



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

ISSN 1830-0758

ZPRÁVA ZA ROK VÝROČNÍ 2008

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

ZPRÁVA
VÝROČNÍ
ZA ROK
2008

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 Europa (<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 00800 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 Překladatelským střediskem pro instituce Evropské unie.

Katalogové údaje jsou uvedeny v závěru této publikace.

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2008

ISBN 978-92-9168-320-8

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2008

Kopírování je povoleno pouze se souhlasem autora.

Printed in Luxembourg

VYTIŠTĚNO NA NEBĚLENÉM PAPIŘE



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

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

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvodní poznámka	9
Komentář: Drogová situace v Evropě – nové perspektivy a některé staré skutečnosti	11
Kapitola 1: Protidrogové politiky a legislativa Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU • Národní protidrogové strategie • Veřejné výdaje • Národní legislativa • Trestná činnost • Národní výzkum	18
Kapitola 2: Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled Prevence • Léčebné postupy • Minimalizace škod • Sociální reintegrace • Zdravotní a sociální řešení ve věznicích	28
Kapitola 3: Konopí Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Léčebné postupy	36
Kapitola 4: Amfetaminy, extáze a LSD Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Prostředí zábavních podniků • Poskytování léčby	47
Kapitola 5: Kokain a crack Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Léčebné postupy a minimalizace škod	58
Kapitola 6: Užívání opiátů a injekční užívání drog Nabídka a dostupnost heroínu • Odhady prevalence problémového užívání opiátů • Injekční užívání drog • Léčba problémového užívání opiátů	68
Kapitola 7: Infekční nemoci a úmrtí související s drogami Infekční nemoci • Prevence infekčních nemocí • Úmrtí a úmrtnost • Snižování počtu úmrtí	78
Kapitola 8: Nové drogy a vznikající trendy Opatření EU v oblasti nových psychoaktivních látek • Internetové obchody • GHB a GBL	90
Literatura	95



Předmluva

S hrdostí předkládáme tuto třináctou výroční zprávu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Tato zpráva je výsledkem tvrdé práce a obětavosti našich partnerů v síti národních kontaktních míst Reitox a expertů z celé Evropy, kteří přispěli k této analýze. Jsme vděční i dalším agenturám EU a mezinárodním organizacím pracujícím v oblasti drog. Naše zpráva je kolektivním dílem, děkujeme všem, kteří se na ní podíleli. Důvodem této práce je přesvědčení, že rozvážná analýza toho, co víme o drogové situaci, je podmínkou pro informovanou, produktivní a logickou diskusi. Ta zajišťuje, že názory jsou podloženy fakty a že ti, kteří přijímají obtížná politická rozhodnutí, mohou mít jasnou představu o nákladech a přínosech dostupných možností.

Tento rok byl pro protidrogovou politiku výjimečně rušný a centrum EMCDDA má tu čest, že mohlo podpořit jak závěrečné hodnocení současného protidrogového akčního plánu EU, tak i přezkum mimořádného zasedání OSN o drogovém problému z roku 1998. S potěšením lze poznamenat, že podle mezinárodních standardů je Evropa jednou z částí světa, kde monitorovací kapacity patří k těm nejrozvinutějším. Jsme si však vědomi omezení současných informačních zdrojů a neustále se svými partnery pracujeme na zvyšování kvality a relevance dostupných údajů.

Základním tématem politických diskusí o drogách jsou skryté i viditelnější náklady drogové problematiky v Evropě. O této otázce pojednávají jednotlivé části této zprávy. EMCDDA pracuje na prohloubení znalostí o veřejných výdajích spojených s bojem proti užívání drog v členských státech EU. Tato práce je ve svých počátcích a odvozené odhady jsou spíše indikativní než přesné. Ukazují však, že se vydávají značné částky, předběžně lze říci, že se jedná o 28 až 40 miliard EUR. Obtížnější je v ekonomických pojmech vyjádřit škody způsobené užíváním drog. Jaké náklady započítáme, podíváme-li se na tragické ztráty životů způsobené drogami v Evropě, na negativní dopady na společnosti, kde se drogy vyrábějí nebo prodávají, nebo na to, jak obchod s drogami podkopává sociální rozvoj a politickou stabilitu producentských a tranzitních zemí? Stačí jen zvážit

znepokojivý vývoj vyplývající z tranzitu kokainu přes západní Afriku, abychom si uvědomili, jaké vedlejší škody může tento problém způsobit.

Jsou však i pozitiva. Zdá se, že užívání drog se v Evropě stabilizuje a lze zaznamenat i pokrok ve způsobu, jakým členské státy EU tento problém řeší. U většiny forem užívání drog celkově odhadujeme, že nedochází k nárůstu, a v některých oblastech se zdá, že trend je sestupný. Pokud jde o reakce, zjistili jsme, že prakticky všechny členské státy přijaly strategický přístup a na evropské úrovni je viditelná větší soudržnost. Dostupnost léčby dále roste a v některých zemích dosáhla bodu, kdy většina uživatelů heroinu, kdysi považovaných za skrytou populaci, je nyní v kontaktu s nějakým druhem služeb. Ještě před několika lety byla v diskusích o protidrogové politice ústřední obavou infekce virem HIV mezi injekčními uživateli drog. Od té doby se v Evropě stala normou pragmatická kombinace prevence, léčby a opatření na snížení škod a počty nových infekcí přisuzovaných užívání drog poklesly a dále klesají.

Dobré zprávy se na titulní strany novin nedostanou a lze je přehlédnout. Avšak je třeba uznat pokrok tam, kde k němu došlo. Stále lépe v Evropě chápeme, jaká opatření mohou být při řešení drogových problémů účinná. Přijetí toho, že naše činnost může znamenat a také znamená změnu, je předpokladem pro zajištění investic a politické podpory. To neznamená, že naše zpráva nezdůrazňuje, že mnohé oblasti jsou pro Evropskou unii zdrojem obav. Jako příklady lze uvést neustálý růst užívání kokainu a značné rozdíly, které přetrvávají mezi zeměmi v dostupnosti a kvalitě služeb poskytovaných osobám, které se potýkají s problémy. Musíme proto na závěr říci, že i když došlo k pokroku, zdaleka ještě nejsme na konci cesty. Více než kdykoli v minulosti jsme však dnes v Evropě více zajedno v tom, jakým směrem bychom se měli vydat.

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, Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN) a Evropskému centru pro epidemiologické monitorování AIDS (EuroHIV),
- Překladačskému středisku pro instituce Evropské unie a Úřadu pro úřední tisky Evropských společenství.

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 a Norsko (jež se na činnosti EMCDDA podílí od roku 2001) v podobě národních zpráv. Zde uváděné statistické údaje se vztahují k roku 2006 (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 vychází 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 typických (modálních) hodnot, nebo, jestliže 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).

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 2006 v analýze trendů v oblasti údajů o trhu s drogami mohou nahrazovat čísla za rok 2005; u analýzy jiných trendů mohly být chybějící údaje získány interpolací. Trendy v oblasti cen jsou očištěny o inflaci na národní úrovni.

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

Další informace o údajích a analytických metodách jsou k dispozici ve Statistickém věstníku 2008.

Výroční zprávu lze stáhnout ve 23 jazycích na adrese
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Statistický věstník 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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

Drogová situace v Evropě – nové perspektivy a některé staré skutečnosti

Silný hlas z Evropy v roce důležitém pro úvahy a formování politiky

Rok 2008 je v Evropě rokem vyhodnocování protidrogového akčního plánu pro období 2005–2008 a práce na novém plánu, který posune protidrogovou strategii EU dále v dalším období (2009–2012). Ve stejném období nově formuluje nebo koriguje svoji národní protidrogovou strategii nebo své národní akční plány 13 členských států. V mezinárodní oblasti je tento rok také rokem kontroly plnění deklarací a akčních plánů schválených na 20. mimořádném zasedání valného shromáždění OSN (UNGASS) po 10 letech jejich platnosti. Tím se rok 2008 stává bezprecedentním rokem pro evropské a celosvětové úvahy o tom, jak si zatím protidrogová politika vede a jakým směrem by se měla ubírat v budoucnosti.

Rostoucí konsenzus v Evropě lze spatřovat ve způsobu, jakým členské státy přijímají národní protidrogové strategie a jak přispívají ke globální diskusi o drogách. Všechny členské státy EU kromě jednoho nyní mají své dokumenty o národní protidrogové politice a asi polovina z nich strukturuje své národní dokumenty o protidrogové politice podobně jako akční plán EU – to svědčí o sbližování evropských postojů k řešení drogové problematiky. Členské státy EU za podpory Komise zastávají stále jednotnější postoj EU v probíhající diskusi doprovázející hodnocení UNGASS. V evropských příspěvcích do diskuse se zdůrazňují potřeba komplexní, vyvážené a na důkazech založené politiky a akcí a význam zlepšeného monitorování celosvětové drogové problematiky v období po zasedání UNGASS.

Užívání drog a uplatňování trestních sankcí: smíšený obraz

V posledních letech EMCDDA vykazuje v protidrogových právních předpisech v evropských zemích tendenci k výraznějšímu rozlišování mezi těmi, kteří s drogami obchodují nebo je prodávají, a těmi, kteří je užívají. Toto rozlišení se odráží i ve snížení trestů za užívání drog v některých zemích, i když jiné země posun ke snížení trestů odmítají nebo tresty dokonce zvýšily. V praxi je

rozlišení mezi dodavatelem a uživatelem často obtížné a členské státy se velmi liší v tom, kudy vedou mezi těmito dvěma kategoriemi dělicí čáru.

Názor, že evropské země nyní méně využívají trestních sankcí za užívání drog, není podložen dostupnými údaji. Za posledních pět let počet ohlášených porušení protidrogových právních předpisů v Evropě vzrostl. Většina ohlášených porušení protidrogových právních předpisů souvisí spíše s užíváním a držením drog pro vlastní potřebu než s nabídkou. Zatímco počet trestných činů spojených s nabídkou drog vzrostl o 12 %, počet trestných činů spojených s držením vzrostl o více než 50 %. Drogou nejčastěji spojovanou s porušováním protidrogových právních předpisů nadále zůstává konopí.

Důvody nárůstu porušování protidrogových právních předpisů spojených s užíváním drog nejsou jasné a mohly by být spojeny i s tím, že v některých zemích se stalo administrativně snazším vynést rozsudek za držení drog. Nicméně názor některých, že pro uživatele drog, a zejména pro uživatele konopí, pravděpodobnost obvinění z protidrogových trestných činů v posledních letech klesla, nemá oporu v údajích. Kromě toho není jasné, do jaké míry se změnily tresty ukládané za držení drog; EMCDDA bude zkoumat tento problém ve vybraném tématu příští rok.

Nový průzkum se zabývá postojem mladých lidí k užívání drog

Nedávný průzkum Eurobarometru zkoumal postoje mladých lidí k drogám a jejich vnímání drog a zjistil značnou shodu mezi zeměmi. Celkově lze říci, že rizika související s užíváním drog, jako jsou heroin, kokain a extáze, jsou mezi dotazovanými považována za vysoká (81 až 96 % respondentů). Převážná většina respondentů (95 %) se domnívala, že tyto drogy by měly být v Evropě i nadále kontrolovány. V názorech na konopí jsou však podstatně větší rozdíly. 40 % respondentů se domnívá, že droga představuje velké riziko, ale přibližně stejný počet respondentů (43 %) se domnívá, že konopí představuje „střední zdravotní riziko“ – do značné míry stejné jako riziko související s kouřením tabáku. Vnímání zdravotních rizik souvisejících s konopím se odrazilo

v nižší podpoře pro pokračování zákazu konopí (67 %) a názoru významné menšiny (31 %), že konopí by mělo být regulováno podobně jako alkohol a tabákové výrobky.

Prevence užívání drog: důkazová základna roste, ale praxe se mění jen pomalu

Přes téměř všeobecnou podporu prevence užívání drog jsou formální hodnocení v této oblasti metodicky obtížná a historicky jsou dostupné důkazy pro doložení účinnosti intervencí v této oblasti omezené. Tato situace se mění, protože vědecká základna protidrogové prevence se stále rozrůstá a provádějí se další přesnější studie. I když je často nutné vyvozovat závěry ze studií provedených v USA, jejichž platnost může být pro evropský kontext zpochybněna, zvyšuje se i objem evropských prací. V souhrnu umožňují dnes dostupné informace větší pochopení toho, jaké druhy činností budou pravděpodobně účinné a jak se zaměřit na osoby, u kterých je riziko nejvyšší. Nové údaje však naznačují, že v mnoha zemích často stále převažují přístupy bez silné důkazové základny a v některých případech zahrnují i činnosti, které mohou být i kontraproduktivní. Výzvou pro politiky může být i skutečnost, že programy, které přinášejí užitek, často vyžadují vyšší investice zdrojů a větší pozornost věnovanou školení a kontrole kvality.

Na podporu přenosu poznatků a správné praxe v drogové oblasti spustilo EMCDDA v roce 2008 internetový portál správné praxe. Portál, který obsahuje modul pro prevenci, poskytuje nejnovější důkazy o účelnosti a efektivnosti programů a nástroje a standardy zaměřené na zvýšení kvality intervencí. Uvedeny jsou i příklady hodnocené praxe z celé Evropy.

Léčba drogové závislosti: větší důraz na výsledky a potřeby klientů

Počet uživatelů drog, kteří se léčí ze své závislosti, v posledních letech výrazně vzrostl a v mnoha zemích se významná část problémových uživatelů opiátů nyní účastní dlouhodobé substituční léčby. Tento trend vedl k rozšíření dostupných farmaceutických možností a výsledkem je, že politika se primárně zaměřuje na kvalitu léčby a výstupy namísto účasti na léčbě. Diskuse se přesunula zejména na to, co jsou reálné dlouhodobé cíle substituční léčby a do jaké míry mohou být klienti opětovně integrováni do společnosti a vrátit se k normálnímu životnímu stylu. Získání zaměstnání je jedním z klíčových prvků pro dosažení opětovné integrace do společnosti a ukázalo se, že má vysokou prognostickou hodnotu. Dosáhnout návratu na trh práce je však často obtížné, protože mnozí z dlouhodobě se léčících příslušníků stárnoucí populace

chronických uživatelů drog v Evropě mají nedostatečnou kvalifikaci a nízkou úroveň vzdělání. Dosažení shody o tom, co je to úspěšný výsledek pro osoby s dlouhodobým drogovým problémem a do jaké míry členové této populace mohou být úspěšně opětovně integrováni do společnosti, se stává stále důležitější otázkou pro evropské služby léčby drogové závislosti.

I když se v Evropě stále rozšiřuje poskytování léčby drogové závislosti, přetrvávají rozdíly mezi zeměmi v její dostupnosti nebo v rozsahu řešení různých drogových problémů. Navíc široce uznávaná hodnota poskytování možnosti léčby drogové závislosti uživatelům drog ve věznicích stále není vyvážena dostatečnými investicemi do služeb, které jsou v této oblasti v mnoha zemích stále nedostatečně rozvinuté. Důležitým úkolem pro evropské služby léčby drogové závislosti je nutnost vypracovat modely přizpůsobené potřebám různorodější populace uživatelů drog. V situaci, kdy neexistují důkazy, které by poukazovaly na jeden nejlepší přístup, vyvíjejí některé evropské země zajímavé nové metody pro léčbu uživatelů konopí nebo kokainu. Komplexní problémy vyvolané různými vzorci užívání několika drog, včetně alkoholu, jsou výzvou pro rozvoj těchto služeb. Je proto pravděpodobné, že evropské služby léčby drogové závislosti budou muset v budoucnosti zpracovávat stále více diferencované soubory reakcí, aby dokázaly naplnit stále rozdílnější potřeby svých klientů.

Silnější signály o tom, že obliba konopí může být na ústupu

Nejnovější údaje z průzkumů ve školách a mezi dospělou populací naznačují, že v některých zemích se celkové užívání konopí stabilizovalo nebo klesá. Rozdílné národní trendy jsou stále zřejmé a mezi zeměmi existují významné rozdíly. To se odráží ve střednědobých trendech, které zaznamenaly zvýšení často ohlašované zeměmi s nižší prevalencí, stabilní situaci v mnoha jiných zemích a pokles v některých zemích s vyšší prevalencí.

Poklesy v prevalenci jsou nejzjevnější u mladších věkových skupin. Údaje z nového průzkumu ve školách podle nejnovější studie HBSC (Health behaviour in school-aged children – zdravotní chování dětí školního věku) dokládají stabilní nebo klesající trend užívání drog mezi 15letými studenty ve většině zemí v letech 2001–2006 a předběžné zprávy naznačují, že tento obraz může potvrdit poslední kolo projektu ESPAD (European school project on alcohol and other drugs – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), jehož výsledky mají být zveřejněny na konci roku 2008. Ve Spojeném království, zemi, která vynikala vysokou prevalencí užívání

konopí, je nyní viditelný trvale sestupný trend. Tento trend je nejzřejmější ve věkové skupině 16–24 let. Důvody, proč konopí možná ztrácí svoji oblibu mezi mladými lidmi, nejsou dobře zdokumentovány, i když mohou být spojeny s možnými změnami ve vnímání rizik souvisejících s užíváním této drogy. Někteří komentátoři tvrdí, že pokles oblíbenosti užívání konopí může být spojen s měnícím se postojem ke kouření cigaret. Konopí se v Evropě často kouří v kombinaci s tabákem a programy pro prevenci drog stále více řeší zdravotní dopady společného užívání nepovolených a povolených látek.

Přes nejnovější trendy zůstává úroveň podle historických standardů užívání konopí v Evropě vysoká a v mnoha zemích existuje značný počet pravidelných a intenzivních uživatelů, většinou mladých mužů. Trendy v počtech pravidelných a intenzivních uživatelů konopí se mohou pohybovat nezávisle na prevalenci užívání drog v populaci a je nutné více se zaměřit na vzorce užívání a související problémy.

Domácí produkce konopí: velká neznámá

Konopná pryskyřice je historicky dominantním produktem v mnoha členských státech EU a západní Evropa celkově zůstává významným konzumentem této formy drogy. Nicméně do značné míry neodhalená roste v Evropě domácí produkce rostlin konopí. Většina zemí nyní hlásí místní produkci, která může být v rozsahu od několika rostlin pěstovaných pro vlastní potřebu po velké plantáže pěstované pro obchodní účely.

Rozsah a relativní podíl na trhu doma pěstovaných rostlin konopí zůstávají neznámé. V reakci na tuto situaci EMCDDA provádí studii s cílem zmapovat trh s konopím v Evropě. Rozšiřuje se i diskuse o dopadech vyvíjejícího se trhu s konopím. Vyjadřované obavy souvisejí s negativními dopady pěstíren konopí na místní společenství, protože roste úroveň trestné činnosti a doma pěstované konopí má obvykle vysokou účinnost. Místní produkce je problémem i pro orgány pro prosazování práva, protože pěstírny jsou blízko konzumentům, relativně snadno je lze ukrýt a drogu není nutné přepravovat přes státní hranice.

Užívání kokainu na segmentovaném evropském trhu stimulantů roste

Stimulanty hrají důležitou úlohu nejen ve vzorcích užívání drog zjištěných u populace chronických a marginalizovaných problémových uživatelů drog v Evropě, ale i mezi lépe společensky integrovanými mladými lidmi, kteří užívají drogy spíše rekreačně. Vzorce užívání stimulantů se však v různých zemích Evropy liší: kokain je nyní nejběžněji užívaným stimulantem v mnoha

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 71 milionů (22 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: asi 23 milionů evropských dospělých, respektive jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití v posledním měsíci: více než 12 milionů Evropanů

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,8 až 11,2 %

Kokain

Celoživotní prevalence: nejméně 12 milionů (3,6 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: 4 miliony evropských dospělých, respektive jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití v posledním měsíci: asi 2 miliony

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,1 až 3,0 %

Extáze

Celoživotní prevalence: asi 9,5 milionů (2,8 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: více než 2,6 milionů, respektive jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití v posledním měsíci: více než 1 milion

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,2 až 3,5 %

Amfetaminy

Celoživotní prevalence: téměř 11 milionů (3,3 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: asi 2 miliony, respektive jedna pětina 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

Problémové užití opiátů: mezi jedním a šesti případy na 1 000 jedinců dospělé populace

V letech 2005–2006 činila úmrť vyvolaná drogami 3,5 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let, u asi 70 % z nich byly zjištěny opiáty

Hlavní droga u asi 50 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti

Více než 600 000 uživatelů opiátů v roce 2006 podstoupilo substituční léčbu

zemích jižní a západní Evropy a jeho užívání se stále zvyšuje. Oproti tomu ukazatelé pro užívání amfetaminů a extáze naznačují ustálení nebo pokles. Amfetaminy zůstávají nicméně nejběžněji užívanými stimulanty ve většině zemí střední, severní a východní Evropy, kde v některých případech představují důležitou součást drogového problému. Užívání metamfetaminů zůstává mimo území České republiky a Slovenska vzácností, i když dostupnost a užívání této drogy hlásí sporadicky i jiné země.

Protože existují podobnosti jak mezi prostředím, kde se různé stimulanty užívají, tak i v důvodech uváděných pro jejich užívání, lze tyto látky do určité míry považovat za vzájemně si konkurující na evropském trhu s drogami. To by znamenalo, že současně se zaměřením na jednotlivé drogy se při intervencích musí stimulanty považovat spíše za skupinový, a ne pouze individuální problém. Tento bod je důležitý, protože může ohrozit opatření ovlivňující dostupnost těchto látek, pokud bude výsledkem pouze přechod uživatelů k alternativním produktům.

Vývoj ve výrobě syntetických drog v Evropě zvyšuje obavy související s environmentálními náklady

Evropské země zůstávají významnými producenty amfetaminů a MDMA, i když relativní důležitost Evropy možná poklesla s nárůstem výroby v jiných oblastech. Obvykle je ročně odhaleno 70 až 90 výrobních jednotek, které se nacházejí hlavně v několika zemích západní a východní Evropy. Údaje orgánů pro prosazování práva naznačují, že výroba syntetických drog včetně metamfetaminu se stává rafinovanější, protože výrobní dávky se zvyšují díky používání větších reakčních nádob, průmyslově a speciálně vyráběného zařízení a mobilních jednotek.

Nárůst velikosti obvyklé výrobní dávky může zhoršovat problémy při nakládání s odpadem. Při výrobě jednoho kilogramu amfetaminu nebo MDMA obvykle vznikne asi 15–20 kilogramů odpadového materiálu včetně toxických a hořlavých chemických látek, které představují riziko pro životní prostředí. Náklady na odstranění škod na životním prostředí a vyčištění lokalit použitých pro nelegální uložení chemického odpadu vznikajícího při výrobě syntetických drog mohou být značné.

Obchodování s kokainem přes západní Afriku: oblast vzbuzující znepokojení a vyžadující akci

Užívání kokainu je v Evropě stále na vzestupu, a proto je větší úsilí věnováno zákazu kokainu. Jak objem, tak i počet záchytů kokainu neustále narůstá, ročně je nyní zachyceno přes 120 tun, z nichž více než tři čtvrtiny připadají na

Španělsko a Portugalsko. Snahy o boj proti obchodování s kokainem v Evropě podpořilo zřízení Centra pro námořní analýzu a operace – narkotika (Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics, MAOC-N) v Lisabonu, které hraje důležitou úlohu při koordinaci prohibičních činností a sdílení zpravodajských informací mezi zapojenými členskými státy.

I když se kokain dostává do Evropy řadou cest, obchodování přes západoafrické země dramaticky vzrostlo a představuje nyní hlavní cestu kokainu určeného pro evropský trh. Tato situace může potenciálně destabilizovat a ohrozit rozvojové snahy v regionu, který již nyní čelí mnoha sociálním, zdravotním a politickým problémům. Jde zejména o to, že příjem pocházející z obchodování s kokainem má značný potenciál k ohrožení systému trestní justice a může podpořit korupci. Evropská unie a její členské státy spolupracují se státy západní Afriky na vypracování řady opatření pro řešení této narůstající hrozby.

Problémy s heroinem se ani v souvislosti s rostoucím užíváním syntetických drog nezmenšují

Nejnovější odhady ukazují, že při odhadovaných 733 tunách potenciální celosvětové produkce heroínu nadále roste. Dopad tohoto nárůstu na dostupnost a užívání této drogy v Evropě lze však jen obtížně měřit. Z dostupných údajů z této oblasti lze jen obtížně vyvodit závěry. Například množství heroínu zadrženého v Evropské unii se mírně snížilo, ale toto snížení je vyváženo značným nárůstem v Turecku.

Neexistují žádné přesvědčivé důkazy, které by naznačovaly epidemický nárůst heroínových problémů podobných těm, které zaznamenala Evropa v 90. letech 20. století; celkově údaje ukazují na ustálený, nikoli však dále se zmenšující problém. Jako takové zůstává užívání heroínu v Evropě závažným problémem pro veřejné zdraví a stále tvoří velkou část celkových zdravotních a sociálních nákladů spojených s užíváním drog. Údaje naznačují, že v Evropě se asi 60 % účastníků léčby léčí kvůli užívání opiátů, zejména heroínu. Mezi novými účastníky léčby relativní podíly uživatelů opiátů – nikoli však jejich skutečné počty – klesaly, ale tento trend se zřejmě vyrovnal. A i když existují důkazy, že evropská populace užívající opiáty pomalu stárne, údaje naznačují, že noví uživatelé stále přibývají takovým tempem, které povede k tomu, že velikost problému se v blízké budoucnosti významně nezmenší.

Možná v rozporu s očekáváním vzhledem k současné situaci v Afghánistánu se problémy s odcizenými a nezákonně vyráběnými syntetickými opiáty zdají být

v některých zemích stále obvyklejší. V Lotyšsku, Litvě a Estonsku např. existují náznaky, že rostou problémy způsobené dostupností 3-metylfentanylu, který se nezákonně vyrábí mimo EU. Díky účinnosti této látky (fentanyl je podstatně účinnější než heroin), je užívání této drogy vysoce nebezpečné, jak dokládá více než 70 smrtelných otrav souvisejících s fentanylem v Estonsku v roce 2006. Další země zaznamenávají rostoucí počet osob hledajících pomoc při problémech souvisejících s užíváním opiátů, které byly zřejmě původně určeny pro terapeutické účely, což zjevně přispívá k prohloubení problému užívání více drog současně, který je nyní charakteristický pro chronické užívání drog v některých částech Evropy.

Injekční užívání drog a HIV: pozitivní celkový obraz, ale významné rozdíly mezi zeměmi

Více než 40 % všech uživatelů heroinu, kteří vyhledali ambulantní léčbu, udává injekční užívání. To je důležitým dokladem, že tento zvlášť škodlivý způsob užívání zůstává v Evropě závažným zdravotním problémem. Injekční užívání je spojeno s řadou problémů, včetně šíření infekcí přenášených krví, jako je HIV a hepatitida C, ale nejenom jich. Změny v podílu injekčních uživatelů mezi těmi, kteří vyhledali léčbu, naznačují, že v mnoha zemích dochází celkově k odklonu od injekčního užívání, i když z údajů vyplývají značné rozdíly mezi regiony a zeměmi. V některých zemích, zejména ve východní Evropě, zůstává injekční užívání hlavním způsobem užívání heroinu. Tento způsob užívání udává více než 80 % uživatelů heroinu nastupujících léčbu. Zdá se, že v některých členských státech se stále objevují relativně vysoké úrovně prvního užití. Naznačují to studie provedené mezi injekčními uživateli drog, které ukazují relativně vysoký podíl mladých a nových injekčních uživatelů.

Celkově lze říci, že růst počtu nových nálezů virem HIV v Evropě klesá od doby, kdy lokalizovaná epidemie v některých zemích způsobila vrchol na počátku tohoto desetiletí. Pokles injekčního užívání společně s rostoucí dostupností zdravotnických a sociálních služeb zjevně vyústily v obecně se lepší situaci. Tam, kde jsou zjištěny nové výskyty infekce, je jejich rozsah malý. Významné rozdíly mezi zeměmi nicméně zůstávají. I když údaje poukazují na lepší se situaci v Estonsku, Lotyšsku a Portugalsku, tyto země stále hlásí nepoměrně vysoké údaje o nových nálezích a významně přispívají k počtu nových případů nákazy virem HIV v Evropě připisovaným užívání drog. Údaje z regionálních nebo místních studií také naznačují, že přenos nákazy virem HIV zůstává problémem ve Španělsku a Itálii, i když neexistence celostátních hlášení o případech znesnadňuje sledování

trendů v těchto zemích. Jinde rizikové chování pokračuje a potenciál nových epidemií přetrvává, z čehož vyplývá nutnost zachovat ostražitost: např. Bulharsko ohlásilo 34 nových případů v roce 2006, ale neohlásilo prakticky žádnou nákazu v letech 2000–2003.

Úmrtí související s drogami: velká zátěž pro veřejné zdravotnictví

EMCDDA monitoruje otravy s následkem smrti, které lze připsat užívání drog (úmrtí vyvolaná drogami). V průměru dochází každý rok v Evropě asi k 7 000–8 000 úmrtí vyvolaných drogami, ale kvůli tradičnímu podhodnocení představuje tento údaj minimální odhad. Opiáty, hlavně heroin, jsou drogy, které se nejčastěji spojují s předávkováním, i když jiné drogy a alkohol jsou také běžně přítomné. Po několikaletém poklesu na počátku tohoto desetiletí se nyní trend v úmrtích vyvolaných drogami vyrovnal. Důvody jsou nejasné a naznačují potřebu dalšího výzkumu, a to jak faktorů spojených s předávkováním, tak i účinnosti preventivních opatření. Zvláštním rizikem mohou být uživatelé drog propouštění z věznic, u kterých nejnovější studie hlásí úmrtnost 8–10krát vyšší, než se očekávalo. Celkově lze říci, že prevence předávkování zůstává oblastí, do které je nutné více investovat.

Studie také ukazují, že celková úmrtnost, kdy se zohledňují i onemocnění, nehody a násilí, je mezi uživateli drog asi padesátkrát vyšší než u běžné populace. Proto je nutná investice do dobře připravených studií jednotlivých skupin, které umožní lepší pochopení příčin a rozsahu celkové úmrtnosti související s drogami a prozkoumání různých rizik, jako jsou ta, kterým čelí vězni při propuštění a uživatelé, kteří nedokončí léčbu.

Internet a inovace na trhu jsou výzvou pro protidrogovou politiku

Nejnovější studie EMCDDA ukazuje, že v evropských internetových obchodech se prodává více než 200 přírodních, polosyntetických a syntetických produktů. Mnohé látky jsou kategorizovány jako „legální opojení“ nebo „rostlinné opojení“ a jsou inzerovány jako alternativy ke kontrolovaným látkám, i když jejich skutečný právní status se v Evropě může značně lišit. Zprávy naznačují, že počet internetových prodejců těchto produktů roste a že se rychle přizpůsobují pokusům o regulování trhu, např. uvedením nových produktů. Kromě toho internetové lékárny a internetoví prodejci psychoaktivních látek ze zdánlivě legitimních důvodů potenciálně vytvářejí nové cesty pro nezákonné dodávky drog. Společně tedy internetové prodeje v současnosti představují významný problém pro mezinárodní i vnitrostátní protidrogové

politiky a kontrolní mechanismy. Při rychlosti, s jakou se nové produkty mohou na trhu objevit a být distribuovány, se monitorování internetových činností stává důležitou oblastí pro další vývoj.

Rostoucí uznání důležitosti dialogu s občanskou společností

Drogová problematika je propojena s celou řadou jiných sociálních a zdravotních problémů. Proto úspěšné intervence v této oblasti vyžadují zapojení široké skupiny účastníků a mohou využít podpory komunit, kde jsou uplatňovány. Tato dohoda se odráží v rostoucím pochopení toho, že v politické diskusi je nutné získávat informace v dialogu s občanskou společností. S ohledem na tento cíl bylo provedeno několik akcí v rámci evropské diskuse o drogách. Mezi nejvýznamnějšími z nich je fórum občanské společnosti, které zřídila Evropská komise a které nabízí příležitost pro zohlednění zkušeností z terénu v procesu vedoucím k nové protidrogové strategii EU a pro informování o hodnocení protidrogových akčních plánů EU. Důležitost konzultací se zástupci nevládních organizací a místních společenství je uznána i v nové protidrogové strategii EU a hovoří se o ní

i ve zprávě Evropského parlamentu přijaté v březnu 2008; tato zpráva ocenila zásadní úlohu občanské společnosti při zpracování, uplatňování, hodnocení a monitorování protidrogových politik.

Evropský výzkum drogové problematiky a potřeba nadnárodní spolupráce

V posledním desetiletí se výzkum drogové problematiky a jeho podpůrná infrastruktura (výzkumná střediska, vědecké časopisy, mechanismy financování) v Evropě značně rozvinuly, jak ukazuje vybrané téma o výzkumu, které zveřejnilo EMCDDA v roce 2008. Méně pozitivní je, že tento pokrok nebyl doprovázen srovnatelným zvýšením spolupráce a koordinace ve výzkumu drogové problematiky mezi členskými státy EU. Tomuto problému se věnuje stále větší pozornost a Evropská komise zadala novou studii, která má poskytnout seznam výzkumných činností a srovnávací analýzu infrastruktury dostupné v Evropě a jiných částech světa. Zpráva bude obsahovat i doporučení k tomu, jak zlepšit spolupráci na úrovni EU a přispět k diskusi o způsobech zlepšení vazeb mezi možnostmi financování evropského výzkumu a potřebami výzkumu a politiky.



Kapitola 1

Protidrogové politiky a legislativa

Úvod

Protidrogová politika se má v roce 2008 stát významným tématem. V tomto roce OSN i Evropská unie vyhodnotí výsledky svých protidrogových politik v oblasti užívání nezákonných drog a škod způsobených těmito drogami. OSN přezkoumá pokrok dosažený při provádění opatření a plnění cílů stanovených v roce 1998 zvláštním zasedáním Valného shromáždění OSN (UNGASS) o boji proti celosvětovému problému drog. V Evropě proběhne v roce 2008 závěrečné hodnocení současného protidrogového akčního plánu EU (2005–2008) a bude navržen akční plán na období 2009–2012. Kromě toho v průběhu tohoto roku přezkoumá své národní protidrogové strategie a akční plány a zpracuje nové dokumenty protidrogové politiky také nevídaný počet členských států EU ⁽¹⁾.

EMCDDA se bude zjišťování a vývojem za rok 2008 zabývat ve své příští výroční zprávě. Letos se kapitola 1 zaměřuje na nedávné změny protidrogové politiky, představuje nové údaje o veřejných výdajích souvisejících s drogami, zabývá se třemi specifickými rozměry protidrogové legislativy – držením pro vlastní potřebu, alternativními tresty a ochranou veřejnosti – a upozorňuje na nejnovější trendy v oblasti trestných činů souvisejících s drogami. Kapitola končí přehledem výzkumu souvisejícího s drogami v členských státech EU.

Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU

Přezkum UNGASS po 10 letech

V červnu 1998 se v New Yorku sešlo 20. zvláštní zasedání Valného shromáždění OSN (UNGASS), aby prodebatovalo celosvětový problém drog. Tento „protidrogový summit“ stanovil mezinárodnímu společenství novou agendu přijetím tří klíčových dokumentů ⁽²⁾: politického prohlášení, prohlášení o hlavních zásadách pro snížení poptávky po drogách a pětidílné rezoluce obsahující opatření pro posílení

mezinárodní spolupráce. V souvislosti s přijetím politického prohlášení se členské státy OSN zavázaly dosáhnout do roku 2008 měřitelných výsledků v oblasti snižování nabídky nezákonných drog a poptávky po nich.

Letošní zasedání Komise OSN pro omamné látky (CND) zahájilo přezkum pokroku dosaženého po 10 letech v naplňování cílů stanovených zasedáním UNGASS v roce 1998. Podle zprávy předložené Úřadem OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) došlo v posledních deseti letech k významnému pokroku, i když v některých oblastech a regionech členské státy OSN zcela nesplnily cíle uvedené v politickém prohlášení ⁽³⁾. Po tomto hodnocení má následovat roční období úvah, během kterého se budou konat diskuse nejdříve mezi mezinárodními expertními pracovními skupinami a poté na schůzkách mezi zasedáními. Díky tomu bude možné připravit se na vyhrazenou dvoudenní část zasedání CND na vysoké úrovni v roce 2009, kde se bude rozhodovat o případném budoucím politickém prohlášení a opatřeních.

Evropská unie hraje v přezkumu UNGASS aktivní úlohu. Na zasedáních CND v letech 2006 (49/1), 2007 (50/12) a 2008 (51/4) byla přijata usnesení zpracovaná EU, která vyzývají k vědeckému a transparentnímu přezkumu. Centrum EMCDDA se také podílelo na odborných konzultacích financovaných Evropskou komisí a konaných úřadem UNODC a v této souvislosti poskytl přehled protidrogových strategií a řešení v Evropě od roku 1998.

Hodnocení protidrogového akčního plánu EU

V prosinci 2007 předložila Evropská komise své druhé přezkoumání provádění protidrogového akčního plánu EU (2005–2008). Zpráva, která obsahuje údaje od členských států EU, EMCDDA, Europolu a Evropské komise, posuzuje, do jaké míry byla provedena opatření naplánovaná na rok 2007. Jedním z hlavních závěrů přezkoumání bylo, že existují známky konvergence protidrogových politik členských států. Zpráva také zdůraznila potíže při sběru údajů o aktivitách ke

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

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

snižování nabídky drog a při propojování některých plánovaných opatření s ukazatelem zvoleným pro posouzení jejich provádění.

Na závěrečném hodnocení současného protidrogového akčního plánu EU, ke kterému došlo v roce 2008, se podílely členské státy EU, Europol a EMCDDA. Komise má hodnotící zprávu zveřejnit na podzim 2008 a její zjištění přispějí k formulaci druhého akčního plánu (2009–2012) v rámci současné protidrogové strategie EU (2005–2012).

Další vývoj v EU

V září 2007 přijala Rada a Evropský parlament zvláštní program „Drogová prevence a informovanost o drogách“⁽⁴⁾ jako součást finančního rámce 2007–2013 a obecného programu Základní práva a spravedlnost. Obecnými cíli programu jsou: prevence a snižování užívání drog, závislosti a škod souvisejících s drogami, přispět k lepší informovanosti o užívání drog a podporovat opatření přijatá v rámci protidrogové strategie EU (2005–2012). V rámci programu bude poskytnuto 21,35 milionu EUR na studie Komise, provozní náklady evropských nevládních organizací zabývajících se drogami a na nadnárodní projekty. Mohou být rovněž přijata společná opatření s jinými programy Společenství, například s druhým akčním programem v oblasti zdraví (2008–2013)⁽⁵⁾, který v části týkající se podpory zdraví, jež se zabývá různými zdravotními faktory, obsahuje opatření v oblasti nezákonných drog ve specifických místech, jako jsou školy a pracoviště.

V červnu 2006 vydala Evropská komise v souladu s požadavky současného protidrogového akčního plánu Zelenou knihu o úloze občanské společnosti v protidrogové politice. V roce 2007 následoval proces výběru nového fóra občanské společnosti o drogách. Účelem fóra je sloužit jako platforma pro neformální výměnu názorů a informací mezi Komisí a organizacemi občanské společnosti v EU, kandidátských zemích a popřípadě v zemích, na něž se vztahuje evropská politika sousedství. Fórum zahrnuje 26 organizací, které reprezentují široké spektrum názorů. Poprvé se sešlo v prosinci 2007 a poté v květnu 2008, aby projednalo hodnocení současného protidrogového akčního plánu EU a nový akční plán.

Národní protidrogové strategie

Nový vývoj

Čtyři členské státy EU (Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Finsko), Turecko a Norsko přijaly v druhé polovině roku 2007 nové protidrogové akční plány. Všechny tyto dokumenty se týkají časového období tří až čtyř let a s výjimkou tureckého akčního plánu jim předcházely jiné plány nebo programy. V tomtéž roce také Španělsko přijalo doplňující národní akční program proti kokainu (2007–2010).

Na počátku roku 2008 přijaly nové politické dokumenty další tři členské státy. První italský protidrogový akční plán má časový rámec jeden rok a po něm má následovat čtyřletý akční plán (2009–2012), který bude synchronizován s novým protidrogovým akčním plánem EU. I když vůbec první maltský národní protidrogový dokument nevymezuje časový rámec, obsahuje téměř padesát opatření, která mají být provedena v nadcházejících letech. A nakonec, novou 10letou protidrogovou strategií Spojeného království (2008–2018) poprvé doplňuje tříletý akční plán (2008–2011), který vymezuje klíčová opatření, jež mají být provedena v blízké budoucnosti.

Většina národních dokumentů protidrogové politiky přijatých koncem roku 2007 a počátkem roku 2008 se zaměřuje hlavně na nezákonné drogy, i když některé se zabývají také jinými látkami, například alkoholem, tabákem, léky a drogami na zvýšení výkonnosti. Projevuje se zde sklon evropských zemí uznávat spojení a podobnost mezi užíváním nezákonných a zákonných látek, ale dokumenty protidrogové politiky se zřídka komplexně zabývají jinými látkami než nezákonnými drogami⁽⁶⁾. Jednou z výjimek v tomto vzorci je nadále Norsko, které do svého nedávno přijatého akčního plánu plně začlenilo nezákonné drogy i alkohol. Četné národní protidrogové strategie a akční plány, které mají být zpracovány na rok 2009, spolu s těmi nedávno přijatými, umožní EMCDDA prozkoumat, zda pokračuje trend rostoucího začleňování zákonných a nezákonných drog do národních protidrogových politik, zjištěný ve vybraném tématu z roku 2006.

Celková situace

Rakousko je nyní jediným členským státem EU, který nepřijal národní protidrogovou strategii nebo akční plán, i když

⁽⁴⁾ Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1150/2007/ES ze dne 25. září 2007, kterým se na období let 2007–2013 zavádí zvláštní program „Drogová prevence a informovanost o drogách“ jako součást obecného programu „Základní práva a spravedlnost“ (Úř. věst. L 257, 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES ze dne 23. října 2007, kterým se zavádí druhý akční program Společenství v oblasti zdraví (2008–2013) (Úř. věst. L 301, 20.11.2007, s. 3).

⁽⁶⁾ Viz vybrané téma „Evropské protidrogové politiky: přesahují rámec nezákonných drog?“ z roku 2006.

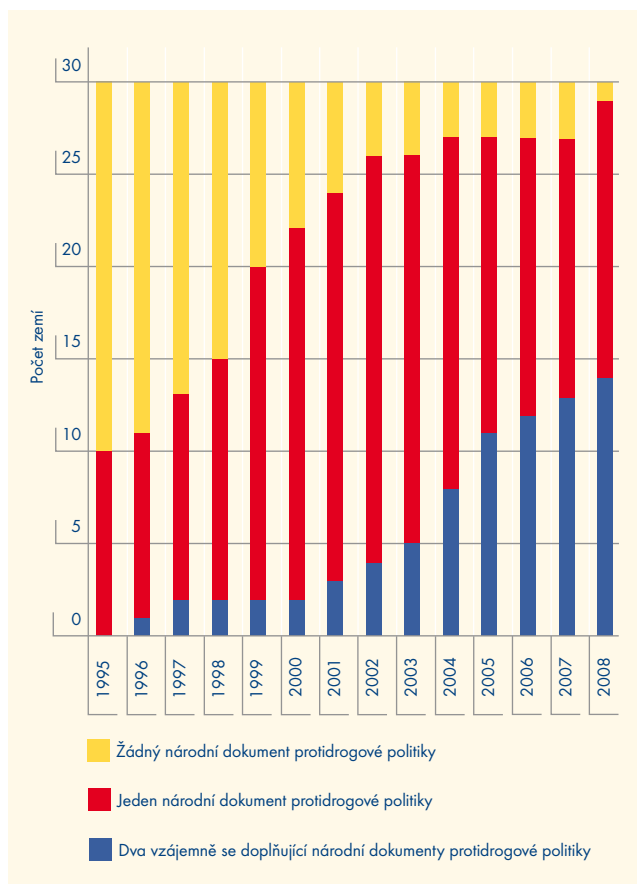
všechny jeho spolkové země mají regionální strategii nebo akční plán pro boj proti drogám či závislosti. V ostatních 26 členských státech i v Chorvatsku, Turecku a Norsku je protidrogová politika vymezena v národních dokumentech protidrogové politiky. Pro srovnání – v roce 1995 mělo takovýto nástroj pouze 10 z těchto 30 zemí (obr. 1).

Konvergenci lze pozorovat také u formátu protidrogových strategií a akčních plánů. Národní dokumenty protidrogové politiky čtrnácti zemí mají nyní strukturu podobnou současné protidrogové strategii a akčnímu plánu EU.

Stejný počet zemí navíc nyní svou národní protidrogovou politiku koncipuje jako dva vzájemně se doplňující nástroje: strategický rámec a akční plán (obr. 1). V roce 2000, kdy Evropská unie použila tento přístup poprvé, měly dva vzájemně se doplňující dokumenty protidrogové politiky pouze dva členské státy.

Další oblastí se známkami sbližování mezi členskými státy EU, Chorvatskem, Tureckem a Norskem je obsah národních dokumentů protidrogové politiky, neboť se v národních protidrogových strategiích a akčních plánech přijatých

Obr. 1: Trend v počtu zemí s národními dokumenty protidrogové politiky mezi 27 členskými státy EU, Chorvatskem, Tureckem a Norskem



Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

různými zeměmi postupně objevuje čím dál tím více důkazů o společných cílech a společných intervencích. Avšak jelikož je v jednotlivých evropských zemích různá drogová problematika i politická, sociální a hospodářská situace, odlišnosti jednotlivých národních protidrogových politik pravděpodobně v budoucnu do určité míry zůstanou, i když se budou zmenšovat. Několik příkladů této rozmanitosti je uvedeno v kapitole 2.

Hodnocení

V roce 2008 13 členských států EU již přepracovalo nebo se chystá přezkoumat a přepracovat své národní dokumenty protidrogové politiky, díky čemuž dojde v tomto roce k nevídané aktivitě v oblasti tvorby politiky na národní úrovni. Po Itálii, Maltě a Spojeném království obnoví svou protidrogovou strategii v roce 2008 také Irsko; Francie, Portugalsko a Rumunsko obnoví své protidrogové akční plány; Bulharsko, Španělsko, Kypr, Litva a Slovensko obnoví svou protidrogovou strategii i akční plány. A také Nizozemsko, které má nejstarší národní dokument protidrogové politiky v Evropě, hodlá v průběhu roku 2008 vypracovat nový.

Evropa čím dál tím více uznává potřebu zahrnout do národních protidrogových strategií a akčních plánů jakožto nezbytnou složku sledování a hodnocení. Téměř všechny výše uvedené země provedly nebo plánují provést průběžné posouzení provádění svých protidrogových strategií nebo akčních plánů a některé z nich, například Irsko, Kypr a Portugalsko, možná v roce 2008 provedou podrobnější hodnocení.

Členské státy EU se však liší v metodách a přístupu k hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů a je zapotřebí určit osvědčené postupy v této oblasti. Tato skutečnost byla zdůrazněna na konferenci o hodnocení uspořádané portugalským předsednictvím EU v září 2007. V reakci na tento náročný úkol EMCDDA ve spolupráci s členskými státy zkoumá možnost zpracovat evropské pokyny v této oblasti.

