, okamžitou dostupnost první pomoci a terénní preventivní práci. Zprávy o dostupnosti takových opatření v nočních klubech, kde je cílová populace dostatečně velká pro provádění těchto intervencí, poskytli národní odborníci. Celkově se v prostředí evropských zábavních podniků ukazuje omezená dostupnost jednoduchých opatření k prevenci nebo snižování zdravotních rizik a užívání drog. Terénní preventivní práce je podle zpráv dostupná ve většině relevantních nočních podniků pouze v Litvě a Slovinsku a v menšině nočních klubů v 18 zemích. V šesti zemích neexistuje. Pět zemí hlásí dostupnost okamžité první pomoci ve většině relevantních nočních klubů (Lucembursko, Portugalsko, Slovinsko, Spojené království, Norsko); v 15 zemích je toto opatření dostupné pouze v menšině relevantních nočních podniků a v Řecku a Švédsku není dostupné. Konečně studená voda je zdarma k dispozici ve většině relevantních nočních podniků v jedenácti zemích a v menšině relevantních nočních podniků v devíti zemích. Toto opatření není dostupné v Řecku, na Kypru a v Rumunsku.

Léčba

Uživatelům amfetaminů se obecně dostává léčby v ambulantních protidrogových službách, které se v zemích s historicky významnou úrovní užívání amfetaminů mohou specializovat na léčbu tohoto typu problémů s drogami.

Léčba nejproblematictějších uživatelů amfetaminů může být poskytována v lůžkových zařízeních protidrogových služeb nebo v psychiatrických klinikách či nemocnicích.

Specifické léčebné programy pro problémové uživatele amfetaminů hlásí devět zemí (Německo, Estonsko, Španělsko, Itálie, Rakousko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko, Spojené království). Dostupnost těchto programů v jednotlivých zemích je různá. Pouze tři z těchto zemí (Portugalsko, Slovinsko, Spojené království) hlásí, že specializované programy jsou k dispozici pro většinu uživatelů amfetaminů, kteří aktivně vyhledají léčbu. V dalších šesti zemích národní odborníci odhadují, že specializovaná léčba závislosti na amfetaminech je dostupná méně než polovině uživatelů, kteří ji vyhledají. Obsah těchto specifických programů pro uživatele těchto drog často není dostatečně zdokumentován.

Prokazatelně účinné možnosti léčby závislosti na psychostimulantech, jako jsou amfetaminy, obvykle chybí. Slibné výsledky jsou uváděny v nedávných šetřeních farmakologických přípravků, které mají pomoci zvládnout abstinenci nebo snížit bažení spojené se závislostí na amfetaminech a které až dosud scházely. Finská studie o užívání metylfenidátu a aripiprazolu uváděla kladné počáteční výsledky, přičemž ti, kterým byl podáván metylfenidát, měli méně vzorků moči s pozitivním nálezem amfetaminu, než ti, kterým byl podáván aripiprazol nebo placebo (Tiihonen a kol., 2007). A nedávný přehled literatury ukázal kladné výsledky v léčbě závislosti na metamfetaminu jak u metylfenidátu, tak u dexamfetaminu (Elkashef a kol., 2008).

Dexamfetamin je už dlouho dostupný k léčbě vysoce problémových uživatelů amfetaminů v Anglii a Walesu, kde ho může předepsat kterýkoli lékař. Informace o této praxi ve Spojeném království jsou však omezené. Přehled lékárenských služeb provedený před deseti lety odhadl, že této léčby se dostalo asi 900 až 1 000 klientů (Strang a Sheridan, 1997). Většinu předpisů vydali lékaři pracující v nemocnicích nebo na klinikách a téměř všechny byly od lékařů pracujících v Národní zdravotní službě (NHS). Průzkum 265 specializovaných služeb NHS provedený v roce 2000 odhalil, že předepisování dexamfetaminu bylo dostupné asi ve třetině sledovaných služeb (Rosenberg a kol., 2002). Pokyny pro klinický management drogové závislosti ve Spojeném království však předepisování substitučního dexamfetaminu nedoporučují kvůli nedostatku prokázané účinnosti (NTA, 2007).

Dosud nebyly pro žádnou psychosociální intervenci podány přesvědčivé důkazy o tom, že by pomáhala uživatelům psychostimulantů udržet abstinenci. V literatuře

jsou intervencemi, které prokázaly největší účinnost při léčbě uživatelů stimulačních drog, kognitivně-behaviorální přístupy, jako je například prevence relapsu. Účinnost ostatních typů intervence není dobře doložena. Literatura se potýká zvláště s nedostatkem kvalitně provedených studií mezi uživateli amfetaminu jako primární drogy, především studií výsledků léčby (Baker a kol., 2004). Nedávné hodnocení psychosociálních intervencí pro závislosti na psychostimulantech z databáze Cochrane dospělo k závěru, že konzistentní pozitivní výsledky v chování (setrvání v léčbě, snížení konzumace drog) byly pozorovány jedině u psychosociálních intervencí, které zahrnovaly motivační terapii založenou na odměnách. Tento přístup se však v Evropě používá zřídka, i když proběhlo několik pilotních projektů (viz kapitola 5).

Psychosociální a farmakologickou léčbu osob, které mají problémy v souvislosti s užíváním amfetaminů, zvláště injekčních uživatelů, je třeba dále zkoumat. Současné léčebné postupy a pokrytí léčbou v Evropě je rovněž třeba lépe zdokumentovat a zbývá ještě napřít mnoho úsilí do sdílení správné praxe. Nedostatek vyhrazených programů možná odrazuje uživatele amfetaminu nebo metamfetaminu od vyhledání léčby, zvláště v raných stádiích užívání. Navíc by dostupnost takových programů mohla pomoci přivést k léčbě více uživatelů, jak tomu bylo u problémových uživatelů konopí v Německu a ve Francii, když tyto země rozšířily dostupnost specializovaných léčebných programů. Tato opatření mohou být zvláště užitečná v těch zemích, které v poslední době zaznamenaly nárůst počtu problémových uživatelů amfetaminu a metamfetaminu, zvláště injekčních uživatelů (Talu a kol., 2009).



Kapitola 5

Kokain a crack

Úvod

V Evropské unii byl v posledním desetiletí zaznamenán celkový nárůst užívání kokainu a záchytů kokainu, i když se v podstatě omezil na západní členské státy a mezi zeměmi jsou zásadní rozdíly. Dostupné údaje rovněž naznačují značnou různorodost uživatelů kokainu, jak z hlediska vzorců užívání, tak z hlediska sociodemografického. Největší skupinu tvoří ti, kteří s látkou pouze experimentují při jedné nebo více příležitostech. Další skupina zahrnuje sociálně integrované pravidelné uživatele, kteří v určitých zemích představují poměrně velký počet mladých lidí. Někteří budou intenzitu užívání kokainu zvyšovat nebo ho užívají po dlouhé období, což může vést k chronickým zdravotním a sociálním problémům a k nutnosti léčby. Do třetí množiny uživatelů patří příslušníci sociálně vyloučených skupin, včetně současných a dřívějších uživatelů opiátů. Mnozí z nich mají intenzivní vzorce užívání kokainu, možná užívají crack nebo drogu užívají injekčně, což může vést k přetrvávání nebo zhoršování existujících zdravotních a sociálních problémů a

komplikovat jejich léčbu užívání opiátů. Kvůli rozmanitým profilům uživatelů kokainu představuje posouzení prevalence užívání této drogy, jejich zdravotních a sociálních důsledků a potřebných řešení zvláštní soubor problémů.

Nabídka a dostupnost

Výroba a obchodování

Pěstování keřů koky, zdroje kokainu, je nadále soustředěno do několika zemí v oblasti And ⁽⁸⁹⁾. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (2009) odhadl, že celkové množství koky vypěstované za rok 2008 lze vyjádřit v potenciální výrobě jako 845 tun čistého hydrochloridu kokainu, přičemž se na něm podílely Kolumbie 51 %, Peru 36 % a Bolívie 13 %. Celosvětová produkce kokainu podle odhadu poklesla v roce 2008 o 15 %, a to hlavně kvůli propadu produkce v Kolumbii – z 600 tun v roce 2007 na 430 tun v roce 2008. Naproti tomu produkce kokainu v Peru a Bolívii nadále mírně stoupala.

Tab. 7: Výroba, záchyty, cena a čistota kokainu a cracku

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Odhad celosvětové produkce (v tunách)	845	Není k dispozici
Celosvětové záchyty (v tunách)	710 ⁽²⁾	0,8
Zadržené množství (v tunách) EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Počet záchytů EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram) Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Rozpětí průměrné čistoty (%)	22–57	35–98

⁽¹⁾ Protože soubor zemí poskytujících informace je malý, je třeba interpretovat údaje obezřetně.

⁽²⁾ Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) odhaduje, že toto číslo odpovídá 412 tunám čistého kokainu.

⁽³⁾ Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.

Pozn.: Všechny údaje za rok 2007 s výjimkou odhadů celosvětové produkce jsou za rok 2008; není k dispozici = údaje nejsou dostupné.

Zdroje: UNODC World drug report (2009) pro celosvětové hodnoty, Národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

⁽⁸⁹⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 39.

Převážná část procesu přeměny listů koky na hydrochlorid kokainu se nadále odehrává v Kolumbii, Peru a Bolívii, i když může probíhat také v dalších jihoamerických zemích. Význam Kolumbie v produkci kokainu dokládají informace o zlikvidovaných laboratořích a záchytech permanganátu draselného, což je chemické činidlo používané při syntéze hydrochloridu kokainu. V roce 2007 bylo v Kolumbii zlikvidováno 2 471 kokainových laboratoří (78 % celosvětového počtu) a celkem 144 tun permanganátu draselného (94 % celosvětových záchytů) (INCB, 2009a).

Dostupné informace nasvědčují tomu, že kokain je nadále pašován do Evropy po různých trasách (EMCDDA, 2008d). Předtím, než dorazí do Evropy, procházejí zásilky kokainu zeměmi jižní a střední Ameriky, jako jsou např. Argentina, Brazílie, Ekvádor, Mexiko a Venezuela. Pro přepravu drogy do Evropy se často využívají také karibské země. Na těchto trasách je kokain pašován při komerčních letech nebo po moři. V posledních letech byla zjištěna alternativní trasa přes západní Afriku. Odtud je kokain často převážen do Evropy rybářskými a námořními plavidly, i když bylo hlášeno také pašování letecky nebo po zemi přes severní Afriku (Europol, 2007).

V posledních letech jsou uváděny i další tranzitní země. K těm patří Jižní Afrika, Rusko, ale také země střední a východní Evropy, kde počet záchytů kokainu stoupl z odhadovaných 412 případů v roce 2002 na 1 065 případů v roce 2007. Jako významné tranzitní země pro zásilky kokainu uvnitř Evropy jsou uváděny Belgie, Španělsko, Francie, Itálie, Nizozemsko, Portugalsko a Spojené království.

Záchyty

Kokain je nejčastěji pašovanou drogou na světě po rostlinném konopí a konopné pryskyřici. V roce 2007 celosvětové záchyty kokainu zůstaly stabilní na úrovni asi 710 tun. Největší zachycené množství nadále hlásí Jižní Amerika, kde bylo zabaveno 45 % celosvětového objemu, následuje Severní Amerika s 28 % a západní a střední Evropa s 11 % (UNODC, 2009).

Počet záchytů kokainu je posledních 20 let v Evropě na vzestupu, výrazněji pak od roku 2003. V roce 2007 se počet záchytů kokainu v Evropě zvýšil na 92 000, i když celkové zadržené množství kleslo na 77 tun oproti 121 tunám v roce 2006. Pokles v celkovém množství zachyceného kokainu jde na vrub především Portugalska, v menší míře Španělska a Francie, které v roce 2007 hlásily proti předchozímu roku menší množství⁽⁹⁰⁾. V roce 2007 bylo zemí s největším zachyceným množstvím kokainu a nejvyšším počtem záchytů této drogy v Evropě – asi poloviny celku – nadále Španělsko.

Čistota a cena

Průměrná čistota kokainu v Evropě se v roce 2007 pohybovala v rozmezí 22 až 57 %⁽⁹¹⁾. Většina zemí, které poskytly údaje dostačující pro analýzu trendů za sledované období, hlásí za období 2002–2007 pokles čistoty kokainu, s výjimkou Španělska a Portugalska.

V roce 2007 se průměrná spotřebitelská cena kokainu v 19 zemích poskytujících údaje pohybovala od 44 do 88 EUR za gram, přičemž asi polovina z nich hlásila průměrné ceny 58 až 67 EUR za gram. V těch zemích, které poskytly dostatečné údaje pro porovnání, kokain prodáváný na ulici v letech 2002 až 2007 zlevnil.

Právní předpisy proti obchodování s drogami na volném moři

Úspěch při narušování obchodu s drogami na moři je založen na spolupráci mezi státy, kterou umožňují dvě mezinárodní úmluvy.

Podle článku 108 Mezinárodní úmluvy OSN o mořském právu (1982) může stát, který má podezření, že loď plující pod jeho vlajkou⁽¹⁾ se podílí na obchodu s drogami, požádat o pomoc ostatní státy, aby tomuto obchodu zabránili. Další spolupráci upravuje článek 17 Úmluvy OSN proti obchodování s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988. Tato úmluva stanoví mechanismus, který umožňuje kterémukoli státu, jenž má důvodné podezření, že loď registrovaná v jiné zemi je zapojena do obchodu s drogami, aby požádal stát, pod jehož vlajkou tato loď pluje, o povolení vstoupit na palubu plavidla, hledat a zabavit případné drogy a následně trestně stíhat pachatele. Tyto kroky smějí být prováděny kdekoli mimo teritoriální vody. Jako kontaktní místa jsou určeny příslušné národní orgány dostupné nepřetržitě, aby mohly na tyto žádosti odpovídat co nejdříve. Žádosti mohou být povoleny, povoleny s podmínkami, nebo zamítnuty. Zásah smějí provádět pouze válečné lodi nebo vojenská letadla, nebo jiné lodi či letadla, u nichž lze jasně identifikovat, že jsou ve státní službě a mají k tomu oprávnění.

Vlastní vstup na palubu a následující kroky jsou prováděny týmem orgánu pro prosazování práva dožadujícího státu, který je označován jako law enforcement detachment (LEDET). Při koordinaci mezinárodními organizacemi, jako je MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics), je tým LEDET někdy na palubě válečné lodi jiné země. Aby byl splněn požadavek identifikace, operují v tomto případě helikoptéry a malé čluny nasazené během vstupu na palubu dočasně pod vlajkou státu LEDET namísto vlajky státu válečné lodi.

⁽¹⁾ Soudní příslušnost nad lodí a její posádkou přebírá stát, na nějž je plavidlo registrováno („stát vlajky“).

⁽⁹⁰⁾ Viz tab. SZR-9 a SZR-10 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁹¹⁾ Údaje o čistotě a ceně viz tab. PPP-3 a PPP-7 ve Statistickém věstníku 2009.

Jak rozumět poklesu cen kokainu v Evropě

Od roku 2000 ceny kokainu očištěné o inflaci v Evropě klesají, přičemž poptávka po této látce stoupá, jak ukazuje prevalence užívání kokainu v běžné populaci a mezi problémovými uživateli drog. Toto zjištění, které chápáním v rozporu s intuitivním chápáním, lze vysvětlit několika faktory. Klíčovým faktorem je zde jistě zvýšení dodávek kokainu do Evropy, které se odráží ve stoupajících objemech záchytů. To, že jihoaameričtí obchodníci s kokainem hledají alternativy trhu ve Spojených státech, může být aktivně přispívajícím faktorem, který je hnací silou zvýšeného zaměření na evropský trh. Pasivně přispívajícím faktorem může navíc být rostoucí poptávka po kokainu v Evropě. Zvýšený objem spotřeby kokainu v Evropě spolu s relativně silnými evropskými měnami v porovnání s americkým dolarem mohly vyrovnat pokles cen a snad i menší ziskové marže.

Cenu kokainu však mohly ovlivnit i jiné faktory. Technický pokrok a použití nových přepravních tras, jako je například západoafrická trasa, kde je kontrola drog špatně prosazována a která zajišťuje levné pašeráky, mohly vést k poklesu dopravních nákladů a snížení rizik pašování. Cenu drogy v Evropě mohla také ovlivnit větší konkurence na kokainovém trhu (Desroches, 2007).

Pro nedostatek údajů v této oblasti je tato analýza nutně spekulativní a zdůrazňuje, jak důležité je lépe porozumět faktorům, které ovlivňují evropský trh s drogami. Centrum EMCDDA přijalo závazek pokračovat v rozvíjející se spolupráci a výzkumu v této oblasti.

Prevalence a vzorce užívání

Užívání kokainu v běžné populaci

Kokain zůstává po konopí druhou nejčastěji užívanou nezákonnou drogou v Evropě, i když míra užívání se mezi zeměmi značně liší. Podle odhadů ho alespoň jednou za život užilo asi 13 milionů Evropanů, v průměru 3,9 % dospělých ve věku 15–64 let (shrnutí údajů viz tab. 8). Národní údaje se pohybují od 0,1 % do 8,3 %, přičemž 12 ze 23 zemí, včetně většiny zemí střední a východní Evropy, hlásí mezi všemi dospělými nízkou celoživotní prevalenci užívání (0,5–2 %).

Odhaduje se, že v posledním roce užily tuto drogu asi 4 miliony Evropanů (v průměru 1,2 %), i když jsou mezi zeměmi opět rozdíly. Nedávné národní průzkumy hlásí odhady prevalence užívání v posledním roce v rozmezí nula až 3,1 %; i když v 18 ze 24 zemí míra užívání nepřekračuje 1 %. Odhad prevalence užívání kokainu v posledním měsíci představuje v Evropě asi 0,4 % dospělé populace neboli asi 1,5 milionu lidí. Tyto odhady jsou pravděpodobně konzervativní.

Celkově se zdá, že užívání kokainu se koncentruje v několika zemích, zejména v Dánsku, Španělsku, Itálii, Irsku a Spojeném království, zatímco jinde v Evropě zůstává užívání této drogy poměrně nízké. V zemích, kde na trhu nezákonných stimulačních drog dominují amfetaminy, jsou odhady užívání kokainu téměř ve všech případech nízké. Naopak ve většině zemí, kde je kokain hlavním nelegálním stimulantem, jsou hlášeny nízké úrovně užívání amfetaminu.

Zdá se, že ke vzniku intenzivních vzorců užívání dojde pouze u malého procenta těch, kdo užili kokain alespoň jednou v životě. Údaje z průzkumů běžné populace ukazují vysoký podíl osob, které užívání kokainu ukončily. V zemích s celoživotní prevalencí vyšší než 2 % jej většina dospělých, kteří někdy v životě užili kokain (80–95 %), neužila v posledním měsíci ⁽⁹²⁾.

Užívání kokainu mezi mladými dospělými

Podle odhadů užilo kokain alespoň jednou v životě 7,5 milionu mladých dospělých v Evropě (15–34 let), neboli v průměru 5,6 %. Národní údaje se pohybují od 0,1 po 12,0 %. Evropský průměr užití kokainu v posledním roce se u této věkové skupiny odhaduje na 2,2 % (3 miliony) a užití v posledním měsíci na 0,8 % (1 milion).

Užívání je zvláště vysoké u mladých mužů (15–34 let), přičemž Dánsko, Španělsko, Irsko, Itálie a Spojené království uvádějí prevalenci užití kokainu v posledním roce mezi 4,2 a 7,7 % ⁽⁹³⁾. Ve většině zemí je poměr mezi počtem mužů a žen v prevalenci užití kokainu v posledním roce u mladých dospělých nejméně 2:1.

Prevalence užití kokainu v posledním roce se u této věkové skupiny odhaduje na 2,2 %, což v Evropě představuje 1,5 milionu 15–24letých uživatelů. Oproti odhadům prevalence užívání konopí a extáze, které jsou nejvyšší ve věkové skupině 15–24 let, jsou míry nedávného užívání kokainu (v posledním roce a v posledním měsíci) podobné jako ve věkových skupinách 15–34 a 15–24 let ⁽⁹⁴⁾.

Užívání kokainu je také spojeno s užíváním alkoholu a s určitým životním stylem. Například analýza údajů z průzkumu kriminality v Británii za období 2007–2008 odhaduje, že užití kokainu v posledním roce uvádí 13,5 % 16–24letých, kteří v posledním měsíci navštívili hospodu nejméně devětkrát, v porovnání s 1,7 % těch, kteří hospodu nenavštívili. Také návštěvy nočních klubů byly spojeny se zvýšeným užíváním kokainu, jelikož téměř 10 % 16–24letých, kteří noční podnik navštívili v posledním měsíci nejméně čtyřikrát, uvádí užití kokainu v posledním roce, oproti 3,3 % u těch, kdo noční podnik

⁽⁹²⁾ Viz obr. GPS-16 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁹³⁾ Viz obr. GPS-13 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽⁹⁴⁾ Všechny roky viz obr. GPS-15 a tab. GPS-14, GPS-15 a GSP-16; nejnovější údaje tab. GPS-17, GPS-18 a GPS-19 ve Statistickém věstníku 2009.

