



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

ISSN 1830-0758

ZPRÁVA ZA ROK VÝROČNÍ 2005

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ



Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2005

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

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, které jsou dostupné prostřednictvím serveru Europa (<http://europa.eu.int>).

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

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

Katalogové údaje jsou uvedeny v závěru této publikace.

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2005

ISBN 92-9168-235-7

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2005

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Belgium

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.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvodní poznámka	9
Komentář – identifikace drogových trendů v Evropě	11
Kapitola 1	
Nejnovější vývoj politiky a legislativy	18
Kapitola 2	
Školy, mládež a drogy	27
Kapitola 3	
Konopí	36
Kapitola 4	
Stimulanty na bázi amfetaminu, LSD a další syntetické drogy	44
Kapitola 5	
Kokain a crack	54
Kapitola 6	
Heroin a nitrožilně užívané drogy	60
Kapitola 7	
Trestné činy a vězeňství	80
Literatura	85



Předmluva

Letošní výroční zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost je doplněna o online prvky, které zahrnují i odkazy na statistický věstník (vycházející již podruhé), který je rozsáhlejší než loni a obsahuje více než 200 zdrojových tabulek kvantitativních údajů, které podrobně popisují drogovou situaci v Evropě.

Již 10 let spolupracuje Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost s členskými státy Evropské unie na zmapování drogového fenoménu v Evropě. Kvantita a kvalita dostupných údajů, na jejichž základě byly vypracovány analýzy zahrnuté do letošní výroční zprávy, odráží nejenom technické úspěchy vědeckých pracovních skupin, které informace poskytují, ale i odhodlání evropských politických činitelů investovat do procesu shromažďování dat a podporovat jej. Dosažené výsledky jsou konkrétním příkladem přínosu spolupráce na evropské úrovni. Členské státy se liší nejenom drogovými problémy, kterým čelí, ale i způsobem, jakým na ně reagují. Navzdory těmto rozdílům však vzniká cosi, co lze považovat za evropský pohled na drogovou problematiku. V současnosti panuje široká shoda, co se týče nutnosti jednat na základě velmi dobrého pochopení situace, sdílet osvědčené postupy a, je-li to možné, společně podniknout kroky, které jsou přínosem pro všechny. Tyto cíle jsou součástí nové protidrogové strategie a akčního plánu EU a zároveň jsou klíčovými tématy této zprávy.

Výroční zpráva se zaměřuje na mnoho důležitých otázek týkajících se dopadu užívání drog jak na občany, tak na komunity, ve kterých žijí. Zpráva upozorňuje na vyvstávající problémy, jimž nyní čelíme, např. na nárůst užívání stimulačních drog, zejména kokainu, v některých částech Evropy či na neustálé zvyšování počtu mladých Evropanů, kteří s drogami experimentují. Je zřejmé, že na

cestě ke zlepšení opatření přijímaných v souvislosti s užíváním drog v Evropě před námi stojí ještě mnoho úkolů. Tato zpráva však poukazuje i na řadu pozitivních trendů, jakým je celkové rozšíření služeb pro osoby s drogovými problémy, ale i stabilizace či dokonce zmírnění některých negativních aspektů souvisejících s drogovou problematikou. Zpráva tedy nejenom upozorňuje na klíčové problémy, před nimiž stojíme, ale naznačuje i kroky, které by mohly vést k efektivnímu řešení problémů souvisejících s drogami na evropské úrovni.

Jsm rádi, že letos opět vzrostl počet údajů poskytnutých novými členskými státy Evropské unie. Zpráva poskytuje přehled nejenom o situaci v rozšířené Evropské unii, ale zahrnuje i údaje z Bulharska, Rumunska a Turecka, jsou-li dispozici, a uvádí několik analýz důležitých změn na mezinárodní úrovni. Vzhledem k tomu, že problematika drog má globální charakter, je třeba evropskou analýzu pojmout v širším kontextu. Nezákonné obchodování s drogami a jejich užívání je neoddelitelně spjato s řadou nejpálčivějších problémů dneška. Užívání drog má dopad na celkové zdraví a vývoj, kriminalitu, bezpečnost jednotlivců i na mezinárodní bezpečnost. Tato zpráva se zaměřuje především na situaci v Evropě, ale nemůžeme si dovolit ignorovat skutečnost, že stojíme před problémem globálního rozsahu.

Marcel Reimen

Předseda správní rady Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost

Wolfgang Götz

Ředitel Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost



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 a členům technických pracovních skupin sítě EMCDDA/Reitox,
- Evropskému parlamentu, Radě Evropské unie – zejména její horizontální pracovní skupině pro drogy – a Evropské komisi,
- Švédské radě pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN), skupině Pompidou Rady Evropy, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu, Světové zdravotnické organizaci, Europolu, Interpolu a Evropskému centru pro epidemiologické monitorování AIDS,
- Překladačskému středisku pro instituce Evropské unie a Úřadu pro úřední tisky Evropských společenství,
- společnosti Prepress Projects Ltd.

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 které 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.eu.int/?nnodeid=1596>



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 2003 (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.

On-line verze výroční zprávy je k dispozici ve 22 jazycích na internetové adrese <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Statistický věstník 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) obsahuje kompletní soubor zdrojových tabulek, z nichž vychází statistická analýza v této zprávě. Rovněž obsahuje další podrobné údaje o použité metodice a přes 100 dalších statistických grafů.

Profily údajů jednotlivých zemí (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) poskytují vynikající grafické shrnutí klíčových aspektů drogové situace v příslušné zemi.

K této zprávě jsou přiloženy tři podrobné studie, které se zabývají těmito otázkami:

- rušení veřejného pořádku související s drogami: trendy v protidrogové politice a opatřeních,
- alternativní tresty: zaměření na problémové drogově závislé pachatele v EU a
- buprenorfin: léčba, zneužívání a postupy při výdeji na předpis.

Tato vybraná témata si můžete přečíst v tištěné podobě i na internetu (<http://issues05.emcdda.eu.int>), avšak pouze v angličtině.

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.eu.int/?nnodeid=435>).



Komentář – identifikace drogových trendů v Evropě

Sestavení obrazu evropské situace

Tato část obsahuje přehled hlavních směrů vývoje a trendů drogové situace v Evropě. Je sestavena z informací získaných z různých zdrojů a při její tvorbě byly vzaty v úvahu silné i slabé stránky důkazů, jež jsou v současné době k dispozici. Součástí letošního komentáře je posouzení toho, jak nové údaje, dostupné v roce 2005, přispívají k našemu pochopení střednědobých až dlouhodobých trendů drogové situace v Evropě.

Problémy s užíváním více druhů drog komplikují pochopení problémů užívání drog a jejich řešení

Ve velké části této zprávy se použitý analytický postup zaměřuje na každou z hlavních užívaných látek. Tento přístup na bázi konkrétní látky je z koncepčního hlediska snadno pochopitelný a jeho další výhodou spočívá v tom, že většina indikátorů užívání drog je založena na behaviorálních ukazatelích pro konkrétní látku. Nevýhodou uvedeného přístupu je zanedbání skutečnosti, že užívání více druhů drog je hlavním faktorem drogových problémů v Evropě. Při analýze vlivu užívání drog na veřejné zdraví je nutné vzít v úvahu složitý obraz vzájemně související konzumace psychoaktivních látek, mezi které též patří alkohol i tabák. Například v Evropě se konopí často kouří s tabákem a tato skutečnost má vliv jak na škodlivé účinky, které budou pravděpodobně souviset s uvedeným chováním, tak i na formování aktivit protidrogové prevence. Toxikologické rozborů úmrtí souvisejících s drogami často odhalí přítomnost několika látek a je známo, že současná konzumace alkoholu zvyšuje rizika spojená s užíváním heroínu i kokainu. Kromě toho platí, že orientace na trendy užívání jedné látky může být zavádějící, pokud je opomíjen vzájemný vztah mezi různými typy drog. V této zprávě jsou například uvedeny některé důkazy o tom, že dostupnost syntetických opiátů se zvyšuje, což je důležitý faktor jakékoli analýzy trendů v užívání heroínu. Stejně tak bude pravděpodobně prozíravé vzít v úvahu možné překrývání trendů v užívání různých stimulantů a v každé analýze zohlednit míru, v níž by zjištěné změny mohly být způsobeny posuny vzorců konzumace.

Souhrnně lze říci, že většina osob, které přicházejí do léčebných center v Evropě, aby se léčily s drogovým problémem, užívá více látek. Je nutné vytvořit lepší metody hlášení těchto důležitých aspektů užívání drog a pochopit, jak užívání více drog ovlivní účinnost zákroků.

Mladí lidé a užívání drog – užívání konopí se zvyšuje, ale objevují se různé vzorce užívání

Užívání drog v Evropě i nadále zůstává ve velké míře jevem, který se týká mladých lidí a především mladých mužů. Údaje z průzkumů populace a průzkumů ve školách poskytují užitečný přehled o způsobu, jímž se vzorce užívání drog v Evropě vyvíjely od poloviny 90. let 20. století. Pro zařazení do výroční zprávy za letošní rok jsou k dispozici údaje z nejnovějšího průzkumného projektu Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), který poskytuje cenný zdroj dat pro monitorování užívání drog školní populací a stanovení časových trendů.

Zkombinujeme-li všechny dostupné údaje, je jasné, že se užívání konopí v jednotlivých zemích značně liší. Přestože v Evropě panoval od poloviny 90. let 20. století většinou vzrůstající trend, v některých zemích je vzorec užívání stabilnější. I když například ve Spojeném království je od 90. let 20. století míra užívání konopí zvláště vysoká, byla během uvedeného období stabilní. Mimo to došlo jen k minimální změně v úrovni užívání konopí v několika zemích s nízkou prevalencí, včetně Švédska a Finska na severu Evropy a Řecka a Malty na jihu. K většině nárůstu užívání konopí zaznamenaného studií ESPAD od roku 1999 došlo v nových členských státech. Analýza údajů ze škol a fakta zjištěná v průzkumech běžné populace svědčí o tom, že podle většiny ukazatelů se Česká republika, Španělsko a Francie připojily ke Spojenému království a vytvořily skupinu zemí s vysokou prevalencí.

V Evropě rostou obavy z negativního vlivu užívání konopí, i když informace o rozsahu, v němž užívání této drogy působí problémy v oblasti veřejného zdraví, jsou nedostatečné. Podle dostupných údajů o žádostech o drogovou léčbu v Evropě je konopí na druhém místě hned za opiáty, i když konopí je motivací pouze 12 % všech žádostí o léčbu a celkový obraz je velmi ovlivněn situací v relativně malém počtu zemí. Údaje o pravidelném a intenzivním užívání konopí jsou nezbytné pro pochopení pravděpodobné souvislosti mezi užíváním konopí a veřejným zdravím, v současné době jsou však tyto informace omezené. I když z dostupných údajů vyplývá, že v Evropě každodenně užívá konopí pravděpodobně až tři miliony lidí, především mladých mužů, není znám rozsah, v jakém by tato skupina mohla mít problémy způsobené užíváním drogy.

Jaká je situace problémových uživatelů drog – klesá počet nových uživatelů heroinu a nových injekčních uživatelů drog?

Jedním z metodicky nejnáročnějších úkolů v oblasti monitorování užívání drog je odhadnout počet lidí, kteří užívají drogy chronicky a zvláště škodlivým způsobem. Pro odhad tohoto typu užívání drog byl vyvinut indikátor problémového užívání drog Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Indikátory problémového užívání drog ve většině zemí EU odrážejí především užívání opiátů a nitrožilní užívání drog. Podle současných odhadů je v EU asi 1,2 až 2,1 milionu problémových uživatelů drog, z nichž 850 000 až 1,3 milionu si pravděpodobně drogy začalo aplikovat nitrožilně v poslední době. Odhady prevalence problémového užívání drog v čase jsou nespolehlivé, což znesnadňuje identifikaci dlouhodobých trendů. V původních patnácti členských státech EU však indikátory zjevně dokládají, že rychlý přírůstek nových uživatelů heroinu, k němuž v mnoha zemích došlo, vyvrcholil počátkem 90. let 20. století a že po té byla situace stabilnější. I když od roku 1999 několik zemí i nadále hlásí nárůst, v poslední době se objevují náznaky toho, že tato situace není všude stejná. Odhady prevalence neposkytují na úrovni EU shodný obraz. Zvláštní zmínku si zaslouží zejména nové členské státy, neboť se zdá, že problémy s heroinem se v nich projeví později a že je jejich situace proměnlivější.

Dalším zdrojem informací pro hodnocení problémového užívání drog je počet úmrtí souvisejících s drogami a počet žádostí o léčbu. Analýza úmrtí souvisejících s drogami (nejčastěji v důsledku předávkování opiáty) svědčí o tom, že oběti jsou ze starší populace. Hlášená úmrtí uživatelů drog mladších 25 let od roku 1996 klesají. Důležitou skutečností je, že údaje z novějších členských států EU, byť omezené, až do nedávné doby dokládaly rostoucí trend podílu úmrtí uživatelů mladších 25 let, i když se zdá, že v současné době došlo k určité stabilizaci. Celkově platí, že i když počet úmrtí souvisejících s drogami v EU zůstává na historicky vysoké úrovni, zdá se pravděpodobné, že vrchol má již za sebou.

Ve většině zemí zůstává heroin hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. V některých zemích lze trendy v užívání heroinu u nových klientů protidrogové léčby historicky sledovat a je patrné, že od roku 1996 došlo k mírnému poklesu jejich absolutních číselných hodnot. Podobně je v některých zemích hlášen trend, který svědčí o stárnutí populace uživatelů opiátů, i když toto zjištění opět nelze aplikovat na všechny země a v některých nových členských státech – opět na základě omezených údajů – se zdá, že uživatelé opiátů, kteří nastupují léčbu

poprvé, jsou relativně mladí. V některých evropských zemích, především v původních patnácti členských státech EU, podíl nitrožilního užívání drogy u uživatelů opiátů, kteří nově požádali o léčbu, již nějakou dobu klesá a v Evropě uvádí nitrožilní aplikaci méně než polovina nových klientů, kteří žádají o léčbu kvůli užívání opiátů. Tento trend obecně neplatí v nových členských státech, kde nitrožilní užívání zůstává i nadále hlavním způsobem aplikace drog používaným uživateli heroinu, kteří nastoupí léčbu.

Stručně řečeno, neexistuje jednoduchá odpověď na otázku, zda je užívání heroinu nebo nitrožilní užívání drog v současné době v Evropě na ústupu. V mnoha ohledech vypadá dnešní obraz – z hlediska nových uživatelů heroinu a nových injekčních uživatelů drog – pozitivněji, než tomu bylo počátkem 90. let 20. století v původních patnácti členských státech EU. Existují důkazy o tom, že situace v mnoha zemích je nyní relativně stabilní, dokonce se objevují známky stárnutí populace, které jsou možná projevem nižšího výskytu. V některých nových členských státech EU, kde došlo ke stupňování problémů s heroinem v poslední době, je však nitrožilní užívání i nadále hlavním způsobem aplikace opiátů. Z dostupných údajů je interpretace současných trendů v užívání heroinu obtížná.

Užívání kokainu a dalších stimulantů – není důvod ke spokojenosti

Evropa zůstává hlavním trhem stimulantů a indikátory svědčí o tom, že v Evropě jako celku stoupá trend užívání amfetaminů, extáze a kokainu. Podle mnoha ukazatelů extáze předstihla amfetamin a stala se druhou nejžádanější drogou v Evropě po konopí. Nejnovější údaje z průzkumů u běžné i školní populace ve Spojeném království, které mělo od 90. let 20. století podle většiny ukazatelů nejvyšší prevalenci užívání extáze a amfetaminů, však svědčí o tom, že míra užívání obou drog pravděpodobně klesá, a to dost dramaticky u amfetaminů a o něco mírněji u extáze. Míry prevalence ve Spojeném království však zůstávají ve srovnání s ostatními zeměmi dost vysoké, i když rozdíl je nyní méně patrný, neboť řada zemí v současné době hlásí obdobné míry užívání, což je podobné situaci v případě konopí, která byla popsána výše.

Prevalence kokainu se v Evropě výrazně liší, ale i zde se zdá, že trend obecně stoupá. Údaje z průzkumů svědčí o tom, že užívání kokainu koncem 90. let 20. století výrazně vzrostlo, a to zvláště ve Španělsku a Spojeném království, a že v poslední době došlo k dalšímu, byť malému, zvýšení. V obou těchto zemích nyní odhady užívání kokainu v poslední době mezi mladými dospělými převyšují odhady užívání extáze a amfetaminů.

Vliv užívání stimulantů na veřejné zdraví v Evropě lze obtížně kvantifikovat, i když důkazy svědčí o tom, že bychom neměli být se současnými vzorci užívání spokojeni. Počet žádostí o léčbu související s kokainem se zvyšuje. I když mezi zeměmi existují velké rozdíly, kokain je důvodem zhruba 10 % všech žádostí o léčbu v Evropě. Užívání cracku, formy kokainu, která výrazně souvisí se zdravotními a dalšími problémy, zůstává v Evropě omezeno. Hlášení o užívání cracku jsou obecně omezena na několik velkých měst, ale v komunitách, kde je tato droga užívána, mohou být výsledné škody velké. Hodnocení řady úmrtí v Evropě souvisejících se stimulanty je znesnadněno několika praktickými a metodickými problémy. I když ve srovnání s počtem hlášených úmrtí spojených s opiáty je množství úmrtí souvisejících se stimulanty malé, může se zvyšovat a oznámené údaje jsou pravděpodobně nižší než ve skutečnosti. Ačkoli jsou údaje v současné době velmi omezené, několik zemí uvádí, že kokain hraje rozhodující roli asi v 10 % všech úmrtí souvisejících s drogami. Úmrtí související s extází jsou ve většině zemí EU i nadále vzácná, i když postupy hlášení by mohly být zkvalitněny.

Nepodlehnutí světovému trendu: v Evropě se neprojevují známky významných problémů s metamfetaminem

Metamfetamin je droga, o níž je známo, že souvisí se závažnými zdravotními a sociálními problémy. V celosvětovém měřítku panují velké obavy z rostoucích problémů s metamfetaminem a zdá se, že míra užívání je vysoká nebo se zvyšuje v USA, Austrálii, některých částech Afriky a ve většině jihovýchodní Asie. V Evropě je užívání metamfetaminu dosud omezeno na Českou republiku, která má s touto drogou dlouhodobý problém. Z jiných evropských zemí přicházejí jen sporadická hlášení o dostupnosti metamfetaminu, občasná hlášení o jeho záchytech a někdy se objeví zmínka o dovozu metamfetaminu z České republiky do sousedních zemí. Vzhledem k tomu, že mnoho evropských zemí má však silné vazby na části světa, kde existují problémy s metamfetaminem, a vezmeme-li v úvahu rostoucí charakter evropského trhu se stimulanty, nelze možnost šíření metamfetaminu ignorovat, a proto se i nadále jedná o oblast, které je nutné věnovat pozornost.

Rozšiřování a rozvoj služeb pro osoby s drogovými problémy

Služby pro osoby s drogovými problémy mohou mít pozitivní vliv na individuální uživatele drog, ale i na komunitu, v nichž žijí. Tuto skutečnost uznává mnoho národních protidrogových politik a závazek rozšířit služby

pro osoby s drogovými problémy je součástí starých i nových akčních plánů boje proti drogám. I když je obtížné komplexně mapovat rozsah poskytování služeb osobám s drogovými problémy v Evropě, několik indikátorů jasně dokládá, že se výrazně zvýšilo poskytování léčby i určitých forem snižování škodlivých účinků drog. Zároveň platí, že charakter a rozsah různých typů služeb se v jednotlivých zemích výrazně liší. Jednou z oblastí poskytování služeb, která se během uplynulého desetiletí výrazně rozvinula, je opiátová substituční léčba, a to zvláště v zemích s relativně vysokou úrovní nitrožilního užívání heroínu. Metadon se v Evropě podílí téměř na 80 % substituční léčby a více než 90 % substituční léčby ve specializovaných zařízeních. Stále populárnější variantou farmakologické léčby se však stává buprenorfin a v Evropě se na substituční léčbě pravděpodobně podílí asi 20 %. (Další informace o užívání této drogy naleznete v části „Buprenorfin: léčba, zneužívání a postupy při výdeji na předpis“ – „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, tj. v části vybraných témat, která je doplňkem této zprávy.) V současné době se odhaduje, že počet osob, které se účastní drogové substituční léčby, v Evropě činí více než 500 000. Uvedený odhad by svědčil o tom, že do substituční léčby může být zapojena čtvrtina až polovina uživatelů s problémovou závislostí na opiátech.

Substituční léčba není jedinou možností pro osoby s problémovou závislostí na opiátech, o dalších léčebných přístupech však nejsou k dispozici údaje postačující pro zpracování spolehlivých odhadů poskytování této léčby na úrovni EU. Při vývoji modelů péče o osoby s problémovou závislostí na opiátech bylo dosaženo významného pokroku a rozsah důkazů pro posouzení účinnosti v této oblasti je relativně velký. Situace je odlišná u uživatelů dalších typů drog, kteří se v Evropě léčby účastní stále více. Podstatně menší konsensus panuje v otázce odpovídajících možností léčby uživatelů, kteří vyhledají léčbu z důvodu problémů například s užíváním stimulantů nebo konopí. Je pravděpodobné, že vývoj možností účinné léčby pro tyto typy klientů bude stále důležitějším úkolem.

Užívání drog, infekce HIV a AIDS – intervence jsou stále dostupnější a mohou ovlivňovat celkové trendy

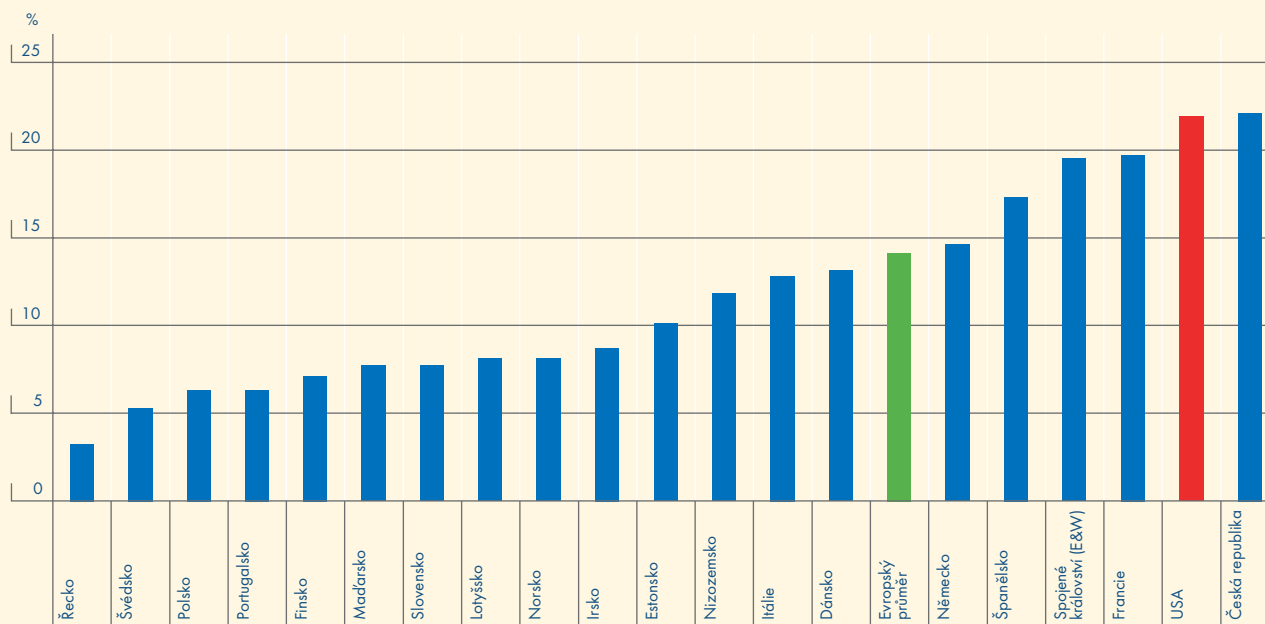
Rozšíření léčby není jedinou oblastí, v níž se služby pro problémové uživatele drog zlepšily. Programy výměny jehel a stříkaček, které poskytují injekčním uživatelům drog sterilní vybavení, v současnosti existují prakticky ve všech členských státech EU a ve většině zemí panuje střednědobý trend zvyšovat rozsah aktivit a jejich geografické pokrytí. V některých členských státech mohou hrát důležitou roli při rozšíření pokrytí tohoto typu programů lékárny.