Veřejné výdaje související s drogami

Za rok 2006 poskytly podrobné informace o veřejných výdajích souvisejících s drogami (shrnuty v tabulce 1) čtyři členské státy EU (Česká republika, Irsko, Polsko, Portugalsko). Informace o rozdělení výdajů souvisejících s drogami mezi centrální vládu a regionální nebo místní samosprávu poskytly dvě z těchto čtyř zemí, což umožnilo porovnat úlohu, kterou hrají různé vládní úrovně. V zemích, pro které jsou k dispozici údaje, velká část

Tabulka 1: Veřejné výdaje označené jako související s drogami ⁽¹⁾ podle vybraných členských států EU

Země	Označené výdaje vykázané vládním sektorem (v EUR)				Celkem v poměru k celkovým veřejným výdajům ⁽²⁾ (v %)
	Centrální	Regionální	Místní	Celkem	
Česká republika	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irsko ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polsko	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugalsko	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Veřejné výdaje výslovně „označené“ jakou související s drogami v oficiálních účetních výkazech.
⁽²⁾ Celkové všeobecné vládní výdaje v daném roce.
⁽³⁾ V Irsku ministerstva a státní orgány vykazují své roční výdaje související s drogami koordinací ministerstvu pro obce, venkov a galsky hovořící regiony. Tyto výdaje nejsou v oficiálních účetních výkazech nutně výslovně označené jako související s drogami.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox a Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

veřejných výdajů souvisejících s drogami putuje na činnosti financované centrální vládou.

Údaje o státních výdajích na určité činnosti, které řeší drogovou problematiku, poskytlo jedenáct členských států. Další dvě země poskytly hrubé odhady celkových veřejných výdajů souvisejících s drogami (Španělsko, Malta), i když neuvedly, na jaké činnosti byly prostředky věnovány.

V roce 2005 bylo vypočítáno, že celkové veřejné výdaje související s drogami v evropských zemích činí 13 miliard EUR až 36 miliard EUR (EMCDDA, 2007a). Jedná se o odhad získaný extrapolací celkových výdajů souvisejících s drogami u šesti zemí (Belgie, Maďarsko, Nizozemsko, Finsko, Švédsko, Spojené království). Nedávno byl předložen revidovaný odhad, který zahrnuje údaje z dalších zemí (Česká republika, Francie, Lucembursko, Polsko, Slovensko) (EMCDDA, 2008d). Podle nového odhadu činí veřejné výdaje související s drogami v Evropě 34 miliard EUR (95 % interval spolehlivosti, 28–40 miliard EUR), což odpovídá 0,3 % společného hrubého domácího produktu všech členských států EU. Z toho vyplývá, že státní výdaje na drogovou problematiku stojí průměrného občana EU 60 EUR ročně. Tato čísla však kvůli omezeným údajům, z nichž vycházejí, musí být stále brána jako orientační.

Zprávy o společenských nákladech spojených s užíváním drog

Údaje o společenských nákladech spojených s užíváním drog (přímé i nepřímé náklady spojené s užíváním drog) poskytly čtyři členské státy. I když tyto zprávy mohou poskytnout užitečný náhled na užívání drog v zemi, kde byly zpracovány, rozdíly v metodách a ve způsobu vykazování výsledků znamenají, že jednotlivé země nelze porovnat. Nemožnost srovnat údaje z různých

zemí zdůrazňuje potřebu zaujmout společný přístup ke sledování společenských nákladů spojených s užíváním drog v Evropě.

V Itálii byly společenské náklady spojené s užíváním nezákonných drog odhadnuty na 6 473 milionů EUR, přičemž největší část tvořila činnost v oblasti prosazování práva (43 %) a zbytek byl rozdělen mezi zdravotnické a sociální služby (27 %) a ztrátu produktivity uživatelů drog a osob nepřímo postižených užíváním drog (30 %). Dále se odhaduje, že uživatelé drog utratí za nákup nezákonných drog 3 980 milionů EUR. Na základě těchto údajů náklady na užívání drog v Itálii představují podle odhadu 0,7 % hrubého domácího produktu této země. U údajů poskytnutých Rakouskem bylo rozdělení přímých a nepřímých nákladů v roce 2004 opačné, než jaké uváděla Itálie: z odhadovaných společenských nákladů spojených s užíváním drog ve výši 1 444 milionů EUR tvořily 72 % nepřímé náklady.

Spojené království uvedlo, že v letech 2003–2004 činily ekonomické a společenské náklady spojené s užíváním drog třídy A ⁽⁷⁾ v Anglii a Walesu 22,26 miliardy EUR, což představuje roční náklady 63 940 EUR na každého problémového uživatele drog. Bylo naznačeno, že problémové užívání drog tvoří 99 % celkových nákladů. Největší část celkových nákladů tvořily náklady vzniklé trestnou činností související s drogami, včetně prosazování práva a nákladů na oběti trestných činů souvisejících s drogami (90 % neboli 20,1 miliardy EUR).

Vývoj národní legislativy

Zkoumání změn protidrogových právních předpisů, k nimž došlo od zasedání UNGASS o boji proti drogám v roce 1998, vzbuzuje v tomto roce mezinárodních, evropských

⁽⁷⁾ Drogy třídy A jsou definovány jako drogy, které jsou považovány za neškodlivější.

Směrem k lepšímu porozumění veřejných výdajů souvisejících s drogami v Evropě – vybrané téma EMCDDA z roku 2008

V reakci na protidrogový akční plán EU 2005–2008 vypracovalo centrum EMCDDA projekt zaměřený na určování, vývoj a testování metod pro kvantifikaci veřejných výdajů souvisejících s drogami. Vybrané téma v této oblasti uvádí přehled celkových údajů o veřejných výdajích souvisejících s drogami v roce 2005 v členských státech EU a v Norsku. Většina zjištěných výdajů byla původně „označena“ jako výdaje související s drogami a obvykle byly výsledovány na základě zevrubného přezkoumání oficiálních účetních výkazů, čili se zde zřejmě projevuje dobrovolné zapojení států v oblasti drog. Pokud to bylo možné, skryté nebo „neoznačené“ výdaje v rámci programů s širšími cíli byly odhadnuty na základě modelů. Tento nový dvojí přístup poskytuje standardizované odhady, které maximalizují platnost a mezinárodní srovnatelnost veřejných výdajů na řešení v oblasti drog a drogové závislosti.

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

a národních přezkumů a hodnocení dokumentů protidrogové politiky zvlášť velký zájem. Vzhledem k tomu, že byly pozorovány změny ve třech klíčových oblastech, klade tento oddíl otázku: Ukazují změny právních definic a reakcí na uživatele drog nový, širší trend v tom, jak země pohlíží na uživatele drog?

Držení pro vlastní potřebu

V průběhu posledních 10 let zaujala většina evropských zemí postupně přístup, který rozlišuje mezi obchodníkem s drogami, jenž je vnímán jako pachatel, a uživatelem drog, na kterého se pohlíží spíše jako na nemocného, jenž potřebuje léčbu. Členské státy se však značně liší v tom, jak tyto kategorie definují v nových zákonech, které přijaly v posledních letech.

Jednou z otázek, ve které se členské státy liší nejvíce, je, zda stanovit maximální množství pro vlastní potřebu, či ne. V období 2004–2006 Bulharsko zrušilo pojem držení pro vlastní potřebu, Itálie jej opět schválila po 12 letech a Spojené království tento pojem schválilo, ale nakonec se rozhodlo jej nepoužívat. Kypr zavedl v roce 2003 vymezené mezní množství pro všechny drogy a Belgie pro konopí, zatímco v Německu se spolkové země snaží konzistentněji provádět rozhodnutí ústavního soudu, které odkazuje na nedefinované „nevýznamné množství“, a výklady se tak liší od 3 do 30 gramů. V roce 2005 byly na Slovensku právní definice vlastní potřeby rozšířeny z maximálně jedné dávky

na maximálně tři a u většího množství na 10 dávek. Zároveň byla však minimální trestní sazba za držení většího množství zvýšena na čtyři roky odnětí svobody jako za trestný čin obchodování s drogami.

Další náročný úkol v rámci rozlišování mezi uživateli a dodavateli představuje užívání drog v malých skupinách. V Belgii byl v roce 2003 zrušen zvláštní trestný čin užívání ve skupině; v tomtéž roce novela maďarského trestního zákoníku umožnila poslat na léčení dodavatele malého množství drog, které má být konzumováno „společně“ (podle odpůrců byl tento pojem právně nejasný). V roce 2006 Malta zjistila, že minimální trest odnětí svobody pro dodavatele na šest měsíců není v situacích sdílení drog vždy vhodný a zavedla zákonné výjimky.

Pokud jde o tresty, byly maximální nebo pravděpodobné tresty za užívání nebo držení pro vlastní potřebu, pokud neexistují přitěžující okolnosti, v různých evropských zemích od roku 2001 sníženy – buď pro všechny drogy (Estonsko, Řecko, Maďarsko, Portugalsko, Finsko), nebo pouze pro konopí (Belgie, Lucembursko, Spojené království), či pro méně rizikové drogy (Rumunsko). Ne všechny země však v tomto období tresty snížily: Francie a Polsko se po konzultacích rozhodly zákony neměnit a Dánsko zvýšilo „běžné“ tresty z domluvy na pokuty (které pak byly zvýšeny). Nový zákon v Itálii opět zavedl konzumaci drog jako správní přestupek a konopí překlasifikoval, takže za něj hrozí stejné tresty jako za jiné nezákonné látky, jako je heroin a kokain. Spojené království oznámilo, že zpřísní tresty za konopí.

Alternativní tresty

Změny v přístupu uživatelů drog k léčbě v rámci systému trestní justice mají obvykle dva společné rysy. Zaprvé všechny rozšiřují rozsah působnosti pro poslání uživatelů drog na léčení. V jednotlivých zemích však existují určité rozdíly, pokud jde o fázi, v jaké je léčba nabízena, přičemž většina zemí nabízí léčbu na soudní úrovni, a nikoliv v ranějších fázích kontaktu s policií nebo státními zástupci. Zadruhé jsou podmíněčné; porušením soudně nařízené léčby se obnoví trestní obvinění, stíhání nebo trest.

Země zavedly nebo rozšířily možnosti nebo systémy, jak poslat pachatele na léčení nebo do poradny, které jsou alternativou trestu nebo uvěznění v souladu s cíli UNGASS a akčního plánu EU. V Irsku a na Maltě lze uživatele drog po zatčení nyní poslat na léčení; je tomu tak i ve Spojeném království, kdy jsou za určitých okolností povoleny při zatčení drogové testy. V Irsku, Spojeném království (Anglie a Skotsko) a Norsku byly zřízeny zvláštní protidrogové soudní tribunály, na Maltě se o nich jedná; Portugalsko

vytvořilo systém „komisí pro odrazování od užívání drog“ složených z právníka, lékaře a sociálního pracovníka. Nové zákony v jiných zemích zavedly určitou formu léčby jakožto alternativní trest: ve Francii mohou pachatelé trestných činů porušujících protidrogovou legislativu, kteří nejsou závislí, navštěvovat informační kurzy (které si hradí sami); ve Španělsku, Maďarsku a Lotyšsku lze podmíněčně přerušit tresty odnětí svobody uživatelům drog, kteří nastoupí léčbu; a v Bulharsku, Maďarsku, Rumunsku a Turecku lze kombinovat probační dohled s léčbou. Nizozemsko hodlá zvýšit využívání léčby jako podmínku předčasného propuštění z vězení. Ve vhodných případech mohou být odsouzení pachatelé ve Finsku nyní poslání do vězení s dohledem, pokud nebudou brát drogy; v Řecku mohou být poslání do zvláštního léčebného zařízení. Způsobnost k programům protidrogové léčby byla rozšířena na osoby odsouzené za závažnější trestné činy v Itálii (hrozí-li trest odnětí svobody v délce nejvýše šesti let – zvýšeno ze čtyř let) a ve Španělsku (zvýšeno ze tří na pět let). V Belgii existují na všech úrovních trestní justice alternativy v podobě posláních pachatelů užívajících drogy na léčení.

Další popisy různých alternativních trestů ve formě léčby a rozsahu jejich využívání naleznete v sekcích Tematický přehled a Legislativní zprávy ELDD ⁽⁸⁾.

Zaměření na ochranu veřejnosti

V uplynulém desetiletí se trestní právo čím dál tím více využívalo k ochraně veřejnosti před uživateli drog a současně s tím, jak se rozlišuje mezi „nemocným“ uživatelem a „zločinným“ obchodníkem, je také právně rozdělena kategorie „uživatel“ na ty, kdo obtěžují nebo poškozují ostatní členy společnosti, a ty, kdo tak nečiní. Součástí tohoto vývoje jsou opatření, která snižují trestní sankce za držení pro vlastní potřebu a nabízí alternativní tresty popsané výše. Tyto možnosti léčby nebo snížené tresty se udělují například za podmínky, že uživatel nenarušil veřejný pořádek.

Byla také rozšířena kritéria a zvýšeny tresty pro pachatele, kteří riskují, že poškodí ostatní členy společnosti. Většina legislativní činnosti se soustředí na řízení pod vlivem drog (Belgie, Česká republika, Dánsko, Španělsko, Francie, Lotyšsko, Litva, Portugalsko, Finsko). Nové zákony, které upravují drogové testy na pracovišti v Irsku, Finsku a Norsku, zdůrazňují, že testy jsou povoleny hlavně v situacích, kdy by pod vlivem drog hrozilo značné nebezpečí nebo riziko. Nové zákony regulují užívání drog v různých dopravních prostředcích: ve vlacích a na lodích v Irsku, na lodích v Lotyšsku, v letadlech ve Finsku.

V posledních několika letech byly přijaty také zákony a strategie na ochranu proti rušení veřejného pořádku v souvislosti s drogami nebo jeho trestání (viz vybrané téma z roku 2005) a byly zřízeny nové pravomoci uzavřít bary nebo jiné provozovny či z nich vykázat osoby (Belgie, Irsko, Nizozemsko) a pravomoci uzavřít soukromé obydlí, kde dochází ke komerční distribuci drog (Nizozemsko) nebo k systematickému užívání drog (Spojené království). Současně byly v této době napříč Evropou zaváděny nové zákony na ochranu nekuřáků před užíváním tabáku: 24 evropských členských států (všechny kromě Řecka, Maďarska a Polska) od roku 2004 zakázalo nebo striktně omezilo kouření na uzavřených veřejných místech, často se značnými pokutami pro provinilce.

Shrme-li právní změny, kterými jsme se zde zabývali, ukazuje se, že trestní sankce byly často sníženy pro jednotlivé uživatele, kteří nemají přitěžující okolnosti, ale téměř protiváhou zvýšeny pro ty, jejichž jednání může postihnout ostatní členy společnosti. V tomto zvýšení se projevuje větší využívání trestního práva k ochraně veřejnosti.

Trestná činnost související s drogami

Trestná činnost související s drogami je široký pojem, který může zahrnovat všechny spáchané trestné činy, jež nějakým způsobem souvisí s drogami ⁽⁹⁾. V praxi jsou běžné údaje v Evropě k dispozici pouze u prvotních hlášení trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, hlavně od policie. I když se tyto údaje obvykle berou jako nepřímé ukazatele užívání drog nebo obchodování s drogami, nutno poznamenat, že se v nich projevují rozdíly mezi právními předpisy v jednotlivých státech a různé způsoby uplatňování a prosazování zákonů. Do těchto údajů se také promítají rozdíly ve stanovených prioritách a zdrojích přidělených orgány trestní justice na konkrétní trestné činy. Navíc mezi národními systémy informací o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy existují odlišnosti, zvláště co se týká postupů hlášení a evidence. Protože kvůli těmto rozdílům je přímé srovnání mezi jednotlivými zeměmi obtížné, je vhodnější porovnávat trendy, a nikoli absolutní čísla.

Celkově se počet oznámených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v členských státech EU v letech 2001 až 2006 v průměru zvýšil o 36 % (obr. 2). Údaje odhalují stoupající trendy ve všech sledovaných zemích s výjimkou Bulharska, Řecka, Lotyšska a Slovinska, které za toto pětileté období oznámily celkový pokles ⁽¹⁰⁾.

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Diskuse o vztazích mezi drogami a trestnou činností viz EMCDDA (2007b).

⁽¹⁰⁾ Viz tab. DLO-1 ve Statistickém věstníku 2008.

Trestné činy spojené s užíváním a nabídkou drog

Rovnováha mezi trestnými činy spojenými s užíváním drog a s jejich nabídkou (nezákonné zacházení, obchodování, výroba) je podobná jako v předchozích letech. Ve většině evropských zemí se převládá část trestných činů týkala užívání drog nebo držení drog pro vlastní potřebu, přičemž podíl těchto trestných činů představoval v roce 2006 ve Španělsku až 93 % ⁽¹¹⁾. Avšak v České republice, Nizozemsku, Turecku a Norsku převažují trestné činy spojené s nabídkou drog, přičemž jejich podíl na všech trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy a oznámených v roce 2006 představoval 52 % (Turecko) až 88 % (Česká republika).

Počet trestných činů spojených s užíváním drog se v letech 2001 až 2006 v Evropské unii zvýšil v průměru o 51 %, přičemž dvě třetiny sledovaných zemí vykázaly za toto pětileté období vzestupný trend a pouze Slovinsko a Norsko trend sestupný ⁽¹²⁾. Dále stojí za povšimnutí, že podíl trestných činů spojených s užíváním drog na všech trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy se v tomto období v polovině sledovaných zemí zvýšil.

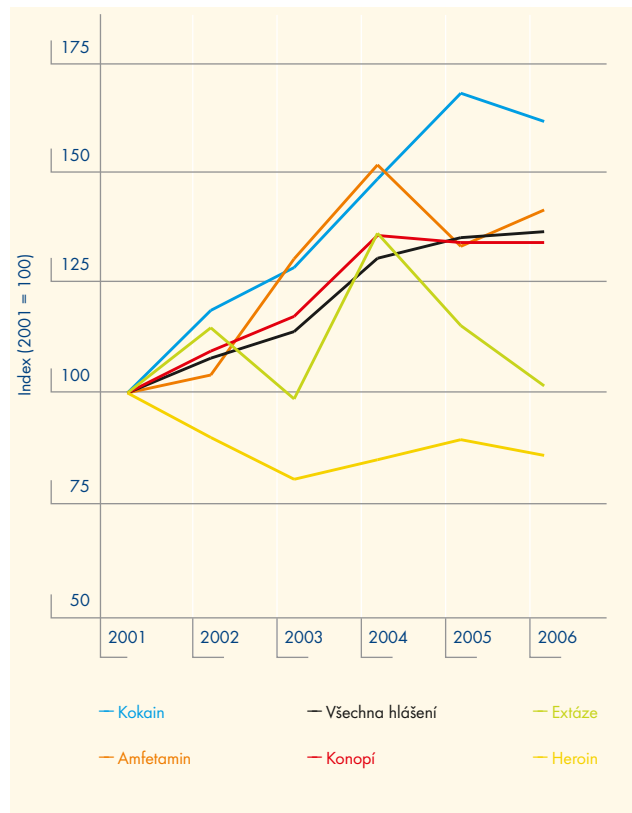
Počet trestných činů spojených s nabídkou drog v období 2001–2006 také rostl, ale mnohem pomalejším tempem – v průměru šlo v Evropské unii o 12 %. Za toto období se počet trestných činů spojených s nabídkou drog ve více než polovině sledovaných zemí zvýšil a ve čtyřech zemích snížil (v Německu, na Kypru, v Nizozemsku a na Slovinsku) ⁽¹³⁾.

Trendy u jednotlivých drog

Ve většině evropských zemí bylo v roce 2006 konopí nadále nejčastější nezákonnou drogou, které se týkají trestné činy porušující protidrogové právní předpisy ⁽¹⁴⁾. V zemích, kde tomu tak je, tvořily trestné činy související s konopím 36 až 86 % všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. V několika zemích převažovaly u drogových trestných činů jiné drogy než konopí: V České republice stál za 60 % všech trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy metamfetamin, na Maltě to byl heroin se 41 %. V Lucembursku byly trestné činy porušující protidrogové právní předpisy téměř rovnoměrně rozloženy mezi konopí, heroin a kokain.

V pětiletém období 2001–2006 se počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, které se týkaly konopí, ve většině sledovaných zemí zvýšil nebo zůstal stabilní, což vedlo k celkovému průměrnému zvýšení v Evropské unii o 34 % (obr. 2). Bulharsko, Česká

Obr. 2: Indexované trendy v počtu hlášení trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v členských státech EU, 2001–2006



Pozn.: Trendy vyjadřují dostupné informace o národním počtu porušení protidrogových právních předpisů (trestných nebo nikoli) ohlášených všemi orgány pro prosazování práva v členských státech EU; všechny řady jsou indexovány k bázi 100 v roce 2001 a váženy podle velikosti populace, čímž je dán celkový trend v EU; celkový počet případů porušení předpisů hlášených v roce 2006 v zemích zahrnutých do trendů (před vážením) činil: amfetamin 41 069, konopí 550 878, kokain 100 117, extáze 17 598, heroin 77 242, všechna hlášení 936 866.

Země, kde chyběly údaje za období dvou nebo více po sobě následujících let, nejsou do výpočtu trendu zahrnuty: celkový trend vychází ze všech zemí EU kromě Spojeného království, trend pro konopí vychází z údajů 18 zemí, pro heroin z 18, pro kokain ze 17, pro amfetamin ze 12 a pro extázi z 13. Další informace o metodice viz obr. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox a pro údaje o populaci Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

republika (2002–2006), Itálie a Slovinsko však oznámily sestupný trend ⁽¹⁵⁾.

Trestné činy související s kokainem se v období 2001–2006 ve všech evropských zemích kromě Bulharska, Německa a Slovenska zvýšily. Průměr v EU v tomto období vzrostl o 61 %.

⁽¹¹⁾ Viz tab. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹²⁾ Viz obr. DLO-2 a tab. DLO-4 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹³⁾ Viz tab. DLO-5 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁴⁾ Viz tab. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁵⁾ Viz tab. DLO-6 ve Statistickém věstníku 2008. Doplňující analýza trestných činů souvisejících s konopím viz kapitola 3.

Situace u trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, které se týkaly heroinu, byla v období 2001- 2006 jiná než u konopí nebo kokainu, jelikož jejich počet v Evropské unii poklesl v průměru o 14 %, hlavně v letech 2001 až 2003. Trendy u trestných činů souvisejících s heroinem se však v tomto období v jednotlivých zemích lišily, přičemž třetina jich oznámila vzestup ⁽¹⁶⁾.

Počet trestných činů souvisejících s amfetaminem a extází byl v EU v průměru nejvyšší v roce 2004. Zatímco trend u trestných činů souvisejících s amfetaminem zůstal vzestupný (průměrný nárůst v období 2001 – 2006 o 41 %), průměr u trestných činů souvisejících s extází v EU v tomto období kolísá a v letech 2001 až 2006 nedošlo k celkové změně.

Národní výzkumy v oblasti drog

Výzkum drogové problematiky se provádí ve všech evropských zemích, kde poskytuje informace nezbytné k popsání a pochopení dopadu nezákonných drog v národním měřítku. Na základě zpráv 25 členských států, Chorvatska a Norska lze uvést přehled uspořádání výzkumu v oblasti drog v evropských zemích. V době, kdy se čím dál tím více uznává význam intervencí založených na důkazech, je pozoruhodné, že 21 zemí uvedlo, že výsledky výzkumu alespoň do určité míry pronikají do protidrogové politiky.

Koordinace a financování

Výzkum v oblasti drog je uveden v národní protidrogové strategii nebo akčním plánu 20 z 27 sledovaných zemí ať už jako zvláštní téma, nebo jako nezbytná složka

protidrogové politiky založené na důkazech. V 15 z 27 sledovaných zemí existují na národní úrovni struktury pro koordinaci výzkumu v oblasti drog. Pouze pět zemí uvádí, že výzkum v oblasti drog není v jejich národních protidrogových strategiích uveden nebo že nemají v této oblasti národní koordinační strukturu.

Hlavním zdrojem financování výzkumu v oblasti drog, který členské státy uvádějí, je stát, jenž poskytuje prostředky na programy pro obecný výzkum nebo na výzkumné programy v oblasti drog. Dvěma hlavními oblastmi obecného výzkumu, do kterých putují finanční prostředky na výzkum v oblasti drog, jsou zdravotnictví a sociální vědy. Prostředky určené konkrétně na výzkum v oblasti drog poskytují národní protidrogové koordinační orgány (Česká republika, Španělsko, Francie, Lucembursko, Maďarsko, Polsko, Portugalsko, Norsko). Oba typy programů financování často spojují výzkum nezákonných drog s jinými oblastmi na poli závislosti, například s alkoholem, tabákem a hazardními hrami. Finanční prostředky jsou většinou dostupné prostřednictvím zakázek na výzkum nebo rámcových programů, do kterých se výzkumní pracovníci hlásí. Mezi další uváděné zdroje financování patří nadace, akademie věd, soukromé instituce, zvláštní fondy na boj proti drogám, Evropská komise a OSN.

Struktury a projekty

Většina zemí uvedla, že se výzkum provádí hlavně na univerzitách a ve specializovaných centrech, přičemž v některých z nich se nachází národní kontaktní místa, a dále následují veřejná a soukromá výzkumná centra. Některé země uvedly národní výzkumné sítě (Německo, Španělsko, Portugalsko). Ty mohou hrát významnou roli

Více prostředků na výzkum související s drogami

Podrobné informace o výzkumu v oblasti drog prováděném v evropských zemích shromáždilo EMCDDA prostřednictvím své sítě národních kontaktních míst Reitox. Informace poskytnuté členskými státy obsahují popis národních výzkumných organizací a mechanismů financování. Členské státy poskytly také seznamy hlavních studií provedených od roku 2000 a uvedly vědecké referáty, odborné vědecké časopisy a internetové stránky, jejichž prostřednictvím jsou šířena zjištění výzkumu souvisejícího s drogami provedeného v dané zemi. EMCDDA tyto i další informace zpřístupňuje prostřednictvím různých informačních produktů a kanálů (viz <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Podrobnější přehled o tomto tématu naleznete ve vybraném

tématu o výzkumu souvisejícím s drogami z roku 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Evropská komise zadala hloubkovou srovnávací analýzu výzkumu nezákonných drog v Evropské unii. Studie by na základě výsledků vybraného tématu o výzkumu měla poskytnout přehled dostupného financování výzkumu souvisejícího s drogami ze strany Evropské unie a členských států a rozšířit rozsah výzkumu na oblast snižování nabídky drog a bezpečnosti. Studie přezkoumá stávající výzkumnou infrastrukturu v členských státech a na evropské úrovni a porovná ji s ostatními regiony, jako je Severní Amerika a Austrálie. Závěrem budou doporučení politických možností, jak překonat mezery ve znalostech a zlepšit spolupráci na evropské úrovni. Studie posoudí také stávající evropské sítě, včetně sítě EMCDDA a národních kontaktních míst sítě Reitox. Výsledky budou k dispozici počátkem roku 2009.

⁽¹⁶⁾ Viz tab. DLO-7 ve Statistickém věstníku 2008.

při organizaci a financování výzkumu a mohou také podporovat přímější spojení mezi výzkumem a praxí.

Více než polovina nejvýznamnějších studií provedených v roce 2000 oznámených členskými státy se zabývala epidemiologií a asi třetina aplikovaným výzkumem (hlavně se jednalo o vyhodnocení intervencí v oblasti prevence a léčby). Byly také citovány studie určujících, rizikových a ochranných faktorů pro užívání drog, důsledků užívání drog a drogových mechanismů a afektů.

Několik zemí se zmínilo o omezeních výzkumu v oblasti drog. K uvedeným problémům patří: organizační aspekty, například nedostatečná organizace a roztroušené prostředky (Německo, Francie, Rakousko), nedostatek kvalifikovaných výzkumných pracovníků (Lotyšsko, Maďarsko) a metodické aspekty (otázky ochrany údajů, problémy s kontaktováním skrytých populací, nedostatečná kontinuita výzkumných projektů). Několik zemí označilo za největší překážku omezené dostupné finanční prostředky na výzkum v oblasti drog (Belgie, Řecko, Polsko, Rumunsko, Finsko).

Šíření

Bylo zjištěno celkem 25 evropských recenzovaných odborných časopisů specializovaných na oblast drog, které publikují v 11 jiných jazycích, než je angličtina. Většina těchto národních odborných časopisů zveřejňuje výtahy v angličtině a vítá mezinárodní příspěvky. Kromě publikací specializovaných na nezákonné drogy a závislost vychází články o užívání nezákonných drog také v recenzovaných odborných časopisech z široké řady vědních oborů a v odborných magazínech. V roce 2006 byla zjištěna výzkumu v oblasti drog zveřejněna ve více než 100 takovýchto evropských odborných časopisech. I jiné typy publikací, včetně publikací vydávaných národními kontaktními místy, hrají významnou úlohu v šíření informací. Významnou úlohu v šíření výsledků výzkumu ve všech sledovaných zemích, hlavně prostřednictvím národních zpráv, hrají také národní kontaktní místa sítě Reitox.



Kapitola 2

Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Úvod

Tato kapitola představuje přehled řešení drogové problematiky v Evropě, případně upozorňuje na trendy, vývoj a otázky kvality. Soubor opatření, kterými se zde zabýváme, zahrnuje prevenci, léčebné postupy, minimalizaci škod a sociální reintegraci, jež dohromady tvoří komplexní systém ke snížení poptávky. Tato kapitola obsahuje také vyhodnocení dostupných údajů o potřebách uživatelů drog ve věznicích a stávající řešení v tomto konkrétním prostředí. Kromě toho se stručně zabývá budoucími úkoly v oblasti monitorování v další sféře protidrogové politiky, ve snižování nabídky drog.

Prevence

Protidrogovou prevenci lze rozdělit do několika úrovní nebo strategií, od prevence zaměřené na prostředí po indikovanou prevenci, které spolu v ideálním případě nesoutěží, ale doplňují se. Tento popis současné situace a trendů v Evropě vychází z kvalitativních údajů o poskytování všeobecné a selektivní prevence oznámených centru EMCDDA v roce 2007 ⁽¹⁷⁾ a z přehledu literatury o indikované prevenci (EMCDDA, 2008f).

Všeobecná prevence

Zdá se, že se cíle všeobecné školní protidrogové prevence v Evropě v posledních letech změnila. V roce 2007 bylo nejčastěji uváděným cílem preventivních činností získání životních dovedností (12 z 28 sledovaných zemí), kdežto v roce 2004 uváděla polovina zemí (13/26) jako svůj hlavní cíl zvyšování povědomí a poskytování informací. Také vytvoření ochranného školního prostředí, což je určitá forma strukturální intervence, bylo v roce 2007 uváděno jako hlavní cíl častěji (šest zemí) než v roce 2004 (čtyři země). Ve změnách uváděných cílů se může projevit přijetí racionálnějšího přístupu založeného na důkazech, ale není zřejmé, v jaké míře se do této změny cílů promítá skutečné zajišťování prevence.

K typům školní intervence, které uvádí největší počet zemí, patří akce pro rodiče a strategie výhradního poskytování

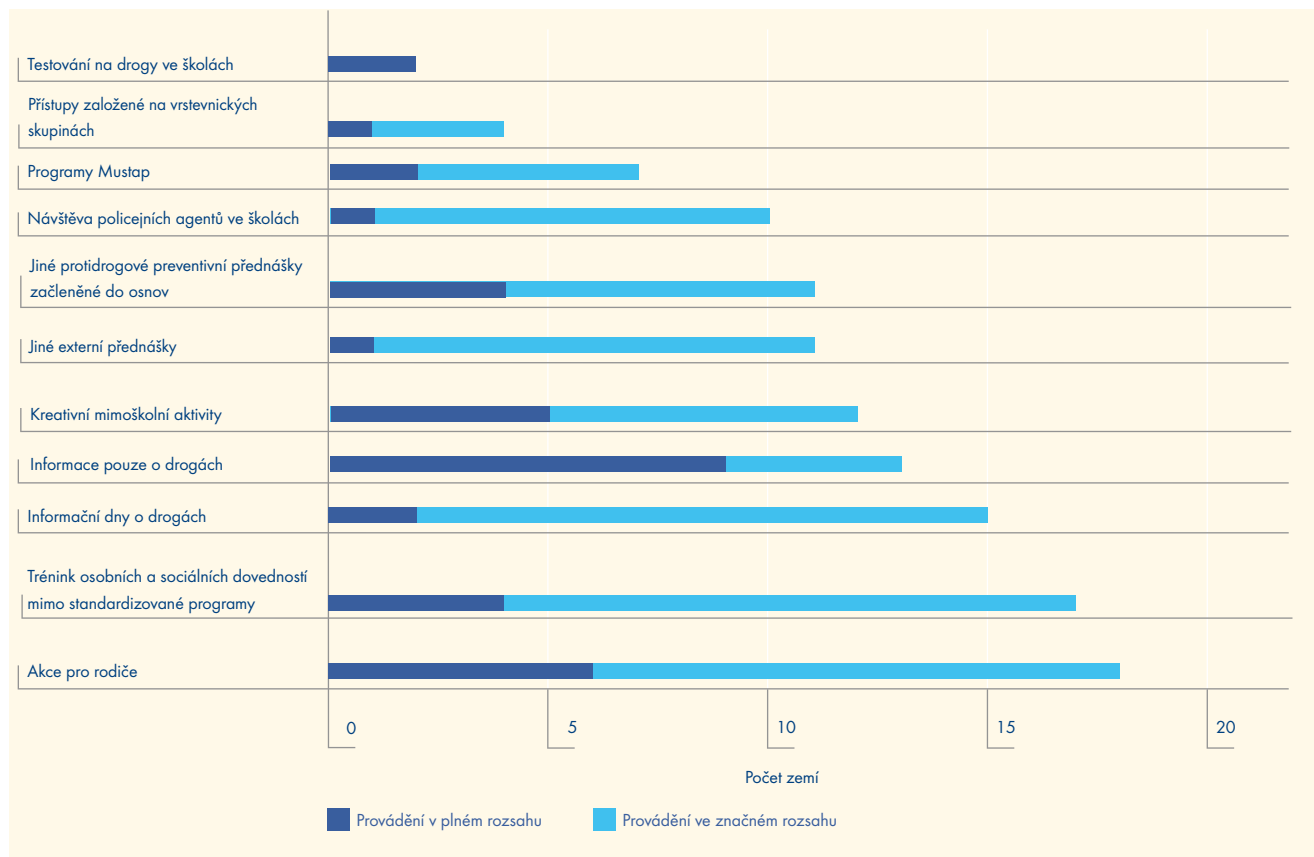
Lepší monitorování snižování nabídky drog

Snižování nabídky drog lze definovat jako všechny činnosti zaměřené proti tomu, aby se nezákonné drogy dostaly k uživatelům. Mohou zahrnovat nástroje jako mezinárodní úmluvy, protidrogové právní předpisy a politiky EU a jednotlivých států a opatření zaměřená na různé procesy a aktéry zapojené do výroby a obchodování s nezákonnými drogami, ale také do zneužívání nebo nezákonné výroby povolených látek (léků, prekurzorů) pro nezákonné účely a do praní peněz pocházejících z trestné činnosti související s drogami. Ke snižování nabídky nezákonných drog přispívají aktivity prosazování práva, iniciativy v oblasti alternativního rozvoje a projekty zaměřené na prevenci trestné činnosti související s drogami. Důležitou podporu těmto aktivitám a jejich hodnocení představuje sledování a analýza stejně jako snižování poptávky po drogách.

Nedávný sběr údajů v rámci ročních průběžných posouzení protidrogového akčního plánu EU a přezkumu UNGASS (viz kapitola 1) odhalil smíšený obraz dostupnosti údajů o řešeních v oblasti snižování nabídky. Aktivity spojené s mezinárodními projekty jsou obvykle dobře zdokumentovány, zatímco údaje o aktivitách na národní úrovni jsou často těžko přístupné a srovnatelné. Evropská komise, Eurostat, Europol a EMCDDA pracují na zlepšení této situace v rámci příštího protidrogového akčního plánu EU (2009–2012). Je nutné přezkoumat stávající koncepční rámce a informační systémy i potenciální informační zdroje pro sledování a analýzu činností zaměřených na snižování nabídky v členských státech. Je také nutné lépe rozumět trhům s drogami, zejména mechanismům nabídky a poptávky, a to jak z hospodářského, tak ze sociálního hlediska. Dvě studie financované Evropskou komisí se budou zabývat informačními systémy i zdroji v oblasti snižování nabídky drog a mezinárodních trhů s drogami.

informací (informační dny, návštěvy odborníků nebo policejních agentů ve školách) (obr. 3). Účinnost těchto intervencí je nejasná. Naopak určité intervence více založené na důkazech uvádí pouze několik zemí. Patří sem standardizované programy, přístupy založené na vrstevnických skupinách nebo intervence konkrétně pro chlapce, přičemž cílem všech těchto intervencí je zlepšit komunikační dovednosti, zdokonalit schopnosti zvládat konflikty, stres a frustraci nebo napravit nesprávné normativní vnímání užívání drog. Skutečnost, že celkově

⁽¹⁷⁾ Údaje poskytli národní odborníci v členských státech.

Obr. 3: Nejčastější typy intervence v rámci všeobecné školní prevence

Pozn.: Mustap – standardizované programy sestávající z několika sezení s tištěnými materiály.
 Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

převládají intervence, které nejsou vůbec založeny na důkazech nebo jsou na nich založeny pouze málo, může být důsledkem toho, že vyžadují méně zdrojů a méně školení personálu.

Kromě činností zaměřených konkrétně na užívání drog existují ve školách také strukturální intervence. Strukturální intervence jsou zaměřeny na vytváření ochranného a normativního sociálního prostředí a snaží se tak ovlivňovat rozhodnutí mladých lidí ohledně užívání drog (Toumbourou a kol., 2007). Tento přístup je v souladu s celkovými preventivními politikami, které čím dál tím častěji zahrnují přísnější předpisy o tabáku a alkoholu ve školách. V této souvislosti uvádí dvacet zemí úplný zákaz kouření ve všech školách a 18 zemí hlásí provádění protidrogové politiky ve školách v plném nebo značném rozsahu⁽¹⁸⁾. Zejména ve střední a západní Evropě členské státy uvádějí, že provedly strukturální intervence zaměřené na snížení užívání tabáku a alkoholu ve školách. Tato preventivní opatření mohou také doplňovat jiná strukturální opatření, jako je zlepšování vzhledu školních budov a školního života.

Dalším, široce využívaným preventivním přístupem, je prevence v rodinách. Jedenáct zemí uvedlo pořádání rodinných setkání a večerů v plném nebo značném rozsahu. Zdá se, že spolu se školní prevencí je prevence v rodinách zaměřena hlavně na poskytování informací. Intenzivní vedení a školení rodin, což je přístup, který podle všech studií vykazuje konzistentní efektivitu (Petrie a kol., 2007), se nabízí omezeně, nejvyšší úroveň poskytování této služby uvedlo pouze sedm zemí.

Selektivní prevence

Selektivní prevence se řídí sociálními a demografickými ukazateli, jako je míra nezaměstnanosti, kriminality nebo záškoláctví. Intervence probíhá s konkrétními skupinami, rodinami nebo celými komunitami, kde může být kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům větší pravděpodobnost, že lidé začnou užívat drogy nebo se u nich vyvine závislost na drogách.

Třináct zemí uvádí, že většina jejich prevence v rodinách je selektivní. V Evropě se však jen zřídka řeší důležité

⁽¹⁸⁾ Provádění ve značném rozsahu: intervence je poskytována ve většině míst, kde velikost cílové populace postačuje k jejímu provádění.
 Provádění v plném rozsahu: intervence je dostupná téměř ve všech místech, kde velikost cílové populace postačuje k jejímu provádění.

rizikové podmínky rodin. Z 30 sledovaných zemí pouze sedm uvádí poskytování intervencí v oblasti užívání látek v rodině v plném nebo značném rozsahu a pět udává poskytování intervencí v oblasti rodinných sporů a zanedbávání. Kromě toho čtyři země uvedly tyto kategorie intervencí: řešení sociálního znevýhodnění (např. nezaměstnanost), pomoc s problémy s trestní justicí nebo pomoc marginalizovaným rodinám z řad etnických menšin. Pouze tři země se zabývají potřebami rodin, které se potýkají s problémy v oblasti duševního zdraví.

Navzdory zvyšujícímu se politickému významu se také zřídka řeší rizikové podmínky mladých ohrožených skupin, například mladých pachatelů, mládeže bez domova, mládeže, která chodí za školu, znevýhodněné mládeže a mládeže z řad menšin. Od roku 2004 je čím dál tím větší počet protidrogových politik označuje za primární cíle preventivních intervencí, ale uváděná míra poskytování intervencí se v průběhu tohoto období nezvýšila. Podrobnější údaje jsou uvedeny ve vybraném tématu z roku 2008 o ohrožené mládeži.

Indikovaná prevence

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. Mezi tyto jedince patří osoby, které předčasně ukončily

školní docházku, a lidé s psychickými poruchami, protispoločenským jednáním nebo s prvními známkami užívání drog. Zpráva zveřejněná nedávno EMCDDA (2008f) představuje longitudální studie, které vymezují problémové trajektorie, neurobehaviorální studie a zvyšující se znalosti o plasticitě mozku a o úloze neurotransmiterů, a upozorňuje na zjištění z intervencí oznámená členskými státy.

U dětí s poruchami chování, jako je porucha pozornosti (hyperaktivita) kombinovaná s poruchou chování, hrozí vysoké riziko problémů s užíváním látek. Včasná intervence u dětí s poruchami chování vyžaduje úzkou spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními službami a službami pro mládež. Například německé „vícemodulové pojetí léčby“ nabízí kombinaci poradenství pro rodiče a pečovatele, souběžnou lékařskou, psychoterapeutickou a psychosociální podporu a vzdělávací podporu ve školce nebo škole. Irský přístup cíleného vzdělávacího a psychologického poradenství pro mladé lidi, zvlášť za účelem prevence rozvinutí problémů ve školách, vzdělávacích zařízeních a rodinách, přinesl celkové pozitivní výsledky. V Nizozemsku studie dlouhodobých preventivních účinků léčby rušivého chování mladých lidí ve střední etapě dětství (8–13 let) zjistila, že přizpůsobená behaviorální léčebná metoda vykazuje výrazně lepší následné výsledky v oblasti kouření a užívání konopí v porovnání s obvyklou léčbou (Zonneville-Bender a kol., 2007).

Účinnost a rizika intervencí

Užívání drog u dětí a v rodinách zůstává v ohnisku zájmu cílené prevence v Evropě. Velký počet studií sociálních a neurobehaviorálních ukazatelů předpovídajících užívání látek ukazuje, že i prevence, která není zaměřena na drogy, může mít účinek na užívání drog. Jak selektivní, tak indikovaná prevence může zmírnit účinek vývojového znevýhodnění v raném věku, jeho přenesení do sociální marginalizace a následný přechod ke zneužívání látek. Několik výzkumných studií ukázalo, že intervence provedené v prvních letech školní docházky zaměřené na zlepšení vzdělávacího prostředí a omezení sociálního vyloučení mají také zmírňující účinek na pozdější užívání látek (Toumbourou a kol., 2007).

Byla zpochybněna celková účinnost školní prevence (Coggans, 2006; Gorman a kol., 2007). Nedávné přehledy literatury ⁽¹⁹⁾ však ukazují, že se některé složky školní prevence, jako zaměření na normativní domněnky a životní dovednosti, zdají účinné. Například EU-Dap, evropská randomizovaná kontrolní studie, spolufinancovaná Evropskou komisí, která má vypracovat a vyhodnotit školní preventivní program, přinesla pozitivní

Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí – vybrané téma EMCDDA z roku 2008

U mladých lidí z určitých skupin existuje riziko sociálního vyloučení, což může souviset se zvýšenou pravděpodobností užívání drog a vzniku souvisejících problémů. Zaměřením intervencí, které mají vést ke snížení míry užívání drog a škod souvisejících s drogami, na konkrétní skupiny lze zvýšit šanci na splnění potřeb těchto skupin i pravděpodobnost úspěšnosti intervencí.

Toto vybrané téma poskytuje podrobné informace o rizikových faktorech a profilech ohroženosti konkrétních skupin a zkoumá užívání drog a problémy související s drogami v těchto skupinách. Zabývá se rovněž dopady vyplývajícími z příslušnosti k ohrožené skupině, které jsou důsledkem záškoláctví, studijních neúspěchů, sociálního znevýhodnění, problémů v rodině a kriminality. Pojednává také o konkrétních opatřeních reagujících na užívání drog a drogovou problematiku v ohrožených skupinách, včetně legislativních kroků, prevence a léčby.

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

⁽¹⁹⁾ Viz portál správné praxe (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>)

Portál správné praxe EMCDDA

EMCDDA letos spustilo první modul svého internetového portálu správné praxe pro intervence související s drogami (prevence, léčebné postupy, minimalizace škod a sociální reintegrace). Portál poskytuje přehled nejnovějších důkazů o efektivnosti a účinnosti různých intervencí, představuje nástroje a normy zaměřené na zlepšování kvality intervencí a vyzdvihuje příklady vyhodnocené praxe z celé Evropy. Je zaměřen na lékaře, politiky a výzkumné pracovníky v oblasti drog a má celoevropský rozměr.

První modul portálu se zaměřuje na všeobecnou prevenci, zejména na důkazy o účinnosti založené na několika přezkumech zveřejněných od roku 2000. Detaily zjištění viz <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>.

Portál poskytuje informace o účinnosti různých intervencí, ale nutno poznamenat, že důkazní báze zůstává někdy omezená a intervence by se měly vybírat pečlivě. Jelikož účinnost programů měří kontrolované studie, zůstává navíc otázkou, jak se budou některé intervence projevovat v jiném prostředí. Příklady vyhodnocených intervencí v různých zemích a prostředích obsahuje nové vydání databanky EDDRA dostupné na portálu, které může poskytnout další pokyny.

výsledky ⁽²⁰⁾. Nárazná studie zjistila, že patnáct měsíců po intervenci zůstal účinek programu stabilní a frekvence opilstosti a užívání konopí pozorovaná u účastníků programu se snížila. Program „Unplugged“ použitý ve studii zpochybnil normy přijímání a domněnek o prevalenci užívání látek mezi mládeží.

Prevence by neměla být pouze účinná, ale musí být také bezpečná – nežádoucí účinky musí být minimální. Proto by se měla při navrhování a hodnocení intervencí pečlivě zvážet rizika negativních účinků. To je zvlášť důležité u všeobecné školní prevence, která se poskytuje velké a rozmanité cílové populaci. Například poskytování informací pouze o účincích drog, což je v Evropě rozšířený přístup, je nejen neúčinné, ale může s sebou nést riziko nežádoucích účinků (Werch a Owen, 2002). Totéž platí o kampaních v médiích, které mohou nést riziko zvýšení dispozic k užívání látek ⁽²¹⁾.

Jedním ze způsobů, jak zajistit, aby preventivní programy byly založeny na důkazech a aby byla snížena rizika nežádoucích účinků, je vypracovat normy pro poskytování a obsah preventivních projektů. Počet členských států, které uvádí normy pro navrhování a hodnocení projektů, se zvýšil ze tří v roce 2004 na devět v roce 2007. Několik členských států uvádí, že vyvíjí certifikační procesy, aby zaručily kvalitu programů a efektivní využívání prostředků z veřejných rozpočtů (Česká republika, Maďarsko, Polsko,

Portugalsko). Například v České republice je certifikace preventivních činností podmínkou získání dotací ze státního rozpočtu.