Tab. 8: Prevalence užívání kokainu v běžné populaci – shrnutí údajů

Věková skupina	Časový rámec užívání		
	Celoživotní	V posledním roce	V posledním měsíci
15–64 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	13 milionů	4 miliony	1,5 milionu
Evropský průměr	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Rozpětí	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Litva, Malta (0,4 %) Řecko (0,7 %)	Rumunsko (0,0 %) Řecko (0,1 %) Česká republika, Maďarsko, Polsko (0,2 %)	Česká republika, Řecko, Estonsko, Rumunsko (0,0 %) Malta, Litva, Polsko, Finsko (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Španělsko (8,3 %) Spojené království (7,6 %) Itálie (6,8 %) Irsko (5,3 %)	Španělsko (3,1 %) Spojené království (2,3 %) Itálie (2,2 %) Irsko (1,7 %)	Španělsko (1,1 %) Spojené království (1,0 %) Itálie (0,8 %) Irsko (0,5 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7,5 milionu	3 miliony	1 milion
Evropský průměr	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Rozpětí	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Řecko (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,2 %) Polsko (0,3 %) Maďarsko, Česká republika (0,4 %)	Estonsko, Rumunsko (0,0 %) Česká republika, Řecko, Polsko (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (12,0 %) Španělsko (11,8 %) Dánsko (9,5 %) Irsko (8,2 %)	Španělsko (5,5 %) Spojené království (4,5 %) Dánsko (3,4 %) Irsko, Itálie (3,1 %)	Spojené království (2,1 %) Španělsko (1,9 %) Itálie (1,2 %) Irsko (1,0 %)
15–24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	3 miliony	1,5 milionu	0,6 milionu
Evropský průměr	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Rozpětí	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,6 %) Litva (0,7 %) Malta, Polsko (1,1 %)	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,2 %) Polsko (0,3 %) Česká republika (0,4 %)	Estonsko, Rumunsko (0,0 %) Řecko (0,1 %) Česká republika, Polsko, Portugalsko (0,2 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (9,9 %) Španělsko (9,3 %) Dánsko (9,2 %) Irsko (7,0 %)	Dánsko (5,6 %) Španělsko (5,4 %) Spojené království (5,0 %) Irsko (3,8 %)	Spojené království (2,5 %) Španělsko (1,7 %) Itálie (1,2 %) Irsko (1,1 %)
Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v letech 2001 až 2008 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 (334 milionů), 15–34 (133 milionů) a 15–24 (63 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2009.			

nenavštívili. Studie také uvedla nízkou míru užívání cracku, a to i mezi uživateli kokainu, což potvrzuje zjištění jiných studií, které hlásí rozdíly v profilech uživatelů těchto dvou látek (Hoare a Flatley, 2008). Studie provedené v prostředí zábavních podniků také

uvádějí vyšší prevalenci užívání kokainu než v běžné populaci (EMCDDA, 2007a). Navíc nedávná internetová studie provedená mezi příznivci elektronické hudby v České republice uvedla, že kokain užilo 30,9 % respondentů.

Průzkum Eurobarometer 2008, který byl proveden v 27 členských státech, ukazuje, že 85 % 15–25letých vnímá užívání kokainu jako vysoce rizikové pro lidské zdraví. Podíly respondentů, kteří vnímají podobně vysoké riziko při užívání jiných látek, jsou mnohem nižší: 40 % u konopí, 28 % u tabáku a 24 % u alkoholu. Pouze užívání heroínu je vnímáno jako vysoce rizikové větším procentem respondentů. Mezi zeměmi jsou jen malé rozdíly a 95 % respondentů se domnívá, že kokain by měl i nadále být zakázaný (Evropská komise, 2008b).

Užívání kokainu mezi studenty

Odhady prevalence užívání kokainu mezi studenty jsou mnohem nižší než v případě užívání konopí. Celoživotní prevalence užívání kokainu u 15–16letých studentů v průzkumu ESPAD je mezi 1 a 2 % v polovině z 28 států poskytujících údaje. Většina ostatních zemí hlásí prevalenci mezi 3 a 4 %, přičemž Francie, Itálie a Spojené království hlásí 5 %. Celoživotní prevalence užívání kokainu je

u mladých mužů vyšší než u mladých žen ve většině zemí a nejvyšší hodnoty (6 %) hlásí Francie a Itálie ⁽⁹⁵⁾.

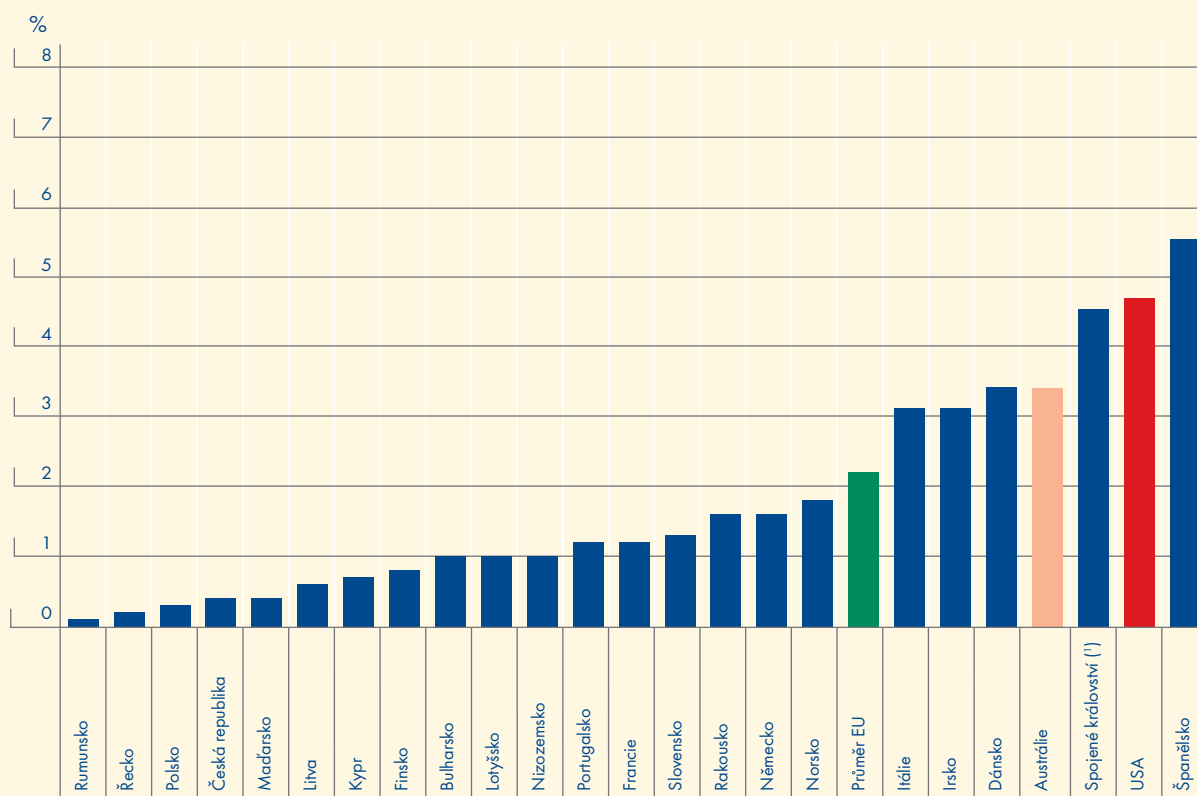
Mezinárodní srovnání

Celkově je prevalence užití kokainu v posledním roce nižší u mladých dospělých než u jejich protějšků v Austrálii a ve Spojených státech. Dvě země, Španělsko a Spojené království (Anglie a Wales), však hlásí vyšší čísla než Austrálie a pouze Španělsko hlásí vyšší odhad než Spojené státy (obr. 8).

Trendy v užívání kokainu

Jednoduše vyjádřeno, trendy v užívání kokainu v Evropě vykazují různé vzorce. Ve dvou zemích s nejvyšší prevalence užívání kokainu (Španělsko a Spojené království) užívání této drogy koncem 90. let 20. století dramaticky vzrostlo, aby následně přešlo do stabilnějšího, i když i nadále stoupajícího trendu. Ve druhé skupině zemí,

Obr. 8: Prevalence užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let) v Evropě, Austrálii a USA



⁽¹⁾ Anglie a Wales.

Pozn.: Údaje jsou z posledního dostupného průzkumu v každé zemi. Průměrná evropská prevalence byla vypočtena jako průměr národních prevalencí vážených podle velikosti národní populace 15–34letých (2006, převzato z Eurostatu). Údaje ze Spojených států a Austrálie byly přepočteny z původních výsledků průzkumu pro věkové pásmo 15–34 let. Další informace viz obr. GPS-20 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Viz tab. EYE-12 ve Statistickém věstníku 2009.

včetně Dánska, Irska a Itálie, byla rostoucí prevalence méně výrazná a došlo k ní o něco později. Míra užívání v těchto třech zemích je však v porovnání s dalšími evropskými zeměmi vysoká. Jinde v Evropě je obtížné situaci interpretovat, přičemž celkově je prevalence nízká a v několika různých zemích došlo jak k malému nárůstu, tak k malému poklesu. Z 11 zemí, u nichž je možné analyzovat trend za období 2002 až 2007, vzrostla prevalence užití v posledním roce u mladých dospělých (15–34 let) o nejméně 15 % původní hodnoty v pěti zemích (Irsko, Itálie, Lotyšsko, Portugalsko, Spojené království) ^(%), ve dvou zemích (Maďarsko, Polsko) poklesla a ve čtyřech zemích (Německo, Španělsko, Slovensko, Finsko) byla stabilní (obr. 9).

Ve školních průzkumech ESPAD provedených v roce 2007 vzrostla celoživotní prevalence užívání kokainu u 15–16letých studentů nejméně o dva procentní body od roku 2003 ve Francii, na Kypru, na Maltě, ve Slovinsku a na Slovensku. Španělský školní průzkum hlásil v období 2004 až 2007 pokles o dva procentní body.

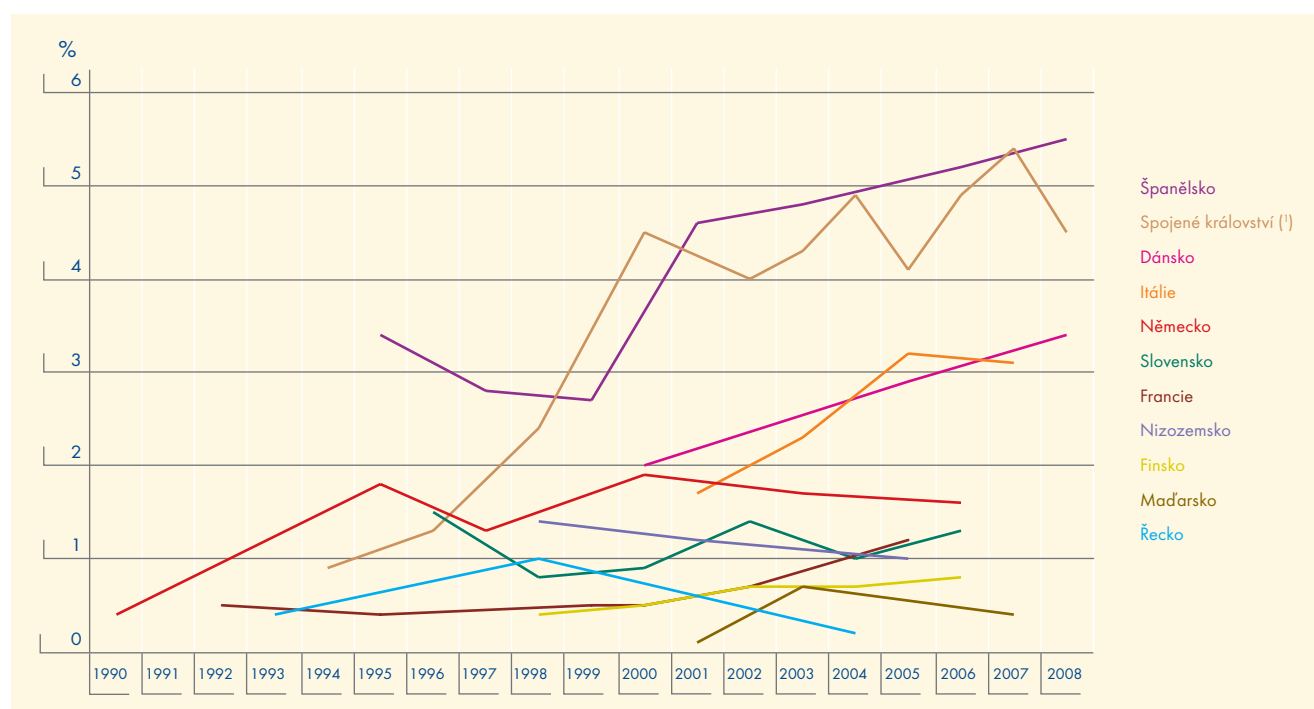
Zdravotní důsledky užívání kokainu

Rozsah zdravotních důsledků užívání kokainu je pravděpodobně podceňován. Je tomu tak částečně z důvodu často nespecifické nebo chronické povahy

patologií obvykle vznikajících při dlouhodobém užívání kokainu a částečně z důvodu obtížně stanovitelných příčinných vztahů mezi onemocněním a užíváním drogy. Pravidelné užívání kokainu, včetně šňupání, může být spojeno s kardiovaskulárními, neurologickými a psychickými problémy a se zvýšeným rizikem úrazů a násilí. Některé problémy související s kokainem může zvyšovat také souběžné užívání dalších látek, včetně alkoholu (viz EMCDDA, 2007a). Průzkum provedený ve Spojených státech odhadl, že částí uživatelé kokainu mají sedminásobně vyšší riziko nefatálního infarktu myokardu než ne uživatelé (Qureshi a kol., 2001). Celkově bylo odhadnuto, že „častému užívání kokainu“ lze připsat čtvrtinu nefatálních infarktů myokardu u osob ve věku 18–45 let.

Nedávné zprávy ukazují, že v zemích s relativně vysokou prevalencí užívání kokainu tato droga podle všeho figurovala ve většině urgentních příjmů v nemocnicích, jež souvisely s drogami. Americká síť výstrahy před zneužíváním drog (American Drug Abuse Warning Network, DAWN) odhadla, že v roce 2006 figuroval kokain, samotný nebo v kombinaci s jinými drogami, v šesti z deseti urgentních výjezdů souvisejících s drogami. Ve Španělsku zjistil národní systém hlášení urgentních příjmů v nemocnicích v souvislosti s nelékařským užíváním psychoaktivních látek, že v roce 2006 byl nejčastěji

Obr. 9: Trendy v prevalenci užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



(1) Anglie a Wales

Pozn.: Další informace viz obr. GPS-14 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2008), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

(%) Nárůst zaznamenalo také Dánsko, avšak v odlišném časovém rámci.

hlášenou látkou kokain (59 %), následovalo konopí (31 %), sedativa (28 %) a heroin (22 %), přičemž všechny tyto látky byly často spojeny s užitím alkoholu. Ve studii provedené mezi pacienty oddělení urgentních příjmů v Barceloně, která sledovala problémy přímo související s užíváním kokainu, byly hlavními důvody strach nebo neklid (48 %) a bolesti hrudníku nebo bušení srdce (25 %).

Injekční užívání kokainu a cracku je spojeno s největšími zdravotními riziky (včetně kardiovaskulárních příhod, problémů duševního zdraví a zhoršení zdravotního stavu). Ty jsou obvykle ještě zhoršovány sociální marginalizací a dalšími specifickými problémy, jako jsou například rizika související s injekční aplikací. Souběžné užívání opiátů a kokainu je podle všeho spojeno s vyšším rizikem předávkování opiáty (EMCDDA, 2007a).

Jedním z negativních důsledků užívání kokainu je závislost. Studie provedená ve Spojených státech ukázala, že asi u 5 % uživatelů kokainu může závislost vzniknout v prvním roce užívání, třebaže ke vzniku závislosti v delším časovém horizontu nedošlo u více než 20 % uživatelů (Wagner a Anthony, 2002). Další studie ukázala, že z těch, u kterých vznikla závislost, se necelých 40 % zbavilo závislosti, aniž absolvovali protidrogovou nebo protialkoholní léčbu (Cunningham, 2000). Existují také důkazy, že mnoho uživatelů kokainu zvládalo své užívání drogy stanovením pravidel, například co do množství, četnosti nebo kontextu užívání (Decorte, 2000).

Problémové užívání kokainu a žádosti o léčbu

Národní odhady problémového užívání kokainu (injekční nebo dlouhodobé/pravidelné užívání) jsou k dispozici pouze pro Španělsko a Itálii, přičemž pro Spojené království jsou k dispozici odhady regionální a odhady užívání cracku ⁽⁹⁷⁾. V roce 2007 bylo v Itálii podle odhadu 3,8 až 4,7 problémových uživatelů kokainu na 1 000 dospělých. Podle nejnovějších údajů bylo v roce 2002 ve Španělsku 4,5 až 6 problémových uživatelů kokainu na 1 000 dospělých (15–64 let). Odhady problémových uživatelů kokainu pravděpodobně podhodnocují populaci, která potřebuje léčbu nebo krátkodobé intervence, protože sociálně integrovaní problémoví uživatelé kokainu mohou být v použitých zdrojích dat zastoupeni nedostatečně.

Kokain, hlavně práškový kokain, uvedlo v Evropě v roce 2007 jako hlavní důvod nástupu léčby asi 17 % všech léčených klientů, což odpovídá asi 61 000 oznámených případů v 25 evropských zemích. Mezi těmi, kdo nastupují léčbu poprvé, je podíl osob uvádějících kokain jako primární drogu vyšší (22 %).

Co se týká podílu klientů užívajících kokain na počtu všech i nových klientů, existují mezi zeměmi velké rozdíly. Nejvyšší procento ze všech klientů (45 %) a nových klientů (60 %) hlásí Španělsko, následuje Nizozemsko (32 % a 29 %) a Itálie (23 % a 26 %). V Belgii, Irsku, na Kypru, v Lucembursku a ve Spojeném království představují uživatelé kokainu 11 až 13 % všech klientů užívajících drogy a 11 až 19 % nových klientů; jinde v Evropě představuje kokain méně než 10 % klientů protidrogové léčby, přičemž sedm zemí hlásí méně než 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Počet klientů nastupujících protidrogovou léčbu kvůli užívání kokainu jako primární drogy v Evropě několik let vzrůstá, i když tento trend silně ovlivňuje několik málo

Užívání cracku v Evropě

Kokain je v Evropě dostupný ve dvou formách: jako kokainový prášek (hydrochlorid kokainu, hydrochloridová sůl) a méně obvykle užívaný crack (volná báze kokainu). Crack se obvykle kouří a je znám tím, že navozuje intenzivní opojení, které může vést k problematickým vzorcům užívání. Obecně se vyrábí z hydrochloridu kokainu, a to v blízkosti míst, kde se prodává spotřebitelům a kde se užívá.

Užívání cracku se začalo rozšiřovat ve Spojených státech v polovině 80. let 20. století, především v deprivovaných městských částech metropolitních oblastí, a nepoměrně více zasáhlo etnické menšiny. Objevily se obavy z toho, že k podobnému jevu by mohlo dojít v Evropě, avšak závažná epidemie užívání cracku dosud nebyla pozorována.

V některých evropských městech však crack je užíván, i když je obtížné zjistit přesnou velikost tohoto jevu. Zprávy o situaci v Londýně (GLADA, 2004) a Dublinu (Connolly a kol., 2008) rovněž nasvědčují tomu, že může docházet ke vzestupu. V Londýně je užívání cracku považováno za hlavní prvek problémů s drogami ve městě a jeho vzestup od poloviny 90. let 20. století je připisován hlavně rostoucí populaci uživatelů opiátů, kteří užívají také crack.

Většinu žádostí o léčbu související s crackem a většinu záchytů této drogy hlásí Spojené království. Jedna studie odhadla počet problémových uživatelů cracku v Anglii v letech 2006–2007 na 5,2–5,6 na 1 000 dospělých obyvatel. Značné problémy s crackem hlásí také města v dalších evropských zemích.

K užívání cracku dochází hlavně mezi marginalizovanými a znevýhodněnými skupinami, jako jsou sexuální pracovníci a problémoví uživatelé opiátů, a některé země ho uvádějí ve specifických etnických menšinách (např. Francie, Nizozemsko, Spojené království). Mezi sociálně integrovanými jedinci, včetně pravidelných uživatelů kokainu, je užívání cracku velmi neobvyklé (Prinzleve a kol., 2004). Nicméně přetrvávající užívání cracku v některých skupinách a městech podtrhuje riziko jeho šíření do širší populace.

⁽⁹⁷⁾ Viz „Užívání cracku v Evropě“.

⁽⁹⁸⁾ Viz obr. TDI-2 a tab. TDI-5 (část i) a (část ii) ve Statistickém věstníku 2009; údaje ze Španělska jsou za rok 2006.

zemí. V letech 2002 až 2007 hlásily největší poměrné nárůsty mezi novými klienty Španělsko, Irsko a Itálie. V zemích, které poskytly dostatečné údaje pro analýzu trendů v čase, stoupl počet všech klientů nastupujících léčbu, kteří uváděli kokain jako hlavní drogu, z 13 na 19 % (na základě údajů z 18 zemí) ⁽⁹⁹⁾. U nových klientů v léčbě tento podíl stoupl ze 17 na 25 % (na základě údajů z 19 zemí). Ze zemí s největším podílem klientů užívajících kokain hlásí od roku 2005 Španělsko a Itálie stabilní situaci, zatímco v Nizozemsku podíl nových klientů nastupujících léčbu kvůli kokainu klesá. Jejich procento však nyní stoupá v jiných zemích, jako je Dánsko, Irsko, Řecko a Portugalsko ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil léčených klientů

Téměř veškeré žádosti o léčbu závislosti na kokainu v Evropě zaznamenala ambulantní střediska, i když někteří uživatelé kokainu mohou být léčeni na soukromých klinikách, které v současném monitorovacím systému téměř nejsou zastoupeny.

Mezi klienty užívajícími kokain, kteří jsou v protidrogové léčbě, je jeden z nejvyšších poměrů počtu mužů k počtu žen (pět mužů na jednu ženu) a jeden z nejvyšších průměrných věků (kolem 32 let). To platí zvláště v případech některých zemí s vysokými počty uživatelů kokainu jako primární drogy, především Itálie, kde je poměr obou pohlaví 8:1 a průměrný věk 35 let. Téměř polovina uživatelů kokainu začíná užívat tuto drogu před dvacátým rokem věku a 88 % před třicátým. Španělsko, Itálie a Nizozemsko hlásí dlouhou prodlevu (9–12 let) mezi prvním užitím kokainu a prvním léčením ⁽¹⁰¹⁾.

Většina klientů užívajících kokain drogu šnupe (55 %) nebo kouří (32 %) a méně než 7 % uvádí injekční užívání ⁽¹⁰²⁾. Analýza provedená ve 14 zemích v roce 2006 odhalila, že asi 63 % klientů užívajících kokain užívá více drog souběžně. Z těchto klientů 42 % užívá také alkohol, 28 % konopí a 16 % heroin. Kokain je také často uváděn jako sekundární droga, zvláště mezi klienty s problémy souvisejícími primárně s heroinem (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

V roce 2007 bylo hlášeno, že ambulantní léčbu kvůli užívání cracku jako primární drogy nastoupilo asi 8 000 klientů, což představuje 15 % všech klientů užívajících kokain a 2,7 % všech ambulantně léčených klientů užívajících drogy. Většinu klientů užívajících crack (asi 6 500) hlásí Spojené království, kde tvoří asi 45 % léčených uživatelů kokainu. Téměř jedna čtvrtina (22 %)

klientů užívajících crack jako primární drogu užívá také heroin a tito klienti hlásí vysokou míru nezaměstnanosti a bezdomovectví ⁽¹⁰⁴⁾.