Užívání drog v Evropě je i nadále nižší než v USA – ale odhady prevalence jsou nyní v některých oblastech podobné

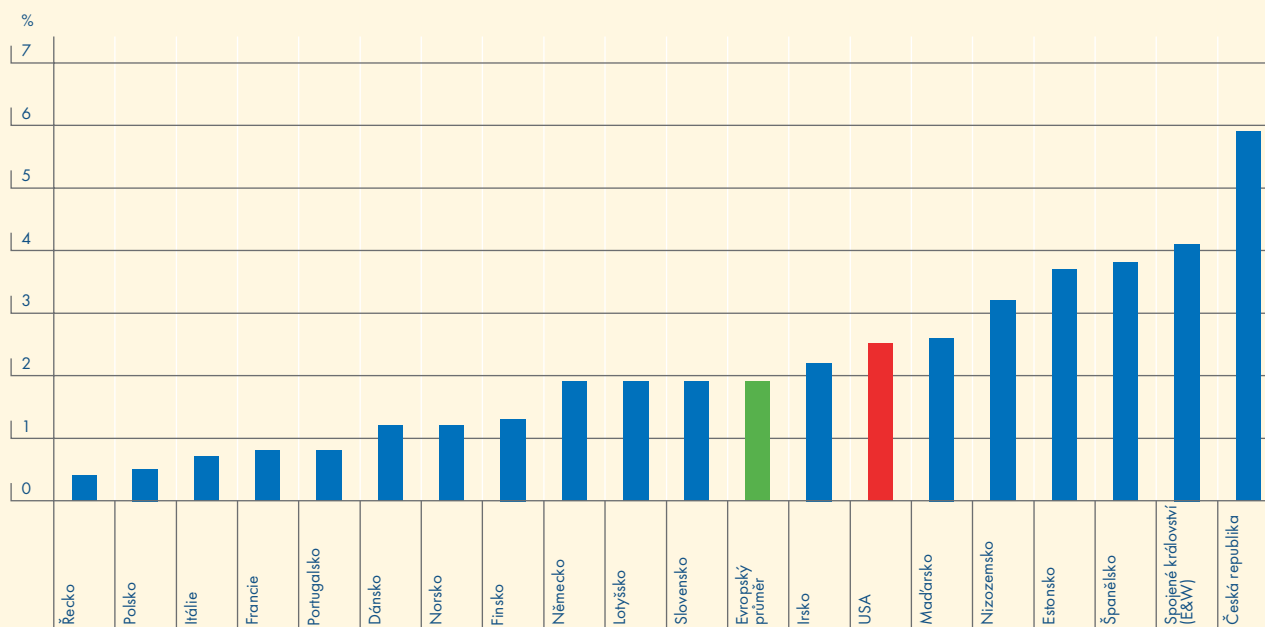
Úroveň užívání drog v USA je historicky podstatně vyšší, než je tomu v evropských zemích. Ve velké míře to platí i dnes, ale srovnání údajů o užívání v poslední době (prevalence v minulém roce) svědčí o tom, že v několika evropských zemích je úroveň užívání konopí, extáze a kokainu mezi mladými dospělými podobná úrovni užívání v USA (viz obrázek). Pokud jde o užívání extáze mladými dospělými v poslední době, jsou odhady v USA nižší než odhady v několika evropských zemích, což pravděpodobně odráží výraznou souvislost s historickým vývojem užívání této drogy v Evropě. Celkově však zůstává průměr populace v EU podle všech ukazatelů nižší než v USA. V mnoha evropských zemích došlo k všeobecnému rozšíření užívání drog později než v USA a tato skutečnost se může odrážet ve vyšších odhadech celoživotní prevalence v USA (viz obrázky 1, 2 a 3 ve Statistickém věstníku 2005), které lze do jisté míry chápat jako kumulativní indikátory úrovně užívání v čase.

Míra prevalence v minulém roce v užívání konopí, extáze a kokainu mladými dospělými (15–34 let) v Evropě a v USA

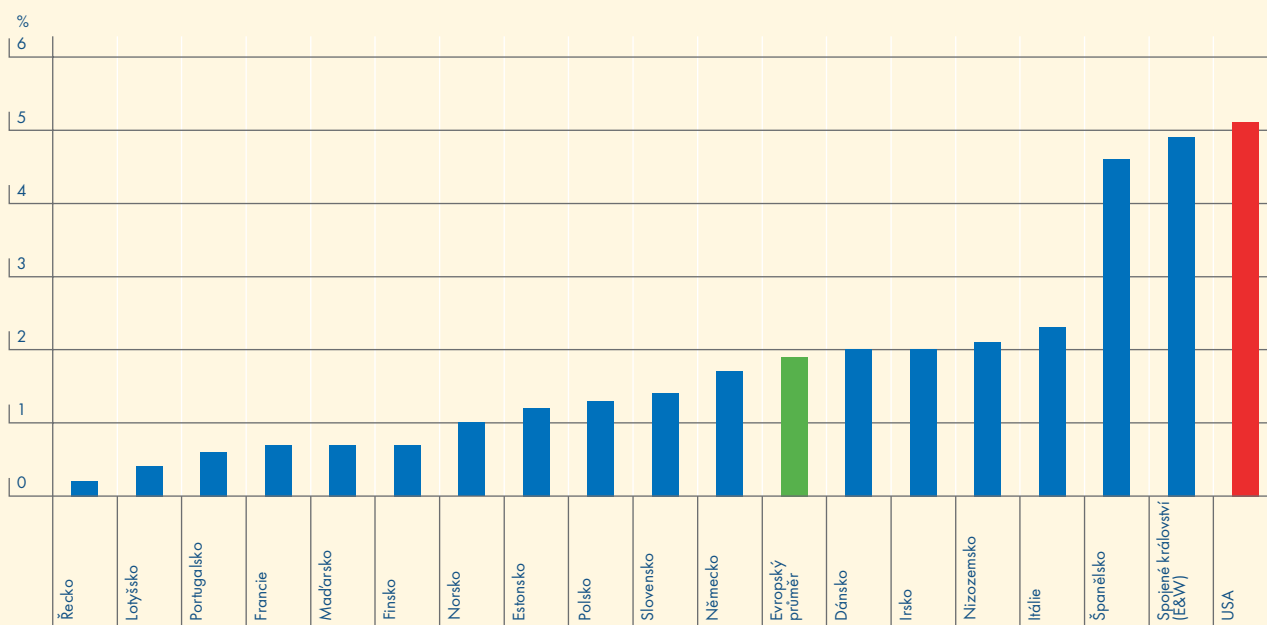
Užívání konopí mladými dospělými (15–34 let) v poslední době (minulý rok)



Užívání extáze mladými dospělými (15–34 let) v poslední době (minulý rok)



Užívání kokainu mladými dospělými (15–34 let) v poslední době (minulý rok)



Poznámka: V USA byl průzkum proveden v roce 2003 a mladí dospělí tam představují věkovou skupinu od 16 do 34 let, přepočítáno z původních údajů. V evropských zemích se většina průzkumů (17 z 19) uskutečnila v letech 2001–2004 a věkové rozmezí pro mladé dospělé je stanoveno na 15–34 let (v některých zemích spodní hranice představuje 16 nebo 18 let). Evropská průměrná míra prevalence byla vypočítána z váženého průměru hodnot národních prevalencí s ohledem na procentuální zastoupení 15–34letých v populaci příslušné země (2001, údaje Eurostatu).

Zdroje: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo).

Evropa: Tabulka GPS-11 ve Statistickém věstníku 2005 EMCDDA. Vychází z národních zpráv zemí zapojených do sítě Reitox (2004).

Specializované programy jsou často integrovány do širších služeb pro osoby s drogovými problémy, zvláště formou nízkoprahových zařízení, a jako takové jsou často považovány za způsob budování kontaktu s aktivními uživateli drog a možná i za umožnění přístupu k léčbě a dalším službám.

Obecně platí, že výskyt AIDS v důsledku nitrožilního užívání drog již po nějakou dobu klesá. Heterosexuální kontakt nyní předstihl nitrožilní užívání drog jako nejrizikovější faktor šíření AIDS v Evropě. Může to být dáno rostoucí dostupností vysoce účinné antiretrovirové léčby od roku 1996, rozšiřováním léčby a minimalizace škodlivých účinků drog a klesajícím počtem injekčních uživatelů drog ve většině postižených zemí. Odhady Světové zdravotnické organizace svědčí o tom, že ve většině evropských zemí má přístup k vysoce účinné antiretrovirové léčbě 75 % osob, které ji potřebují. Odhaduje se však, že její rozšíření je v řadě pobaltských zemí nedostatečné, což se pravděpodobně odráží v nárůstu nových případů AIDS u injekčních uživatelů drog, minimálně v některých zemích regionu. Kdysi počet osob nově infikovaných HIV v některých pobaltských zemích dramaticky vzrostl, ale v poslední době stejně dramaticky poklesl, což je pravděpodobně způsobeno saturací nejvíce ohrožených

populací. Kromě toho může mít na některé oblasti vliv zvýšení poskytování služeb.

Ve většině nových členských států EU zůstávají míry prevalence HIV nízké stejně jako v mnoha zemích původních patnácti členských státech. Ve většině zemí EU, kde byly míry prevalence HIV injekčních uživatelů drog historicky vysoké, došlo k významnému poklesu a poté ke stabilizaci. Nelze říci, že tyto problémy zmizely: i přes metodické obtíže, které znesnadňují interpretaci trendů na národní úrovni, některé studie z poslední doby uvádějí nový přenos onemocnění v některých subpopulacích injekčních uživatelů drog a zdůrazňují, že je nutné této oblasti věnovat pozornost i nadále.

Souhrnné zprávy o zákonných postizích za držení nebo užívání drog

Na evropské úrovni je velký nedostatek srovnatelných údajů o většině aspektů vztahu mezi drogami a kriminalitou. Hlavní výjimkou je porušení protidrogových právních předpisů. Jedná se o hlášené trestné činy, při nichž dojde k porušení legislativy pro kontrolu omamných látek. I když je srovnání jednotlivých zemí nutné provádět opatrně, zdá se, že od konce 90. let 20. století do roku 2003 v mnoha zemích EU počet trestných činů porušení

protidrogových právních předpisů vzrostl. Zvýšení bylo zvláště významné v některých nových členských státech. Ve většině zemí se velká část hlášení týkala držení nebo užívání drog. Ve většině členských zemí se na velké části trestných činů podílí konopí a od roku 1998 se ve většině zemí podíl trestných činů, na nichž má podíl konopí, buď zvýšil, nebo zůstal na stejné úrovni. Naopak podíl trestných činů souvisejících s heroinem v mnoha zemích poklesl.

V mnoha evropských zemích panuje rostoucí obava z většího vlivu užívání drog na komunity, kde k němu dochází. Otázky bezpečnosti veřejnosti a expozice mladých lidí drogám patří mezi nejčastěji uváděné obavy, které lze sloučit do kategorie nazvané „rušení veřejného pořádku související s drogami“. Této otázce se podrobně věnuje část vybraných témat, která jsou doplňkem výroční zprávy. Téma trestního soudnictví je dále zpracováno v části věnované posouzení strategií přechodu od trestů odnětí svobody osob s drogovými problémy k léčbě: („Alternativní tresty: zaměření na problémové drogově závislé pachatele v EU“ – „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“).

Vývoj protidrogové politiky – některé společné prvky jsou zjevné, ale v kontextu respektování národních rozdílů

Jak znění této zprávy jasně dokládá, v Evropě existují výrazné rozdíly mezi členskými státy jak v drogových problémech, kterým čelí, tak v politice, rozsahu a charakteru opatření. Přesto má drogová situace většiny zemí určité společné prvky. Na politické úrovni vyjadřují členské státy obecný politický závazek vytvořit vyvážené a vědeckými důkazy podložené řešení v souladu s mezinárodními závazky, a i když uznávají, že za protidrogovou politiku i nadále zodpovídají jednotlivé státy, berou též v úvahu přínosy, které mohou vzniknout lepší koordinací na evropské úrovni. Uvedené aspirace jsou vyjádřeny v protidrogové strategii a akčních plánech EU. I když protidrogová strategie a akční plán EU (2000–2004) nedosáhly všech stanovených náročných cílů, jsou důkazem důležitého vývoje způsobu, jakým mohou členské státy, instituce EU a specializované agentury společně pracovat na koordinaci a měření pokroku dosaženého na poli drog. Cílem nové protidrogové strategie EU na období 2005–2012 je pokročit v této oblasti dále.



Kapitola 1

Nejnovější vývoj politiky a legislativy

Úvod

Vývoj politiky v oblasti drog ve členských státech EU je nevyhnutelně různorodý a je odrazem různých přístupů na národní a evropské úrovni. Tato skutečnost však nevylučuje existenci společných prvků, které si zasluhují rozbor.

Ve vykazovaném období je nejdůležitějším prvkem způsob, jakým jsou protidrogové strategie v různých členských státech hodnoceny. Zavádění národních protidrogových strategií je hodnoceno v několika zemích EU. I když účinky hodnocení protidrogové politiky jako celku ještě nelze stanovit, hodnocení již poskytlo některé slibné výsledky: nyní lépe chápeme úspěchy a neúspěchy a v některých případech bylo v důsledku hodnocení přiděleno více zdrojů, což umožnilo dosažení dosud nerealizovaných cílů strategie. Kromě toho hodnocení strategie a akčního plánu EU na období 2000–2004 představuje první výsledek důležitého procesu, v němž členské státy, instituce EU a specializované agentury spolupracují, aby posoudily pokrok v oblasti drog. Další vývoj politiky, k němuž došlo během vykazovaného období, zahrnuje snížení trestů za užívání drog v některých zemích a zvýšení trestů za nezákonný obchod s drogami a drogové trestné činy ohrožující nezletilé.

Strategický přístup k protidrogové politice v Evropské unii

Protidrogová strategie EU na období 2005–2012 přijatá Evropskou radou v prosinci roku 2004 bere v úvahu výsledky závěrečného hodnocení pokroku dosaženého za předchozí období (2000–2004). Jejím cílem je zvýšit hodnotu národních strategií. Při tom respektuje principy subsidiarity a proporcionality stanovené ve smlouvách. Pro EU stanoví dva obecné cíle, které se týkají drog:

- dosáhnout vysoké úrovně ochrany zdraví, blaha a společenské soudržnosti tím, že doplňuje činnost členských států v zájmu prevence, snižování užívání drog, závislosti, jakož i poškození zdraví a společnosti souvisejícího s užíváním drog,

- zajistit vysokou úroveň bezpečnosti pro širokou veřejnost přijímáním opatření proti výrobě drog, jejich nabídce a přeshraničnímu obchodování s drogami a zesílením preventivních opatření proti drogové kriminalitě prostřednictvím účinné spolupráce mezi členskými státy.

Tyto dva cíle zahrnují šest priorit stanovených v Protidrogové strategii EU na období 2000–2004. Nová strategie znovu využívá integrovaný, multidisciplinární a vyvážený přístup kombinování opatření za účelem snížení drogové poptávky i nabídky. Soustředí se na tyto dvě oblasti politiky a na dvě průřezová témata – „mezinárodní spolupráci“ a „informace, výzkum a hodnocení“ – a na „koordinaci“.

V únoru 2005 Evropská komise předložila Evropskému parlamentu a Evropské radě Sdělení o Protidrogovém akčním plánu EU (2005–2008). Při vypracování návrhu tohoto akčního plánu byly konzultovány EMCDDA a Europol. Komise rovněž konzultovala občanskou společnost. Akční plán, který bere v úvahu výsledky hodnocení předchozího plánu, je navržen tak, aby byly pro každý krok jasně označeny zainteresované subjekty a specifikovány nástroje, ukazatele a údaje hodnocení potřebné pro jeho dosažení. Takový postup by měl usnadnit následné monitorování kroků a zároveň poskytnout účinnější vodítko při realizaci plánu. Před navržením plánu na období 2009–2012 Komise akční plán každoročně zreviduje a posoudí jeho důsledky.

Většina členských států přijala po vzoru EU národní protidrogové strategie. Z 29 zemí zahrnutých v této zprávě jich 26 uskutečňuje svou národní protidrogovou politiku v souladu s národním plánem, strategií nebo podobným dokumentem. Pokud jde o zbývající část zemí, v Itálii byl národní plán schválen Národním výborem pro koordinaci protidrogových aktivit v březnu roku 2003 a je projednáván regiony a autonomními provinciemi; Malta a Rakousko uvedly, že v době zpracování této zprávy právě probíhalo vypracování návrhu a přijetí národní protidrogové strategie (1).

Nové národní protidrogové strategie byly přijaty v sedmi zemích EU (viz tabulka 1). Zdá se, že všechny národní

(1) Další informace a definice naleznete na internetových stránkách EMCDDA (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

protidrogové strategie členských států přijímají princip, že by protidrogová politika měla být globální a multidisciplinární, což je v souladu s postojem EU k drogám. V obsahu národních strategií různých zemí však mohou existovat zásadní rozdíly, a to například v zavádění opatření, která se mohou i přes použití stejné terminologie lišit – v důležitosti hodnocení ve strategiích, která se může pohybovat od vysoké až po marginální; a dokonce i v přijetí či nepřijetí důležitých politických přístupů, jako je snižování škodlivých účinků drog. V 26 hodnocených dokumentech, které stanoví protidrogovou politiku nebo strategii⁽²⁾, je snižování škodlivých účinků drog otázkou, v níž panuje největší rozdíl v názorech: důležitou roli hraje ve 12 dokumentech, je součástí diskuse na jiné téma v devíti dokumentech a pět dokumentů se o ní vůbec nezmiňuje.

První výsledky hodnocení protidrogových strategií

Během období, jež zahrnuje tato zpráva, byla hodnocena Protidrogová strategie EU (2000–2004). Rada pro spravedlnost a vnitřní věci na svém zasedání, které se konalo ve dnech 25. – 26. října 2004, přezkoumala

zprávu Komise o konečném vyhodnocení⁽³⁾. Jejím cílem bylo posoudit míru, v níž akční plán naplnil cíle protidrogové strategie, a vliv protidrogové strategie a akčního plánu na drogovou situaci v EU. Rovněž přispěla k diskusi, která vedla ke schválení⁽⁴⁾ nové protidrogové strategie. Komisi v jejím úkolu hodnocení pomáhal řídicí výbor (vytvořený z Komise, čtyř členských států předsedajících EU v letech 2003–2004, EMCDDA a Europolu). Vážné omezení tohoto postupu představovala absence přesných a kvantifikovatelných operativních cílů.

Sdělení o konečném vyhodnocení a jeho přílohy⁽⁵⁾ vyzdvihlo hlavní úspěchy dosažené v boji proti drogám na národní úrovni i na úrovni EU a dále oblasti, v nichž je nutné dosáhnout dalšího pokroku. Zdůraznilo, že bylo dosaženo pokroku ve snižování výskytu zdravotních problémů souvisejících s drogami (včetně infekce virem lidské imunodeficiency (HIV), hepatitidy), počtu úmrtí souvisejících s drogami (cíl 2 protidrogové strategie EU) a zvláště zlepšení dostupnosti léčby (cíl 3). Pokud jde o cíl 1, omezení užívání drog, nebyl zjištěn významný pokrok. Též nebyl zjištěn žádný pokles dostupnosti drog (cíl 4). Zdá se však, že cíle 4 a 5 byly společným katalyzátorem několika iniciativ na úrovni EU, které posílily opatření výkonu práva v boji proti

Tabulka 1: Nové národní protidrogové strategie

Země	Název	Harmonogram nebo datum přijetí	Cíle	Kvantifikovatelné cíle	Ukazatele plnění	Odpovědnost za realizaci	Rozpočet na realizaci
Estonsko	Národní strategie prevence drogové závislosti	2004–2012	✓	✓	✓	Není uvedeno	Není uvedeno
Estonsko	Akční plán strategie zaměřený na stanovené cíle	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Francie	Akční plán boje proti nelegálním drogám, tabáku a alkoholu	2004–2008	✓	✓	✓	Není uvedeno	✓
Kypr	Národní protidrogová strategie	2004–2008	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	Není uvedeno	✓ ^(†)
Litva ⁽¹⁾	Strategie národního programu prevence drogové závislosti	2004–2008	✓	Není uvedeno	✓	✓	✓
Lucembursko	Strategie a akční plán boje proti drogám a drogové závislosti	2005–2009	✓	✓ ^(†)	✓	✓	✓
Slovensko ⁽¹⁾	Usnesení o národním programu v oblasti drog	2004–2009	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	✓	✓
Finsko	Akční program protidrogové politiky	2004–2007	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	✓	Není uvedeno

Poznámka: Není uvedeno: údaje nejsou k dispozici.

⁽¹⁾ Údaje poskytnuty pracovníky národních kontaktních míst.

⁽²⁾ Kvantifikovatelné cíle v lucemburské strategii pro snížení nabídky drog nejsou k dispozici.

⁽³⁾ Kyperská strategie uvádí, že budou dány k dispozici finanční a lidské zdroje, aby bylo možné splnit cíle strategie – text neobsahuje žádné konkrétní číselné údaje.

⁽²⁾ Pro Maltu, Slovensko a Turecko nejsou o tomto tématu žádné informace.

⁽³⁾ KOM (2004) 707 v konečném znění.

⁽⁴⁾ Evropská rada (16. – 17. prosince 2004) – závěry.

⁽⁵⁾ Též společný dokument EMCDDA a Europolu – Statistical Snapshot (1999–2004) (Stručný statistický přehled (1999–2004))

(<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

obchodu s drogami a nabídce drog. V době plnění plánu vzniklo několik zásadních iniciativ v boji proti praní špinavých peněz (cíl 6.1) a iniciativ usilujících o prevenci zneužívání prekurzorů drog (cíl 6.2), a to především prostřednictvím novelizace právních předpisů Společenství upravujících kontrolu obchodu s prekurzory drog.

Sdělení rovněž zdůraznilo nutnost dalšího výzkumu, například biomedicínských, psychosociálních a dalších faktorů, které jsou určující pro užívání drog a drogovou závislost. Výzkum by měl probíhat zvláště v oblastech, kde dosud není k dispozici dostatek informací (např. dlouhodobé užívání konopí nebo syntetických drog). Byla zdůrazněna nutnost pravidelně konzultovat formulování protidrogové politiky EU s občanskou společností. Komise rovněž doporučila rozšíření strategie EU z pěti na osm let, aby pokrývala období dvou po sobě jdoucích akčních plánů EU s cílem umožnit realizaci iniciativ a jejich sladění se strategickými cíli.

Za zmínku stojí několik hodnocení provedených na národní úrovni v tomto sledovaném období. Zvláště zajímavá jsou hodnocení provedená zeměmi, které přijaly „strukturovanější“ přístup ke svým národním protidrogovým strategiím, jejichž prvky lze shrnout jako formální dokumentování cílů, definování a kvantifikace cílů, určení orgánu odpovědného za realizaci a stanovení termínu, do kterého mají být cíle dosaženy. Tento přístup usnadňuje zemím zpracování zpráv o úkolech, které byly splněny, umožňuje identifikovat problematické otázky a podle potřeby přijmout vhodná opatření.

Příklady takového přístupu lze nalézt ve strategiích České republiky, Irska, Lucemburska, Polska a Portugalska, kde hodnocení národních protidrogových strategií odhalilo nebo může odhalit úspěšná opatření i nesplněné úkoly, kterým je třeba se dále věnovat. Příklad toho, jak může strukturovaný přístup pomoci při hodnocení dosaženého pokroku, lze nalézt v hodnocení portugalské národní protidrogové strategie provedeném v roce 2004. Externí hodnotitelé došli k závěru, že bylo dosaženo pokroku při plnění některých ze 30 hlavních cílů portugalského akčního plánu. Zcela splněno bylo 8 cílů a částečně splněno bylo 10 cílů. Nedostatek informací však znamenal, že hodnocení dalších cílů bylo obtížné a 5 cílů bylo hodnoceno jako nesplněné. V Německu byl vytvořen řídicí výbor (Národní rada pro drogové závislosti), který vydal pokyny k plnění akčního plánu pro rok 2003 a monitoroval dosažené výsledky.

Přijetí národní protidrogové strategie nebo hodnocení úspěchu předchozí strategie vedlo v některých zemích ke zvýšení protidrogového rozpočtu. Například v Řecku došlo

opakovaně ke zvýšení výdajů na zdravotnické služby; v Maďarsku byly mobilizovány finanční zdroje pro financování dosud nerealizovaných součástí strategie; a v Lucembursku se protidrogový rozpočet Ministerstva zdravotnictví zvýšil z cca 1 milionu eur v roce 1999 na téměř 6 milionů eur v roce 2004. Ve všech členských státech však výdaje z veřejného rozpočtu na protidrogovou problematiku představují pouze malou část celkových veřejných výdajů (0,1 až 0,3 %). Tato skutečnost může částečně vysvětlit zjištění, že v EU neexistuje přímá vazba mezi ekonomickým růstem, s ním souvisejícími změnami v celkovém rozpočtu a změnami ve výši veřejných výdajů věnovaných na řešení drogové problematiky.