Léčebné postupy

Cílem tohoto oddílu je poskytnout přehled o léčbě drogové závislosti v Evropě a popsat uspořádání a poskytování služeb.

Uspořádání

Služby léčby drogové závislosti jsou v členských státech EU poskytovány hlavně veřejným sektorem, i když nevládní organizace mohou hrát rovnocennou úlohu (sedm členských států), nebo dokonce mohou být hlavním poskytovatelem léčebných služeb (pět členských států). Významnou úlohu hrají také praktičtí lékaři a v některých zemích jsou klíčovými poskytovateli substituční léčby. V některých zemích může být zapojen rovněž soukromý sektor, hlavně do ústavního léčení. Financování léčby drogové závislosti je nicméně poskytováno z veřejných zdrojů nebo spojeno se sociálním či zdravotním pojištěním.

Poskytování

K léčbě drogové závislosti dochází v různých prostředích, včetně ambulantních a lůžkových středisek léčby, ordinací praktických lékařů, nízkoprahových zařízení a věznic. Většina léčby užívání drog v Evropě probíhá ambulantně, mj. v ordinacích praktických lékařů, hlavně proto, že v tomto prostředí se obvykle poskytuje substituční léčba. Uživatelé drog nastupující ambulantní léčbu mají podle nejnovějších údajů z ukazatele počtu žádostí o léčbu v průměru 30 let a převážně se jedná o muže ⁽²²⁾. Asi třetina jich nastoupí léčbu sama, 22 % je posláno na léčení v rámci systému trestní justice, přičemž toto číslo v posledních letech roste, a zbývající část pošlou na léčení sociální nebo zdravotnické služby či neformální sítě ⁽²³⁾.

Polovina klientů nastupujících ambulantní léčbu udává primární užívání opiátů, zatímco 21 % uvedlo jako primární drogu konopí a 16 % kokain. Ve zvýšení podílu klientů a zvlášť nových klientů poslaných na léčení kvůli problémům s jinými drogami než opiáty se může projevovat lepší dostupnost léčby pro uživatele konopí a kokainu v několika členských státech i větší počet uživatelů, kteří vyhledají léčbu kvůli těmto drogám (viz kapitoly 3 a 5). Celková dostupnost služeb zaměřených konkrétně na potřeby uživatelů jiných drog než opiátů však zůstává omezená.

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Viz kapitola 3 v této zprávě a výroční zpráva za rok 2007.

⁽²²⁾ Viz tab. TDI-10 (část iii) a TDI-21 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽²³⁾ Viz tab. TDI-16 ve Statistickém věstníku 2008.

Léčba v lůžkových zařízeních se odehrává většinou v terapeutických komunitách, psychiatrických léčebnách a na specializovaných odděleních všeobecných nemocnic. Poskytované služby sahají od krátkodobé detoxifikace po dlouhodobé psychiatrické a abstinenční léčebné programy. Lůžkové služby mohou být zvlášť vhodné pro uživatele drog s komplexními potřebami léčby z důvodu tělesné a duševní komorbidit. Klienti léčení v lůžkových zařízeních jsou v průměru podobní ambulantním klientům: je jim kolem 30 let, většinou jsou to muži a léčbu drogové závislosti nastupují kvůli primárnímu užívání opiátů⁽²⁴⁾. Ve většině zemí, kde lze srovnávat, je však podíl klientů bez zaměstnání a s nestálým ubytováním u klientů léčených v lůžkových zařízeních vyšší než u ambulantních klientů⁽²⁵⁾.

Z historického hlediska jsou služby léčby drogové závislosti uspořádány podle potřeb uživatelů opiátů, kteří stále představují hlavní skupinu léčených uživatelů. Ve většině členských států se převládající možností pro uživatele opiátů stala substituční léčba kombinovaná s psychosociální péčí. Po zavedení léčby vysokými dávkami buprenorfinu na Kypru v roce 2007 je substituční léčba nyní dostupná ve všech členských státech a v Chorvatsku a Norsku⁽²⁶⁾. V Turecku má být substituční léčba teprve zavedena, i když podle nařízení o střediscích léčby z roku 2004 je povolena. Po metadonu je buprenorfin druhou nejčastěji předepisovanou náhradkou opiátů a jeho využívání v léčbě problémového užívání opiátů v posledních letech vzrostlo (viz kapitola 6). Tato možnost léčby je nyní dostupná ve všech členských státech kromě Bulharska, Maďarska a Polska. Podle odhadů podstoupilo v roce 2006 substituční léčbu v Evropě 600 000 uživatelů opiátů, přičemž 16 z 22 zemí, které poskytly údaje, uvedlo nárůst oproti předchozímu roku.

Minimalizace škod

Prevence a minimalizace škod souvisejících s drogami je cílem v oblasti veřejného zdraví ve všech členských státech a v protidrogové strategii a akčním plánu EU (Evropská komise, 2007a). Hlavními intervencemi v této oblasti je substituční léčba problémového užívání opiátů a programy výměny jehel a stříkaček zaměřené na úmrtí z předávkování a šíření infekčních nemocí. Tato opatření jsou dostupná ve všech zemích kromě Turecka (viz také kapitoly 6 a 8), a i když v rozsahu a úrovni poskytování služeb existují značné rozdíly, je obecným evropským trendem nárůst a konsolidace opatření na minimalizaci škod.

Kromě toho většina zemí poskytuje řadu zdravotnických a sociálních služeb v nízkoprahových zařízeních. Některé

země však uvádí, že se provádění opatření na minimalizaci škod zpozdilo kvůli nedostatečné politické podpoře. V Řecku bylo pozastaveno rozšíření nízkoprahových služeb a substituční léčby; programy výměny jehel a stříkaček v Rumunsku a Polsku byly v roce 2006 omezeny poté, co ustalo vnější financování; a jediný program výměny jehel a stříkaček na Kypru není oficiálně schválený. V Maďarsku, kde se programy výměny jehel a stříkaček a terénní práce rozrůstají, studie provedená mezi neléčenou populací ukázala, že poskytování je stále nedostatečné a že překážky v přístupu k této službě jsou značné.

Vzhledem ke specifickému profilu pobaltských zemí a Rumunska v souvislosti s HIV/AIDS hrají mezinárodní dárci v těchto zemích nadále významnou roli. Finanční podporu na činnosti v rámci minimalizace škod poskytuje Program globálního fondu pro boj s AIDS, tuberkulózou a malárií a v Estonsku, Litvě a Lotyšsku úřad UNODC nedávno zahájil projekt „Prevence HIV/AIDS a péče mezi injekčními uživateli drog a ve vězeňských zařízeních“.

Některé členské státy se v poslední době zabývají důsledky zavedení intervencí za účelem minimalizace škod. Ve Francii došlo k poklesu úmrtnosti uživatelů drog spolu se zavedením trojnásobných protivirových léčebných postupů, s vypracováním politiky minimalizace škod a s dostupností substituční léčby závislosti na opiátech; ve Španělsku klesající počet injekčních uživatelů spolu se snadným přístupem k metadonové udržovací léčbě souvisel s poklesem infekčních nemocí a úmrtí souvisejících s drogami mezi uživateli drog (De la Fuente a kol., 2006); a v Portugalsku dostupné údaje ukazují stabilizaci infekčních nemocí, což lze pravděpodobně částečně připsat lepší dostupnosti řešení v oblasti minimalizace škod a léčby.

Sociální reintegrace

Léčení uživatelé drog často vykazují vysokou míru nezaměstnanosti a bezdomovectví. Tato znevýhodnění jsou také rozšířenější u konkrétních skupin uživatelů, zejména u žen, uživatelů heroinu a cracku, příslušníků etnických menšin a osob s komorbiditou s psychickými problémy.

Sociální reintegrace se považuje za nezbytnou složku komplexních protidrogových strategií a lze ji provést v jakékoliv fázi užívání drog a v různých prostředích. Cílů intervencí v oblasti sociální reintegrace lze dosáhnout budováním kapacit, zlepšením sociálních dovedností nebo opatřeními na zprostředkování a podporu zaměstnání a získání či zlepšení bydlení. V praxi mohou reintegrační služby nabízet profesní poradenství, pracovní zařazení

⁽²⁴⁾ Viz tab. TDI-10 (část vii) a TDI-21 (část iv) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽²⁵⁾ Viz tab. TDI-13 a TDI-15 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽²⁶⁾ Viz tab. HSR-1 a HSR-2 ve Statistickém věstníku 2008.

a podporu bydlení, zatímco intervence ve věznicích mohou vězňům v rámci přípravy na propuštění poskytnout kontakty na komunitní bydlení a služby sociální podpory.

Bezdomovectví spolu s nestálým ubytováním je jednou z nejzávažnějších forem sociálního vyloučení, se kterou se uživatelé drog setkávají – týkalo se asi 10 % uživatelů drog, kteří v roce 2006 nastoupili léčbu⁽²⁷⁾. I když v mnoha zemích je klientům léčeným z drogové závislosti poskytována podpora bydlení, byly zaznamenány také nedostatky a dvě země uvádí, že přístup uživatelů drog k obecným službám pro lidi bez domova, které tradičně využívají problémoví uživatelé alkoholu, je obtížný (Irsko, Itálie). Ve třech zemích (Belgie, Dánsko, Nizozemsko) se provádí nová opatření, která mohou pomoci uspokojit bytové potřeby uživatelů drog; tyto země hlásí, že byla centralizována zařízení pro dlouhodobě závislé bez domova a otvírají se specializovaná pečovatelská zařízení pro uživatele drog s problémovým chováním nebo komorbiditou.

Pomoc klientům léčeným z drogové závislosti s nalezením zaměstnání je klíčovou součástí sociální reintegrace, jelikož každý druhý klient nastupující léčbu je nezaměstnaný⁽²⁸⁾. Nové přístupy k pomoci klientům s nalezením a udržením zaměstnání se ukázaly jako úspěšné; patří k nim: „mentorské programy“, dotovaná pracovní místa (od roku 2006 také v Litvě) a speciální vedení zaměstnavatelů a zaměstnanců, jako například v rámci projektu „Ready for work“ v Irsku nebo různé „pracovní a sociální agentury“ v České republice.

Zdravotní a sociální řešení ve věznicích

Věznice představují významné prostředí pro poskytování zdravotních a sociálních intervencí uživatelům drog. V tomto oddíle je uveden přehled údajů o užívání drog a uživatelích drog v evropských věznicích spolu s nejnovějšími informacemi o poskytování služeb uživatelům drog ve věznicích a o nových zákonech o léčbě drogové závislosti ve věznicích.

Užívání drog

Údaje dostupné z různých studií nadále poukazují na nadměrné zastoupení uživatelů drog v evropských věznicích v porovnání s běžnou populací. Průzkumy provedené v letech 2001 až 2006 ukazují, že se podíl vězňů⁽²⁹⁾, kteří uvádí, že někdy užívali nezákonnou

drogu, mezi různými vězeňskými populacemi, nápravnými zařízeními a zeměmi velice liší od méně než jedné třetiny (Bulharsko, Maďarsko, Rumunsko) po více než 50 % ve většině studií a až 84 % v jedné ženské věznici v Anglii a Walesu. Nejčastější nezákonnou drogou u vězňů zůstává konopí, přičemž celoživotní prevalence činí až 78 %. Ačkoliv odhady celoživotního užívání jiných látek mohou být v některých věznicích velmi nízké (až 1 %), některé studie uvádí celoživotní prevalenci heroínu, amfetaminů nebo kokainu mezi vězni v rozmezí 50–60 %⁽³⁰⁾. Mezi vězni se také mohou koncentrovat nejškodlivější formy užívání drog, neboť některé studie uvádí, že více než třetina osob účastnících se průzkumu někdy užívala drogy injekčně⁽³¹⁾.

Skutečnost, že si drogy navzdory všem opatřením přijímaným na snížení nabídky drog najdou cestu do většiny věznic, uznávají odborníci na vězeňství i tvůrci politik. Studie provedené v letech 2001 až 2006 v Evropě ukazují, že 1–56 % vězňů užívalo drogy ve vězení a až třetina vězňů užívala drogy injekčně ve vazbě⁽³²⁾. To vyvolává obavy o možné šíření infekčních nemocí, zvláště v souvislosti se sdílením injekčního náčiní.

Vězeňská populace v Evropské unii činí více než 607 000 osob⁽³³⁾ a roční pohyb vězňů se odhaduje na více než 860 000. Ve většině zemí podíl vězňů odsouzených za trestné činy porušující protidrogové právní předpisy činí 10–30 %. Z dostupných údajů lze odhadnout, že věznicemi v EU každý rok projde více než 400 000 osob se zkušenostmi s užíváním nezákonných drog v minulosti nebo současnosti. A mezi nimi bude značný počet problémových uživatelů drog. Potřeby zdravotní péče této velké populace bývalých nebo současných uživatelů drog v evropských věznicích budou do určité míry určeny zdravotními problémy souvisejícími s užíváním drog, zejména s infekčními nemocemi, jako je hepatitida B a C a HIV/AIDS (viz kapitola 7).

Zdravotní péče

Za zdravotní péči ve věznicích je ve většině zemí odpovědné ministerstvo spravedlnosti. To se však mění a v rostoucím počtu evropských zemí se odpovědnost přenáší na systém zdravotnictví (Francie, Itálie, Anglie a Wales ve Spojeném království, Norsko). Ve Španělsku byly podle akčního plánu národní protidrogové strategie (2000–2008) a na základě protokolu o spolupráci mezi ministerstvem zdravotnictví

⁽²⁷⁾ Viz tab. TDI-15 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽²⁸⁾ Viz tab. TDI-20 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽²⁹⁾ Výraz „vězni“ se zde používá v širokém smyslu a zahrnuje osoby ve vyšetřovací vazbě i odsouzené ve výkonu trestu odnětí svobody.

⁽³⁰⁾ Viz tab. DUP-1 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽³¹⁾ Viz tab. DUP-2 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽³²⁾ Viz tab. DUP-3 a DUP-4 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽³³⁾ Výroční trestní statistika Rady Evropy (SPACE), založena na průzkumu mezi vězeňskou populací provedeném k 1. září 2006.

a ministerstvem vnitra podepsaným v roce 2005 vyvinuty ve všech věznicích komplexní služby pro uživatele drog. V ostatních zemích věznice za účelem uspokojení potřeb rostoucího počtu uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody navázaly spolupráci s veřejnými zdravotnickými službami a specializovanými nevládními protidrogovými agenturami v této komunitě.

V Evropské unii se rozšířily intervence zaměřené na vězně užívající drogy. V porovnání s obdobím před pěti lety nyní více zemí uvádí aktivity v těchto oblastech: informace a prevence související s drogami, screening infekčních nemocí, očkování a léčba drogové závislosti, včetně substituční léčby. Tyto intervence jsou ve všech zemích navíc dostupnější. Substituční léčba ve věznicích je oficiálně dostupná ve všech zemích kromě Bulharska, Estonska, Lotyšska, Litvy, Kypru, Slovenska a Turecka, i když v mnoha zemích je celková dostupnost této možnosti léčby omezená. Španělsko je v současnosti jedinou evropskou zemí, která poskytuje širokou řadu opatření na minimalizaci škod ve věznicích.

V roce 2006 pouze čtyři členské státy poskytly sociálně demografické údaje o vzorcích užívání drog mezi vězni léčenými z drogové závislosti, které získaly prostřednictvím svých národních systémů pro monitorování léčby. Ve Francii, na Kypru a na Slovensku je nejčastější primární drogou u osob nastupujících protidrogovou léčbu nějaký opiát, obvykle heroin, zatímco ve Švédsku je hlavním důvodem nastoupení léčby ve vězení primární užívání amfetaminu, což v podstatě odráží vzorce problémového užívání drog v této zemi.

Nejnovější právní předpisy o léčbě drogové závislosti ve věznicích

V roce 2006 a na počátku roku 2007 šest zemí zrevidovalo svůj právní rámec a předpisy v oblasti práv vězňů na léčbu drogové závislosti.

V Belgii směrnice ministra spravedlnosti z roku 2006 stanoví, že vězni mají právo na stejný rozsah možností léčby, které jsou dostupné mimo věznice. V Irsku nové předpisy vězeňské služby zdůrazňují úroveň zdravotní péče pro léčebné služby, které by měly být srovnatelné se službami dostupnými v běžné společnosti, ale zároveň přizpůsobeny vězeňskému prostředí.

V Dánsku změna zákona od ledna 2007 poskytuje uvězněným uživatelům drog nárok na bezplatnou léčbu užívání drog. Zákon stanoví, že léčba by měla obvykle začít do 14 dnů ode dne, kdy o ni vězeň požádá dánskou vězeňskou a probační službu. Tento nárok však nevzniká, má-li být pachatel propuštěn do tří měsíců nebo je-li shledán nezpůsobilým či nemotivovaným k léčbě.

V Rumunsku byl v květnu 2006 společným nařízením ministrů spravedlnosti, zdravotnictví a vnitra vytvořen nový právní základ pro zavedení substituční léčby ve věznicích, který se týká návaznosti programů integrované lékařské, psychologické a sociální podpory pro vězně.

V Norsku oběžník ministerstva spravedlnosti a ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí v roce 2006 posílil spolupráci mezi těmito dvěma odvětvími, zaměřenou na poskytování lepší návaznosti v průběhu výkonu trestu a po něm. Na Slovensku zákon z roku 2006 povolil poskytovat psychologické služby uživatelům drog ve vyšetřovací vazbě, kteří trpí abstinenčními příznaky. Cílem tohoto zákona je poskytnout uživatelům drog tyto služby v době, kdy je nejvíce potřebují, v době nucené abstinence bezprostředně po nástupu do vazby. Vytvořil také legislativní rámec na podporu stávajících zvláštních léčebných zařízení pro odsouzené uživatele drog.



Kapitola 3

Konopí

Úvod

Evropská situace, pokud jde o konopí, prošla v posledním desetiletí značným vývojem stejně jako debata, jak správně řešit rozšířené užívání této drogy. Na počátku a v polovině 90. let 20. století jen několik zemí vynikalo vysokou prevalencí, zatímco evropskou normou byla úroveň užívání, která je podle dnešních měřítek nízká. Téměř ve všech zemích se užívání konopí v průběhu 90. let 20. století a začátkem tohoto desetiletí zvýšilo, v důsledku čehož je evropská situace mnohem méně různorodá, i když stále existují rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. V posledních několika letech navíc vzrostlo pochopení důsledků dlouhodobého a rozšířeného užívání této drogy pro veřejné zdraví a došlo ke zvýšení počtu žádostí o léčbu problémů souvisejících s užíváním konopí. Evropa se nyní možná přesouvá do nové fáze, jelikož údaje ukazují na stabilizaci, nebo dokonce pokles. Úroveň užívání konopí však podle historických měřítek zůstává vysoká a klíčovou otázkou v evropské debatě o drogách stále přetrvává, jaká je účinná reakce na užívání konopí.

Nabídka a dostupnost

Produkce a obchodování

Konopí lze pěstovat v celé řadě prostředí a v mnohých částech světa roste divoce a v současnosti se má za to, že rostlina se pěstuje ve 172 zemích a územích (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Vezmeme-li tato fakta dohromady, znamená to, že odhadnout celosvětovou produkci konopí s jakoukoliv přesností bude pravděpodobně velmi obtížné. Podle posledních údajů UNODC celosvětová produkce rostlinného konopí činí 41 600 tun (2006), z čehož více než polovinu představuje Amerika (Severní Amerika a Jižní Amerika) a téměř čtvrtinu Afrika (UNODC, 2008).

Rozšířené pěstování konopí také znamená, že k výrazné části obchodování dochází pravděpodobně v rámci regionů. To je případ některého rostlinného konopí v Evropě, kde kromě domácí produkce ⁽³⁵⁾ byly za zdrojové země označeny Albánie a Nizozemsko (národní

Nabídka a dostupnost drog – údaje a zdroje

Systematické a běžné informace, které popisují trhy a obchodování s nezákonnými drogami, jsou stále omezené. Odhady výroby heroinu, kokainu a konopí jsou získávány z odhadů pěstování na základě práce v terénu (odběr vzorků na místě) a leteckých nebo družicových průzkumů. Tyto odhady mají významná omezení spojená například s odchylkami v údajích o sklizni nebo s obtížným sledováním plodin, které se nepěstují v omezených geografických oblastech, jako je např. konopí.

Záchyty drog jsou obvykle považovány za nepřímý ukazatel nabídky, cest obchodu s drogami a dostupnosti drog, i když odrážejí také prostředky vyčleněné na prosazování zákonů, priority a protidrogové strategie, ohroženost překupníků a evidenční praxi. Abychom pochopili spotřebitelské trhy s drogami, můžeme také analyzovat údaje o čistotě nebo potenci a spotřebitelských cenách nezákonných drog. Dostupnost tohoto typu údajů však může být omezená a mohou zde vyvstat otázky ohledně spolehlivosti a srovnatelnosti. Obraz situace mohou pomoci doplnit zpravodajské informace od orgánů pro prosazování práva.

EMCDDA sbírá národní údaje o záchytech, čistotě a spotřebitelských cenách drog v Evropě. Další údaje o nabídce drog pocházejí většinou z informačních systémů a analýz UNODC a doplňují je informace od Europolu. Informace o prekurzorech drog jsou získávány od úřadu INCB, který se podílí na mezinárodních iniciativách, jež mají za cíl zabránit zneužití chemických prekurzorů užívaných při výrobě nezákonných drog.

Jelikož mnohé části světa postrádají zpracované informační systémy týkající se nabídky drog, je třeba některé odhady a jiné údaje, i když představují ty nejlepší přibližné hodnoty, interpretovat obezřetně.

zprávy sítě Reitox). Rostlinné konopí v Evropě pochází také z jiných částí světa, včetně: západní a jižní Afriky (Nigérie, Angola), jihovýchodní Asie (Thajsko), jihozápadní Asie (Pákistán) a Ameriky (Kolumbie, Jamajka) (CND, 2008; Europol, 2008).

Celosvětová výroba konopné pryskyřice byla v roce 2006 odhadnuta na 6 000 tun, což je pokles ze 7 500 tun v roce 2004 (UNODC, 2007), přičemž hlavním mezinárodním výrobcem zůstává Maroko. Plocha pro

⁽³⁴⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz rámeček na další straně.

⁽³⁵⁾ Viz část Produkce konopí v Evropě, s. 37.

výrobu konopné pryskyřice poklesla ze 134 000 hektarů v roce 2003 na 76 400 hektarů v roce 2005, z nichž se vyrobilo 1066 tun (UNODC a marocká vláda, 2007). Výroba pryskyřice je hlášena také v Afghánistánu, kde prudce stoupá, v Pákistánu, Indii, Nepálu a ve středoaasijských zemích a v dalších zemích Společenství nezávislých států (UNODC, 2008). Konopná pryskyřice vyrobená v Maroku se do Evropy pašuje obvykle přes Pyrenejský poloostrov (Europol, 2008) a určitá její část se dále distribuuje z Nizozemska.

Záchyty drogy

V roce 2006 bylo celosvětově zadrženo 5 230 tun rostlinného konopí a 1 025 tun konopné pryskyřice, což je od roku 2004, kdy bylo dosaženo vrcholu, pokles. Největší množství rostlin konopí bylo zadrženo v Severní Americe (58 %), zatímco k většině záchytů konopné pryskyřice i nadále docházelo v západní a střední Evropě (62 %) (UNODC, 2008).

Odhaduje se, že v Evropě bylo v roce 2006 provedeno 177 000 záchytů rostlinného konopí v celkovém objemu 86 tun ⁽³⁶⁾. Členským státem EU, který uvádí nejvíce záchytů rostlinného konopí, je Spojené království, i když ještě nejsou k dispozici údaje za rok 2006. Turecko oznámilo záchyty rekordního množství rostlinného konopí v roce 2006. Počet záchytů rostlinného konopí v Evropě se od roku 2001 stále zvyšuje, i když v zadrženém množství docházelo k celkovému poklesu až do roku 2005, kdy nejnovější údaje zaznamenaly nárůst.

Záchyty konopné pryskyřice v Evropě jsou větší než záchyty rostlinného konopí jak v počtu, tak v objemu: jde o dvakrát tolik záchytů (325 000) a osmkrát větší zachycené množství (713 tun). Největší počet záchytů pryskyřice byl opětovně hlášen ze Španělska (což představuje přibližně polovinu všech záchytů a přibližně dvě třetiny celkového množství zadrženého v roce 2006), za nímž s odstupem následují Francie a Spojené království. Po období stabilizace v letech 2001–2003 se počet záchytů konopné pryskyřice v Evropě zvyšuje, zatímco zadržené množství se zvyšovalo do roku 2003–2004, ale od té doby klesá.

V roce 2006 vedlo odhadovaných 10 500 záchytů v Evropě k zadržení přibližně 2,3 milionu rostlin konopí ⁽³⁷⁾ a 22 tun rostlin konopí (64 % představovalo Španělsko). Po trvalém vzestupu od roku 2001 se počet záchytů rostlin konopí v roce 2006 stabilizoval ⁽³⁸⁾. Po prudkém poklesu v roce

Produkce konopí v Evropě

Otázka domácí produkce konopí nabývá v Evropě v posledních letech na významu; projevuje se zde skutečnost, že většina evropských zemí nyní hlásí místní pěstování konopí a podstatné záchyty rostlin konopí. Konopí pěstované v Evropě pochází z pěstíren v budovách, kde se často pěstuje intenzivně, i z venkovních plantáží. Velikost plantáží se velmi liší podle motivace a prostředků pěstitele, od několika rostlin pro vlastní potřebu po několik tisíc na velkých plochách určených ke komerčním účelům.

Dostupné informace jsou kusé a neumožňují přesně posoudit rozsah pěstování konopí v Evropě. Zprávy z řady zemí však naznačují, že jej již nelze považovat za marginální. Například francouzský průzkum populace v roce 2005 odhadl, že asi 200 000 lidí aspoň jednou v životě pěstovalo konopí. Ve Spojeném království policie v Londýně v letech 2005–2006 údajně uzavřela více než 1 500 „konopných farem“ v průměru se 400 rostlinami na jednu (Daly, 2007) a má se za to, že většina rostlinného konopí, které je nyní k dostání, se produkuje místně nebo v jiných evropských zemích. A v Nizozemsku je pěstování konopí v některých částech země rozšířené, přičemž se odhaduje, že v letech 2005 a 2006 bylo zlikvidováno celkem 6 000 pěstíren.

Zdá se, že produkce konopí začínala od počátku do poloviny 90. let 20. století v některých západoevropských zemích prudký vzestup, částečně jako reakce konzumentů konopí na špatnou kvalitu a vysokou cenu dovážené pryskyřice, což byl tehdy nejužívanější konopný produkt. Zdá se, že v některých zemích většina uživatelů nyní konzumuje místně vypěstované rostlinné konopí. Tuto částečnou náhradu dovážené pryskyřice rostlinným konopím pěstovaným doma umožnily pokroky v pěstitelských znalostech a technologiích (jak maximalizovat výnos a vyhnout se odhalení), které se pak šířily po internetu (Hough a kol., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Místně produkované konopí má pro producenty také výhodu, že se nemusí převážet přes státní hranice.

2002 z rekordního množství zachyceného v roce 2001 je počet rostlin zadržených v Evropě na vzestupu, ačkoliv v roce 2006 se stabilizoval na polovičním množství z roku 2001. Za totéž pětileté období vykazuje objem rostlin konopí v kilogramech zadržených v Evropě trvalý nárůst, který v roce 2006 kvůli rekordním zachtům v Litvě zrychlil.

Cena a potence

Potence konopných produktů je dána obsahem delta-9-tetrahydrocannabinolu (THC), jejich hlavní účinné

⁽³⁶⁾ Údaje o zachttech drog v Evropě uvedených v této kapitole jsou k dispozici v tabulkách SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 a SZR-6 ve Statistickém věstníku 2008

⁽³⁷⁾ Jelikož Turecko poté, co v období 2001–2004 hlásilo vysoké úrovně zachtů rostlin konopí, oznámilo, že v letech 2005 a 2006 nezadrželo žádný takovýto materiál, bylo z evropské analýzy vyloučeno.

⁽³⁸⁾ Tyto údaje jsou předběžné, jelikož ze Spojeného království, které hlásilo nejvíce zachycených rostlin konopí v roce 2005, dosud nejsou data za rok 2006 k dispozici.

složky. Potence konopí se v jednotlivých zemích a v jejich regionech i mezi různými vzorky konopí a konopnými produkty značně liší. Z mnoha metodických důvodů se údaje v této oblasti těžko interpretují a to, do jaké míry odrážejí analyzované zachyty celkový trh, je diskutabilní. Z výzkumu vyplývá, že konopí vyprodukované doma za intenzivních podmínek má obvykle vyšší potenci. V roce 2006 se hlášený obsah THC ve vzorcích pryskyřice pohyboval od 2,3 do 18,4 %, zatímco u rostlinného konopí od méně než 1 do 13 %. V období 2001–2006 zůstala potence pryskyřice a rostlinného konopí v mnoha ze 16 evropských zemí, které poskytly dostatečné údaje, stabilní, nebo klesla, ovšem byly zaznamenány vzestupné trendy u dovážené konopné pryskyřice v Nizozemsku a u rostlinného konopí v dalších sedmi zemích. Odhady potence lokálně vyprodukovaného rostlinného konopí za delší řadu let jsou k dispozici pouze pro Nizozemsko, které v roce 2006 oznámilo pokles na 16,0 % po vrcholu 20,3 % dosaženém v roce 2004 ⁽³⁹⁾.

Spotřebitelské ceny rostlinného konopí i konopné pryskyřice činí obvykle 2 až 14 EUR za gram, přičemž většina evropských zemí uvádí cenu obou produktů v rozpětí 4 až 10 EUR. V období 2001–2006, s výjimkou Belgie a Německa, spotřebitelské ceny konopné pryskyřice (upravené o inflaci) klesly. Dostupné údaje z většiny zemí poukazují na stabilnější situaci cen rostlinného konopí v průběhu tohoto období, s výjimkou Německa a Rakouska, kde byly zaznamenány známky rostoucích cen.

Prevalence a vzorce užívání

U běžné populace

Podle umírněných odhadů konopí užilo alespoň jednou (celoživotní prevalence) přes 70 milionů Evropanů, což je více než každý pátý člověk ve věku 15 až 64 let (shrnutí těchto údajů viz tabulka 2). Ačkoliv existují značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi (2 až 37 %), polovina zemí uvádí odhady v rozsahu 11–22 %.

Mnoho zemí uvádí srovnatelně vysokou úroveň prevalence užívání konopí v posledním roce a v posledním měsíci. Podle odhadů užilo konopí v posledním roce asi 23 milionů Evropanů, což je v průměru asi 7 % všech osob ve věku 15 až 64 let. Odhady prevalence v posledním měsíci budou zahrnovat ty, kteří drogu užívají pravidelněji, i když ne nutně intenzivně (viz níže). Podle odhadů užilo tuto drogu v předchozím měsíci asi 12,5 milionu Evropanů, což jsou v průměru asi 4 % všech osob ve věku 15 až 64 let.

Průzkumy populace – důležitý nástroj k 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 užíly konkrétní drogy během definovaného časového období. Průzkumy poskytují také užitečné kontextové informace o vzorcích užívání, sociodemografických charakteristikách uživatelů a vnímání rizik a dostupnosti ⁽¹⁾.

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 ⁽²⁾. 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 ⁽³⁾.

Jelikož provádění průzkumů je finančně náročné, jen málo evropských zemí sbírá příslušné 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. V tomto parametru se neprojevuje aktuální situace v užívání drog mezi dospělou populací, ale užívá se k popisování školní mládeže a jeho prostřednictvím lze lépe poznat vzorce užívání a incidence. U dospělých je důraz kladen na užívání v posledním roce a v posledním měsíci ⁽⁴⁾. Je důležité zjistit, kteří lidé užívají drogy pravidelně nebo mají s užíváním drog problémy, přičemž určitého pokroku bylo v tomto ohledu dosaženo na základě vytvoření krátkých stupnic k posuzování intenzivnějších forem užívání u běžné populace, dospělých a studentů (viz rámeček týkající se problematiky vývoje psychometrických stupnic ve výroční zprávě za rok 2007).

⁽¹⁾ Více informací o metodice průzkumů viz Statistický věstník 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

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

⁽³⁾ Více informací o národních průzkumech naleznete v tab. GPS-121 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁴⁾ Standardní věkové rozpětí EMCDDA: všichni dospělí (15 až 64 let) a mladí dospělí (15 až 34 let). V této zprávě se používají výrazy „celoživotní užívání nebo prevalence“, „prevalence v posledním roce“ a „prevalence v posledním měsíci“ a někdy hovorovější výrazy „celoživotní zkušenost“, „užití v nedávné době“ a „současné užívání“.

Užívání konopí mezi mladými dospělými

Užívání konopí je rozšířené převážně mezi mládeží (15–34 let), přičemž nejvyšší úroveň užívání se obvykle uvádí u osob ve věku 15 až 24 let. Je tomu tak téměř ve

⁽³⁹⁾ Údaje o potenci a ceně naleznete v tab. PPP-1 a PPP-5 ve Statistickém věstníku 2008.

všech evropských zemích s výjimkou Belgie, Kypru a Portugalska ⁽⁴⁰⁾.

Údaje z průzkumů v populaci ukazují, že konopí někdy užilo v průměru 31 % mladých dospělých v Evropě (15–34 let) zatímco 13 % drogu užilo v posledním roce a 7 % v posledním měsíci. Podle odhadů je podíl Evropanů, kteří užili konopí v posledním roce nebo v posledním měsíci, ve věkové skupině 15–24 let ještě vyšší (17 % v posledním roce a 9 % v posledním měsíci), i když v průměru drogu v této věkové skupině vyzkoušelo o něco méně osob (30 %). Národní odhady prevalence užívání konopí se v jednotlivých zemích ve všech měřeních prevalence velmi liší, přičemž země na horním konci stupnice uvádí hodnoty až 10krát vyšší než země s nejnižší prevalence.

Užívání konopí je u mužů vyšší než u žen (viz vybrané téma o užívání drog z hlediska pohlaví z roku 2006), ačkoliv byly pozorovány značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Například poměr mezi muži a ženami mezi osobami, které uvedly, že v posledním roce užily konopí, sahal od 6,4 muže na jednu ženu v Portugalsku po 1,3 v Itálii.

Užívání konopí mezi studenty

Po tabáku a alkoholu je také konopí stále psychoaktivní látkou nejčastěji užívanou studenty.

To, zda 15–16letí studenti někdy v životě užili konopí, lze chápat jako odraz užívání v nedávné době nebo v současnosti, jelikož věk prvního experimentování s touto látkou je často přibližně takovýto. Údaje z průzkumu HBSC mezi 15letými studenty provedeného v roce 2005/2006 ukázaly velké odchylky v celoživotní prevalence užívání konopí ve 27 zemích. Prevalenci užití konopí někdy v životě odhadovanou na méně než 10 % uvedlo pět zemí, 11 zemí udalo hodnoty mezi 10 až 20 % a 11 zemí 21–31 % (Currie a kol., 2008) ⁽⁴¹⁾. V této věkové skupině chlapci obvykle vykazují vyšší prevalence užívání konopí než dívky, ale v některých zemích s nejvyšší odhadovanou prevalence je rozdíl v prevalence mezi pohlavími malý, nebo dokonce žádný.

Stejně jako u celoživotní zkušenosti existují velké odchylky mezi jednotlivými zeměmi u odhadů užívání u studentů za posledních 30 dní. Některé země je prakticky nehlásí, kdežto v jiných zemích asi 15 % dotázaných uvádí užití v posledních 30 dnech, přičemž u chlapců je toto číslo někdy ještě vyšší. Na základě údajů sebraných v předchozích průzkumech ESPAD se odhaduje, že v roce 2003 užilo konopí alespoň jednou v životě asi 3,5 milionu

Nedávné školní průzkumy

„Průzkum zdravotního chování dětí školního věku“ (HBSC) je kolektivní studii Světové zdravotnické organizace, která zkoumá zdraví a zdravotní chování dětí a od roku 2001 obsahuje otázky týkající se užívání konopí mezi 15letými studenty. Druhé kolo tohoto průzkumu s otázkami týkajícími se užívání konopí bylo provedeno v období říjen 2005 až květen 2006 a zúčastnilo se ho 26 členských států EU a Chorvatsko.

V roce 2007 bylo provedeno čtvrté kolo „Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách“ (ESPAD), kterého se zúčastnilo 25 členských států EU, Chorvatsko a Norsko. Tento průzkum konkrétně zkoumá užívání látek mezi studenty, kteří v daném kalendářním roce dosáhnou 16 let. Výsledky posledních průzkumů budou zveřejněny v prosinci 2008.

Počet zemí účastnících se obou těchto mezinárodních školních průzkumů, které se provádí každé čtyři roky, v každém kole stoupá a nyní zahrnuje většinu evropských zemí.

Španělsko, Itálie, Portugalsko, Slovensko, Švédsko a Spojené království také uvedly údaje o užívání konopí z vlastních národních školních průzkumů z roku 2006.

(22,1 %) 15–16letých studentů v členských státech EU a v Chorvatsku a Turecku a asi 1,7 milionu (11 %) užilo drogu v měsíci před průzkumem.

Mezinárodní srovnání

Evropské údaje lze srovnat s údaji z jiných částí světa. Například ve Spojených státech amerických odhadl národní průzkum o užívání drog a zdraví (Samhsa, 2005) celoživotní prevalence užívání konopí mezi mladými dospělými (15–34 let, přepočítalo EMCDDA) na 49 % a prevalence 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 (2004) to bylo 48 % a 20 %. Všechny tyto údaje jsou vyšší než odpovídající evropský průměr, který činí 31 % a 13 % v tomto pořadí.

Vzorce užívání konopí

Dostupné údaje poukazují na různé vzorce užívání konopí. Z osob ve věku 15–64 let, které někdy užily konopí, tak pouze 30 % učinilo v posledním roce ⁽⁴²⁾. Ale z těch, kteří drogu užili v posledním roce, tak v průměru 56 % učinilo v posledním měsíci.

Odhadování intenzivních a dlouhodobých vzorců užívání je významnou otázkou v oblasti veřejného zdraví. Každodenní nebo téměř každodenní užívání (užívání

⁽⁴⁰⁾ Viz obr. GPS-1 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁴¹⁾ Viz obr. EYE-5 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁴²⁾ Viz obr. GPS-2 ve Statistickém věstníku 2008.

Tabulka 2: 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	71,5 milionu	23 milionů	12,5 milionu
Evropský průměr	21,8 %	6,8 %	3,8 %
Rozsah	1,7–36,5 %	0,8–11,2 %	0,5–8,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (1,7 %), Malta (3,5 %), Bulharsko (4,4 %), Kypr (6,6 %)	Malta (0,8 %), Bulharsko (1,5 %), Řecko (1,7 %), Švédsko (2,0 %)	Malta (0,5 %), Švédsko (0,6 %), Litva (0,7 %), Bulharsko (0,8 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (36,5 %), Francie (30,6 %), Spojené království (30,1 %), Itálie (29,3 %)	Itálie, Španělsko (11,2 %), Česká republika (9,3 %), Francie (8,6 %)	Španělsko (8,7 %), Itálie (5,8 %), Spojené království, Francie, Česká republika (4,8 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	42 milionů	17,5 milionu	10 milionů
Evropský průměr	31,2 %	13 %	7,3 %
Rozsah	2,9–49,5 %	1,9–20,3 %	1,5–15,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (2,9 %), Malta (4,8 %), Bulharsko (8,7 %), Kypr (9,9 %)	Malta (1,9 %), Řecko (3,2 %), Kypr (3,4 %), Bulharsko (3,5 %)	Řecko, Litva, Švédsko (1,5 %), Bulharsko (1,7 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (49,5 %), Francie (43,6 %), Spojené království (41,4 %), Španělsko (38,6 %)	Španělsko (20,3 %), Česká republika (19,3 %), Francie (16,7 %), Itálie (16,5 %)	Španělsko (15,5 %), Francie, Česká republika (9,8 %), Spojené království (9,2 %)
15–24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	20 milionů	11 milionů	6 milionů
Evropský průměr	30,7 %	16,7 %	9,1 %
Rozsah	2,7–44,2 %	3,6–28,2 %	1,2–18,6 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (2,7 %), Malta (4,9 %), Kypr (6,9 %), Řecko (9,0 %)	Řecko, Kypr (3,6 %), Švédsko (6,0 %), Bulharsko, Portugalsko (6,6 %)	Řecko (1,2 %), Švédsko (1,6 %), Kypr, Litva (2,0 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (44,2 %), Česká republika (43,9 %), Francie (42,0 %), Spojené království (39,5 %)	Česká republika (28,2 %), Španělsko (24,3 %), Francie (21,7 %), Spojené království (20,9 %)	Španělsko (18,6 %), Česká republika (15,4 %), Francie (12,7 %), Spojené království (12,0 %)

Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. 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 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008.

látky 20 či více dnů za posledních 30 dnů) může být ukazatelem intenzivního užívání. Údaje o této formě užívání konopí v Evropě byly sebrány v roce 2007/2008 v rámci „terénní studie“ koordinované centrem EMCDDA ve spolupráci s národními odborníky a kontaktními místy sítě Reitox z 13 zemí. Na základě těchto údajů, byť omezených, se odhaduje, že více než 1 % všech dospělých v Evropě, asi 4 miliony, užívá konopí každý den nebo téměř každý den. Většina těchto uživatelů konopí, asi 3 miliony, je ve věku 15 až 34 let, což představuje přibližně 2–2,5 % všech Evropanů v této věkové skupině ⁽⁴³⁾.

Trendy v intenzivním užívání konopí v Evropě lze posoudit jen těžko, ale u zemí, které se zúčastnily obou terénních studií v letech 2004 a 2007 (Francie, Španělsko, Irsko, Řecko, Itálie, Nizozemsko, Portugalsko), došlo k průměrnému zvýšení asi o 20 %, ačkoliv tento odhad z velké míry ovlivňují údaje pro Francii, Španělsko a Itálii.

Opakované užívání konopí může být v dlouhých časových obdobích poměrně stabilní i mezi mladšími uživateli. Nedávno zveřejněná německá studie, která 10 let sledovala kohortu 14–24letých osob, ukázala, že velký podíl z těch, kteří na počátku studie užívali konopí opakovaně (pětkrát nebo vícekrát za život), v užívání drogy pokračovali, přičemž 56 % uvádělo užívání po čtyřech letech a 46 % drogu stále užívá po 10 letech. Naopak příležitostné užívání drogy na začátku období (1–4krát) není spojeno s následným rozvinutím dlouhodobých a problematictějších forem užívání (Perkonig, 2008).

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 běžné následky některých jiných psychoaktivních látek. Nicméně vzhledem k poměrně velké části populace, která užívá konopí pravidelně, může být celkový dopad intenzivních forem užívání konopí na veřejné zdraví výrazný. Analýza údajů z národního průzkumu populace ve Spojených státech odhaluje, že asi u 20–30 % každodenních uživatelů se v období 2000–2006 projevila závislost ⁽⁴⁴⁾. V jedné australské studii bylo 92 % dlouhodobých uživatelů konopí označeno za závislé v některém období svého života, přičemž více než polovina z nich se považovala za závislé v době provádění studie. Návazná studie provedená o rok

později ukázala, že u dlouhodobých uživatelů mohou být měření užívání konopí a závislosti po toto časové období stabilní (Swift a kol., 2000).

EMCDDA vyvíjí ve spolupráci s několika zeměmi metody sledování intenzivnějších a významných dlouhodobých forem užívání konopí, včetně závislosti. V několika zemích EU se testují psychometrické stupnice a dostupné důkazy budou letos analyzovány. Tyto informace mohou členským státům EU pomoci s hodnocením důsledků problematictějších forem užívání konopí pro veřejné zdraví a s plánováním vhodných intervencí ⁽⁴⁵⁾.

Vzorce užívání konopí mezi studenty

Údaje z průzkumu HBSC ukazují, že časté užívání konopí zůstává mezi 15letými dětmi vzácné. Pouze šest zemí uvádí prevalenci častého užívání konopí (zde definováno jako 40krát nebo vícekrát v předchozích 12 měsících) vyšší než 2 %. Časté užívání však obvykle převládá u chlapců, kde jej v sedmi zemích odhadují až na 5 %. Zprávy uvádí, že existuje spojitost mezi problematictějšími vzorci užívání konopí a příslušností k ohrožené skupině (např. mladí pachatelé, záškoláci, osoby s nízkým dosaženým vzděláním), z čehož vyplývá, že jsou zapotřebí specifické strategie, které těmto zvláště ohroženým mladým lidem poskytnou záchrannou síť. Touto otázkou se zabývá vybrané téma o ohrožené mládeži z roku 2008.

Ve spolupráci s projektem ESPAD bylo provedeno šetření užívání více drog souběžně porovnáním studentů ve věku 15 až 16 let v roce 2003, kteří v předchozích 30 dnech užili konopí, s ostatními studenty. Srovnání ukázalo, že u studentů, kteří užívali konopí, je v průměru pravděpodobnější, že užívali i jiné látky. Ačkoliv mezi uživateli konopí zůstala prevalence užívání jiných drog v posledním měsíci nízká (méně než 10 %), úroveň kouření cigaret a pití s vyloženým cílem opít se mezi uživateli konopí byla ve srovnání s běžnou populací studentů dvojnásobná (80 %). Z těchto srovnání vyplývá, že užívání konopí je spojeno se značně nadprůměrnou mírou užívání zákonných (legálních) i nezákonných drog ⁽⁴⁶⁾.

Trendy v užívání konopí

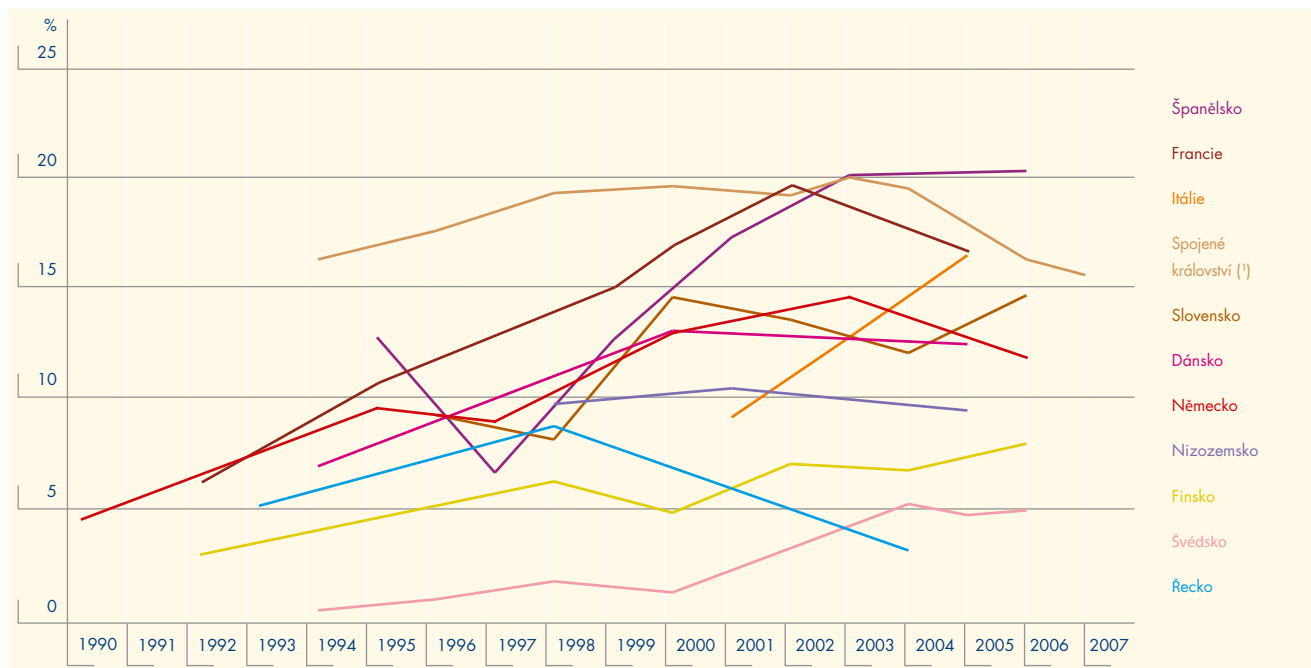
Pouze Švédsko a Norsko poskytly sérii průzkumů mezi mladými lidmi nebo branci, které sahaly až do 70. let 20. století. První vlna užívání byla pozorována v 70. letech

⁽⁴³⁾ Předkládané evropské průměry jsou hrubým odhadem založeným na váženém průměru (pro populaci) pro země, které poskytly informace. Průměrný výsledek je přisouzen zemím, které neposkytly informace. 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.