Celkově lze mezi léčenými uživateli kokainu vymezit dvě hlavní skupiny: sociálně integrovaní jedinci užívající práškový kokain a více marginalizovaná skupina klientů užívajících kokain, často crack, v kombinaci s opiáty. První skupina obvykle uvádí šňupání drogy a někdy její konzumaci ve spojení s dalšími látkami, např. alkoholem nebo konopím, avšak ne s opiáty. Někteří příslušníci této skupiny jsou odesláni k léčbě systémem trestní justice. Druhá skupina často uvádí injekční užívání drog, užívá kokain i opiáty, někdy kouří crack a vykazuje povážlivý zdravotní stav a sociální podmínky. Patří sem dřívější uživatelé heroínu, kteří nastupují znovu léčbu kvůli užívání kokainu.

Léčba a minimalizace škod

Léčba

V Evropě se zařízení protidrogové léčby většinou orientují na potřeby uživatelů opiátů a ta, která se zaměřují na léčbu uživatelů kokainu, jsou vzácná a často soukromá. Některé země (např. Irsko, Itálie, Španělsko) však strategie nebo léčebné programy zaměřené na uživatele kokainu zavedly a Francie vývoj takových programů připravuje.

Uspořádání a poskytování léčebných služeb těm, kteří je potřebují, komplikuje nesourodost populace uživatelů kokainu, jejich problémů a potřeb. Určité populace uživatelů kokainu je těžké oslovit, a tudíž obtížné přivést k léčbě. Například marginalizovaní injekční uživatelé kokainu a cracku mnohdy nevyhledají léčbu dobrovolně. Z tohoto důvodu jsou v Irsku doporučeny terénní práce a další intervence, aby přivedly k léčbě uživatele, kteří by jinak nebyli osloveni (Connolly a kol., 2008). Pro určité skupiny mohou být také přínosné terénní léčebné programy. Takový příklad uvádí nizozemská studie zaměřená na marginalizované uživatele cracku. Léčebný program dosáhl u klientů vysoké míry dodržování léčby a spokojenosti s léčbou. Léčení uživatelé uváděli zlepšení zdravotního stavu, životních podmínek, rodinných a sociálních vztahů a psychického stavu (Henskens a kol., 2008).

Také sociálně integrované uživatele kokainu může být obtížné přivést k léčbě. Například jejich potřeby nemusejí

⁽⁹⁹⁾ Zahrnutí jsou pouze klienti, kteří jako primární drogu uvádějí užívání opiátů, konopí, kokainu a dalších stimulantů.

⁽¹⁰⁰⁾ Viz obr. TDI-1 a TDI-3 a tab. TDI-3 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Viz tab. TDI-10, TDI-11 (část iii), TDI-21 a TDI-103 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁰²⁾ Viz tab. TDI-17 (část iv) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁰³⁾ Viz vybrané téma o souběžném užívání více drog.

⁽¹⁰⁴⁾ Viz „Užívání cracku v Evropě“ (s. 66) a tab. TDI-7 a TDI-115 ve Statistickém věstníku 2009.

být naplněny v léčebných zařízeních, kde jsou hlavní klientelou uživatelé opiátů. Některé země hlásí opatření k překonání těchto problémů. Například „Progetto nazionale cocaina“ spuštěný v roce 2007 v Itálii poskytuje specializované služby s otevírací dobou vhodnější pro sociálně integrované uživatele kokainu a jejich rodiny (např. po práci). Podobný přístup hlásí také Irsko, kde jsou vyvíjeny specifické programy pro uživatele práškového kokainu.

Důležité je také udržet problémové uživatele kokainu a cracku v léčbě, jelikož intenzivní užívání kokainu je spojeno s behaviorálními, sociálními a psychickými dysfunkcemi (např. impulzivním a agresivním chováním) a u některých skupin s chaotickým životním stylem a závažným duševním a tělesným chátráním. Proto odborní pracovníci uvádějí, že je obtížné udržet pravidelnou docházku na terapeutická sezení a smysluplný terapeutický dialog (Connolly a kol., 2008). Užívání kokainu může také narušit léčbu závislosti na jiných drogách a ohrozit úspěšně dosaženou abstinenci od heroinu. Například v Německu bylo souběžné užívání kokainu označeno za rozhodující faktor v případech nedokončení substituční léčby závislosti na opiátech.

Přivést uživatele k léčbě a udržet je v ní je také obtížné v situaci, kdy neexistuje žádná konkrétní psychosociální intervence s přesvědčivými důkazy o účinnosti a kdy není k dispozici žádná účinná farmakoterapie, která by během tohoto období pomohla závislým uživatelům udržet abstinenci nebo užívání omezit.

Tyto obtíže lze překonat vytvořením specifických léčebných programů a výcvikových kurzů adaptovaných na problémy spojené s užíváním kokainu a cracku. Specifický výcvik personálu pro léčbu závislosti na kokainu hlásí Irsko, Itálie a Spojené království. Dále hlásí 11 členských států, včetně všech těch, které uvádějí vysokou míru užívání kokainu a vysoký počet žádostí o léčbu, že vedle tradičních léčebných služeb jsou pro uživatele kokainu nebo cracku dostupné specifické léčebné programy. Avšak zatímco národní odborníci z Itálie, Portugalska, Slovinska a Spojeného království odhadli, že programy jsou dostupné většině uživatelů kokainu, kteří potřebují léčbu, odborníci z Dánska, Německa, Irska, Rakouska, Nizozemska, Francie a Španělska odhadli, že jsou dostupné pouze menšině z nich.

Po období, v němž byl téměř veškerý výzkum iniciován ve Spojených státech, nyní probíhá několik studií léčby závislosti na kokainu v Evropě. Ve Spojeném království se jedna klinická studie zabývá účinností kognitivně-behaviorální terapie ve spojení s motivační terapií založenou na odměnách (viz EMCDDA, 2008b) u uživatelů kokainu jako primární drogy. Podle nedávného přehledu v databázi Cochrane dosahovala tato kombinace

nejlepších výsledků v léčbě závislosti na stimulantech (Knapp a kol., 2007). Další klinická studie ve Spojeném království zkoumá účinnost modafinilu ve spojení motivační terapií založené na odměnách, kde jsou využívány kupóny, u pacientů, kteří absolvují substituční léčbu závislosti na opiátech a užívají crack. Modafinil již prokázal svůj léčebný potenciál v několika studiích jako substituční látka při závislosti na stimulantech.

V Nizozemsku v současnosti zkoumá pět klinických studií účinnost několika farmaceutických přípravků při léčbě závislosti na kokainu, včetně dexamfetaminu a modafinilu. Další nizozemská klinická studie zkoumala kombinaci přístupu posilování vazeb v komunitě s motivační terapií založenou na odměnách v substituční léčbě problémového užívání opiátů u klientů závislých na kokainu. V porovnání se standardní léčbou ukázaly výsledky významné snížení konzumace kokainu.

Konečně společná španělská a italská multicentrická studie zkoumá účinnost vakcíny TA-CD proti kokainu. Je to největší dosud provedená klinická studie této vakcíny za účasti několika stovek dobrovolníků. Prvotní bezpečnostní studie vakcíny TA-CA v USA ukázaly snížení subjektivních účinků kokainu a užívání této drogy a vyšší úspěšnost setrvání klienta v léčbě.

Minimalizace škod

Intervence snižování rizik zacílené na problémové uživatele cracku a kokainu jsou novou oblastí činnosti v mnoha členských státech. Jedním z důvodů omezeného poskytování intervencí na tomto poli, zvláště u uživatelů cracku, mohou být nedostatečné znalosti klíčových pracovníků o této droze, cílové skupině a jejich potřebách.

Členské státy obvykle poskytují injekčním uživatelům kokainu tytéž služby a zařízení jako uživatelům opiátů, včetně: doporučení pro bezpečnější užívání, nácviku bezpečnější injekční aplikace a programů výměny jehel a stříkaček. Injekční užívání kokainu však může být spojeno s vyššími riziky sdílení injekčního náčiní a častou injekční aplikací, jež může vést ke kolapsu cévy a vpichům v rizikovějších částech těla (např. na nohou, rukou, chodidlech a v tříslech). Proto by doporučení pro bezpečnější užívání měla být upravena pro tato specifická rizika. V některých zemích (např. v Belgii, Francii) jsou v některých nízkoprahových zařízeních poskytovány také čisté dýmky na crack.

Intervence k minimalizaci škod zaměřené na uživatele kokainu v prostředí zábavních podniků se soustředí hlavně na osvětu. Programy nabízejí mladým lidem rady a informace o rizicích spojených s alkoholem a užíváním drog obecně, obvykle včetně materiálů o rizicích užívání kokainu.



Kapitola 6

Užívání opiátů a injekční užívání drog

Úvod

Užívání heroinu, zvláště injekční, je úzce spjaté s problémovým užíváním drog v Evropě od 70. let 20. století. Dnes má tato droga stále největší podíl na nemocnosti a úmrtnosti související s užíváním drog v Evropské unii. V posledních deseti letech je sledován pokles užívání heroinu a souvisejících problémů, i když novější údaje naznačují, že v některých zemích se tento trend možná obrátil. Navíc zprávy o užívání syntetických opiátů, např. fentanylu, a injekčním užíváním stimulačních drog, jako je například kokain nebo amfetaminy, odrážejí čím dál větší mnohostrannost problémového užívání drog v Evropě.

Nabídka a dostupnost

Na trhu s nezákonnými drogami v Evropě se z historického hlediska nabízí dvě formy dováženého heroinu: běžně dostupný hnědý heroin (jeho základní chemická forma), především původem z Afghánistánu, a bílý heroin (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie, ačkoliv tato forma drogy je mnohem méně běžná ⁽¹⁰⁵⁾. Vedle toho se některé opiátové drogy vyrábějí přímo v Evropě, ale výroba se omezuje na podomácku získávané produkty z máku (např. maková stébla, koncentrát z drcených stvolů máku nebo makovic) v některých východoevropských zemích (např. v Lotyšsku, Litvě).

Výroba a obchodování

Heroin užívaný v Evropě pochází převážně z Afghánistánu, který zůstává největším dodavatelem nelegálního opia na světě. Dalšími zeměmi jsou Myanmar, který zásobuje hlavně trhy ve východní a jihovýchodní Asii, dále Pákistán, Laos, následuje Mexiko a Kolumbie, které jsou považovány za největší dodavatele heroinu do Spojených států (UNODC, 2009). Celosvětová výroba opia v roce 2008 podle odhadu poklesla poté, kdy v roce 2007 dosáhla svého vrcholu, a to hlavně kvůli poklesu produkce v Afghánistánu z 8 890 tun asi na 8 000 tun. Nejnovější odhad celosvětové potenciální výroby heroinu je 735 tun v roce 2007 (UNODC, 2009). Rostoucí počet

zlikvidovaných laboratoří v Afghánistánu za posledních několik let naznačuje, že opium je čím dál tím častěji přeměňováno v morfin nebo heroin již v této zemi. Velké záchyty morfinu v sousedních zemích (Pákistán, Írán) však ukazují, že k významné výrobě dochází také mimo Afghánistán (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroin se dostává do Evropy zejména dvěma hlavními cestami: historicky významnou balkánskou cestou a několika jejími větvemi po tranzitu přes Pákistán, Írán a Turecko, kde je zachyceno největší množství, a „severní cestou“ přes střední Asii a Ruskou federaci, přičemž heroin je pašován například do Polska přímo vlakem (INCB, 2009a) nebo do Norska přes Litvu. Byly hlášeny sekundární cesty pro heroin z jihozápadní Asie, například z Afghánistánu a Pákistánu letecky přes země na Středním

Tab. 9: Výroba, záchyty, cena a čistota heroinu

Výroba a záchyty	Heroin
Odhad celosvětové produkce (v tunách) ⁽¹⁾	735
Celosvětově zadržené množství	
Heroin (v tunách)	65
Morfin (v tunách)	27
Zadržené množství (v tunách)	
EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	8,8 (22)
Počet záchytů	
EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	56 000 (58 000)
Cena a čistota v Evropě	Hnědý heroin
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram)	
Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Průměrná čistota (%)	
Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) ⁽²⁾	9–50 (16–27)

⁽¹⁾ Údaj Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) vychází z jeho odhadu celosvětové produkce nelegálního opia (8 870 tun v roce 2008) (UNODC, 2009).

⁽²⁾ Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrné ceny nebo čistoty.

Pozn.: Údaje jsou za rok 2007 s výjimkou odhadu celosvětové potenciální produkce.

Zdroje: UNODC World drug report (2009) pro celosvětové hodnoty, Národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

⁽¹⁰⁵⁾ Informace o zdrojích dat o nabídce a dostupnosti drog viz s. 39.

východě a ve východní Africe na nezákonné trhy v Evropě (INCB, 2009a; WCO, 2008). Z jihozápadní Asie se přímo do Evropy (Spojeného království) letecky pašuje heroin z Pákistánu. V Evropské unii hraje významnou roli jako sekundární distribuční centrum Nizozemsko a v menší míře Belgie (Europol, 2008).

Záchyty drog

Celosvětové záchyty opiátů v roce 2007 výrazně stouply na 510 tun opia, přičemž 84 % z celkového množství bylo zachyceno v Íránu. Celosvětové záchyty morfinu prudce poklesly na 27 tun, zatímco celosvětové záchyty heroinu se mírně zvýšily na 65 tun. Největší záchyty heroinu byly hlášeny z Íránu (25 % celosvětového množství), následuje Turecko a Afghánistán (UNODC, 2009).

V Evropě vedlo 58 000 záchytů provedených v roce 2007 k zadržení 22 tun heroinu. Největší počet záchytů v roce 2007 uvedlo opět Spojené království, zatímco Turecko znovu oznámilo největší zadržené množství, a to 13,2 tuny⁽¹⁰⁶⁾. Údaje za období 2002 až 2007 z 25 zemí poskytujících údaje naznačují, že po poklesu v prvním roce počet záchytů od roku 2003 trvale stoupá. Celkový trend v množství zachyceného heroinu v Turecku se od trendu v Evropské unii liší. Zatímco Turecko hlásilo za období 2002 až 2007 pětinasobný nárůst množství zachyceného heroinu, množství zachycené za toto období v Evropské unii celkově pokleslo, i když v letech 2006 až 2007 vzrostlo.

Celosvětové záchyty acethydridu (používaného při výrobě heroinu) v roce 2007 vzrostly na 56 300 litrů, přičemž více než polovina byla zadržena v Ruské federaci (25 000 litrů), následované Tureckem (13 300 litrů) a Slovinskem (6 500 litrů) (INCB, 2009b). INCB odhaduje, že „téměř 80 %“ acethydridu používaného v afghánských laboratořích se pašuje přes východní a jihovýchodní Evropu, a vybízí Evropskou komisi a členské státy EU k tomu, aby předcházely zneužití acethydridu pocházejícího z vnitřního trhu (INCB, 2009a).

Čistota a cena

V roce 2007 se typická čistota testovaného hnědého heroinu ve většině sledovaných zemí pohybovala mezi 15 a 30 %, i když hodnoty nižší než 15 % hlásila Francie (12 %) a Rakousko (9 %) a vyšší než 15 % Spojené království (50 %) a Norsko (35 %). Typická čistota bílého heroinu v těch několika málo evropských zemích, které poskytly údaje, byla obecně vyšší (30–50 %) (107).

Ceny heroinu na různých úrovních trhu

Monitorování cen drog je důležitým nástrojem pro pochopení trhů s drogami. Centrum EMCDDA shromažďuje údaje o spotřebitelských cenách, obvykle vyjádřených v eurech za gram, dávku nebo tabletu. Na základě těchto informací lze odhadnout typickou cenu, kterou uživatel zaplatí za danou drogu v příslušné evropské zemi. Změny cen v čase mohou ukazovat na možné změny v nabídce nebo poptávce po drogách. Dalším užitečným faktorem, který umožňuje náhled na zisky trhu, jsou informace o velkoobchodních cenách, tzn. ceně, kterou platí prodejci drog velkým distributorům na trhu, kde se droga užívá.

Srovnatelné údaje o velkoobchodních i spotřebitelských cenách za rok 2007 jsou dostupné pouze pro několik málo zemí (Česká republika, Německo, Španělsko, Rumunsko, Spojené království). V těchto zemích se hlášená velkoobchodní cena heroinu pohybuje od 12,5 do 35,8 EUR za gram a průměrná spotřebitelská cena, pokud je známa, se pohybuje v rozmezí 36 až 62,7 EUR. Na velkoobchodní i maloobchodní úrovni trhu hlásí nejnižší ceny Rumunsko a nejvyšší Španělsko. Poměr mezi maloobchodní a velkoobchodní cenou se rovněž značně liší, a to od 1,6:1 v České republice po 2,8:1 ve Spojeném království. Možné rozdíly v čistotě cen buďto mezi zeměmi, úrovněmi trhu nebo v čase vyžadují obezřetnost při porovnávání. Analýza v této oblasti však může mít výpovědní hodnotu, zvláště s ohledem na trendy v čase, protože může poukazovat na důležité změny probíhající na trhu.

Spotřebitelská cena hnědého heroinu byla i nadále vyšší v severovýchodních zemích než ve zbytku Evropy, přičemž Švédsko hlásilo průměrnou cenu 119 EUR a Dánsko 96 EUR za gram. V deseti dalších zemích se spotřebitelská cena hnědého heroinu pohybovala v rozpětí 30 až 80 EUR za gram, zatímco v Turecku byla průměrná cena za gram této látky 15 EUR. Za období 2002–2007 spotřebitelská cena hnědého heroinu poklesla v sedmi z 12 evropských zemí, které hlásily časové trendy, a v pěti vzrostla. Spotřebitelskou cenu bílého heroinu hlásí jen několik evropských zemí, kde se pohybovala mezi 31 a 151 EUR za gram.

Odhady prevalence problémového užívání opiátů

Údaje v této části byly odvozeny z ukazatele EMCDDA pro problémové užívání drog (PDU), který zahrnuje hlavně injekční užívání drog a užívání opiátů, ačkoliv v několika zemích jsou důležitou složkou také uživatelé amfetaminů nebo kokainu. Stojí za zmínku, že mnoho zemí uvádí, že „problémové uživatele opiátů“ lze většinou popsat jako uživatele více drog, kteří užívají také opiáty. Vzhledem k poměrně nízké prevalenci a skryté povaze tohoto typu

⁽¹⁰⁶⁾ Viz tab. SZR-7 a SZR-8 ve Statistickém věstníku 2009. Upozorňujeme, že pro účely odhadu byly chybějící údaje o záchytech v Evropě za rok 2007 nahrazeny údaji z roku 2006. Tato analýza je předběžná, jelikož ze Spojeného království dosud nejsou data za rok 2007 k dispozici.

⁽¹⁰⁷⁾ Údaje o čistotě a ceně viz tab. PPP-2 a PPP-6 ve Statistickém věstníku 2009.

užívání drog jsou k získání odhadů prevalence z dostupných zdrojů zapotřebí statistické extrapolace.

Odhadovaná prevalence problémového užívání opiátů se v evropských zemích v období 2002–2007 pohybovala zhruba mezi jedním a šesti případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let; celková prevalence problémového užívání drog se odhaduje na méně než tři až deset případů na 1 000 obyvatel. Zeměmi, které hlásí nejnižší dobře doložené odhady problémového užívání opiátů, jsou Česká republika, Lotyšsko, Polsko a Finsko (i když Česká republika a Finsko mají vysoké počty problémových uživatelů amfetaminů), zatímco nejvyšší odhady hlásí Malta, Itálie, Rakousko a Španělsko (obr. 10).

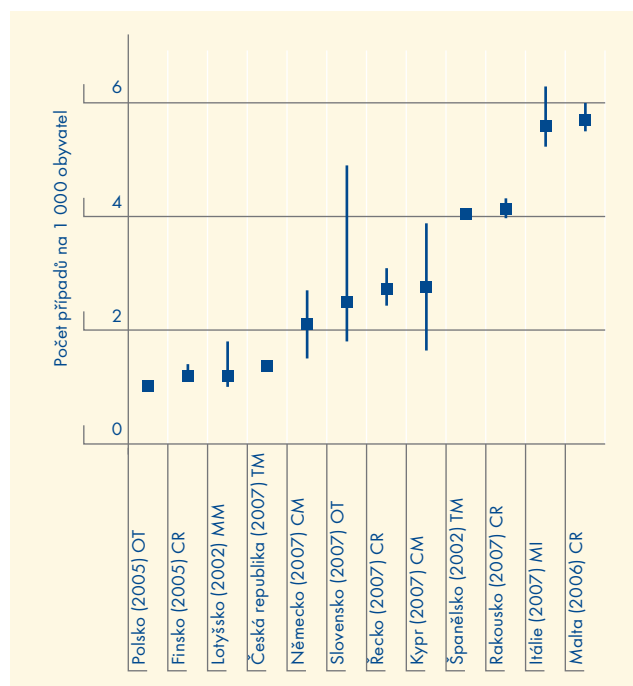
Průměrná prevalence problémového užívání opiátů v zemích, které poskytly údaje, se odhaduje na 3,6 až 4,6 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Budeme-li předpokládat, že tento údaj odráží situaci v celé EU, bylo v EU a Norsku v roce 2007 přibližně 1,4 milionu (1,2–1,5 milionu) problémových uživatelů opiátů⁽¹⁰⁸⁾. Počet problémových uživatelů opiátů, kteří jsou ve věznicích, především ti ve výkonu delších trestů, může být v tomto odhadu podhodnocen.

Léčení uživatelé opiátů

Ve většině sledovaných zemí jsou opiáty, převážně heroin, i nadále uváděny jako hlavní droga u osob, které v Evropě vyhledají léčbu. V Evropě však existují značné rozdíly v podílu uživatelů drog nastupujících léčbu v souvislosti s těmito drogami; klienti užívající opiáty představují více než 90 % osob nastupujících léčbu v Bulharsku a ve Slovinsku, 50 až 90 % v patnácti zemích a 10 až 49 % v dalších devíti⁽¹⁰⁹⁾. Z celkového počtu asi 325 000 osob nastupujících léčbu, u nichž je známa primární droga, uvedlo heroin jako hlavní drogu 49 %; pokud jsou zahrnuti ostatní opiáty, toto číslo stoupne na 55 % těchto klientů⁽¹¹⁰⁾. V některých zemích se podíl i počet osob nastupujících léčbu v souvislosti s opiáty jinými než heroin v posledních letech zvýšil⁽¹¹¹⁾.