V několika zemích EU výdaje na omezení nabídky drog i nadále představují velkou část veřejných výdajů (odhadem 68–75 % celkových výdajů souvisejících s drogami) ⁽⁶⁾. V několika zemích, včetně Malty a Lucemburska, však částka věnovaná na snížení poptávky byla zřejmě vyšší než výdaje na snižování nabídky (výdaje na snižování poptávky na Maltě představovaly 66 % a v Lucembursku 59 % celkových protidrogových výdajů). Není však jasné, zda uváděné rozdíly v přidělovaných rozpočtových částkách představují zásadní rozdíl v prioritách v oblasti politiky nebo odrážejí systematickou chybu při shromažďování údajů.

I nadále zůstává problémem nedostatečná dostupnost informací o přímých veřejných výdajích na řešení drogové problematiky. Existují však známky toho, že s rostoucím akademickým zájmem o tuto oblast ⁽⁷⁾ roste i politický závazek identifikovat a popsat veřejné výdaje související s drogami, aby bylo možné zařadit protidrogové výdaje jako klíčový prvek do hodnocení nákladů a výnosů. EMCDDA nyní spolu se sítí Reitox a Evropskou komisí vyvíjí metodiku, která umožní vytvořit odpovídající a spolehlivý odhad veřejných výdajů souvisejících s drogami v rámci EU tak, jak to vyžaduje akční plán EU pro rok 2005.

Tento první proces hodnocení na národní a evropské úrovni představuje cenný mechanismus zpětné vazby, který informuje rozhodovací orgány o rozsahu, v němž byla jejich rozhodnutí realizována, a o příslušných nákladech a umožní jim vyvinout vyšší úsilí v těch oblastech, kde byly zjištěny problémy nebo kde hodnocení vedlo k nepříznivým zjištěním. I když ještě nejsou k dispozici nepochybné důkazy o vlivu národních protidrogových strategií na drogový fenomén jako celek (EMCDDA, 2004a), je přístup „počítání skóre“ pozitivním znamením a doufáme, že vyvolá v Evropě obecný trend vedoucí k podrobnému hodnocení každé národní protidrogové strategie.

⁽⁶⁾ Viz vybrané téma „Veřejné výdaje v oblasti snižování drogové poptávky“ („Public expenditure in the area of drug-demand reduction“) ve výroční zprávě EMCDDA za rok 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

⁽⁷⁾ V Belgii, Španělsku, Francii, Lucembursku, Nizozemsku, Finsku, Švédsku a Spojeném království – podrobné údaje viz internetové stránky EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>)

Debaty v národních parlamentech a sdělovacích prostředcích

Obavy společnosti z drogového fenoménu se odrážejí ve sdělovacích prostředcích a parlamentních debatách. Během období, které tato zpráva pokrývá, byla mezi údaji o parlamentních debatách obsažených v národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox nejčastěji uváděna témata „snižování škodlivých účinků drog“ nebo intervence, které spadají do této kategorie, „užívání konopí“ a „drogová kriminalita a s ní související úpravy protidrogových zákonů“.

Výhody a nevýhody substitučních terapií a opatření pro snižování škodlivých účinků drog ve srovnání s přístupy nulové tolerance k drogám podnítily parlamentní debaty v České republice, Estonsku, Francii, Irsku a Norsku. Mezi témata prudké politické debaty patřil i návrh, aby byl švédský program výměny stříkaček zaveden jako program trvalý, i když by probíhal za přísně kontrolovaných podmínek, a aby byly dočasně zřízeny místnosti pro nitrožilní aplikaci v Norsku (další informace o zvoleném tématu naleznete v části národní legislativa a rušení veřejného pořádku).

Důležitým tématem debaty zůstalo konopí, a to zvláště v Německu, kde byla hlavní pozornost věnována užívání konopí mladými lidmi, a v Lucembursku a Portugalsku, kde byl vznesen návrh, že by konopí mělo být zpřístupněno na lékařský předpis. Užívání konopí nebo obecněji užívání drog ve školách a mladými lidmi bylo častým předmětem zpráv sdělovacích prostředků v Belgii, České republice a Německu, na Kypru a v Lucembursku a Rakousku. V Nizozemsku byla pozornost sdělovacích prostředků věnována uváděnému zvýšení koncentrace tetrahydrocannabinolu (THC) v pěstovaném konopí („nederwiet“) a možným zdravotním důsledkům užívání vysoce účinného konopí. V Polsku bylo látkou, která byla v médiích nejčastěji zmiňována, konopí, neboť bylo uvedeno v 865 z celkem cca 2 500 případů, kdy se hovořilo o drogách. Návrhy právních předpisů obhajující jeho legalizaci byly předloženy v Belgii, Dánsku a v některých městských radách v Nizozemsku (s cílem řešit „problém pokoutního obchodu“⁽⁸⁾). Tyto návrhy vyvolaly silný a veřejný odpor většiny členů parlamentu a ministrů vlád.

Možnost změn protidrogové legislativy přilákala pozornost médií a vyvolala politickou debatu ve Francii a Itálii. Ve Francii bylo upuštěno od návrhu nahradit tresty odnětí

svobody za užívání drog pokutami z důvodu obav, že by taková změna byla „interpretována jako známka toho, že drogy nejsou příliš nebezpečné“ a vedla by k „novému nárůstu užívání jako takového a užívání v mladším věku“⁽⁹⁾. V Itálii se v médiích opakovala silná parlamentní debata o změnách zákona z roku 1990 a v České republice přilákala pozornost sdělovacích prostředků a politiků diferenciací trestů za držení drog.

Namátkový průzkum, jehož cílem bylo analyzovat zprávy v hromadných sdělovacích prostředcích, byl proveden v České republice, Řecku, Lucembursku, Polsku a Portugalsku. Národní mediální kampaně konkrétně zaměřené na mladé lidi byly vedeny v Belgii⁽¹⁰⁾, Polsku a Spojeném království⁽¹¹⁾.

Nejnovější vývoj programů a legislativy EU

Důležité iniciativy EU související s drogami, které byly identifikovány ve sledovaném období, se konaly na poli veřejného zdraví, nezákonného obchodu s drogami a kontroly prekurzorů drog a syntetických drog.

Veřejné zdraví

Na evropské úrovni je protidrogová prevence součástí zdravotních faktorů programu veřejného zdraví⁽¹²⁾. Pracovní plán tohoto programu na rok 2004 se zaměřil na doporučení Rady ze dne 18. června 2003 a na vybudování odpovídající základny souboru aktivit v rámci EU za účasti EMCDDA. Komise vyzvala zainteresované subjekty a instituce, aby předložily návrhy týkající se životního stylu, které řeší zneužívání všech látek, jež mohou vyvolávat závislost, především v místech trávení volného času (např. noční kluby) a ve věznicích. Zvláště se zajímala o vývoj nejlepší praxe a o zlepšení komunikace a šíření informací pomocí moderních technologií. Komise v roce 2004 vybrala čtyři projekty, které se zaměřovaly na prevenci rizikového chování, harmonizaci mezinárodních znalostí o vedlejších biomedicínských účincích dopingu, upevnění předávání znalostí o reakcích na užívání drog a rozšíření existujících internetových zdrojů informací o legálních a nelegálních drogách.

Nezákonný obchod s drogami

V roce 2004 byla na úrovni EU přijata řada nástrojů pro boj proti nelegálnímu obchodu s drogami. Rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/JHA ze dne 25. října 2004 stanovilo minimální úpravu skutkové podstaty trestných činů

⁽⁸⁾ Kavárny mohou mít na prodej až 500 g konopí, ale získat je mohou pouze na nelegálním trhu. Jedná se o takzvaný „problém pokoutního obchodu“.

⁽⁹⁾ MILD T (2004), str. 43, citováno ve francouzské národní zprávě.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ Kampaně „Talk to Frank“ o rizicích užívání konopí (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ Rozhodnutí Evropského parlamentu a Rady č. 1786/2002/ES ze dne 23. září 2002, kterým se přijímá akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (2003–2008) – Prohlášení Komise, Úřední věstník L 271, 9.10.2002, s. 1–12.

Vytvoření udržitelného systému sledování zdraví

Vytvoření a provoz udržitelného systému sledování zdraví patří mezi klíčové cíle programu veřejného zdraví (2003–2008). Komise konzultovala členské státy a mezinárodními orgány s cílem konsolidovat soustavu zdravotních ukazatelů Evropského společenství.

V souvislosti s tím byly ukazatele „úmrť související s drogami“ a „konzumace psychotropních drog“ zahrnuty do návrhu seznamu základních ukazatelů, čímž se posílila strukturální návaznost mezi EMCDDA jako možným poskytovatelem údajů.

a trestů v oblasti nezákonného obchodu s drogami⁽¹³⁾. Toto rozhodnutí je klíčovým nástrojem při řešení nezákonného obchodu s drogami, neboť stanovuje minimální tresty za tyto trestné činy v členských státech EU.

Dohody o rozhodnutí Rady o výměně informací, posuzování rizik a kontrole nových psychoaktivních látek bylo dosaženo Radou v prosinci roku 2004. Toto rozhodnutí poskytuje rámec pro efektivní výměnu informací o nových psychotropních látkách a zároveň kontrolní mechanismus na úrovni EU.

Dne 30. března 2004 Rada přijala doporučení, kterým se stanoví pokyny pro odběr vzorků zabavených drog. Doporučuje, aby tam, kde tomu tak ještě není, členské státy zavedly systém odběru vzorků v souladu s mezinárodně uznávanými pokyny. Rada rovněž přijala usnesení o konopí a zprávu o postupu prací, která se týkala implementačních plánů pro snižování drogové nabídky a poptávky a nabídky syntetických drog.

Dne 11. února 2004 přijal Evropský parlament a Rada nařízení č. 273/2004 o prekurzorech drog⁽¹⁴⁾. Toto nařízení stanoví harmonizovaná opatření pro kontrolu a monitorování některých substancí často používaných při nezákonné výrobě narkotických drog nebo psychotropních látek za účelem prevence zneužívání těchto látek v rámci Společenství. Konkrétně členským státům poskytuje pokyny pro přijetí nezbytných opatření, která umožní jejich příslušným orgánům splnit povinnosti v oblasti kontroly a monitorování, a informace o tom, jak rozpoznat a oznámit podezřelé transakce. Dne 22. prosince 2004 Rada přijala nařízení č. 111/2005, kterým se stanoví pravidla pro sledování obchodu s prekurzory drog mezi Společenstvím a třetími zeměmi.

Na základě usnesení Rady z listopadu 2002 Evropská komise předložila studii přístupu ke kontrole syntetických drog na základě všeobecné klasifikace a seznamu naléhavé důležitosti na jednání horizontální pracovní

skupiny Rady pro drogy, které se konalo v listopadu 2004. V dubnu 2004 horizontální pracovní skupina pro drogy rovněž předložila návrhy na další možná zkvalitnění metod mapování distribučních sítí syntetických drog v EU.

Nové vnitrostátní právní předpisy

Mládež

Změny vnitrostátních právních předpisů v několika členských státech během sledovaného období zahrnovaly opatření na ochranu mládeže před delikventy nebo na prevenci možnosti užívání drog.

Ochranu lze poskytnout prostřednictvím přímých nebo obecnějších postupů. V Maďarsku chrání zákon z března 2003 osoby mladší 18 let před zneužíváním narkotických drog a také zpřísňuje tresty pro dospělé za trestné činy týkající se nezletilých. Od začátku roku 2004 stanovují novelizované zákony v Estonsku přísnější tresty za většinu trestných činů souvisejících s drogami, včetně podněcování nezletilých k užívání nelegálních drog.

V Dánsku byl v červenci 2004 novelizován zákon o látkách s euforizačním účinkem. Distribuce drog v restauracích, na diskotékách nebo v podobných místech navštěvovaných dětmi nebo mládeží je nyní považována za významnou přitěžující okolnost. Takové trestné činy by měly být vždy trestány odnětím svobody a záměrem je zvýšit průměrnou délku trestu odnětí svobody za tyto trestné činy o jednu třetinu. Stejně tak je od října roku 2004 nezákonný obchod s drogami v blízkosti škol přitěžující okolností i ve Španělsku. Kromě toho zde byl zvýšen věkový limit pro „mladistvé“ za spáchání trestných činů nezákonného obchodu s drogami ze 16 na 18 let. V Anglii a Walesu byly vydány pokyny k nové legislativě prostřednictvím *Cannabis Enforcement Guidance [směrnice pro výkon práva v souvislosti s užíváním konopí]* (ACPO, 2003), která poskytuje rady o tom, jak postupovat v případě osob, u nichž bylo zjištěno držení konopí v zařízeních, jako jsou školy, kluby mládeže a hřiště, nebo v jejich blízkosti.

Mezi opatření reagující na užívání drog mladými lidmi patřila i dvě nařízení vlády přijatá v Lotyšsku v prosinci roku 2003. Jedno z nich stanovilo postupy pro povinnou institucionální léčbu (se souhlasem rodičů) dětí, u nichž bylo zjištěno zneužívání drog, a druhé specifikovalo opatření, jež je nutné učinit v případě, že drogy či jiné omamné prostředky budou nalezeny ve škole. V Anglii a ve Walesu je osobám mladším 18 let zatčeným pro trestné činy související s konopím i nadále vyslovováno pokárání či poslední výstraha, nebo jsou v závislosti na

⁽¹³⁾ Úř. věst. L 335, 11.11.2004, s. 8; viz rovněž výroční zpráva EMCDDA za rok 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ Úř. věst. L 47, 18.2.2004, s. 1.

závažnosti trestního činu policíí obviněny. Po vyslovení poslední výstrahy je mladistvý delikvent předán týmu pro trestnou činnost mladistvých [„youth offending team“ – (YOT)], který mu zajistí léčbu nebo jinou podporu.

V České republice upravuje zákon o soudnictví ve věcech mládeže, který nabyl účinnosti v roce 2004, podmínky platné pro mladistvé, kteří se zúčastnili trestných činů podle trestního zákoníku, jež mají přednost před obecnými zákony. Trestní opatření by měla být ukládána pouze tam, kde je to nutné, a výchovná opatření mohou zahrnovat zákaz užívání látky nebo povinnost podstoupit léčbu. Maximální omezení pro uložení nevazebních trestů jsou nyní též stanovena v poloviční výši trestů, jež se vztahují na dospělé osoby. V Polsku ministerská vyhláška z ledna 2003 stanoví konkrétní formy výchovných a preventivních aktivit pro děti a mládež ohrožené drogami. Školy musejí zavádět výchovné a preventivní strategie.

V říjnu 2003 Evropská databáze právních předpisů týkajících se drog (ELDD) zveřejnila srovnávací studii právních předpisů týkajících se drog a mladistvých⁽¹⁵⁾, která byla základem dokumentu, jenž napomohl při vyhodnocení akčního plánu EU 2000–2004 vydaného Komisí v říjnu 2004⁽¹⁶⁾. Bylo zjištěno, že otázkám týkajícím se mladých lidí, které byly obsaženy v akčním plánu, bylo věnováno 22 zákonů přijatých 11 členskými státy (z 15). Většina zákonů se zaměřovala na poskytnutí alternativ k trestu odnětí svobody, i když šest zemí přijalo zákony, jejichž cílem je snížit prevalenci užívání drog, a to zvláště mezi mladými lidmi. Celkem se však zdá, že během příslušného pětiletého období byla těmto bodům akčního plánu věnována poměrně malá původní legislativní pozornost. Další informace o hloubkové analýze opatření zaměřených na mladistvé delikventy užívající drogy naleznete v části alternativy k trestu odnětí svobody.

Snižování škodlivých účinků drog

V letech 2003 a 2004 bylo přijato několik zákonů, které se týkají otázky snižování škodlivých účinků drog.

Zákon schválený ve Francii v srpnu roku 2004, kterým byl přijat pětiletý plán politiky veřejného zdraví, začleňuje politiku snižování škodlivých účinků drog do nařízení upravujících oblast veřejného zdraví, stanoví oficiální definici snižování škodlivých účinků drog a vnáší ji do jurisdikce státu.

Ve Finsku byl vládní vyhláškou novelizován zákon o nakažlivých nemocech tak, že stanoví, že odborníci na nakažlivé nemoci ve zdravotnických zařízeních by

měli provádět prevenci, jež by zahrnovala i poskytování zdravotního poradenství uživatelům aplikujícím si drogy nitrožilně a dle potřeby i zavedení výměny jehel a stříkaček. V Lucembursku velkovévodská vyhláška z prosince 2003 reguluje národní program distribuce stříkaček definováním zařízení a odborníků, kteří jsou oprávněni poskytovat stříkačky uživatelům drog. Jedná se o pokračování trendu povolit držení a dodávání sterilních stříkaček prostřednictvím jednoznačné legislativy⁽¹⁷⁾ podpořené akčním plánem EU na období 2000–2004, který vyžadoval rozvoj poskytování profylaktických prostředků. Další informace o právních předpisech lze nalézt v přehledu tématu „právní rámec programů výměny jehel a stříkaček“ ELDD⁽¹⁸⁾.

Zákon o zneužívání drog ve Spojeném království byl novelizován v srpnu roku 2003 tak, aby umožňoval lékařům, farmaceutům a pracovníkům v drogové oblasti zákonně poskytovat tampony, sterilní vodu, některé nástroje na míchání (včetně lžiček, misek, šálků a talířů) a kyselinu citronovou uživatelům drog, kteří získali kontrolované drogy bez předpisu. V červnu roku 2004 norský parlament přijal na dobu tří let dočasný zákon, kterým se stanoví zkušební program místností pro nitrožilní aplikaci drog. Tento zákon osvobozuje uživatele místnosti pro nitrožilní aplikaci drog od trestů za držení a užití jedné dávky drog a v únoru roku 2005 umožnil otevření vyhrazené místnosti pro nitrožilní aplikaci drog.

V České republice poskytuje několik nevládních organizací služby testování tablet, jejichž cílem je snížení rizika konzumace neznámé nebo nečekané látky, i když zákonnost takových projektů je předmětem ostrých debat. V roce 2003 nedošlo k trestnímu stíhání a jediný případ vznesený zatím policíí (případ z roku 2002) byl státním zástupcem zamítnut. Nejvyšší státní zástupce mezitím vydal k danému tématu stanovisko.

V souladu s tímto vývojem právních předpisů jsou služby snižování škodlivých účinků drog obecně uznávány novou strategií a akčním plánem EU jako rozumná reakce na poptávku po zvýšení přístupu k výměně jehel, jejímž cílem je omezit rizika pro zdraví jednotlivce i společnosti jako celku, jež s sebou drogy nesou.

Tresty

Během sledovaného období provedlo několik zemí v rámci své protidrogové legislativy změny trestů, které lze uložit za různé trestné činy – kromě těch, jež byly uvedeny výše

⁽¹⁵⁾ Young people and drugs: a legal overview [Mladí lidé a drogy: přehled právních předpisů] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ Drug law and young people 2000–2004 [Protidrogová legislativa a mladí lidé 2000–2004] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Od roku 1999 vydalo příslušnou legislativu sedm zemí: Belgie, Francie, Lucembursko, Polsko, Portugalsko, Slovinsko a Finsko.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

a těch, jež se konkrétně týkají mladistvých. Například v minulém roce Belgie a Spojené království účinně snížily trest za držení konopí, s nímž nesouvisejí žádné další problémy. V Belgii nová směrnice vydaná v únoru roku 2005 objasnila výjimky z tohoto sníženého trestu. Tato směrnice vyžaduje plné trestní stíhání v případech, jejichž součástí je „rušení veřejného pořádku“. Takové případy zahrnují držení konopí v místech nebo poblíž míst, kde se mohou shromažďovat děti školou povinné (školy, parky, autobusové zastávky), a rovněž „očividné“ držení na veřejném místě nebo ve veřejné budově. V Dánsku novela zákona o látkách s euforizačním účinkem a oběžník státního zástupce stanoví, že držení drog pro vlastní použití bude nyní v běžných případech trestáno pokutou spíše než varováními, jež byla vydávána dříve.

Tyto postupy jsou v souladu s modelem změn možných trestů pro uživatele a obchodníky s drogami, který se podle údajů EMCDDA⁽¹⁹⁾ projevil během několika posledních let. Například v roce 2003 Belgie vytvořila novou kategorii trestného činu, která umožňuje uživatelům konopí, s jehož držením nesouvisejí žádné další problémy, aby nebyli vystaveni trestnímu stíhání. Řecko snížilo maximální trest za užívání drog z pěti let na rok a Maďarsko vyňalo trestný čin užívání drog ze svého trestního zákoníku. V roce 2002 Estonsko zrušilo trestný čin opakovaného užívání nebo držení malého množství nezákonných drog pro osobní použití (a s ním spojený nejvýše tříletý trest odnětí svobody), i když Litva do svého trestního zákoníku přidala trestný čin držení drog, za který hrozí trest odnětí svobody až na dva roky. V roce 2001 Lucembursko dekriminalizovalo užívání konopí a zrušilo s tím související trest odnětí svobody za prosté užívání drog bez přitěžujících okolností a Finsko uzákonilo trestný čin užívání drog, pro nějž existuje nižší maximální trest odnětí svobody a zkrácené trestní řízení vedené státním zástupcem. V roce 2000 Portugalsko uzákonilo správní postihy za užívání drog, ačkoli Polsko tentýž rok zrušilo výjimku z trestu dříve možnou v případě trestného činu držení drog. Tento trend však neodráží snížení kontroly nad účinky užívání drog na společnost, jak je patrné z vybraného tématu rušení veřejného pořádku, a omezení držení drog v blízkosti mladistvých, jak je uvedeno výše.

Pokud jde o osoby podezřelé z nezákonného obchodu, panuje tendence zvyšovat možné tresty. V Dánsku byly v březnu 2004 maximální tresty za trestné činy nezákonného obchodu s drogami zvýšeny o více než 50 %. Začátkem roku 2004 Estonsko uzákonilo přísnější tresty za většinu trestných činů souvisejících s drogami,

zvláště při existenci přitěžujících okolností. Ve Spojeném království byl maximální trest za nezákonný obchod s drogami třídy C zvýšen z pěti na čtrnáct let odnětí svobody. Kromě toho byl v posledních letech kladen zvýšený důraz na tresty za konkrétní trestné činy distribuce drog mladistvým (viz výše) a za trestné činy nezákonného obchodu s drogami, a to v Řecku v roce 2001, v Litvě v roce 2000 a v Irsku v roce 1999. Toto jednotné zvyšování přísnosti trestů za nezákonný obchod s drogami se odráží v evropském rámcovém rozhodnutí z října 2004, které stanoví minimální úpravu skutkové podstaty trestných činů a trestů v oblasti nezákonného obchodu s drogami.

Drogy na pracovišti

Dvě země oznámily, že vydají právní předpisy upravující drogy na pracovišti. Ve Finsku se jedná o zákon o ochraně soukromí v pracovním životě (759/2004), jehož cílem je regulace a zvýšení soukromí zaměstnance v souvislosti s testováním drog v pracovním životě. Zákon stanoví, že zaměstnavatel a zaměstnanci musejí vytvořit pro pracoviště protidrogový program, a to včetně plánů prevence a možností léčby, a musejí vypracovat seznam těch prací, které vyžadují osvědčení o drogovém testu. Během procesu přijímání do pracovního poměru si může zaměstnavatel vyžádat osvědčení o drogovém testu pouze u úspěšného kandidáta. Zaměstnavatel má právo použít informace z osvědčení, pokud práce vyžaduje přesnost, spolehlivost, nezávislý úsudek nebo bdělost a pokud by práce pod vlivem drog nebo při závislosti na drogách mohla ohrozit život či zdraví nebo mít za následek závažné škody. Během zaměstnaneckého poměru musí zaměstnanec předložit osvědčení pouze, pokud existuje oprávněný důvod domnívat se, že je závislý na drogách nebo pracuje pod jejich vlivem.

V Irsku byl v červnu roku 2004 vydán „Safety, Health and Welfare at Work Bill“ [návrh zákona o bezpečnosti práce a pracovním zdraví]. Jedna jeho část vyžaduje, aby zaměstnanci zajistili, že na pracovišti nebudou pod vlivem jakéhokoli omamného prostředku v míře, která by ohrozila jejich vlastní bezpečnost, zdraví nebo blaho na pracovišti nebo zdraví a bezpečnost třetích osob. Zákon rovněž vyžaduje, aby zaměstnanci na základě přiměřeného požadavku svého zaměstnavatele podstoupili jakékoli vhodné, odpovídající a přiměřené testy provedené kompetentní osobou.