⁽⁴⁴⁾ 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.

⁽⁴⁵⁾ Intervence, např. formy léčby, jsou představeny v části Poskytování léčby, s. 46.

⁽⁴⁶⁾ Tato analýza vychází z údajů z databáze vytvořené v rámci Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a je v souladu s pravidly pro využívání databáze ESPAD. Hlavní výzkumné pracovníky z jednotlivých států, kteří poskytli údaje za každou uvedenou zemi, naleznete na internetové stránce projektu (www.espad.org).

Obr. 4: Trendy v prevalenci užívání 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 2008.

Zdroj: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2007), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

20. století, v 80. letech následoval pokles a v 90. letech došlo k novému podstatnému nárůstu. Analýza let, kdy respondenti začali drogu užívat, v nedávných průzkumech zjistila také podstatné rozšíření užívání konopí ve Španělsku (polovina 70. let 20. století) a v Německu (počátek 90. let 20. století) (viz výroční zprávy z let 2004 a 2007).

Údaje z národních průzkumů poskytnuté centru EMCDDA ukazují, že téměř ve všech zemích EU došlo v průběhu 90. let 20. století ke značnému zvýšení užívání konopí, zejména mezi mladými lidmi (obr. 4) a studenty. Kolem roku 2000 celoživotní prevalence užívání konopí ve věkové skupině 15–34 let v devíti zemích vzrostla nad 30 % a ve dvou případech asi na 40 %, zatímco prevalence v posledním roce dosáhla v sedmi zemích 15–20 % a prevalence v posledním měsíci v šesti zemích 8–15 %. Zvlášť zajímavý je trend užívání konopí ve Spojeném království (Anglie a Wales), kde byla na počátku a v polovině 90. let 20. století vykázána nejvyšší odhadovaná prevalence v Evropě, ale v poslední době byl pozorován trvalý sestupný trend, zejména ve věkové skupině 16–24 let ⁽⁴⁷⁾.

Informace z nedávných národních průzkumů ukazují, že užívání konopí se v mnoha zemích stabilizovalo. Ze 16 zemí, u kterých lze analyzovat trend v období

2001 až 2006, se prevalence v posledním roce mezi mladými dospělými v šesti zemích zvýšila o 15 % nebo více, ve třech o podobné procento klesla a v sedmi byla stabilní ⁽⁴⁸⁾.

Stabilní nebo sestupný trend je evidentní také z nedávno zveřejněných údajů o užívání konopí studenty. Porovnání údajů HBSC z let 2001–2002 a 2005–2006 vykazuje stabilní nebo sestupný trend jak u celoživotního, tak u častějšího užívání konopí mezi 15letými studenty ve většině zemí EU ⁽⁴⁹⁾. I další nedávné národní školní průzkumy provedené ve Španělsku, Portugalsku, na Slovensku, ve Švédsku a ve Spojeném království uvádí stabilní nebo sestupný trend.

Jelikož se nezdá, že by se dostupnost konopí v Evropě jako celku změnila, a vypadá to, že ceny ve většině zemí, které poskytly informace, klesají, musíme vysvětlení současné stabilizace nebo poklesu hledat jinde. Francouzský průzkum populace z roku 2005 (Baromètre Sante) zaznamenal, že z osob, které přestaly užívat konopí, uvedlo 80 % jako důvod ukončení užívání konopí nezájem. Vysvětlení lze možná částečně nalézt také v pozorovaném snížení kouření tabáku, jehož užívání je stejné jako u konopí, a toto chování může být tedy v určité míře propojené (národní zprávy sítě Reitox a Currie a kol., 2008).

⁽⁴⁷⁾ Viz obr. GPS-10 ve Statistickém věstníku 2008.⁽⁴⁸⁾ Pokud nebyly dostupné informace o konkrétních rocích, byly použity informace z předchozího nebo následujícího roku; pokud tyto informace nebyly k dispozici, nebyla analýza provedena.⁽⁴⁹⁾ Viz obr. EYE-4 a EYE-5 ve Statistickém věstníku 2008.

Pokles experimentálního nebo příležitostného užívání konopí nemusí nutně přímo souviset s trendy pravidelného užívání drogy. To lze vypožorovat z údajů ze dvou po sobě jdoucích průzkumů mezi adolescenty v Německu, které prokázaly pokles celoživotní prevalence a prevalence v posledním roce, zatímco „pravidelné užívání“ konopí (více než 10krát v posledním roce) zůstalo beze změn (2,3 %) (BZgA, 2004 a BZgA, 2007, citováno v německé národní zprávě).

Léčba závislosti na konopí

Vzorci žádostí o léčbu

V roce 2006 bylo z 390 000 žádostí o léčbu (údaje z 24 zemí) asi ve 21 % všech případů primárním důvodem nastoupení léčby závislosti na konopí, které je tak druhou nejčastěji uváděnou drogou po heroinu⁽⁵⁰⁾. Existovaly však značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, kdy konopí jako primární důvod nastoupení léčby uvádělo méně než 5 % všech klientů v Bulharsku, Litvě, Lucembursku a Rumunsku, kdežto ve Francii, Maďarsku a Nizozemsku je jako hlavní drogu uvádělo více než 30 % léčených klientů⁽⁵¹⁾.

Značné odchylky existují, také pokud jde o nové žádosti o léčbu, kdy konopí jako primární drogu uvádí méně než 10 % nových klientů v Bulharsku, Litvě a Rumunsku a více než 50 % v Dánsku, Německu, Francii a Maďarsku⁽⁵²⁾. Uvedené odchylky lze vysvětlit rozdíly v prevalenci intenzivního užívání konopí, v uspořádání protidrogové léčby nebo v praktikách posílání klientů na léčení. Třeba v některých zemích s vysokým podílem pacientů závislých na konopí (např. v Německu, Maďarsku, Rakousku, Švédsku) se léčba drogové závislosti nabízí jako alternativní trest a v případě zatčení je někdy povinná; ve Francii, která uvádí nejvyšší podíl klientů závislých na konopí v Evropě, byla nedávno vytvořena specializovaná střediska pro uživatele konopí, což bude mít přímý dopad na vykazované údaje.

Uživatelé konopí jsou léčení hlavně v ambulantních střediscích, ale v některých zemích (Irsko, Slovensko, Finsko, Švédsko) asi třetina z nich vyhledává léčbu v lůžkových zařízeních⁽⁵³⁾. Většina klientů závislých na konopí vyhledá léčbu sama, ale tento způsob vyhledání léčení je u klientů závislých na konopí méně běžný než u osob, které vyhledají pomoc při problémech s jinými drogami.

Osoby, které vyhledávají ambulantní léčbu kvůli primárnímu užívání konopí, užívají také jiné drogy: 21 % užívá jako sekundární látku alkohol, 12 % amfetaminy a extázi a 10 % kokain. U osob léčených kvůli primárnímu užívání jiných drog je konopí (21 %) uváděno po alkoholu (32 %) jako druhá nejčastější sekundární látka⁽⁵⁴⁾.

Trendy v počtu nových žádostí o léčbu drogové závislosti

Přibližně ze 160 000 nových žádostí o léčbu drogové závislosti (údaje z 24 zemí) oznámených v roce 2006 představují klienti závislí na konopí druhou největší skupinu (28 %) po klientech závislých na heroinu (34 %). V porovnání s podílem všech klientů uvádějících konopí jako primární drogu je podíl nových klientů vyšší. Polovina zemí uvádí, že se podíl nových klientů, kteří žádají o léčbu závislosti na konopí jakožto na primární droze, zvyšuje. Absolutní počet nových žádostí o léčbu závislosti na konopí se v období 2002–2006 zvýšil, přičemž podíl nových klientů nastupujících léčbu kvůli primárnímu užívání konopí se v letech 2002 až 2005 zvýšil a v roce 2006 zůstal na stejné úrovni⁽⁵⁵⁾.

Vzestupný trend pozorovaný u počtu žádostí o léčbu závislosti na konopí může souviset s řadou faktorů: se zvýšením užívání konopí nebo intenzivního a dlouhodobého užívání, s lepším pokrytím údajů, s nedávným rozšířením a diverzifikací léčebného systému, který se dříve zaměřoval na uživatele heroinu, ale nyní se soustředí na uživatele ostatních drog, nebo se změnami právních předpisů a protidrogové politiky, které někdy vedou k většímu počtu klientů posílaných na léčení závislosti na konopí v rámci systému trestní justice (EMCDDA, 2008a). Nedávnou stabilizaci počtu nových žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním konopí by mohly také vysvětlovat nejnovější trendy v oblasti užívání konopí, změny léčebného systému nebo změny způsobů posílání na léčení.

Profily klientů

Uživatelé konopí nastupující ambulantní léčbu jsou převážně mladí muži, přičemž na jednu ženu připadá 5,2 muže s průměrným věkem 24 let. Konopí je nejčastěji uváděnou primární drogou u mladších věkových skupin. U klientů nastupujících léčbu poprvé uvádí primární

⁽⁵⁰⁾ Viz obr. TDI-2 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵¹⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵²⁾ Viz tab. TDI-4 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵³⁾ Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵⁴⁾ Viz tab. TDI-22 a TDI-23 (část i a iv) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵⁵⁾ Viz obr. TDI-1 a TDI-2 a tab. TDI-3 (část iv) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

užívání konopí 67 % osob ve věku 15–19 let a 80 % osob mladších 15 let ⁽⁵⁶⁾.

Zdá se, že většina klientů závislých na konopí je poměrně dobře sociálně integrovaná v porovnání s klienty, kteří vyhledávají pomoc kvůli problémům s některými jinými typy drog. Mnozí z nich se ještě vzdělávají a mají stálé bydlení, často žijí se svými rodiči, avšak nedávný výzkum uvádí také sociální profil pacientů závislých na konopí odlišný od běžné populace ve stejné věkové skupině s tím, že pochází z více znevýhodněného prostředí (EMCDDA, 2008a).

Celkově lze primární uživatele konopí nastupující léčbu rozdělit do tří skupin, pokud jde o frekvenci užívání: příležitostní uživatelé (30 %), klienti užívající drogu jednou až několikrát týdně (30 %) a klienti užívající drogu denně (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Mezi jednotlivými zeměmi jsou však pozorovány značné rozdíly, zejména u podílu pravidelných uživatelů konopí nastupujících léčbu. V zemích, kde je počet klientů závislých na konopí vyšší, sahá podíl každodenních uživatelů od více než 70 % v Nizozemsku a Dánsku přes 40–60 % ve Španělsku, Francii a Itálii po 20–30 % v Německu a Maďarsku.

Poskytování léčby

Průzkum zadaný centrem EMCDDA o poskytování léčby závislosti na konopí ve vzorku služeb léčby drogové závislosti v 19 členských státech zjistil, že polovina z těchto služeb nemá programy konkrétně věnované problémům s konopím (EMCDDA, 2008a). Z tohoto zjištění vyplývá, že mnozí uživatelé konopí jsou léčeni ve stejném prostředí jako uživatelé jiných drog, což může představovat potíže jak pro personál léčebných zařízení, tak pro klienty.

Většina specializovaných služeb, které se zúčastnily průzkumu, nabízela krátké kurzy léčby užívání konopí obvykle s méně než 20 sezeními. Léčba měla obvykle podobu individuálního poradenství a terapie nebo poradenství v oblasti možných následků užívání konopí. Některá zařízení uváděla jako možné složky léčby detoxifikaci od konopí, rodinné terapie, terapeutickou komunitu a skupiny vzájemné pomoci. Ústavní léčení při léčbě závislosti na konopí se využívalo obvykle v souvislosti s resipitní péčí u problémového sociálního chování.

Vědecká literatura v této oblasti uvádí, že pro léčbu závislosti na konopí se jako účinná ukázala řada psychotherapeutických léčebných postupů, včetně motivační terapie a kognitivně behaviorální terapie, ale nebylo

zjištěno, že by nějaká forma psychoterapie byla účinnější než jiné (Nordstrom a Levin, 2007). Ačkoliv většina studií účinnosti léčby závislosti na konopí byla provedena ve Spojených státech a Austrálii, začínají být nyní zahajovány evropské studie nebo podávány informace o výsledcích evropských studií. V roce 2004 byla zahájena německá randomizovaná kontrolní studie CANDIS, která zkoumá léčebné programy pro adolescenty trpící poruchami souvisejícími s užíváním konopí. Program je založen na zvyšování motivace, kognitivně behaviorální terapii a řešení psychosociálních problémů. První výsledky ukazují, že polovina pacientů před skončením léčby přestala konopí užívat. Další 30 % užívání konopí omezilo. Navíc bylo uvedeno znatelné snížení souvisejících psychických a sociálních problémů. Plánuje se navazující studie.

Několik zemí uvádí iniciativy na poskytování léčby mladým uživatelům konopí. Po celé Francii bylo od roku 2005 zřízeno 250 poradenských center pro řešení závislosti na konopí, která poskytují poradenství a podporu uživatelům a jejich rodinám. V Dánsku byly nedávno vyčleněny zvláštní finanční prostředky na vývoj programů zaměřených na mladé uživatele konopí. Belgie, Německo, Francie, Nizozemsko a Švýcarsko spolupracují na mezinárodní studii účinnosti komplexní rodinné léčby problematického užívání konopí (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

V Německu existují pokusy přenést internetový program jak přestat s konopím Quit the shit ⁽⁵⁹⁾, který poskytuje interaktivní poradenství ve spolupráci s ambulantními léčebnými zařízeními, do obecních struktur péče o mládež a protidrogové péče nebo do zařízení prevence drogové závislosti.

V Evropě se čím dál tím více využívají v intervencích za účelem snížení poptávky po drogách informační a komunikační technologie. V letech 2006–2007 dostupnost poradenství v oblasti užívání drog uvedlo devět členských států, přičemž osm využívá internet (Česká republika, Německo, Estonsko, Nizozemsko, Portugalsko, Rakousko, Slovensko, Spojené království), zatímco Dánsko využívá SMS. Tyto internetové služby jsou zaměřeny na mladé lidi a soustředí se na problémy související s alkoholem a konopím.

Uživatelé konopí v kontaktu se systémem trestní justice

Konopí je nejčastěji uváděnou nezákonnou drogou v policejních hlášeních trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy ⁽⁶⁰⁾ v Evropě a počet trestných činů souvisejících s touto drogou se v Evropské

⁽⁵⁶⁾ Viz tab. TDI-10 a TDI-21 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵⁷⁾ Viz tab. TDI-18 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

unii v letech 2001 až 2006 zvýšil v průměru o 34 % (obr. 2). Dostupné údaje ukazují, že většina oznámených trestných činů v souvislosti s konopím se týká spíše užívání a držení konopí pro vlastní potřebu než obchodování s ním či jeho nabízení, přičemž trestné činy týkající se užívání tvoří ve většině sledovaných zemí 62–95 % všech oznámených trestných činů v souvislosti s konopím.

Jelikož mnohé osoby, jež porušily protidrogovou legislativu, jsou mladí uživatelé konopí, kteří by s protidrogovými službami možná jinak do styku nepřišli, dochází k intenzivnější spolupráci mezi soudními orgány a preventivními a poradenskými službami ve školách a v zařízeních péče o mládež. Německo, Španělsko (Katalánie), Lucembursko a Rakousko zavedly protokoly a programy pro mladé lidi, kteří porušili protidrogové

zákony nebo kteří byli odsouzeni za užívání či držení drog, většinou konopí. Pachatelé je dána možnost absolvovat kurz místo zaplacení pokuty. Cílem programů v různých zemích je předcházet dalšímu rozvoji užívání drog a recidivě a mohou zahrnovat rodinné, školní nebo psychologické poradenství.

Hodnocení navazující na německé programy FReD pro mladé pachatele (100 respondentů) zjistilo, že 44 % bývalých účastníků omezilo užívání alkoholu a tabáku, 79 % omezilo konzumaci nezákonných drog nebo s ní přestalo a 69 % se od ukončení kurzu nedopustilo recidivy. Hodnocení podobných skupin mladých pachatelů (YOT) ve Spojeném království zjistilo, že tento přístup měl značné potenciální výhody (Matrix Research, 2007).

Zákazy kouření a konopí

Pozornost zasluhuje možné spojení mezi protitabákovými politikami a kouřením konopí. Zákazy kouření jsou v Evropě čím dál rozšířenější, v devíti členských státech je nyní úplný zákaz kouření (na veřejných místech a na pracovištích včetně restaurací a barů) a v Belgii, Dánsku, Německu, Nizozemsku a Portugalsku byl nedávno zaveden alespoň částečný zákaz kouření.

Spojení mezi užíváním tabáku a pozdějším užíváním nezákonných drog se zmenšuje, pokud je upraveno o základní rizikové faktory, jak ukázal jeden přehled výhledových studií (Mathers a kol., 2006). Užívání konopí v Evropě však

převládá spíše u kuřáků tabáku než u nekuřáků a přísné regulační protitabákové politiky by mohly příznivě ovlivnit vnímané normy, které jsou ukazateli užívání tabáku i konopí.

Existují také důkazy, že konopí je ekonomickým doplňkem (tzn. že stejným směrem reaguje na cenu a dostupnost) cigaret (Cameron a Williams, 2001). Ojedinelé studie zjistily, že vyšší daně z cigaret zřejmě snižují intenzitu užívání marihuany a možná mají mírný negativní účinek na pravděpodobnost užívání mezi muži (Farrelly a kol., 2001).

Za povšimnutí rovněž stojí, že nizozemský zákaz kouření tabáku v restauracích a barech se vztahuje také na kavárny a že v Amsterdamu se rozhodli zakázat kouření konopí na veřejnosti.

⁽⁶⁰⁾ Viz tab. DLO-6 ve Statistickém věstníku 2008.

Kapitola 4

Amfetaminy, extáze a LSD

Úvod

Po konopí jsou amfetaminy (obecný výraz, který zahrnuje amfetamin i metamfetamin) a extáze celosvětově nejužívanějšími nezákonnými drogami. V Evropě je dnes v absolutních číslech možná vyšší užívání kokainu, ale geografická koncentrace kokainu v několika zemích znamená, že pro většinu Evropské unie zůstává druhou nejčastěji užívanou nezákonnou látkou nějaká forma synteticky vyráběné drogy. Navíc v některých částech Evropy představuje užívání amfetaminů významnou součást drogové problematiky, protože tvoří podstatný podíl osob, které potřebují léčbu.

Amfetamin a metamfetamin: rozdíly a podobnosti

Hlavními představiteli skupiny amfetaminů jsou na trhu s nelegálními drogami amfetamin a metamfetamin (a jejich soli) – dvě úzce příbuzné syntetické látky patřící mezi fenetylamin. Obě látky stimulují centrální nervovou soustavu a vyznačují se stejným mechanismem působení, behaviorálními účinky, tolerancí, odvykacím stavem a (chronickými) účinky dlouhodobého užívání. Amfetamin má nižší potenci než metamfetamin, ale za nekontrolovaných podmínek jsou účinky téměř nerozlišitelné.

Amfetaminové a metamfetaminové produkty se většinou vyskytují ve formě prášku, ale používá se také tzv. „sníh“, čistá krystalická hydrochloridová sůl metamfetaminu. Na tabletách obsahujících buď amfetamin, nebo metamfetamin mohou být vyznačena loga podobně jako na MDMA a jiných tabletách extáze.

Vzhledem k tomu, v jaké formě jsou amfetamin a metamfetamin k dispozici, je možné je užívat perorálně, šňupat, inhalovat, případně aplikovat injekčně. Na rozdíl od sulfátové soli amfetaminu je metamfetamin hydrochlorid, zejména jeho krystalická forma (sníh), dostatečně těžkavý na to, aby se dal kouřit.

Zdroj: Internetové stránky EMCDDA – profily jednotlivých drog (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Amfetamin a metamfetamin jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu. Z těchto dvou drog je v Evropě daleko dostupnější amfetamin, zatímco se zdá, že užívání metamfetaminu je závažné pouze v České republice a na Slovensku.

Pojmem extáze se označují syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné amfetaminům, ale jejichž účinky se do jisté míry liší. Nejznámějším členem skupiny drog zvaných extáze je 3,4-metylendioxymetamfetamin (MDMA), avšak v tabletách extáze se někdy nacházejí i jiné, obdobné látky (MDA, MDEA). Užívání extáze bylo v Evropě do konce 80. let 20. století prakticky neznámé, ale v průběhu 90. let se dramaticky zvýšilo. Její popularita je historicky spojena s taneční a hudební scénou a vysoká prevalence užívání syntetických drog je obvykle pozorována u konkrétních kulturních podskupin nebo v konkrétním sociálním prostředí.

Odhadovaná konzumace diethylamidu kyseliny lysergové (LSD) v Evropě, zdaleka nejznámější halucinogenní drogy, je již značnou dobu nízká a vcelku stabilní. Zdá se však, že mezi mladými lidmi roste zájem o halucinogenní látky vyskytující se v přírodě.

Nabídka a dostupnost

Amfetamin

Celosvětová výroba amfetaminu odhadovaná v roce 2006 na 126 tun se nadále koncentruje v Evropě, kde se nachází 79 % všech amfetaminových laboratoří uváděných v roce 2006 (UNODC, 2008), i když se rozšiřuje do dalších částí světa, zejména do Severní Ameriky a jihovýchodní Asie ⁽⁶¹⁾. Celosvětově bylo v roce 2006 zachyceno 19 tun amfetaminů, z nichž většina byla zadržena na Blízkém a Středním východě (67 %) v souvislosti s tabletami Captagonu ⁽⁶²⁾ vyrobenými v jihovýchodní Evropě, a následovaly záchyty amfetaminů v západní a střední Evropě (27 %), v čemž se projevuje úloha Evropy jakožto hlavního výrobce i spotřebitele této drogy (CND, 2008; UNODC, 2008).

⁽⁶¹⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 36.

⁽⁶²⁾ 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.

Mezinárodní opatření proti výrobě a zneužívání prekurzorů syntetických drog

Prosazování práva se v rámci protioopatření čím dál tím víc zaměřuje na prekurzory potřebné k výrobě nezákonných drog a právě v této oblasti je mezinárodní spolupráce zvlášť cenná. Projekt Prism je mezinárodní iniciativou, která má za cíl zabránit zneužití chemických prekurzorů užívaných při nezákonné výrobě syntetických drog, a to prostřednictvím systému upozornění zasílaných před vývozem při zákonném obchodu a nahlášení zastavených dodávek a provedených záchytů v případě podezřelých transakcí. Informace o aktivitách v této oblasti se hlásí Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek (INCB, 2008b).

Celosvětově bylo v roce 2006 zachyceno více než 11 tun efedrinu a pseudoefedrinu, klíčových prekurzorů metamfetaminu. Přibližně polovinu představovala Čína následovaná Kanadou a Myanmarem. V členských státech EU (hlavně v Belgii a Maďarsku), v Ruské federaci a na Ukrajině bylo zachyceno pouze 0,3 tuny, ačkoliv Europol (2008) hlásí v poslední době zvýšení vývozu, překládek a zneužívání těchto chemických látek v Evropské unii.

Celosvětové záchyty 1-fenyl-2-propanonu (P-2-P) využívaného při nezákonné výrobě amfetaminu a metamfetaminu v roce 2006 poklesly. Výjimkou z tohoto trendu byly členské státy EU (hlavně Dánsko, Nizozemsko a Polsko) spolu s Tureckem a Ruskou federací, které se společně podílely na většině celosvětových záchytů v objemu 2 600 litrů P-2-P. Tento prekurzor se převážně používá k výrobě amfetaminu v Evropě a obvykle pochází z asijských zemí (Čína), ačkoliv od roku 2004 se pašuje také z Ruské federace (Europol, 2007a).

Celosvětové záchyty 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP-2-P) používaného k výrobě MDMA v roce 2006 klesly na 7 500 litrů, přičemž vše kromě 105 litrů zachycených v Nizozemsku bylo zadrženo v Kanadě. Záchyty safrolu, který může při syntéze MDMA nahradit 3,4-MDP-2-P, zůstaly v roce 2006 okrajové, celosvětově šlo o 62 litrů zachycených většinou v Austrálii, v Evropě záchyt safrolu (7 litrů) oznámila pouze Francie.

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 2006 bylo v Evropské unii objeveno 40 míst, kde probíhala výroba, balení nebo skladování amfetaminů (Europol, 2007a), a UNODC (2008) uvádí, že v evropských zemích bylo zlikvidováno 123 laboratoří.

Turecko oznámilo záchyty asi 20 milionů tablet amfetaminu s názvem „Captagon“. Výroba amfetaminu v této podobě je hlášena v Bulharsku i Turecku a má se za to, že je většinou určena na vývoz do spotřebitelských zemí na Blízkém a Středním východě.

Odhaduje se, že v Evropě bylo v roce 2006 provedeno 38 000 záchytů práškového amfetaminu v celkovém objemu 6,2 tuny. I když předběžné údaje za rok 2006 svědčí o poklesu z vyšších úrovní zaznamenaných v letech 2004 a 2005, počet záchytů i objem zadržených amfetaminů se v pětiletém období 2001–2006 zvýšil ⁽⁶³⁾. Tento závěr je však předběžný, jelikož ještě nejsou k dispozici nejnovější údaje ze Spojeného království, které obvykle uvádí nejvíce záchytů v Evropě. Několik zemí hlásí čím dál tím více záchytů tablet amfetaminu oproti prášku, přičemž v Evropské unii bylo v roce 2006 celkově zadrženo 390 000 tablet (většinou ve Španělsku).

Čistota vzorků amfetaminu zachycených v Evropě v roce 2006 se značně liší, a to v takové míře, že jakékoliv komentáře o typických hodnotách musí být velmi opatrné. Země, které poskytly údaje za rok 2006, lze nicméně rozdělit do dvou skupin, kdy 10 zemí uvádí hodnoty mezi 2 a 10 % a ostatní uvádí vyšší úroveň čistoty (25–47 %). Do této druhé skupiny obvykle patří země, ve kterých dochází k větší výrobě amfetaminu, obchodování s ním nebo jeho konzumaci (Nizozemsko, Polsko, pobaltské a severské země). Za posledních pět let je čistota amfetaminu ve většině z 19 zemí, které poskytly údaje, jež postačují k analýze, stabilní nebo klesá.

V roce 2006 obvyklá spotřebitelská cena v polovině sledovaných zemí činila 10 až 15 EUR za gram. V období 2001–2006, s výjimkou České republiky, Španělska a Rumunska, spotřebitelská cena amfetaminu ve všech 16 zemích, které poskytly údaje, jež postačovaly k analýze, klesla.

Metamfetamin

Výroba metamfetaminu je koncentrována v Severní Americe a jihovýchodní Asii. V roce 2006 se celosvětová výroba metamfetaminu odhadovala na 266 tun, a překročila tak výrobu jakékoliv jiné nezákonné syntetické drogy. V roce 2006 bylo celosvětově zachyceno asi 15,8 tun metamfetaminu, přičemž většina byla zadržena ve východní a jihovýchodní Asii, následovala Severní Amerika a méně než 1 % záchytů pocházelo z Evropy (UNODC, 2007, 2008).

K nezákonné výrobě metamfetaminu v Evropě dochází, i když většinou je omezena na Českou republiku, kde bylo v roce 2006 odhaleno více než 400 malých „kuchyňských laboratoří“. Droga se vyrábí také na Slovensku a v menší míře v Litvě (INCB, 2008a).

Za rok 2006 bylo v 17 evropských zemích hlášeno asi 3 000 záchytů metamfetaminu v celkovém objemu 154 kg. Většina záchytů a největší celkové množství

⁽⁶³⁾ Údaje o záchytech drog v Evropě uvedené v této kapitole naleznete v tabulkách SZR-11 až SZR-18 ve Statistickém věstníku 2008. Pokud údaje za rok 2006 chybí, jsou k odhadům celkových čísel v Evropě použity odpovídající údaje za rok 2005.

bylo zaznamenáno v Norsku, po kterém následovalo Švédsko, Česká republika a Slovensko. Ve dvou posledně jmenovaných zemích byly záchyty spíše malé, obvykle v objemu několika gramů nebo méně. V období 2001 až 2006 se počet záchytů metamfetaminu v Evropě i jeho objem zvýšil, i když v porovnání s ostatními drogami zůstává stále nízký. Podle omezených údajů za rok 2006 typická čistota metamfetaminu klesla někde mezi 20 a 55 %.

Extáze

Podle UNODC (2007a) klesla celosvětová výroba extáze v roce 2006 asi na 102 tun. Zdá se, že je produkce více geograficky rozptýlená, přičemž výroba pro místní spotřebu je nyní běžnější v Severní Americe a východní a jihovýchodní Asii. Navzdory tomu zůstává Evropa hlavním místem výroby extáze, která se koncentruje v Nizozemsku (kde po několika letech poklesu v roce 2006 možná zase vzrostla), Belgii a v menší míře v Polsku a Spojeném království.

Relativní význam Evropy jakožto spotřebitele i výrobce extáze ukazují údaje o záchytech drogy. Evropa uvedla za rok 2006 přes 20 000 záchytů, které vedly k zadržení téměř 14 milionů tablet extáze. Největší množství extáze bylo zachyceno v Nizozemsku (4,1 milionu tablet), následovalo Spojené království, Turecko, Francie a Německo. Počet záchytů extáze v období 2001–2006 celkově klesl a po vrcholu dosaženém v roce 2002 se snížilo i zadržené množství⁽⁶⁴⁾. Ze 4,5 tuny extáze zachycené v roce 2006 ve světě bylo 43 % zadrženo v západní a střední Evropě; pro srovnání – v Severní Americe to bylo 34 % (UNODC, 2008).

V Evropě bylo ve většině tablet extáze analyzovaných v roce 2006 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. Výjimkou bylo Španělsko a Polsko, kde analýza tablet dodávaných na trh jako extáze zjistila přítomnost amfetaminu nebo metamfetaminu, často v kombinaci s MDMA nebo jinou analogickou sloučeninou. V Lotyšsku a na Maltě většina analyzovaných tablet neobsahovala žádnou kontrolovanou látku.

Většina zemí uvedla, že se obsah MDMA v tabletách extáze obvykle pohyboval někde mezi 25 a 65 mg – ačkoliv v analyzovaných vzorcích byly značné odchylky (9–90 mg). Kromě toho některé země oznámily tablety s vysokými dávkami extáze, které obsahují více než 130 mg MDMA (Belgie, Dánsko, Německo, Francie, Nizozemsko, Norsko), a na některých trzích je nyní

k dostání vysoce kvalitní práškové MDMA.

U obsahu MDMA v tabletách extáze nelze pozorovat žádný zřetelný střednědobý trend. Je však zřejmé, že v porovnání s počátkem 90. let 20. století, kdy tato droga začala být v Evropě široce k dostání, extáze značně zlevnila. Ačkoliv se objevují údaje, že se tablety prodávají pouze za 1 EUR, většina zemí nyní uvádí typické spotřebitelské ceny v rozmezí 3–9 EUR za tabletu a podle údajů za období 2001–2006 spotřebitelská cena (očištěná o inflaci) dále klesala.

LSD

Užívání LSD a obchodování s ním je stále považováno za okrajové, ačkoliv záchyty v Evropě mohou naznačovat oživení zájmu o tuto drogu v několika posledních letech. Po dlouhodobém sestupném trendu zaznamenaném v 90. letech 20. století se počet i objem záchytů od roku 2003 zvyšuje. Současná situace je nejasná, protože ačkoliv podle předběžných údajů došlo k mírnému poklesu počtu záchytů i objemu zachyceného LSD, ještě neposkytlo data Spojené království, které obvykle uvádí největší množství zachyceného LSD. Spotřebitelské ceny LSD (očištěné o inflaci) od roku 2001 mírně klesají a v roce 2006 se ve většině evropských zemí pohybovaly v rozmezí od 5 do 11 EUR za dávku.

Prevalence a vzorce užívání

V členských státech EU je užívání amfetaminů nebo extáze poměrně vysoké v České republice, Estonsku a Spojeném království a v poměru k celkové národní drogové situaci vysoké v některých středoevropských a severoevropských zemích. Naopak celková konzumace syntetických halucinogenních drog, např. diethylamidu kyseliny lysergové (LSD), je nižší a po značnou dobu v podstatě stabilní.

Vyšší úroveň prevalence v některých zemích musíme chápat v souvislosti, zjednodušeně řečeno, se dvěma rozdílnými vzorci užívání. V omezeném počtu zemí užívání, často injekční, amfetaminu nebo metamfetaminu představuje podstatný podíl z celkového počtu problémových uživatelů drog a osob, které vyhledají pomoc při problémech s drogami. V kontrastu s těmito chronickými populacemi existuje obecnější spojení mezi syntetickými drogami, zejména extází, a nočními kluby, taneční hudbou a některými subkulturami; to vede k výrazně vyšší úrovni užívání mezi mladými lidmi v porovnání s běžnou populací a k nadměrně vysoké úrovni užívání v některých prostředích nebo konkrétních subpopulacích.

⁽⁶⁴⁾ Tyto údaje jsou předběžné, jelikož ze Spojeného království, které hlásilo nejvíce záchytů v roce 2005, dosud nejsou data za rok 2006 k dispozici.

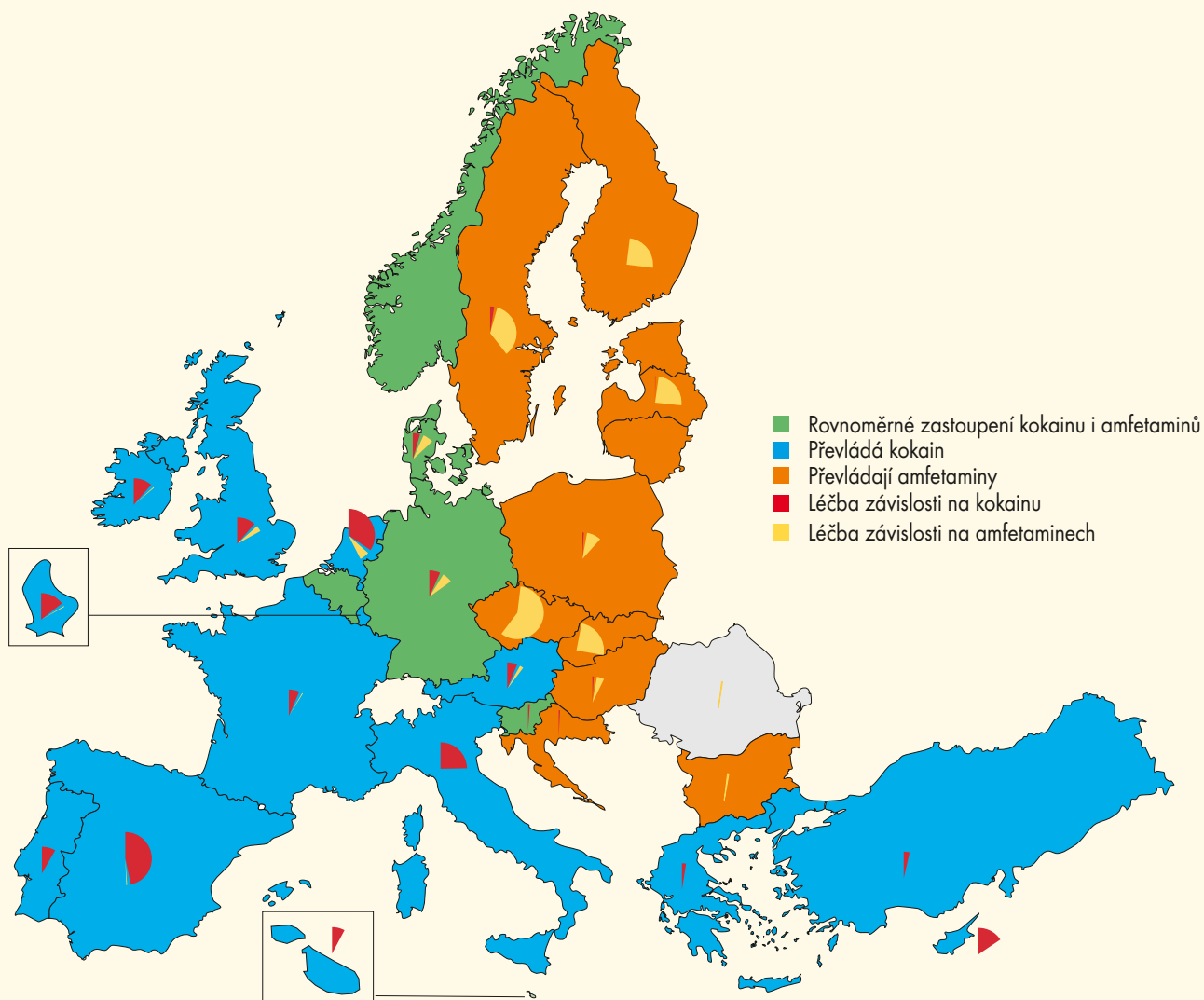
Evropský trh se stimulanty: „kokainové země“ a „amfetaminové země“?

Syntéza informací z různých zdrojů ukazuje na skutečnost, že různé stimulanty mohou hrát v různých zemích podobnou roli, a proto může být při vývoji politiky v této oblasti moudré brát v úvahu nejen jednotlivé látky, ale také trh se stimulanty jako celek. V některých zemích se jako dominantní stimulant jeví kokain, zatímco v jiných se zdá rozšířenější amfetamin nebo metamfetamin. Obrázek, který vznikl kombinací údajů

z průzkumů běžné populace a zpráv o záchytech, ukazuje, že severoevropské a středoevropské země patří spíše k „amfetaminové skupině“, zatímco v zemích západní a jižní Evropy převládá většinou užívání kokainu.

Relativní význam stimulantů v celkové drogové problematice se v jednotlivých zemích také velice liší. To lze pozorovat i z údajů o léčbě; v omezené skupině zemí jsou stimulanty

Trhy se stimulanty v Evropě: relativní prevalence kokainu nebo amfetaminů v záchytech a v průzkumech populace a podíl léčených uživatelů drog uvádějících tyto látky jako primární drogy



důvodem poměrně vysokého podílu všech žádostí o léčbu (metamfetamin v České republice a na Slovensku, amfetamin v Lotyšsku, Švédsku a Finsku a kokain ve Španělsku, Itálii a Nizozemsku), zatímco jinde je podíl léčených klientů, kteří jako hlavní důvod vyhledání pomoci uvádí jakoukoliv z těchto látek, velmi nízký, a někdy dokonce zanedbatelný.

Údaje od léčených klientů také naznačují, že klienti léčení kvůli problémům způsobeným stimulanty mívají problémy pouze s jednou třídou stimulantů. Například z klientů ambulantně léčených ze závislosti na kokainu (všechny žádosti) pouze asi 8 % uvedlo jako sekundární drogu amfetaminy, zatímco z klientů závislých na amfetaminech kokain jako sekundární problémovou drogu uvedlo méně než 9 %. Zprávy z některých zemí navíc naznačují, že jeden stimulant může na trhu s drogami někdy nahradit jiný. Například existují údaje, které naznačují, že kokain může u některých populací užívajících drogy nahradit amfetaminy a extázi a v Nizozemsku mohou být mimo města amfetaminy užívány jako levnější náhražka kokainu.

I když se stimulanty mohou lišit v účincích a následcích, pokud jde o možnosti léčby drogové závislosti, udržení v léčbě a výsledky jsou v podstatě podobné (Rawson a kol., 2000; Copeland a Sorensen, 2001). Do určité míry lze také pozorovat podobnost ve vzorcích užívání těchto drog a v celkové typologii uživatelů. Například rekreační a méně intenzivní a škodlivé vzorce užívání mezi sociálně dobře integrovanými uživateli mohou existovat vedle intenzivního užívání mezi více marginalizovanými skupinami, které je více spojeno s problémy se závislostí a s rizikovějšími způsoby užívání, jako je injekční užívání a kouření.

Pozn.: Podkladová barva označuje relativní dominanci kokainu, nebo amfetaminů podle průzkumů v běžné populaci (prevalence užívání v posledním roce v populaci ve věku 15–34 let) a údaje o záchytech; kruhové grafy znázorňují podíl těchto drog ve všech žádostech o léčbu drogové závislosti – zobrazeny jsou pouze segmenty představující kokain a amfetaminy. U Itálie, Nizozemska a Polska, kde údaje o záchytech nebyly k dispozici, byla použita pouze data z průzkumů populace. U Chorvatska byly použity pouze údaje o záchytech. Pro Norsko a Belgie nebyly k dispozici údaje o léčbě. Dostupné údaje pro Rumunsko neumožnily učinit závěry pro celou zemi. V České republice a na Slovensku je metamfetamin nejčastěji používaným amfetaminem.

Amfetaminy

Nedávné průzkumy populace uvádí, že se celoživotní prevalence užívání amfetaminů ⁽⁶⁵⁾ v jednotlivých evropských zemích liší od 0,1 po 11,9 % všech dospělých (15–64 let). Nejméně jednou užilo amfetaminy v průměru 3,3 % všech dospělých Evropanů. Užití drogy v posledním roce je mnohem nižší, evropský průměr činí 0,6 % (0,0–1,3 %). Podle odhadů amfetaminy vyzkoušelo asi 11 milionů Evropanů a přibližně 2 miliony drogu užily v posledním roce (shrnutí údajů viz tabulka 3).

U mladých dospělých (15–34 let) se celoživotní prevalence amfetaminu v jednotlivých zemích značně liší od 0,2 po 16,5 %, přičemž evropský průměr činí asi 5 %. Užití amfetaminů v posledním roce se v této věkové skupině pohybuje v rozmezí 0,1 až 2,9 %, přičemž většina zemí uvádí odhadovanou prevalenci mezi 0,7 a 1,9 %. Odhaduje se, že v průběhu posledního roku užilo amfetaminy 1,3 % mladých Evropanů.

Problémové užívání amfetaminů

V omezeném rozsahu lze pro amfetaminy použít ukazatel EMCDDA pro problémové užívání drog (PDU), který označuje injekční užívání drog nebo dlouhodobé/ pravidelné užívání látky. Pouze jeden členský stát (Finsko) poskytl poslední národní odhad problémového užívání amfetaminů, které se v roce 2005 odhadovalo na 12 000 až 22 000 problémových uživatelů amfetaminu (4,3 až 7,9 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–54 let), což je asi čtyřikrát více než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů v této zemi.

Počet zaznamenaných žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním amfetaminu je ve většině evropských zemí poměrně malý. Léčba závislosti na amfetaminech tvoří značný podíl z celkového počtu žádostí o léčbu v Lotyšsku, Švédsku a Finsku, kde 25 až 35 % klientů závislých na drogách nastupujících léčbu uvádí jako primární drogu amfetamin. Z ostatních zemí představuje léčba v souvislosti s amfetaminem více než 5 % léčby drogové závislosti pouze v Dánsku, Německu, Nizozemsku a Polsku, kde amfetamin za primární drogu označuje 6 až 9 % léčených uživatelů ⁽⁶⁶⁾.

Ve většině zemí kromě Švédska a Finska je podíl nových klientů nastupujících léčbu v souvislosti s primárním užíváním amfetaminů větší než podíl všech klientů léčených v souvislosti s touto drogou. V letech 2002 až 2006 byl podíl nových klientů nastupujících léčbu v souvislosti s primárním užíváním amfetaminů v Evropě jako celku

⁽⁶⁵⁾ Údaje z průzkumu „užívání amfetaminu“ často nerozlišují mezi amfetaminem a metamfetaminem. Typicky se však vztahují k užívání amfetaminu (sulfátu nebo dexamfetaminu), jelikož užívání metamfetaminu není v Evropě příliš rozšířené, protože na tomto kontinentě bylo zachyceno méně než 1 % z celosvětových záchytů metamfetaminu.

⁽⁶⁶⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

Tabulka 3: Prevalence užívání amfetaminů v běžné populaci – shrnutí údajů

Věková skupina	Časový rámec užívání	
	Celoživotní	V posledním roce
15–64 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	11 milionů	2 miliony
Evropský průměr	3,3 %	0,6 %
Rozsah	0,1–11,9 %	0,0–1,3 %
Země s nejnižší prevalencí	Řecko (0,1 %), Rumunsko (0,2 %), Malta (0,4 %), Kypr (0,8 %)	Řecko, Malta (0,0 %), Francie (0,1 %), Portugalsko (0,2 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (11,9 %), Dánsko (6,9 %), Norsko (3,6 %), Irsko (3,5 %)	Spojené království, Estonsko (1,3 %), Norsko, Lotyšsko (1,1 %)
15–34 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7 milionů	2 miliony
Evropský průměr	5,1 %	1,3 %
Rozsah	0,2–16,5 %	0,1–2,9 %
Země s nejnižší prevalencí	Řecko (0,2 %), Rumunsko (0,5 %), Malta (0,7 %), Kypr (0,8 %)	Řecko (0,1 %), Francie (0,2 %), Kypr (0,3 %), Portugalsko (0,4 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (16,5 %), Dánsko (12,7 %), Norsko (5,9 %), Španělsko, Lotyšsko (5,3 %)	Estonsko (2,9 %), Spojené království (2,7 %), Lotyšsko (2,4 %), Dánsko (2,2 %)
Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. 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 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008.		

poměrně stabilní, i když Lotyšsko a Dánsko uvádí za toto období nárůst, zatímco ve Švédsku a Finsku procento nových klientů závislých na amfetaminech kleslo, což je možná důsledek stárnoucí populace ⁽⁶⁷⁾.

Uživatelé amfetaminů nastupující léčbu jsou v průměru muži ve věku kolem 29 let. Ačkoliv poměr mužů a žen je asi 2:1, je celkový podíl žen mezi klienty závislými na amfetaminech vyšší než u ostatních drog ⁽⁶⁸⁾.

Problémové užívání metamfetaminu

Na rozdíl od ostatních částí světa, kde užívání metamfetaminu v posledních letech vzrostlo, se úroveň jeho užívání v Evropě jeví jako omezená (Griffiths a kol., 2008). Z historického hlediska se užívání této drogy v Evropě koncentruje v České republice a do určité míry na Slovensku. A pouze tyto dvě země uvádí nejnovější

odhady problémového užívání metamfetaminu. V roce 2006 bylo v České republice podle odhadů přibližně 17 500–22 500 uživatelů metamfetaminu (2,4 až 3,1 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let), což je téměř dvojnásobek odhadovaného počtu problémových uživatelů opiátů, a na Slovensku je přibližně 6 200–15 500 uživatelů metamfetaminu (1,6 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.