Mnoho uživatelů opiátů je zapsáno v programech poskytujících dlouhodobou péči. To se odráží ve vyšším podílu primárních uživatelů opiátů mezi již léčenými uživateli drog. Nedávná analýza údajů o léčených klientech ve 14 zemích zjistila, že primární uživatelé opiátů tvořili 61 % všech léčených klientů, ale pouze 38 % klientů nastupujících léčbu poprvé v životě⁽¹¹²⁾. Mezi klienty, kteří

Obr. 10: Odhady roční prevalence problémového užívání opiátů (počet případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let)



Pozn.: Symbol označuje bodový odhad a sloupec označuje interval nejistoty: tím může být buď 95% interval spolehlivosti, nebo interval založený na analýze citlivosti. Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod odhadu a zdrojů dat; proto je nutné provádět srovnání opatrně. Nestandardní věková rozpětí byla použita ve studiích z Finska (15–54 let) a Malty (12–64 let) a Polska (bez rozdílu věku). Všechny tři hodnoty byly upraveny pro populaci ve věku 15–64, přičemž se předpokládá, že užívání drog v ostatních věkových skupinách bude zanedbatelné. V případě Německa a Kypru představuje interval nejvyšší a nejnižší mez všech existujících odhadů a bodový odhad je prostým průměrem středních hodnot. Byly použity zkratky metod odhadu: CR = metoda zpětného zachytu, TM = léčebný násobitel, MI = multivariační indikátor, MM = násobitel úmrtnosti, CM = kombinované metody, OT = ostatní metody. Další podrobnosti viz obr. PDU-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

byli léčeni déle než jeden rok, bylo ve všech zemích, které se studie zúčastnily, hlášeno přes 50 % primárních uživatelů opiátů.

Klienti nastupující léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů často uvádějí užívání jiných drog. V roce 2006 zjistila analýza údajů ze 14 zemí, že 59 % klientů užívajících heroin užívá nějakou sekundární drogu, hlavně kokain (28 %), konopí (14 %) a alkohol (7 %) (113).

Trendy v problémovém užívání opiátů

Omezený počet opakovaných odhadů incidence a prevalence problémového užívání opiátů spolu se

⁽¹⁰⁸⁾ Tento odhad byl na základě nových údajů upraven z 1,5 na 1,4 milionu. Kvůli velkému rozpětí intervalů spolehlivosti a skutečnosti, že odhad vychází z údajů za různé roky, nelze dojít k závěru, že nový odhad naznačuje pokles v prevalenci problémového užívání opiátů v Evropě.

⁽¹⁰⁹⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Viz tab. TDI-113 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹¹⁾ Viz „Zneužívání předepisovaných opiátů“, s. 75.

⁽¹¹²⁾ Viz tab. TDI-38 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹³⁾ Viz vybrané téma o souběžném užívání více drog.

Incidence problémového užívání opiátů

Pro sledování trendů drogové situace v Evropě a vytváření vhodných politik a intervencí je nezbytné monitorovat incidenci problémového užívání drog – počet jedinců, kteří začnou látku užívat v daném roce a kteří se stanou problémovými uživateli drog.

Centrum EMCDDA podporuje výzkum v odhadování incidence problémového užívání drog a v nedávné době publikovalo metodické pokyny k tomuto tématu (Scalia Tomba a kol., 2008). Ve spolupráci s curyšskou univerzitou také zahájilo studii k testování nové „jednodenní“ metody pracující s rozložením „latence léčby“ (doby do nástupu léčby) v průřezovém vzorku léčených uživatelů heroinu. Metoda využívá funkci, která popisuje pravděpodobnost nástupu substituční léčby (General Inclusion Function, GIF), jestliže přístup k léčbě neomezují žádné předpisy, přičemž zohledňuje latenci, úmrtnost a míru ukončeného užívání drog. Odhady lze odvodit z údajů o léčbě v jednom dni, zatímco zavedené metody potřebují delší časové řady pokrývající alespoň osm až deset let.

Studie byla provedena v šesti členských státech EU (Španělsko, Itálie, Malta, Nizozemsko, Slovensko, Spojené království) a nasvědčuje tomu, že metoda GIF odhad incidence problémového užívání heroinu umožňuje, a to dokonce i s neúplnými soubory dat o substituční léčbě. Nejméně v pěti regionech umožnily odhady incidence odvodit odhady prevalence, které dobře odpovídaly jiným existujícím odhadům (provedeným např. metodou zpětného zachytu).

Metoda GIF je podle všeho spolehlivá a mohla by vedle odhadů incidence poskytovat také nákladově efektivní odhady prevalence problémového užívání opiátů i pokrytí substituční léčbou a jejich změn v čase. Práce v budoucnu by mohly zahrnovat studie v dalších zemích EU, analýzy prostorových změn, analýzy užívání podle pohlaví a způsobu užívání.

statistickou nejistotou ohledně jednotlivých odhadů přispívají k tomu, že monitorování trendů v čase je obtížné. Údaje z devíti zemí s odhady prevalence opakovanými v období 2002–2007 naznačují relativně stabilní situaci. Zdánlivý nárůst pozorovaný v Rakousku až do roku 2005 nebyl novými údaji potvrzen. Jinde existují údaje, které by mohly nasvědčovat nedávným změnám. Odhad provedený na Kypru v roce 2007 naznačuje, že došlo k výraznému nárůstu počtu problémových uživatelů opiátů, který byl spojen s nárůstem počtu cizích státních příslušníků v protidrogové léčbě⁽¹¹⁴⁾. Informace z francouzského systému TREND, který vychází z kvalitativních a kvantitativních dat, ukazují na rozšíření heroinu do nových skupin uživatelů, které znepokojivě zahrnuje sociálně integrované jedince a návštěvníky technopárty.

Tam, kde odpovídající a aktuální odhady incidence a prevalence problémového užívání opiátů nejsou k dispozici, lze i přesto analyzovat trendy v čase s využitím jiných, především nepřímých ukazatelů, jako jsou žádosti o léčbu. Na základě vzorku 19 zemí celkový počet primárních uživatelů heroinu nastupujících léčbu v letech 2002 až 2007 vzrostl. Při zaměření na novější časový rámec vzrostl v letech 2006 a 2007 v osmi zemích počet uživatelů nastupujících léčbu kvůli primárnímu užívání heroinu i jejich podíl vůči počtu všech klientů užívajících drogy. Tyto nárůsty mnohdy následovaly po výrazných poklesech v předchozích letech. Navíc už od roku 2004 hlásí deset zemí nárůst počtu i podílu nově léčených klientů, jejichž primární drogou je heroin⁽¹¹⁵⁾.

Tuto analýzu podporují ostatní ukazatele. Údaje o úmrtích vyvolaných drogami v roce 2007, která většinou souvisejí s užíváním opiátů, nijak nenaznačují návrat ke klesajícímu trendu pozorovanému do roku 2003 (viz kapitola 7). Více než polovina zemí poskytujících údaje zaznamenala v letech 2006 až 2007 rostoucí počty úmrtí vyvolaných drogami⁽¹¹⁶⁾. Obdobně byl pokles zaznamenán v počtu záchytů heroinu v Evropské unii do roku 2003 nyní vystřídán soustavným nárůstem. V nejnovějších údajích o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy lze také sledovat vzestup počtu případů souvisejících s heroinem.

Dostupné údaje naznačují, že klesající trend ukazatelů opiátů sledovaný až do roku 2003 se vyrovnal. To je snad nejlépe patrné na záchytech drogy a úmrtích vyvolaných drogami od roku 2003 a po roce 2004 na nových žádostech o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. K těmto změnám došlo souběžně se zvýšením produkce opia v Afghánistánu, což vzbuzuje obavy, že tyto události by mohly souviset s rostoucí dostupností heroinu na evropském trhu.

Injekční užívání drog

Prevalence injekčního užívání drog

Injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů z užívání drog, jako jsou krví přenášené infekce (např. HIV/AIDS, hepatitida) nebo úmrtí vyvolaná drogami. Nové odhady míry injekčního užívání drog dokázalo poskytnout pouze 12 zemí⁽¹¹⁷⁾, bez ohledu na jejich význam pro veřejné zdraví. Zlepšení úrovně dostupných informací o této zvláštní populaci zůstává nadále významnou výzvou ve vývoji systémů pro monitorování zdraví v Evropě.

⁽¹¹⁴⁾ Úplné informace včetně intervalů spolehlivosti viz tab. PDU-6 (část ii) a PDU-102 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹⁵⁾ Viz tab. TDI-3 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Viz tab. DRD-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Viz obr. PDU-2 ve Statistickém věstníku 2009.

Vybrané téma EMCDDA o injekčním užívání drog

Injekční užívání drog je jedním z hlavních určujících faktorů závažných zdravotních problémů mezi uživateli drog, včetně HIV/AIDS, hepatitidy C a předávkování. V Evropě se prevalence a trendy injekčního užívání drog mezi členskými státy liší a mohou se měnit v čase. Vedle injekční aplikace drog mohou souběžně existovat alternativní způsoby užívání (např. kouření) a uživatelé drog mohou svůj způsob podávání drog měnit.

Vybrané téma se soustředí na situaci a trendy injekčního užívání drog a na specifické intervence, které se zaměřují na injekční uživatele drog v Evropě. Publikace se také zabývá možnými mechanismy, které stojí za poklesem injekčního užívání drog zaznamenaným v některých zemích nebo regionech, a důvody toho, proč v jiných regionech mohou být jeho úroveň nadále vysoké (nebo rostoucí). Rozebírá také intervence a politiky, které mají za cíl omezit injekční užívání drog a které mohou pomoci uživatelům přejít k méně škodlivým způsobem aplikace.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) od prosince 2009.

Dostupné odhady naznačují, že mezi zeměmi existují v prevalenci injekčního užívání drog velké rozdíly. Odhady pro většinu zemí se pohybují od méně než jednoho až pěti případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64, přičemž Estonsko hlásí výjimečně vysokou úroveň 15 případů na 1 000 obyvatel.

Pro nedostatek údajů je obtížné dojít k závěrům ohledně časových trendů v prevalenci injekčního užívání, i když dostupná data naznačují stabilní situaci v České republice, Řecku, Spojeném království a Norsku⁽¹¹⁸⁾. Vedle toho byl pozorován nárůst na Kypru.

Údaje z průzkumů infekčních chorob také mohou poskytnout informace o rozdílech na národní úrovni a změnách v čase ohledně injekčního užívání drog. Srovnání mezi zeměmi je však třeba provádět obezřetně kvůli rozmanitosti v prostředí výběru vzorků. Ve třech zemích byl zjištěn relativně velký podíl (více než 20 %) nových injekčních uživatelů drog (užívajících drogu injekčně déle než dva roky), což možná naznačuje, že významný počet lidí začal drogu užívat injekčně. V deseti dalších zemích byl tento podíl nižší než 10 %⁽¹¹⁹⁾. Dalším ukazatelem nedávného zaslavení do injekčního užívání je

podíl mladých injekčních uživatelů (mladších 25 let) zjištěných ve vzorcích. Ti tvořili více než 40 % injekčních uživatelů, kteří byli ve vzorku v České republice, Estonsku, Lotyšsku, Litvě, Rakousku, Rumunsku a na Slovensku, zatímco v 11 dalších zemích bylo méně než 20 % injekčních uživatelů ve vzorku mladších 25 let.

Injekční užívání mezi uživateli opiátů

Injekční užívání často uvádějí jako obvyklý způsob aplikace uživatelé opiátů nastupující léčbu, přičemž ve většině zemí tvoří více než polovinu klientů užívajících drogy, v sedmi zemích 25 až 50 % a v pěti zemích méně než 25 %. Nejnížší podíl injekčních uživatelů drog mezi uživateli opiátů nastupujícími léčbu hlásí Dánsko a Nizozemsko, nejvyšší Litva, Lotyšsko a Rumunsko⁽¹²⁰⁾. Hlášení o léčbě rovněž naznačují, že mezi uživateli opiátů se obliba injekčního užívání může v jednotlivých zemích značně lišit. Například v autonomních oblastech Španělska se podíl injekčních uživatelů mezi novými klienty užívajícími opiáty pohybuje od 0,9 do 47,2 %.

Mezi uživateli opiátů nastupujícími poprvé léčbu je podíl těch, kteří uvádějí injekční užívání drogy (42 %), nižší než mezi všemi uživateli opiátů nastupujícími léčbu (44 %). To platí téměř ve všech 22 zemích poskytujících údaje. Analýza údajů o léčených uživateli drog provedená ve 14 zemích zjistila, že míra injekčního užívání zůstává mezi všemi léčenými uživateli drog vysoká, a to 62 %, i když jsou některé výrazné výjimky, jako např. Nizozemsko s 6,1 %⁽¹²¹⁾.

Podíl injekčních uživatelů mezi uživateli heroinu nastupujícími léčbu v roce 2007 nadále klesal. Tento trend je nyní patrný v některých zemích, kde dříve nebyl pozorován (např. Česká republika, Německo). V letech 2002 až 2007 podíl injekčních uživatelů mezi primárními uživateli opiátů nastupujícími léčbu ve většině zemí poklesl, přičemž statisticky významné poklesy byly hlášeny ze 13 zemí. Dvě země však hlásí za toto období nárůst (Bulharsko, Slovensko)⁽¹²²⁾.

Ostatní studie obecně potvrzují klesající trend injekčního užívání mezi uživateli heroinu. Například ve Francii byl od roku 2001 pozorován pokles v prevalenci injekčního užívání a studie ukazují, že počátek užívání heroinu je v rostoucí míře spojen se šňupáním a že k injekčnímu užívání nyní podle všeho dochází v pozdějším stádiu drogové dráhy, než tomu bylo v minulosti.

⁽¹¹⁸⁾ Viz tab. PDU-6 (část iii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Viz obr. PDU-3 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹²⁰⁾ Viz tab. PDU-104, TDI-5 a TDI-17 (část v) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹²¹⁾ Viz tab. TDI-17 (part v) a TDI-38 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹²²⁾ Viz tab. TDI-4 a TDI-5 ve Statistických věstnících 2006 a 2009.

Zneužívání předepisovaných opiátů

Opiátová analgetika jsou nejsilnějšími dostupnými drogami pro zvládnutí prudké a chronické bolesti. Opiáty se rovněž používají jako substituční drogy v managementu závislosti na opiátech. Tyto drogy dostupné na předpis lze zneužívat, a to může mít nepříznivé zdravotní důsledky, jako je závislost, předávkování a poškození zdraví spojená s injekčním užíváním. Opiáty na předpis se mohou dostat na trh nezákonných drog zneužitím substitučních látek k jinému než řádnému užití. V dostupnosti opiátů na předpis ve Spojených státech hrají podle všeho významnou roli také internetové lékárny (INCB, 2009a), jejich úloha v Evropě se však jeví jako omezená. V Evropě bylo rozšíření preskripce substitučních látek uživatelům drog závislým na opiátech spojeno s nárůstem počtu zpráv o zneužívání těchto drog.

Opiáty jiné než heroin v Evropě hlásí jako primární drogu asi 5 % (17 810) klientů nastupujících protidrogovou léčbu. Nejčastěji uváděnými látkami jsou: buprenorfin, který je ve Finsku uváděn jako primární droga v 41 % všech žádostí o léčbu a ve Francii v 7 % žádostí, metadon, který představuje 18,5 % všech žádostí o léčbu v Dánsku, a další opiáty na předpis v Lotyšsku, Rakousku a Švédsku, kde představují 5 až 15 % všech žádostí o léčbu ⁽¹⁾. Také Česká republika hlásila v roce 2007 odhadovaný počet 4 250 problémových uživatelů buprenorfinu. To je výrazem posunu ve výběru látek užívaných problémovými uživateli heroinu, ne však nárůstu v celkové prevalenci problémového užívání opiátů. Německý systém Phar-Mon, který monitoruje širokou škálu potenciálně zneužitelných léků, rovněž zaznamenal vzestup zneužívání předepisovaných opiátů, v němž substituční drogy hrají významnější úlohu než analgetika (Roesner a Küfner, 2007).

Zneužívání předepisovaných opiátů vyvolává důležité otázky ohledně prevence zneužívání substitučních drog a opiátových analgetik na nelegálním trhu. Zároveň je třeba pečlivě dbát na to, aby nebylo ohroženo legitimní užívání těchto látek (Cherny a kol., 2006).

⁽¹⁾ Viz tab. TDI-113 ve Statistickém věstníku 2009.

Léčba problémového užívání opiátů

Průměrný věk klientů nastupujících ambulantní léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů je 33 let a téměř všechny země uvádějí od roku 2003 nárůst ⁽¹²³⁾. Klientky, uživatelé opiátů nastupující léčbu poprvé a klienti v členských státech, které vstoupily do EU po roce 2004, jsou v průměru mladší než jejich protějšky.

Jako zvláště zranitelná skupina jsou identifikovány uživatelky drog. Celkově je poměr počtu mužů k počtu žen

Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy

Komorbidita je mnohdy nerozpoznaný souběžný výskyt problémového užívání drog a psychických nemocí u téhož jedince. Studie zjistily zvýšenou prevalenci psychických problémů u pacientů v protidrogové léčbě a zvýšenou prevalenci problémů s drogami u pacientů v psychiatrické péči (EMCDDA, 2005).

K nejčastěji hlášeným duševním poruchám v Evropě patří deprese, úzkost, schizofrenie, poruchy osobnosti, poruchy pozornosti a hyperaktivita. Specifická léčba pro uživatele s komorbiditou v Evropě zůstává omezená. Národní odborníci uvádějí, že specifické programy existují v 18 zemích, ale ve 14 z nich jsou dostupné pouze menšině klientů, kteří je potřebují. V sedmi dalších zemích nejsou vůbec žádné specializované programy, ale v pěti z nich plánují takové programy vytvořit během následujících tří let.

Nedávno byla provedena evropská prospektivní multicentrická studie (Isadora) za účasti pacientů s duální diagnózou z akutních psychiatrických oddělení ⁽¹⁾. Její zjištění zdůrazňují obtíže srovnávacích analýz v této oblasti a podtrhují potřebu více harmonizovaného přístupu k diagnostice, léčbě a studiu komorbidit v Evropě (Baldacchino a kol., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

u klientů užívajících opiáty 3,5:1, i když ženy tvoří vyšší podíl klientů užívajících opiáty v severských zemích (např. Švédsko, Finsko) a nižší podíl v jižních zemích (např. Řecko, Itálie, Portugalsko) ⁽¹²⁴⁾.

Uživatelé opiátů nastupující léčbu uvádějí vyšší míru nezaměstnanosti a nižší úroveň dosaženého vzdělání než ostatní klienti (viz kapitola 2). V této populaci je hlášena vysoká míra psychických onemocnění; například jedna italská studie zjistila, že většina (72 %) klientů protidrogové léčby s psychiatrickou komorbiditou byli primární uživatelé opiátů ⁽¹²⁵⁾.

Téměř všichni uživatelé opiátů nastupující léčbu uvádějí počátek užívání před dosažením 30. roku a asi polovina před 20. rokem věku. Mezi prvním užitím opiátů a prvním kontaktem s protidrogovou léčbou se uvádí průměrná prodleva asi osm let ⁽¹²⁶⁾.

Poskytování léčby a pokrytí

Léčba uživatelů opiátů se většinou provádí v ambulantních zařízeních, k nimž mohou patřit specializovaná centra, praktičtí lékaři a nízkoprahová zařízení (viz kapitola 2). V několika málo zemích jsou významnou složkou systému protidrogové služby lůžková zařízení, zejména v Bulharsku,

⁽¹²³⁾ Viz tab. TDI-10, TDI-32 a TDI-103 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹²⁴⁾ Viz tab. TDI-5 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹²⁵⁾ Viz též „Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy“.

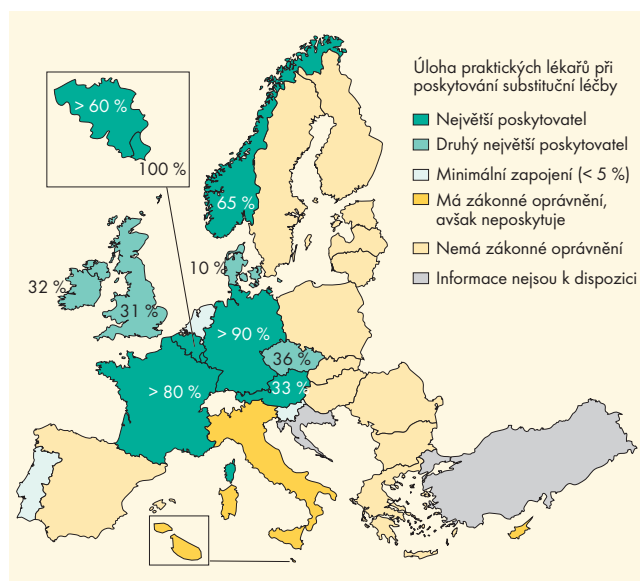
⁽¹²⁶⁾ Viz tab. TDI-11, TDI-33, TDI-107 a TDI-109 ve Statistickém věstníku 2009.

Řecku, Finsku a Švédsku (¹²⁷). Možnosti léčby závislosti na opiátech jsou v Evropě široké a v rostoucí míře diferencované, i když se geograficky liší z hlediska dostupnosti a pokrytí. Abstinenční a substituční léčba užívání opiátů jsou dostupné ve všech členských státech EU, v Chorvatsku a v Norsku. V Turecku v současnosti probíhá studie budoucího využití substituční léčby.

Abstinenční léčba je terapeutickým přístupem, který obecně vyžaduje od klientů, aby abstinovali od všech látek, včetně substitučních léčiv. Pacienti se zúčastňují denních činností a dostává se jim intenzivní psychologické podpory. Zatímco abstinenční léčba může probíhat jak ambulantně, tak v lůžkovém zařízení, typem léčby nejčastěji uváděným členskými státy jsou pobytové programy, které uplatňují zásady terapeutické komunity nebo minnesotský model.

Substituční léčba, obecně integrovaná s psychosociální péčí, je obvykle poskytována ve specializovaných ambulantních centrech. Třináct zemí uvádí, že substituční léčbu poskytují také praktičtí lékaři, obvykle na základě dohody o sdílené péči se specializovanými léčebnými centry (viz obr. 11). V České republice, Francii, Nizozemsku, Portugalsku, Spojeném království a Chorvatsku mohou substituční léčbu poskytovat všichni praktičtí lékaři, zatímco v Belgii, Dánsku, Německu, Irsku, Lucembursku, Rakousku a Norsku pouze ti, kteří jsou k jejímu poskytování konkrétně vyškoleni nebo akreditováni. Určitý počet zemí hlásí, že zlepšením zeměpisného pokrytí, zkrácením čekacích dob

Obr. 11: Poskytování substituční léčby závislosti na opiátech praktickými lékaři v ordinacích



Pozn.: Na mapě je uveden procentuální podíl klientů substituční léčby, kteří se léčí u praktických lékařů v komunitě.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

a usnadněním přístupu k léčbě pomohlo zapojení praktických lékařů zlepšit dostupnost substituční léčby a pokrytí substituční léčbou (Česká republika, Německo, Francie, Rakousko, Spojené království).