V současné době je v novém akčním plánu EU zdůrazňována prevence ve specifických prostředích, např. na pracovišti. Zvýšený důraz kladený na cílenou

⁽¹⁹⁾ Další informace naleznete v tematickém dokumentu EMCDDA: *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* [Užívání nezákonných drog v EU: legislativní přístupy] (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=7079>).

prevenci může být protiváhou obecného trendu snižování přísnosti trestů pro uživatele drog – možná v důsledku obav z prevalence a frekvence užívání drog v EU. Nejsou však k dispozici jasné číselné údaje o skutečném rozsahu tohoto sledovaného fenoménu a testování na jakékoli jiné drogy

než ty, pod jejichž vlivem se daná osoba momentálně nachází, může podle některých národních a mezinárodních právních předpisů vést ke složitým právním otázkám ochrany soukromí. Mezitím pokračují soukromé investice s cílem zkvalitnit přesnost a snadnost použití testovacích souprav.

Rušení veřejného pořádku související s drogami: trendy v protidrogové politice a opatřeních, výroční zpráva EMCDDA za rok 2005: vybraná témata

Rušení veřejného pořádku je otázka, která se stává předmětem debat v rámci protidrogové politiky na národní i evropské úrovni. Chování a aktivity, jež lze obvykle zahrnout pod pojem „rušení veřejného pořádku související s drogami“, již dlouho existují ve většině členských států, kandidátských zemí a v Norsku. Proto před námi nestojí nové jevy, ale spíše nová tendence v protidrogové politice, která je patrná alespoň v některých členských státech. Jedná se o trend kategorizovat a shrnout tyto jevy pod určitou zastřešující koncepcí a stanovit omezení jejich výskytu jako cíl národní protidrogové strategie.

Do jaké míry tuto tendenci sdílejí evropské země? Existuje konsensuální definice této koncepce? Jaký je charakter a rozsah tohoto jevu, jež má být předmětem hodnocení? Jaké jsou politiky, jichž má být dosaženo,

a jaké typy intervencí jsou zaváděny bez ohledu na to, zda jsou či nejsou konkrétně a výslovně navrženy tak, aby omezovaly rušení veřejného pořádku souvisejícího s drogami? Jsou již k dispozici nějaké výsledky hodnocení a byly již vytvořeny standardy kvality zásahu? Toto vše jsou základní otázky, na jejichž řešení se toto vybrané téma zaměřuje. Prezentováním včasného posouzení vývoje rušení veřejného pořádku souvisejícího s drogami v rámci diskusí o protidrogové politice chce EMCDDA informovat politické představitele a širokou veřejnost o charakteru tohoto jevu a o trendech a opatřeních v této oblasti protidrogové politiky.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*. (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kapitola 2

Školy, mládež a drogy

Srovnatelné údaje o konzumaci alkoholu a užívání drog mladistvými pocházejí především z průzkumů mezi patnáctiletými až šestnáctiletými studenty. V rámci projektu Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) byly provedeny průzkumy v letech 1995, 1999 a zatím poslední z nich v roce 2003. Průzkum v roce 2003 (Hibell a kol., 2004) poskytuje srovnatelné údaje z 22 členských států EU a Norska a tří kandidátských zemí (Bulharsko, Rumunsko a Turecko). Další průzkumy ve školách (např. v Nizozemsku, Švédsku a Norsku) a průzkumy v rámci projektu Zdravotní návyky dětí školního věku (HBSC)

rovněž poskytují údaje o užívání drog studenty škol. Získaná zjištění jsou si obecně podobná.

Prevalence a vzorce užívání drog

Konopí

Údaje posledního průzkumu ESPAD z roku 2003 ukazují, že nejvyšší celoživotní prevalence konopí u patnáctiletých a šestnáctiletých studentů se vyskytuje v České republice (44 %) (obr. 1). Nejnižší odhady celoživotní prevalence

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): zdroj, který umožňuje stále širší pochopení trendů užívání alkoholu a drog mladými lidmi

Studie ESPAD je důležitým zdrojem informací o užívání drog a alkoholu evropskými studenty a je nedocenitelná pro zaznamenávání časového průběhu trendů. Průzkumy ESPAD byly provedeny v letech 1995, 1999 a 2003. Použití standardizovaných metod a nástrojů na reprezentativní národní vzorky studentů ve věku 15–16 let poskytuje vysoce kvalitní soubor porovnatelných údajů. Účast ve studii ESPAD se zvyšovala při každém průzkumu. Na studii se podílejí členské i nečlenské státy EU. V roce 1995 se průzkumu zúčastnilo celkem 26 evropských zemí (včetně 10 zemí, které vstoupily do EU v květnu roku 2004). Jejich množství se v roce 1999 zvýšilo na 30 a v roce 2003 se průzkumu zúčastnil již impozantní počet 35 zemí, mezi nimiž bylo 23 členských států (včetně 10 zemí, které vstoupily do EU v roce 2004), 3 kandidátské země (Bulharsko, Rumunsko a Turecko) a Norsko. Španělsko se studii neúčastnilo, zpráva ESPAD za rok 2003 však uvádí národní údaje ze španělského průzkumu škol (PNSD).

Srovnatelnost průzkumu ve školách ESPAD je založena na standardizaci cílové věkové skupiny a metody a načasování sběru dat, použití náhodných vzorků, rozsahu navrhovaného dotazníku a na zajištění anonymity.

Otázky průzkumu se zaměřují na konzumaci alkoholu (celoživotní prevalence, prevalence v posledních

12 měsících a 30 dnech, průměrná konzumace, nárazové pití) a užívání nelegálních drog (celoživotní prevalence, prevalence v posledních 12 měsících a 30 dnech, včetně toho, jak často došlo během těchto intervalů k užívání drog).

Dále uvádíme některá z hlavních zjištění průzkumu ve členských státech EU, kandidátských zemích a Norsku v roce 2003:

- Konopí je vůbec nejběžněji užívanou nelegální drogou.
- Extáze je druhou nejvíce užívanou nelegální drogou, avšak zkušenost s ní je relativně malá.
- Zkušenost s užíváním amfetaminů a LSD a dalších halucinogenů je relativně malá.
- I když je prevalence užívání magických hub relativně malá, jsou magické houby nejběžněji používanými halucinogeny ve 12 členských státech EU.
- Mezi další látky užívané studenty patří trankvilizéry a sedativa užívané bez lékařského předpisu (nejvyšší uváděný národní údaj – 17 %) a inhalační drogy (národní maximum – 18 %).
- Prevalence nárazového pití (definovaného jako konzumace nejméně pěti skleniček alkoholu po sobě) za posledních 30 dnů se v jednotlivých zemích výrazně liší.

Informace o studii ESPAD a o dostupnosti nové zprávy lze nalézt na internetových stránkách ESPAD (www.ESPAD.org).

(méně než 10 %) vykazuje Řecko, Kypr, Švédsko, Norsko, Rumunsko a Turecko. Mezi země, kde je míra prevalence vyšší než 25 %, patří Německo, Itálie, Nizozemsko, Slovensko a Slovinsko (27 % a 28 %), zatímco nejvyšší odhady celoživotní prevalence, které se pohybují v rozmezí od 32 % do 40 %, jsou hlášeny v Belgii, Francii, Irsku a Spojeném království. Ve většině zemí došlo od roku 1995 k soustavnému nárůstu počtu studentů, kteří někdy v životě vyzkoušeli konopí ⁽²⁰⁾. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou však značné.

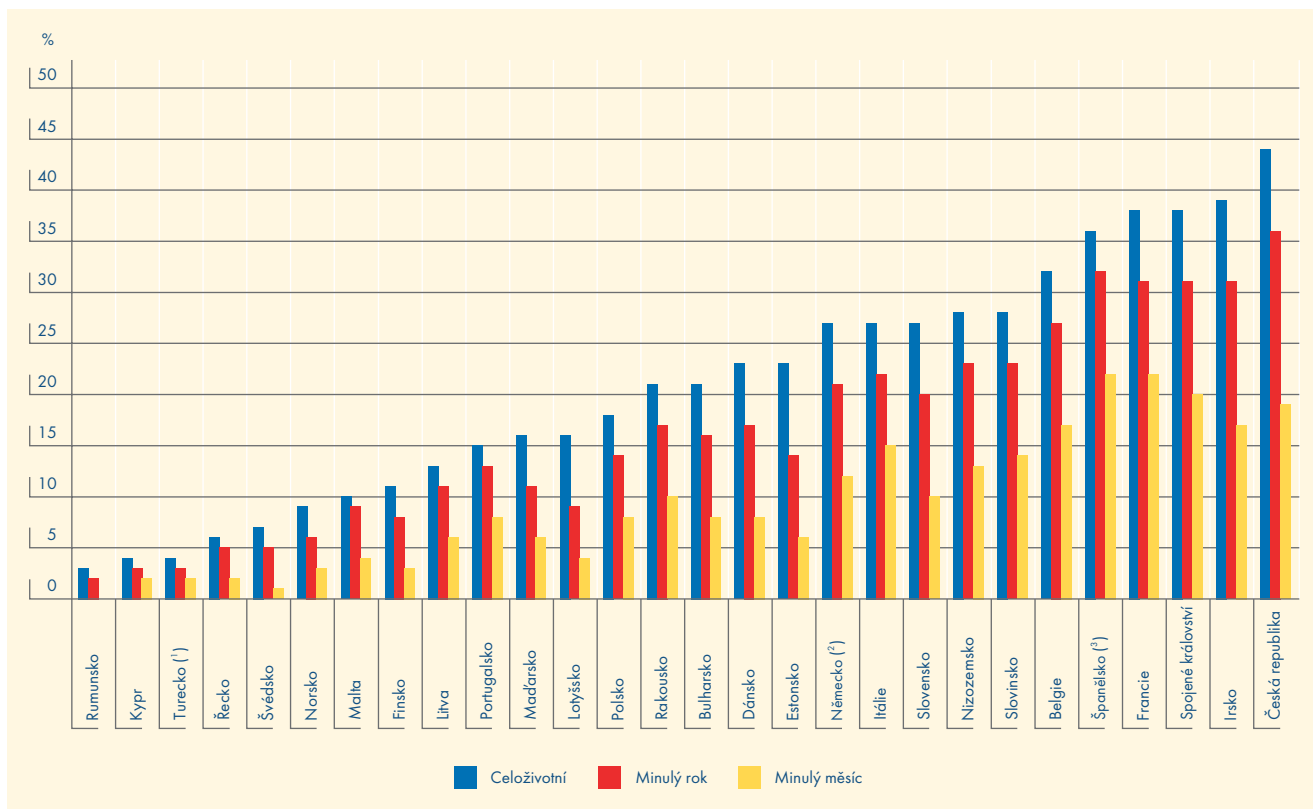
Nové údaje z průzkumů ESPAD provedených v roce 2003 mezi patnáctiletými a šestnáctiletými studenty ukazují, že celoživotní prevalence užívání konopí se pohybuje v rozmezí od 3 do 44 %. 2 až 36 % studentů uvedlo, že během posledních 12 měsíců užíli drogu, zatímco užití drogy během minulého měsíce se v některých zemích pohybovalo od 0 % a do 19 % v jiných zemích ⁽²¹⁾ (obr. 1). Mezi různými mírami prevalence existují relativní odchylky.

Například celoživotní prevalence je nejvyšší v České republice, ale užívání v současné době (minulý měsíc) je nejvyšší ve Španělsku a ve Francii (22 %).

Téměř ve všech zemích je prevalence užívání konopí vyšší u mužů než u žen. Rozdíly mezi pohlavími jsou výraznější u studentů, kteří uvádějí, že užíli konopí v životě čtyřicetkrát a vícekrát ⁽²²⁾.

Starší studenti (ve věku 17–18 let) byli zařazeni do národních průzkumů škol provedených v 11 členských státech a v Bulharsku. Celoživotní prevalence užívání konopí v této věkové skupině se pohybovala v rozpětí od méně než 2 % na Kypru po 56 % v České republice, zatímco užívání v současné době (minulý měsíc) se pohybovalo od méně než 1 % na Kypru po téměř 30 % ve Francii. Ve všech zemích, které průzkum provedly, s výjimkou Kypru, byly odhady prevalence u starších studentů vyšší než u studentů ve věku 15–16 let ⁽²³⁾.

Obrázek 1: Celoživotní prevalence užívání konopí, prevalence užívání konopí za minulý rok a minulý měsíc u studentů ve věku 15–16 let v roce 2003



(¹) Turecké hodnoty jsou založeny na jednom velkém městě v každém ze šesti různých regionů (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir a Samsun).
 (²) Německé údaje vycházejí pouze ze šesti regionů (Bavorsko, Brandenbursko, Berlín, Hesensko, Meklenbursko–Západní Pomořansko a Duryňsko).
 (³) Španělsko se průzkumu ESPAD neúčastnilo. Údaje, které jsou zde zahrnuty, vycházejí ze španělského průzkumu provedeného v listopadu–prosinci roku 2002. Otázky týkající se prevalence drog lze považovat za srovnatelné s otázkami ESPAD, ale další aspekty metody znamenají, že španělské údaje nejsou přesně srovnatelné.
 Zdroj: Hibell a kol., 2004.

(²⁰) Viz obrázky EYE-1 (část ii) a EYE-1 (část ix) ve Statistickém věstníku 2005.
 (²¹) Podrobné údaje o užívání konopí studenty škol naleznete v kapitole 3.
 (²²) Viz obrázek EYE-1 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.
 (²³) Viz tabulky EYE-1 a EYE-3 ve Statistickém věstníku 2005.

V letech 1999 až 2003 došlo v České republice k 5% nárůstu počtu studentů, kteří uvedli, že vyzkoušeli konopí ve věku 13 let a mladším. Třináct dalších zemí EU uvedlo malé zvýšení (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Pokles (o 1 %) byl hlášen pouze v Nizozemsku a Spojeném království.

Podle nedávné studie Eurobarometr (2004) ⁽²⁵⁾ počet mladých lidí ve věku 15–24 let, kteří prohlásili, že jim bylo nabídnuto konopí, vzrostl ze 46 % v roce 2002 na 50 % v roce 2004. Ve stejném období se počet mladých lidí, kteří uvedli, že znají někoho, kdo užívá konopí, zvýšil ze 65 % na 68 %.

Průzkumy ESPAD ukazují že vnímání konopí studenty – jak rizik spojených s jeho užitím, tak dostupnost této drogy – výrazně souvisí s celoživotní prevalencí užívání konopí. Vztah mezi rizikem a prevalencí je nepřímo úměrný ⁽²⁶⁾, tj. výrazné vnímání rizika souvisí s nízkou prevalencí a naopak. Vnímání dostupnosti je však přímo úměrné celoživotní prevalenci užívání ⁽²⁷⁾.

Mladí lidé v zemích s nadprůměrnými odhady prevalence užívání konopí mohou být více nakloněni tomu, aby považovali užívání konopí za „normální“. Většina zemí, které uvádějí relativně vysoké odhady celoživotního užívání konopí, rovněž udává relativně vysoké odhady nárazového pití (definovaného jako vypití nejméně pěti skleniček alkoholu po sobě) během posledních 30 dnů ⁽²⁸⁾, což svědčí o tom, že oba typy chování mohou být součástí stejného životního stylu. Výjimky z tohoto vzorce chování představují Francie, Itálie a Bulharsko, kde je užívání konopí relativně vysoké, ale nárazové pití je relativně nízké.

Další drogy

Prevalence užívání extáze byla vyšší než prevalence užívání amfetaminu ve 14 členských státech a kandidátských zemích EU, které se v roce 2003 zúčastnily průzkumu ESPAD ⁽²⁹⁾. Nejnižší míra celoživotního užívání extáze (2 % a méně) byla zjištěna v Dánsku, Řecku, na Kypru, v Litvě, na Maltě, ve Finsku, Švédsku, Norsku, Rumunsku a Turecku. Vyšší míru prevalence, v rozpětí od 3 do 4 %, uvádí Belgie, Německo, Francie, Itálie, Lotyšsko, Rakousko, Polsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko a Bulharsko. Mezi země s nejvyšší mírou celoživotní prevalence extáze patří Česká

republika (8 %) a Estonsko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko a Spojené království (pro všechny uvedené země 5 %).

Pokud jde o míru prevalence v různých obdobích, v roce 2003 činila nejvyšší míra celoživotní prevalence užívání extáze 8 % ve srovnání s 5% mírou užívání za posledních 12 měsíců (užívání v poslední době) a 2% užíváním v minulém měsíci (užívání v současné době).

Následné průzkumy ukazují, že celoživotní prevalence užívání extáze mezi studenty ve věku 15–16 let se v letech 1995 až 2003 obecně zvýšila, přičemž k nejvyššímu nárůstu došlo v České republice a většině nových členských států ⁽³⁰⁾. Hodnoty celoživotní prevalence zjištěné v průzkumech ESPAD v roce 1999 však v některých zemích vykazují výkyvy. Snížené užívání extáze, k němuž došlo ve Spojeném království, se projevilo před rokem 1999 a lze jej zčásti připsat rozsáhlé pozornosti, kterou sdělovací prostředky věnovaly úmrtím souvisejícím s extází koncem devadesátých let.

Psilocin a psilocybin – magické houby

Psilocin a psilocybin, psychoaktivní složky tak zvaných „magických hub“, jsou součástí seznamu Úmluvy OSN o psychotropních látkách z roku 1971, a jsou tedy ve všech členských státech monitorovány. Právní status magických hub a rozsah vymáhání právních omezení jejich pěstování a konzumace se však v jednotlivých členských státech liší, tj. houby mohou být kontrolovány, nekontrolovány nebo kontrolovány v případě, že jsou „zpracovány“. Jedná se tedy o status, který není z právního hlediska zcela jasný.

Průzkum ESPAD zmiňuje užívání „magických hub“ poprvé v roce 2003. Odhady prevalence užívání „magických hub“ studenty ve věku 15–16 let jsou ve většině zemí, jež se průzkumu zúčastnily, vyšší nebo stejně vysoké jako odhady prevalence užívání LSD nebo jiných halucinogenních drog ⁽³¹⁾. Kromě toho ve srovnání s celoživotní zkušeností užívání extáze byla celoživotní prevalence užívání magických hub vyšší v Belgii, Německu a Francii a stejná v České republice, Dánsku, Itálii, Nizozemsku a Polsku. Celoživotní prevalence užívání magických hub byla nulová na Kypru, ve Finsku a Rumunsku, vzrostla na 4 % v Německu, Irsku a ve Spojeném království a na 5 % v Belgii, Francii a Nizozemsku. Prevalence je nejvyšší v České republice (8 %). Údaje o trendu v užívání magických hub nejsou k dispozici.

⁽²⁴⁾ Viz obrázek EYE-1 (část vii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁵⁾ Druhý průzkum Eurobarometru (Eurobarometr, 2004), „Young people and drugs“ (Mladí lidé a drogy) byl proveden v roce 2004. Tento průzkum s nenáhodným výběrem vzorku zahrnoval 7 659 mladých lidí ve věku 15–24 let z 15 členských států EU, kteří byli zahrnuti do předcházejícího průzkumu provedeného v roce 2002.

⁽²⁶⁾ Viz obrázek EYE-1 (část v) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁷⁾ Viz obrázek EYE-1 (část vi) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁸⁾ Viz obrázek EYE-1 (část viii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁹⁾ Viz obrázek EYE-2 (část iv) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽³⁰⁾ Viz obrázek EYE-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽³¹⁾ Viz obrázek EYE-2 (část v) ve Statistickém věstníku 2005.

Nejnovější vývoj prevence

Hodnoty a chování jednotlivců jsou ovlivněny tím, co považují ve svém sociálním prostředí za normální. Tento přístup platí zvláště v případě mladých lidí. Pokud považují experimentální užívání konopí za „normální“ a společensky přijatelné (a spojují je s nízkou mírou rizika a snadnou dostupností), může tato skutečnost klíčově ovlivnit jejich hodnoty a chování v otázce užívání konopí (Botvin, 2000). Výzvou v rámci prevence je poskytnout mladým lidem sociální a kognitivní strategie, pomocí nichž by tyto vlivy zvládli. Proto není realistické posuzovat účinnost preventivní politiky pomocí údajů o užívání drog mladými lidmi, zvláště ne odhadů experimentálního užívání, neboť odrážejí společenské normy a nikoli skutečně problémové chování.

Místo toho je nutné prevenci hodnotit na základě několika jednoznačných kritérií: jasně definovaných cílů, cílových skupin a kroků stanovených v národních strategiích a vycházejících z mezinárodních poznatků; opatření pro řízení kvality; vytvoření selektivních preventivních opatření a prevence zaměřené přímo na rodinu; a regulačních opatření legálních drog zaměřených na ovlivnění společenských norem, které znamenají „přimhouření oka“ nad konkrétním chováním v otázce konzumace nebo souhlas s ním.

Pokud jde o hodnocení preventivních strategií, nové národní strategie ve Francii a v Itálii vykazují ve srovnání s předchozí politikou obou států značné zlepšení v tom, že úloha prevence je nyní lépe definována stejně jako důležitost strukturovaných programů a priorit oblastí, v nichž je nutné přijmout opatření. Téměř ve všech členských státech je zjevná tendence zaujímat strategičtější přístup a celkové plány berou stále více v úvahu ohrožené skupiny.

Normativní a strukturální opatření

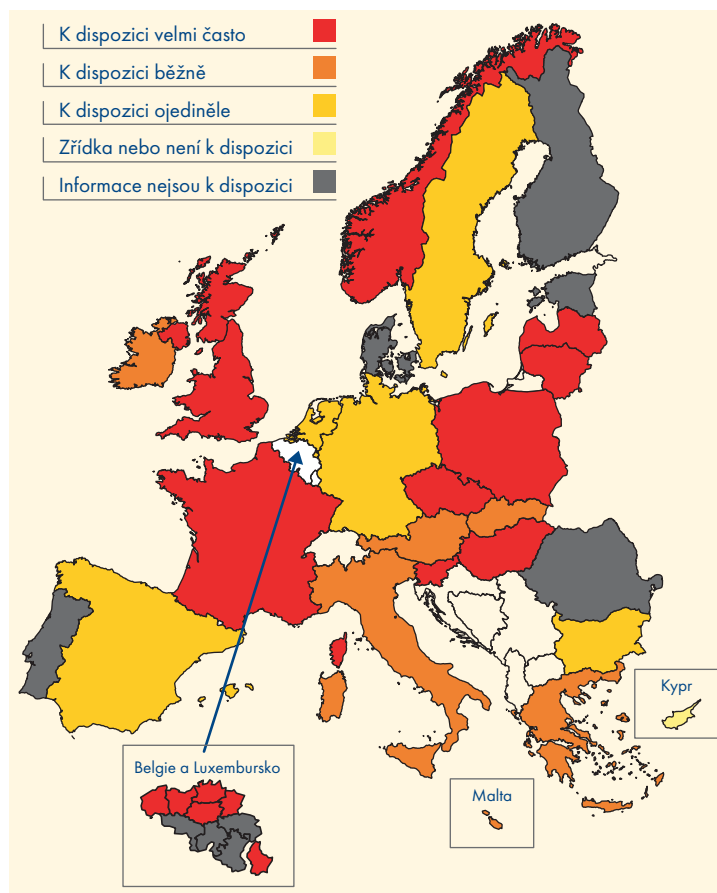
Opatření pro kontrolu legálních drog pomáhají vytvořit normativní základy, na nichž lze budovat další preventivní opatření. Společenské normy, které podporují spotřebu tabáku a alkoholu a tolerují jejich vliv na chování, jsou dobře známým rizikovým faktorem pro zaujetí souhlasného postoje k užívání nelegálních drog a jejich užívání (Becoña, 2002). V rozporu s obecně panujícím názorem jsou společenské normy více ovlivněny politikou kontroly než kampaněmi v hromadných sdělovacích prostředcích nebo výchovnými přístupy (Hawks a kol., 2002; Canning a kol., 2004). Eurostat (2002) srovnával opatření pro kontrolu spotřeby tabáku a ukazatele kouření u dětí/dospívající mládeže v členských státech EU. Zjistil, že existuje vztah mezi přísností politiky kontroly spotřeby tabáku (zákaz reklamy, věková hranice pro nákup, omezení atd.) a závislostí na kouření.

Bylo zjištěno, že míra kuřáctví u dospívající mládeže je vyšší v zemích s relativně mírnou politikou (např. v Dánsku, Německu a Spojeném království) než v zemích s přísnější kontrolou (např. ve Francii, Švédsku a Norsku). Je známo, že vliv preventivních opatření je omezený, pokud jsou tato opatření v rozporu se společenskou normou a politikou nebo pokud jimi nejsou alespoň podpořeny. Iniciativy EU a Světové zdravotnické organizace (Aspect Consortium, 2004) v této oblasti se setkávají s uznáním a členské státy stále více začínají propojovat politiku kontroly spotřeby tabáku s drogovou prevencí.