Za posledních pět let se v obou zemích zvýšil počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním metamfetaminu. Metamfetamin se stal na Slovensku primární drogou nejčastěji uváděnou osobami žádajícími poprvé o léčbu a představuje 25 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti. V České republice uvádí metamfetamin jako

⁽⁶⁷⁾ Viz obr. TDI-1 a tab. TDI-4 (část ii), TDI-5 (část ii) a TDI-36 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁶⁸⁾ Viz tab. TDI-37 ve Statistickém věstníku 2008.

primární drogu 59 % všech klientů léčených z drogové závislosti ⁽⁶⁹⁾. Klienti léčení v souvislosti s metamfetaminem uvádí vysokou míru injekčního užívání této drogy: na Slovensku asi 50 % a v České republice 80 %.

Extáze

Odhaduje se, že extázi vyzkoušelo asi 9,5 milionu dospělých Evropanů (v průměru 3 %) a asi 3 miliony (0,8 %) ji užily v posledním roce (shrnutí údajů viz tabulka 4). Mezi jednotlivými zeměmi existují značné odchylky, přičemž poslední průzkumy naznačují, že drogu někdy vyzkoušelo 0,3 až 7,3 % všech dospělých (15–64 let), a většina zemí odhaduje celoživotní prevalenci na 1,3–3,1 %. Užití drogy v posledním roce se v Evropě pohybovalo v rozmezí 0,2 až 3,5 %. Ve všech měřeních, jak je tomu u většiny ostatních nezákonných drog, bylo užívání vyšší u mužů než u žen.

Konzumace extáze byla běžnější u mladých dospělých (15–34 let), kde se odhady celoživotní prevalence pohybovaly na národní úrovni od 0,5 % po 14,6 %, přičemž 0,4 až 7,7 % z této věkové skupiny užilo drogu v posledním roce. Odhaduje se, že extázi někdy vyzkoušelo 7,5 milionu mladých Evropanů (5,6 %), přičemž 2,5 milionu (1,8 %) 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 2,5–8 % ⁽⁷⁰⁾. Ačkoliv většina zemí odhaduje užití v posledním roce v této věkové skupině v rozmezí 1,3–4,6 %, existuje značný rozdíl mezi nejnižším národním odhadem 0,3 % a nejvyšším 12 %, protože se zde projevují různé zkušenosti některých členských států.

U studentů může docházet k velkému nárůstu prevalence spolu s malým zvýšením věku, například údaje ze 16 zemí ukazují, že v porovnání s mladšími studenty je celoživotní prevalence extáze mezi 17–18letými studenty obecně značně vyšší, z čehož vyplývá, že k prvnímu užití drogy obvykle dochází po dosažení 16 let ⁽⁷¹⁾.

Ačkoliv počet uživatelů extáze v Evropě je podobný počtu uživatelů amfetaminu, léčbu jich vyhledá velmi málo. V roce 2006 ve většině zemí uvádělo extázi jako primární problémovou drogu méně než 1 % uživatelů drog nastupujících léčbu a ve většině zemí se kvůli problémům souvisejícím s extází léčí pouze zanedbatelný počet

klientů. Pouze pět zemí zaznamenalo více než 100 klientů závislých na extázi, kteří nastoupili léčbu (Francie, Itálie, Maďarsko, Spojené království, Turecko); představují tak 0,5 až 4 % všech klientů závislých na drogách v těchto zemích. Uživatelé extáze v průměrném věku 24–25 let patří k nejmladší věkové skupině nastupující léčbu drogové závislosti a pravidelně uvádí souběžné užívání dalších látek, včetně konopí, kokainu, alkoholu a amfetaminů ⁽⁷²⁾.

LSD

Celoživotní prevalence užívání LSD u dospělé populace (15–64 let) se pohybuje téměř od nuly po 5,4 %. U mladých dospělých (15–34 let) je odhadovaná celoživotní prevalence trochu vyšší (0,3 až 7,1 %), ačkoliv u 15–24letých osob je prevalence nižší. Naopak v několika málo zemích, které poskytly srovnatelné údaje, je vyšší než užívání LSD užívání halucinogenních hub, kde se celoživotní prevalence u mladých dospělých odhaduje na 1 až 9 % a prevalence v posledním roce na 0,3 až 3 % (EMCDDA, 2006).

Trendy v užívání amfetaminů a extáze

Zprávy o stabilizaci, nebo dokonce o sestupných trendech konzumace amfetaminů a extáze v Evropě 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 posledních 12 měsících) mezi mladými dospělými (15–34 let) ve Spojeném království v letech 1996 až 2002 značně pokleslo z 6,5 % na 3,1 %, přičemž od té doby je stabilní. Značné zvýšení užívání amfetaminů v období 1994 až 2000 uvádí Dánsko, ale výsledky průzkumu z roku 2005 ukazují na pokles užívání této látky od začátku tohoto desetiletí ⁽⁷³⁾. V ostatních zemích, které předložily průzkumy zopakované po podobném časovém období (Německo, Řecko, Španělsko, Francie, Nizozemsko, Slovensko, Finsko), jsou trendy v podstatě stabilní ⁽⁷⁴⁾. Ze 14 zemí, které poskytly dostatečné údaje o prevalenci užití amfetaminů v posledním roce ve věkové skupině 15–34 let za pětileté období 2001–2006, uvedly tři pokles o 15 % nebo více, čtyři stabilizaci a sedm zvýšení o 15 % nebo více.

Situace v užívání extáze mezi mladými dospělými (15–34 let) je různorodější, jelikož u mladých mužů ⁽⁷⁵⁾

⁽⁶⁹⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷⁰⁾ Viz tab. GPS-17 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷¹⁾ Viz tab. EYE-1 a EYE-2 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷²⁾ Viz tab. TDI-5 a TDI-37 (část i, ii a iii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷³⁾ Informace z Dánska z roku 1994 hovoří o „tvrdých drogách“, za které byly považovány hlavně amfetaminy.

⁽⁷⁴⁾ Viz obr. GPS-8 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷⁵⁾ Viz obr. GPS-9 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

Tabulka 4: 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	9,5 milionu	2,6 milionu
Evropský průměr	2,8 %	0,8 %
Rozsah	0,3–7,3 %	0,2–3,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,3 %), Řecko (0,4 %), Malta (0,7 %), Litva (1,0 %)	Řecko, Malta (0,2 %), Dánsko, Polsko (0,3 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (7,3 %), Česká republika (7,1 %), Irsko (5,4 %), Španělsko (4,4 %)	Česká republika (3,5 %), Spojené království (1,8 %), Estonsko (1,7 %), Slovensko (1,6 %)
15–34 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7,5 milionu	2,5 milionu
Evropský průměr	5,6 %	1,8 %
Rozsah	0,5–14,6 %	0,4–7,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,5 %), Řecko (0,6 %), Malta (1,4 %), Litva, Polsko (2,1 %)	Řecko (0,4 %), Itálie, Polsko (0,7 %), Dánsko, Litva, Portugalsko (0,9 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (14,6 %), Spojené království (13,0 %), Irsko (9,0 %), Slovensko (8,4 %)	Česká republika (7,7 %), Spojené království (3,9 %), Estonsko (3,7 %), Nizozemsko, Slovensko (2,7 %)
Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. 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 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008.		

a ve studiích specifických zábavních podniků je úroveň užívání stále vyšší. Po všeobecném zvýšení 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, zůstává prevalence užití v posledním roce soustavně vyšší ve Spojeném království v porovnání s ostatními zeměmi ⁽⁷⁶⁾. V pětiletém období 2001–2006 prevalence užití extáze v posledním roce mezi mladými dospělými ve třech ze 14 zemí, které poskytly dostatečné informace, klesla, v pěti zemích zůstala stabilní a v šesti se zvýšila.

Údaje z několika zemí ukazují, že amfetaminy a extázi by v některých okruzích populace, která užívá drogy, mohl nahradit kokain. Může tomu tak být ve Spojeném království a Dánsku a do určité míry ve Španělsku. Spojené království (11,9 %) i Dánsko (6,9 %) hlásí

poměrně vysoké odhady celoživotní prevalence užívání amfetaminů, ale úroveň užití v posledním roce a v posledním měsíci jsou více v souladu s údaji z jiných zemí. Nárůst konzumace kokainu v těchto zemích odpovídá do určité míry poklesu užívání amfetaminů, z čehož může vyplývat, že jeden stimulant na těchto trzích nahrazuje druhý ⁽⁷⁷⁾. Možné změny vzorců užívání drog v jiných zemích (Německo, Francie, Itálie, Nizozemsko) nejsou tak zřejmé. Celkově panuje nízké pochopení souhry různých drog, které mohou uživatele přitahovat podobným způsobem.

Analýza údajů z národních školních průzkumů, které byly v roce 2007 nově k dispozici (Česká republika, Španělsko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko, Spojené království), podporuje tvrzení o celkové stabilizaci situace, jelikož v celoživotním užívání amfetaminů

⁽⁷⁶⁾ Viz obr. GPS-21 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁷⁷⁾ Viz část Evropský trh se stimulanty: „kokainové země“ a „amfetaminové země“?, s. 50.

i extáze nedošlo k žádné změně, nebo dokonce k určitému poklesu.

Prostředí zábavních podniků

Užívání amfetaminů a extáze v prostředí zábavních podniků

Studie užívání drog ve vybraném prostředí zábavních podniků, kde se scházejí mladí lidé a o kterých se ví, že jsou někdy spojeny s užíváním drog, jako jsou taneční akce nebo hudební festivaly, mohou poskytnout užitečný náhled na chování pravidelných nebo intenzivních uživatelů amfetaminů a extáze. Odhady užívání drog v tomto prostředí jsou obvykle vysoké, ale nelze je generalizovat pro širší populaci.

Studie mezi mladými lidmi ve věku 15–30 let, kteří se pravidelně pohybují v prostředí nočních podniků, provedená v roce 2006 v devíti evropských městech (Atény, Berlín, Brno, Lisabon, Liverpool, Lublaň, Palma, Benátky, Vídeň) odhaduje celoživotní prevalenci užívání extáze na 27 % a u amfetaminu na 17 %. Časté užívání těchto drog bylo mnohem nižší, pouze 1,4 % respondentů uvedlo, že užívají extázi jednou týdně nebo častěji, a méně než 1 % uvedlo totéž u amfetaminu. Průměrný věk prvního užití obou drog ve studijní skupině činil 18 let ⁽⁷⁸⁾. Souběžné užívání alkoholu bylo rozšířené, to, že v posledních čtyřech týdnech před rozhovorem byli víc než dvakrát „opilí“, uvedlo 34 % respondentů. Tuto úroveň opilosti uvádí častěji muži (42 %) než ženy (27 %) (Evropská komise, 2007b).

Francouzský průzkum provedený v letech 2004 a 2005 v pěti místech, kde se hraje elektronická hudba, uvedl prevalenci v posledním měsíci ve vzorku 1 496 respondentů u extáze 32 % a u amfetaminu 13 %. Nutno však poznamenat, že prevalence byla vyšší u specifických subpopulací, které se vyznačují zvláštními kulturními prvky a jsou označovány za „alternativní“. U těchto subpopulací se prevalence extáze odhaduje na 54 % a u amfetaminu na 29 %.

Intervence v prostředí zábavních podniků

V Evropě je čím dál tím běžnější, že úřady v záležitostech místního veřejného pořádku nebo ve zdravotních otázkách přistupují k aspektům zákonných a nezákonných drog kolektivně. Tento přístup je zvlášť významný u intervencí zaměřených na prostředí, kde se konzumují syntetické drogy, stimulanty i alkohol, například noční bary a kluby. Jedním z problémů v této oblasti je, že může být obtížné rozlišit relativní role nezákonných a zákonných látek.

Užívání alkoholu mezi mladými lidmi vzbuzuje v Evropě čím dál tím větší obavy a v roce 2006 přijala Evropská komise strategii týkající se alkoholu, aby členské státy podpořila v minimalizaci škod souvisejících s alkoholem mezi mladými lidmi. Škodlivé užívání alkoholu je totiž příčinou úmrtí každého čtvrtého mladého muže (15–29 let) a každé 10. mladé ženy ⁽⁷⁹⁾.

Obavy z kombinovaného užívání drog a alkoholu mladými lidmi ve veřejném prostředí vedly k vývoji strategií zaměřených na změnu sociálního, ekonomického a fyzického prostředí spojeného s konzumací alkoholu a drog s cílem změnit chování a normy konzumentů, vytvořit méně příznivé podmínky pro intoxikaci a omezit příležitosti pro výskyt problémů souvisejících s alkoholem a drogami ⁽⁸⁰⁾. Členské státy uvádí, že v prostředí nočních podniků nebo kolem nich přijaly řadu opatření s konkrétním cílem minimalizovat škody nebo pozitivně změnit sociální prostředí. Jedná se zejména o: odborné vzdělávání zaměstnanců barů a bezpečnostních služeb, intenzivnější prosazování stávajících právních předpisů, zvyšování povědomí o škodách souvisejících s těmito látkami, zajišťování noční dopravy a zlepšení za účelem zvýšit bezpečnost v prostředí nočních podniků. Opatření v této oblasti jsou různá, včetně: lepšího pouličního osvětlení, dostupnosti pitné vody, řádného větrání, nebo dokonce opatření pro zajištění rychlé reakce při naléhavých zdravotních problémech. Společným rysem tohoto přístupu často je, že je založen na dialogu mezi různými zainteresovanými stranami, jako jsou policie, úřady vydávající povolení, majitelé klubů a poskytovatelé zdravotní péče, kteří by měli spolupracovat, a identifikovat tak místní potřeby i možná řešení.

Příkladem práce v této oblasti je Dánsko, kde jsou majitelům restaurací a lidem pracujícím v prostředí nočních podniků ve spolupráci s obecními úřady a policií nabízeny kurzy na podporu sdíleného postoje k omezení užívání a prodeje drog a alkoholu. Větší pozornost také začínají přitahovat některé přístupy v této oblasti vyvinuté jednotlivými členskými státy, jak dokládá skutečnost, že v klubech v Paříži a v Bruselu byly nyní zavedeny předpisy o bezpečnému tanci, vypracované ve Spojeném království. Majitelé klubů s pomocí terénních pracovníků a místních úřadů pomáhají podporovat umírněné pití, zvyšují povědomí o škodách způsobených drogami a alkoholem a zároveň zvyšují bezpečnost svých podniků (např. poskytují vodu zdarma, zaměstnanci jsou vyškoleni v poskytování první pomoci, vytvářejí relaxační zóny).

Některé strategie zaměřené na prostředí se zabývají otázkou vztahu mezi řízením a konzumací drog a alkoholu. Příklady zahrnují zajištění alternativní dopravy

⁽⁷⁸⁾ Viz tab. EYE-2 ve Statistickém věstníku 2008.

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

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

pro intoxikované řidiče, která je k dispozici v některých pařížských nočních klubech, a podporu veřejné dopravy kluby v Bruselu. Ve Španělsku se provádějí preventivní kampaně, které se zaměřují na „potenciální řidiče“ a na zvyšování povědomí o rizicích řízení pod vlivem psychoaktivních látek, a to zejména o víkendech. Tyto kampaně možná přispěly k 16 % poklesu počtu dopravních nehod ve Španělsku v roce 2006, jejichž účastníky byli mladí lidé ve věku 18–20 let ⁽⁸¹⁾.

Zdá se, že strategie, které se zabývají prostředím, v němž mladí lidé konzumují drogy i alkohol, mají značný potenciál ochránit veřejné zdraví a zlepšit veřejnou bezpečnost, přičemž výhodou je, že mohou oslovit širší okruh osob než jen uživatele drog. Tyto přístupy jsou však dnes v Evropě omezeny na konkrétní známé problémové oblasti, často v centrech velkých měst, a vzácně se uplatňují komplexně, takže se lze rozhodně domnívat, že existuje značný potenciál pro další investice a rozvoj v této oblasti. Obecněji řečeno, práce v této oblasti se omezuje spíše na intervence zaměřené na konkrétní problematické chování nebo na aspekty prostředí, než aby se širěji zabývala normativními domněnkami a postoji, které mladí lidé mají k užívání drog a alkoholu v konkrétních prostředích.

Poskytování léčby

Ve většině členských států se omezená poptávka projevuje v omezené dostupnosti léčebných služeb zaměřených konkrétně na uživatele amfetaminu, metamfetaminu nebo extáze. Tato situace je poněkud odlišná v několika členských státech s dlouhodobou tradicí populací chronických uživatelů amfetaminu nebo metamfetaminu. V těchto zemích (hlavně v České republice, na Slovensku, ve Finsku a Švédsku) jsou uživatelé amfetaminu nebo metamfetaminu léčeni ve specializovaných zařízeních. Zdá se, že možnosti léčby spočívají v detoxifikaci, po níž následuje individuální ambulantní terapie nebo skupinová terapie v ambulantním nebo ústavním zařízení.

Prokazatelně účinné možnosti léčby závislosti na psychostimulantech, jako jsou amfetaminy a kokain, obvykle chybí. Jak je uvedeno v kapitole 5, v současnosti neexistují žádné farmakologické možnosti léčby, které by uživatelům pomohly zvládnout abstinenci nebo snížit chuť na psychostimulanty spojenou se závislostí. Podle literatury navíc neexistuje prokazatelně účinná psychosociální intervence, která by uživatelům psychostimulantů pomohla zachovat abstinenci.

⁽⁸¹⁾ Více informací o preventivních kampaních v Evropě naleznete ve vybraném tématu o drogách a řízení vozidel z roku 2007.



Kapitola 5

Kokain a crack

Úvod

Nejnovější údaje nadále ukazují na celkové zvýšení užívání kokainu v Evropě. Průzkumy populace provedené v řadě zemí zaznamenaly značné zvýšení užívání u mladých lidí od poloviny 90. let 20. století. Tato zjištění podporují výsledky cílených studií, které v určitém prostředí zábavních podniků (noční kluby a taneční podniky) zaznamenaly vysokou úroveň užívání kokainu. Současně se dramaticky zvýšily ukazatele dostupnosti kokainu v Evropě, včetně počtu záchytů této drogy a zadrženého množství.

V některých členských státech EU se v posledních letech podstatně zvýšil počet žádostí o léčbu kvůli užívání kokainu, a nyní v některých zemích, městech a regionech dokonce překračuje počet žádostí o léčbu z důvodu problémového užívání opiátů. Navíc podstatný podíl léčených uživatelů opiátů uvádí jako sekundární drogu kokain, což může přispívat k jejich problémům a zkomplikovat péči o ně. V mnoha zemích kokain podle toxikologických analýz představuje z velké části příčinu úmrtí souvisejících s drogami, obvykle v kombinaci s opiáty a dalšími látkami.

Důležitou výhradou ke skutečnosti, že v Evropě se celkově zvyšuje užívání kokainu, je existence značných rozdílů mezi jednotlivými zeměmi, přičemž mnoho zemí stále uvádí velmi nízkou úroveň užívání. Národní zkušenosti s problematikou kokainu jsou také velmi smíšené, přičemž například většinu žádostí o léčbu závislosti na kokainu v Evropě uvádí poměrně malý počet zemí.

Nabídka a dostupnost

Výroba a obchodování

Pěstování keřů koky, zdroje kokainu, je nadále soustředěno do několika zemí v oblasti And⁽⁸²⁾. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (2008) odhadl potenciální výrobu kokainu za rok 2007 na 994 tun čistého hydrochloridu kokainu, z čehož 61 % představovala Kolumbie, 29 % Peru a 10 % Bolívie. Analýza počtu

zlikvidovaných laboratoří ukazuje, že většina výroby se nadále nachází v těchto třech zemích, ačkoliv k ní může docházet také v jiných jihoamerických zemích před vývozem na hlavní spotřebitelské trhy v Severní Americe a Evropě. Toto zjištění podporují informace o nedovoleném obchodování s permanganátem draselným (chemické činidlo používané při syntéze hydrochloridu kokainu), jelikož Kolumbie ohlásila 99 ze 101 tun permanganátu draselného zachyceného celosvětově v roce 2006 (INCB, 2008b).

Kokain vyrobený v oblasti And se pak z jihoamerických zemí pašuje do Evropy (přes Brazílii, Ekvádor, Venezuelu). I když karibské země jsou nadále významnou tranzitní zónou pro kokain směřující do Evropy, bylo v posledních několika letech zaznamenáno čím dál tím více překládek v zemích západní Afriky, zejména v Guinejském zálivu a při pobřeží Kapverd, Guiney a Guiney-Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a)⁽⁸³⁾. Hlavními vstupními místy kokainu do Evropy zůstává Španělsko a Portugalsko, přičemž úloha Portugalska se od roku 2005 značně zvýšila. Kokain však nadále přichází do Evropy také přímějí na lodích přes Atlantik nebo letecky, zejména do Nizozemska, Belgie, Itálie, Francie, Spojeného království a Německa. Hlavními tranzitními zeměmi pro další distribuci kokainu v Evropě jsou Nizozemsko a Francie (Europol, 2007b). Nedávné zprávy o dovozu kokainu přes východoevropské země (Bulharsko, Estonsko, Lotyšsko, Litva, Rumunsko, Rusko) mohou poukazovat na vznik nových cest v této části Evropy.

Záchyty drogy

Kokain je po rostlinném konopí a konopné pryskyřici nejčastěji nezákonně obchodovanou drogou na světě. V roce 2006 celosvětové záchyty kokainu mírně klesly na 706 tun. Největší zachycené množství nadále hlásí Jižní Amerika, kde bylo zabaveno 45 % z celosvětového objemu, následuje Severní Amerika s 24 % a západní a střední Evropa se 17 % (UNODC, 2008).

Počet záchytů kokainu je posledních 20 let v Evropě na vzestupu a v období 2001–2006 nadále rostl s výjimkou poklesu zaznamenaného v roce 2003.

⁽⁸²⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 36.

⁽⁸³⁾ Viz také část „Západní Afrika: nyní regionální tranzitní centrum na cestě do Evropy“, s. 59.

Množství zachyceného kokainu v posledním desetiletí roste také, ovšem s pravidelnými výkyvy. V roce 2006 se počet záchytů kokainu v Evropě zvýšil na 72 700 a zadržené množství na 121 tun ⁽⁸⁴⁾. Zemí s největším počtem záchytů bylo opět Španělsko, kde došlo k 58 % všech záchytů v Evropě v uvedeném roce v celkovém objemu 41 %. Obrovský nárůst množství zachyceného v Portugalsku od roku 2005, které představuje 28 % z celkového množství zadrženého v Evropě v roce 2006, ukazuje, že obchodníci s kokainem čím dál tím více využívají Pyrenejský poloostrov jako vstupní místo na evropský trh.

Čistota a cena

Typická čistota kokainu v Evropě v roce 2006 činila 1 až 90 %, ačkoliv většina zemí uváděla hodnoty mezi 25 a 55 % ⁽⁸⁵⁾. Z 23 zemí, které poskytly dostatečné údaje, jich většina uvedla sestupný trend u čistoty kokainu v období 2001–2006, avšak Řecko a Francie zaznamenaly v období 2003–2006 nárůst.

V roce 2006 se typická spotřebitelská cena kokainu ve většině evropských zemí pohybovala mezi 50 a 75 EUR za gram, ačkoliv Kypr, Rumunsko, Švédsko a Turecko uvedly mnohem vyšší hodnoty. V období 2001–2006 kokain prodávaný na ulici v 18 zemích, které poskytly dostatečné údaje, zlevnil s výjimkou Rumunska, kde bylo zaznamenáno zvýšení ceny (očištěné o inflaci).

Prevalence a vzorce užívání

Rozdíl existují nejen v celkových úrovních užívání kokainu uváděných členskými státy, projevují se také v charakteristice samotných uživatelů kokainu, kteří se nacházejí napříč širokým sociálním prostředím od těch nejprivilegovanějších členů společnosti po ty nejvíce marginalizované. Vzorce užívání kokainu mohou být tedy také rozdílné, od příležitostných a rekreačních po vysoce nutkové a závislostní. Dalšími komplikujícími faktory je forma, v jaké se kokain užívá (hydrochlorid kokainu, nebo crack), a způsob aplikace. Tato rozmanitost je důležitým faktorem pro pochopení rozsahu problémů, které jsou s různými vzorci užívání kokainu pravděpodobně spojeny, a také pro zaměření a vývoj služeb pro nesourodou skupinu uživatelů této drogy.

U běžné populace

Kokain zůstává celkově druhou nejužívanější nezákonnou drogou v Evropě po konopí, ačkoliv užívání se v jednotlivých zemích velice liší. Podle odhadů je alespoň jednou za život užilo asi 12 milionů Evropanů,

Západní Afrika: nyní regionální tranzitní centrum na cestě do Evropy

V posledních pěti letech se západní Afrika ukázala být významným regionem pro pašování kokainu do Evropy ⁽¹⁾, který působí jako místo tranzitu, skladování a opětovného balení (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Odhaduje se, že téměř čtvrtina kokainu propašovaného v roce 2007 do Evropy prošla tímto regionem (UNODC, 2008). V kontextu zvyšujícího se užívání kokainu v Evropě se má za to, že nárůst pašování západoafrického cestou přispěl k poklesu ceny drogy a zároveň posílil úlohu Pyrenejského poloostrova jakožto vstupního místa pro distribuci kokainu v Evropě (Europol, 2007b).

Kokain se ze západní Afriky pašuje do Evropy hlavně po moři, velké zásilky převáží rybářská plavidla do míst vykládky zejména na pobřeží severního Portugalska a španělské Galicie. Menší zásilky kokainu se pašují letecky nebo po souši a čím dál tím více jsou spojeny s pašováním konopné pryskyřice ze severní Afriky.

Rozšíření západoafrické kokainové cesty se připisuje několika faktorům. Patří sem účinnější kontroly alternativních cest (Europol, 2007b), zeměpisná poloha západní Afriky a hospodářská nestabilita zemí v této oblasti, která často vede ke slabým systémům soudnictví a prosazování práva.

Mezinárodní společenství zahájilo několik iniciativ pro vyřešení tohoto problému. Mezi jinými iniciativami přijatými Evropskou unií Rada prostřednictvím horizontální pracovní skupiny pro drogy zařadila západní Afriku na čelná místa pořadu jednání a předložila Komisi OSN pro omamné látky v roce 2008 usnesení o posílení mezinárodní podpory západní Afriky. Navíc sedm členských států s podporou EU společně zřídilo Centrum pro námořní analýzu a operace – narkotika (MAOC-N), což je středisko pro prosazování práva s vojenskou podporou s cílem potlačovat obchodování s kokainem se zvláštním zaměřením na východní část Atlantského oceánu.

⁽¹⁾ UNODC (2007b) uvádí, že největší záchyty v roce 2006/2007 zaznamenal Senegal, Ghana, Mauretánie, Guinea-Bissau, Kapverdy, Nigérie, Benin a Sierra Leone.

v průměru 3,6 % dospělých ve věku 15–64 let (shrnutí údajů viz tabulka 5). Národní údaje se pohybují od 0,4 po 7,7 %, přičemž dvanáct zemí, většinou členské státy, které vstoupily do Evropské unie po roce 2004, uvádí velmi nízkou celoživotní prevalenci mezi všemi dospělými (0,4–1,2 %).

Podle odhadů užily drogu v posledním roce asi 4 miliony Evropanů (v průměru 1,2 %), ačkoliv národní odchylky mezi jednotlivými zeměmi jsou opět značné. To lze pozorovat ve výsledcích nedávných národních průzkumů, které odhadují prevalenci v posledním roce na 0,1 až

⁽⁸⁴⁾ Údaje o záchytech kokainu v Evropě uvedených v této kapitole naleznete v tabulkách SZR-9 a SZR-10 ve Statistickém věstníku 2008. Pro celou kapitolu platí, že pokud národní údaje za rok 2006 chybí, jsou k odhadům celkových čísel v Evropě použity odpovídající údaje za rok 2005.

⁽⁸⁵⁾ Údaje o čistotě a ceně naleznete v tabulkách PPP-3 a PPP-7 ve Statistickém věstníku 2008.

3 %, i když pouze ve čtyřech zemích úroveň užívání překračuje 1 %. Odhad prevalence užití v posledním měsíci ve výši 2 milionů je poloviční oproti prevalenci v posledním roce a představuje 0,5 % dospělé populace. Tyto odhady jsou zřejmě konzervativní.

Zdá se, že se užívání kokainu koncentruje v několika zemích, zejména ve Španělsku a Spojeném království, a v menší míře v Itálii, Dánsku a Irsku, zatímco ve většině ostatních evropských zemí je užívání této drogy poměrně nízké. V zemích, kde trh s nezákonnými stimulanty ovládají amfetaminy, je odhadované užívání kokainu téměř ve všech případech nízké; naopak většina zemí, kde je hlavním nezákonným stimulantem kokain, uvádí nízkou úroveň užívání amfetaminu ⁽⁸⁶⁾.

Užívání kokainu mezi mladými dospělými

Užívání kokainu se koncentruje hlavně mezi mladými dospělými (15–34 let). Například ze 4 milionů Evropanů, kteří tuto drogu užíli v posledním roce, tvoří sedm osmin pravděpodobně mladí dospělí.

Podle odhadů užilo kokain alespoň jednou v životě 7,5 milionu mladých dospělých v Evropě (15–34 let), neboli v průměru 5,4 %. Národní údaje se pohybují od 0,7 po 12,7 %. Evropský průměr užití kokainu v posledním roce se u této věkové skupiny odhaduje na 2,3 % (3,5 milionu) a v posledním měsíci na 1 % (1,5 milionu).

Užívání je zvláště vysoké u mladých mužů (15–34 let), přičemž Španělsko, Dánsko, Irsko, Itálie a Spojené království uvádí prevalenci užití kokainu v posledním roce mezi 4 a 7 % ⁽⁸⁷⁾. Poměr mezi ženami a muži u užití v posledním roce se u mladých dospělých v různých zemích pohyboval mezi 1:1 a 1:13. Vážené průměry pro Evropskou unii jako celek naznačují, že mezi uživateli kokainu ve věku 15–34 let činil poměr mezi muži a ženami téměř 4 ku 1 (3,8 muže na jednu ženu).

Měření užívání kokainu v poslední době (v posledním roce a v posledním měsíci) je nejvyšší ve věkové skupině 15–24 let, ačkoli tento jev je méně výrazný než v případě konopí nebo extáze ⁽⁸⁸⁾. Prevalence užití kokainu v posledním roce se u této věkové skupiny odhaduje na 2,6 %, což jsou 2 miliony 15–24letých osob, které drogu užily v posledním roce.

Užívání kokainu je také spojeno s určitým životním stylem. Analýza údajů z průzkumu kriminality v Británii za roky 2003–2004 odhaduje, že užití kokainu v posledním roce uvádí asi 13 % 16–29letých osob, které často navštěvují hospody nebo vinárny, v porovnání

Odhad užívání kokainu analýzou komunálních odpadních vod

Aplikace nejnovějšího vývoje v analytické chemii na odhalování kokainu v odpadních vodách zavedla nový přístup ke sledování užívání nezákonných drog ve společnosti známý jako „epidemiologie odpadních vod“. Metoda zahrnuje měření úrovně produktů rozkladu nezákonných drog vyloučených v moči spotřebitelů. Úrovně rozkladných produktů naměřené v odpadních vodách se potom přepočítají na spotřebu nezákonných drog u populace. V případě kokainu je hlavním metabolitem vylučovaným v moči benzoylecgonin. Jelikož rozklad kokainu v lidském těle je jediným pravděpodobným zdrojem benzoylecgoninu v kanalizačních systémech, lze za určitých předpokladů z množství metabolitu v odpadních vodách zpětně vypočítat množství kokainu zkonzumovaného ve společnosti (ale ne počet spotřebitelů).

Epidemiologie odpadních vod je stále v počáteční fázi vývoje a informace, které poskytuje, musí být začleněny do současného výzkumu, stejně jako důležité technické a etické otázky. Těmito otázkami se zabývá nová publikace EMCDDA o analýze odpadních vod (EMCDDA, 2008b). Na zprávě se podíleli odborníci z řady oborů a dospěli k závěru, že ačkoliv je zapotřebí další vývoj, má epidemiologie odpadních vod potenciál pro protidrogový dohled na obecní úrovni. Tento přístup by mohl být také nástrojem protidrogového dohledu, který pomůže zdravotnickým činitelům a pracovníkům orgánů pro prosazování práva určovat vzorce užívání drog v obcích různé velikosti. A protože odběr vzorků a analýzu odpadních vod lze provádět každý den, týden nebo měsíc, mohly by údaje potenciálně představovat parametr v reálnějším čase, který obcím umožní lépe sledovat dopad a účinnost preventivních a intervenčních činností.

s 3,7 % méně častých návštěvníků. U 30–59letých osob činilo toto číslo 3,1 %, respektive 1 %. Užívání cracku ve stejném průzkumu bylo velmi nízké i u skupiny, která uvedla nejvyšší prevalenci kokainu. To podporuje zjištění cílenějších studií, které uvádí odlišný profil uživatelů práškového kokainu v porovnání s uživateli cracku. V ostatních zemích je užívání kokainu pravděpodobně také spojeno s podobnými faktory životního stylu.

Studie provedené v prostředí zábavních podniků často uvádí vysokou prevalenci užívání kokainu. Například studie provedená v roce 2006 v devíti evropských městech (Atény, Berlín, Brno, Palma, Lisabon, Liverpool, Lublaň, Benátky, Vídeň) mezi 1 383 mladými lidmi ve věku 15–30 let, kteří se pravidelně „pohybují v prostředí nočních podniků“, zjistila, že 29 % z nich tuto drogu užilo alespoň jednou a téměř 4 % užívá kokain jednou týdně nebo

⁽⁸⁶⁾ Viz část „Evropský trh se stimulanty: „kokainové země“ a „amfetaminové země““, s. 50.

⁽⁸⁷⁾ Viz obr. GPS-13 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁸⁸⁾ Všechny roky viz obr. GPS-15 a tab. GPS-14 až GPS-16, nejnovější údaje tab. GPS-17 až GPS-19 ve Statistickém věstníku 2008.

Tabulka 5: 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	12 milionů	4 miliony	2 miliony
Evropský průměr	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Rozsah	0,4–7,7 %	0,1–3,0 %	0–1,6 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko, Malta, Litva, (0,4 %) Řecko (0,7 %)	Řecko (0,1 %), Polsko, Lotyšsko, Česká republika (0,2 %)	Řecko, Estonsko, Česká republika (0,0 %), Malta, Litva, Polsko, Finsko, Lotyšsko (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (7,7 %), Španělsko (7,0 %), Itálie (6,6 %), Irsko (5,3 %)	Španělsko (3,0 %), Spojené království (2,6 %), Itálie (2,2 %), Irsko (1,7 %)	Španělsko (1,6 %), Spojené království (1,3 %), Itálie (0,8 %), Irsko (0,5 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7,5 milionu	3,5 milionu	1,5 milionu
Evropský průměr	5,4 %	2,3 %	1 %
Rozsah	0,7–12,7 %	0,2–5,4 %	0,0–2,8 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko, Litva (0,7 %), Malta (0,9 %), Řecko (1,0 %)	Řecko (0,2 %), Polsko (0,3 %), Lotyšsko, Česká republika (0,4 %)	Estonsko (0,0 %), Řecko, Polsko, Lotyšsko, Česká republika (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (12,7 %), Španělsko (9,6 %), Dánsko (9,1 %), Irsko (8,2 %)	Spojené království (5,4 %), Španělsko (5,2 %), Itálie (3,2 %), Irsko (3,1 %)	Španělsko (2,8 %), Spojené království (2,7 %), Itálie (1,2 %), Dánsko, Irsko (1,0 %)
15–24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	3 miliony	2 miliony	800 000
Evropský průměr	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Rozsah	0,4–11,2 %	0,2–6,1 %	0,0–3,2 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,4 %), Řecko (0,6 %), Litva (0,7 %), Malta, Polsko (1,1 %)	Řecko (0,2 %), Polsko (0,3 %), Česká republika (0,4 %), Lotyšsko (0,6 %)	Estonsko (0,0 %), Řecko, Lotyšsko (0,1 %), Česká republika, Polsko, Portugalsko (0,2 %),
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (11,2 %), Španělsko (8,7 %), Dánsko (8,0 %), Irsko (7,0 %)	Spojené království (6,1 %), Španělsko (5,8 %), Irsko (3,8 %), Dánsko, Itálie (3,3 %)	Spojené království (3,2 %), Španělsko (3,1 %), Itálie (1,3 %), Bulharsko, Irsko (1,1 %)

Informace vycházejí z posledního průzkumu, který je pro každou zemi k dispozici. Studie byly provedeny v letech 2001 až 2007. 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 (328 milionů), 15–34 (134 milionů) a 15–24 (64 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci“ ve Statistickém věstníku 2008.

někdy i častěji (Evropská komise, 2007b). Vyšší úroveň prevalence uvádí také francouzský průzkum 1 496 osob dotazovaných v letech 2004–2005 v pěti různých podnicích hrajících elektronickou hudbu. Téměř 35 % osob ze vzorku užilo v posledním měsíci kokain a 6 % crack nebo volnou bázi kokainu. Studie ukázala také rozdíly mezi subpopulacemi: u subpopulací označovaných jako „alternativní“ činila prevalence v posledním měsíci u kokainu 50 % a u cracku 13 %, zatímco z běžnějších subpopulací užila kokain v posledním měsíci asi čtvrtina a crack 2 %.

Užívání kokainu mezi studenty

Mezi studenty je celková prevalence užívání kokainu mnohem nižší než u užívání konopí. I celoživotní prevalence užívání kokainu mezi 15–16letými studenty činí ve většině zemí 2 % nebo méně, ovšem ve Španělsku 4 % a ve Spojeném království 5 % ⁽⁸⁹⁾. V zemích, které poskytly údaje z národních školních průzkumů (Španělsko, Portugalsko, Slovensko, Švédsko, Spojené království), je prevalence užívání kokainu stabilní nebo mírně klesá, ačkoliv změny v prevalenci jsou obvykle příliš malé, než aby mohly být považovány za statisticky významné. Ve Španělsku údaje z nedávného průzkumu ukázaly výrazný pokles mezi 17–18letými studenty.

Vzorce užívání kokainu

Údaje z průzkumů běžné populace ukazují vysoký podíl osob, které skončily s užíváním kokainu: v zemích, kde prevalence v posledním roce přesahuje 2 %, 80 až 90 % dospělých, kteří kokain užili alespoň jednou v životě, jej neužilo v posledním měsíci ⁽⁹⁰⁾.

O frekvenci užívání kokainu v Evropě jsou k dispozici pouze omezené informace. Analýza průzkumu kriminality v Británii zjistila, že asi 20 % mladých lidí (16–24 let), kteří užili kokain v předchozím roce, drogu konzumuje více než jednou za měsíc. Studie provedená s cílenými vzorky uživatelů kokainu v devíti městech (Prinzle a kol., 2004) zjistila, že u sociálně integrovaných uživatelů je frekvence užívání v průměru nižší (sedm dní v měsíci) než u sociálně vyloučených uživatelů (11 dní) nebo léčených uživatelů opiátů (14 dní).

Problémové užívání kokainu a žádosti o léčbu

Národní odhady problémového užívání kokainu (injekčního nebo dlouhodobého/pravidelného užívání)

jsou k dispozici pouze pro Španělsko a Itálii a regionální odhady jsou k dispozici pro Spojené království. Podle posledních údajů ze Španělska připadalo v roce 2002 na 1 000 dospělých obyvatel (15–64 let) 4,5 až 6 problémových uživatelů kokainu. Podobně v Itálii se v roce 2006 odhadovalo 3,7 až 4,5 problémového uživatele kokainu na 1000 dospělých. Informace ze Spojeného království nelze s údaji ze Španělska a Itálie přímo srovnat, jelikož vychází z užívání cracku. V letech 2004–2005 odhadla jedna studie počet problémových uživatelů cracku v Anglii na 5,7 až 6,4 na 1000 dospělých obyvatel.

Kokain, hlavně práškový kokain, uvedlo v Evropě v roce 2006 jako hlavní důvod nastoupení léčby asi 16 % všech léčených klientů, což odpovídá asi 61000 oznámených případů ve 24 zemích ⁽⁹¹⁾. Kokain také uvádí jako sekundární drogu 18 % všech klientů závislých na drogách léčených ambulantně ⁽⁹²⁾. Mezi jednotlivými zeměmi existují velké odchylky, pouze ve Španělsku (47 %) a Nizozemsku (35 %) představují uživatelé kokainu vysoký podíl ze všech léčených klientů, i když tato droga nyní stojí za 25 % žádostí o léčbu v Itálii. Jinde v Evropě představuje kokain 5 až 10 % všech žádostí o léčbu (10 zemí) nebo méně než 5 % (12 zemí) ⁽⁹³⁾.

Mezi klienty, kteří nastupují léčbu poprvé, je podíl uživatelů kokainu vyšší. V roce 2006 kokain v Evropě uvedlo jako primární drogu 23 % nových klientů (asi 37 000 osob) ⁽⁹⁴⁾. Ve Španělsku v roce 2005 podle nejnovějších údajů klienti nastupující léčbu jako primární drogu nejčastěji uváděli kokain a noví klienti závislí na kokainu představovali 63 % všech nových klientů závislých na drogách ve Španělsku.

Trendy v užívání kokainu

Použijeme-li jako ukazatel trendů v užívání v poslední době prevalenci v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let) (jelikož užívání kokainu se koncentruje v této věkové skupině), zjistíme, že užívání kokainu značně vzrostlo v druhé polovině 90. let 20. století ve Španělsku, Dánsku a Spojeném království. Nové údaje (průzkumy z let 2005–2007) potvrzují vzestupný trend, který již loni uvedla Francie, Irsko, Španělsko, Spojené království, Itálie, Dánsko a Portugalsko; v Německu, Nizozemsku, na Slovensku a ve Finsku je prevalence stabilní a Polsko oznámilo pokles (obr. 5).

⁽⁸⁹⁾ Viz tab. EYE-1 ve Statistickém věstníku 2008.

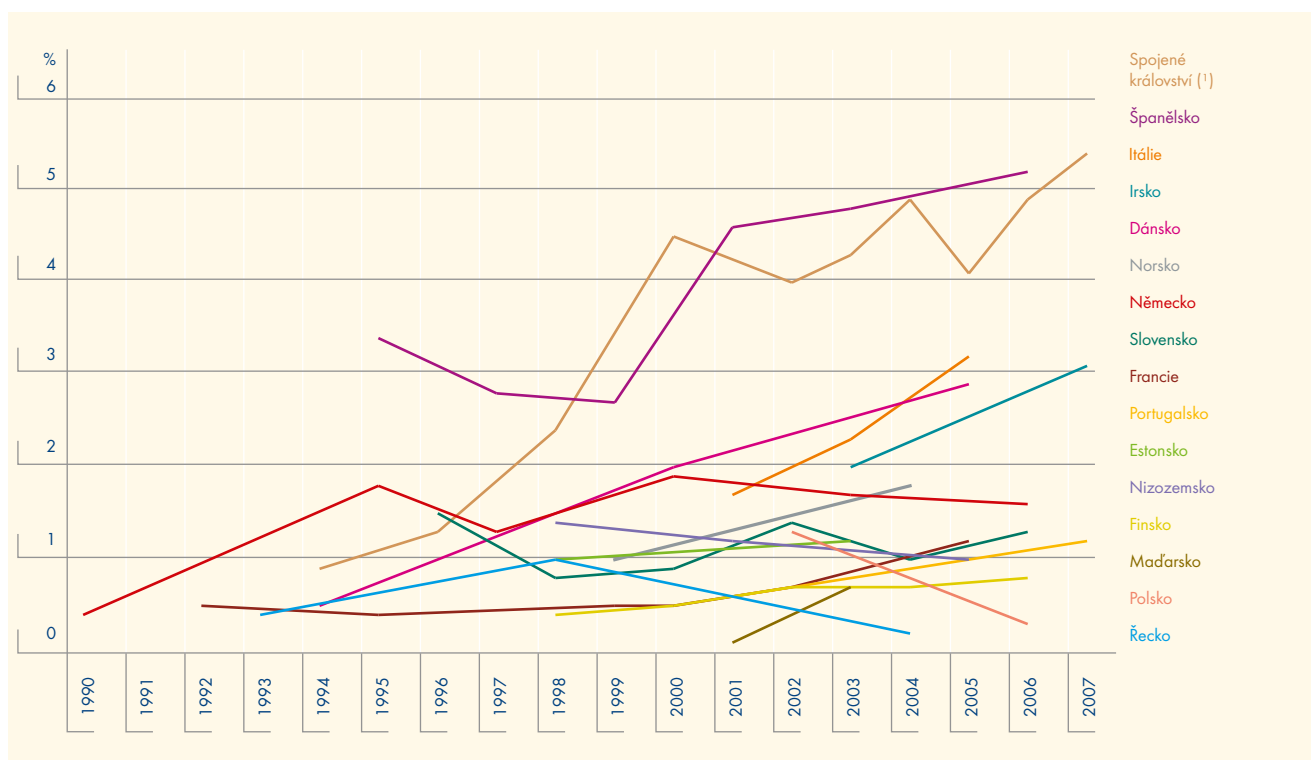
⁽⁹⁰⁾ Viz obr. GPS-16 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁹¹⁾ Viz tab. TDI-115 a obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁹²⁾ Viz tab. TDI-22 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁹³⁾ Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008; u Španělska se údaje týkají roku 2005.

⁽⁹⁴⁾ Viz obr. TDI-2 ve Statistickém věstníku 2008.

Obr. 5: Trendy v prevalenci užívání kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)

(¹) Anglie a Wales.

Pozn.: V Dánsku hodnota za rok 1994 odpovídá „tvrdým drogám“. Další informace viz obr. GPS-14 ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2007), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

Rovněž se zdá, že pokračuje vzestupný trend počtu žádostí o léčbu závislosti na kokainu zaznamenaný v předchozích letech, i když jej nepoměrně ovlivňuje několik zemí. V letech 2002 až 2006 podíl nových klientů žádajících o léčbu z důvodu primárního užívání kokainu vzrostl z 13 na 25 % a počet oznámených případů se zvýšil asi z 13 000 na téměř 30 000. Zvýšení bylo pozorováno také v počtu a podílu všech klientů závislých na kokainu nastupujících léčbu závislosti na drogách: z 22 000 klientů (13 % všech žádostí o léčbu) v roce 2002 na 50 000 (19 %) v roce 2006. Největší nárůst oznámila Itálie a Španělsko (⁹⁵).

Vzestupný trend v počtu uživatelů kokainu nastupujících léčbu drogové závislosti může souviset se zvýšením prevalence užívání kokainu a souvisejícími problémy, ale také s jinými faktory (např. s nárůstem počtu klientů poslaných na léčení nebo s intervencemi zaměřenými konkrétně na uživatele kokainu), přičemž podíly podle typu drog očividně ovlivňují i změny v počtu žádostí o léčbu podaných uživateli jiných látek.

Mezinárodní srovnání

Celkově je odhadovaná celoživotní prevalence užívání kokainu mezi mladými dospělými v Evropské unii nižší než u jejich protějšků v Austrálii, Kanadě a USA. Avšak na národní úrovni Dánsko, Irsko, Španělsko, Itálie a Spojené království (Anglie a Wales) hlásí vyšší čísla než Austrálie. Pouze Spojené království (Anglie a Wales) hlásí odhadovanou celoživotní prevalenci podobnou jako USA (⁹⁶). V určitém ohledu se lze domnívat, že se do těchto údajů promítá historický vývoj problémů s kokainem a dřívější zkušenosti USA a v evropském kontextu Spojeného království s rozšířeným užíváním kokainu.