Podle odborných odhadů je dostupnost substituční léčby závislosti na opiátech relativně vysoká v 16 zemích, kde je tato léčba k dispozici nejméně polovině uživatelů opiátů (viz kapitola 2). V těchto zemích je abstinenční léčba protidrogovou léčbou první volby pro 10 až 25 % uživatelů opiátů. V dalších deseti zemích (Estonsko, Řecko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Finsko, Norsko) je substituční léčba podle odhadu dostupná menšině uživatelů opiátů. Může tomu tak být proto, že abstinenční protidrogová léčba je léčbou první volby, zvláště pro mladší nebo poprvé léčené klienty, nebo v důsledku obtížného přístupu k substituční léčbě. Například v Řecku je čekací doba na substituční léčbu závislosti na opiátech v průměru více než tři roky.

Poskytování psychosociální péče je považováno za zásadní pro zajištění účinnosti substituční léčby. Podle odborných odhadů je poskytována téměř všem klientům v substituční léčbě v sedmi zemích (Řecko, Itálie, Lotyšsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovensko, Spojené království) a většině z nich v dalších 14 zemích. Ve čtyřech zemích (Estonsko, Lucembursko, Maďarsko, Nizozemsko) je podle odhadu poskytována pouze menšině klientů v substituční léčbě.

Celkový počet klientů, kteří podstupují substituční léčbu v EU, Chorvatsku a Norsku se v roce 2007 odhaduje na přibližně 650 000, což je nárůst oproti 560 000 v roce 2005 a 500 000 v roce 2003. Dostupné údaje naznačují vzestup ve všech zemích s výjimkou Španělska, kde počet klientů podstupujících substituční léčbu od roku 2002 klesá, a Francie, Lucemburska, Maďarska a Nizozemska, kde jsou hlášeny mírné poklesy nebo stabilní čísla. Ze zemí, které poskytování substituční léčby rozšířily, byl největší vzestup zaznamenán v Estonsku, kde počet klientů vzrostl během pěti let z 60 na více než 1 000, a v Bulharsku, kde počet míst vzrostl v letech 2003 až 2007 z 380 na téměř 3 000. Počet klientů podstupujících substituční léčbu se za toto období více než zdvojnásobil také v České republice, Lotyšsku, Finsku a Norsku, zatímco nárůst o více než 40 % hlásí Řecko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko a Švédsko.

Jednoduché srovnání odhadů počtu problémových uživatelů opiátů a počtu léčených klientů naznačuje, že substituční léčbu by mohlo podstupovat více než 40 %. Oba soubory dat však jsou stále nepřesné a na tento odhad je třeba pohlížet s obezřetností. Ze stejného důvodu je obtížné provádět porovnání, i když dostupné údaje naznačují, že podíl problémových uživatelů opiátů

(¹²⁷) Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2009.

podstupujících substituční léčbu se mezi zeměmi značně liší, přičemž odhady se pohybují od 5 % po více než 50 % (¹²⁸).

Většina klientů v substituční léčbě v Evropě dostává metadon (70 %), avšak počet zemí, kde je jedinou předepisovanou látkou, klesá, přičemž buprenorfin je nyní dostupný ve všech členských státech EU kromě čtyř (Bulharska, Španělska, Maďarska, Polska). V České republice, Francii, Lotyšsku a Švédsku je více než 50 % klientů podstupujících substituční léčbu předepisován buprenorfin. K dalším možnostem patří morfin s prodlouženým uvolňováním (Bulharsko, Rakousko, Slovinsko) a kodein (Německo, Rakousko, Kypr). Pro trh EU byla v roce 2006 schválena nová kombinace buprenorfinu s naloxonem a podle hlášení byla od té doby zavedena v 11 zemích. Šest evropských zemí rovněž poskytuje asistované léčebné podávání heroinu uživatelům, pro něž ostatní léčebné postupy nejsou dostatečně přínosné.

Účinnost, kvalita a standardy léčby

Přezkumy randomizovaných kontrolních studií a pozorovacích studií dospěly k závěru, že substituční léčba buďto metadonem, nebo buprenorfinem může účinně pomáhat zvládat závislost na opiátech. Substituční léčba celkově souvisí s řadou pozitivních výsledků včetně: udržení pacienta v léčbě, snížení užívání nezákonných

opiatů a injekčního užívání, snížení úmrtnosti a kriminálního chování a stabilizace a zlepšení zdravotních a sociálních podmínek chronických uživatelů heroinu. Navíc nedávné randomizované kontrolní studie zjistily, že asistované léčebné podávání heroinu účinně snižuje užívání nezákonných drog, zlepšuje tělesné nebo duševní zdraví a snižuje kriminální chování klientů, kteří jsou považováni za obtížně léčitelné nebo u nichž ostatní léčebné modality selhaly.

Také psychosociální a psychoterapeutické intervence v kombinaci s farmakoterapií se ve studiích výsledků léčby ukázaly jako účinné (Schulte a kol., 2008). Tyto přístupy mohou zvýšit motivaci k léčbě, zabránit relapsu a minimalizovat škody. Navíc mohou poskytnout poradenství a praktickou podporu klientům, kteří současně s léčbou problémového užívání opiátů musí řešit problémy s bydlením, zaměstnáním a rodinou.

Světová zdravotnická organizace v nedávné době vypracovala soubor minimálních požadavků a mezinárodních pokynů pro psychosociálně asistovanou farmakologickou léčbu osob závislých na opiátech (2009). Dokument vznikl v reakci na usnesení Hospodářské a sociální rady OSN (ECOSOC) a vychází ze systematických přezkumů vědecké literatury a konzultací s řadou uznávaných odborníků z různých částí světa. Pokyny pro substituční léčbu vytvořila také většina evropských zemí (viz kapitola 2).

(¹²⁸) Viz obr. HSR-1 ve Statistickém věstníku 2009.

Kapitola 7

Infekční nemoci a úmrtí související s drogami

Infekční nemoci související s drogami

K nejzávažnějším zdravotním následkům užívání drog patří infekční nemoci, jako je HIV a hepatitida B a C. I v zemích, kde je prevalence HIV u injekčních uživatelů drog nízká, postihují uživatele drog v nepoměrném rozsahu jiné infekční nemoci včetně hepatitidy A, B a C, sexuálně přenosných nemocí, tuberkulózy, tetanu, botulismu a lidského T-lymfotropního viru. EMCDDA systematicky sleduje HIV a hepatitidu B a C u injekčních uživatelů drog (prevalence protilátek nebo jiné specifické markery v případech hepatitidy B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV a AIDS

Koncem roku 2007 se incidence hlášených infekcí HIV u injekčních uživatelů drog zdála ve většině zemí Evropské unie nadále nízká a celková situace v EU se v celosvětovém měřítku jeví jako poměrně pozitivní. Alespoň částečně je to možná důsledek větší dostupnosti opatření pro prevenci, léčbu a minimalizaci škod, včetně substituční léčby a programů výměny jehel a injekčních stříkaček. Významnou úlohu možná sehrály také jiné faktory, jako je pokles injekčního užívání drog hlášený z některých zemí. V některých částech Evropy však údaje naznačují, že míra přenosu HIV spojeného s injekčním užíváním drog byla v roce 2007 nadále poměrně vysoká, z čehož vyplývá nutnost zajistit pokrytí místní prevencí a účinnost této prevence.

Trendy v infekci HIV

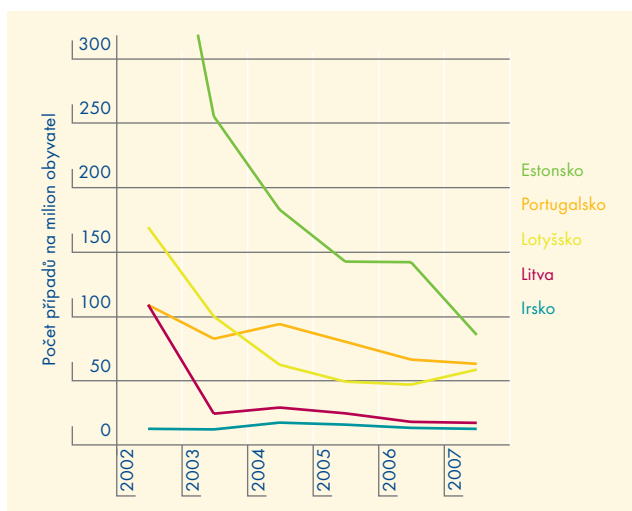
Údaje o nově hlášených případech spojených s injekčním užíváním drog v roce 2007 naznačují, že míra infekce v Evropské unii celkově klesá, poté co v letech 2001–2002 dosáhla vrcholu způsobeného epidemií v Estonsku, Lotyšsku a Litvě ⁽¹³⁰⁾. V roce 2007 činila celková míra nově hlášených infekcí mezi injekčními uživateli drog ve 24 členských státech EU, pro které jsou k dispozici národní údaje, 4,7 případů na milion obyvatel, což je mírný pokles z 5,0 v roce 2006 ⁽¹³¹⁾. Ze tří zemí, které uvedly nejvyšší výskyt nově diagnostikovaných

infekcí, setrvaly Portugalsko a Estonsko v sestupném trendu, i když v Portugalsku se tento trend podle všeho vyrovnává. Naproti tomu v Lotyšsku byl hlášen vzestup z 47,1 případu na milion obyvatel v roce 2006 na 58,7 případu na milion obyvatel v roce 2007 (obr. 12).

Celkově nebyl v období 2002 až 2007 pozorován výrazný nárůst počtu nových infekcí HIV a hlášené úrovně zůstávají nízké. V Bulharsku a Švédsku se však nárůst počtu nově hlášených infekcí zrychlil – v Bulharsku z 0,3 nového případu na milion obyvatel v roce 2002 na 5,6 případu v roce 2007 a ve Švédsku z 3,5 nových případů na milion obyvatel v roce 2002 na nejvyšší hodnotu 6,7 případů v roce 2007 před návratem na dřívější hodnoty v roce 2008 – což naznačuje přetrvávající potenciál epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog.

Údaje o trendech získané monitorováním prevalence HIV ve vzorcích injekčních uživatelů drog významně doplňují údaje získané hlášením případů HIV. Údaje o prevalenci

Obr. 12: Trendy v pěti členských státech EU s vysokými počty nově hlášených infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog



Pozn.: Pro Estonsko je hodnota za rok 2002 mimo měřítko (516 případů na milion). Další informace viz tab. INF-104 ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: ECDC a WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Podrobnosti o metodách a definicích viz Statistický věstník 2009.

⁽¹³⁰⁾ Viz tab. INF-104 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³¹⁾ Národní údaje nejsou k dispozici pro Španělsko, Itálii a Rakousko.

za období 2002–2007 jsou k dispozici pro 25 zemí ⁽¹³²⁾. V 11 zemích zůstala prevalence HIV v tomto období beze změn. V šesti zemích (Bulharsko, Německo, Španělsko, Itálie, Lotyšsko, Portugalsko) došlo ke statisticky významnému snížení prevalence HIV u národních vzorků. Ovšem ve dvou případech byly hlášeny regionální nárůsty: v Bulharsku v jednom městě, v Sofii, a v Itálii ve třech z 21 regionů. Ve dvou zemích (Litva, Polsko) došlo ke statisticky významnému zvýšení prevalence HIV u národních vzorků.

Ze srovnání trendů v nově diagnostikovaných infekcích souvisejících s injekčním užíváním drog s trendy v prevalenci HIV u injekčních uživatelů drog vyplývá, že incidence infekce HIV související s injekčním užíváním drog ve většině zemí na národní úrovni klesá.

Vysoká meziroční míra nových diagnóz HIV spojených s injekčním užíváním drog v Estonsku, Lotyšsku a Portugalsku však naznačuje, že v těchto zemích dochází k přenosu nemoci stále na poměrně vysoké úrovni, i když tato míra nyní v Estonsku a Portugalsku klesá. U Estonska tuto domněnku podporují údaje o prevalenci za rok 2005, které ukazují, že asi třetina nových injekčních uživatelů drog (osob, které užívají drogy injekčně méně než dva roky) je HIV pozitivní. Další náznaky o probíhajícím přenosu HIV přináší zprávy o prevalenci vyšší než 5 % mezi mladými injekčními uživateli drog (vzorky 50 nebo více injekčních uživatelů drog mladších 25 let) v několika zemích: Španělsko (národní údaje, 2006), Francie (pět měst, 2006), Estonsko (dva regiony, 2005), Litva (jedno město, 2006) a Polsko (jedno město, 2005) ⁽¹³³⁾.

Incidence AIDS a dostupnost vysoce účinné antiretrovirové léčby

Informace o incidenci AIDS jsou důležité, neboť ukazují nový výskyt symptomatických onemocnění, i když nejsou dobrým ukazatelem přenosu HIV. Vysoká incidence AIDS v některých evropských zemích může naznačovat, že mnohým injekčním uživatelům drog nakaženým HIV se nedostane vysoce účinné antiretrovirové léčby (HAART) v dostatečně rané fázi jejich nákazy, aby z léčby získali maximální přínos.

Zemí s největší incidencí AIDS v souvislosti s injekčním užíváním drog je Estonsko, kde se v roce 2007 odhadovalo 33,5 nových případů na milion obyvatel, což je nárůst z původních 17,1 nových případů na milion obyvatel v roce 2006. Poměrně vysokou úroveň incidence AIDS hlásí také Lotyšsko, Španělsko, Portugalsko a Litva: 13,2, 8,8, 8,6, resp. 6,2 nových případů na milion

HIV mezi injekčními uživateli drog v Evropské unii a sousedních zemích: stoupající trendy na východě

Epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog se v jednotlivých evropských zemích nadále vyvíjí různě. V zemích Evropské unie jsou počty hlášených nově diagnostikovaných případů infekce HIV mezi injekčními uživateli drog většinou stabilní a nízké nebo klesají. V mnoha bývalých sovětských republikách však v roce 2007 vzrostly (Wiessing a kol., 2008b), což nasvědčuje tomu, že stávající preventivní opatření jsou možná nedostatečná a potřebují posílit.

V těch východních zemích, kde od dosažení vrcholu v roce 2001 došlo k určitým poklesům (Rusko, Bělorusko), byl v posledních letech zaznamenán nový nárůst. V roce 2007 se počty nově diagnostikovaných a hlášených případů infekce HIV mezi injekčními uživateli drog pohybovaly v rozpětí od nuly v Turkmenistánu k 80 případům na milion obyvatel v Kazachstánu a 152 případům na milion obyvatel na Ukrajině. Nejnovější údaj pro Rusko je 78 případů na milion obyvatel v roce 2006.

V absolutních číslech uvádí největší počty nově hlášených případů HIV mezi injekčními uživateli drog za rok 2007 Ukrajina (7 087 případů), následuje Uzbekistán (1 816 případů) a Kazachstán (1 246 případů), zatímco v roce 2006 Rusko hlásilo 11 161 případů. Několik dalších bývalých sovětských republik s celkově nižšími počty a procenty vykazuje stoupající trend v počtu hlášených případů, což nasvědčuje tomu, že mezi injekčními uživateli drog může probíhat epidemie. Mezi tyto země patří Ázerbájdžán, Bělorusko, Gruzie, Kyrgyzstán, Moldávie a Tádžikistán.

obyvatel. Z těchto čtyř zemí je sestupný trend ve Španělsku, Lotyšsku a Portugalsku, ne však v Litvě ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B a C

I když prevalence HIV je vysoká pouze v některých členských státech EU, prevalence virové hepatitidy, a zejména infekce způsobené virem hepatitidy C (HCV), je mezi injekčními uživateli drog v Evropě vyšší. Výskyt protilátek HCV v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v letech 2006–2007 pohyboval přibližně v rozmezí 18 až 95 %, přičemž polovina zemí uvádí úroveň přesahující 40 %. Prevalenci pod 25 % v národních vzorcích populace injekčních uživatelů drog hlásí tři země (Bulharsko, Česká republika, Slovinsko) ⁽¹³⁵⁾, i když výskyt infekce na této úrovni stále představuje pro veřejné zdraví významný problém.

⁽¹³²⁾ Viz tab. INF-108 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³³⁾ Viz tab. INF-109 a INF-110 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³⁴⁾ Viz obr. INF-1 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³⁵⁾ Viz tab. INF-111 až INF-113 ve Statistickém věstníku 2009.

V jednotlivých zemích se úroveň prevalence HCV může značně lišit, neboť se zde projevují regionální rozdíly i charakteristika příslušné výběrové populace. Například ve Spojeném království místní studie uvádějí úroveň 29 až 60 %, zatímco v Itálii se různé regionální odhady pohybují přibližně v rozmezí 36 až 92 %.

Nedávné studie (2006–2007) uvádějí značný rozptyl hodnot prevalence u injekčních uživatelů mladších 25 let a těch, kteří užívají drogu injekčně méně než dva roky, což naznačuje různou incidenci HCV v těchto populacích v Evropě ⁽¹³⁶⁾. Tyto studie však také naznačují, že mnozí injekční uživatelé drog se virem nakazí na počátku injekčního užívání, a že je zde proto jen krátké období pro zahájení účinných preventivních opatření pro infekci HCV.

Prevalence protilátek proti viru hepatitidy B (HBV) se také do značné míry liší, možná částečně kvůli rozdílům v proočkovanosti, ačkoliv roli zde mohou hrát i jiné faktory. Nejúplnější soubor údajů je k dispozici pro protilátky hlavního antigenu hepatitidy B (anti-HBc), který indikuje historii infekce. V období 2006–2007 vykázaly prevalenci

anti-HBc vyšší než 40 % tři země z deseti, které poskytly údaje o injekčních uživatelích drog ⁽¹³⁷⁾.

Trendy v čase u oznámených případů hepatitidy B a C ukazují rozdílný obraz, ale ten je obtížné interpretovat. Určitý náhled do epidemiologie těchto infekcí může poskytnout podíl injekčních uživatelů drog na počtu všech hlášených případů, kde jsou rizikové faktory známy (Wiessing a kol., 2008a). U hepatitidy B podíl injekčních uživatelů drog v letech 2002 až 2007 poklesl ve čtyřech ze 17 zemí. V případě hepatitidy C podíl injekčních uživatelů drog na počtu ohlášených případů v období 2002 až 2007 v sedmi zemích poklesl a ve čtyřech dalších vzrostl (Česká republika, Lucembursko, Malta, Spojené království) ⁽¹³⁸⁾.

Prevence a řešení infekčních nemocí

Sedmnáct členských států EU a Turecko hlásí, že prevence infekčních onemocnění mezi uživateli drog je součástí jejich národní protidrogové strategie, a šest dalších zemí uvádí, že je předmětem specifické strategie. Deset z těchto 23 zemí také hlásí existující strategie k prevenci infekčních onemocnění na místní nebo regionální úrovni.

Členské státy EU řeší šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog kombinací přístupů, včetně: protidrogové léčby, poskytování sterilního injekčního náčiní a komunitních aktivit, které poskytují informace, osvětu, testování a behaviorální intervence, často prostřednictvím terénních nebo nízkoprahových zařízení. Odborníci ze 27 zemí hlásili, jak vysokou prioritu mají vybrané intervence k prevenci infekčních onemocnění mezi uživateli drog ⁽¹³⁹⁾. Přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní prostřednictvím programů výměny jehel a stříkaček uvádí jako prioritu 23 zemí, testování a poradenství ohledně infekčních onemocnění 16 zemí a šíření informací, osvěty a komunikačních materiálů 14 zemí.

Nejčastěji uváděnou prioritou je přístup ke sterilním injekčním stříkačkám, stejně jak bylo zjištěno při podobném průzkumu provedeném v roce 2005. Vyšší počet zemí nyní hlásí jako prioritu poradenství ohledně infekčních chorob a jejich testování a cílené programy imunizace pro hepatitidě.

Intervence

Výzkum ukázal, že dlouhodobá léčba je spojena s poklesem injekčního užívání drog a souvisejícího rizikového chování, a tudíž s ochranou před infekcí HIV. Ve většině evropských zemí minimalizace škod a poskytování

Prevalence hepatitidy C jako možný ukazatel rizika HIV v souvislosti s injekčním užíváním drog

Skupina prognostiků a epidemiologů sestavená centrem EMCDDA zkoumala potenciál využití informací o prevalenci viru hepatitidy C (HCV) mezi injekčními uživateli drog jako ukazatele rizika přenosu HIV. HCV se přenáší sdílením jehel podobně jako HIV. Protože HCV je více infekční, může odhalit celkovou úroveň rizikového chování, včetně sdílení jehel, sdílení pomůcek a střídání injekčních partnerů v populacích injekčních uživatelů drog, kde se HIV dosud nerozšířil.

Analýza párových údajů o prevalenci HCV a HIV ukázala, že prevalence HCV mezi injekčními uživateli až do přibližně 30 % (interval spolehlivosti 95 %, 21–38 %) je spojena s nulovou nebo velmi nízkou prevalencí HIV. Při vyšších úrovních prevalence HCV byl zjištěn lineární vztah mezi prevalencí HIV a HCV a údaje časové řady nasvědčují tomu, že tempo růstu sledované prevalence HIV je asi poloviční než u prevalence HCV.

Tyto výsledky naznačují, že prevalenci HCV by bylo možné použít k tomu, aby pomohla vytvořit intervence cílené prevence a minimalizace škod mezi injekčními uživateli drog. Navíc může být také použita k hodnocení rizika propuknutí epidemie HIV v zemích, kde je prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog stále ještě nízká.

Zdroj: Vickerman a kol. (připravuje se).

⁽¹³⁶⁾ Viz obr. INF-6 (část ii) a (část iii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³⁷⁾ Viz tab. INF-115 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³⁸⁾ Viz tab. INF-105 a INF-106 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹³⁹⁾ Viz tab. HSR-6 ve Statistickém věstníku 2009.

Léčba injekčních uživatelů drog s chronickou hepatitidou C

Až u 30 % pacientů s neléčenou chronickou hepatitidou C se do třiceti let rozvine cirhóza jater a náklady spojené s managementem terminálního stádia onemocnění jater jsou značné (Jager a kol., 2004). Ke snížení zátěže, kterou hepatitida C v Evropě představuje, je nezbytné propagovat a rozšiřovat přístup k léčbě pro největší skupinu pacientů – chronické přenašeče viru, kteří jsou aktivními injekčními uživateli.