Prevence ve školách

Ve všech členských státech jsou školy považovány za nejdůležitější zařízení pro všeobecnou prevenci. Z tohoto důvodu významně vzrostl důraz kladený na prevenci ve školách v národních strategiích a při strukturovaném uplatňování tohoto přístupu. Tato skutečnost se odráží v rozšiřování školní protidrogové politiky (obr. 2), rozvoji specifických modulových programů protidrogové prevence pro školy a zároveň ve zkvalitňování pedagogického vzdělávání.

Obrázek 2: Vývoj školní politiky



Poznámka: Německá jazyková oblast Belgie = k dispozici ojedinele.
Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

Více zemí než dříve zavádí (Dánsko má svůj první školní program životních dovedností), rozšiřuje (Německo) nebo plánuje (Francie a Itálie, v rámci svých národních strategií) strukturovanější programy prevence. Například v roce 2003 byly programy prevence zaváděny v 60 % všech polských škol.

Řecko je zvláště dobrým příkladem posunu politiky prevence od tradičních informačních a individualistických (poradenských) přístupů k zavádění skutečné strategie veřejného zdraví, jejíž záběr lze maximalizovat prostřednictvím přístupu na bázi programů. Počet školních programů prevence v Řecku se v letech 2000 až 2003 více než zdvojnásobil a programy zaměřené na rodinu se za stejné období ztrojnásobily. Malta a Spojené království rovněž zvýšily úlohu, kterou v jejich politice prevence hraje přístup na bázi programů: cílem programu Blueprint je zjistit, jak lze adaptovat mezinárodní výzkum účinné protidrogové prevence na anglický systém školství. Program je založen na důkazech, které svědčí o tom, že kombinování školní protidrogové výchovy s účastí rodičů, kampaněmi v hromadných sdělovacích prostředcích, místními zdravotními iniciativami a partnerskou spoluprací v rámci komunit je efektivnější než školní intervence samy o sobě. Na tento program bylo za pět let věnováno šest milionů liber (8,5 milionů eur) ⁽³²⁾.

Monitorování a kontrola kvality

Kontrola a zlepšování kvality prevence je ve velké míře závislá na tom, aby byl nejdříve k dispozici věrohodný přehled existujících aktivit a aby byl znám jejich obsah. Členské státy tedy kladou rostoucí důraz na monitorování programů prevence. Jako příklad mohou sloužit nové projekty v Německu ⁽³³⁾ a v Norsku ⁽³⁴⁾ a maďarský výzkumný projekt „Světla a stíny“, který shromáždil informace o obsahu, cílech, metodice, cílových skupinách a záběru školních programů prevence. Monitorování je též zaváděno v České republice a prostřednictvím databáze Ginger i ve Flandrech. Španělsko bohužel ukončilo svůj projekt IDEA Prevención, který byl po mnoho let nejlépe rozvinutým systémem monitorování a systémem kvality zaměřeným na prevenci v Evropě.

Informační systémy zaměřené na prevenci též pomáhají sledovat výskyt neefektivních postupů a programových složek. V některých členských státech jsou i nadále běžné jednorázové informační semináře nebo přednášky odborníků a policistů, a to i přes jednoznačný závěr plynoucí

z výzkumu, že tato opatření jsou v nejlepším případě neúčinná, ne-li přímo škodlivá (Canning a kol., 2004).

Obsah programů prevence lze posoudit pouze pomocí systematického zaznamenávání preventivních aktivit, a v důsledku toho pak může být založen na existujících znalostech účinnosti a zaměřen na konkrétní populaci. Pokyny nebo standardy pro zavádění programů prevence jsou nezbytné, a to zvláště v zemích, kde je prevence výrazně decentralizovaná.

Obsah programů a aktivit

Rozšíření přístupu na bázi programů a lepší shromažďování standardizovaných informací umožnilo posouzení a porovnání obsahu a trendů politiky prevence v rámci EU. Informace obvykle pocházejí od národních odborníků nebo skupin odborníků majících spolehlivý přehled o situaci ve své zemi, který jim umožňuje vytvořit standardizovanou klasifikaci, nebo z kvantitativních údajů o monitorovaných programových opatřeních, které jsou k dispozici v některých členských státech, např. v Řecku nebo v Maďarsku.

Většina členských států například zavedla ve školách jako preventivní přístup nácvik osobních a sociálních dovedností. Jeho součástí jsou témata, jako je rozhodování, zvládání situací, stanovení cílů a asertivita, komunikace a projevení empatie. V současné době se zdá, že je tato technika založená na důkazech, jež vychází z teorií sociálního učení ⁽³⁵⁾, důležitou metodikou ve většině členských států, a to včetně zemí, kde přístup na bázi programu neexistuje (Francie, Lucembursko a Švédsko) (tabulka 2). Estonsko uvádí široké použití knihy, která učí sociálním dovednostem.

Poskytování informací hraje i nadále ústřední úlohu v protidrogové prevenci v mnoha členských státech (viz tabulka 2). Omezená hodnota poskytování informací v prevenci užívání drog je uznávána jen pomalu (viz například švédská národní zpráva). Přístupy založené výhradně na zdravotní výchově jsou rovněž omezeny na ovlivňování kognitivních procesů a často jim chybí konkrétní složky – behaviorální nácvik a nácvik sociálních interakcí. Tyto přístupy jsou však v některých zemích i nadále rozšířené i přes naše současné chápání účinné protidrogové prevence.

Existují dvě vysvětlení pro pokračování takových přístupů k protidrogové prevenci. Jedním z nich je instinktivní

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingsstiltak.no

⁽³⁵⁾ Chování je považováno za důsledek sociálního učení prostřednictvím životních vzorů, norem, přístupů „důležitých osob“ (Bandura, 1977). Negativní přístupy k užívání drog a ochrannému vnímání vlastní zdatnosti je možné se naučit nebo podmínit. Toto pojetí je základem vrstevnických vzorů a vzorů specifických životních dovedností.

a tradiční předpoklad, že poskytování informací o drogách a rizicích, jež s drogami souvisejí, bude působit jako odstrašující prostředek. Druhé vysvětlení odráží trend z poslední doby inspirovaný hnutím za snižování škodlivých účinků drog a je založeno na přesvědčení,

že při učení mladých lidí přijímat v životě informovaná rozhodnutí a činit informované volby jsou kognitivní dovednosti důležitější než behaviorální přístup. Obhájci této techniky se domnívají, že behaviorální přístupy k protidrogové prevenci, jako je zlepšování životních

Tabulka 2: Školní prevence v Evropě

	Standardy/směrnice kvality ⁽¹⁾			Osobní sociální dovednosti	Cíle	
	Existující	Povinné	Požadované pro financování		Primární	Sekundární
Belgie vláms.	Ano	Ano	Ano	Velmi často	Životní dovednosti	Informace
Belgie fr.	Ano	Ano	Ano	Není uvedeno	Ochranné prostředí	Pedagogický vztah
Česká republika	Plánují se		Ano	Velmi často	Sebeúcta	Ochranné prostředí
Dánsko	Ne			Ne	Informace	
Německo	Ne			Velmi často	Životní dovednosti	Informace
Estonsko	Ne			Ojedinele	Není uvedeno	
Řecko	Ano	Ano	Ano	Velmi často	Životní dovednosti	Pedagogický vztah
Španělsko	Plánují se	Ano	Ano	Velmi často	Životní dovednosti	Sebeúcta
Francie	Ano			Zřídka	Informace	Životní dovednosti
Irsko	Ano	Ano		Velmi často	Životní dovednosti	Sebeúcta
Itálie	Ano			Běžně	Informace	Životní dovednosti
Kypr	Plánují se	Ano	Ano	Ojedinele	Ochranné prostředí	Životní dovednosti
Lotyšsko	Plánují se			Ojedinele	Informace	Životní dovednosti
Litva	Ne			Běžně	Informace	
Lucembursko	Ano		Ano	Běžně	Pedagogický vztah	Životní dovednosti
Maďarsko	Plánují se			Běžně	Informace	Životní dovednosti
Malta	Ne			Velmi často	Informace	Životní dovednosti
Nizozemsko	Ano			Ne	Informace	
Rakousko	Ano		Ne	Ojedinele	Životní dovednosti	Ochranné prostředí
Polsko	Ne			Běžně	Životní dovednosti	Informace
Portugalsko	Ano	Ano	Ano	Ojedinele	Informace	Životní dovednosti
Slovinsko	Plánují se			Ojedinele	Informace	Životní dovednosti
Slovensko	Ne			Zřídka		
Finsko	Není uvedeno			Není uvedeno	Poskytování sociálních služeb	Informace
Švédsko	Ne			Běžně	Ochranné prostředí	Začlenění do společnosti
Spojené království	Ano			Velmi často	Informace	Životní dovednosti
Norsko	Ne			Běžně	Informace	Sebeúcta
Bulharsko	Není uvedeno			Ojedinele	Informace	Ochranné prostředí
Rumunsko	Není uvedeno			Ojedinele		

Poznámka: Není uvedeno: údaje nejsou k dispozici.

(¹) Je nutné vzít v úvahu, že neexistuje jednotná evropská definice „standardů/směrnic kvality“ a že se úroveň podrobností může lišit. Tato skutečnost má vliv na srovnatelnost údajů.

dovedností, jsou protektorské a demonizují užívání drog (Ashton, 2003; Quensel, 2004) a že nejlepší metodou je dát mladým lidem kognitivní nástroje, které potřebují, prostřednictvím poskytování informací. I přes různou tradici považují oba přístupy zdravotní návyky a zvláště užívání drog za otázku racionální volby, zatímco ve zdravotních vědách panuje široký konsenzus, že sociální faktory (okolní prostředí, skupina vrstevníků, normy) a osobní faktory (temperament, akademické a emoční schopnosti) mají na formování zdravotních návyků a chování souvisejícího s užíváním drog větší vliv než pouhé poznávání.

Chybné generační vnímání užívání drog jako normální a společensky přijatelné je nejdůležitějším kognitivním prvkem, kterým lze prevenci ovlivnit. Celoživotní prevalence užívání konopí mladými lidmi ve výši 30 % ve skutečnosti znamená, že více než dvě třetiny této populace nikdy konopí nepoužily a že to je opravdu „normální“. I přes doložený přínos technik, které se zaměřují na normativní postoje mladých lidí (Reis a kol., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers a kol., 2002), jsou uvedené techniky užívány v Evropě jen zřídka.

Selektivní prevence

Národní protidrogové strategie a akční plány stále častěji a jasněji uvádějí, že se preventivní opatření konkrétně zaměřují na ohrožené skupiny. Tento přístup je ještě výraznější v nových členských státech: Estonsku (děti ulice, zvláště školy), Maďarsku, na Kypru a na Maltě, v Polsku (zanedbávané děti a mladí lidé z nefunkčních rodin) a ve Slovinsku.

Vzhledem k tomu, že ohrožené skupiny, na něž se selektivní prevence zaměřuje, často mívají značné zkušenosti s legálními a nelegálními drogami, omezuje se většina selektivních preventivních opatření na poskytování specifických informací, individuální poradenství a alternativy ve formě tvůrčích nebo sportovních aktivit. Nelze však zapomenout na to, že techniky používané v komplexních programech sociálních vlivů všeobecné prevence jsou stejně účinné, ne-li účinnější, v prevenci selektivní. Normativní restrukturalizace (např. zjištění, že většina vrstevníků užívání neschvaluje), nácvik asertivity, motivace a stanovení cílů, včetně uvedení obecně uznávaných „pravd“ na pravou míru se ukázaly jako metody velmi účinné u ohrožených mladých lidí (Sussman a kol., 2004), v rámci selektivní prevence v EU jsou však užívány jen zřídka. Intervenční techniky v zařízeních pro trávení volného času (viz část „Prevence v zařízeních pro trávení volného času“, str. 48) však mají nejčastěji formu poskytování cílených informací.

Selektivní prevence ve školách

Hlavním cílem selektivní prevence ve školách je krizová intervence a včasná identifikace žáků, kteří mají problémy. Účelem tohoto postupu je nalézt řešení na úrovni školy, které by zabránilo odchodu nebo vyloučení rizikových žáků ze školy, a tím zhoršení jejich situace. Přístupy na bázi programů jsou nabízeny v Německu, Irsku, Lucembursku a Rakousku (Leppin, 2004), zatímco Polsko a Finsko zajišťují kurzy pro učitele nebo vydávají pokyny pro to, jak rozpoznat žáky s problémy, včetně užívání drog, a jak vhodně zasáhnout. Tradiční individualistické přístupy zahrnují služby pedagogické psychologie (jako je tomu ve Francii a na Kypru), které fungují na bázi doporučení nebo vlastní volby. Irsko má novou, intenzivní, veřejně prospěšnou službu pro zajištění kvalitního vzdělání, v rámci níž se pracuje se školami a rodinami v oblastech znevýhodněných z hlediska vzdělání s cílem zajistit pravidelnou školní docházku dětí.

Selektivní přístupy na bázi komunit

Selektivní přístupy na bázi komunit se často zaměřují na ohrožené mladé lidi na ulicích. Ve skandinávských zemích má tento přístup podobu „nočních hlídek“, kdy skupiny rodičů hlídají v noci v ulicích. Rakousko výrazně investovalo do zlepšení rovnováhy mezi strukturami protidrogové prevence, sociální výchovy a sociální práce prostřednictvím kursů, kvalitních příruček a společných seminářů, např. pro mladé sociální pracovníky v zařízeních pro trávení volného času. Cílem je rovněž využívat struktury sociální práce s mladistvými pro profesionální intervence protidrogové prevence. Norsko postupuje stejným směrem – zvyšuje spolupráci mezi školami, službami na ochranu dětí a sociálními službami a posiluje příslušné interdisciplinární snahy. Metody rychlého posouzení a reakce („rapid assessment and response“, RAR)⁽³⁶⁾ – rychlé získávání informací (statistického materiálu) kombinované s rozhovory (dotazníky, ohniskové skupiny) a nebo sledování problémové oblasti – jsou v těchto projektech používány v Norsku, ale i v Německu a Nizozemsku.

Intervence zaměřené na vysoce rizikové čtvrti mají tradici v Irsku, Spojeném království a v menší míře i v Nizozemsku a Portugalsku. Německo (Stöver a Kolte, 2003, citováno v německé národní zprávě) a Francie však v současné době též navrhly opatření v této oblasti. Pro tyto země je zaměření protidrogové prevence na konkrétní geografické oblasti podle sociálních kritérií zcela nové.

Členské státy se v rámci své politiky selektivní prevence rovněž rostoucí měrou zaměřují na konkrétní etnické skupiny (např. Irsko, Lucembursko, Maďarsko). Orientace na etnický původ je důležitým aspektem například

⁽³⁶⁾ Světová zdravotnická organizace: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Příručka rychlého posouzení a reakce zaměřená na užívání psychoaktivních látek a zvláště na ohrožené mladé lidi) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

v Maďarsku, kde je romská populace velmi ohrožena problémy souvisejícími s drogami, a to vzhledem k svým sociálním a kulturním rysům a znevýhodněným životním podmínkám. Nevládní organizace zde provozují školení vrstevníků, svépomocné skupiny, dohled, různé programy prevence a nízkoprahové služby pro Romy.

Ohrožené rodiny

Všeobecná rodinná prevence, především ve formě večerních akcí, přednášek, seminářů a workshopů pro rodiče, je ve většině členských zemí i nadále populární (v Německu, Francii, na Kypru a ve Finsku), a to i přes nedostatečné důkazy o její účinnosti (Mendes a kol., 2001). V Řecku, Španělsku, Irsku a Norsku však došlo k zajímavému vývoji v selektivní rodinné prevenci díky zavedení novátorských pojetí, která přesahují rámec rodin/rodičů s drogovými problémy a uznávají úlohu sociálních, ekonomických a kulturních faktorů v užívání drog. V Nizozemsku se při hodnocení projektů protidrogové prevence pro rodiče-přistěhovalce došlo k závěru, že vhodným novým směrem bude standardizovaná intervence nabízená prostřednictvím sítí přistěhovalců, při níž se pracuje odděleně s muži a se ženami (Tarweij a Van Wamel, 2004). V Norsku byly ve třech městech zavedeny a hodnoceny kurzy rodičů „Parent Management Training“ (PMTO, oregonský model), původně školicí metoda určená pro rodiny s dětmi s vážnými poruchami chování. V dalších dvou zemích byl zaveden program Iowa Strengthening Families Program (ISFP) [Iowský program pro upevnění rodin]. Tento intenzivní program rodinné intervence určený pro ohrožené rodiny kombinuje výukové metody pro studenty (ve věku 10–14 let) se vzdělávacím programem pro jejich rodiče. Jeho cílem je protidrogová prevence prostřednictvím posílení způsobilosti rodiny a rodinných vazeb (Kumpfer a kol., 2003).

Nutnost indikované prevence

Indikovaná prevence se zaměřuje na jednotlivce, u nichž bylo zjištěno, že jsou ohroženi rizikovými faktory, jež mohou vést k drogovým problémům, například hyperaktivitou spojenou s poruchou pozornosti (ADHD). Opatření protidrogové prevence zaměřené na mladé lidi s hyperaktivitou spojenou s poruchou pozornosti jsou však hlášena pouze z Německa a Švédska. V Německu současné odhady prevalence hyperaktivity spojené s poruchou pozornosti naznačují, že 2–6 % lidí ve věku 6 až 18 let je hyperaktivitou spojenou s poruchou pozornosti postiženo, což tuto poruchu činí jedním z nejběžnějších klinických stavů u dětí a mladých lidí. Ve Švédsku je součástí preventivní strategie pro tyto děti kognitivní a společenský výcvik a příslušná metodika je šířena prostřednictvím přípravy odborníků na prevenci. Vzhledem k tomu, že téměř všechny děti předškolního věku mají přístup k primární zdravotní péči a většina z nich nastoupí na základní školu, by bylo možné většinu ohrožených dětí identifikovat prostřednictvím systematického screeningu a následných individualizovaných intervencí.

Italský akční plán klade velký důraz na psychopatologické stavy a závažné problémy chování dětí a mládeže, které, pokud jim není věnována pozornost v rané fázi, jsou prediktivním faktorem užívání a zneužívání drog. Mezi zjištěné problémy patří problémy s chováním, lehká mozková dysfunkce, úzkost doprovázená poruchami nálad, bulimie a psychogenní obezita, narušená osobnost, problémy s mezilidskou komunikací, posttraumatické stresové poruchy a záchvaty paniky. Má se za to, že odpovědí na danou situaci jsou přístupy všeobecné i selektivní prevence.



Kapitola 3

Konopí

Prevalence a vzorce užívání

Konopí je vůbec nejběžněji užívanou nelegální látkou v Evropě. Nedávné veřejné průzkumy ukazují, že 3 až 31 % dospělých (ve věku 15–64 let) tuto látku vyzkoušelo nejméně jednou (celoživotní užívání). Nejnižší míra prevalence celoživotního užívání byla zjištěna na Maltě (3,5 %), v Portugalsku (7,6 %) a Polsku (7,7 %) a nejvyšší ve Francii (26,2 %), Spojeném království (30,8 %) a Dánsku (31,3 %). Ve většině zemí (15 z 23 zemí, o nichž existují informace) se celoživotní prevalence pohybuje v rozmezí 10–25 %.

Užití konopí během posledních 12 měsíců uvádí 1–11 % dospělých. Nejnižší míru prevalence hlásí Malta, Řecko a Švédsko a nejvyšší Česká republika, Francie, Španělsko a Spojené království. Většina zemí (14) uvedla míru prevalence užívání v poslední době v rozpětí 3–7 %.

Z dostupných národních odhadů lze získat přibližný odhad celkového počtu dospělých (ve věku 15–64 let) užívajících konopí v EU. Uvedený postup naznačuje, že zhruba 20 % celkové populace, neboli více než 62 milionů lidí konopí někdy v životě vyzkoušelo. Je-li posuzováno užívání konopí v bližším časovém úseku (prevalence v posledním roce), jedná se asi o 6 % dospělých, neboli více než 20 milionů lidí. Pro srovnání: v celonárodním průzkumu užívání drog a zdraví provedeném v roce 2003 ve Spojených státech (SAMHSA, 2003) 40,6 % dospělých (definovaných jako dvanáctiletí a starší) uvedlo, že konopí nebo marihuanu vyzkoušelo alespoň jednou a 10,6 % uvedlo jejich užití během posledních 12 měsíců. Výsledky ve věkové skupině 18–25 let byly 53,9 % (celoživotní), 28,5 % (posledních 12 měsíců) a 17 % (minulý měsíc) ⁽³⁷⁾.

Stejně jako v případě ostatních drog mladí dospělí opakovaně uvádějí vyšší míry užívání. 11–44 % mladých Evropanů ve věku 15–34 let uvádí, že ve svém životě vyzkoušelo konopí. Nejnižší míra prevalence byla zjištěna v Řecku, Portugalsku a Polsku a nejvyšší ve Francii (39,9 %), Spojeném království (43,4 %) a Dánsku (44,6 %). Užívání v poslední době uvedlo 3–22 % mladých dospělých, přičemž nejnižší hodnoty byly zjištěny v Řecku, Švédsku, Polsku a Portugalsku a nejvyšší ve

Odhad užívání drog v populaci

Užívání drog běžnou populací je hodnoceno průzkumy, jež poskytují odhady procenta populace, které užívalo drogy za definované časové období: celoživotní užívání (experimentování), užívání během posledních 12 měsíců (užívání v poslední době) nebo užívání během posledních 30 dnů (užívání v současné době) ⁽¹⁾.

EMCDDA vypracovalo soustavu společných základních bodů („evropský modelový dotazník“ (European Model Questionnaire, EMQ), která je používána ve většině průzkumů v členských státech EU nebo je s těmito průzkumy kompatibilní. Evropský modelový dotazník je součástí zprávy, která je k dispozici na internetových stránkách EMCDDA ⁽²⁾. „Celoživotní užívání“ jako ukazatel současné situace u dospělých může mít omezenou hodnotu (i když může být vhodným ukazatelem u školních dětí), ale ve spojení s dalšími měřítky může poskytnout obraz o aspektech vzorců užívání (pokračování nebo přerušení užívání) a o generační dynamice šíření užívání drog. „Užívání během posledních 12 měsíců“ je ukazatelem užívání drog v poslední době, i když často bývá takové užívání příležitostné, a „užívání během posledních 30 dnů“ je ukazatelem aktuálnějšího užívání v současné době, které bude zahrnovat osoby, které užívají drogy často.

⁽¹⁾ Více informací o metodice průzkumů obyvatelstva a metodice používané v každém národním průzkumu naleznete ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁾ Handbook for surveys about drug use among the general population [Příručka pro zpracování průzkumů užívání drog běžnou populací] (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

Spojeném království (19,5 %), Francii (19,7 %) a v České republice (22,1 %). Jedenáct zemí uvedlo míry prevalence užívání v poslední době v rozpětí 7–15 %.

9–45 % Evropanů ve věku 15–24 let uvádí, že vyzkoušelo konopí. Procento užívání se ve většině zemí pohybuje v rozmezí 20–35 %. Užívání v poslední době (během posledních 12 měsíců) uvedlo 4–32 %. Ve většině zemí příslušný podíl činil 9–21 % ⁽³⁸⁾.

⁽³⁷⁾ Věkové rozpětí v průzkumu provedeném v USA (dvanáctiletí a starší) je širší než věk uváděný EMCDDA pro průzkumy EU (15–64 let). Naopak věkové rozpětí mladých dospělých (18–25 let) je užší než rozpětí používané ve většině průzkumů EU (15–24 let).

⁽³⁸⁾ Viz obrázek GPS-2 ve Statistickém věstníku 2005.

Stejně jako u dalších nelegálních drog je míra užívání podstatně vyšší u mužů než u žen, i když velikost tohoto rozdílu se v jednotlivých zemích liší. Poměr muži – ženy u celoživotní zkušenosti se pohybuje od 1,25:1 do 4:1 (1,25 až 4 muži na jednu ženu) a v případě užívání v současné době se tento poměr pohybuje od 2:1 do 6:1. Průzkumy rovněž naznačují, že užívání konopí je běžnější v městských oblastech nebo v oblastech s vysokou hustotou obyvatelstva. Zaznamenané národní rozdíly tedy mohou být částečně způsobeny rozdíly v úrovni urbanizace, i když bylo naznačeno, že se rekreační užívání drog rozšiřuje z městských oblastí do oblastí venkova.