Léčebné postupy a minimalizace škod

Profil léčených klientů

Téměř veškeré žádosti o léčbu závislosti na kokainu v Evropě (94 %) zaznamenala ambulantní střediska (⁹⁷). Avšak nutno poznamenat, že k léčbě závislosti na kokainu dochází někdy také na soukromých klinikách, někdy ve

(⁹⁵) Viz obr. TDI-1 a TDI-3 a tab. TDI-3 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

(⁹⁶) Viz obr. GPS-20 ve Statistickém věstníku 2008.

(⁹⁷) Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2008.

formě ústavní péče, a tato forma péče není v současném monitorovacím systému dobře zastoupena.

Mezi klienty závislími na kokainu, kteří nastupují ambulantní léčbu, je nejvyšší poměr mezi muži a ženami ze všech klientů léčených z drogové závislosti (5 mužů na jednu ženu). Jejich průměrný věk je 31 let ⁽⁹⁸⁾, díky čemuž se jedná o třetí nejstarší skupinu klientů závislých na drogách po uživatelích opiátů a uživatelích hypnotik a sedativ. Většina klientů závislých na kokainu uvádí, že drogu začali užívat ve věku 15 až 24 let ⁽⁹⁹⁾.

U klientů závislých na kokainu existují značné odchylky mezi jednotlivými zeměmi v souvislosti se způsobem užívání. Celkově přibližně polovina (55 %) klientů závislých na kokainu drogu šnupe, téměř třetina (32 %) ji kouří a mnohem menší podíl (9 %) užívá drogu injekčně ⁽¹⁰⁰⁾. Celkově lze léčené uživatele kokainu rozdělit na dvě hlavní skupiny. První z nich je obvykle více sociálně integrovaná, má stálé bydlení a zaměstnání a drogu obvykle šnupe. Druhá skupina klientů je více marginalizovaná, kokain obvykle kouří nebo užívá injekčně (viz EMCDDA, 2006) a častěji uvádí užívání cracku nebo kombinace kokainu a heroinu. Zejména klienti závislí na cracku obvykle žijí ve velkých městech, náleží k etnickým menšinám a vykazují vysokou míru nezaměstnanosti a špatné životní podmínky ⁽¹⁰¹⁾. Tento problém je v evropském měřítku malý a geograficky omezený, jelikož významné problémy s crackem se omezují na poměrně malý počet měst. V roce 2006 nastoupilo léčbu drogové závislosti ve 20 evropských zemích asi 8 000 klientů závislých na cracku (přibližně 2 % všech klientů závislých na drogách), ačkoliv většinu z nich oznámilo Spojené království ⁽¹⁰²⁾.

Čím dál tím významnější otázkou v některých zemích začíná být léčení problémů souvisejících se souběžným užíváním kokainu a heroinu. Léčení uživatelé mohou být současní nebo bývalí uživatelé heroinu, kteří někdy právě podstupují substituční léčbu. V některých zemích představují největší skupinu klientů léčených ze závislosti na kokainu. Některé studie naznačují, že souběžné užívání kokainu a heroinu může souviset s duální diagnózou nebo zhoršenými základními psychickými problémy, jako je mani-depresivní psychóza. Bylo také prokázáno, že souběžné užívání kokainu během udržovací léčby metadonem přispívá k trvalému užívání heroinu nebo k jeho opětovnému zahájení, v důsledku čehož hrozí HIV a další krví přenášené infekční nemoci

Zdravotní problémy spojené s užíváním kokainu

Povědomí o spojeních mezi užíváním kokainu a nemocemi je často omezené i mezi zdravotníky. V důsledku toho mohou některé problémy spojené s kokainem proběhnout bez povšimnutí a osobám, které jimi trpí, se nemusí dostat vhodné péče. Nedostatečné vykazování problémů s kokainem zabránilo pochopení dopadu drogy na veřejné zdraví.

Rizika spojená s některými problematickými způsoby užívání kokainu jsou dobře známa a většinou postihují známé skupiny uživatelů (bývalí nebo současní uživatelé opiátů, marginalizované skupiny). Například injekční užívání kokainu je spojeno s rizikem infekce a se zvýšeným rizikem předávkování, zatímco užívání v kombinaci s opiáty je zřejmě spojeno s vyšším rizikem předávkování opiáty.

Zdravotní problémy spojené s práškovým kokainem však s větší pravděpodobností nebudou rozpoznány a mohou postihovat uživatele, kteří by se nemuseli domnívat, že jsou ohroženi. Chronické užívání kokainu může způsobit vážné zdravotní problémy, přičemž většina z nich je kardiovaskulární (ateroskleróza, kardiomyopatie, arytmie, myokardiální ischemie) a neurologické povahy (cévní mozkové příhody a mozkové mrtvice). Tyto problémy mohou zhoršit stávající potíže (např. cévní malformace) a rizikové faktory, jako je kouření nebo užívání alkoholu. Mnohá úmrtí připisovaná kokainu vyvolaly tyto patologické stavy.

Užívání kokainu v kombinaci s alkoholem zvyšuje hladinu kokainu v krvi až o 30 %. Z behaviorálního hlediska může užívání kokainu usnadnit nadměrné užívání alkoholu, neboť uživatelům umožňuje déle pít, což zase může zvýšit množství zkonsumovaného kokainu (Gossop a kol., 2006). Tvorba kokaethylenu v játrech může souviset také s dalšími možnými zdravotními riziky spojenými s kombinovaným užíváním kokainu a alkoholu.

Pouze málo studií posuzovalo celkový dopad užívání kokainu na veřejné zdraví. Rozsáhlá studie populace v USA (1988–1994) zjistila, že čtvrtina akutních infarktů myokardu nekončících úmrtím u osob ve věku 18–45 let byla připisána „častému užívání kokainu“. Častým uživatelům kokainu hrozilo sedmkrát vyšší riziko infarktu myokardu nekončícího úmrtím než osobám, které jej neužívaly (Qureshi a kol., 2001). Tuto studii však nelze přímo zevšeobecnit i pro Evropu. V současnosti je naše chápání možného zdravotního dopadu zvyšujícího se užívání kokainu v Evropě nadále velice chabé a zůstává významnou oblastí pro budoucí zkoumání veřejného zdraví.

Další informace o zdravotních problémech spojených s užíváním kokainu viz vybrané téma o kokainu z roku 2007.

⁽⁹⁸⁾ Viz tab. TDI-10 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽⁹⁹⁾ Viz tab. TDI-11 (část iii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Viz tab. TDI-17 (části ii a vi) a TDI-111 (části vii a viii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Viz vybrané téma o kokainu a cracku z roku 2007.

⁽¹⁰²⁾ Viz tab. TDI-115 ve Statistickém věstníku 2008.

a vážné zdravotní a sociální problémy a problémy související s trestnou činností.

Léčba závislosti na kokainu

Po zvýšení užívání kokainu a souvisejících problémů v několika členských státech se zařízení specializovaná na léčbu drogové závislosti potýkají s obtížným úkolem přizpůsobit své služby, které jsou tradičně zaměřeny na opiáty, rozmanité populaci užívající kokain a crack. S výjimkou Španělska však hodnotily členské státy dostupnost a přístupnost programů zaměřených na léčbu závislosti na kokainu v roce 2006 jako nízkou.

Několik členských států, které uvádí vysokou prevalenci kokainu nebo cracku, řeší tento problém zvlášť aktivně. Španělsko v roce 2007 představilo zvláštní národní akční plán pro kokain, zatímco Irsko provedlo a vyhodnotilo řadu zvláštních programů zaměřených na různé skupiny uživatelů kokainu. Tyto programy se zaměřují na problematické intranazální uživatele kokainu, uživatele užívající více drog souběžně, kteří mají problémy s kokainem, i na ženy a sexuální pracovnice užívající kokain. V Itálii bude v roce 2008 provedena rozsáhlá klinická studie, která má zjistit účinnost dvou léčiv (aripiprazolu a ropinirolu) při léčbě závislosti na kokainu.

Informací o povaze služeb poskytovaných problémovým uživatelům kokainu v Evropě je málo. Dobrý náhled na současné postupy nicméně poskytují národní klinické publikace nebo průzkumy mezi odborníky. Podle nedávné zprávy Spojeného království (NICE, 2007) se zdá, že se problémy související s užíváním kokainu v britských specializovaných střediscích léčby řeší pouze tehdy, pokud se problém s užíváním primární drogy týká opiátů. Také nedávný italský průzkum mezi odborníky, kteří se zabývají léčbou uživatelů kokainu, zjistil potíže při aplikaci některých prvků, jež tiito experti považují za faktory zásadní pro dosažení úspěšných výsledků léčby, jako je poskytování vhodných služeb (např. krátkodobé ústavní léčení, strukturované psychosociální intervence), nebo klinické rozlišení různých typů uživatelů kokainu. Tyto potíže jsou způsobeny organizačními problémy, nedostatkem zdrojů a nedostatkem účinných léčebných opatření zaměřených na závislost na kokainu. Odborníci v ostatních členských státech se pravděpodobně potýkají s podobnými problémy. Klíčovými otázkami pro rozvoj služeb v této oblasti tak pravděpodobně budou adekvátní investice, vhodné protokoly léčby a nutnost specializovaného odborného vzdělání.

Nedávné přehledy literatury ukazují, že současné psychosociální intervence nejsou při léčbě závislosti na kokainu prokazatelně účinné ani neexistuje

účinná farmakologická léčba. Nedávné hodnocení psychosociálních intervencí v oblasti kokainu a jiných psychostimulantů z databáze Cochrane dospělo k závěru, že konzistentní pozitivní výsledky týkající se chování (udržení pacienta v léčbě, omezení konzumace drog) byly pozorovány jedině u psychosociálních intervencí, které zahrnovaly motivační terapii založenou na odměnách⁽¹⁰³⁾.

Narozdíl od problémového užívání opiátů nejsou v současnosti k dispozici žádné účinné farmakologické možnosti léčby, které by uživatelům kokainu pomohly udržet abstinenci nebo omezit užívání (viz vybrané téma o kokainu z roku 2007). Potenciál v klinických studiích prokázaly experimentální léky na snížení konzumace kokainu a chuti na něj (např. baklofen, tiagabin, topiramát). Zvlášť slibné výsledky jako substituční látka pro psychostimulanty vykazuje modafinil, stimulant centrální nervové soustavy, který má v porovnání s ostatními potenciálními substitučními látkami (např. d-amfetaminem) výhodu nízké možnosti zneužití (Myrick a kol., 2004). Buprenorfin, topiramát a tiagabin vykazují slibné výsledky při omezování užívání

Motivační terapie založená na odměnách

Odměňováním abstinence se motivační terapie založená na odměnách snaží snížit posilující účinky drog. Motivační terapie založená na odměnách se obvykle zavádí na začátku léčby spolu s psychosociální podporou a odměny jsou podmíněny odevzdáváním vzorků moči bez drog. Motivací mohou být například poukázky malé peněžní hodnoty, která se s každým úspěšným obdobím abstinence zvyšuje. Pokud klient podle tohoto scénáře přestane abstinovat, přijde o nahromaděné zisky.

Tato technika opakovaně posiluje abstinenci chování klienta a představuje regulérní cíl splnění. Nejpečlivější důkazy o účinnosti motivační terapie založené na odměnách při zachování drogové abstinence pocházejí ze studií o léčbě závislosti na kokainu a heroinu, i když existují určité důkazy tohoto přístupu i v léčbě závislosti na konopí a metamfetaminu.

Ačkoliv většina výzkumů motivační terapie založené na odměnách byla provedena mimo Evropu, studie proveditelnosti motivační terapie založené na odměnách nedávno přinesly pozitivní výsledky ve Španělsku u uživatelů kokainu (Secades-Villa a kol., 2008) a při řešení užívání kokainu mezi klienty, kteří podstupovali substituční léčbu problémového užívání opiátů v Nizozemsku (DeFuentes-Merillas a De Jong, 2008), kde průměrnou odměnou na konci studie bylo zboží v hodnotě 150 EUR. Ekonomická analýza provedená institutem National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) ve Spojeném království naznačila, že motivační terapie založená na odměnách je v souvislosti s léčbou závislosti na kokainu hospodárnou možností, zvlášť uvažujeme-li širší ekonomické náklady užívání kokainu.

⁽¹⁰³⁾ Viz část „Motivační terapie založená na odměnách“.

kokainu u uživatelů opiátů podstupujících substituční léčbu, kteří zároveň užívají kokain.

Prověřuje se také imunoterapie při závislosti na kokainu prostřednictvím vakcíny (TA-CD). Po podání vyvolá vakcína tvorbu protilátek, které se vážou na molekuly kokainu v krevním oběhu, a umožňují tak přirozeně se vyskytujícím enzymům přeměnit je v neaktivní molekuly. Výsledky prvních klinických studií jsou povzbudivé, i když jsou nutné další studie, které prověří použitelnost vakcíny pro léčbu závislosti na kokainu léčivými přípravky.

Kokainová vakcína se má v první řadě používat při prevenci relapsu, ale výraz „vakcína“ také vzbuzuje očekávání v souvislosti s potenciálním použitím pro prevenci závislosti na kokainu, když se použije jako profylaktická léčba (např. u dětí nebo adolescentů, kteří s touto drogou ještě nepřišli do styku). Účinnost tohoto přístupu je nejistá a vyvolává etické obavy, kterými se do hloubky zabývá připravovaná publikace EMCDDA Neurobiologie závislosti: etické a sociální důsledky.

Minimalizace škod

Problémové užívání kokainu je často spojeno s vážnými důsledky pro tělesné i duševní zdraví. Například dvouletý irský návažný průzkum o kokainu v místních komunitách odhalil zhoršení celkového zdraví klientů závislých na kokainu, zvláště injekčních uživatelů. Několik projektů také zjistilo zvýšený počet klientů s abscesy a rány způsobenými špatnými návyky při injekčním užívání; další problémy hlášené klienty užívajícími kokain zahrnují úbytek hmotnosti, sexuální přenosné nemoci, onemocnění srdce, amputace a podstupování rizika.

Členské státy injekčním uživatelům kokainu obvykle poskytují tytéž služby a zařízení jako uživatelům opiátů, například doporučení, jak drogu bezpečně užívat, školení v bezpečném injekčním užívání a programy výměny jehel. Významnou úlohu v této souvislosti hrají nízkoprahové protidrogové služby, jelikož poskytují základní péči i poradenství a lékařskou pomoc. Uživatelé s vážnými problémy souvisejícími s užíváním kokainu nebo cracku,

jako je tělesná a duševní komorbidita nebo sociální problémy, například bydlení, mohou být posláni do rehabilitačních ústavů a terapeutických komunit. Cílem těchto programů není jen dosáhnout abstinence, ale nabídnout respektivní a intenzivní péči a podporu, která uživatelům pomůže změnit jejich chaotický a vysoce rizikový životní styl.

Kvalitativní studie provedená v šesti španělských městech ukázala, že hlavními látkami užívanými sexuálními pracovníci jsou alkohol a kokain. Užívání drog bylo příležitostné a sloužilo jako nástroj, který pomáhá odbourat psychické bariéry nebo zábrany a lépe snášet dlouhé hodiny sexuální práce s různými klienty. Mezi důsledky užívání drog u prostitutek byl nechráněný sex a vyšší riziko násilí ze strany klientů. V této skupině jsou často také pozorovány závažné formy užívání kokainu.

Na sexuální pracovníce, které trpí problémy spojenými s užíváním kokainu a cracku, se zaměřují terénní služby a organizace zajišťující opatření na minimalizaci škod. Například v Nizozemsku obecní zdravotnické služby zavedly zvláštní zdravotní programy zaměřené na sexuální pracovníce užívající crack, ve Francii zase sdružení Espoir Goutte d'Or, které se soustředí na prevenci rizik a minimalizaci škod u uživatelů cracku a sexuálních pracovníků, pořádá jednou týdně dobrovolné poradenství a rychlé testy na HIV a hepatitidu.

V prostředí nočních podniků často dochází k rekreačnímu užívání kokainu v kombinaci s nadměrnou konzumací alkoholu, což může být spojeno s vážnými akutními fyzickými problémy. Jak je uvedeno v kapitole 4, členské státy čím dál tím víc zaujímají k minimalizaci škod spojených s užíváním alkoholu a nezákonných drog v prostředí zábavních podniků jednotný přístup. Programy nabízí mladým lidem rady a informace o rizicích spojených s užíváním alkoholu a drog obecně, obvykle včetně materiálů o rizicích spojených s akutní a chronickou konzumací kokainu. Členové Evropského sdružení linek pomoci zaměřených na drogové poradenství také velmi aktivně zvyšují informovanost a poskytují uživatelům drog podporu v podobě poradenství a informací o rizicích drog.



Kapitola 6

Užívání opiátů a injekční užívání drog

Nabídka a dostupnost heroinu

Na trhu s nezákonnými drogami v Evropě se z historického hlediska nabízí dvě formy dováženého heroinu: běžně dostupný hnědý heroin (jeho základní chemická forma) zejména původem z Afghánistánu a bílý heroin (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie, ačkoliv tato forma drogy je mnohem méně běžná ⁽¹⁰⁴⁾. 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, následován Myanmarem a Mexikem. Celosvětová výroba opia se v roce 2007 opět podstatně zvýšila (o 34 %) odhadem na 8 870 tun, hlavně v důsledku nárůstu výroby v Afghánistánu, která se odhaduje na 8 200 tun. Celosvětová potenciální výroba heroinu v důsledku toho dosáhla v roce 2007 rekordní úrovně 733 tun (UNODC, 2008). 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, 2007).

Heroin se dostává do Evropy zejména dvěma hlavními cestami: historicky významnou balkánskou cestou a několika jejími větvemi po tranzitu přes Pákistán, Írán a Turecko; a čím dál tím více využívanou „severní cestou“ přes střední Asii a Ruskou federaci (obr. 6). Byly hlášeny sekundární cesty pro heroin z jihozápadní Asie, například přímo z Pákistánu do Evropy (Spojené království), ale také přes Pákistán a země na Středním východě a v Africe na nelegální trhy v Evropě a Severní Americe (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007).

Přes jižní Asii (Bangladéš) se do Evropy pašuje také heroin z jihozápadní Asie (INCB, 2008a). V Evropské unii hraje významnou roli jako sekundární distribuční centrum Nizozemsko a v menší míře Belgie (Europol, 2008).

Záchyty drog

Celosvětové záchyty opiátů se v roce 2006 zvýšily na 384 tun u opia a na 104 tun u heroinu a morfinu. I když nejvíce opia z celosvětového množství bylo zachyceno v Íránu (81 %), heroin a morfin byl zadržen hlavně v Pákistánu (34 %), následoval Írán (20 %), Turecko (10 %) a Čína (6 %) (UNODC, 2008).

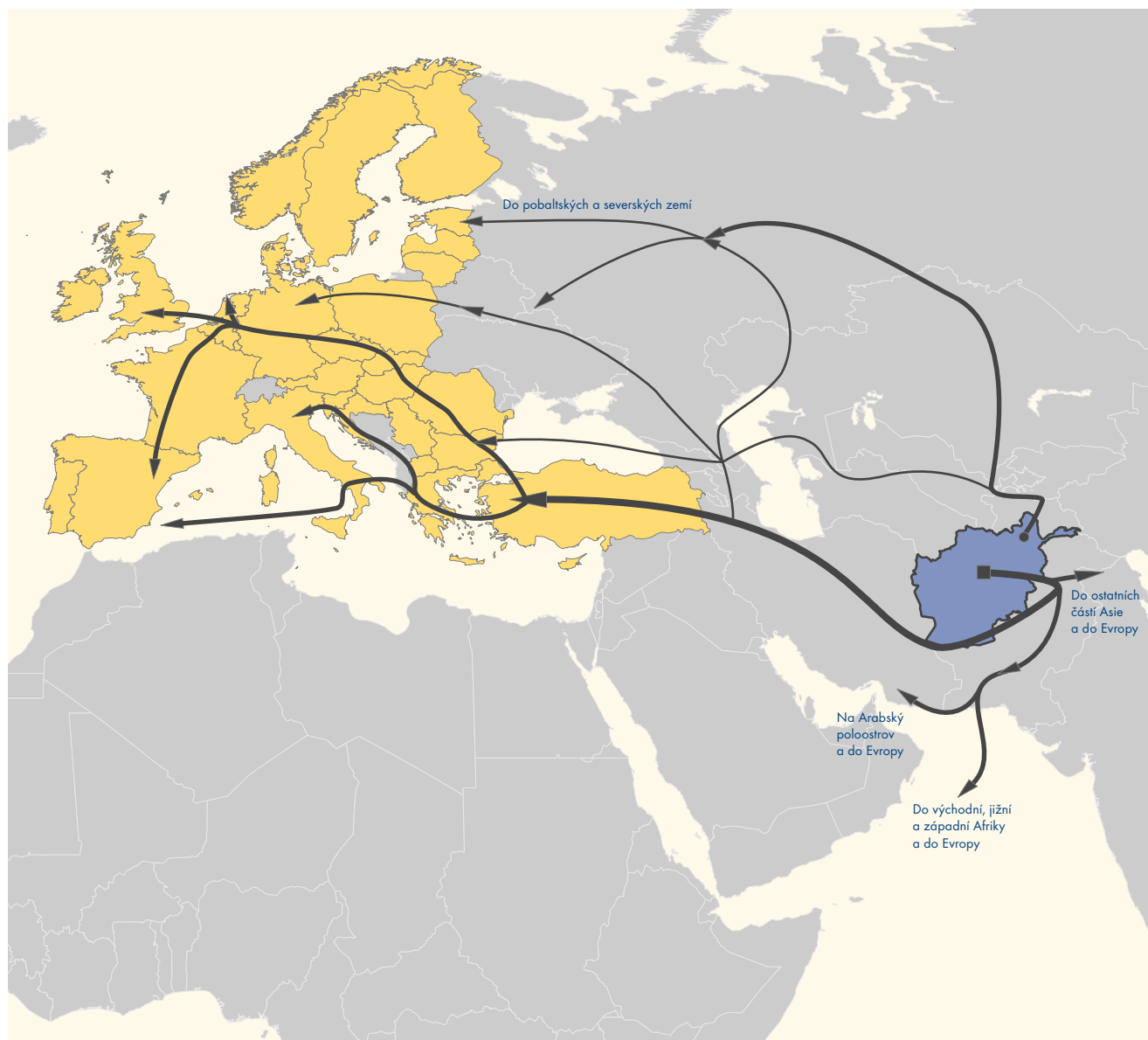
V Evropě 48 200 záchytů provedených v roce 2006 vedlo k zadržení 19,4 tuny heroinu. Největší počet záchytů v roce 2006 uvedlo opět Spojené království, zatímco Turecko zase oznámilo největší zadržené množství, 10,3 tuny ⁽¹⁰⁵⁾. Objem heroinu zadrženého v průměrném záchytu se v těchto dvou zemích velice lišil, jelikož objem průměrného záchytu v Turecku byl 100krát větší než ve Spojeném království, protože se zde projevuje různá postavení těchto zemí v dodavatelském řetězci (obr. 6). V posledních 10 letech počet záchytů heroinu v Evropě klesá, přičemž relativního vrcholu dosáhl v roce 2001 a rekordního minima v roce 2003. V objemu heroinu zachyceného v Evropské unii došlo v letech 2001 až 2006 k celkovému poklesu. Naopak množství zachycené v Turecku se v průběhu tohoto období zvýšilo téměř trojnásobně.

Počet celosvětových záchytů acetanhydridu (používaného při nezákonné výrobě heroinu) v roce 2006 vzrostl na 26 400 litrů, přičemž většina byla zadržena v Ruské federaci (9 900 litrů) a Kolumbii (8 800 litrů) následované Tureckem (3 800 litrů) (INCB, 2008b). Cesty mezi Afghánistánem a Evropou se využívají také k pašování prekurzorů (hlavně acetanhydridu „hedvábnou cestou“) a syntetických drog (hlavně extáze) na východ (Europol, 2008).

Záchyty 3-metylfentanylu v roce 2006 v Lotyšsku a Litvě a zprávy o čím dál tím častějším injekčním užívání

⁽¹⁰⁴⁾ Informace o zdrojích údajů o nabídce a dostupnosti drog viz s. 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Viz tab. SZR-7 a SZR-8 ve Statistickém věstníku 2008. Upozorňujeme, že pro účely odhadu byly chybějící údaje o záchytech v Evropě za rok 2006 nahrazeny údaji z roku 2005. Tato analýza je předběžná, jelikož ze Spojeného království dosud nejsou data za rok 2006 k dispozici.

Obr. 6: Hlavní toky pašování heroinu z Afghánistánu do Evropy

Pozn.: Pašerácké toky zobrazené na mapě jsou syntézou analýz různých mezinárodních a národních organizací (národní kontaktní místa sítě Reitox, Europol, INCB, UNODC, WCO). Tyto analýzy vychází z informací o záchytech drog na pašeráckých cestách a také ze zpravodajských informací orgánů pro prosazování práva v tranzitních zemích a zemích určení a někdy ze zpráv z doplňujících zdrojů. Hlavní cesty zobrazené na mapě by měly být brány jako orientační ukazatel hlavních toků, jelikož z těchto cest mohou vést odbočky do jiných zemí a existuje řada sekundárních subregionálních cest, které zde nejsou zobrazeny a mohou se rychle měnit.

nelegálně vyráběného fentanylu v Estonsku poukazují na nutnost pečlivěji sledovat dostupnost syntetických opiátů, jako je fentanyl (který má značně vyšší potenci než heroin).

Čistota a cena

V roce 2006 se typická čistota hnědého heroínu ve většině sledovaných zemí pohybovala mezi 15 a 25 %, ačkoliv Řecko, Francie a Rakousko uvedly hodnoty pod 10 % a vyšší hodnoty byly zaznamenány na Maltě (31 %), v Turecku (36 %) a Spojeném království (43 %). Typická čistota bílého heroínu byla v těch několika málo evropských zemích, které poskytly údaje, obvykle vyšší (45–70 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

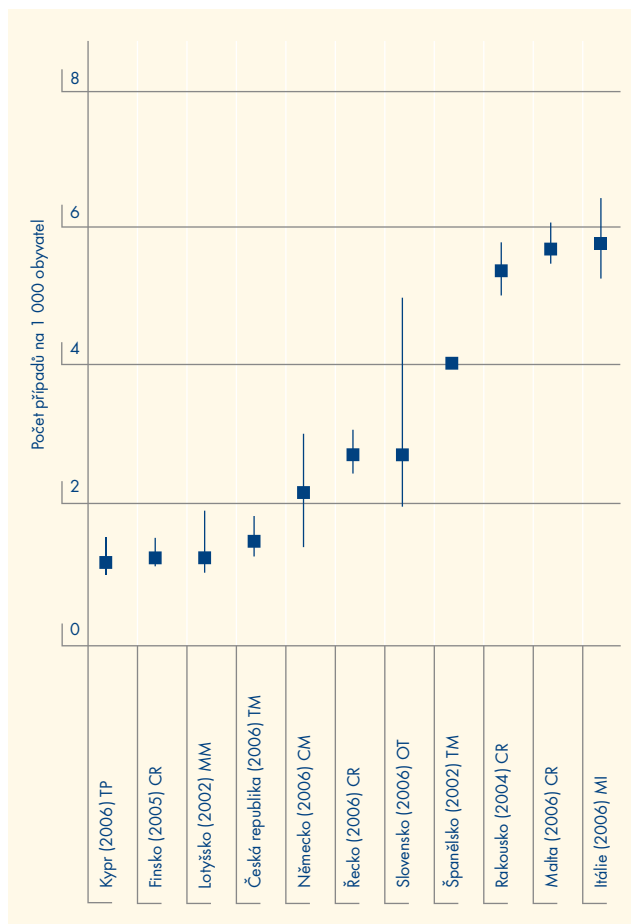
Spotřebitelská cena hnědého heroínu se v roce 2006 pohybovala od 14,5 EUR za gram v Turecku po 110 EUR za gram ve Švédsku, přičemž většina evropských zemí uvádí typické ceny ve výši 30–45 EUR za gram. Cenu bílého heroínu oznámilo pouze několik evropských zemí a pohybovala se mezi 27 a 110 EUR za gram. V období 2001–2006 spotřebitelská cena hnědého heroínu ve většině z 13 evropských zemí, které uvádí časové trendy, klesla, ačkoliv v Polsku byly zaznamenány známky zvýšení.

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. Odhady počtu problémových uživatelů opiátů jsou obvykle nejisté vzhledem k poměrně nízké prevalenci a skryté povaze tohoto typu užívání drog a k získání odhadů prevalence z dostupných zdrojů údajů jsou zapotřebí statistické extrapolace. Navíc jelikož je většina studií založena na lokalizované geografické oblasti, jako je město nebo okres, je extrapolace na národní úroveň často obtížná.

Zdá se, že vzorce problémového užívání drog v Evropě začínají být rozdílnější. Například v několika zemích, kde v minulosti převažovaly problémy s užíváním opiátů, nejnovější zprávy naznačují, že na významu získávají jiné drogy včetně kokainu. Potřeba účinného sledování celé řady vzorců problémového užívání drog přiměla EMCDDA zpracovat zprávu o subpopulacích vykazujících problémové užívání drog podle jednotlivých drog, které se mohou překrývat ⁽¹⁰⁷⁾.

Obr. 7: 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. Ve studiích z Finska a Malty byla použita nestandardní věková rozpětí (15–54 let v případě Finska a 12–64 let v případě Malty). U Německa představuje interval nejvyšší a nejnižší hranici 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, TP = zkrácené Poissonovo rozdělení, MM = násobitel úmrtnosti, CM = kombinované metody, OT = jiné metody. Další podrobnosti viz obr. PDU-1 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Odhadovaná prevalence problémového užívání opiátů na národní úrovni se v období 2002–2006 pohybovala zhruba mezi jedním a šesti případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let; celková prevalence problémového užívání drog se odhaduje na jeden až 10 případů na 1 000 obyvatel. Nejnížší, dobře zdokumentované odhady problémového užívání opiátů pochází z Kypru, Lotyšska, České republiky a Finska (i když v České republice a Finsku je vysoký počet problémových uživatelů

⁽¹⁰⁶⁾ Údaje o čistotě a ceně naleznete v tab. PPP-2 a PPP-6 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁰⁷⁾ Přehled dostupných odhadů jednotlivých složek problémového užívání drog viz Statistický věstník 2008.

amfetaminů), zatímco nejvyšší odhady pochází z Malty, Rakouska a Itálie (obr. 7).

Z poměrně omezených dostupných údajů lze odhadnout průměrnou prevalenci problémového užívání opiátů na čtyři až pět 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 2006 přibližně 1,5 milionu (1,3–1,7 milionu) problémových uživatelů opiátů.

Trendy a incidence problémového užívání opiátů

Časové trendy v prevalenci problémového užívání opiátů se kvůli omezenému počtu opakovaných odhadů a nejistotě panující kolem jednotlivých odhadů odhadují těžko. Údaje z devíti zemí, které v období 2001–2006 provedly opakované odhady, svědčí o rozdílném vývoji. Prevalence se zdá poměrně stabilní v České republice, Německu, Řecku, Itálii, na Maltě, Slovensku a ve Finsku, kdežto v Rakousku (poslední údaje z roku 2004) byl pozorován nárůst a na Kypru známky možného snížení⁽¹⁰⁸⁾.

Incidence problémového užívání opiátů (počet nových případů, k nimž došlo v daných letech) je citlivějším měřítkem změn v čase a může poskytnout časný pohled na budoucí vývoj prevalence a počtu žádostí o léčbu. Použité modely odhadů však vychází z několika předpokladů. Navíc tyto modely mohou poskytnout pouze částečný odhad incidence, jelikož jsou založeny jen na případech osob, které přišly do styku s léčbou. Pouze dvě země uvedly údaje z poslední doby, které ukazují odlišné trendy. V Itálii incidence podle odhadů klesla přibližně z 32 500 nových případů v roce 1990 asi na 22 000 nových případů v roce 1997 a poté opět stoupla přibližně na 30 000 nových případů v roce 2006. Naopak ve Španělsku se odhaduje, že incidence problémového užívání opiátů od svého vrcholu dosaženého kolem roku 1980 neustále klesá, ačkoliv se zdá, že se v posledních letech (2002–2004) stabilizovala na poměrně nízké úrovni (asi 3 000 nových případů ročně). Centrum EMCDDA ve spolupráci se skupinou národních odborníků nedávno vypracovalo nové pokyny k odhadům incidence, aby podpořilo další práci v této oblasti (Scalia Tomba a kol., 2008).

Léčení uživatelů opiátů

Ve většině sledovaných zemí zůstávají opiáty, převážně heroin, hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. Z 387 000 žádostí o léčbu podaných v roce 2006 (údaje z 24 zemí) byl heroin jako hlavní droga zaznamenán ve 47 % případů, u kterých je známa primární droga. Ve

Opiátové ukazatele již neklesají

Na rozdíl od trendů popsanych v předchozích výročních zprávách nedávné údaje ukazují určitý nárůst úmrtí vyvolaných drogami, záchytů heroínu a počtu nových žádostí o léčbu závislosti na heroínu v Evropské unii.

V roce 2003 se sestupný trend v počtu úmrtí vyvolaných drogami v Evropě, většinou v souvislosti s užíváním opiátů, zastavil a v letech 2003 až 2005 většina členských států hlásila vzestupný trend. Počet záchytů heroínu se v letech 2003 až 2006 v 16 z 24 sledovaných zemí zvýšil o více než 10 %. Poté, co počet nových žádostí o léčbu závislosti na heroínu jakožto na primární droze několik let klesal, se asi v polovině zemí, které poskytly údaje za období 2005 až 2006, zvýšil. Může se zde projevit změna incidence užívání heroínu, která začala o několik let dříve, kvůli přirozené časové prodlevě mezi zahájením užívání a první léčbou.

Tyto nejnovější trendy se objevují spolu s vyšší výrobou opia v Afghánistánu, což vzbuzuje obavy, že by tyto události mohly být propojeny větší dostupností heroínu na evropském trhu. Je to důležité téma pro další šetření, jelikož dostupné údaje nedovolují zřetelně vykreslit situaci. Navíc existují další významné působící faktory. Například v několika zemích přetrvávají vysoké úrovně používání farmaceutických opiátů k nelékařským účelům nebo se toto zneužívání zvýšilo (Česká republika, Estonsko, Francie, Rakousko, Finsko), a může tak jít o důležitý faktor, který vysvětluje trendy v počtu úmrtí vyvolaných drogami.

většině zemí 50 až 80 % všech žádostí o léčbu souvisí s užíváním opiátů; ve zbývajících zemích se tento podíl pohybuje v rozmezí 15 až 40 %⁽¹⁰⁹⁾. Opiáty jsou nejčastěji uváděnou primární drogou nejen u klientů nastupujících léčbu, ale i u léčených klientů, a to dokonce ve větším množství. Nedávný projekt provedený v devíti zemích, který se zaměřil na všechny léčené klienty, zjistil, že primární uživatelé opiátů tvořili celkově 59 % klientů, ale pouze 40 % klientů nastupujících léčbu poprvé v životě⁽¹¹⁰⁾.

Většina klientů nastupujících ambulantní léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů užívá také jiné drogy, včetně kokainu (25 %), jiných opiátů (23 %) a konopí (18 %). Kromě toho 13 % klientů léčených kvůli primárnímu užívání jiných drog ambulantně a 11 % v lůžkových zařízeních uvádí opiáty jako sekundární drogu⁽¹¹¹⁾.

Některé země uvádí výrazný podíl žádostí o léčbu v souvislosti s jinými opiáty než heroínem. Zneužívání buprenorfinu uvádí jako hlavní důvod nastoupení léčby 40 % všech klientů ve Finsku a 8 % ve Francii. V Lotyšsku a Švédsku 5 až 8 % klientů závislých na drogách uvádí primární užívání jiných opiátů než heroínu nebo metadonu:

⁽¹⁰⁸⁾ Úplné informace včetně intervalů spolehlivosti viz tab. PDU-6 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008 a tab. PDU-102.

⁽¹⁰⁹⁾ Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Viz tab. TDI-39 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹¹⁾ Viz tab. TDI-22 a TDI-23 ve Statistickém věstníku 2008.

jedná se hlavně o buprenorfin, léky proti bolestem a jiné opiáty⁽¹¹²⁾. Několik zemí uvádí zvýšení podílu uživatelů více drog souběžně mezi klienty závislími na heroinu a nárůst počtu klientů užívajících jiné opiáty než heroin.

Absolutní počet žádostí o léčbu závislosti na heroinu získaný prostřednictvím ukazatele počtu žádostí o léčbu se v letech 2002 až 2006 zvýšil o 30 000 případů ze 108 100 na 138 500. Podobně u klientů nastupujících léčbu poprvé v životě došlo ke zvýšení počtu primárních uživatelů heroinu asi z 33 000 v roce 2002 na více než 41 000 v roce 2006. K faktorům, které by mohly vysvětlit tento trend, patří zvýšení počtu problémových uživatelů heroinu, rozšíření poskytování léčby nebo lepší evidenční pokrytí.

Injekční užívání drog

Prevalence injekčního užívání drog

Injekčním uživatelům drog nejvíce hrozí zdravotní problémy způsobené užíváním drog, jako jsou krvi přenášené infekční nemoci (např. HIV/AIDS, hepatitida) nebo úmrtí vyvolaná drogami. Odhady injekčního užívání drog poskytlo jen 11 zemí, a to bez ohledu na jejich důležitost z hlediska veřejného zdraví (obr. 8). Zlepšit úroveň dostupných informací o této zvláštní populaci je tedy důležitým úkolem pro vývoj zdravotních monitorovacích systémů v Evropě.

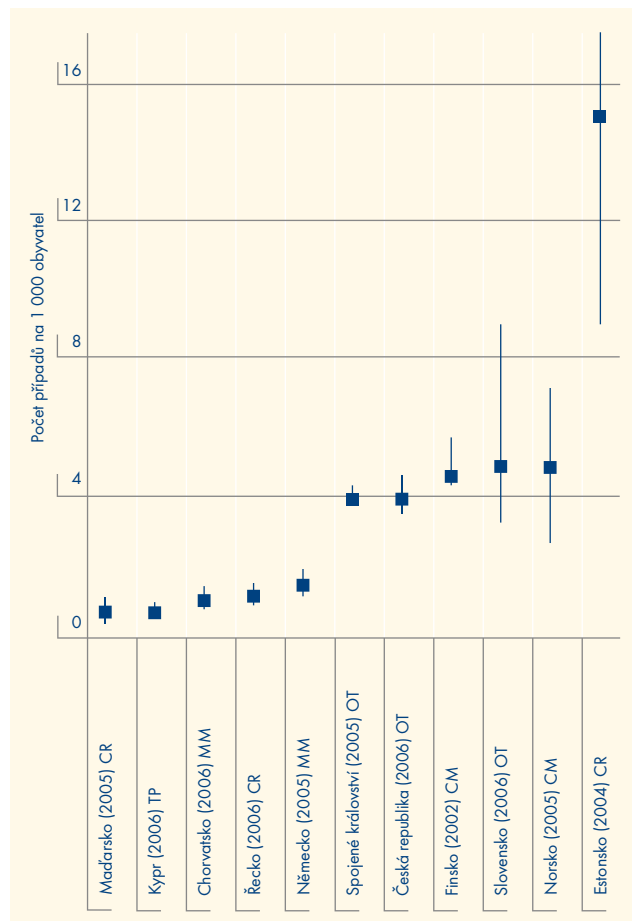
Z dostupných odhadů vyplývají velké rozdíly v prevalenci injekčního užívání drog mezi jednotlivými zeměmi. Ve většině zemí se odhady pohybují mezi jedním až pěti případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let s výjimkou vysokým počtem 15 případů na 1 000 obyvatel v Estonsku.

Kvůli nedostatku údajů je obtížné vyvodit závěry o časových trendech v prevalenci injekčního užívání drog, ačkoliv z dostupných údajů vyplývá pokles v Norsku (2001–2005) a stabilní situace v České republice, Řecku, na Kypru a ve Spojeném království⁽¹¹³⁾.

Injekční užívání mezi uživateli opiátů nastupujícími léčbu

Celkově 43 % všech uživatelů opiátů, kteří v roce 2006 nastoupili protidrogovou ambulantní léčbu, uvedlo injekční užívání. Změny podílu injekčních uživatelů mezi uživateli heroinu nastupujícími léčbu mohou ukazovat trendy v širší skupině problémových uživatelů opiátů. V devíti zemích (Dánsko, Německo, Irsko, Řecko, Francie, Itálie, Švédsko, Spojené království, Turecko) byl v letech 2002

Obr. 8: Odhady prevalence injekčního užívání drog (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. U Estonska je horní hranice intervalu nejistoty mimo stupnici (37,9 na 1 000). Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod odhadu a zdrojů dat; proto je nutné provádět srovnání opatrně. Byly použity zkratky metod odhadu: CR = metoda zpětného zachytu, TM = léčebný násobitel, MI = multivariační indikátor, TP = zkrácené Poissonovo rozdělení, MM = násobitel úmrtnosti, CM = kombinované metody, OT = jiné metody. Další podrobnosti viz obr. PDU-2 ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

až 2006 pozorován pokles tohoto podílu, kdežto dvě země (Rumunsko, Slovensko) hlásí nárůst. Jednotlivé země se značně liší v úrovni injekčního užívání mezi uživateli heroinu nastupujícími léčbu, přičemž nejnižší podíl injekčních uživatelů uvádí Španělsko, Francie a Nizozemsko (méně než 25 %) a nejvyšší (více než 80 %) Bulharsko, Česká republika, Rumunsko, Slovensko a Finsko⁽¹¹⁴⁾.

Mezi uživateli opiátů, kteří v roce 2006 nastoupili ambulantní léčbu poprvé v životě, je podíl injekčního

⁽¹¹²⁾ Viz tab. TDI-113 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹³⁾ Viz tab. PDU-6 (část iii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹⁴⁾ Viz tab. PDU-104, TDI-4, TDI-5 a TDI-17 (část v) ve Statistickém věstníku 2008.

užívání o něco nižší (asi 40 %). Podíváme-li se na časové trendy, zjistíme, že ve 13 zemích, které poskytly dostatečné údaje, se podíl injekčních uživatelů mezi novými klienty závislými na opiátech snížil ze 43 % v roce 2003 na 35 % v roce 2006 ⁽¹¹⁵⁾.

Analýza údajů o počtu žádostí o léčbu pro devět zemí, které se zúčastnily pilotní studie, odhalila, že asi 63 % všech klientů závislých na opiátech (již léčených i těch, kteří nastoupili léčbu v minulém roce) uvedla při nastoupení léčby injekční užívání ⁽¹¹⁶⁾. Z toho vyplývá, že podíl injekčních uživatelů při nastoupení léčby mezi léčenými klienty byl poměrně vysoký.

Studie mezi injekčními uživateli drog mohou poskytnout jiný pohled na rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a na změny v čase u injekčního užívání drog v Evropě. Mnoho zemí pravidelně provádí opakované studie o skupinách injekčních uživatelů, obvykle v souvislosti s testováním na infekční nemoci, které se často rekrutují z různých prostředí, aby výsledky bylo možné v maximální míře zobecnit. Srovnání mezi jednotlivými zeměmi by se měla provádět opatrně vzhledem k potenciální neobjektivnosti selektivního výběru do těchto studií ⁽¹¹⁷⁾.

Některé země uvádí v těchto studiích velký podíl (více než 20 %) nových injekčních uživatelů drog (osob, které drogy injekčně užívají méně než dva roky), zatímco v několika zemích je tento podíl menší než 10 % (obr. 9). Mladí injekční uživatelé drog (mladší 25 let) tvoří více než 40 % injekčních uživatelů drog ze vzorků v České republice, Estonsku, Litvě, Rakousku a Rumunsku, kdežto v ostatních devíti zemích je podíl injekčních uživatelů drog mladších 25 let ve vzorku nižší než 20 %.

Velký podíl nových injekčních uživatelů je obecně alarmující, zvláště je-li mezi nimi velký podíl mladých injekčních uživatelů. I když vyšší podíl nových injekčních uživatelů může naznačovat nový nárůst injekčního užívání, mohou s tím souviset také jiné faktory (např. kratší injekční užívání, lepší dostupnost léčby, vyšší úmrtnost u starší populace).

V zemích s dlouhou tradicí problémových uživatelů opiátů je obvykle podíl mladých i nových injekčních uživatelů nízký. Ve zbývajících, často novějších členských státech,

údaje ukazují vyšší úroveň mladých injekčních uživatelů. V rozdílných úrovních nových injekčních uživatelů v těchto zemích, pro které jsou informace k dispozici, se mohou projevat rozdíly v průměrném věku zahájení i zvyšující se incidence injekčního užívání mezi mladšími nebo staršími populacemi.

Léčba problémového užívání opiátů

Profil klientů závislých na opiátech nastupujících léčbu

Klienti nastupující léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů bývají starší (průměrný věk 32 let) než klienti nastupující léčbu z důvodu závislosti na kokainu, jiných stimulantech či konopí (průměrný věk 31, 27 a 24 let), přičemž klientky jsou obvykle o jeden nebo dva roky mladší než jejich mužské protějšky. Klienti závislí na opiátech jsou obvykle mladší v zemích, které vstoupily do Evropské unie po roce 2004, a v Irsku, Řecku, Rakousku a Finsku ⁽¹¹⁸⁾.

Muži v průměru převyšují klientky závislé na opiátech v poměru tři ku jedné, přičemž vyšší podíl mužů je zejména v jihoevropských zemích (Bulharsko, Řecko, Španělsko, Francie, Itálie, Kypr, Malta, Portugalsko) ⁽¹¹⁹⁾.

Uživatelé opiátů vykazují vyšší míru nezaměstnanosti a nižší dosažené vzdělání než ostatní klienti (viz kapitola 2) a v některých zemích byla zaznamenána vyšší frekvence komorbidit s psychickými poruchami.

Asi polovina uživatelů opiátů, kteří vyhledají léčbu, uvádí, že s užíváním začala před dosažením 20 let, a přibližně třetina ve věku 20 až 24 let; první užití opiátů po dosažení 25 let není běžné ⁽¹²⁰⁾. Průměrná časová prodleva mezi prvním užitím opiátů a prvním kontaktem s léčbou drogové závislosti činí sedm až devět let, přičemž muži uvádí delší časovou prodlevu než ženy ⁽¹²¹⁾.

Poskytování léčby a pokrytí

Léčba uživatelů opiátů se většinou provádí ambulantně, což může zahrnovat specializovaná ambulantní střediska, praktické lékaře a nízkoprahová zařízení. V několika zemích hrají také důležitou úlohu lůžková zařízení, zejména v Bulharsku, Řecku, Finsku a Švédsku ⁽¹²²⁾.

⁽¹¹⁵⁾ Viz obr. TDI-7 a tab. TDI-17 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Viz tab. TDI-17 (část v) a TDI-40 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Lze předpokládat, že podíl mladých nebo nových injekčních uživatelů drog je ve vzorcích vybraných z protidrogových léčebných zařízení nižší než v „otevřenějších“ prostředích, jako jsou nízkoprahové služby, jelikož klienti nastupují léčbu v průměru až po několika letech užívání drog. Statistická analýza spojení mezi prostředím výběru a podílem mladých nebo nových injekčních uživatelů drog však nevykazuje statistickou významnost, z čehož vyplývá, že prostředí výběru (rozlišované jako „pouze protidrogová léčebná zařízení“, „jiné prostředí než protidrogová léčebná zařízení“ a „smíšené prostředí“) nemusí mít na tento podíl výrazný vliv.