Současná léčba chronické hepatitidy C – šesti- až dvanáctiměsíční kombinovaná terapie s dlouhodobě působícím interferonem a ribavirinem – je efektivní u více než 50 % pacientů, kteří dosáhnou trvalé virologické odezvy. Přestože počet dlouhodobých studií zůstává omezený, dostupný výzkum ukázal dobré dodržování léčby a úspěšnost v antivirové léčbě injekčních uživatelů drog (např. Moussalli a kol., 2007). Rovněž byla prokázána nákladová efektivita léčby hepatitidy C ve věznicích (Sutton a kol., 2008) a bezpečnost a účinnost léčby a drogových uživatelů s komorbidními psychickými poruchami (Loftis a kol., 2006).

Přístup uživatelů drog k léčbě hepatitidy C však zůstává na nízké úrovni. Důvodem toho může být nedostatečná léčebná kapacita, nedostatek informací o možnostech léčby nebo nízká prioritizace uživatelů drog. Několik zemí EU, včetně Dánska, Německa, Francie, Nizozemska a Spojeného království, v posledních letech revidovalo své politiky, aby rozšířilo přístup k testování a léčbě pro chronické přenašeče viru hepatitidy C, kteří jsou aktivními injekčními uživateli drog.

Léčba hepatitidy C v kontextu drogové závislosti je někdy náročná, ale může se zlepšit s pečlivě plánovaným a uspořádaným klinickým managementem a při pacientově spolupráci po jeho informovaném souhlasu. Výsledky léčby zlepšují multidisciplinární týmy, které dokážou zajistit management drogové závislosti, léčbu jater a komorbidních duševních poruch (Grebely a kol., 2007).

léčebných služeb od poloviny 90. let výrazně vzrostly (Hedrich a kol., 2008b). Substituční léčba závislosti na opiátech je dostupná ve všech členských státech EU, Chorvatsku a Norsku, ale v několika zemích zůstává poskytování této intervence omezené (viz kapitoly 2 a 6).

Národní odborníci odhadují, že individuálního poradenství ohledně infekčních onemocnění se v posledním roce dostalo téměř všem problémovým uživatelům drog v 17 zemích ⁽¹⁴⁰⁾. Ve 12 zemích totéž platilo o testování na HCV, přičemž odborníci v 11 zemích odhadli, že v posledním roce se dostalo většině problémových uživatelů drog praktických rad a náviku bezpečnějšího injekčního užívání. Očkování proti hepatitidě B je

integrováno do běžných imunizačních schémat v 21 z 28 zemí poskytujících údaje a v 17 zemích existují také specifické programy očkování zaměřené na uživatele drog v komunitě. Zdravotně osvětové aktivity pro uživatele drog, včetně osvěty šířené vrstevníky, také hlásí 17 zemí.

Programy výměny jehel a stříkaček existují ve všech členských státech EU, Chorvatsku a Norsku. Program na Kypru však v roce 2007 téměř nebyl využíván. V 15 zemích podle odhadu injekční uživatelé drog dostali injekční stříkačky z takového programu nejméně jednou za posledních 12 měsíců. V 11 zemích dostala stříkačky za stejné období pouze menšina injekčních uživatelů, přestože devět z těchto zemí uvádí přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní jako prioritní opatření k prevenci šíření infekčních onemocnění.

Počet injekčních stříkaček poskytnutých prostřednictvím programů výměny jehel a stříkaček v letech 2005 až 2007 vzrostl v 18 ze 26 zemí, pro něž jsou dostupné údaje. Počet rozdaných injekčních stříkaček za rok na jednoho klienta značně kolísá, přičemž příklady uvádějí v roce 2007 čísla od asi 50 stříkaček na klienta v programu výměny jehel a stříkaček v Chorvatsku a Litvě až po 200 ve Finsku a 300 v Rumunsku ⁽¹⁴¹⁾.

Celkový počet stříkaček vydaných v roce 2007 byl o 33 % vyšší než v roce 2003 ve 14 zemích, pro něž jsou k dispozici spolehlivé údaje nebo odhady. Průběžný nárůst za toto období hlásily Belgie, Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Rakousko, Slovensko a Finsko. Počet stříkaček poskytnutých v Lotyšsku zůstal stejný, zatímco pokles byl zaznamenán ve Španělsku, Litvě, Lucembursku, Portugalsku a Polsku.

Údaje poskytnuté z 15 zemí ukazují, že v roce 2007 kontaktovalo zařízení s programem výměny jehel a stříkaček více než 125 000 osob ⁽¹⁴²⁾. Informace o přístupu klientů však nejsou dostupné ze čtyř největších členských států EU (Německo, Španělsko, Itálie, Spojené království). Národní průzkum provedený ve 120 francouzských centrech pro minimalizaci škod CAARUD ukázal, že jich v roce 2007 využilo odhadem na 40 000 jednotlivců (Toufik a kol., 2008). Ve Spojeném království byl v roce 2008 zřízen nový systém pro monitorování výměny jehel.

Nízkoprahová zařízení mohou nabízet příležitost k poskytování služeb primární zdravotní péče a intervencí k minimalizaci škod obtížně dosažitelným populacím. Nedávné hodnocení nízkoprahových center zdravotních služeb zaměřených na uživatele drog ve Finsku došlo k závěru, že tato kombinace služeb hrála významnou

⁽¹⁴⁰⁾ Úroveň poskytování vybraných intervencí uživatelům drog hodnotili odborníci z 26 zemí EU, Turecka a Norska.

⁽¹⁴¹⁾ Viz tab. HSR-5 (část i) a (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁴²⁾ Viz tab. HSR-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

úlohu při prevenci infekčních onemocnění. Byla také považována za nákladově efektivní inovaci, která může fungovat v rámci restriktivní protidrogové politiky této země (Arponen a kol., 2008).

Programy výměny jehel a stříkaček mohou rovněž hrát úlohu v podpoře dobrého zdraví. Školení v podpoře zdraví, založené na formálních osnovách nebo školicích příručkách, je nabízeno personálu programů výměny jehel a stříkaček ve 20 zemích a lékárníkům v devíti zemích. V 11 členských státech EU jsou rovněž hlášeny pokyny pro práci v nízkoprahových zařízeních, které pokrývají témata jako testování na infekční onemocnění, výměna stříkaček, terénní práce a vrstevnické vzdělávací programy.

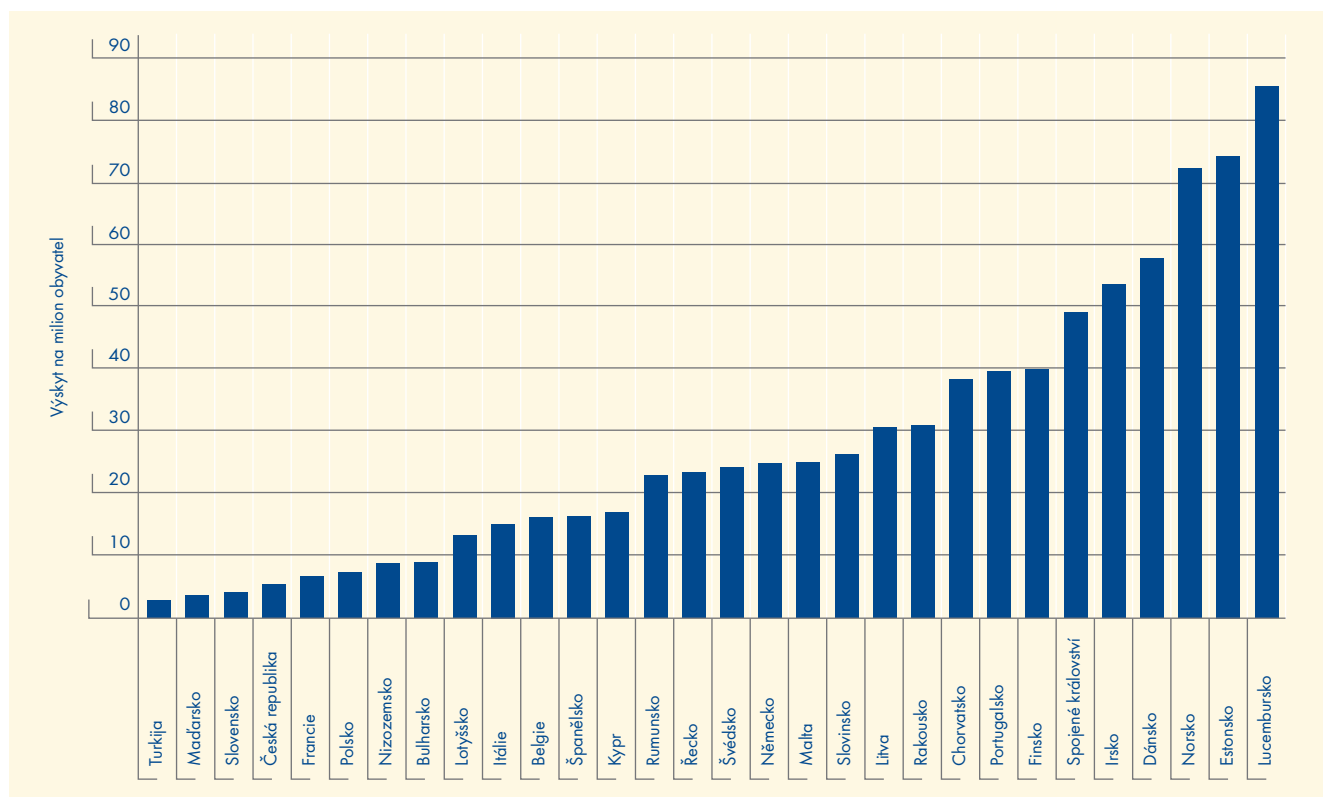
Úmrtí a úmrtnost související s drogami

Užívání drog je jednou z hlavních příčin zdravotních problémů a úmrtí mladých lidí v Evropě. To lze ilustrovat na

mezinárodní studii podpořené EMCDDA, která zjistila, že v sedmi evropských aglomeracích lze 10 až 23 % úmrtí mezi obyvateli ve věku 15 až 49 let připsat užívání opiátů (Bargagli a kol., 2005).

Úmrtnost související s drogami zahrnuje úmrtí přímo způsobená farmakologickým účinkem jedné nebo více látek (úmrtí vyvolaná drogami) a úmrtí, která jsou nepřímo způsobena užíváním drog, často s dalšími souběžnými faktory (např. nehodami). Ke známým příčinám úmrtí patří akutní otrava, dopravní nehody, zvláště ty spojené s alkoholem (EMCDDA, 2007c), násilí, sebevraždy mezi již tak zranitelnými osobami nebo chronická onemocnění v důsledku opakovaného užívání (např. kardiovaskulární problémy uživatelů kokainu). Zatímco ke většině úmrtí souvisejících s drogami dochází mezi problémovými uživateli drog, některá se objevují v jiných skupinách uživatelů, včetně těch, kteří užívají drogy pouze příležitostně ⁽¹⁴³⁾.

Obr. 13: Úmrtnost mezi všemi dospělými (15–64 let) způsobená úmrtími vyvolanými drogami



Pozn.: Pro Českou republiku byla použita definice výběru D EMCDDA namísto národní definice; pro Spojené království byla použita definice protidrogové strategie; pro Rumunsko se údaje týkají pouze Bukurešti a několika územních celků v oblasti působnosti Bukurešťské toxikologické laboratoře; pro Portugalsko údaje zahrnují všechny případy, v nichž byly při pitvě zjištěny nezákonné drogy a pravděpodobně povedou k nadhodnocení odhadu v porovnání s výběrem D. Výpočty úmrtnosti v populaci jsou založeny na národních populacích za rok 2006 podle údajů Eurostatu. Porovnávání úmrtnosti v populacích by se mělo provádět opatrně, jelikož existují určité rozdíly v případových definicích a kvalitě vykazování. Více informací o údajích viz obr. DRD-7 (část i) ve Statistickém věstníku 2009.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2008), převzata z národních evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí (forenzních nebo policejních) a od Eurostatu.

⁽¹⁴³⁾ Viz „Úmrtnost související s drogami: složitý pojem“ ve výroční zprávě 2008.

Úmrtí vyvolaná drogami

Definice EMCDDA pro úmrtí vyvolaná drogami takto označuje úmrtí, která jsou přímo způsobena (předávkováním) konzumací jedné nebo více drog, z nichž alespoň jedna je nezákonná. Počet úmrtí může být ovlivněn faktory, jako jsou prevalence a vzorce užívání drog (injekčně, souběžné užívání více drog), věk a komorbidita uživatelů drog a dostupnost léčebných a pohotovostních služeb.

Zvýšení spolehlivosti evropských údajů v posledních letech umožňuje lepší popis evropských a národních trendů a většina zemí nyní přijala případovou definici v souladu s definicí EMCDDA ⁽¹⁴⁴⁾. Nicméně rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v kvalitě zjišťování případů, hlášení do národních registrů úmrtnosti a hlášení EMCDDA znamenají, že přímá srovnání je třeba provádět obezřetně.

V období 1990–2006 uváděly členské státy EU, Chorvatsko, Norsko a Turecko každý rok 6 400 až 8 500 úmrtí vyvolaných drogami, což celkově představuje asi 135 000 úmrtí. V roce 2006 si připsaly polovinu všech hlášených úmrtí Spojené království a Německo. Úmrtnost populace v důsledku úmrtí vyvolaných drogami se v jednotlivých zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí od 3 až po více než 85 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let, při průměru 22 úmrtí na milion obyvatel. Více než 20 úmrtí na milion obyvatel hlásí 17 ze 30 evropských zemí a více než 40 úmrtí na milion obyvatel hlásí šest zemí (obr. 13). Mezi Evropany ve věku 15–39 let bylo předávkování drogami důvodem 4 % všech úmrtí ⁽¹⁴⁵⁾.

Úmrtí související s opiáty

Heroin

Ve většině případů úmrtí vyvolaných drogami, jež jsou hlášeny v Evropě, jsou přítomny opiáty, především heroin nebo jeho metabolity. Ve 22 zemích poskytujících údaje tvořily opiáty 35 až téměř 100 % všech případů, přičemž 11 z těchto zemí hlásilo podíl vyšší než 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. V toxikologických zprávách o úmrtích připisovaných heroinu jsou často nalezeny také jiné látky. Nejčastěji se uvádí alkohol, benzodiazepiny, jiné opiáty a v některých zemích kokain. To naznačuje, že značný podíl všech úmrtí vyvolaných drogami může souviset se souběžným užíváním více drog.

Většinu případů úmrtí na předávkování heroinem, k nimž dochází v Evropě, tvoří muži (82 %). Ve většině zemí je průměrný věk osob umírajících na předávkování kolem 35 let a v mnoha případech stoupá, což svědčí o možné

stabilizaci nebo snížení počtu mladých uživatelů heroinu. Celkově dochází ke 14 % úmrtí z předávkování, jež jsou v Evropě hlášena, u osob mladších 25 let, i když v Bulharsku, Rakousku a v některých zemích uvádějících nižší počty úmrtí vyvolaných drogami (Malta, Kypr, Slovensko, Rumunsko) dochází k více než třetině úmrtí na předávkování právě v této skupině. To může ukazovat na mladší populaci užívající heroin nebo užívající drogy injekčně v těchto zemích ⁽¹⁴⁷⁾.

K faktorům spojeným s případy předávkování heroinem patří injekční a souběžné užívání dalších látek, zejména alkoholu, benzodiazepinů a některých antidepresiv, dále komorbidita, dřívější zkušenost s předávkováním a užívání drogy o samotě (Skotská vláda, 2008). Jako období zvláště vysokého rizika úmrtí z předávkování byla vymezena doba bezprostředně po propuštění z věznice nebo protidrogové léčby.

Odhaduje se, že na každé smrtelné předávkování by mohlo připadat 20 až 25 případů nefatálního předávkování, avšak jejich důsledky jsou špatně rozpoznávány. EMCDDA provádí kritický přezkum souvisejících rizikových faktorů a možných intervencí na tomto poli.

Metadon a buprenorfin

Výzkum ukazuje, že substituční léčba závislosti na opiátech snižuje riziko fatálního předávkování. Každý rok je však hlášena řada úmrtí za přítomnosti substitučních látek používaných při substituční léčbě (metadonu nebo buprenorfinu), většinou v důsledku zneužití nebo v malém počtu případů v důsledku problémů během léčby.

Několik zemí uvádí, že u značného procenta úmrtí vyvolaných drogami byl přítomen metadon, ačkoliv vzhledem k neexistenci společných standardů vykazování je úloha, kterou tato látka hrála, často nejasná, protože mohou být přítomny další drogy. Navíc mohou být ve hře i další faktory: ztráta tolerance opiátů, příliš vysoké dávkování nebo nesprávné užívání, například nepravdivé užívání a užívání neléčebným účelům. Úmrtí v důsledku otravy buprenorfinem nejsou častá navzdory čím dál tím většímu používání této látky v substituční léčbě v Evropě (viz kapitola 6). Avšak ve Finsku je buprenorfin přítomen u většiny úmrtí vyvolaných drogami, obvykle v kombinaci se sedativy nebo alkoholem, nebo při injekční aplikaci.

Fentanyl a další syntetické opiáty

Epidemie otrav fentanylem v Estonsku způsobila v letech 2005 a 2006 smrt 117 injekčních uživatelů drog

⁽¹⁴⁴⁾ Podrobné metodické informace viz Statistický věstník 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Viz obr. DRD-7 (část i) a tab. DRD-5 (část ii) a DRD-107 (část i) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Jelikož většinu případů hlášených centru EMCDDA tvoří předávkování opiáty (hlavně heroinem), jsou k popisu případů s opiáty použity obecné charakteristiky úmrtí vyvolaných drogami. Viz obr. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Viz obr. DRD-2 a DRD-3 a tab. DRD-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2009.

(EMCDDA, 2008b). O úmrtích souvisejících s fentanylem v Estonsku nejsou za rok 2007 dostupné žádné informace, i když nedávné studie potvrzují zvýšené užívání této drogy injekčními uživateli drog. V roce 2007 uváděly dvě třetiny injekčních uživatelů drog sledovaných v Tallinu fentanyl jako svou primární drogu a každý desátý injekční uživatel docházející do programu výměny stříkaček uváděl injekční užití fentanylu v posledním měsíci. Další studie provedená v Tallinu zjistila, že injekční uživatelé, kteří uváděli fentanyl jako svou hlavní drogu, měli vyšší prevalenci HIV a vyšší pravděpodobnost rizikového injekčního chování a vyšší celoživotní prevalenci předávkování než injekční uživatelé amfetaminu (Talv a kol., 2009). Ve Finsku bylo v souvislosti s opiáty jako oxycodon, tramadol nebo fentanyl hlášeno 21 úmrtí, i když úloha těchto drog nebyla specifikována.

Úmrtí související s jinými drogami

Úmrtí vyvolaná kokainem se definují a zjišťují obtížněji než úmrtí související s opiáty. Úmrtí přímo způsobená předávkováním nejsou běžná a obvykle jsou spojena s velmi velkými dávkami kokainu. Většina úmrtí souvisejících s kokainem je jinak zřejmě důsledkem chronické otravy, která vede ke kardiovaskulárním a neurologickým komplikacím. Úloha kokainu v těchto úmrtích nemusí být vždy zjištěna a v takovém případě není hlášena jako úmrtí související s kokainem. Interpretaci údajů dále komplikuje častá přítomnost jiných látek, a proto je těžké vyvodit příčinné souvislosti.

V roce 2007 uvedlo 12 členských států asi 500 úmrtí souvisejících s kokainem (oproti 450 úmrtím ve 14 zemích v roce 2006). Nicméně je pravděpodobné, že úmrtí vyvolaná kokainem nejsou v Evropské unii vždy hlášena.

Úmrtí, při kterých je přítomna extáze, nejsou hlášena často a v mnoha těchto případech nebyla tato droga identifikována jako přímá příčina smrti. Úmrtí související s amfetaminy jsou v Evropě rovněž hlášena výjimečně, ačkoliv v České republice byl v roce 2007 významný počet fatálních předávkování – s výjimkou léků – (11 ze 40) připsán pervitinu (metamfetaminu), oproti 14 úmrtím připsaným opiátům. Ve Finsku byly amfetaminy přítomny ve 40 % z 229 hlášených úmrtí za rok 2007, ačkoliv z toho nutně nevyplývá, že tato droga byla přímou příčinou smrti (¹⁴⁸).

Trendy v úmrtích vyvolaných drogami

Počet úmrtí vyvolaných drogami se v Evropě v průběhu 80. let a na počátku 90. let 20. století prudce zvýšil, souběžně s nárůstem užívání heroinu a injekčního užívání

drog, a poté zůstal na vysoké úrovni. Ovšem údaje ze zemí s dlouhými časovými řadami naznačují odlišné trendy: v některých zemích (Německu, Španělsku, Francii, Itálii) dosáhla úmrtí vrcholu na počátku a v polovině 90. let 20. století, v jiných zemích (např. v Řecku, Portugalsku, Finsku) dosáhl počet úmrtí vrcholu kolem roku 2000, a v některých jiných zemích (např. v Dánsku, Nizozemsku, Rakousku, Spojeném království) byl pozorován vzestupný trend, ale bez výrazného vrcholu (¹⁴⁹).

V letech 2000 až 2003 většina členských států EU uváděla pokles, po němž v letech 2003 až 2006 následoval vzestup v počtu úmrtí. Předběžné údaje dostupné za rok 2007 naznačují číslo nejméně stejné jako v předchozích letech, přičemž 14 z 18 zemí hlásí nárůst.

Důvody počtu hlášených úmrtí vyvolaných drogami je obtížné vysvětlit, zvláště vzhledem k náznakům poklesu injekčního užívání drog a zvýšení počtu uživatelů opiátů, kteří jsou v kontaktu s léčebnými službami a službami minimalizace rizik. Na pozadí tohoto možného zmenšení ohrožené populace se stabilní nebo rostoucí počty úmrtí vyvolaných drogami staly důvodem vážných obav.

Pro tento jev může existovat řada možných vysvětlení, která vesměs vyžadují další zkoumání. Patří k nim: větší zranitelnost populace stárnoucích a více chronicky nemocných uživatelů, vyšší míra souběžného užívání více drog nebo vysoce rizikového chování, neschopnost stávajících služeb zacílit nebo oslovit ty nejzranitelnější, nebo dokonce nárůst v počtu relapsujících uživatelů opiátů propouštěných z věznice nebo léčby, o nichž je známo, že je u nich riziko zvláště vysoké (¹⁵⁰).