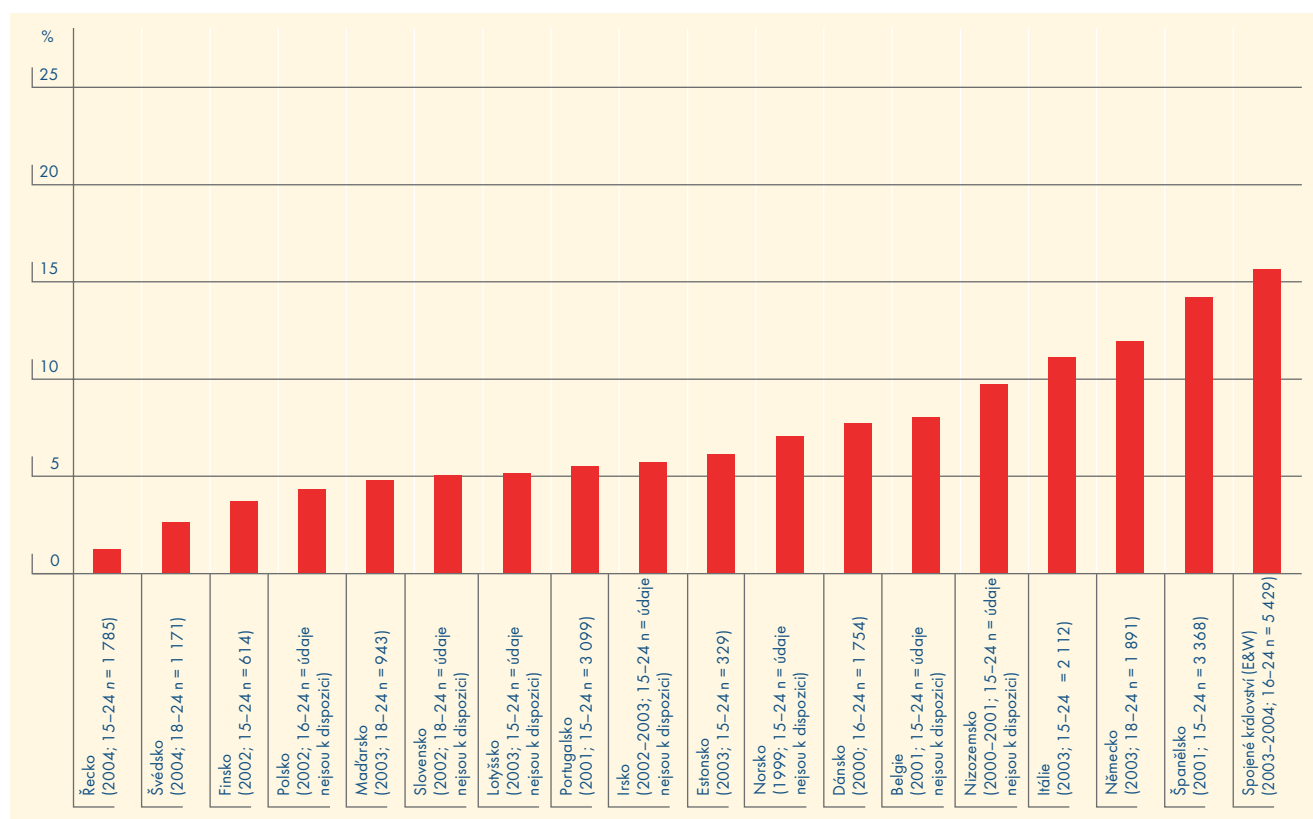
Skutečnost, že míra užívání v poslední době a míra užívání v současné době je významně nižší než míra celoživotní zkušenosti, naznačuje, že užívání konopí bývá příležitostné nebo že od něj uživatelé po určité době upustí. Ve většině zemí EU 20–40 % dospělých, kteří někdy v životě vyzkoušeli konopí, uvádí užívání konopí během posledních 12 měsíců a asi 10–20 % těchto dospělých uvádí užívání

konopí během minulých 30 dnů (podíl těch, kteří s užíváním drog pokračují).

V posledních průzkumech uvedlo míru užívání v minulém měsíci 0,5–9 % všech dospělých (v mnoha zemích v rozpětí 2–4 %), 1,5–13 % mladých dospělých (v mnoha zemích v rozpětí 3–8 %) a 1,2–16 % osob ve věku 15–24 let (v mnoha zemích v rozpětí 5–10 %) (obr. 3). Dle velmi hrubých odhadů užívá v současné době konopí 1 z 10 až 20 mladých Evropanů. Mezi země s nejnižší prevalencí užívání v současné době patří Malta, Řecko, Švédsko, Polsko a Finsko, zatímco ve Spojeném království a Španělsku byl tento typ prevalence nejvyšší.

Údaje o četnosti užívání konopí během posledních 30 dnů uvedené ve výroční zprávě za rok 2004 (EMCDDA, 2004a) svědčily o tom, že přibližně jedna čtvrtina (19–33 %) těch, kdo užívali konopí v minulém měsíci, tak činila téměř každodenně⁽³⁹⁾. Většina z nich byli mladí muži. Bylo odhadnuto, že 0,9–3,7 % Evropanů ve věku 15–34 let denně užívá konopí a že by tuto látku mohly v Evropě denně nebo téměř denně užívat zhruba 3 miliony lidí.

Obrázek 3: Užívání konopí v současné době (v posledním měsíci) mladými dospělými (ve věku 15–24 let), měřeno v národních průzkumech



Poznámka: Údaje pocházejí z posledních národních průzkumů, jež jsou v každé zemi k dispozici.

U některých zemí se věkové rozmezí, jímž se vymezuje kategorie mladých dospělých, mírně liší od standardního rozmezí stanoveného za tímto účelem EMCDDA. Odchylky ve věkovém rozpětí mohou v malé míře zodpovídat za rozdíly mezi zeměmi.

Zdroje: Národní zprávy země zapojených do sítě Reitox (2004), převzaty z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

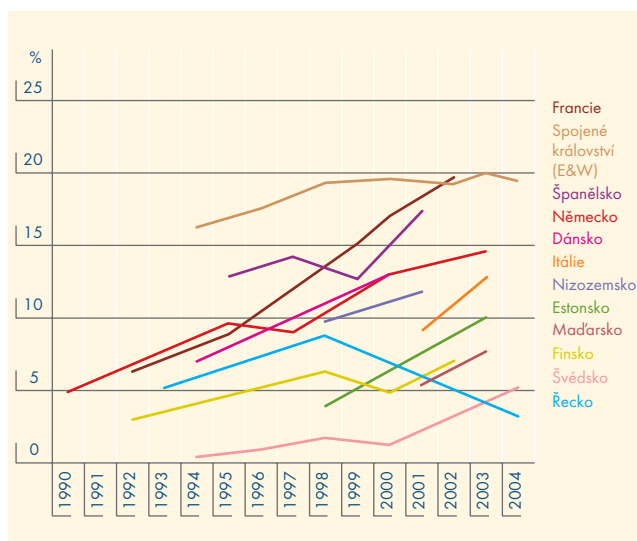
⁽³⁹⁾ Viz výroční zpráva za rok 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Tato informace hovoří o „užívání po dobu 20 či více dnů během posledních 30 dnů“. Též ji lze vyjádřit jako „každodenní nebo téměř každodenní užívání“.

Trendy

Vzhledem k tomu, že ve většině zemí EU neexistují dlouhodobé řady systematických průzkumů, je možnost identifikovat trendy související se zneužíváním drog omezeně. Mnoho zemí provádí následné průzkumy, nejedná se však o časové řady v přesném slova smyslu – i přes pokrok, jehož bylo dosaženo v harmonizaci, se metody a velikosti vzorků jednotlivých průzkumů liší a jejich frekvence může být nepravidelná. Kromě toho jsou průzkumy v různých zemích prováděny v různých letech, a tím se znesnadňuje identifikace evropských trendů. V ideálním případě by národní průzkumy mezi populací byly prováděny ve všech členských státech současně. Takový postup by podstatně zjednodušil srovnávání výsledků na národní úrovni (za určitou dobu) a na evropské úrovni (mezi zeměmi) a usnadnil by hodnocení výsledků Protidrogového akčního plánu EU.

Dostupná zjištění získaná z různých typů průzkumů (celostátní nebo místní průzkumy v domácnostech, průzkumy mezi branci a průzkumy ve školách) prozrazují, že užívání konopí se výrazně zvýšilo v devadesátých letech téměř ve všech zemích EU, zvláště mezi mladými lidmi,

Obrázek 4: Trendy užívání konopí v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými (ve věku 15–34 let), měřeno v národních průzkumech ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Velikost vzorku (počet respondentů) pro věkovou skupinu 15–34 let pro každou zemi a rok naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.

Poznámka: Údaje jsou převzaty z národních průzkumů, jež jsou k dispozici pro jednotlivé země. Číselné údaje a metodiku jednotlivých průzkumů naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.

Pro mladé dospělé používá EMCDDA věkové rozpětí 15–34 let (Dánsko a Spojené království od 16 let, Německo, Estonsko (1998) a Maďarsko od 18 let). Ve Francii bylo věkové rozpětí v roce 1992 25–34 let a v roce 1995 18–39 let.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

a že užívání konopí se v některých zemích i nadále zvyšuje (obr. 4). Ve Spojeném království, které do roku 2000 vykazovalo nejvyšší hodnoty, zůstalo užívání konopí v letech 1998 až 2003–2004 na relativně stálé úrovni, zatímco další země (Francie a Španělsko ⁽⁴⁰⁾) ho dostihly. V Řecku byl v letech 1998 až 2004 hlášen pokles.

Pokud jde o nové členské státy, dostupné důkazy, především z průzkumů ve školách, svědčí o tom, že v mnoha z nich došlo v posledních letech k významnému nárůstu užívání konopí. Ve většině případů dochází ke zvyšování především od poloviny devadesátých let, a to v městských oblastech u mužů a mladých dospělých. V Estonsku a Maďarsku následné průzkumy mezi dospělými umožnily identifikovat současné trendy (obr. 4).

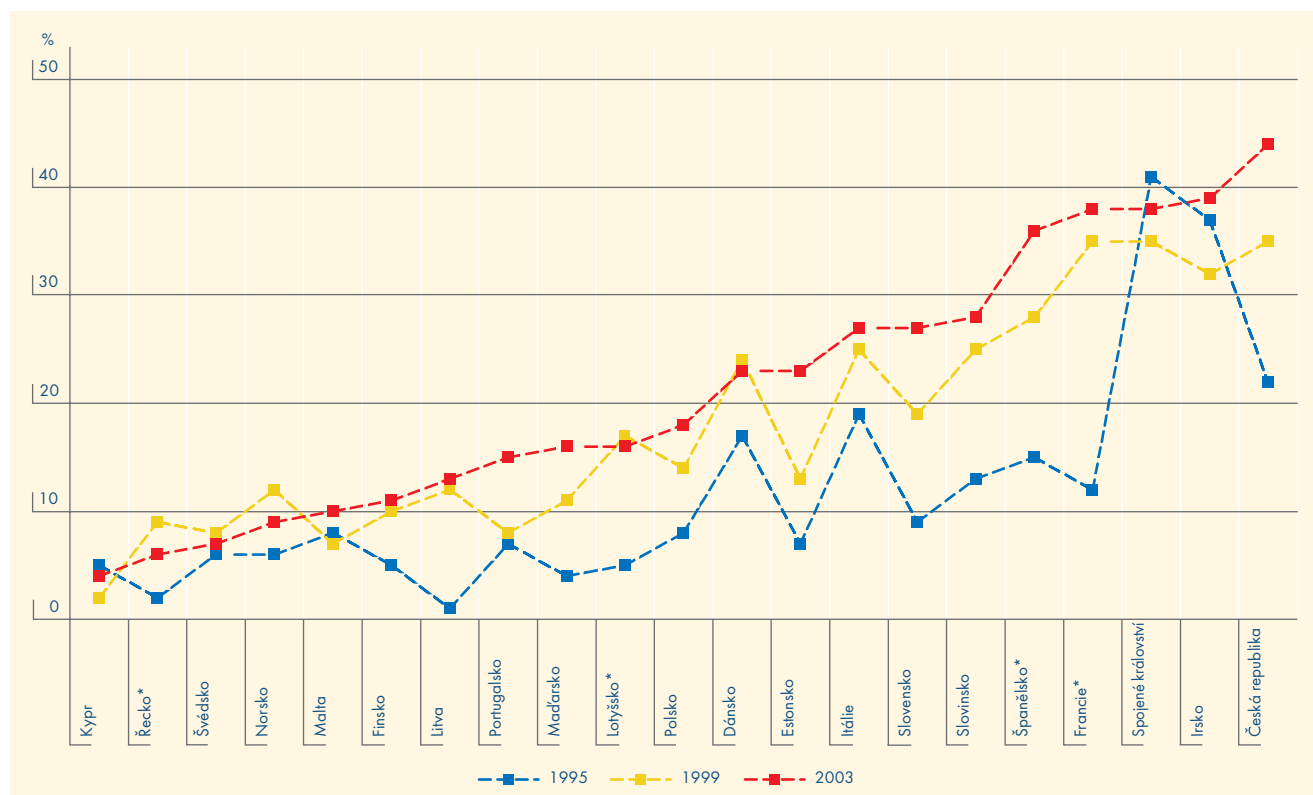
Srovnání výsledků průzkumů ESPAD ve školách v letech 1995, 1999 a 2003 (Hibell a kol., 2004) ukazuje, že ve většině členských a kandidátských států, které se průzkumu zúčastnily, se prevalence celoživotního užívání konopí studenty ve věku 15–16 let zvýšila o 2 % či více (obr. 5). Ve více než polovině z těchto zemí se odhady prevalence od roku 1995 zdvojnásobily či ztrojnásobily. K nejvyššímu relativnímu zvýšení došlo především ve východoevropských členských zemích, které v roce 1995 uváděly celoživotní prevalence užívání konopí nižší než 10 %. Ani v jedné ze zemí, jež byly předmětem průzkumu ESPAD, neexistoval v rámci tří provedených průzkumů trvalý a zjevný trend poklesu celoživotního užívání konopí.

Průzkumy ve školách ukazují, že členské státy EU lze z hlediska trendů rekreačního a příležitostného užívání konopí rozdělit do tří samostatných skupin. V první skupině (do které patří Irsko a Spojené království) je celoživotní prevalence vysoká (okolo 38–39 %), avšak za uplynulých osm let zůstává stabilní. Tyto země mají dlouhou historii užívání konopí a vysoké míry prevalence užívání konopí, které se vyvinuly během osmdesátých a devadesátých let. V druhé skupině zemí se celoživotní prevalence užívání konopí u studentů za sledované období významně zvýšila (až o 26 procentních bodů). Tato skupina zahrnuje všechny nové východoevropské členské státy a Dánsko, Španělsko, Francii, Itálii a Portugalsko. Ve třetí skupině zůstávají odhady celoživotní prevalence u studentů na relativně nízké úrovni (okolo 10 % a méně). Do této skupiny patří členské státy ze severu i jihu Evropy (Finsko, Švédsko a Norsko a zároveň Řecko, Kypr a Malta).

Pokud jde o dospělé, je situace méně jasná, neboť máme k dispozici méně informací a ty, jež máme, jsou různorodější. Projevuje se zde však podobný vzorec užívání konopí v poslední době (užívání v minulém roce), který je vysoký, ale stabilní ve Spojeném království.

⁽⁴⁰⁾ Dle informací, které byly doručeny příliš pozdě na to, aby mohly být do této zprávy zařazeny, byla v průzkumu v roce 2003 ve Španělsku zjištěna prevalence v posledních 12 měsících ve výši 20,1 %.

Obrázek 5: Celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15–16 let podle průzkumů ESPAD konaných v letech 1995, 1999 a 2003



Poznámka: V roce 1995 průzkumy v zemích označených hvězdičkou nebyly přesně srovnatelné s průzkumy ESPAD. Španělsko se průzkumu ESPAD neúčastnilo. Údaje, které jsou zde zahrnuty, vycházejí ze španělského průzkumu provedeného v letech 1996, 1998 a 2002. Otázky týkající se prevalence užívání drog lze považovat za srovnatelné s otázkami ESPAD, ale další aspekty metody znamenají, že španělské údaje nejsou přesně srovnatelné.

Zdroj: Hibell a kol., 2004.

Některé země (např. Dánsko, Německo, Estonsko, Španělsko a Francie) v posledních letech vykazují významné zvýšení a další země zaznamenávají nízké odhady prevalence a méně jasné trendy (např. Řecko, Finsko a Švédsko). Nové průzkumy ve školách a průzkumy mezi dospělými, které budou provedeny v příštích 2 až 3 letech, pomohou tuto složitou otázku vývoje drogových trendů objasnit.

Prevence užívání konopí

Obavy z rostoucí spotřeby konopí mladými lidmi, které ovládly některé země, vyústily v diskuse o tom, zda by testování na drogy bylo užitečné kontrolní opatření. Některé země učinily kroky tímto směrem, i když opatření ve formě testování na drogy jsou i nadále neobvyklá. V České republice se ve sdělovacích prostředcích objevily zprávy o testování moči a používání služebních psů pro vyhledávání drog ve školách. I když existuje určitá podpora těchto opatření, došla odborná pracovní skupina k závěru, že by takové metody neměly být součástí účinné strategie primární prevence. Ve Spojeném království uvádějí nově zavedené pokyny pro školy celou řadu důležitých

otázek, které je nutné vzít v úvahu před zavedením programu testování na drogy. Patří mezi ně nutnost zajistit získání odpovídajícího souhlasu rodičů (a žáků, jsou-li považováni za způsobilé); zvážit, zda je testování v souladu s povinností péče školy o blaho žáků a je nutné vzít v úvahu dostupnost či nedostupnost příslušných podpůrných služeb. Jakékoli rozhodnutí vystavit žáky testování na drogy musí být začleněno do protidrogové politiky školy. Na internetové stránce EMCDDA je uvedena krátká zpráva o testování na drogy ve školách v EU ⁽⁴¹⁾.

Konopí je téměř vždy součástí všeobecných (necílených) programů protidrogové prevence. Pozornost věnovaná sdělovacími prostředky rostoucímu užívání konopí mladými lidmi, která naznačuje, že užívání konopí je rostoucí měrou „normální“, svědčí o nutnosti věnovat pozornost normativním postojům mladých lidí. Znepokojení z rostoucího akceptování užívání konopí mladými lidmi má za následek zavedení programů prevence, jejichž cílem je ovlivnit jejich názory na to, co je normální a přijatelné chování. Tato otázka je podrobněji popsána v kapitole 2. Mnoho intervencí spočívá především v poskytování informací o konopí prostřednictvím mediálních kampaní,

⁽⁴¹⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

letáků nebo internetových stránek. Existuje však několik zajímavých příkladů selektivní prevence, které lze nalézt v databázi hodnocených projektů prevence EMCDDA (EDDRA) ⁽⁴²⁾. Tyto projekty se především zaměřují na mladé uživatele konopí, kteří spáchali trestný čin související s drogami, a nabízejí poradenství, nácvik osobní způsobilosti a podporu ze strany více institucí. Mezi takové projekty patří projekt FRED (Německo), MSF-Solidarité Jeunes (Lucembursko), Ausweg (Rakousko) a týmy pro mladistvé provinilce (YOT) ve Spojeném království.

Vysoká prevalence užívání konopí mladými lidmi znamená, že užívání drogy je často hlavním problémem pro ty, kdo pracují s dětmi školního věku. Jedním potenciálně slibným přístupem k selektivní školní prevenci je program Krok za krokem, který byl zaveden v Německu a v Rakousku. Tento program pomáhá učitelům rozpoznat a řešit užívání drog a problémové chování žáků ⁽⁴³⁾.

Obtížnou otázkou pro ty, kteří se věnují boji s konopím, je, kde stanovit hranici mezi prevencí a léčbou. Užívání konopí je ovlivněno společenskými, generačními a osobními faktory a tyto faktory představují důležitou část rizika jednotlivce, že se u něj vyvine dlouhodobý drogový problém. Prevence se proto často zaměřuje spíše na tyto oblasti než na drogu jako takovou (Morrall a kol., 2002). Při hodnocení rakouského projektu Ausweg se například zjistilo, že mladí lidé, u nichž byl poprvé hlášen trestný čin spojený s konopím, vykazovali osobnostní nedostatky méně často, než se čekalo, což dokládá důležitost situačních, sociálních a generačních vlivů na užívání drog spíše než individuálních psychologických problémů (Rhodes a kol., 2003; Butters, 2004). Na konopí se však zaměřuje několik projektů, které radí mladým lidem v otázkách snižování užívání drog. Příkladem z Německa je internetová stránka „Quit the Shit!“ (www.drugcom.de), která obsahuje inovační internetový poradenský program pro uživatele konopí.

Údaje o žádostech o léčbu

Z celkového počtu asi 480 000 hlášených žádostí o léčbu je konopí jako primární droga uváděno asi ve 12 % případů, což jej činí druhou nejčtenější drogou po heroinu. Během

osmiletého období (1996–2003) se podíl klientů užívajících konopí v porovnání se všemi novými klienty užívajícími drogy, kteří vyhledali léčbu, v mnoha zemích zvýšil alespoň o dvě třetiny ⁽⁴⁴⁾. Tomu odpovídal i nárůst počtu klientů. K této analýze je však třeba přistupovat opatrně, neboť je založena na omezeném počtu zemí, které mohou poskytnout údaje nezbytné pro srovnání časových trendů.

Celkem je konopí po heroinu rovněž druhou nejčastěji uváděnou drogou ve zprávách o klientech, kteří nastoupili léčbu poprvé ⁽⁴⁵⁾. Mezi jednotlivými zeměmi existují výrazné rozdíly. Konopí je uváděno u 2–3 % klientů v Bulharsku a Polsku, ale u více než 20 % všech klientů v Dánsku, Německu, Maďarsku a Finsku ⁽⁴⁶⁾. Ve všech zemích, z nichž jsou k dispozici údaje, je podíl klientů, kteří vyhledali léčbu v souvislosti s užíváním konopí, vyšší u nových klientů než u všech klientů. Existuje pouze několik výjimek, kdy jsou procenta zhruba stejná ⁽⁴⁷⁾. Přesto se během osmiletého období v letech 1996–2003 podíl klientů užívajících konopí mezi klienty, kteří vyhledali léčbu v souvislosti se všemi drogami, zvýšil z 9,4 % na 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. K této analýze je však třeba přistupovat opatrně, neboť je založena na omezeném počtu zemí, které mohou poskytnout údaje nezbytné pro srovnání časových trendů.

Mezi uživateli drog, kteří se léčí, počet mužů výrazně převyšuje počet žen. Nejvyšší poměr mužů ku ženám lze nalézt mezi novými klienty, kteří požádali o léčbu v souvislosti s konopím (4,8 : 1). Vyšší poměr mužů k ženám vykazuje Německo, Kypr, Maďarsko a Slovensko, nižší poměr pak Česká republika, Slovinsko, Finsko a Švédsko. Tyto rozdíly mezi zeměmi mohou odrážet kulturní faktory nebo možná rozdíly v organizaci léčebných služeb ⁽⁴⁹⁾.

Osoby léčené pro problémy s konopím bývají relativně mladé; prakticky všichni klienti užívající konopí, kteří se léčí poprvé, jsou mladší 30 let. U adolescentů, kteří se podrobili specializovanému léčení, existuje vyšší pravděpodobnost, že budou vedeni jako osoby s primárním problémem s konopím než u klientů jiných věkových skupin. Konopí je při tom důvodem 65 % žádostí o léčbu osob mladších 15 let a 59 % osob ve věku 15–19 let ⁽⁵⁰⁾.

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Další informace naleznete na internetové stránce EDDRA: Step by Step (Krok za krokem) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) a Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction (Včasná detekce a intervence v souvislosti s problémovým užíváním drog a závislostí) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Viz tabulky TDI-2 (část i) a TDI-3 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁴⁵⁾ Další údaje o žádostech uživatelů konopí o léčbu naleznete ve výroční zprávě EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Analýza údajů o celkové distribuci a trendech je založena na klientech, kteří požádali o léčbu ve všech léčebných centrech, a analýza údajů o profilu klientů a vzorců užívání drog vychází z center ambulantní léčby.

⁽⁴⁶⁾ Viz tabulky TDI-2 (část ii) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁴⁷⁾ Viz tabulky TDI-4 (část ii) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁴⁸⁾ Viz tabulka TDI-3 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁴⁹⁾ Viz tabulka TDI-22 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁵⁰⁾ Viz tabulka TDI-10 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

Ukazatel žádostí o léčbu

Informace o počtu osob, které vyhledaly léčbu v souvislosti s drogovým problémem, poskytují užitečný přehled o obecných trendech problémového užívání drog a zároveň nabízejí pohled na organizaci a kapacitní možnosti léčebných zařízení v Evropě. Ukazatel žádostí o léčbu („treatment demand indicator“, TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ zpracovaný EMCDDA poskytuje jednotnou strukturu pro hlášení o počtech a charakteristice klientů doporučených do zařízení pro léčbu drogových závislostí. I když lze údaj TDI považovat za dost spolehlivý a užitečný obraz profilu klientů doporučovaných do speciálních zařízení pro drogově závislé, je z mnoha technických důvodů nutno přistupovat obezřetně k obecnému uplatňování těchto zjištění na klienty všech těchto služeb. Především se každoročně liší počet zemí poskytujících hlášení, a proto je nutné interpretovat trendy zjištěné na evropské úrovni s jistou opatrností. Dále je nutné vzít v úvahu, že se rozsah sledovaných údajů může v jednotlivých zemích lišit (sledované údaje nebo jednotky jsou uváděny ve statistickém věstníku) a že údaje o žádostech o léčbu částečně odrážejí dostupnost drogové léčby v konkrétních zemích.