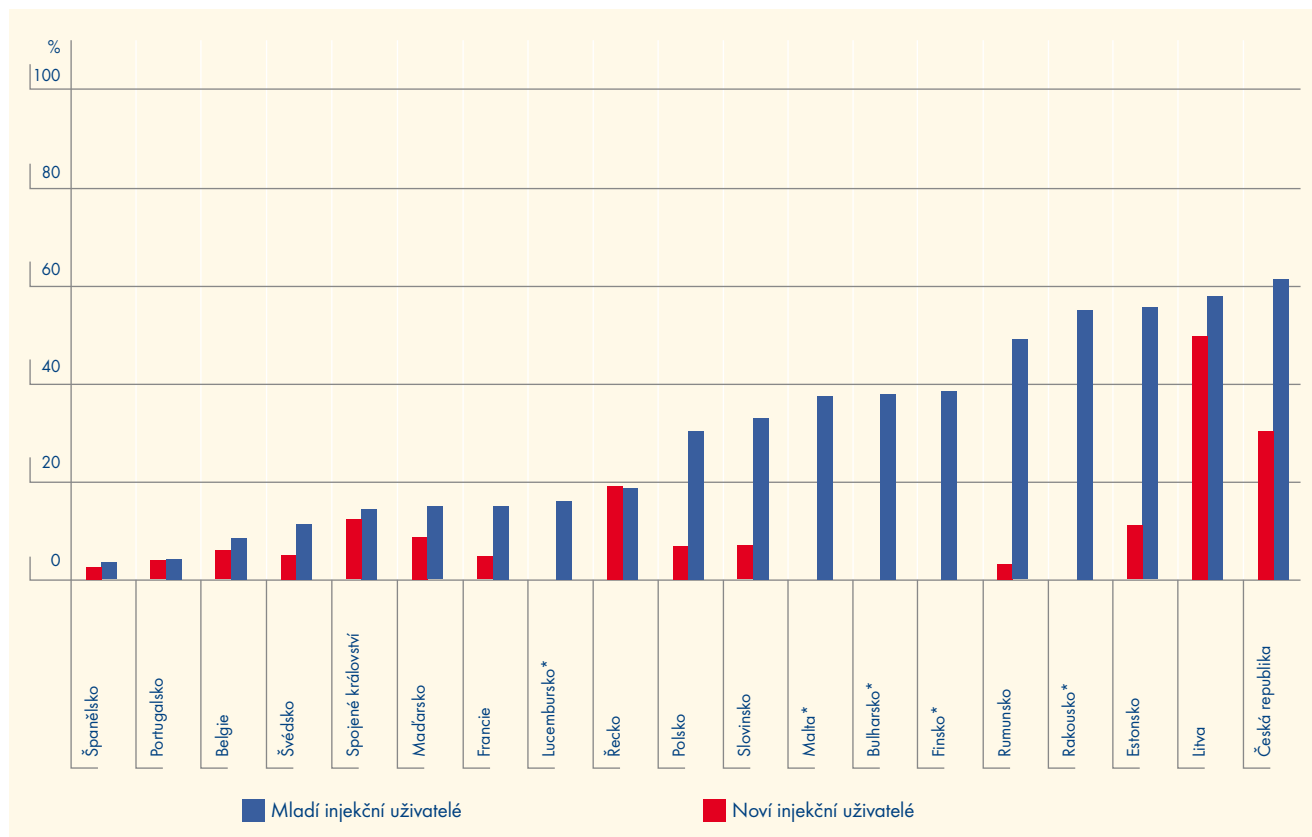
⁽¹¹⁸⁾ Viz tab. TDI-10, TDI-32 a TDI-103 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Viz tab. TDI-5 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹²⁰⁾ Viz tab. TDI-11, TDI-107 a TDI-109 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹²¹⁾ Viz tab. TDI-33 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹²²⁾ Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2008.

Obr. 9: Podíl mladých a nových injekčních uživatelů ve vzorcích injekčních uživatelů drog

Pozn.: Jedná se o vzorky injekčních uživatelů testovaných na infekční nemoci (HIV a HCV). Byl použit nejnovější dostupný vzorek pro každou zemi za období 2002–2006, pokud zahrnoval alespoň 100 injekčních uživatelů. Hvězdička označuje, že pro nové injekční uživatele nejsou k dispozici žádné údaje. Více informací viz obr. PDU-3 ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Ve všech členských státech EU, Chorvatsku a Norsku je dostupná abstinenci a substituční léčba užívání opiátů. V Turecku se v současnosti zabývají budoucím využíváním substituční léčby. Ve většině zemí je nejrozšířenější možností substituční léčba, i když v roce 2005 v Maďarsku, Polsku a Švédsku převládala abstinenci přístup.

Substituční léčba, obvykle integrovaná s psychosociální péčí, se většinou poskytuje ve specializovaných ambulantních střediscích a v rámci sdílené péče v ordinacích praktických lékařů. Dostupné údaje o počtu klientů podstupujících substituční léčbu svědčí o celkovém zvýšení v loňském roce s výjimkou Francie, Nizozemska, Malty a Lucemburska, kde byla situace stabilní. Největší poměrný nárůst ohlásila Česká republika (42 %), ačkoliv zvýšení o více než 10 % oznámilo také Polsko (26 %), Finsko (25 %), Estonsko (20 %), Švédsko (19 %), Norsko (15 %), Maďarsko a Rakousko (11 %).

Jednoduché srovnání odhadů počtu problémových uživatelů opiátů a počtu léčených klientů naznačuje, že substituční léčbu by mohl podstupovat více než každý

třetí uživatel. Nutno však mít na paměti, že oba soubory dat jsou stále nepřesné, z čehož vyplývá, že bychom na tento výpočet měli nahlížet s opatrností. Navíc široké intervaly spolehlivosti u odhadů problémového užívání opiátů znamenají, že porovnávat jednotlivé země lze jen těžko. Dostupné údaje nicméně ukazují, že se podíl problémových uživatelů opiátů podstupujících substituční léčbu v jednotlivých zemích značně liší, přičemž odhady činí na Slovensku asi 5 %, ve Finsku, Řecku a Norsku 20–30 %, v České republice, na Maltě a v Itálii 35–45 % a ve Spojeném království (Anglie), Německu a Chorvatsku více než 50 % (¹²³).

I když hlavním lékem používaným k substituční léčbě v Evropě zůstává perorálně podávaný metadon, je čím dál tím běžnější používání buprenorfinu. Jedním z důvodů může být, že je spojen s nízkou úmrtností v případech zneužití (Connock a kol., 2007). Dánské ministerstvo zdravotnictví nyní po přezkumu pokynů týkajících se substituční léčby naléhá na praktické lékaře, aby předepisovali buprenorfin místo metadonu.

(¹²³) Viz obr. HSR-1 ve Statistickém věstníku 2008.

Účinnost, kvalita a standardy léčby

Přezkumy randomizovaných kontrolních studií a pozorovacích studií dospěly k závěru, že jak metadonová udržovací léčba, tak udržovací léčba buprenorfinem může účinně pomáhat zvládat závislost na opiátech. Nedávné hodnocení z databáze Cochrane však dospělo k závěru, že buprenorfin je méně účinný než metadon podávaný v adekvátních dávkách (Mattick a kol., 2008). Řada studií také zjistila, že u osob, které nereagují na metadonovou udržovací léčbu, může být účinná udržovací léčba diamorfinem (Schulte a kol., v tisku). Substituční léčba celkově souvisí s řadou pozitivních výsledků, včetně: udržení pacienta v léčbě, snížení užívání nezákonných opiátů a injekčního užívání, snížení úmrtnosti a kriminálního chování a stabilizace a zlepšení zdravotních a sociálních podmínek chronických uživatelů heroinu.

Také psychosociální a psychoterapeutické intervence v kombinaci s farmakoterapií se ukázaly být účinné ve studiích výsledků léčby, např. NTORS ve Spojeném království (Gossop a kol., 2002) a DATOS ve Spojených státech (Hubbard a kol., 2003). Tyto přístupy nemusí pouze zvýšit motivaci k léčbě, zabránit relapsu a minimalizovat škody, ale poskytují také poradenství a praktickou podporu klientům, kteří současně s léčbou problémového užívání opiátů musí řešit problémy s bydlením, zaměstnáním a rodinou. Dostupné důkazy však nepodporují používání pouze psychosociálních léčebných postupů (Mayet a kol., 2004).

Řada zemí v poslední době vylepšila své pokyny k léčbě. V Chorvatsku, Dánsku a Skotsku byly přezkoumány substituční programy a pokyny zrevidovány tak, aby se zvýšila kvalita léčby a zabránilo se úniku léků na černý trh. Také ve Spojeném království byly aktualizovány pokyny ke klinickému managementu drogové závislosti a National Institute for Clinical Excellence vydal zvláštní pokyny k předepisování metadonu a buprenorfinu, k léčbě naltrexonem, k detoxifikaci a k psychosociální léčbě. Také Portugalsko zpracovalo nové pokyny, aby zajistilo včasný přístup k léčbě.

Léčba ve věznicích

Mezi politiky v EU panuje široká shoda, že je zapotřebí harmonizovat praxi a kvalitu služeb poskytovaných běžné společnosti a ve věznicích. Zpráva vydaná Evropskou komisí (2007a) však upozornila na nedostatek služeb pro uživatele drog ve věznicích a zdůraznila význam intervencí v tomto prostředí. K příkladům omezeného poskytování protidrogových služeb ve věznicích patří: nedostatečná kapacita a odborné znalosti (Lotyšsko, Polsko, Malta),

Rozšiřování farmakologických možností

V Evropě byly vyvinuty a zpřístupněny nové farmakologické možnosti léčby problémového užívání opiátů. Cíle těchto možností předepisování nových léků zahrnují zlepšení účinnosti léčby, řešení potřeb různých skupin uživatelů opiátů a snižování možností zneužití substitučních léků.

V roce 2006 byla na trh EU uvedena kombinace buprenorfinu a naloxonu jako alternativa samotného buprenorfinu s cílem snížit potenciál a přitažlivost injekčního užívání. Význam této látky pro léčbu problémového užívání opiátů v současnosti posuzuje řada členských států (¹).

Předepisování léčebného heroinu (diamorfinu) v rámci léčby chronických uživatelů opiátů odolných vůči léčbě je v omezené míře dostupné v Nizozemsku (815 klientů v roce 2006), ve Spojeném království (400 klientů) a v Německu, kde účastníci heroinové studie nadále dostávají diamorfin na základě zvláštního nařízení. Kromě toho ve Spojeném království v současnosti probíhá randomizovaná studie injekčních opiátů (RIOTT), která posoudí účinnost injekčního diamorfinu, injekčního metadonu a perorálního metadonu. V únoru 2008 bylo také rozhodnuto zavést program předepisování diamorfinu v Dánsku.

(¹) Odborné informace o této látce naleznete na internetové stránce agentury EMA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

roztříštěná pomoc (Lotyšsko), nedostatek intervencí pro konkrétní skupiny, jako jsou mladí vězni užívající drogy (Rakousko), a neexistence preventivní strategie založené na veřejném zdraví (Řecko).

Pozitivnější je, že protidrogové programy ve věznicích jsou rozšířenější a mnohé země hlásí nové iniciativy. Například v Portugalsku byl vytvořen právní rámec pro programy výměny injekčních stříkaček ve věznicích, v Litvě byla schválena vyhláška, která věznicím ukládá povinnost poskytovat vězňům před propuštěním poradenství, v Dánsku mohou všichni vězni odsouzení na více než tři měsíce využít od ledna 2007 „nárok na léčbu“, v České republice byla substituční léčba rozšířena na 10 věznic a v Irsku v současnosti posuzují léčebné služby ve věznicích s cílem dosáhnout stejné úrovně jako u běžné společnosti.

Úroveň poskytování léčby drogové závislosti ve věznicích zůstává nízká v porovnání s běžnou společností, ačkoliv prevalence užívání drog je obvykle vyšší. V mnoha zemích je upřednostňovaná a někdy jedinou možností léčby detoxifikace. Substituční léčba se teoreticky nabízí ve většině zemí, ale údaje ukazují, že v praxi ji podstoupí jen málo uživatelů drog. Výjimkou je Španělsko, kde substituční léčbu v roce 2006 podstoupilo 14 % všech

odsouzených vězňů (19 600), a Spojené království (Anglie a Wales), kde se očekává, že po zavedení nových pokynů v dubnu 2007 se počet vězňů, kteří dostávají metadon, zvýší z 6 000 na 12 000.

Nedávno byly vydány praktické pokyny pro substituční léčbu ve vazebních věznicích schválené Světovou zdravotnickou organizací a UNODC (Kastelic a kol., 2008) a některé výzkumy ukazují, že substituční léčba problémového užívání opiátů ve věznicích má příznivé účinky na rizikové chování a úmrtnost (Dolan

a kol., 2003). Nedávný přehled výzkumných studií o substitučních programech ve věznicích dospěl k závěru, že příznivé účinky závisí na poskytování dostatečného dávkování a na tom, aby léčba trvala po celou dobu pobytu ve věznici (Stallwitz a Stöver, 2007). Dalšími klíčovými prvky služeb v této oblasti potřebnými k zajištění toho, aby zlepšení zdravotního stavu, k němuž došlo během pobytu ve věznici, nepřišlo následně vniveč, je také pečlivé plánování propuštění a napojení na komunitní péči (¹²⁴).

(¹²⁴) Viz část „Zvýšené riziko úmrtí vyvolaného drogami po odpykání trestu nebo ukončení léčby“, s. 88.



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 případě hepatitidy B). Vzhledem k několika metodickým omezením v různých datových systémech se musí údaje interpretovat opatrně ⁽¹²⁵⁾.

HIV a AIDS

Koncem roku 2006 se incidence infekce HIV diagnostikované u injekčních uživatelů drog zdála ve většině zemí Evropské unie 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 2006 nadále poměrně vysoká, z čehož vyplývá nutnost zajistit pokrytí místní prevencí a její účinnost.

Trendy v infekci HIV

Údaje o nově diagnostikovaných případech spojených s injekčním užíváním drog v roce 2006 naznačují, že míra infekce v Evropské unii celkově klesá poté, co v letech 2001–2002 dosáhla vrcholu způsobeného epidemií v Estonsku, Lotyšsku a Litvě ⁽¹²⁶⁾. V roce 2006

činila celková míra nově diagnostikovaných infekcí mezi injekčními uživateli drog ve 25 členských státech EU, pro které jsou k dispozici národní údaje, 5,0 případů na milion obyvatel, což je pokles z 5,6 v roce 2005 ⁽¹²⁷⁾. Ze tří zemí, které uvedly nejvyšší míru nově diagnostikovaných infekcí (Estonsko, Lotyšsko, Portugalsko), Portugalsko v roce 2005/2006 opět ohlásilo pokles, zatímco v Estonsku a Lotyšsku se trendy ustálily na 142,0 a 47,1 nově diagnostikovaných případů na milion obyvatel. V letech 2001 až 2006 nebylo v žádné zemi pozorováno výrazné zvýšení míry infekce HIV. Pokud došlo k mírnému navýšení (např. v Bulharsku či Irsku), jednalo se o méně než jeden případ navíc na milion obyvatel ročně.

Absolutní čísla odhalují, které země přispívají k celkovému počtu v EU nejvíce. Největší počet nově diagnostikovaných infekcí mezi injekčními uživateli drog oznámily v roce 2006 země s nejvyšší mírou infekce (Portugalsko 703 nových diagnóz, Estonsko 191, Lotyšsko 108) ⁽¹²⁸⁾ a země s největším počtem obyvatel (Spojené království 187, Německo 168, Francie 167, Polsko 112) (obr. 10). V celkovém kontextu sestupných trendů je největší zvýšení v absolutních číslech od roku 2001 pozorováno ve Spojeném království asi s 13 případy za rok navíc a v Německu asi s 10 případy navíc, ačkoliv tato čísla nejsou rovnoměrně rozložena do jednotlivých let. V Bulharsku nízká míra zvyšování v poslední době zrychlila s 0, 2, 0, 7, 13 a 34 novými případy za rok v období 2001 až 2006, což naznačuje potenciální epidemii.

Údaje o trendech získané monitorováním prevalence HIV ve vzorcích injekčních uživatelů drog významně doplňují údaje získané hlášením případů HIV, jelikož poskytují informace také o nediagnostikovaných infekcích. Údaje o prevalenci za období 2002–2006 jsou k dispozici pro 25 zemí ⁽¹²⁹⁾. V 15 zemích zůstala prevalence HIV v tomto období beze změn. V pěti zemích (Bulharsko, Německo, Španělsko, Itálie, Lotyšsko) došlo ke statisticky

⁽¹²⁵⁾ Podrobnosti o metodách a definicích viz Statistický věstník 2008.

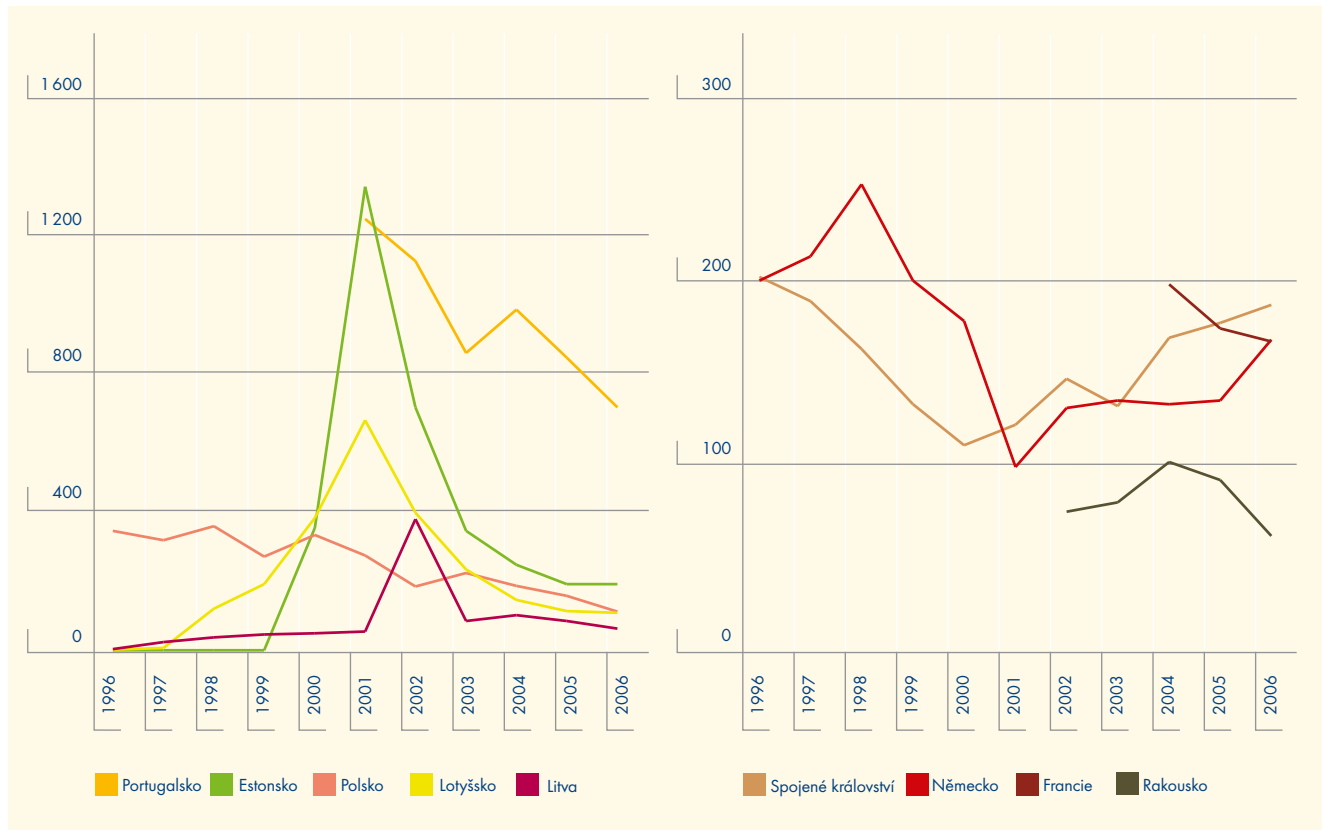
⁽¹²⁶⁾ Viz tab. INF-104 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹²⁷⁾ Národní údaje nejsou k dispozici pro Španělsko a Itálii. Upravíme-li míru o uvedené dvě země, činila by 5,9 případů na milion obyvatel, což je pokles z 6,4 v roce 2005.

⁽¹²⁸⁾ V Portugalsku 703 případů za rok 2006 uvedlo Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS (EuroHIV), zatímco Portugalské epidemiologické centrum pro dohled nad přenosnými nemocemi (CVEDT) uvedlo 432 případů; rozpor je důsledkem klasifikace podle vykazovaného roku (EuroHIV) versus rok diagnózy (CVEDT).

⁽¹²⁹⁾ Viz tab. INF-108 ve Statistickém věstníku 2008.

Obr. 10: Absolutní počet nově diagnostikovaných infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog podle roku oznámení: země s maximální úrovní větší než 300 (vlevo) a 100 až 300 (vpravo)



Pozn.: Pro Španělsko a Itálii nejsou k dispozici žádné národní údaje, pro regiony jsou údaje uvedeny, pokud byly k dispozici. Částečná čísla u obou zemí činila v roce 2005 celkem více než 100 nových případů a vykazovala sestupný trend. Další informace viz tab. INF-104 ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: EuroHIV.

významnému snížení prevalence u národních vzorků. Ovšem ve dvou případech byly hlášeny regionální nárůsty: v Bulharsku v jednom městě, v Sofii, a v Itálii v osmi z 21 regionů a v jednom městě. A konečně pět zemí národní trendy neuvedlo nebo zůstaly stabilní, i když i zde alespoň jeden podnárodní vzorek vykázal vzestupný trend, ačkoliv úroveň prevalence zůstává většinou nízká (Belgie, Česká republika, Litva, Spojené království a možná Slovinsko).

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. Interpretace je obtížnější tam, kde jsou tyto zdroje dat částečně v rozporu, jak tomu je například v Bulharsku, Německu a Spojeném království, ačkoliv v těchto zemích je incidence nových diagnóz a tempo růstu (kromě Bulharska v letech 2004–2006) nízké.

Vysoká meziroční míra nových diagnóz HIV spojeného s injekčním užíváním drog v Estonsku, Lotyšsku

a Portugalsku naznačuje, že v těchto zemích dochází k přenosu nemoci stále na vysoké úrovni. 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 probíhající přenosu HIV přináší zprávy o vysoké úrovni prevalence (více než 5 %) mezi mladými injekčními uživateli drog (vzorky 50 nebo více injekčních uživatelů drog mladších 25 let) v několika zemích: Španělsko (národní údaje, 2005), Portugalsko (národní údaje, 2006), Estonsko (dva regiony, 2005), Lotyšsko (národní údaje a dvě města, 2002/2003), Litva (jedno město, 2006) a Polsko (jedno město, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Výskyt AIDS a dostupnost vysoce účinné antiretrovirové léčby

Informace o výskytu AIDS jsou důležité, neboť ukazují nový výskyt symptomatických onemocnění, i když nejsou dobrým ukazatelem přenosu HIV. Údaje o výskytu AIDS mohou také poskytovat informace o pokrytí vysoce

⁽¹³⁰⁾ Viz tab. INF-109 a INF-110 ve Statistickém věstníku 2008.

Největší výskyt HIV/AIDS

Nejnovější údaje ukazují, že incidence infekce HIV je mezi injekčními uživateli drog v Evropské unii obecně nízká. Je však zapotřebí obezřetnosti, jelikož některé členské státy nadále vykazují vysokou míru nových infekcí HIV spojených s injekčním užíváním drog a v některých sousedních zemích je situace ještě znepokojivější.

Po nedávné epidemii HIV v Estonsku a Lotyšsku počet nově diagnostikovaných infekcí u injekčních uživatelů drog od roku 2001 klesal, ale nyní se stabilizoval na stále vysoké úrovni (142,0 nových případů na milion obyvatel v roce 2006 v Estonsku, 47,1 v Lotyšsku), z čehož vyplývá, že míra přenosu zůstává vysoká. Největší počet nově diagnostikovaných infekcí v Evropské unii zaznamenává stále Portugalsko (viz s. 78) a, ačkoliv tento trend klesá, je meziroční míra nově hlášených diagnóz stále vysoká (66,5 nových případů na milion obyvatel v roce 2006).

Zvláště znepokojivá je situace v zemích sousedících s východními hranicemi Evropské unie. Ve dvou největších zemích, v Rusku a na Ukrajině, je počet nově diagnostikovaných případů vysoký a stále se zvyšuje. V roce 2006 byly nově diagnostikované infekce související s injekčním užíváním drog odhadnuty v Rusku na více než 11 000 a na Ukrajině na 7 000 (78,6, respektive 152,9 nových případů na milion obyvatel).

Vysoké míry probíhajícího přenosu mezi injekčními uživateli drog poukazují na potřebu přezkoumat dostupnost, úroveň a rozsah stávajících poskytovaných služeb, včetně zvláštních opatření zaměřených na omezení šíření infekčních nemocí, jako je výměna jehel a substituční léčba. Dále jsou zapotřebí cílené studie mezi injekčními uživateli drog, které zjistí, proč jsou některé populace zřejmě ohroženější, faktory spojené s rizikovým chováním a překážky pro vlastní ochranu a určí slibné přístupy pro prevenci nových epidemií.

účinnou antiretrovirovou léčbou (highly active antiretroviral treatment, HAART) a její účinnosti. Vysoká míra incidence AIDS v některých evropských zemích může naznačovat, že mnohým injekčním uživatelům drog nakaženým HIV se nedostane léčby HAART v dostatečně rané fázi jejich nákazy, aby z léčby získali maximum.

Zemí s největším výskytem AIDS spojeného s injekčním užíváním drog zůstává Portugalsko; v roce 2006 se odhadovalo 22,4 nového případu na milion obyvatel, ačkoliv tento trend je očividně sestupný, neboť v roce 2005 to bylo 29,9 případu. Poměrně vysokou úroveň výskytu AIDS hlásí také Estonsko, Španělsko a Lotyšsko se 17,1, 15,1 a 13,5 nového případu na milion obyvatel. V těchto třech zemích je sestupný trend ve Španělsku a Lotyšsku, ale nikoli v Estonsku, kde nejnovější údaje

ukazují zvýšení z 11,9 nového případu na milion obyvatel v roce 2005 na 17,1 na milion obyvatel v roce 2006. Nárůst byl zaznamenán také v Litvě z 2,0 nových případů na milion obyvatel v roce 2005 na 5,0 případů v roce 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitida B a C

I když vysoká úroveň prevalence infekce HIV je 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. Míra protilátek HCV v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v roce 2005–2006 pohybovala asi od 15 do 90 %, přičemž většina zemí obvykle uvádí úroveň přesahující 40 %. Pouze několik zemí (Bulharsko, Česká republika, Finsko) uvádí prevalenci v národních vzorcích injekčních uživatelů drog menší než 25 %, i když míra infekce na této úrovni stále představuje významný problém pro veřejné zdraví ⁽¹³²⁾.

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 uvádí úroveň 29 až 59 %, zatímco v Itálii se různé regionální odhady pohybují asi od 40 do 96 %. I když odhady odvozené z nereprezentativních vzorků musí být vždy brány s opatrností, odchylky ve zjištěných úrovních prevalence budou mít pravděpodobně významné důsledky pro zaměření a poskytování preventivních a léčebných programů. Pochopení faktorů odpovědných za odlišné úrovně infekce může pomoci utvářet lepší intervenční strategie.

Studie mezi mladými (mladšími 25 let) a novými (užívajícími drogy injekčně méně než dva roky) injekčními uživateli drog naznačují, že období pro prevenci infekce HCV je docela krátké, jelikož mnozí se virem infikují na počátku injekčního užívání. Nedávné studie (2005–2006) obvykle uvádí úroveň prevalence 20 až 50 %, ačkoliv mezi jednotlivými vzorky existují značné odchylky.

Prevalence protilátek proti viru hepatitidy B (HBV) se liší mnohem více než v případě protilátek HCV, což je zřejmě způsobeno rozdíly v míře očkování, 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 2005–2006 vykazovalo míru prevalence anti-HBc vyšší než 40 % šest z 11 zemí, které poskytly údaje o injekčních uživatelích drog ⁽¹³³⁾.

⁽¹³¹⁾ Viz obr. INF-1 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹³²⁾ Viz tab. INF-111 až INF-113 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹³³⁾ Viz tab. INF-115 ve Statistickém věstníku 2008.

Přístup k testování na HIV a léčbě HIV

Z lidí v Evropě nakažených HIV si každý třetí nemusí být této skutečnosti vědom (ECDC, 2007) a zprávy z některých členských států EU naznačují, že úroveň povědomí může být u injekčních uživatelů drog ještě nižší.

V důsledku toho mnozí lidé, kteří se virem nakazí, nebudou mít výhodu včasné léčby a péče. Mohou také přispívat k šíření HIV nevědomým vystavením druhých riziku infekce. Navíc se snížila kvalita údajů sbíraných v rámci systémů dohledu nad HIV.

Předběžné údaje naznačují, že přístup injekčních uživatelů drog k antiretrovirové léčbě a péči je nepoměrně nízký (Donoghoe a kol., 2007). Účinné antivirové léčebné přístupy musí brát v úvahu zvláštní situaci a potřeby injekčních uživatelů drog. Ty mohou zahrnovat souběžné zdravotní a sociální problémy (např. bezdomovectví a neexistenci pojištění), ale také stigma a diskriminaci ve zdravotnických zařízeních nebo opakovaná zatčení a uvěznění.

Aby EMCDDA zlepšilo přístup k testování na HIV a léčbě HIV, vypracovalo zvláštní pokyny, jak nabízet injekčním uživatelům drog každoroční dobrovolné lékařské prohlídky, včetně testování na HIV a virovou hepatitidu ⁽¹⁾.

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

Trendy v čase u oznámených případů hepatitidy B a C ukazují rozdílný obraz. Podíl injekčních uživatelů drog mezi všemi oznámenými případy hepatitidy B v některých zemích možná mírně poklesl, neboť se zde zřejmě projevuje větší dopad očkovacích programů zaměřených na injekční uživatele drog. V případě hepatitidy C podíl injekčních uživatelů drog mezi oznámenými případy v pěti zemích poklesl, ale v pěti jiných zemích se zvýšil (Česká republika, Lucembursko, Malta, Švédsko, Spojené království) ⁽¹³⁴⁾. Jak u hepatitidy B, tak u hepatitidy C se podíl injekčních uživatelů drog mezi oznámenými případy v jednotlivých zemích v roce 2006 nadále výrazně liší, což svědčí o geografických rozdílech v epidemiologii těchto infekcí, ačkoliv vzhledem k různým způsobům testování a vykazování nelze vyloučit neobjektivnost.

Prevence infekčních nemocí

Členské státy EU využívají kombinaci některých těchto opatření, aby omezily šíření a následky infekčních nemocí mezi uživateli drog: léčbu drogové závislosti, včetně substituční léčby (viz kapitola 6), zdravotní informace a poradenství, distribuci sterilního injekčního materiálu a osvětu v oblasti bezpečnějšího sexu a bezpečnějšího

užívání drog. Dostupnost těchto opatření a pokrytí se v jednotlivých zemích značně liší.

Programy výměny jehel a stříkaček a substituční léčba problémového užívání opiátů je dostupná ve všech členských státech EU, Chorvatsku a Norsku, ačkoliv prostředí poskytování daných služeb i cílová populace se značně liší. V posledním desetiletí se v Evropě značně zvýšila úroveň substituční léčby i poskytování služeb pro minimalizaci škod. V některých zemích však tyto intervence zůstávají omezené a celkově poptávka v těchto oblastech stále převyšuje nabídku.

Nedávná kohortová studie v Amsterdamu poukázala na výhody dostupnosti udržování metadonem v kombinaci s výměnou jehel, jelikož využívání obou služeb v porovnání s využíváním pouze jedné z nich bylo spojeno s nižší incidencí infekcí HCV a HIV u injekčních uživatelů drog (Van den Berg a kol., 2007).

Posoudit pokrytí programy výměny jehel a stříkaček je obtížné, protože pouze některé země poskytly příslušné údaje. Například Česká republika hlásí síť 90 nízkoprahových zařízení, která osloví asi 25 000 uživatelů drog ročně, 70 % z nich jsou injekční uživatelé, a poskytnou v průměru 210 injekčních stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog.

Některé země uvádí nárůst počtu injekčních stříkaček rozdaných v rámci programů výměny jehel a stříkaček: v Estonsku se odhadovaný počet rozdaných injekčních stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog v období 2005 až 2006 zdvojnásobil na 112, ve stejném období v Maďarsku programy výměny injekčních stříkaček zvýšily počet poskytnutých stříkaček o 56 % a klientů o 84 % a Finsko stále uvádí nárůst počtu navštívených klientů a injekčních stříkaček rozdaných ve zdravotních poradenských střediscích. Avšak ne všechny země uvedly zvýšení: na Maltě a Slovensku zůstalo poskytování injekčních stříkaček v roce 2006 stabilní, Polsko uvedlo snížení počtu působících agentur a pokles počtu vyměněných injekčních stříkaček o 15 % a Rumunsko oznámilo 70% snížení počtu injekčních stříkaček vyměněných v Bukurešti, přičemž jako hlavní příčinu uvedlo finanční problémy.

V řadě zemí se ve stabilizaci nebo poklesu počtu vyměněných injekčních stříkaček mohou projevovat změny celkových vzorců injekčního užívání drog a dostupnosti léčby: v Lucembursku se počet injekčních stříkaček rozdaných nízkoprahovými zařízeními poté, co několik let rostl, v roce 2005 stabilizoval a v roce 2006 klesl; pokles v poskytování injekčních stříkaček v poslední době hlásí také Portugalsko a Belgie (Vlámsko) a na místní úrovni Německo a Nizozemsko.

⁽¹³⁴⁾ Viz tab. INF-105 a INF-106 ve Statistickém věstníku 2008.

Očkování proti hepatitidě B mezi uživateli drog

Přenos viru hepatitidy B (HBV) mezi injekčními uživateli drog v Evropě pokračuje, přičemž míra aktivní infekce HBV (prevalence HBsAg) u nich zůstává ve většině zemí vysoká v porovnání s běžnou populací (¹). Za nejúčinnější opatření k prevenci infekce virem hepatitidy B (HBV) a jejích následků je považováno očkování. V souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace z roku 1991 většina členských států EU, ale ne všechny, zavedla všeobecné očkování proti tomuto viru. Politiky očkování kojenců však většinou ovlivní budoucí generace uživatelů drog. Za účelem dřívějšího omezení šíření infekce více než polovina členských států EU přijala očkovací programy zaměřené konkrétně na injekční uživatele drog nebo vězně. Pokrytí těmito programy se v jednotlivých zemích níméně liší a třetina členských států EU stále nehlásí žádné očkovací programy určené konkrétně uživatelům drog.

Očkovací programy zaměřené na uživatele drog se často potýkají s problémem špatného dodržování, které vede k nedokončení očkovacího cyklu. Vzhledem k dostupnosti bezpečné a účinné vakcíny mohou strategie pro dosažení vyšší úrovně imunizace ohrožených osob zahrnovat flexibilní přístup zaměřený na uživatele drog na počátku užívání, kdy jsou kontaktovány komunity s vyšší prevalencí užívání drog. Vyšších výsledků imunizace mohou pomoci dosáhnout také opakované nabídky očkování a dávky navíc pro osoby se sníženou imunitní reakcí. K tomu může být zapotřebí, aby členské státy EU přezkoumaly a možná upravily své protidrogové politiky, aby snížily výskyt chronické infekce HBV a jejích následků.

(¹) Viz tab. INF-106 a INF-114 ve Statistickém věstníku 2008.

Výměna jehel a nízkoprahové služby mohou také osoby, které mají špatný přístup k nesespecializovaným zařízením, nasměrovat k péči. Patří sem poskytování primární zdravotní péče i opatření na podporu sexuálního zdraví, například rozdávání kondomů a lubrikantů a osvěta v oblasti bezpečnějšího sexu. Ve většině zemí je také zavedeno poskytování služeb prevence infekčních nemocí prostřednictvím terénních týmů nebo v nízkoprahových zařízeních, ačkoli se služby v této oblasti stále vyvíjí. Například v Estonsku, Lotyšsku a Litvě se v současnosti zřizuje nadnárodní nízkoprahová preventivní síť, která bude používat společné standardy služeb a epidemiologické monitorovací protokoly.

Zdravotnické služby jsou poskytovány na nízkoprahových klinikách a mobilními službami nebo prostřednictvím programů posílání na léčení. Například česká nízkoprahová síť úzce spolupracuje s regionálními zdravotnickými službami, a usnadňuje tak přístup k poradenství, testování a léčbě somatické komorbidit,

zejména virové hepatitidy. V Bulharsku mobilní ordinace v Burgasu na pobřeží Černého moře poskytla 750 konzultací za rok 2006. Některé dánské obce získaly od vlády finanční prostředky na zdravotnické programy zaměřené na nejohroženější uživatele drog. Kromě toho byl v roce 2008 v Kodani zaveden tříletý pilotní program „místo pro zdraví“, který kombinuje opatření zdravotního a sociálního poradenství s nízkoprahovým přístupem.

Prevence virové hepatitidy

V roce 2006 oznámilo několik zemí iniciativy pro prevenci šíření virové hepatitidy. Například v Lucembursku bylo na základě výsledků akčního výzkumného projektu zintenzivněno poskytování poradenství v oblasti bezpečnějšího užívání mladým a novým uživatelům drog a byl zlepšen bezplatný přístup injekčních uživatelů drog k injekčnímu náčiní. V Dánsku mají uživatelé drog a jejich partneři od roku 2006 k dispozici bezplatné očkování proti hepatitidě A a B a obce musí injekčním uživatelům drog nyní poskytovat komplexní škálu služeb v oblasti infekčních nemocí. A v Irsku byla pracovní skupina pro HCV v roce 2007 pověřena vývojem národní strategie pro dohled, osvětu a léčbu.

Věznice jsou důležitým prostředím pro intervence zaměřené na infekční nemoci spojené s užíváním drog a pro poskytování zdravotních služeb populaci, která je jinak těžko dosažitelná (viz kapitola 2). Nedávný výzkum ukazuje, že je důležité poskytnout testování na viry všem, kdo někdy užívali nezákonné drogy, a prokázal, že zjišťování chronické infekce hepatitidy C po nástupu do vězení je hospodárné opatření (Sutton a kol., 2006). Kromě toho, že se uživatelům drog ve věznicích nakaženým infekcemi dostane nezbytné léčby a péče, mohou využít řadu intervencí, jako je zdravotnická osvěta a imunizace proti hepatitidě B (¹³⁵).

Úmrtí a úmrtnost související s drogami

Užívání drog je jednou z hlavních příčin zdravotních problémů a úmrtí mladých lidí v Evropě. Značnou úmrtnost, zejména v důsledku užívání opiátů, dokládá mezinárodní studie podpořená EMCDDA, která zjistila, že v sedmi evropských aglomeracích lze 10 až 23 % úmrtnosti mezi obyvateli ve věku 15 až 49 let připsat užívání opiátů (Bargagli a kol., 2005).

Klíčový ukazatel EMCDDA „úmrtí související s drogami a úmrtnost mezi uživateli drog“ sleduje hlavně úmrtí přímo způsobená užíváním drog (úmrtí vyvolaná drogami) a v omezenější míře celkovou úmrtnost mezi uživateli

(¹³⁵) Viz tabulky DUP ve Statistickém věstníku 2008.

Úmrtí související s drogami: složitý pojem

Vědeckým i politickým debatám o úmrtnosti související s drogami brání řada pojmů a definic, které se v této oblasti používají. Použijí-li se velmi široké a všeobijmající pojmy, mohou mít údaje nízkou hodnotu pro pochopení základních faktorů spojených s úmrtností související s drogami. Například jestliže se seskupí všechna úmrtí s pozitivním toxikologickým vyšetřením, budou zahrnovat případy, kdy drogy hrály přímou příčinnou roli, nepřímou roli nebo vůbec žádnou roli.

Další důležitou otázkou jsou uvažované látky, které mohou být omezeny na nezákonné drogy, nebo rozšířeny na další psychoaktivní látky a léky. Ve druhém případě může být obtížné odlišit úmrtí, která mohou primárně souviset s duševními problémy (např. sebevražda v souvislosti s depresí), od úmrtí, která lze připsat užívání látek. Mnohá úmrtí vyvolaná drogami jsou navíc úmrtí způsobená více drogami, a proto může být obtížné pochopit příslušnou úlohu různých drog.

Pojem úmrtí související s drogami zahrnuje dvě široké složky. První a nejlépe zdokumentovaná označuje úmrtí způsobená přímo působením jedné nebo více drog. Tato úmrtí se obvykle nazývají „předávkování“, „otrava“ nebo „úmrtí vyvolané drogami“. Druhá složka je širší a zahrnuje úmrtí, která nelze přímo připsat farmakologickému působení drog, ale přesto souvisí s jejich užíváním: dlouhodobé následky infekčních nemocí, interakce s duševními problémy (např. sebevražda) nebo s jinými okolnostmi (např. dopravní nehody). Některá úmrtí souvisí s drogami také kvůli svým okolnostem (např. násilí související s obchodem s drogami).

Současný přístup EMCDDA k vykazování celkové úmrtnosti související s drogami je založen na odhadech úmrtnosti mezi kohortami problémových uživatelů drog. Zkoumají se však další přístupy, kdy lze kombinovat údaje z různých zdrojů, a odhadnout tak celkovou úmrtnost, kterou lze přisoudit drogám (viz část „Celková úmrtnost související s drogami“, s. 86).

drog, která zahrnuje také úmrtí spojená s různými jinými zdravotními a sociálními problémy.

Úmrtí vyvolaná drogami

Definice EMCDDA pro úmrtí vyvolaná drogami ⁽¹³⁶⁾ takto označuje úmrtí, která jsou přímo způsobena (otravou nebo předávkováním) konzumací jedné nebo více drog, kde je alespoň jedna přítomná látka nezákonná droga. Počet uživatelů drog, jejich vzorce užívání (injekčně, užívání více drog souběžně) a dostupnost léčebných a pohotovostních

služeb jsou faktory, které mohou ovlivnit celkový počet těchto úmrtí v dané komunitě. K úmrtí vyvolanému drogami obvykle dochází krátce po požití látky/látek.

Větší kvalita a spolehlivost evropských údajů v posledních letech umožňuje lepší popis celkových a národních trendů a většina zemí nyní přijala případovou definici v souladu s definicí EMCDDA ⁽¹³⁷⁾. Rozdíly v kvalitě poskytování údajů jednotlivými zeměmi nicméně znamenají, že přímá srovnání je třeba provádět s velkou opatrností.

V období 1990–2005 uváděly členské státy EU každý rok 6 500 až 8 500 úmrtí vyvolaných drogami, což celkově představuje asi 130 000 úmrtí. Tyto údaje by měly být považovány za minimální odhad ⁽¹³⁸⁾.

Úmrtí populace v důsledku úmrtí vyvolaných drogami se v jednotlivých zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí od 3–5 do více než 70 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let (průměrně 21 úmrtí na milion obyvatel). Více než 20 úmrtí na milion hlásí 16 evropských zemí a více než 40 úmrtí na milion obyvatel pět zemí. U mužů ve věku 15–39 let je úmrtí v průměru ve většině zemí dvakrát vyšší (v průměru 44 úmrtí na milion v Evropě). V letech 2005–2006 úmrtí vyvolaná drogami představovala 3,5 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let a v osmi zemích více než 7 % ⁽¹³⁹⁾ (obr. 11).

Výzkum nemocnosti a dalších následků nefatálního předávkování je stále omezený a na prevenci putují omezené finanční prostředky navzdory důkazům, že tato čísla mohou být značná. Studie odhadly, že na jedno fatální předávkování může připadat 20 až 25 nefatálních. Ačkoliv je obtížné říct, zda lze tyto odhady aplikovat na Evropskou unii jako celek, hrubý odhad by představoval asi 120 000 až 175 000 nefatálních předávkování ročně.

Úmrtí související s opiáty

Heroin

Předávkování opiáty je jednou z hlavních příčin úmrtí mezi mladými lidmi v Evropě, zejména mezi muži v městských aglomeracích ⁽¹⁴⁰⁾. Opiáty, hlavně heroin nebo jeho metabolity, se podílejí na většině úmrtí vyvolaných drogami v Evropské unii, a představují tak 55 až téměř 100 % všech případů, přičemž více než polovina zemí uvádí podíl nad 80 % ⁽¹⁴¹⁾. V toxikologických zprávách o úmrtích připisovaných heroinu jsou často nalezeny jiné látky, které také mohly hrát roli. Nejčastěji se uvádí

⁽¹³⁶⁾ V současnosti se přijímá termín „úmrtí vyvolaná drogami“, jelikož přesněji odráží použitou případovou definici.

⁽¹³⁷⁾ Viz podrobné metodické informace o úmrtích souvisejících s drogami ve Statistickém věstníku 2008.

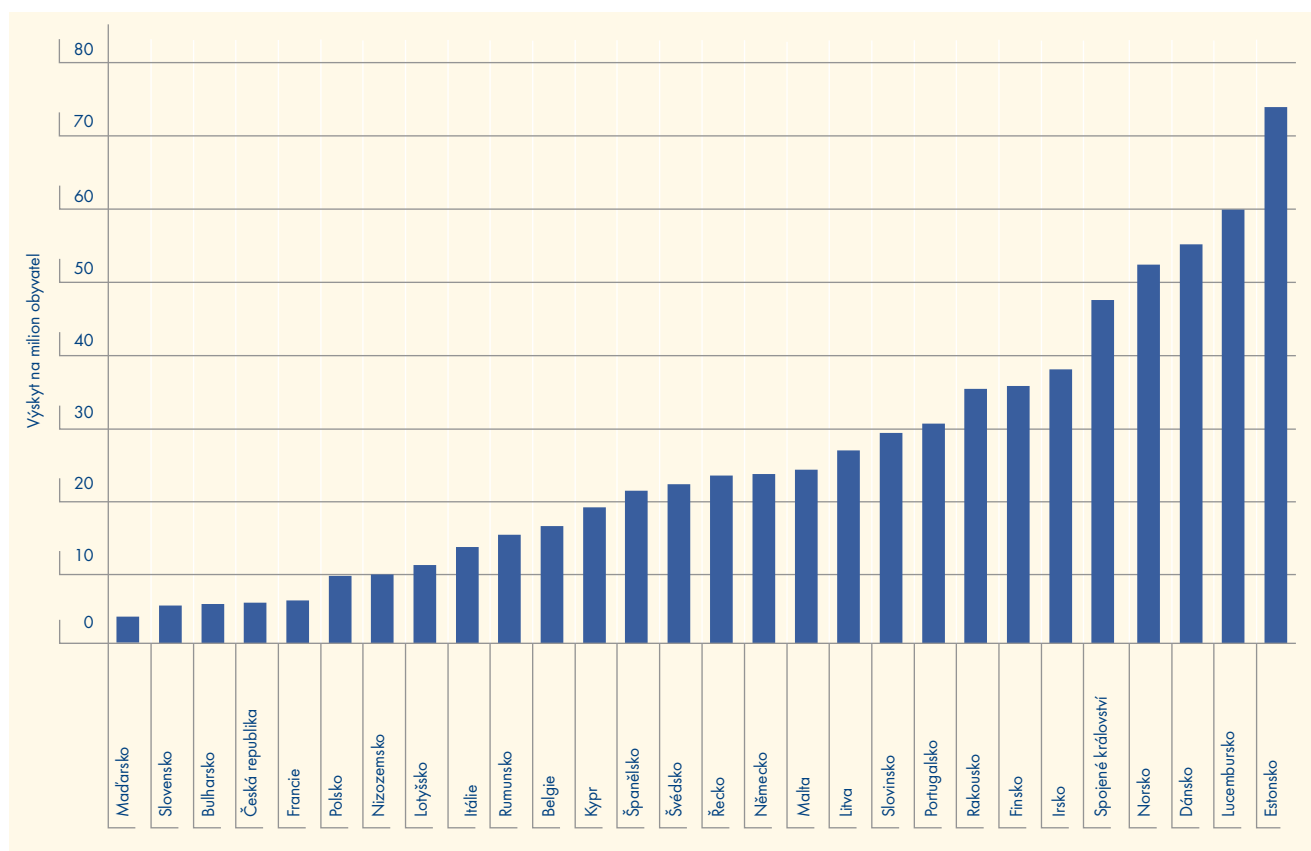
⁽¹³⁸⁾ Viz tab. DRD-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹³⁹⁾ Viz tab. DRD-5 a obr. DRD-7 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Vzhledem k tomu, že většina případů hlášených centru EMCDDA jsou předávkování opiáty, používají se pro popis opiátových případů obecné charakteristiky úmrtí vyvolaných drogami.