Celková úmrtnost související s užíváním drog

Vedle úmrtí vyvolaných drogami zahrnuje celková úmrtnost související s užíváním drog i ta úmrtí, která byla způsobena užíváním drog nepřímo. Tato úmrtí jsou soustředěna mezi problémovými uživateli drog, i když k některým mohlo dojít mezi příležitostnými uživateli (např. dopravní nehody, některé sebevraždy). Přestože počet úmrtí nepřímo souvisejících s užíváním drog je obtížné vyčíslit, jeho dopad na veřejné zdraví může být značný.

Celkovou úmrtnost lze odhadnout několika způsoby: jedna metoda spočívá v kombinování informací z kohortových studií úmrtnosti s odhady prevalence užívání drog (¹⁵¹). Dalším přístupem je využívání existujících všeobecných statistik úmrtnosti a odhadování podílu úmrtí souvisejících s užíváním drog. Použít lze i další specializované

¹⁴⁸ Údaje o úmrtích souvisejících s jinými drogami než heroinem viz tab. DRD-108 ve Statistickém věstníku 2009.

¹⁴⁹ Viz obr. DRD-8 a DRD-11 ve Statistickém věstníku 2009. Z historických důvodů se trend EU vztahuje k zemím EU-15 a Norsku.

¹⁵⁰ Viz „Snížení počtu úmrtí z předávkování po propuštění z věznice“, s. 88.

¹⁵¹ Viz „Odhad celkové úmrtnosti připisované problémovému užívání drog: nový vývoj“, s. 86.

informační zdroje, například v případě úmrtnosti související s HIV/AIDS se kombinují informace Eurostatu a EuroHIV.

Kohortové studie úmrtnosti

Kohortové studie úmrtnosti sledují tytéž skupiny problémových uživatelů v čase a pomocí souvztáženosti s evidencí úmrtnosti se snaží určit příčiny všech úmrtí, k nimž v této skupině dojde. Tento typ studií může stanovit celkovou úmrtnost a příčinně specifickou úmrtnost pro danou kohortu a může odhadnout, do jaké míry úmrtnost ve skupině překračuje úmrtnost ve všeobecné populaci. Rozsáhlé longitudinální kohortové studie lze použít k testování hypotéz například o důvodech změn v počtech úmrtí vyvolaných drogami i k monitorování celkového rizika a zjišťování měnících se vzorců v příčinách úmrtí.

V závislosti na prostředí výběru (např. studie prováděné v zařízeních protidrogové léčby) a kritériích pro zařazení (např. injekční uživatelé drog, uživatelé heroinu) většina kohortových studií uvádí úmrtnost mezi problémovými uživateli drog v rozmezí 1 až 2 % ročně. Přestože relativní význam příčin úmrtí se mezi zeměmi a v čase liší, obecně bývá hlavní příčinou úmrtí předávkování drogami, které je příčinou až 50–60 % úmrtí mezi injekčními uživateli drog v zemích s nízkou prevalencí HIV/AIDS. Některé země bohužel vykazují nízkou míru detekce předávkování v obecných evidencích úmrtnosti, a proto se u významného počtu úmrtí zaznamenaných s „neznámou“ nebo nedostatečně specifikovanou příčinou (např. srdeční záchvat) může jednat o předávkování. Pro zvýšení validity popisu příčin úmrtí může být přihlédnuto také k dalším zdrojům informací (tj. speciálním policejním nebo forenzním evidencím úmrtnosti).

Centrum EMCDDA vytvořilo protokol, který má členské státy pobídnout k provádění kohortových studií úmrtnosti s cílem poskytovat srovnatelné informace o rizicích úmrtí mezi problémovými uživateli drog a utvářet politiky prevence a péče. Nejnovější evropské studie byly provedeny v Německu, Španělsku, Itálii, Nizozemsku, Spojeném království a Norsku. Třetina členských států EU žádnou kohortovou studii úmrtnosti dosud neprovedla, i když několik zemí hlásí studie, které probíhají nebo jsou na rok 2009 plánovány (např. Česká republika, Francie, Lotyšsko, Polsko).

Úmrtí nepřímo související s užíváním drog

Lze odhadnout, že v roce 2006 zemřelo v Evropské unii na HIV/AIDS, které lze připsat užívání drog, 2 100 lidí ⁽¹⁵²⁾, přičemž k 89 % těchto úmrtí došlo ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku. Po zavedení vysoce účinné

Odhad celkové úmrtnosti připisované problémovému užívání drog: nový vývoj

Nedávné kohortové studie úmrtnosti v Evropské unii nasvědčují tomu, že úmrtí vyvolaná drogami (předávkování) obvykle představují pětinu až polovinu celkového počtu úmrtí mezi problémovými uživateli drog. To naznačuje, že celková úmrtnost v této populaci by mohla být asi dvakrát až pětkrát vyšší než počet registrovaných úmrtí vyvolaných drogami. Tento násobitel se mezi jednotlivými zeměmi liší podle různých faktorů, včetně rizikového chování, procenta smrtelných předávkování a prevalence dalších možných příčin úmrtí.

Centrum EMCDDA prosazuje výzkum odhadů celkové úmrtnosti mezi problémovými uživateli drog. V roce 2008 přezkoumal literaturu, zdroje dat a možné metody na tomto poli jeden projekt ve spolupráci s vědci z České republiky ⁽¹⁾. Skupina odborníků doporučila pro budoucí studie dvě metody: metodu násobitele založenou na počtu registrovaných smrtelných předávkování a extrapolaci metodu založenou na úmrtnosti v kohortách problémových uživatelů drog a národních odhadech populace problémových uživatelů drog. Obě metody byly úspěšně ověřeny v pilotních studiích v České republice a EMCDDA plánuje vytvoření skupiny zemí, které by měly zájem tuto práci v blízké budoucnosti využít.

⁽¹⁾ Viz <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drld>

antiretrovirové léčby v roce 1996 úmrtnost na HIV/AIDS ve většině zemí EU výrazně poklesla, i když v Portugalsku byl pokles mnohem méně výrazný. Nárůst pozorovaný v posledních letech v Estonsku je v souladu s vysokými odhady prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog v této zemi (pět až šest z deseti) a vysokým podílem těch, kteří o své infekci údajně nevěděli. Nedávný nárůst hlásí také Lotyšsko. V současnosti je ve většině zemí odhadovaná úmrtnost na HIV/AIDS mezi uživateli drog nízká, s výjimkou Španělska a Portugalska. V Itálii, Francii a Lotyšsku je úmrtnost na HIV/AIDS na podobné úrovni jako úmrtnost na předávkování ⁽¹⁵³⁾.

K dalším chorobám, které jsou příčinou určitého podílu úmrtí mezi uživateli drog, patří chronická onemocnění, jako například choroby jater (v důsledku nákazy hepatitidou C a nadměrného užívání alkoholu), rakovina a kardiovaskulární potíže. Dalším příčinám byla věnována mnohem menší pozornost, bez ohledu na skutečnosti, které naznačují, že mají značný dopad. Například úrazy (nehody, vraždy a další násilí) a sebevraždy mohly zapříčinit 25 nebo více procent úmrtí problémových uživatelů drog. V rámci přehledu literatury (Darke a Ross, 2002) bylo zjištěno, že počet sebevražd mezi uživateli

⁽¹⁵²⁾ Rok 2006 byl vzat jako poslední rok, za který Eurostat poskytl informace o příčinách úmrtí téměř pro všechny členské státy. Podrobné informace o zdrojích, skupinách přenosu HIV, počtech a výpočtech viz tab. DRD-5 (část iii) ve Statistickém věstníku 2009.

⁽¹⁵³⁾ Viz obr. DRD-7 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

heroinu je 14krát vyšší než v běžné populaci. V nedávných kohortových studiích v Evropě byla sebevražda příčinou 6 až 11 % úmrtí mezi problémovými uživateli drog. Avšak celkový dopad těchto příčin se obtížně posuzuje kvůli omezené dostupnosti údajů.

Snižování počtu úmrtí

Dvanáct zemí hlásí, že jejich národní protidrogová strategie zahrnuje část věnovanou snižování počtu úmrtí vyvolaných drogami. Jedna země, Spojené království, má specifický akční plán ke snižování škod souvisejících s drogami, který stanoví konkrétní opatření k prevenci úmrtí souvisejících s drogami. Třináct zemí nemá ani konkrétní strategii, ani oddíl národní protidrogové strategie věnovaný snižování počtu úmrtí vyvolaných drogami a dvě země nepodaly žádné informace.

Intervence

Jedna výhledová dlouhodobá studie mezi problémovými uživateli drog v Itálii ukázala, že riziko úmrtí v kohortě bylo ve srovnání s běžnou populací desetkrát vyšší (Davoli a kol., 2007). Účast v léčbě snižovala riziko úmrtí na čtyřnásobek míry rizika v běžné populaci, čímž se potvrdilo, že protidrogová léčba snižuje úmrtnost související s drogami. Studie však také ukázala, že nejvyšší úmrtnost byla mezi uživateli drog pozorována v době do 30 dnů po ukončení léčby. Toto zjištění zdůrazňuje potřebu pečlivého poléčebného sledování a také nutnosti vyhnout se velmi krátkým léčebným epizodám, kde by rizika mohla převážet nad přínosy léčby.

Poskytování osvětových a prevenčních materiálů je hlášeno z většiny zemí, pro které jsou dostupné údaje. Podle odborníků z 28 zemí⁽¹⁵⁴⁾ tištěné nebo multimediální materiály k prevenci předávkování pro uživatele drog byly poskytnuty v posledním roce většině problémových uživatelů nebo téměř všem problémovým uživatelům v devíti zemích a menšině z nich ve dvanácti zemích a Francouzském společenství Belgie. Tyto materiály neexistují v Turecku a jen malý počet problémových uživatelů drog k nim má přístup v Estonsku, Lotyšsku, Maďarsku a na Slovensku. Z Bulharska nejsou k dispozici žádné informace.

K velkému počtu fatálních i nefatálních předávkování dochází za přítomnosti dalších osob, včetně vrstevníků nebo členů rodiny uživatele drog, zdravotního a sociálního personálu, policie nebo vězeňské služby, kteří by měli možnost zasáhnout. Deset zemí hlásí specifické materiály, které mají pomoci rodinám uživatelů drog rozpoznat

a zvládnout předávkování drogami, v osmi zemích jsou takové materiály k dispozici pro policisty a v sedmi zemích byly vytvořeny pro personál věznic⁽¹⁵⁵⁾. Další cílové skupiny zahrnují pracovníky protidrogových center, personál ambulancí, zdravotní záchrané služby a rychlé lékařské pomoci i přistěhovalce z ruskojazyčných zemí a romskou populaci. Počet zemí, kde jsou dostupné materiály pro několik cílových skupin, je však omezený a ne všechny materiály jsou dostupné po celé zemi.

Osvětu o rizicích předávkování hlásí všechny země a v devíti z nich osvěta existuje ve většině relevantních měst s významným počtem problémových uživatelů drog. Ve čtyřech zemích však tyto aktivity probíhají pouze v menšině relevantních měst a v dalších dvanácti zemích pouze v několika městech.

Specifické vzdělávací kurzy k řešení případů předávkování jsou poskytovány buďto individuálně, nebo skupinově. Uživatelé drog jsou informováni o rizicích předávkování, včetně snížené tolerance po obdobích abstinence, o účincích a rizicích souběžného užívání více drog, zvláště o souběžném užívání alkoholu, o rizicích užívání drog v nepřítomnosti jiných osob a o poskytování první pomoci. Národní odborníci odhadují, že v sedmi zemích v posledních 12 měsících absolvovala nějaké školení jak postupovat v případě předávkování většina problémových uživatelů drog, zatímco v deseti zemích ho absolvovala pouze menšina a v dalších šesti zemích (Belgie, Lotyšsko, Rakousko, Polsko, Rumunsko, Slovensko) se školení tohoto typu dostalo jen malému počtu problémových uživatelů drog. Školení, jak postupovat v případě předávkování, není dostupné v Estonsku, Maďarsku a Turecku.

Uživatelé drog, kteří mají dřívější zkušenost s nefatálním předávkováním, mají vyšší riziko předávkování v budoucnosti (Coffin a kol., 2007) a je třeba se na ně konkrétně zaměřit. Individuální hodnocení rizika předávkování je prováděno školeným personálem a snaží se identifikovat osoby, které potřebují další podporu. Podle odborníků bylo hodnocení rizik předávkování provedeno nejméně jednou v posledním roce u většiny problémových uživatelů drog v devíti zemích, zatímco v 16 zemích byla tato intervence provedena pouze u menšiny. Z Bulharska, Německa a Francie nejsou k dispozici žádné informace.

Poskytování naloxonu uživatelům není v Evropě standardním přístupem k prevenci předávkování, i když distribuce dávek k domácí aplikaci je běžná v protidrogových službách v Itálii, kde je lze koupit také v lékárnách bez předpisu. Ve Spojeném království se právní status naloxonu změnil v roce 2005, když bylo povoleno, že naloxon smí podat kterákoli osoba za

⁽¹⁵⁴⁾ Viz tab. HSR-8 ve Statistickém věstníku 2009. Úroveň poskytování vybraných intervencí k prevenci úmrtí souvisejících s drogami posuzovali odborníci z 26 zemí EU, Turecka a Norska.

⁽¹⁵⁵⁾ Viz tab. HSR-8 (část ii) ve Statistickém věstníku 2009.

Snížování počtu úmrtí z předávkování po propuštění z věznic

V Anglii podle odhadu došlo k 15 % z počtu 1 506 úmrtí z předávkování drogami v roce 2005 u osob, které byly nedlouho předtím propuštěny z věznic (Ministerstvo zdravotnictví, 2007). Mezinárodní studie toto zvýšené riziko úmrtí v důsledku neúmyslného předávkování drogou v době bezprostředně po propuštění z věznic potvrzují (např. Farrell a Marsden, 2008). Tyto studie také potvrzují potřebu lepších řešení problémů duševního zdraví a problémů s drogami u těch, kteří byli ve věznicích.

Podle odborných hodnocení z 24 zemí se v šesti evropských zemích poradenství ohledně rizika předávkování a prevence před propuštěním z věznic neposkytuje, v deseti zemích se poskytuje pouze malému počtu problémových uživatelů drog ve věznicích a v dalších šesti zemích méně než polovina z nich. Pouze Itálie a Lucembursko poskytují tuto službu většině cílové populace. Jelikož den propuštění může být obtížné předpovědět, zvláště u osob ve vazbě, osvěta o rizicích předávkování by v ideálním případě měla být nabízena ve věznicích pravidelně, aby se snížilo rizikové chování.

Substituční léčba závislosti na opiátech, která prokázala ochranný účinek v prostředí věznic (Dolan a kol., 2005), je ve věznicích EU podle všeho čím dál dostupnější a v 21 zemích existuje zákonná možnost zahájit substituční léčbu ve věznicích (viz kapitola 2). Příležitost zahájit léčbu tohoto typu ve věznicích snižuje riziko předávkování a úmrtí po propuštění z věznic a snižuje procento případů opětovného uvěznění (WHO, 2009). Je však důležité zajistit vhodné napojení vězeňských zdravotnických služeb a poskytovatelů komunitní léčby, aby se zabránilo případným mezerám v návaznosti léčby.

okolností, kdy je o záchranu života. Vedle toho byl posuzován dopad školení jak postupovat v případě předávkování, které bylo spojeno s distribucí dávek naloxonu k domácí aplikaci, a to v kohortové studii s 239 uživateli opiátů vybranými z léčebných zařízení (Strang a kol., 2008). Výsledky ukazují lepší znalost příznaků předávkování a větší míru důvěry v použití naloxonu. Během prvních tří měsíců bylo všech 12 případů předávkování, kdy byl použit naloxon, úspěšně zvládnuto, zatímco ze šesti případů předávkování, kdy naloxon použit nebyl, došlo v jednom případě k úmrtí. Autoři dospívají k závěru, že širší poskytování může dále snížit počet úmrtí souvisejících s drogami, a doporučují další studie dopadu školení, jak postupovat v případě předávkování, a dopadu distribuce naloxonu pro urgentní případy mezi uživateli opiátů.

Dalším kontroverzním přístupem je zajišťování aplikačních místností s lékařským dohledem ⁽¹⁵⁶⁾, které má snížit riziko úmrtí klientů tím, že v případě předávkování na místě poskytuje okamžitou a vhodnou lékařskou pomoc. Provozní údaje z těchto zařízení v Evropě, Kanadě a Austrálii naznačují, že předávkování, k nimž dojde v tomto zařízení, jsou úspěšně zvládnuta a žádná smrtelná předávkování hlášena nejsou. Milloy a kol. vypočítali počet úmrtí potenciálně odvrácených v případě provozování aplikační místnosti s lékařským dohledem ve Vancouveru. Odhadli, že se mohlo podařit odvrátit dvě až dvanáct úmrtí za rok (Milloy a kol., 2008). To potvrzuje dřívější zjištění ohledně pravděpodobného přínosu těchto zařízení z hlediska snížení počtu úmrtí z předávkování v oblastech, kde je dostatečné pokrytí.

⁽¹⁵⁶⁾ Přehled o tomto tématu viz EMCDDA (2004).



Kapitola 8

Nové drogy a vznikající trendy

Úvod

Užívání nových psychoaktivních látek a nové vzorce užívání drog mohou mít významné důsledky pro veřejné zdraví a politiku. Těžko se však odhalují, protože obvykle se nejdříve objevují na nízkých úrovních a ve specifických místech nebo u omezených podskupin populace. Jen málo zemí má monitorovací systémy, které jsou vůči tomuto novému jevu na poli drog citlivé, a metodické potíže při sledování tohoto druhu užívání drog jsou značné. Nicméně význam určování potenciálních nových hrozeb je široce uznáván. Systém včasného varování Evropské unie poskytuje mechanismus rychlé reakce na objevení nových psychoaktivních látek na drogové scéně. Činnosti na podporu systému včasného varování tvoří významnou součást práce EMCDDA a zapadají do širší perspektivy využívání různých zdrojů dat pro zlepšování včasnosti a citlivosti evropského protidrogového monitorovacího systému.

Opatření v oblasti nových drog

Rozhodnutí Rady o nových psychoaktivních látkách ⁽¹⁵⁷⁾ zavádí mechanismus pro rychlou výměnu informací o nových psychoaktivních látkách, které mohou představovat hrozbu pro veřejné zdraví a sociální hrozbu (systém včasného varování) ⁽¹⁵⁸⁾. Dává také možnost zahájit formální proces hodnocení rizik, jehož zjištění mohou vést k politickému rozhodnutí zavést kontrolu těchto nových látek v celé Evropské unii.

Od jeho zřízení v roce 1997 bylo systémem včasného varování hlášeno více než 90 látek. Až do nedávné doby tvořily velkou část oznámení fenetylaminu a tryptaminy. V posledních několika letech se však objevuje mnohem rozmanitější škála látek. K těm patří četné deriváty piperazinu a katinonu i různorodé směsi nových látek včetně rostlinných produktů, nevelký počet neobvyklých stimulantů a halucinogenů a některé léčivé přípravky.

V průběhu roku 2008 bylo poprvé v EU prostřednictvím systému včasného varování oficiálně ohlášeno 13 nových

psychoaktivních látek. Vedle nových syntetických drog, které představovaly 11 z nově hlášených látek, tato skupina zahrnovala dvě rostliny, avšak žádné léčivé přípravky.

Chemické složení těchto dvou hlášených rostlin – kratomu a kavy – je z literatury poměrně dobře známé. Tradičně se používají v jiných částech světa a jejich přítomnost na evropské drogové scéně je podle všeho omezená.

Nově hlášené syntetické sloučeniny jsou většinou psychotropní látky podobné těm, které jsou uvedeny na Seznamu I a II Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971. Z nových látek hlášených v roce 2008 jich v porovnání s předchozími roky patří méně do hlavních chemických skupin – fenetylaminů (jedna), tryptaminů (dvě) a piperazinů (žádná). Je pozoruhodné, že šest z nově hlášených látek jsou deriváty katinonu. Většina nových syntetických látek má stimulační vlastnosti, zatímco halucinogenní účinky mají pouze tři.

V roce 2008 byl vůbec poprvé systémem včasného varování hlášen syntetický kanabinoid (JWH-018). Přítomnost syntetických kanabinoidů znamená nejnovější etapu ve vývoji „designerských drog“: od drog založených na fentanyl v 80. letech 20. století přes kruhově substituované fenetylaminu na konci 80. let a tryptaminy v 90. letech 20. století až po deriváty piperazinů a katinonů po roce 2000. Existuje více než sto sloučenin, které aktivizují kanabinoidní receptory, a lze předpokládat, že na drogové scéně se budou i nadále objevovat nové látky z odlišných chemických skupin. To vše představuje neustálou výzvu pro orgány veřejného zdravotnictví a orgány pro prosazování práva, a to jak z hlediska forenzní a toxikologické identifikace těchto nových látek, tak z hlediska neprodleného hodnocení rizik a v případě potřeby zavedení kontrolních opatření.

Produkty „spice“ a související syntetické kanabinoidy

Produkty nabízené na internetu a v některých specializovaných obchodech pod názvem „spice“ jsou

⁽¹⁵⁷⁾ Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV ze dne 10. května 2005 o výměně informací, hodnocení rizik a kontrole nových psychoaktivních látek (Úř. věst. L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psychoaktivní rostliny hlášené systémem včasného varování

V posledních letech bylo hlášeno pět psychoaktivních rostlin. Druhy zjištěné systémem včasného varování nepodléhají mezinárodní kontrole, ale mohou být kontrolovány členskými státy EU.

Kava (*Piper methysticum*) je keř, který se po staletí používá na Jižních tichomořských ostrovech k ceremoniálním účelům. Čaj vyluhovaný z kořenů rostliny se užívá pro své anxiolytické a relaxační účinky. Panují rostoucí obavy, že dlouhodobé užívání kavy může způsobit poškození jater. Rostlina ani její účinné látky (kavalaktony) nejsou podle hlášení kontrolovány v žádném členském státu EU.