Interpretace a srovnání údajů o léčbě bude snadnější, budou-li vzaty v úvahu tyto body:

- Klienti, kteří zahájili protidrogovou léčbu poprvé, jsou označováni jako „noví klienti“. Tato skupina je z hlediska analýzy považována za důležitější ukazatel trendů užívání drog. Hlášení obsahují též analýzu

jednotlivých klientů. Tato skupina zahrnuje nové klienty i klienty, kteří léčbu v předchozím roce přerušili nebo ukončili a znovu ji zahájili v roce, jehož se hlášení týká. Údaje o klientech, kteří během sledovaného období pokračovali bez přerušení v léčbě zahájené v předchozích letech nejsou zaznamenány.

- Jsou shromažďovány dva typy údajů: souhrnné údaje o všech typech léčebných center a podrobné údaje podle typu center (ambulantní léčebná centra, hospitalizační léčebná centra, nízkoprahové instituce, praktičtí lékaři, léčebná oddělení ve věznicích a další typy center). Pro většinu zemí však existuje jen málo údajů o jiném typu center než centrech ambulantní léčby a centrech využívajících hospitalizaci. Z uvedeného důvodu je analýza často omezena na ambulantní centra léčby, u nichž bývá rozsah údajů nejlepší.
- Jsou zahrnuty též kvalitativní informace a informace o kontextu získané z národních zpráv zemí zapojených do sítě Reitox pro rok 2004, které napomohou interpretaci údajů TDI.

⁽¹⁾ Další podrobné údaje naleznete na internetových stránkách EMCDDA věnovaných žádostem o léčbu (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1420>) a odkazu na verzi 2.0 společného protokolu ukazatelů žádostí o léčbu EMCDDA a skupiny Pompidou („Joint Pompidou Group–EMCDDA Treatment demand indicator protocol version 2.0.“)

⁽²⁾ Více informací o zdrojích údajů dle jednotlivých zemí naleznete v tabulce TDI-1 ve Statistickém věstníku 2005.

V četnosti užívání konopí u nových klientů existují mezi jednotlivými zeměmi výrazné rozdíly. Nejvyšší podíl uživatelů konopí, kteří užívají drogu denně, mezi novými klienty léčenými pro užívání konopí existuje v Dánsku a Nizozemsku a nejvyšší podíl uživatelů, kteří konopí užívají příležitostně, nebo osob, které neužily konopí v měsíci předcházejícím léčbě, je zjištěn v Německu a Řecku ⁽⁵¹⁾, což je pravděpodobně odrazem rozdílů v doporučení k léčbě. V Německu asi jedna třetina nových klientů užívajících konopí užívá drogu příležitostně nebo ji neužila vůbec v měsíci předcházejícím léčbě, jinde však tato skupina zahrnuje 11 % klientů a asi 60 % užívá konopí denně.

Záchyty drogy a informace o trhu

Výroba a obchodování

V roce 2003 bylo konopí z hlediska produkce a obchodování i nadále v celosvětovém měřítku nejrozšířenější nelegální drogou. Nicméně odhadnout celkový objem produkce konopí je vzhledem k jeho globálnímu rozšíření a k obtížím při monitorování problematické (UNODC, 2003a).

Produkce konopné pryskyřice ve velkém se soustřeďuje do několika zemí, především do Maroka. Obchodování je však rozšířeno ve velkém počtu zemí (CND, 2004, 2005). Na základě průzkumu produkce konopí v Maroku, provedeného organizací UNODC a vládou Maroka (2003), se odhaduje, že se region Rif v roce 2003 podílel na celkové světové produkci konopné pryskyřice asi 40 % (INCB, 2005). Většina konopné pryskyřice spotřebované v EU pochází z Maroka. Do Evropy se dostává především přes Iberský poloostrov, i když důležitým druhotným distribučním centrem pro další šíření do zemí EU je Nizozemsko (Bovenkerk a Hogewind, 2002). Mezi další státy uváděné v roce 2003 jako zdrojové země konopné pryskyřice zachycené v Evropské unii patří Albánie, Afghánistán, Írán, Pákistán, Nepál a Indie (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; INCB, 2005).

Celková produkce rostlin konopí je i nadále rozšířena po celém světě a pravděpodobná produkce byla odhadnuta na nejméně 40 000 tun (CND, 2005). Uvádí se, že rostliny konopí zachycené v EU v roce 2003 pocházejí z různých zemí, včetně Nizozemska a Albánie, ale i Afriky (Malawi, Jihoafrická republika, Nigérie) a USA (národní zprávy

⁽⁵¹⁾ Viz tabulka TDI-18 (část iv) ve Statistickém věstníku 2005.

Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu

Počet záchytů drog v určité zemi je obvykle považován za nepřímý ukazatel nabídky a dostupnosti drog, i když je i odrazem zdrojů, priorit a strategií vymáhání práva, ale i míry, v níž jsou obchodníci s drogami postižitelní národními a mezinárodními strategiemi pro omezení drogové nabídky. Množství zachycených drog se může v jednotlivých letech výrazně lišit, například pokud je v jednom roce provedeno několik velkých záchytů. Proto některé země považují za lepší indikátor trendů počet provedených záchytů. Ve všech zemích zahrnuje počet provedených záchytů vysoký podíl malých záchytů na maloobchodní úrovni. Původ a určení zachycených drog může indikovat trasy nezákonného obchodu s drogami a oblasti drogové produkce. Tyto informace však nejsou vždy známy. Čistota a cena drog prodaných na maloobchodní úrovni je hlášena většinou členských států. Údaje však pocházejí z mnoha různých zdrojů, které nejsou vždy srovnatelné nebo důvěryhodné, což ztěžuje provedení přesných srovnání mezi zeměmi.

zemí zapojených do sítě Reitox, 2004). Kromě toho pěstování a produkce konopí probíhá v místním měřítku (v krytých prostorách či pod širým nebem) ve většině členských států EU (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004).

Záchyty drogy

V celosvětovém měřítku bylo v roce 2003 zadrženo celkem 1 347 tun konopné pryskyřice a 5 821 tun rostlin konopí. Nejvíce konopné pryskyřice bylo zadrženo v západní a střední Evropě (70 %), v jihovýchodní Asii a na Blízkém a Středním Východě (21 %), zatímco největší množství rostlin konopí bylo zachyceno v Severní a Jižní Americe

(68 %) a v Africe (26 %) (CND, 2005). Pokud jde o počet záchytů, je konopí nejvíce zabavovanou drogou ve všech zemích EU s výjimkou Estonska a Lotyšska, kde bylo v roce 2003 zaznamenáno více záchytů amfetaminů. Pokud jde o množství, konopí bývá obvykle i nejvíce zadržovanou drogou v EU, i když uváděná množství dalších drog zadržovaných v roce 2003 byla v několika zemích vyšší – amfetaminy v Estonsku a Lucembursku, heroin v Maďarsku a kokain v Polsku. Z historického hlediska bylo v EU nejvíce záchytů konopí provedeno ve Spojeném království a dále ve Španělsku a ve Francii a s největší pravděpodobností se situace nezměnila⁽⁵²⁾. Pokud však jde o množství zadržené za posledních pět let, byla více než polovina z celkového množství zadržného v EU zachycena ve Španělsku. Na úrovni EU vykazuje počet záchytů konopí⁽⁵³⁾ od roku 1998 víceméně rostoucí trend, i když částečné údaje z několika zemí tento údaj zpochybňují. Zároveň se zdá, že se množství zadržené drogy⁽⁵⁴⁾ od roku 2000 zvyšuje.

Cena a potence

V roce 2003 se průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice v Evropské unii pohybovala v rozpětí od 1,4 EUR za gram ve Španělsku po 21,5 EUR za gram v Norsku, přičemž cena rostlin konopí se pohybovala od 1,1 EUR za gram ve Španělsku po 12 EUR za gram v Lotyšsku⁽⁵⁵⁾.

Potence konopných produktů je určena obsahem jejich primární účinné složky, tetrahydrocannabinolu (THC). V roce 2003 se v zemích, z nichž máme dostupné údaje, pohyboval hlášený průměrný obsah THC v konopné pryskyřici na úrovni prodeje v malém v rozmezí od necelého 1 % (Polsko) až po 25 % (Slovinsko), zatímco potence rostlin konopí se pohybovala v rozpětí 1 % (Maďarsko, Finsko) až po 20 % (domácky vypěstované v Nizozemsku)⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Tento údaj je nutné ověřit pomocí dosud chybějících údajů za rok 2003, a to jakmile budou dostupné. Údaje o počtu záchytů konopí v roce 2003 nebyly dostupné pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Rumunsko. Údaje o počtu záchytů konopí a množství konopí zachyceného v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko a Spojené království.

⁽⁵³⁾ Viz tabulka SZR-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁵⁴⁾ Viz tabulka SZR-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁵⁵⁾ Viz tabulka PPP-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁵⁶⁾ Viz tabulka PPP-5 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.



Kapitola 4

Stimulanty na bázi amfetaminu, LSD a další syntetické drogy

Pokud jde o prevalenci užívání, téměř ve všech zemích je nějaká forma syntetické drogy druhou nejběžněji uváděnou užívanou látkou. Celková míra užívání těchto látek je u běžné populace obvykle nízká, ale míry prevalence užívání mezi mladšími věkovými skupinami jsou významně vyšší a v některých společenských prostředích nebo u některých subkulturních skupin může být užívání těchto drog obzvlášť vysoké.

Mezi syntetickými drogami užívanými v Evropě jsou jak stimulanty, tak halucinogenní látky. Z druhé skupiny je zdaleka nejnámější diethylamid kyseliny lysergové (LSD), avšak úroveň celkové spotřeby byla a je nízká a po značnou dobu dosti stabilní. Objevují se určitá svědectví o zvyšujícím se zájmu o přírodně se vyskytující halucinogeny. Tímto tématem se tato zpráva zabývá na jiných místech.

Termín stimulanty na bázi amfetaminu (ATS) se používá jak pro amfetaminy, tak pro skupinu drog extáze. Amfetaminy je obecným označením používaným k popisu řady chemicky příbuzných drog, které stimulují centrální nervový systém, z nichž dvě nejdůležitější, pokud jde o evropský trh s nelegálními drogami, jsou amfetamin a metamfetamin. Z nich je zdaleka nejběžněji dostupný amfetamin, ačkoli celkově se úroveň užívání metamfetaminu zvyšuje. K dnešnímu dni se zdá, že se významné užívání metamfetaminu omezuje na Českou republiku, ačkoli ojedinělé zprávy odjinud podtrhují důležitost monitorování, protože se jedná o drogu, o níž je známo, že je spojena s řadou vážných zdravotních problémů.

Nejnámějším členem skupiny drog extáze je 3,4-methylendioxy metamfetamin (MDMA), avšak v tabletách extáze se někdy nacházejí i další příbuzné látky. Tyto drogy jsou někdy známé jako entaktogeny, což doslovně znamená „dotknout se uvnitř“, a zahrnují syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné s amfetaminy, ale které se v určitém rozsahu liší svým účinkem, protože kombinují některé z účinků, které se spíše nacházejí u halucinogenních látek.

Prevalence a vzorce užívání

Průzkumy populace tradičně ukazují, že po konopí jsou nejběžněji užívanou nelegální látkou amfetaminy, i když

celková prevalence užívání amfetaminů je zřetelně nižší než u konopí. Zdá se, že se tento vzorec v mnoha zemích mění, přičemž extáze amfetaminy předstihuje a zaujímá druhou pozici v průzkumech u široké populace i ve školních průzkumech. Např. průzkumy ESPAD ve školách za rok 2003 (Hibell a kol., 2004) zjistily, že odhady celoživotní prevalence užívání extáze převyšují odhady pro amfetamin ve 14 ze zemí EU, Norska a kandidátských zemí⁽⁵⁷⁾. Stojí však za připomenutí, že se extáze stala populární teprve v 90. letech 20. století, zatímco užívání amfetaminu má delší historii. To se odráží v nedávných průzkumech dospělých, které odhalily vyšší údaje pro celoživotní zkušenost s užíváním amfetaminů v 11 zemích a s užíváním extáze v 10 zemích, ale vyšší užívání extáze v poslední době (v posledních 12 měsících) v 15 zemích a amfetaminů v pouze pěti zemích (ve dvou zemích byly hlášené údaje stejné).

Podle nedávných průzkumů mezi všemi dospělými (15–64 let) se celoživotní zkušenost s užíváním amfetaminů v členských státech EU pohybuje od 0,1 % do 6 %, s výjimkou Spojeného království, kde je tato hodnota rovna 12 %. Užívání v poslední době je zřejmě nižší a pohybuje se od 0 % do 1,5 % s tím, že Dánsko, Estonsko a Spojené království jsou na horním konci stupnice.

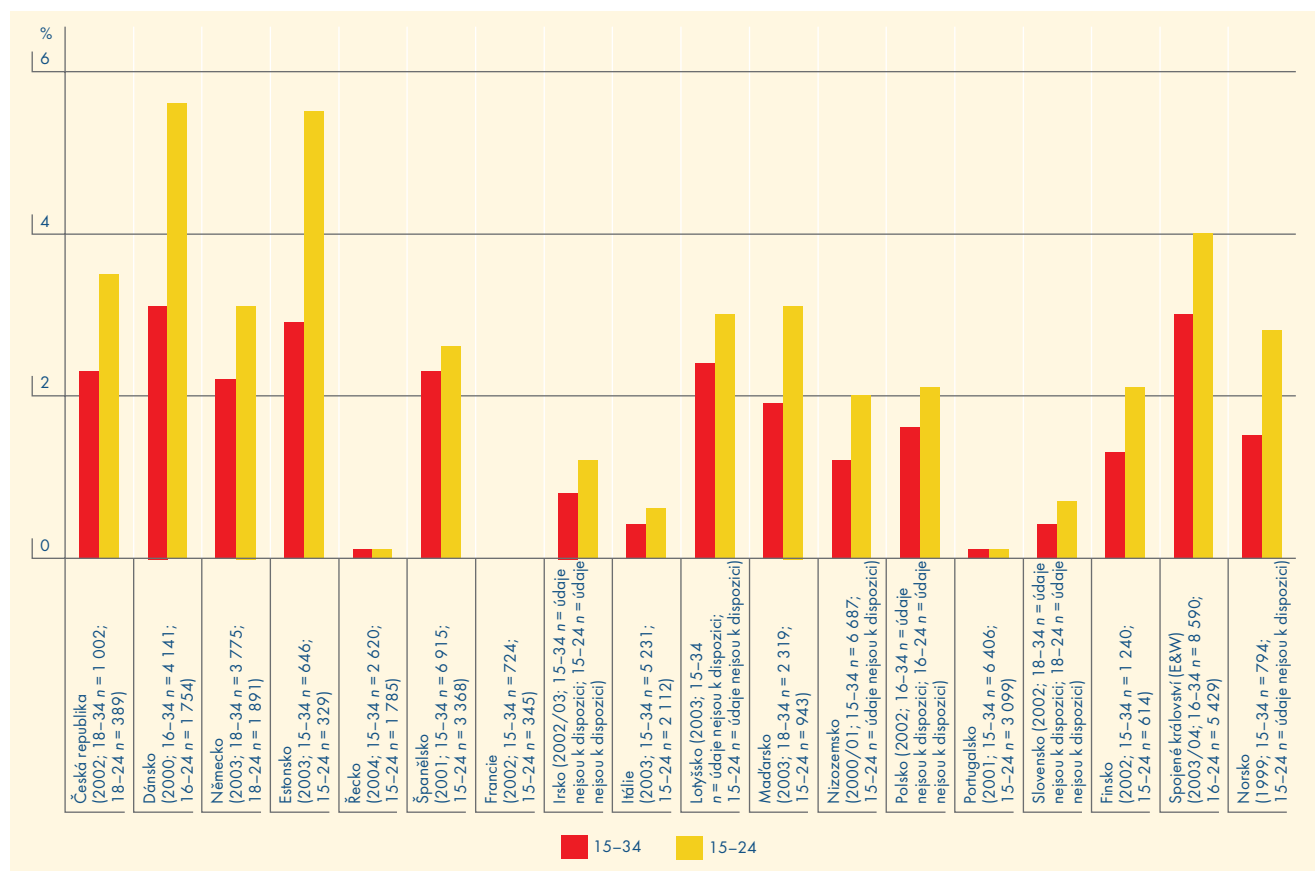
Obdobný obrázek se nyní objevuje v průzkumech populace mezi skupinou mladých dospělých (15–34 let). U této skupiny se celoživotní zkušenost s užíváním amfetaminů pohybuje od 0,1 % do 10 %, přičemž Spojené království uvádí výjimečně vysokou hodnotu 18,4 %. Užívání se v poslední době pohybuje od 0 % do 3 %, přičemž na horním konci stupnice je opět Dánsko, Estonsko a Spojené království (obr. 6). Ačkoli údaje o celoživotním užívání jsou pro Spojené království podstatně vyšší než údaje zjištěné v jiných zemích, prevalence užívání amfetaminů v poslední době (užívání během posledních 12 měsíců) je velmi podobná hodnotám uváděným v jiných zemích a celkově nadále klesá.

Nové údaje o užívání amfetaminů mezi 15–16letými studenty uvádějí průzkumy ESPAD za rok 2003⁽⁵⁸⁾. Celoživotní prevalence užívání amfetaminů se pohybuje

⁽⁵⁷⁾ Viz obrázek EYE-2 (část iv) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁵⁸⁾ Podrobná analýza školního průzkumu ESPAD 2003 viz kapitola 2.

Obrázek 6: Užívání amfetaminů v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými ve zvoleném věkovém rozpětí 15–34 a 15–24 let, měřeno v národních průzkumech



Poznámka: Údaje pocházejí z posledních národních průzkumů, jež jsou v každé zemi k dispozici (viz tabulka GPS-4 pro věkovou skupinu 15–34 let). U některých zemí se věkové rozmezí, jímž se vymezuje kategorie mladých dospělých, mírně liší od standardního rozmezí stanoveného za tímto účelem EMCDDA. Odchytky ve věkovém rozpětí mohou být v malé míře příčinou rozdílů mezi zeměmi.
Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

od méně než 1 % do 7 %. Nejvyšší národní odhady pro užívání drogy v poslední době jsou 4 % a pro užívání drogy v současné době (za posledních 30 dnů) 3 %.

Extázi vyzkoušelo přibližně 0,2–6,5 % dospělé populace, přičemž údaje pro většinu zemí leží v rozpětí 1–4 %. Užívání v poslední době uvádí 0–2,5 % dospělých s tím, že Česká republika, Španělsko a Spojené království hlásí nejvyšší hodnoty prevalence.

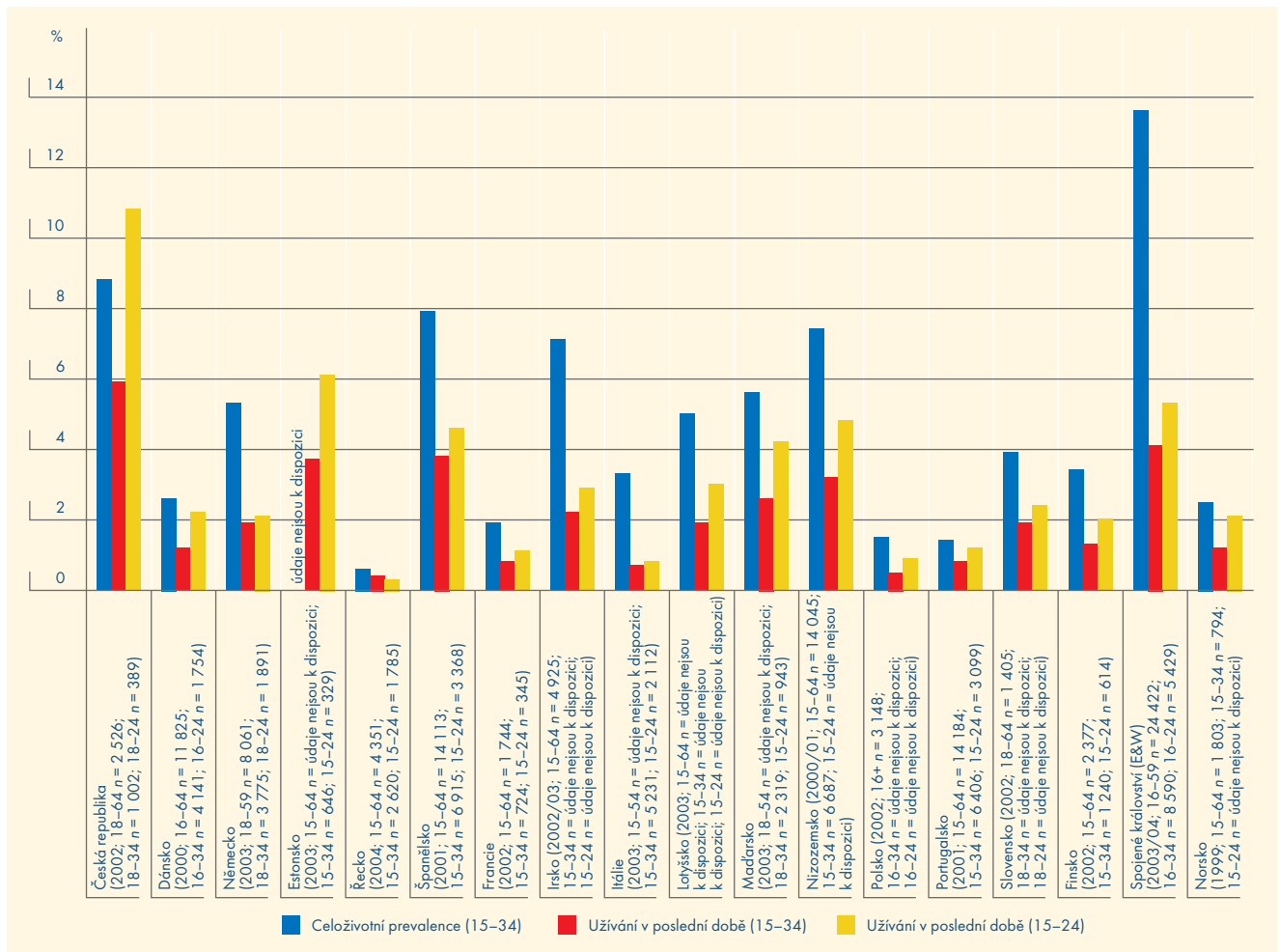
Mezi mladými dospělými (15–34 let) uvádí zkušenost s užíváním extáze 0,6–13,6 %. Užívání v poslední době (prevalence během posledních 12 měsíců) uvádí 0,4–6 % s tím, že nejvyšší hodnoty prevalence udávají Česká republika, Estonsko, Španělsko a Spojené království (obr. 7).

Protože užívání extáze je převážně fenomén mládeže, je užitečné analyzovat hodnoty prevalence mezi hodnotami 15–24letých a rovněž 15–16letých studentů škol. U věkové skupiny 15–24 let se hodnoty celoživotní zkušenosti pohybují od 0,4 % do 13 %, zatímco hodnoty

užívání v poslední době se pohybují od 0,3 % do 11 %. Vzhledem k tomu, že hodnoty užívání drog u této věkové skupiny jsou vyšší u mužů než u žen, většina zemí uvádí hodnoty celoživotní zkušenosti u 15–24letých mužů v rozpětí 4–16 % a hodnoty užívání v poslední době u mužů 2–8 %. Konečně údaje pro užívání v současné době (tj. užívání během posledních 30 dnů), což by zahrnovalo i pravidelné užívání, uvádělo sedm zemí. Tyto údaje se pohybovaly od 2 % do 5 % a naznačují, že 1 z 20–50 mužů ve věku 15–24 let užívá extázi pravidelně. Tyto hodnoty jsou pravděpodobně vyšší v městských oblastech, a zejména u lidí pravidelně navštěvujících diskotéky, kluby nebo taneční akce (Butler a Montgomery, 2004).