⁽¹⁴¹⁾ Viz obr. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2008.

Obr. 11: 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; u Rumunska se údaje týkají pouze Bukurešti a několika územních celků v oblasti působnosti Bukurešťské toxikologické laboratoře. Výpočty úmrtnosti v populaci jsou založeny na národních populacích za rok 2005 podle údajů Eurostatu. Porovnávání úmrtnosti v populacích by se mělo provádět opatrně, jelikož existují určité rozdíly mezi případovými definicemi a kvalitou vykazování. Interval spolehlivosti a více informací o údajích viz obr. DRD-7 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

Zdroj: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox z roku 2007, převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo speciálních evidencí (forenzních nebo policejních) a od Eurostatu.

alkohol, benzodiazepiny, jiné opiáty a v některých zemích kokain. Nedávná studie EMCDDA, které se zúčastnilo devět zemí, zjistila, že více než jedna droga byla uvedena v toxikologických výsledcích 60 až 90 % úmrtí vyvolaných opiáty. Z toho vyplývá, že značný podíl všech úmrtí vyvolaných drogami může souviset s užíváním více drog souběžně.

Na předávkování opiáty většinou umírají muži (60–95 %), většinou ve věku 20 až 40 let, přičemž ve většině zemí se jejich průměrný věk pohybuje kolem 35 let⁽¹⁴²⁾. V mnoha zemích se průměrný věk osob umírajících na předávkování zvyšuje, což svědčí o možné stabilizaci nebo snížení počtu mladých uživatelů heroinu. Jinde (Bulharsko, Estonsko, Rumunsko, Rakousko) však k poměrně vysokému podílu úmrtí na předávkování dochází u osob mladších 25 let, což může ukazovat na mladší populaci užívající heroin nebo užívající drogy injekčně v těchto zemích⁽¹⁴³⁾.

Metadon a buprenorfin

Výzkum ukazuje, že substituční léčba snižuje riziko fatálního předávkování. Každý rok je však hlášena řada úmrtí spojených se substitučními léčivými nahrazujícími opiáty, většinou v důsledku zneužití nebo v malém počtu případů problémů během léčby⁽¹⁴⁴⁾.

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. K zemím, které uvádí nezanedbatelný počet úmrtí s přítomností metadonu, patří Dánsko, Německo, Spojené království a Norsko; ostatní země tyto případy neuvedly nebo pouze v omezeném množství⁽¹⁴⁵⁾. Spojené státy hlásí značný nárůst úmrtí souvisejících s metadonem od roku 1999. Většinu těchto úmrtí lze připsat zneužití metadonu z nemocnic, lékáren, od praktických lékařů a lékařů

⁽¹⁴²⁾ Viz tab. DRD-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁴³⁾ Viz obr. DRD-2, DRD-3 a DRD-4 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Viz část „Úmrtí související se substituční léčbou“, s. 85.

specializovaných na léčbu bolestí, zatímco metadonu získanému v substitučních programech jich lze připsat pouze omezené množství ⁽¹⁴⁶⁾.

Zdá se, že úmrtí v důsledku otravy buprenorfinem nejsou častá navzdory čím dál tím většímu používání této látky v substituční léčbě v mnoha evropských zemích. Francie hlásí velmi málo úmrtí, ačkoliv počet uživatelů drog léčených buprenorfinem je značný (76 000–90 000).

Úmrtí související se substituční léčbou

Výzkum prokázal, že se riziko předávkování značně snižuje, jestliže uživatelé heroínu podstoupí substituční léčbu metadonem. Například nedávná kohortová studie mezi více než 5 000 uživateli heroínu uvádí, že se riziko předávkování devětkrát snižuje, pokud uživatelé podstoupí substituční léčbu, v porovnání s dobou, kdy se takto neléčí, bez ohledu na to, zda se léčí jinak, nebo vůbec (Brugal a kol., 2005).

Metadon je však uveden v toxikologických zprávách k některým úmrtím. Z toho však nevyplyvá přímé příčinné spojení ve všech případech, jelikož zde mohou být přítomny jiné drogy nebo faktory. K úmrtím na předávkování nicméně dochází a k jejich faktorům patří: změna tolerance, nadměrné dávkování, nesprávné užívání léku klientem a jeho užívání k neléčebným účelům.

Se snížením počtu úmrtí souvisejících s metadonem ve Spojeném království souvisí opatření, která brání úniku metadonu na ilegální trh (Zador a kol., 2006), a celkově může být důležitou složkou snižování rizika úmrtí souvisejících s metadonem správná praxe v substituční léčbě. Zdraví pacientů i společnosti lze tedy pravděpodobně zachránit, jestliže se zlepší standardy kvality léčby, včetně postupů předepisování metadonu, sledování klientů v prvních fázích léčby, sledování možné kardiotoxicity, informace o rizicích užívání jiných léků nebo psychoaktivních látek a praxe při vydávání metadonu, která snižuje riziko zneužití.

Dramatické rozšíření léčby metadonem v Evropě se neprojevovalo v paralelním nárůstu úmrtí souvisejících s metadonem. Studie provedená ve Spojeném království zjistila, že v letech 1993 až 2004 se množství metadonu předepsaného k perorálnímu užití zvýšilo 3,6krát, zatímco počet úmrtí souvisejících s metadonem klesl z 226 na 194 (Morgan a kol., 2006). To představuje snížení úmrtí souvisejících s metadonem ze 13 na 1 000 pacientů za rok v roce 1993 na 3,1 na 1 000 pacientů za rok v roce 2004. I když podobné studie v dalších zemích by byly velmi užitečné, dostupné důkazy naznačují, že úmrtí související s metadonem souvisí spíše s nedostatky v praxi při předepisování než s celkovou úrovní substituční léčby.

Avšak ve Finsku je buprenorfin přítomen u většiny úmrtí vyvolaných drogami, obvykle v kombinaci s utišujícími léky nebo alkoholem nebo je aplikován injekčně ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

Estonsko v poslední době na základě posmrtných forenzních toxikologických nálezů oznámilo znepokojující epidemii fatálních otrav 3-metylfentanylem se 46 fatálními otravami v roce 2005 a 71 v roce 2006 (Ojanperä a kol., v tisku). Předběžná zjištění z Estonska navíc ukazují, že v roce 2004 souviselo s toutéž látkou 85 úmrtí. Sporadické zprávy o úmrtích souvisejících s fentanylem přichází také z jiných evropských zemí a Spojené státy oznámily nedávnou obecně krátkodobou epidemii úmrtí; například v Chicagu bylo v letech 2005 až 2007 připsáno fentanylu 350 úmrtí (Denton a kol., 2008). Velmi vysoká potence této látky může zvýšit riziko předávkování drogami, i když může být v toxikologickém screeningu přehlédnuta. Větší nezákonná výroba a užívání fentanylu tedy představují pro stávající monitorovací systémy i řešení v oblasti veřejného zdraví náročný úkol.

Úmrtí související s jinými drogami ⁽¹⁴⁸⁾

Úmrtí vyvolaná kokainem se definují a zjišťují obtížněji než úmrtí související s opiáty (viz vybrané téma o kokainu z roku 2007). Úmrtí přímo způsobená farmakologickým předávkováním nejsou běžná a obvykle jsou spojena s velmi velkými dávkami kokainu. Většina úmrtí souvisejících s kokainem je jinak zřejmě důsledkem chronické toxicity drogy, která vede ke kardiovaskulárním a neurologickým komplikacím. Úloha kokainu v těchto úmrtích nemusí být vždy zjištěna a nemusí být hlášena jako úmrtí související s kokainem. Interpretaci údajů o úmrtích, jež lze připsat kokainu, dále v mnoha případech komplikuje přítomnost jiných látek, a proto je těžké vyvodit příčinné souvislosti.

V roce 2006 uvedlo 14 členských států více než 450 úmrtí souvisejících s kokainem – i když úmrtí vyvolaná kokainem nejsou v Evropské unii zřejmě vždy hlášena.

Úmrtí, při kterých je přítomna extáze, stále nejsou častá. Většinu úmrtí s „přítomností extáze“ hlásí Spojené království, ale v mnoha případech nebyla droga označena za přímou příčinu smrti.

Úmrtí související s amfetaminy jsou v Evropě rovněž hlášena výjimečně, ačkoliv v České republice byl značný počet úmrtí vyvolaných drogami připsán pervitinu (metamfetamin). Finsko uvedlo 64 úmrtí, kdy

⁽¹⁴⁵⁾ Viz tab. DRD-108 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ Národní protidrogová zpravodajská centrála. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate [Únik a zneužívání metadonu: počet úmrtí stoupá alarmujícím tempem]. Listopad 2007. Dokument 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>.

⁽¹⁴⁷⁾ Další informace viz tab. DRD-108 ve Statistickém věstníku 2008 a výroční zpráva za rok 2007.

⁽¹⁴⁸⁾ Viz tab. DRD-108 ve Statistickém věstníku 2008.

byly toxikologicky zjištěny amfetaminy, ačkoliv z toho nutně nevyplývá, že tato droga byla přímou příčinou smrti.

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 (možná v souvislosti se zvýšením užívání heroinu a injekčního užívání drog) a poté zůstal na vysoké úrovni ⁽¹⁴⁹⁾. Ovšem údaje ze zemí s dlouhými časovými intervaly naznačují odlišné trendy: v některých zemích (např. v Německu, Španělsku, Francii, Itálii) dosáhla úmrtí vrcholu na počátku a v polovině 90. let 20. století a poté se snížila, v jiných zemích (např. v Irsku, Řecku, Portugalsku, Finsku, Švédsku, Norsku) dosáhl počet úmrtí vrcholu kolem roku 2000, než klesl, a v některých jiných zemích (např. v Dánsku, Nizozemsku, Rakousku, Spojeném království) byl pozorován vzestupný trend, ale bez výrazného vrcholu ⁽¹⁵⁰⁾.

Trendy v úmrtích vyvolaných drogami v období 2001 až 2005/2006 se popisují obtížněji. V prvních letech tohoto desetiletí (2000–2003) mnohé země EU uváděly pokles a počet úmrtí vyvolaných drogami se celkově snížil v roce 2001 o 3 %, v roce 2002 o 14 % a v roce 2003 o 7 % ⁽¹⁵¹⁾. V letech 2004 a 2005 však většina evropských zemí hlásila drobné zvýšení. S tím může souviset řada faktorů, včetně zvýšení užívání více drog souběžně, možného růstu dostupnosti heroinu nebo stárnoucí populace chronických uživatelů drog ⁽¹⁵²⁾.

Jelikož nejsou k dispozici údaje z některých větších zemí, jsou celkové odhady počtu úmrtí vyvolaných drogami za rok 2006 předběžné. Dostupné údaje z 18 zemí však naznačují mírný pokles v porovnání s rokem 2005.

V počtu úmrtí vyvolaných drogami u osob mladších 25 let došlo v Evropě k celkovému mírnému poklesu, kdežto v členských státech, které vstoupily do Evropské unie po roce 2004 počet úmrtí v této věkové skupině až donedávna stoupal ⁽¹⁵³⁾. V posledních letech byl však pozorován nárůst podílu případů mladších osob v Řecku, Lucembursku a Rakousku a v menší míře v Bulharsku, Lotyšsku a Nizozemsku ⁽¹⁵⁴⁾. Toto pozorování vyžaduje další zkoumání, jelikož by mohlo ukazovat na zvýšení počtu mladých lidí užívajících opiáty v těchto zemích.

Celková úmrtnost související s drogami

Nedávná studie zjistila, že mezi uživateli opiátů, kteří nastoupili léčbu v osmi místech (sedm měst a jedna země) v Evropě, je velmi vysoká úmrtnost v porovnání s jejich vrstevníky (viz EMCDDA, 2006). Jiné kohortové studie zjistily úmrtnost mezi uživateli drog 6–54krát vyšší než u běžné populace. Tyto rozdíly jsou způsobeny hlavně předávkováním drogami, ačkoliv i jiné faktory jsou důležité, a v některých zemích hrají významnou úlohu úmrtí na AIDS. Darke a kol. (2007) vymezuje čtyři široké kategorie úmrtí uživatelů drog: předávkování (včetně intoxikace alkoholem), nemoc, sebevražda a trauma. Z nemocí mohou být s užíváním drog spojeny potíže související s viry přenášenými krví (HIV, HCV a HBV, viz výše), novotvary, onemocnění jater a nemoci oběhové a dýchací soustavy. Trauma zahrnuje většinou úrazy, vraždy a jiné násilí.

Nedávná norská studie kohorty uživatelů drog přijatých k léčbě drogové závislosti zjistila, že u 189 zaznamenaných úmrtí představovalo předávkování polovinu všech úmrtí, kde byly známy příčiny. Nemoci, hlavně AIDS a onemocnění jater, představovaly téměř další čtvrtinu, zatímco sebevražda a trauma tvořily každé zvlášť asi jednu desetinu a otrava alkoholem přibližně 2 % (obr. 12). Nutno poznamenat, že procento úmrtí na AIDS může být v zemích s vysokou prevalencí HIV mezi uživateli drog značně vyšší.

Kohortové studie jsou cenným nástrojem pro odhady a pochopení celkové úmrtnosti související s užíváním drog, ale i jiné přístupy mohou pomoci zlepšit pochopení této problematiky a poskytnout přehled na národní úrovni. EMCDDA v úzké spolupráci s členskými státy nyní zkoumá několik nových metod v této oblasti s cílem zavést je na úrovni EU. V rámci jednoho z těchto přístupů je úmrtnost extrapolována z kohortových studií na místní (Bargagli a kol., 2005) nebo národní odhady problémových uživatelů drog (Cruts a kol., 2008). V rámci jiného přístupu se podíly úmrtí, jež lze připsat drogám, získané z různých studií, aplikují na příčiny smrti, které nejčastěji souvisí s užíváním drog (např. AIDS, úrazy, sebevraždy a otravy) a které jsou zaznamenány v evidencích úmrtnosti běžné populace.

Úmrtí nepřímo související s užíváním drog

Další významnou příčinou smrti je úmrtí na AIDS, které lze připsat injekčnímu užívání drog. Podle údajů od Eurostatu a EuroHIV (zprávy předkládané na konci roku

⁽¹⁴⁹⁾ Viz obr. DRD-8 ve Statistickém věstníku 2008. Z historických důvodů se tento trend týká EU-15 a Norska.

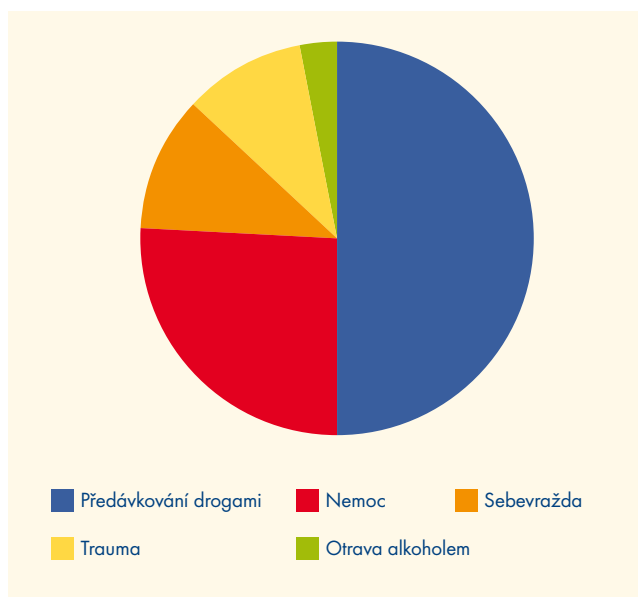
⁽¹⁵⁰⁾ Viz obr. DRD-11 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Údaje zde uvedené se liší od údajů uváděných v předchozích letech kvůli změnám v případové definici nebo pokrytí v Dánsku, Španělsku, Francii a Spojeném království a aktualizacím v několika zemích.

⁽¹⁵²⁾ Viz část „Opiátové ukazatele již neklesají“ s. 71 a tab. DRD-2 (část i) a obr. DRD-12 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁵³⁾ Viz obr. DRD-13 (část i) ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Viz obr. DRD-9 ve Statistickém věstníku 2008.

Obr. 12: Znamé příčiny úmrtí v kohortě uživatelů drog v Norsku

Pozn.: Údaje pochází ze studie založené na vzorku 501 uživatelů drog přijatých k léčbě drogové závislosti v období 1981–1991. Do roku 2003 bylo celkem zaevidováno 189 úmrtí, přičemž příčinu smrti nebylo možné určit ve 14 případech.

Zdroj: Ødegard, E., Amundsen, E.J. a Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–82.

za léta 2005 a 2006) lze odhadnout, že v roce 2003 zemřelo na AIDS, který lze připsat užívání drog, více než 2 600 lidí⁽¹⁵⁵⁾. Většina těchto úmrtí byla oznámena v několika zemích, přičemž k více než 90 % z nich došlo ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku. Úmrtnost na AIDS dosáhla vrcholu v polovině 90. let 20. století a po zavedení HAART a větším pokrytí se značně snížila.

S výjimkou Španělska, Itálie a zejména Portugalska je úmrtnost populace v důsledku AIDS, který lze připsat injekčnímu užívání drog, nízká. A v mnoha zemích je úmrtnost na předávkování mezi uživateli drog podstatně vyšší než úmrtnost na AIDS⁽¹⁵⁶⁾. Počet úmrtí z jiných příčin (např. následků jiných infekčních nemocí, násilí, úrazů) se v současnosti posuzuje obtížněji a je zapotřebí zlepšit shromažďování údajů a odhady v této oblasti (viz předchozí oddíl).

Zdá se, že častou příčinou úmrtí uživatelů drog je sebevražda. V rámci přehledu literatury (Darke a Ross, 2002) bylo zjištěno, že počet sebevražd mezi uživateli heroínu je 14krát vyšší než u běžné populace.

Snižování počtu úmrtí

Snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami je cílem většiny národních protidrogových strategií, ale jen málo zemí přijalo akční plány nebo poskytuje systematické pokyny k opatřením, která se mají přijmout. Ovšem v roce 2007 vydalo ministerstvo zdravotnictví Spojeného království nové pokyny o klinickém managementu zneužívání drog a drogové závislosti, které stanoví konkrétní opatření pro prevenci úmrtí souvisejících s drogami.

Jedna výhledová dlouhodobá studie v Itálii ukázala, jak může léčba, včetně substituční léčby spolu s psychosociální péčí a psychoterapií, přispět ke snížení úmrtnosti mezi uživateli drog (Davoli a kol., 2007). Studie byla provedena v kohortě 10 454 uživatelů heroínu, kteří nastoupili do veřejných léčebných zařízení v letech 1998 až 2001, a hodnotila udržení pacientů v léčbě a úmrtnost na předávkování. Riziko úmrtí v kohortě bylo v průměru 10krát vyšší v porovnání s běžnou populací. I když mezi léčenými uživateli drog bylo riziko úmrtí čtyřikrát vyšší než u běžné populace, kdežto u klientů, kteří léčbu přerušili, 20krát.

Ve většině zemí je běžnou praxí cílené šíření informací o rizicích a zvládání předávkování prostřednictvím letáků, brožur a plakátů. Polovina všech členských států navíc nyní uvádí školicí semináře pro zvýšení znalostí a dovedností v případě předávkování. Toto školení může být určeno uživatelům drog, příbuzným i zaměstnancům a obvykle obsahuje informace o specifických rizicích, včetně menší tolerance po období abstinence, o účincích užívání více drog současně, zejména souběžného užívání alkoholu, a o užívání drog v nepřítomnosti jiných osob a kurz první pomoci. Itálie uvádí, že polovina zařízení pro léčbu závislosti využívá kombinaci školení, jak reagovat při předávkování, s užíváním naloxonu doma, přičemž vše koordinuje veřejná zdravotní služba.

Může být cenné proaktivní sledování dobrých psychosociálních podmínek uživatelů drog, včetně těch, kteří podstupují substituční léčbu, jelikož předávkování drogami v mnoha případech spustí předchozí zdravotní nebo sociální události a míra úmyslného předávkování může být vysoká (Oliver a kol., 2007).

Dalším náročným úkolem v mnoha zemích je, že se zdravotní a sociální služby zabývají stárnoucí populací dlouhodobých uživatelů drog, kteří mohou být ohroženější předávkováním drog i řadou nepříznivých zdravotních následků. Zejména injekční uživatelé drog mohou ve velké míře trpět somatickými chorobami, hlavně chronickou infekcí jater, které dále zvyšují jejich ohrožení.

⁽¹⁵⁵⁾ Rok 2003 byl vzat jako poslední rok, za který Eurostat poskytl informace o příčinách úmrtí téměř pro všechny členské státy. Podrobné informace o zdrojích, počtech a výpočtech viz tab. DRD-5 ve Statistickém věstníku 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Viz obr. DRD-7 (část ii) ve Statistickém věstníku 2008.

Zvýšené riziko úmrtí vyvolaného drogami po odpykání trestu nebo ukončení léčby

Riziko úmrtí vyvolaného drogami bezprostředně po propuštění z vězení nebo při relapsu po ukončení léčby je podle studií provedených v Evropě i jinde značně zvýšené.

Nedávná studie provedená ve Spojeném království (Anglie a Wales) porovnávala záznamy téměř 49 000 vězňů propuštěných v letech 1998–2000 se všemi úmrtími zaevidovanými do listopadu 2003 (Farrell a Marsden, 2008). Ze 442 úmrtí, k nimž v tomto období ve vzorku došlo, jich většina (59 %) souvisela s drogami. V roce po propuštění činila úmrtnost vyvolaná drogami 5,2 na 1 000 mužů a 5,9 na 1 000 žen. V období bezprostředně po propuštění byla předpokládaná úmrtnost u žen překročena více než 10krát a u mužů více než osmkrát. Úmrtí všech žen a 95 % mužů, k nimž došlo během prvních čtrnácti dnů po propuštění, souvisela s drogami a bylo možné je připsat předávkování drogami nebo obecněji chorobám

v důsledku užívání látek. Evidence koronerů uvádí u 95 % úmrtí vyvolaných drogami přítomnost opiátů, u 20 % benzodiazepiny, u 14 % kokain a v 10 % případů tricyklická antidepresiva.

Studie VEdeTTE v Itálii (Davoli a kol., 2007) pozorovala úmrtnost na předávkování v míře jeden léčený uživatel heroinu na 1 000 a 23 na 1 000 v prvním měsíci po ukončení léčby, což odpovídá 27krát vyššímu riziku úmrtí na předávkování v prvním měsíci po ukončení léčby po upravení o další možné působící faktory.

Navzdory pozorované souvislosti mezi úmrtími vyvolanými drogami a propuštěním z vězení nebo ukončením léčby jen málo zemí systematicky investuje do osvěty vězňů nebo léčených uživatelů v oblasti rizika předávkování. V mnoha zemích také není rozvinuta pokračující péče a rehabilitace uživatelů drog propuštěných z vězení. Zlepšení v těchto dvou oblastech by mohla představovat cenné příležitosti, jak zabránit úmrtím souvisejícím s drogami.



Kapitola 8

Nové drogy a vznikající trendy

Úvod

Užívání nových psychoaktivních látek může mít významné důsledky pro veřejné zdraví a politiku, ale sledování vznikajících trendů je značně náročný úkol. Nové vzorce užívání drog se těžko odhalují, protože obvykle se nejdříve objevují na nízkých úrovních a ve specifických místech nebo u omezených podskupin populace. Jen málo zemí má monitorovací systémy citlivé na tento druh chování a metodické potíže při sledování tohoto druhu užívání drog jsou značné. Nicméně význam určování potenciálních nových hrozeb je široce uznáván a v přímé reakci na to Evropská unie prostřednictvím rozhodnutí Rady o nových psychoaktivních látkách vyvinula systém včasného varování, který představuje mechanismus rychlé reakce na objevení nových psychoaktivních látek na evropské drogové scéně. Činnosti na podporu systému včasného varování tvoří významnou součást práce EMCDDA a zapadají do širší perspektivy využívání různých zdrojů údajů pro zlepšování včasnosti a citlivosti evropského protidrogového monitorovacího systému.

Opatření EU v oblasti nových psychoaktivních látek

Rozhodnutí Rady o nových psychoaktivních látkách ⁽¹⁵⁷⁾ zavádí mechanismus pro rychlou výměnu informací o nových psychoaktivních látkách, které mohou představovat hrozbu pro veřejné zdraví nebo sociální hrozbu. Upravuje také hodnocení rizik spojených s těmito novými látkami, aby se opatření kontroly omamných a psychotropních látek platná v členských státech vztahovala také na nové látky. V květnu 2007 provedl rozšířený vědecký výbor EMCDDA hodnocení rizik nové psychoaktivní látky BZP (1-benzylpiperazin) a zprávu předložil Radě a Evropské komisi ⁽¹⁵⁸⁾. Hodnocení rizik dospělo k závěru, že vzhledem ke stimulačním vlastnostem, zdravotnímu riziku a nedostatečným zdravotním přínosům je zapotřebí BZP kontrolovat, ale kontrolní opatření by

měla odpovídat poměrně nízkému riziku, které látka představuje. V březnu 2008 přijala Rada rozhodnutí, které vymezuje BZP jako novou psychoaktivní látku, jež musí podléhat kontrolním opatřením a trestněprávním normám. Členské státy mají jeden rok, aby přijaly nezbytná opatření v souladu se svým vnitrostátním právem a podrobily BZP kontrolním opatřením přiměřeným rizikům látky a trestním sankcím, jak stanoví jejich právní předpisy, a splnily tak své povinnosti podle Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971.

V březnu 2007 EMCDDA a Europol předložily Komisi zprávu o aktivním sledování 1-(3-chlorofenyl)piperazinu (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. Tato zpráva byla zpracována pouze pro informační účely a dospěla k závěru, že „mCPP se pravděpodobně nestane rekreační drogou jako takovou“ kvůli svým nezřetelným psychoaktivním vlastnostem a určitým nepříznivým účinkům. Jelikož se zdá, že mCPP uživatele nijak zvlášť nepřitahuje, trh s touto látkou v Evropské unii žene vpřed spíše přepis nabídky než poptávky.

V roce 2007 bylo EMCDDA a Europolu poprvé oznámeno 15 nových psychoaktivních látek prostřednictvím systému včasného varování. Skupina nově oznámených látek je rozmanitá a kromě nových syntetických drog obsahuje léčivé přípravky a přirozeně se vyskytující látky. Devět z nově oznámených sloučenin byly syntetické drogy podobné látkám uvedeným na seznamech I a II Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971. Zahrnovaly látky ze známých chemických skupin, jako jsou fenetylaminy, tryptaminy a piperaziny, i látky s méně běžným chemickým složením. Skupina je rovnoměrně rozdělena na látky, které mají výrazné halucinogenní účinky, a na látky, které se vyznačují převážně stimulačními vlastnostmi.

V roce 2007 byly mechanismem výměny informací poprvé oznámeny tři přirozeně se vyskytující látky, mezi nimi šalvěj divotvorná (*Salvia divinorum*), rostlina se silnými psychoaktivními vlastnostmi ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV ze dne 10. května 2005 o výměně informací, hodnocení rizika a kontrole nových psychoaktivních látek (Úř. věst. L 127, 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ https://www.emcdda.europa.eu/publications/risk_assessments/bzp

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Viz část „Nové kontrolované látky“, s. 91.

Nové kontrolované látky

Od ledna 2006 oznámilo 12 zemí rozšíření nebo změny seznamů kontrolovaných látek. Látka mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazin) byla přidána na seznam kontrolovaných látek v šesti zemích (Belgie, Německo, Litva, Maďarsko, Malta, Slovensko) a BZP (1-benzylpiperazin) ve čtyřech zemích (Estonsko, Itálie, Litva, Malta). EMCDDA a Europol aktivně sledují mCPP a BZP bylo podrobeno v roce 2007 hodnocení rizik. Další látky, které začaly být v tomto období kontrolovány, zahrnují halucinogeny DOC (4-chloro-2,5-dimetoxyamfetamin), DOI (4-jodo-2,5-dimetoxyamfetamin) a brom-dracuncul (bromo-benzodifuranyl-isopropylamin) v Dánsku a Švédsku a ketamin v Estonsku.

Kontrolovány se také různé rostliny s psychoaktivními vlastnostmi. Za tímto účelem Belgie restrukturalizovala své právní předpisy o psychotropních látkách, které zahrnují novou kategorii, jež uvádí kontrolované rostliny nebo části rostlin, a nikoliv jen jejich psychoaktivní složky jako dřív. Mezi rostlinami uvedenými na seznamu je katha jedlá (*Catha edulis*) a šalvěj divotvorná (*Salvia divinorum*). Katu jedlou nyní kontroluje v Evropě 11 zemí (hodnocení rizik v roce 2005 ve Spojeném království doporučilo nezařadit ji mezi kontrolované rostliny). V roce 2006 přidalo Švédsko na svůj seznam salvinorin A, hlavní účinnou látku šalvěje divotvorné. Rostlinu od roku 2008 kontroluje také Německo. V tomto období byla na seznam kontrolovaných látek ve Francii přidána iboga (*Tabernanthe iboga*) poté, co její účinnou látku, ibogain, začali kontrolovat v Belgii, Dánsku a Švédsku. A konečně, v reakci na úmrtí související s halucinogenními houbami, Irsko a Nizozemsko odstranily dřívější mezery v zákonech, které umožňovaly prodej a držení čerstvých hub obsahujících psilocin; v Irsku vstoupil tento zákon v platnost v lednu 2006, zatímco v Nizozemsku se jím v době zpracování této zprávy zabýval parlament.

V případě zájmu o další informace je seznam látek kontrolovaných v EU a Norsku uveden v „tabulce látek a klasifikací“ v Evropské databázi zákonů o drogách (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internet – tržiště psychoaktivních látek

Internet umožňuje nahlédnout do světa uživatelů drog prostřednictvím on-line fór a chatovacích místností i stránek on-line obchodů, které prodávají psychoaktivní alternativy kontrolovaných látek. Dostupné informace mohou poskytnout náhled na různé aspekty on-line trhu s drogami, například na pracovní metody on-line obchodů, způsob, jakým reagují na poptávku uživatelů, a nové trendy mezi mladými lidmi. Aby centrum EMCDDA zjistilo současný vývoj na on-line trhu s drogami, provedlo počátkem roku 2008 rychlou studii, která zkoumala 25 on-line obchodů. Výsledky této studie jsou uvedeny zde.

On-line obchody

Objevují se zprávy o rostoucím počtu on-line obchodů, které prodávají psychoaktivní alternativy kontrolovaných drog, jako je LSD, extáze, konopí a opiáty. I když látky nabízené k prodeji on-line obchody jsou často označovány jako „legální opojení“ nebo „rostlinná opojení“, v některých evropských zemích se na tyto drogy vztahují stejné zákony jako na kontrolované drogy a mohou za ně být uloženy stejné sankce.

V Evropské unii má většina on-line obchodů, zjištěných v rychlé studii, sídlo ve Spojeném království a Nizozemsku a v menší míře v Německu a Rakousku. On-line obchody se často specializují na určité typy výrobků souvisejících s drogami, například některé prodávají hlavně drogové náčiní, některé se specializují na halucinogenní houby nebo „párty pilulky“, zatímco jiné prodávají široký sortiment rostlinných, polosyntetických a syntetických látek.

On-line obchody se sídlem v Evropě inzerují více než 200 psychoaktivních produktů. Nejběžnějšími „legálními opojeními“ jsou šalvěj divotvorná (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), havajská růže (*Argyrea nervosa*), halucinogenní houby (EMCDDA, 2006) a různé „párty pilulky“.

Látky nabízené k prodeji mají podle inzerátů účinky podobné kontrolovaným drogám. Šalvěj divotvorná i havajská růže spolu s méně nabízenou povijnicí nachovou (*Ipomoea violacea*) jsou popisovány jako látky, které navozují podobné halucinogenní účinky jako LSD. Kratom se často prodává jako náhrada opiátů, nabízí se různé přípravky jako alternativa konopí a „párty pilulky“ se prodávají jako alternativa

Metodika internetové studie

Pro získání stručných a rychlých informací byl v lednu 2008 prohledán internet pomocí klíčových slov v různých jazycích a vyhledávače Google (<http://www.google.com>). Bylo nalezeno celkem 68 on-line obchodů se sídlem v EU, které prodávaly různé typy „legálních opojení“. Byly rozděleny podle země původu. Pro zjištění země původu byly použity kódy domén zemí EU (např. ES, FR, DE) nebo jiné známky toho, že se obchod nachází v EU (např. kontaktní adresa). Více než polovina obchodů (52 %) se nacházela ve Spojeném království, 37 % v Nizozemsku, 6 % v Německu, 4 % v Rakousku a 1 % v jiných zemích (např. v Irsku, Polsku). K podrobné analýze byl vybrán náhodný vzorek 25 on-line obchodů. Podíl vzorku v každé skupině (země původu) byly v poměru k podílu v celkovém vzorku on-line obchodů. Vyloučeny byly on-line obchody, které prodávaly výlučně pro další prodej, a nikoliv spotřebitelům, a obchody, které prodávaly pouze halucinogenní houby.

MDMA. Nabízené „párty pilulky“ mohou obsahovat rostlinný materiál nebo polosyntetické či syntetické látky. Hlavní složkou syntetických „párty pilulek“ je často benzylpiperazin (BZP), i když se zdá, že on-line obchody mají připravené náhradní látky, až BZP začne podléhat kontrolním opatřením v členských státech EU. Inzerované ceny nabízených látek se pohybují od 1 do 11 EUR za ekvivalent jedné dávky.

Návaznost mezi GHB a jeho prekurzorem GBL

Kyselina gama-hydroxymáselná (GHB) je v Evropě pod dohledem od roku 2000, kdy bylo provedeno hodnocení rizik této látky podle podmínek společné akce o nových syntetických drogách z roku 1997 (EMCDDA, 2002). Z přidání GHB do seznamu IV Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971 v březnu 2001 vyplývá pro všechny členské státy EU povinnost kontrolovat tuto drogu v rámci svých právních předpisů o psychotropních látkách. Nové kontroly rychle omezily dříve volný prodej GHB.

GHB se přirozeně vyskytuje v lidském těle, ale používá se také jako lék a jako rekreační droga. Nelékařské užívání GHB se objevilo na scéně zábavních nočních podniků v některých částech Evropy, USA a Austrálie v 90. letech 20. století, konkrétně v nočních klubech, kde se běžně užívalo mnoho jiných drog. Rychle vyvstaly obavy v souvislosti se zdravotními riziky spojenými s užíváním této látky. Zejména vzniklo znepokojení nad potenciálním tajným přidáváním GHB do nápojů (běžně označováno jako „řezání nápojů“) k usnadnění sexuálních útoků. Pro to však neexistuje dostatek forenzních důkazů a zjištění tohoto činu je obtížné vzhledem ke krátkému časovému rozsahu, kdy lze GHB odhalit v tělních tekutinách. Spojení GHB se sexuálními útoky s použitím drog však možná přispělo k poměrně „negativní image“ této látky (EMCDDA, 2008c).

GBL

Nyní vyvstávají obavy v souvislosti se zprávami o konzumaci gama-butyrolaktonu (GBL), což je prekurzor GHB, který není uveden na seznamu žádné úmluvy OSN o protidrogové kontrole. GBL se v těle rychle přemění v GHB a v současnosti není k dispozici toxikologický test, který by určil, která z těchto dvou látek byla zkonzumována.

GHB lze snadno vyrobit z GBL a 1,4-butandiolu (1,4 BD), které se běžně a legálně používají v mnoha průmyslových odvětvích (např. chemikálie, plasty, léčiva), a jsou tedy k dostání u komerčních dodavatelů. Díky

komerční dostupnosti GBL může být tato droga dostupná obchodníkům s drogami a uživatelům drog za mnohem nižší cenu a s mnohem nižším rizikem, než s jakým se běžně setkávají na trzích s nezákonnými drogami v Evropské unii. Například průměrná cena za gramovou dávku GBL nakoupeného na internetu ve velkém se pohybuje od 0,09 do 2 EUR.

Zdravotní rizika

GHB i GBL mají strmou křivku závislosti odezvy na dávce s rychlým nástupem symptomů, což velice zvyšuje rizika spojená s nezákonným užíváním. Hlavními nežádoucími účinky ve většině oznámených případů intoxikace GHB jsou nevolnost, zvracení a různé stupně sníženého vnímání. Klinické projevy však může zkomplikovat častá přítomnost jiných drog. Nizozemská studie 72 uživatelů GHB uvádí, že většina z nich alespoň jednou ztratila vědomí po užití GHB a někteří ztrácí vědomí často (Korf a kol., 2002). Podle průzkumu uživatelů GHB a GBL ve Spojeném království jsou nežádoucí reakce častější v prostředí klubů než doma (Sumnall a kol., 2008). V Londýně a Barceloně byli pacienti s intoxikací GHB popsáni hlavně jako mladí muži, přičemž většina z nich přichází o víkendech a obvykle současně konzumovala alkohol nebo nezákonné drogy (Miro a kol., 2002; Wood a kol., 2008).

Intoxikace a urgentní příjmy v souvislosti s GHB jsou hlášeny ve vědecké literatuře a centru EMCDDA od konce 90. let 20. století, byť nesystematicky, v Belgii, Dánsku, Španělsku, Lucembursku, Nizozemsku, Finsku, Švédsku, Spojeném království a Norsku. Ačkoliv GHB se na všech intoxikacích drogami, které naléhavě vyžadují zásah nemocničních nebo ambulantních služeb, podílí pouze velmi málo, zdá se, že se toto číslo od roku 2000 zvýšilo. V Amsterdamu byl v roce 2005 podíl žádostí o mimořádnou péči, která vyžadovala převoz do nemocnice, u případů spojených s GHB/GBL vyšší než u jiných drog.

Ve Spojeném království pohotovostní oddělení v jedné londýnské nemocnici – ve spádové oblasti, která zahrnuje kluby, jež se obvykle, ale ne výlučně orientují na scénu gay klubů – zaznamenalo v roce 2006 celkem 158 příjmů v souvislosti s projevy GHB a GBL. I když většina pacientů uváděla konzumaci GHB, chemická analýza vzorků sebraných v nočních klubech ve stejné spádové oblasti v tomtéž časovém období zjistila, že více než polovina vzorků obsahovala GBL, a nikoliv GHB. Z toho vyplývá, že užívání GBL může být běžnější, než jsme se původně domnívali (Wood a kol., 2008).

Vzhledem k rychlému odbourání v těle je obtížné stanovit GHB/GBL jako příčinu intoxikace nebo úmrtí. Navíc

neexistují přesné a srovnatelné systémy pro záznam úmrtí a urgentních případů bez následného úmrtí souvisejících s užitím GHB a jeho prekurzorů.

Řešení

Některé členské státy (Itálie, Lotyšsko, Švédsko) se rozhodly kontrolovat GBL (nebo GBL a další prekurzor 1,4-BD) v rámci právních předpisů o protidrogové kontrole nebo ekvivalentních právních předpisů a ve Spojeném království probíhají diskuse o možných dalších kontrolách. V souladu s právními předpisy Společenství o kontrole prekurzorů je GBL a 1,4-BD uvedeno na seznamu nekontrolovaných látek, pro které ve všech členských

státech existují dobrovolná monitorovací opatření, aby se zabránilo jinému než povolenému průmyslovému využití těchto látek.

Národní a komunitní protidrogové projekty zaměřené na prostředí nočních podniků běžně poskytují intervence za účelem prevence a minimalizace škod v reakci na užívání GHB/GBL. Tyto intervence obvykle spočívají ve školení zaměstnanců klubů a v šíření informací o rizicích užívání GHB a jiných drog. Tyto intervence často probíhají spolu s jinými intervencemi souvisejícími s „klubovými drogami“ a užíváním alkoholu a kombinací různých drog (EMCDDA, 2008e).



Literatura

- 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.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., a kol. (2005), „Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction* 100, str. 981–989.
- Cameron, L. a Williams, J. (2001), „Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?“, *Economic Record* 77, str. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komise OSN pro omamné látky, Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- Coggans, N. (2006), „Drug education and prevention: has progress been made?“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, str. 417–422.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S. a kol. (2007), „Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation“, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. a Sorensen, J.L. (2001), „Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment“, *Drug and Alcohol Dependence* 62 str. 91–95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. A Van Laar, M. (2008), „Estimating the total mortality among problem drug users“, *Substance Use and Misuse* 43, str. 733–747.
- Currie, C. a kol. (eds.) (2008), „Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey“, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, č. 5, Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Kodaň.
- Daly, M. (2007), „Plant warfare“, *Druglink* 22(2), březen–duben.
- Darke, S. a Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods“, *Addiction* 97, str. 1383–1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. a Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. a kol. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study“, *Addiction* 102, str. 1954–1959.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., a kol. (2006), „Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro“, *Revista Española de Salud Pública* 80, str. 505–520.
- DeFuentes-Merillas, L. a De Jong, C.A.J. (2008), „Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie“, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. a Kalelkar, M.B. (2008), „An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007“, *Journal of Forensic Science* 53, str. 452–454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M. a kol. (2003), „A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system“, *Drug and Alcohol Dependence* 72, str. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. a Matic, S. (2007), „Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004“, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 271–280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, Stockholm.
- 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 (2006), *Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007a), *Výroční zpráva za rok 2007: stav drogové problematiky v Evropě*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus č. 16, 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), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights č. 9, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa>).
- EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of public expenditure in Europe*, vybrané téma z roku 2008, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.

- EMCDDA (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EMCDDA (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- Evropská komise (2007a), „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.
- Evropská komise (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, projekt SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. a Marsden, J. (2008), „Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment“, *Addiction* 103, str. 251–255.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. a Wendling, B.W. (2001), „The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse“, *Journal of Health Economics* 20, str. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. a Huber, J.C. (2007), „The creation of evidence in „evidence-based“ drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation“, *Drug and Alcohol Review* 26, str. 585–593.
- Gossop, M., Manning, V. a Ridge, G. (2006), „Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder“, *Addiction* 101, str. 1292–1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. a Treacy, S. (2002), „Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)“, *Addictive Behaviors* 27, str. 155–166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. a Klempova, D. (2008), „Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe“, *Drug and Alcohol Review* 27, str. 236–242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B. a kol. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. a Anderson, J. (2003), „Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, str. 125–134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, předneseno na 2. evropské konferenci o obchodu s drogami a prosazování práva, Paříž, 26.–27. září 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. a Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (dostupné na adrese: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. a Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. a Patton, G.C. (2006), „Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies“, *Addiction* 101, str. 948–958.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, ministerstvo vnitra (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. a Davoli, M. (2008), „Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, č. 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. a Davoli, M. (2004), „Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, č. 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. a Sanchez, M. (2002), „Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate“, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, str. 129–135.
- Morgan, O., Griffiths, C. a Hickman, M. (2006), „Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004“, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1579–1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. a LaRowe, S. (2004), „Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues“, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, str. 101–109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londýn.
- Nordstrom, B.R. a Levin, F.R. (2007), „Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature“, *American Journal of Addiction* 16, str. 331–342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. a Kielland, K.B. (2007), „Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach“, *Drug and Alcohol Dependence* 89, str. 176–182.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. a Vuori, E. (v tisku), „An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia“, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).

- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G. A kol. (2007), „A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose“, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londýn.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. a kol. (2008), „The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life“, *Addiction* 103, str. 439–449.
- Petrie, J., Bunn, F. a Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review“, *Health Education Research* 22, str. 177–191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. a kol. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey“, *Circulation* 103, str. 502–506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P. a kol. (2000), „Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention“, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, str. 233–238.
- Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. a Wiessing, L. (2008), „Guidelines for estimating the incidence of problem drug use“, závěrečná zpráva CT.06.EPI.150.1.0, EMCDDA, Lisabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. a kol. (v tisku), „Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe“, závěrečná zpráva WP 1 k projektu SANCO/2006/C4/02 „Drug policy and harm reduction“ pro Evropskou komisi.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. a Carballo, J.L. (2008), „Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, str. 202–207.
- Stallwitz, A. a Stöver, H. (2007), „The impact of substitution treatment in prisons: a literature review“, *International Journal of Drug Policy* 18, str. 464–474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, str. 286–290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. a Gill, O.N. (2006), „Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison“, *BMC Public Health* 6, str. 170.
- Swift, W., Hall, W. a Copeland, J. (2000), „One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, str. 309–318.
- Szendrei, K. (1997/1998), „Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality“, *Bulletin on Narcotics* XLIX a L, č. 1 a 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C. a kol. (2007), „Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use“, *Lancet* 369, str. 1391–1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň (k dispozici na adrese: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 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.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, Ministerstvo zahraničí USA, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. a Prins, M. (2007), „Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users“, *Addiction* 102, str. 1454–1462.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Světová celní organizace, Brusel.
- Werch, C.E. a Owen, D.M. (2002), „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs“, *Journal of Studies on Alcohol* 63, str. 581–590.
- Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T. a kol. (2008), „Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)“, *Quarterly Journal of Medicine* 101, str. 23–29.
- Zador, D., Mayet, S. a Strang, J. (2006), „Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK“, *International Journal of Epidemiology* 35, str. 1586–1587.
- Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. a Lochman, J.E. (2007), „Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior“, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, str. 33–39.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2008: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství

2008 – 97 pp. – 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-320-8

Jak získat publikace EU

Publikace vydávané Úřadem pro úřední tisky, jež jsou určeny k prodeji, lze objednat na stránkách EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu> u prodejce, kterého si zvolíte.

Můžete také zažádat o seznam prodejců z celosvětové sítě prostřednictvím faxu: (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 sbírá, 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 EMCDDA jsou hlavním zdrojem informací pro širokou škálu zájemců, včetně tvůrců politiky 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 členských státech EU a Norsku a je základním referenčním materiálem pro všechny zájemce o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.