Kata představuje listy a čerstvé výhonky rostliny *Catha edulis*, keře pěstovaného ve východní Africe a na Arabském poloostrově. Užívá se jako lehký stimulant žvýkáním čerstvé rostlinné hmoty. Účinné látky, katinon a katin, jsou chemicky blíže příbuzné se syntetickými drogami, jako je amfetamin a metkatinon, a jsou mezinárodně kontrolovány podle úmluvy OSN z roku 1971. *Catha edulis* je kontrolována ve 12 členských státech EU.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) je dřevina, jejímž domovem je jihovýchodní Asie. Listy lze žvýkat, kouřit nebo vyluhovat jako

čaj. Při nízkých dávkách má stimulační účinky. Při vyšších dávkách má kratom účinky podobné opiátům a používá se v tradičním lékařství k léčbě bolesti a abstinence od opiátů. Hlavními účinnými látkami kratomu jsou mitragynin, mitrafylin a 7-hydroxymitragynin, i když mitragynin pravděpodobně zodpovídá za analgetické působení kratomu a tišení symptomů abstinence od opiátů. Rostlina, mitragynin a 7-hydroxymitragynin jsou kontrolovány v Dánsku, zatímco v Litvě podléhá kontrole samotná rostlina a látka mitragynin.

Šalvěj divotvorná (*Salvia divinorum*) je trvalka, jejímž domovem je jižní Mexiko, kde je pro své halucinogenní vlastnosti tradičně užívána k ceremoniálním účelům. Hlavní účinná látka, salvinorin-A, je silný agonista kappa opiátových receptorů. Rekreační způsoby užívání šalvěje zahrnují žvýkání listů a kouření nebo sublingvální podání koncentrovaných výtažků, které podle všeho navozují intenzivní účinky. Požití listů nebo semen rostliny navozuje dlouhodobější, avšak méně intenzivní účinek. *Salvia divinorum* nebo její účinné látky jsou kontrolovány v šesti členských státech a Chorvatsku.

Havajská růže (*Argyrea nervosa*) je popínavá trvalka. Její semena obsahují účinnou látku amid kyseliny d-lysergové (LSA, známý též jako d-lysergamid), což je látka blíže příbuzná s LSD, která může navozovat mírné halucinogenní účinky. LSA podléhá kontrole jako droga v Irsku a Spojeném království.

dostupné nejméně od roku 2006. Přestože „spice“ může být nabízeno jako vonná směs, popisují někteří uživatelé při jejím kouření účinky podobné účinkům konopí. Po hlášení ze Švédska monitoruje systém včasného varování produkty „spice“ od počátku 2008.

Informace na obalu produktů „spice“ uvádí, že obsahují až 14 složek rostlinného původu. Zatímco dvě z těchto složek – *Pedicularis densiflora* a *Leonotis leonurus* – mohou mít jistý psychoaktivní účinek, o farmakologii a toxikologii rostlinného materiálu údajně obsaženého v produktech „spice“ je známo málo. Proto nelze vyslovit žádné konečné stanovisko ohledně potenciálních zdravotních rizik nebo možných psychoaktivních účinků těchto produktů. Syntetické složky v informacích o produktu uvedeny nejsou.

V roce 2008 se produkty „spice“ i různé další rostlinné směsi napodobující „spice“ daly koupit v on-line obchodech a byly dostupné v obchodech typu „head shop“ nebo „smart shop“ prodávajících „legální opojení“ nejméně v devíti členských státech EU (Česká republika, Německo, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Rakousko, Polsko, Portugalsko, Spojené království).

Členské státy provedly rozsáhlá forenzní šetření, aby zjistily psychoaktivní složky produktů „spice“. V prosinci 2008 Německo a Rakousko zjistily syntetický kanabinoid JWH-018⁽¹⁵⁹⁾. Chemická struktura JWH-018 se podstatně

liší od chemické struktury tetrahydrokanabinolu (THC), hlavní účinné látky všech konopných produktů. U pokusných zvířat JWH-018 vyvolává stejné účinky jako THC a podle zpráv je silnější. Počátkem roku 2009 byl ve vzorcích „spice“ v Evropě zjištěn druhý syntetický kanabinoid, CP 47,497⁽¹⁶⁰⁾, a tři jeho homology.

Syntetické kanabinoidy byly zjištěny pouze v omezeném počtu vzorků a v různých množstvích. Podle všeho byly tyto syntetické látky přidány tajně, protože informace na obalu produktů „spice“ uvádějí pouze rostlinné složky.

O látkách JWH-018 a CP 47,497 a jejich homolozích není známo, že by samy o sobě byly hojně užívány jako psychoaktivní drogy. Proto bude teprve nutné zjistit, zda existuje specifická poptávka po těchto konkrétních látkách a zda je potřeba další opatření, jak stanoví rozhodnutí Rady 2005/387/JVV.

Jako odpověď na potenciální zdravotní rizika přijalo pět členských států různé právní kroky k tomu, aby zakázaly nebo jinak kontrolovaly produkty „spice“ a příbuzné sloučeniny. Německo použilo nouzovou legislativu o omamných látkách ke kontrole pěti syntetických kanabinoidů zjištěných v produktech „spice“ po dobu jednoho roku. Francie klasifikovala šest syntetických kanabinoidů zjištěných v produktech „spice“ jako omamné látky. Rakousko využilo svůj zákon o léčivech k tomu, aby zabránilo dovozu směsí ke kouření obsahujících šest

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)metanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimethylheptyl)-2-[(1R,3S)-3-hydroxycyklohexyl]-fenol.

Národní postupy hodnocení rizik

V roce 2008 provedlo centrum EMCDDA studii, která zjišťovala, jaké národní právní postupy jsou uplatňovány při zařazování nových látek pod působnost protidrogové legislativy, jak dlouhá je doba potřebná pro tento postup a zda je uplatňován nějaký národní postup hodnocení rizik. Ve 26 sledovaných zemích jsou patrné tři různé přístupy k hodnocení rizik. V šesti zemích se národní hodnocení rizik neprovádí vůbec. Obecně tyto země vycházejí z hodnocení rizik prováděných na mezinárodní nebo evropské úrovni. V sedmi zemích může být národní hodnocení rizik provedeno ad hoc, je-li to třeba. A ve třinácti zemích se provádí určitá forma hodnocení rizik při rozhodování o tom, zda látku kontrolovat, buďto stanovená protidrogovým zákonem nebo jeho ekvivalentem, nebo jako součást požadovaného postupu při návrhu jakékoli nové legislativy.

Míra zjištěné újmy neovlivní rychlost legislativního procesu ve 12 z 20 zemí, které případně provádějí svá vlastní hodnocení rizik. Čtyři země (Německo, Lucembursko, Slovensko, Švédsko) mohou přejít ke zkrácenému legislativnímu procesu, jestliže je míra rizika hodnocena jako vysoká. Ve Francii, Rakousku a Norsku urgentní případy vedou ke zkrácení doby samotného hodnocení rizik. V Nizozemsku jsou dostupné obě možnosti.

V 16 zemích provádí národní hodnocení rizik skupina odborníků z veřejné správy, buďto v rámci příslušného ministerstva, nebo státního či vládního orgánu. Šest zemí má nebo může uplatnit možnost konzultace s nezávislými vědci, jestliže je to vnímáno jako potřebné. A ve třech zemích (Nizozemsko, Rakousko, Spojené království) provádějí hodnocení rizik nezávislé vědecké orgány.

Další informace viz zprávy o legislativě v databázi ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

syntetických kanabinoidů nebo jejich prodeji v zemi. Lucembursko se rozhodlo kontrolovat různé syntetické kanabinoidy jako psychotropní látky. Polsko novelizovalo zákon o omamných látkách, přičemž začalo kontrolovat JWH-018 a dvě z údajně rostlinných složek produktu „spice“.

Internet: trh pro psychoaktivní látky

Internet se stal novým trhem pro psychoaktivní látky, který dává prodejcům možnost nabízet široké veřejnosti k prodeji alternativy kontrolovaných drog. Internetový trh má důsledky pro potenciální šíření nových psychoaktivních látek a jeho monitorování je čím dál významnějším prvkem zjišťování nových drogových trendů. Zvláště je nezbytné se zaměřit na rizika spojená s látkami, které jsou nabízeny k prodeji. Informace o nových produktech potřebují uživatelé i profesionální pracovníci, včetně klinických

toxikologů, specialistů na kontrolu jedů a osob pracujících v protidrogové oblasti.

Ke stanovení současného vývoje na internetovém trhu s drogami provádí EMCDDA každoroční krátkodobou studii. V roce 2009 bylo sledováno celkem 115 on-line obchodů. Podle národních domén a dalších informací na internetových stránkách se tyto on-line obchody nacházejí v 17 evropských zemích. Většina zjištěných on-line prodejců měla sídlo ve Spojeném království (37 %), Německu (15 %), Nizozemsku (14 %) a Rumunsku (7 %).

Halucinogenní houby obsahující psilocin a psilocybin nebyly v roce 2009 nabízeny k prodeji v žádném ze sledovaných on-line obchodů, na rozdíl od roku 2008. Čtyři on-line prodejci se sídlem ve Francii a v Nizozemsku však nabízeli sklerocium – ztvrdlé mycelium halucinogenních hub *Psilocybe mexicana* a *Psilocybe tampanensis*.

K novým produktům nabízeným k prodeji v roce 2009 patří řada rostlinných produktů určených ke kouření a „párty pilulky“ obsahující nové legální alternativy benzylopiiperazinu (BZP). Ve zvýšené míře se objevilo také zaměření na produkty ke šňupání nebo rostlinné prášky.

Produkty „spice“⁽¹⁶¹⁾ nabízelo k prodeji 48 % sledovaných prodejců. Zatímco on-line obchody prodávající „spice“ měly sídlo ve 14 různých evropských zemích, více než dvě pětiny těchto obchodů se nacházely ve Spojeném království (42 %) a významné počty také v Irsku, Lotyšsku a Rumunsku.

Obavy ohledně produktů „spice“ vedly k tomu, že řada zemí přijala právní kroky k tomu, aby tyto látky zakázaly nebo jinak kontrolovaly. Do března 2009 byly produkty „spice“ staženy z on-line obchodů se sídlem v Německu, Rakousku a Francii.

V roce 2009 se na internetovém trhu začaly objevovat směsi ke kouření jako alternativa „spice“. Sledovaní prodejci nabízeli k prodeji nejméně 27 různých rostlinných směsí ke kouření jako alternativy produktů „spice“. Tyto produkty podle reklamy obsahují složky rostlinného původu, i když některé obsahují také halucinogenní houbu *Amanita muscaria*. Alternativy produktů „spice“ nabízené k prodeji v Rakousku a Německu zahrnují několik rostlinných směsí ke kouření, které se prodávají jako „odorizéry místností“ nebo jako vonné směsi. Rychlý nástup náhradních produktů zastupujících „spice“ podtrhuje schopnost tohoto trhu reagovat neprodleně na změněný právní status psychoaktivních látek, často uvedením nových látek na trh.

Protože benzodiazepin začal v členských státech EU podléhat kontrolním opatřením, tuto látku už nelze dále

⁽¹⁶¹⁾ Viz „Produkty „spice“ a související syntetické kanabinoidy“, s. 90.

používat v „párty pilulkách“ prodávaných jako legální alternativy extáze. Na začátku roku 2009 nabízelo mnoho on-line prodejců „párty pilulky“ neobsahující BZP. Například on-line obchody se sídlem v Irsku, Polsku a Spojeném království nabízely „retro pilulky“, které měly údajně obsahovat 1-(4-fluorofenyl)piperazin (pFPP), což je látka, u níž bývají popisovány mírné halucinogenní a silné euforické účinky.

Produkty ke šňupání jsou nabízeny jako alternativa ke kontrolovaným drogám jako například kokain nebo amfetaminy. Produkty mají obsahovat kofein a řadu přísad rostlinného původu, jako například *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* a *Tilia europea*.

Sledování látek

Piperaziny

V roce 2007 došla zpráva EMCDDA a Europolu o aktivním monitorování mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazin) k závěru, že pro uživatele tato látka není nijak zvláště přitažlivá a že se jeví nepravděpodobné, že by se sama o sobě etablovala jako rekreační droga. V roce 2008 však mCPP zůstal i nadále nejběžněji dostupnou novou syntetickou drogou na trhu nezákonných drog, ať už se vyskytoval sám o sobě nebo ve spojení s MDMA. To je doloženo počtem záchytů a množstvím zadrženého materiálu, který byl centru EMCDDA a Europolu nahlášen. Je nadále nejasné, zda se tato látka užívá k umocnění nebo napodobení některých účinků MDMA nebo prostě jen k „ředění“. Avšak protože mCPP není ve většině členských států kontrolovanou látkou, je pravděpodobné, že záchyty jsou podhodnoceny.

3. března 2008 Rada rozhodla, že členské státy učiní nezbytná opatření, aby v souladu se svým vnitrostátním právem podrobily BZP kontrolním opatřením přiměřeným rizikovitosti této látky a trestněprávním sankcím stanoveným vnitrostátními právními předpisy, které jsou v souladu s jejich závazky vyplývajícími z Úmluvy Organizace spojených národů o psychotropních látkách z roku 1971 ⁽¹⁶²⁾. Členské

státy vynaloží úsilí k přijetí těchto opatření co nejdříve, nejpozději však do jednoho roku ode dne vydání uvedeného rozhodnutí. V době přípravy této zprávy uvádělo 17 členských států ⁽¹⁶³⁾, že BZP u nich podléhá kontrole.

GHB/GBL a ketamin

Kyselina gama-hydroxymáselná (GHB) a ketamin jsou v Evropě pod dohledem od roku 2000, kdy bylo provedeno hodnocení rizik obou těchto látek podle podmínek společné akce o nových syntetických drogách z roku 1997 (EMCDDA, 2002).

Nevelký počet zemí hlásí údaje o prevalenci pro GHB a ketamin a odhady prevalence, které jsou hlášeny, zůstávají na mnohem nižších úrovních než pro ostatní nezákonné drogy. Změny v situaci je obtížné posoudit, protože údaje o prevalenci se získávají z nepravděpodobnostních vzorků s omezenou porovnatelností v čase a mezi vzorky. Nizozemská studie Trendwatch uváděla v roce 2007 mírný nárůst v užívání GHB ve specifických sítích a regionech Nizozemska, avšak jak GHB, tak ketamin jsou užívány méně často než ostatní „párty“ drogy a většinou ve skrytých populacích, doma a na večírcích. Na rozdíl od nárůstů hlášených v předchozích letech ukazují nejnovější statistiky o urgentních příjmech v souvislosti s GHB v Amsterdamu výrazný pokles, a to ze 444 případů v roce 2006 na 110 v roce 2007. Studie provedená v jedné londýnské nemocnici uvedla 58 urgentních příjmů v souvislosti s užíváním ketaminu v roce 2006 a stejný počet v roce 2007. Ve většině případů souvisejících s ketaminem byla droga požitá společně s jinou drogou, pouze v 11 % případů figuroval ketamin sám o sobě a žádný z těchto případů nevyžadoval příjem na jednotku intenzivní péče (Wood a kol., 2008).

Průzkumy školní populace ESPAD provedené v roce 2007 poskytují nejnovější údaje o užívání GHB mezi studenty ve věku 15–16 let po celé Evropě. Mezi sledovanými studenty ve 26 zemích EU a dále v Norsku a Chorvatsku se celoživotní prevalence užívání GHB pohybovala od nuly do 3 %, i když většina zemí hlásila úroveň 1 % nebo nižší.

⁽¹⁶²⁾ Rozhodnutí Rady 2008/206/JVV ze dne 3. března 2008 o vymezení 1-benzylpiperazinu (BZP) jako nové psychoaktivní látky, která má podléhat kontrolním opatřením a trestněprávním ustanovením.

⁽¹⁶³⁾ Belgie, Dánsko, Německo, Estonsko, Irsko, Řecko, Francie, Itálie, Kypr, Litva, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Portugalsko, Slovensko, Finsko a Švédsko a dále také Chorvatsko, Turecko a Norsko.



Literatura

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londýn (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. a Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinky (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N. K. a Jenner, L. (editoři) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2. vydání), National Drug Strategy Monograph Series č. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. a kol. (2009), „Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project“, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, str. 88–100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., a kol. (2005), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, str. 198–202.
- Cherny, N. I., Catane, R. a Kosmidis, P. A. (2006), „Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering“, *Annals of Oncology* 17, str. 885–7.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky: Hospodářská a sociální rada, Vídeň.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. a kol. (2007), „Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose“, *Academic Emergency Medicine* 14, str. 616–23.
- 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 (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J. A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 211–3.
- Darke, S. a Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, str. 1383–94.
- 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, str. 1954–9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Brusel.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londýn (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), „Research on upper level drug trafficking: a review“, *Journal of Drug Issues* 37, str. 827–44.
- Directorate-General for Health and Consumers (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele, Brusel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Directorate-General for Health and Consumers (2008b), *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*, generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele, Brusel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B. a kol. (2005), „Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection“, *Addiction* 100, str. 820–8.
- ECDC a WHO Regional Office for Europe (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. a kol. (2008), „Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update“, *Substance Abuse* 29, str. 31–49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B. a kol. (2006), „Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution“, *Addictive Behaviours* 31, str. 519–30.
- EMCDDA (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.

- EMCDDA (2004), *European report on drug consumption rooms*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2005), *Komorbidity: užívání drog a duševní poruchy*, Drugs in focus č. 14, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007b), *Drogy a trestná činnost: složitý vztah*, Drugs in focus č. 16, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007c), *Drugs and driving*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph č. 8, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2008b), *Výroční zpráva za rok 2008: stav drogové problematiky v Evropě*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EMCDDA (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, vybrané téma, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights č. 10, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Evropská komise (2007), „Zpráva Komise Evropskému parlamentu a Radě o provedení doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí“, KOM (2007) 199 v konečném znění (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0199:FIN:CS:PDF>).
- Evropská komise (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Evropská komise (2008b), „Young people and drugs among 15–24 year-olds“, *Flash Eurobarometer 233* (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2006), *The CPT standards – ‘substantive’ sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. a Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales“, *Addiction* 103, str. 251–5.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londýn.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. a kol. (2007), „Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection“, *International Journal of Drug Policy* 18, 437–43.
- Hall, W. a Solowij, N. (1998), „Adverse effects of cannabis“, *Lancet* 1352, str. 1611–16.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. a Razc, J. (editoři) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. a Wiessing, L. (2008b), „From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, str. 503–17 (DOI: 10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. a kol. (2005), „Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people“, *BMJ* 330, str. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. a kol. (2008), „Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction“, *Substance Use Misuse* 43, str. 1464–75.
- Hibell, B. a kol. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*,

- Švédská rada pro informace o alkoholu a dalších drogách (CAN) a skupina Pompidou Rady Evropy.
- Hoare, R. a Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londýn.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. a kol. (2008), „Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths”, *American Journal of Public Health* 98, str. 2229–36.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. a kol. (editoři) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M. a Lima, M. S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders”, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, skupina Pompidou, Pabst Science Publishers, Lengerich, Německo.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M. a Hauser, P. (2006), „Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management”, *Drugs* 66, str. 155–74.
- McCambridge, J., Slyn, 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, str. 1819–20.
- McIntosh, J., Bloor, M. a Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment”, *Addiction Research and Theory* 16, 37–45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A. a Cottler, L. B. (2009), „The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups”, *Addictive Behaviors* 34, 223–6.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. a kol. (2008), „Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility”, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. a Trapková, B. (2007), „Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study”, *Československá psychologie* 103 (Supplement 51), str. 109–18 (http://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).
- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. a Lang, J. P. (2007), „Prise en charge de l'hépatite C chez les patients tilisateurs de drogues” [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, str. S51–5.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londýn.
- Nordstrom, B. R. a Levin, F. R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature”, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–42.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005–2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paříž.
- Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A. a kol. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life”, *Addiction* 103, str. 439–49.
- Piontek, D., Kraus, L. a Klempova, D. (2008), „Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, str. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. a kol. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups”, *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey”, *Circulation* 103, str. 502–6.
- Roesner, S. a Küfner, H. (2007), „Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)”, *Sucht* 54 (dodatek 1), str. S65–S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. a McLean, P.C. (2002), „Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services”, *Addiction* 97, str. 59–65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C. a kol. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. a Deering, D. (2008), „Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, str. 963–68.

- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. a kol. (2008), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. a Sheridan, J. (1997), „Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales“, *Addiction* 92, str. 833–8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. a kol. (2008), „Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses“, *Addiction* 103, str. 1648–57.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. a Gill, O. N. (2008), „The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis“, *Journal of Viral Hepatitis* 15, str. 797–808.
- Swift, W., Hall, W. and Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–18.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. a kol. (2009), „HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention“, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. a kol. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, str. 160–2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. a Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances č. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paříž.
- UNODC (2009), *World drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- UNODC a vláda Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature“, v Cools, M. a kol. (editoři), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antverpy.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. a kol. (připravuje se), „Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis“, *Addiction*.
- Wagner, F. A. a Anthony, J. C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol“, *Neuropsychopharmacology* 26, str. 479–88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. a Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 „Je bent niet gek als je niet blowt“*, Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, Světová celní organizace, Brusel.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Kodaň (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, World Health Organization, Ženeva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. a kol. (2008a), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability“, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C. a kol. (2008b), „HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East“, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L. a Dargan, P. I. (2008), „Ketamine-related toxicology presentations to the ED“, *Clinical Toxicology* 46, str. 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K. a Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey“, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie

2009 – 98 s. – 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-379-6

Jak získat publikace EU

Publikace na prodej:

- prostřednictvím EU Bookshopu (<http://bookshop.europa.eu>);
- u vašeho knihkupce – uveďte název, vydavatele a/nebo číslo ISBN;
- obraťte se přímo na některého z našich obchodních zástupců. Jejich kontaktní údaje najdete na <http://bookshop.europa.eu> nebo je získáte zasláním faxu na číslo +352 2929-42758.

Bezplatné publikace:

- prostřednictvím EU Bookshopu (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastoupeních nebo delegacích Evropské komise. Jejich kontaktní údaje najdete na <http://ec.europa.eu> nebo je získáte zasláním faxu na číslo +352 2929-42758.

O Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA*) je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Bylo založeno v roce 1993, sídlo má v Lisabonu a slouží jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogové závislosti v Evropě.

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří věcné, objektivní, spolehlivé a srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti. Svým uživatelům tak poskytuje fakty podložený obrázek tohoto jevu na celoevropské úrovni.

Publikace centra jsou hlavním zdrojem informací pro širokou škálu zájemců, včetně tvůrců politik a jejich poradců, odborníků a výzkumných pracovníků zabývajících se drogovou problematikou, a v širším smyslu pro sdělovací prostředky a laickou veřejnost.

Výroční zpráva EMCDDA obsahuje přehled o stavu drogové problematiky v EU a je základním referenčním materiálem pro každého, kdo se zajímá o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.



Úřad pro publikace