Odhady prevalence užívání extáze jsou značně nižší pro 15–16leté studenty škol než pro osoby ve věku 15 až 24 let. Celoživotní prevalence extáze mezi zkoumanými studenty se pohybuje od 0 % do 8 %, přičemž hodnoty užívání v poslední době (0–4 %) a užívání v současné době (0–3 %) jsou ještě nižší. Ve většině zemí se hodnoty

Obrázek 7: Celoživotní prevalence extáze v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými ve zvoleném věkovém rozpětí 15–34 a 15–24 let, měřeno v národních průzkumech



Poznámka: Údaje pocházejí z posledních národních průzkumů, jež jsou v každé zemi k dispozici (viz dále uvedené tabulky ve Statistickém věstníku 2005: GPS-2 pro celoživotní prevalenci a GPS-4 pro užívání v poslední době ve věkové skupině 15–34 let). U některých zemí se věkové rozmezí, jímž se vymezuje kategorie mladých dospělých, mírně liší od standardního rozmezí stanoveného za tímto účelem EMCDDA. Odchytky ve věkovém rozpětí mohou být v malé míře příčinou rozdílů mezi zeměmi.
Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

užívání v současné době pohybují mezi 1 % a 2 % s malým rozdílem mezi pohlavími (Hibell a kol., 2004).

Pro srovnání v národním průzkumu o užívání drog a zdraví ve Spojených státech v roce 2003 (SAMHSA, 2003) uvádělo 4,6 % dospělých (za které byly považovány osoby ve věku 12 let a starší) celoživotní zkušenost s extází a 0,9 % uvádělo užívání v poslední době. Mezi 18–25letými ve stejném průzkumu uvádělo 14,8 % celoživotní zkušenost, 3,7 % užívání v poslední době a 0,7 % užívání v současné době (minulý měsíc) ⁽⁵⁹⁾.

Trendy

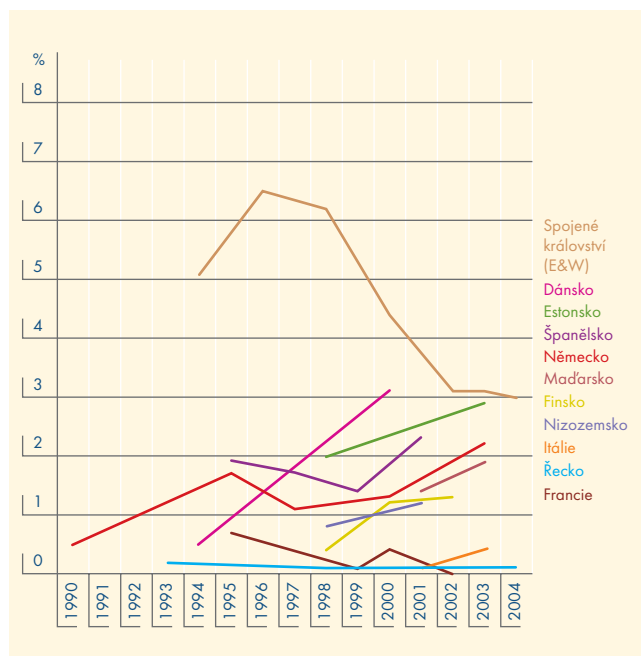
Průzkumy populace ukazují vzestup v užívání amfetaminu (obr. 8) a extáze (obr. 9) v poslední době mezi mladými

dospělými ve většině zemí s informacemi o nepřetržitých průzkumech. U extáze jsou výjimkou Německo a Řecko, kde se úroveň nezvýšila, a dále Spojené království, kde se užívání těchto drog v poslední době stabilizovalo (2002–2003), i když na relativně vysoké úrovni (obr. 9).

Jak bylo uvedeno výše, užívání extáze nyní v mnoha zemích převyšuje užívání amfetaminu; to však zdaleka nepředstavuje pokles v užívání amfetaminu. Ve většině zemí, které mohou poskytnout informace z nepřetržitých průzkumů, se vlastně užívání amfetaminu (užívání v poslední době mezi mladými dospělými) zvýšilo. Pozoruhodnou výjimkou je Spojené království, kde byl od roku 1998 pozorován významný pokles v užívání amfetaminu. To může vysvětlovat, proč je ve Spojeném

⁽⁵⁹⁾ Povšimněte si, že věkový rozsah v americkém průzkumu (12 a více let) je širší, než věkový rozsah, který uvádí EMCDDA pro průzkumy v EU (15–64 let). Na druhé straně je věkový rozsah mladých dospělých (18–25 let) užší, než věkový rozsah používaný ve většině průzkumů v EU (15–24 let).

Obrázek 8: Trendy užívání amfetaminů v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými (ve věku 15–34 let), měřeno v národních průzkumech ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Velikost vzorku (počet respondentů) pro věkovou skupinu 15–34 let pro každou zemi a rok naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.

Poznámka: Údaje jsou převzaty z národních průzkumů, jež jsou k dispozici pro jednotlivé země. Číselné údaje a metodiku jednotlivých průzkumů naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005. Pro mladé dospělé používá EMCDDA věkové rozpětí 15–34 let (Dánsko a Spojené království od 16 let, Německo, Estonsko (1998) a Maďarsko od 18 let). Ve Francii bylo věkové rozpětí v roce 1995 18–39 let.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

království prevalence celoživotní zkušenosti vysoká ve srovnání se zaznamenanými mírnějšími úrovněmi užívání v poslední době. Lze spekulovat o tom, že pokles v užívání amfetaminu byl v jistém rozsahu kompenzován zvýšeným užíváním kokainu a extáze (viz obr. 8 a 9).

Údaje o žádostech o léčbu

Užívání stimulantů na bázi amfetaminu je zřídka hlavním důvodem pro účast na léčení drogové závislosti. Existují však některé výjimky – v České republice, ve Finsku a Švédsku zodpovídají ATS, konkrétně spíše amfetaminy než extáze, za 18 % z více než 50 % veškerých žádostí o primární léčbu. V České republice se více než 50 % uváděných žádostí o léčbu týká metamfetaminu jako primárního problému. To se také odráží v nových žádostech o léčbu, a to včetně Slovenska ⁽⁶⁰⁾. Kromě toho

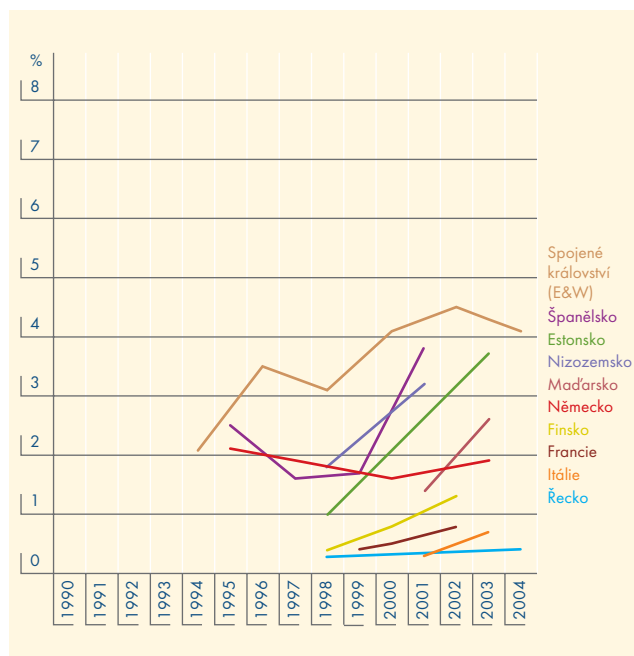
⁽⁶⁰⁾ Viz tabulky TDI-4 (část ii) a TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶¹⁾ Viz tabulka TDI-24 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶²⁾ Viz tabulka TDI-23 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶³⁾ Viz tabulky TDI-11 (část i) a TDI-11 (část v) ve Statistickém věstníku 2005.

Obrázek 9: Trendy užívání extáze v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými (ve věku 15–34 let), měřeno v národních průzkumech ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Velikost vzorku (počet respondentů) pro věkovou skupinu 15–34 let pro každou zemi a rok naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.

Poznámka: Údaje jsou převzaty z národních průzkumů, jež jsou k dispozici pro jednotlivé země. Číselné údaje a metodiku jednotlivých průzkumů naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005. Pro mladé dospělé používá EMCDDA věkové rozpětí 15–34 let (Dánsko a Spojené království od 16 let, Německo, Estonsko (1998) a Maďarsko od 18 let).

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

11 % z nových evropských klientů žádajících o léčbu a uvádějících údaje uvedlo ATS jako sekundární drogu ⁽⁶¹⁾.

Porovnání údajů z let 2002 a 2003 odhaluje, že pokračoval rostoucí trend v počtu uživatelů stimulantů na bázi amfetaminu (+3,5 %). Mezi rokem 1996 a rokem 2003 se počet klientů vyhledávajících léčbu závislosti na stimulantech na bázi amfetaminu ve dvanácti zemích EU zvýšil z 2 204 na 5 070.

Z celkového počtu nových klientů, kteří vyhledávali léčbu v ambulantních střediscích z důvodu ATS, užívá 78,5 % amfetaminy a 21,4 % MDMA (extáze) ⁽⁶²⁾. Klienti s nejvyšším podílem extáze se nacházejí v Maďarsku, Nizozemsku a Spojeném království.

Téměř jedna třetina uživatelů ATS vyhledávajících léčbu je ve věku 15–19 let a další třetina je ve věku 20–24 let ⁽⁶³⁾.

Velká většina klientů užívajících ATS poprvé užila drogu mezi 15. a 19. rokem ⁽⁶⁴⁾.

Mezi léčenými klienty užívajícími ATS je stejný počet příležitostných a denních uživatelů. V zemích, kde je část klientů užívajících amfetamin vyšší, užívá většina klientů drogu dvakrát až šestkrát týdně ⁽⁶⁵⁾.

Hlavním způsobem podávání amfetaminů a extáze je orální použití (58,2 %). Asi 15 % klientů však užívá drogu nitrožilně. V některých zemích v současné době amfetaminu užívá nitrožilně více než 60 % klientů užívajících ATS (Česká republika a Finsko) ⁽⁶⁶⁾.

Úmrtí související s extází

Ve srovnání s úmrtími v souvislosti s opiáty jsou úmrtí zahrnující extázi relativně neobvyklá, avšak v některých zemích nikoli zanedbatelná, a sledování těchto úmrtí by se mohlo zlepšit. Označení „úmrtí související s extází“ by mohlo znamenat, že extáze byla uvedena na úmrtním listu nebo byla zjištěna v toxikologické analýze (často spolu s dalšími drogami) ⁽⁶⁷⁾.

Ačkoli hlášení není harmonizováno, údaje z národních zpráv zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2004 naznačují, že úmrtí následkem užití extáze jsou ve většině zemí EU vzácná, zejména úmrtí následkem užití extáze samotné. V roce 2003 uvádělo několik zemí úmrtí spojená s extází – Rakousko (jedno úmrtí související pouze s extází), Česká republika (jedno úmrtí pravděpodobně v důsledku předávkování MDMA), Francie (osm případů spojených s extází), Německo (dva případy spojené s extází samotnou a osm následkem extáze v kombinaci s jinými drogami – v roce 2002 tyto hodnoty činily 8, resp. 11 úmrtí), Portugalsko (zjištěno ve 2 % úmrtí souvisejících s drogami) a Spojené království (extáze „zmíněná“ na 49 úmrtních listech v roce 2000, 76 v roce 2001 a 75 v roce 2002). Nizozemsko uvádělo sedm úmrtí v důsledku akutní intoxikace psychostimulanty, ačkoli dotyčná látka uvedena nebyla.

Několik zemí uvádí údaje o naléhavých případech hospitalizace zahrnujících extázi. V Amsterdamu zůstal počet naléhavých případů souvisejících s extází, kdy nedošlo k úmrtí (holandská národní zpráva), v letech 1995 až 2003 stabilní (stejně jako počet případů spojených s amfetaminu), zatímco naléhavé případy způsobené halucinogenními houbami a gama-hydroxybutyrátem (GHB) se zvýšily. V Dánsku (národní zpráva) se počet případů vyžadujících nemocniční péči v důsledku intoxikace stimulanty zvýšil ze 112 případů v roce 1999

na 292 případů v roce 2003. Z těchto případů vyžadujících nemocniční péči se počet případů spojených s užíváním extáze od roku 1999 do roku 2000 výrazně zvýšil, avšak bez zřejmého následného trendu, zatímco počet kontaktů spojených s užíváním amfetaminu se během tohoto období plynule rostl.

Prevence

Projekty mobilní prevence se přizpůsobují roztržité „divoké“ kultury tak, aby se s cílovou skupinou mladých rekreačních uživatelů drog bylo možné spojit, např. přes kontaktní místa pro každou „scénu“. Ze zemí, kde existovalo testování tablet, byla tato praxe zrušena v Německu a v Portugalsku. V Nizozemsku se testování tablet provádí pouze v laboratořích a ve Francii bylo navrženo upustit od testování tablet v terénu. Mezi důvody pro tyto změny patří snížená četnost tablet s příměsí v západní Evropě a pokračující obavy ze zákonnosti postupu. V České republice však projekty testování tablet pokračovaly a byly dokonce předmětem mediální diskuse.

Prevence v zařízeních pro trávení volného času

Projekty selektivní prevence v zařízeních pro trávení volného času hlásí nové členské státy stále více, zejména Česká republika, Kypr (mobilní informační jednotka v místech s nočním životem), Maďarsko (tři organizace), Polsko a Slovinsko.

Obsah zásahů zůstává zpravidla nezměněn a ve většině členských států je podobný, přičemž se vyskytuje v podobě protidrogových diskoték, uměleckých představení, divadel, mediální podpory (filmy, kreslené seriály atd.), seminářů, mobilních výstav a turistických akcí (lucemburská národní zpráva).

Důležité zůstávají strukturální přístupy. V Itálii, Nizozemsku a Skandinávii se vytváření sítí považuje za nezbytnou podmínku pro drogovou prevenci, přičemž cílem je ovlivnit kulturu nočního života. Za tímto účelem se odborníci na prevenci spojují s majiteli prostor většinou využívaných pro rekreační užívání drog (včetně kaváren v Nizozemsku) i s dalšími osobami, které jsou součástí nočního života, např. vrátnými a barovým personálem. Ve Švédsku se takové zásahy přesouvají do velkých měst mimo Stockholm. Ze studie o podobných programech v Nizozemsku vyplynulo, že „návštěvníci a organizátoři večírků se chovají podstatně odpovědněji, pokud jde o nelegální drogy, než se očekávalo“ (Pijlman a kol., 003). Integrované přístupy, jako jsou tyto, mají rovněž tu výhodu,

⁽⁶⁴⁾ Viz tabulky TDI-10 (část i) a TDI-10 (část v) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶⁵⁾ Viz tabulka TDI-18 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶⁶⁾ Viz tabulka TDI-17 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁶⁷⁾ Podrobnější diskusi o úmrtích souvisejících s extází viz výroční zpráva EMCDDA za rok 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/cs/page038-cs.html>).

že odvádějí pozornost veřejnosti od nehod a lékařských zásahů týkajících se nelegálních drog na velkých večírcích a zaměřují veřejné povědomí na celková rizika klubového prostředí. Do této kategorie spadají pravidla pro bezpečnější noční život, která však v Evropě ještě nejsou rozšířená (Calafat a kol., 2003).

Individuální on-line poradenství prostřednictvím internetových stránek je relativně novým přístupem, který byl zaveden v Rakousku a Německu (www.drugcom.de). Obdobná situace je v Rakousku, kde je k dispozici e-mailové poradenství v novém vídeňském telefonním centru drogové pomoci a kde byly vyvinuty standardy kvality (FSW, 2004). Většina internetových stránek protidrogové prevence však poskytuje odborné rady a neobsahuje diskusní fóra, protože neexistuje přesvědčivý důkaz o účinnosti těchto spotřebitelsky vedených společenství vrstevníků (Eysenbach a kol., 2004).

Údaje o záchytech drog a o trhu ⁽⁶⁸⁾

Podle informací Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC, 2003a) se produkce ATS – „syntetických drog včetně chemicky příbuzného amfetaminu, metamfetaminu a extáze“ – obtížně kvantifikuje, protože „začíná se snadno dostupnými chemikáliemi v lehce utajitelných laboratořích“. Roční světová produkce ATS se však odhaduje asi na 520 tun (UNODC, 2003b). Celosvětově se nejvíc ATS (46 tun) zachytilo v roce 2000 a po následném poklesu to v roce 2003 opět bylo 34 tun (CND, 2004, 2005).

Amfetamin

Na základě počtu zlikvidovaných laboratoří zůstává celosvětová produkce amfetaminu soustředěná v Evropě. V roce 2003 byly amfetaminové laboratoře odhaleny v osmi zemích EU (Belgii, Německu, Estonsku, Litvě, Lucembursku, Nizozemsku, Polsku, Spojeném království). Většina amfetaminu zachyceného v EU v roce 2003 pocházela z Nizozemska, dále z Polska a Belgie. Kromě toho existují zprávy o amfetaminu vyráběném v Estonsku a Litvě, který je pak určen pro severské státy. Nezákonný obchod s amfetaminem probíhá především v rámci regionů (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; CND, 2005).

Obdobně k většině záchytů amfetaminu došlo v Evropě. Západní a střední Evropa se na celkovém množství amfetaminu zachyceném ve světě v roce 2003 podílela 82 %, přičemž podíl východní a jihovýchodní Evropy činil 13 % a podíl zemí Blízkého a Středního východu 3 % (CND, 2005). Z členských států EU se v posledních pěti letech nejvíce amfetaminů zachytilo ve Spojeném království ⁽⁶⁹⁾. V EU jako celku počet záchytů amfetaminu ⁽⁷⁰⁾, který dříve vykazoval vzestupný trend, vyvrcholil v roce 1998, zatímco největší množství amfetaminu ⁽⁷¹⁾ bylo zachyceno v roce 1997. Počty záchytů amfetaminu rostly i v letech 2001 a 2002, ale na základě trendů v zemích, ze kterých jsou k dispozici údaje, se pravděpodobně v roce 2003 stabilizovaly nebo poklesly. Zachycená množství také kolísají, ale zdá se, že jsou od roku 2002 na vzestupu ⁽⁷²⁾.

V roce 2003 se průměrné ceny amfetaminu na uživatelské úrovni pohybovaly od méně než 10 EUR za gram v Belgii, Estonsku, Řecku, Lotyšsku, Maďarsku, Nizozemsku a na Slovensku do 37,5 EUR za gram v Norsku ⁽⁷³⁾. Průměrná prodejní čistota amfetaminu se v roce 2003 pohybovala od 7,5 % (Německo) do 50 % (Norsko) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamin

Na celosvětové úrovni je nejdůležitějším stimulantem na bázi amfetaminu, pokud jde o vyráběná a prodávaná množství, metamfetamin. V roce 2003 byla největší množství vyráběna a zachycena ve východní a jihovýchodní Asii (Čína, Myanmar, Filipíny, Thajsko), po nichž následovala Severní Amerika (Spojené státy) (CND, 2005). V Evropě se metamfetamin vyrábí v mnohem menším rozsahu. V roce 2003 zjistila a hlásila utajované metamfetaminové laboratoře Česká republika, Německo, Litva a Slovensko (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; CND, 2005). V České republice byla hlášena produkce metamfetaminu od počátku 80. let 20. století (UNODC, 2003a). Většina je určena pro místní spotřebu, i když určitá část se pašuje do Německa a Rakouska (česká národní zpráva, 2004). V roce 2003 české úřady ohlásily vzestup v produkci „perviitinu“ (místní metamfetamin) ze značkových farmaceutických výrobků v důsledku nedostatku efedrinu (prekurzor metamfetaminu) na místním černém trhu. Ačkoli EMCDDA údaje o záchytech metamfetaminu systematicky neshromažďuje, Česká republika, Německo, Litva

⁽⁶⁸⁾ Viz „Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu“, str. 42.

⁽⁶⁹⁾ Tuto situaci je třeba porovnat s údaji Spojeného království za rok 2003, až budou k dispozici. Údaje o počtech záchytů amfetaminu v roce 2003 nebyly k dispozici pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Rumunsko. Údaje o počtu záchytů amfetaminu i o množstvích zabavených amfetaminů v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko a Spojené království.

⁽⁷⁰⁾ Viz tabulka SZR-7 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷¹⁾ Viz tabulka SZR-8 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷²⁾ Toto je třeba prověřit vůči údajům chybějícím za rok 2003 – zejména pro Spojené království, až budou k dispozici.

⁽⁷³⁾ Viz tabulka PPP-4 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷⁴⁾ Viz tabulka PPP-8 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

a Norsko uvádějí, že takové záchyty v roce 2003 provedly. Dánsko navíc uvedlo, že metamfetamin je na nelegálním trhu s drogami stále běžnější a Lotyšsko hlásilo zvýšené množství (0,8 tun) efedrinu zachyceného v roce 2003 (ve srovnání s rokem 2002) (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004).

V roce 2003 bylo oznámeno, že se prodejní cena „pervitinu“ v České republice pohybuje od 16 EUR do 63 EUR za gram⁽⁷⁵⁾, přičemž čistota kolísala mezi 50 % a 75 %⁽⁷⁶⁾.

Extáze

V celosvětovém měřítku zůstává Evropa hlavním centrem výroby extáze, ačkoli se zdá, že její relativní důležitost klesá, protože se v posledních letech výroba extáze rozšířila do jiných částí světa, zejména do Severní Ameriky a východní a jihovýchodní Asie (CND, 2005; INCB, 2005). V roce 2003 se počet laboratoří, které vyrábějí extázi, zjištěných po celém světě snížil (CND, 2005); v EU bylo odhalení takových laboratoří oznámeno v Belgii, Estonsku, Litvě a Nizozemsku (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; CND, 2005). Podle poskytnutých údajů má extáze zachycená v Evropě původ hlavně v Nizozemsku následovaném Belgií, ačkoli Estonsko a Spojené království jsou rovněž uváděny jako zdrojové země (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2003).

Nezákonné obchodování s extází je stále silně soustředěno v západní Evropě, ačkoli podobně jako výroba se v posledních letech rozšířilo po celém světě (UNODC, 2003a). Pokud jde o zachycená množství, západní a střední Evropa se na nich v roce 2003 podílela 58 %, následovaná Oceánií s 23 % (CND, 2005). V roce 2002 Nizozemsko poprvé předstihlo Spojené království jako země EU, kde bylo zachyceno nejvíce extáze⁽⁷⁷⁾.

Počet záchytů extáze⁽⁷⁸⁾ na úrovni EU se v období let 1998 až 2001 prudce zvýšil. Od roku 2002 se však počty záchytů snížily a na základě trendů v zemích, ze kterých jsou k dispozici údaje, se zdá, že tento pokles pravděpodobně

pokračoval i v roce 2003. Zaznamenaná množství extáze⁽⁷⁹⁾ se od roku 1998 do roku 2000 zvyšovala strmě, později však již jen pomalejším tempem. V roce 2003 se však zachycená množství ve většině zemí poskytujících údaje snížila. Zjevný pokles záchytů extáze v EU (jak počet, tak množství) v roce 2003 je však třeba potvrdit po doplnění chybějících údajů z roku 2003 (zejména ze Spojeného království), jakmile budou k dispozici.

V roce 2003 se průměrná cena tablety extáze prodávané na ulici pohybovala od méně než 5 EUR (Maďarsko, Nizozemsko) do 20–30 EUR (Řecko, Itálie)⁽⁸⁰⁾.

V roce 2003 bylo při rozboru zjištěno, že většina tablet prodávaných jako nelegální drogy obsahuje jako psychoaktivní složky pouze extázi (MDMA, aktivní látka) a látky podobné extázi (MDEA, MDA) jako psychoaktivní složky. Tak tomu bylo v Dánsku, Španělsku, Maďarsku, Nizozemsku, na Slovensku a v Norsku, kde více než 95 % analyzovaných tablet obsahovalo uvedené látky. Avšak dvě země, Estonsko a Litva, uváděly, že vyšší procento analyzovaných tablet (94 % v Estonsku a 76 % v Litvě) obsahovalo jako jediné psychoaktivní látky amfetamin anebo metamfetamin. Obsah MDMA v tabletách extáze se značně liší v závislosti na šarži (i mezi tabletami se stejným logem), a to jak mezi jednotlivými zeměmi, tak na vnitrostátní úrovni. V roce 2003 se pohyboval průměrný obsah MDMA tablet extáze od 54 do 78 mg⁽⁸¹⁾. Další psychoaktivní látky zjištěné v tabletách prodávaných jako extáze v roce 2003 zahrnovaly MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA a 1-PEA (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004).

LSD

LSD se vyrábí a obchoduje se s ním v mnohem menším rozsahu než se stimulanty na bázi amfetaminu. Až do roku 2000 k většině záchytů LSD v EU došlo ve Spojeném království, ale od té doby má Německo⁽⁸²⁾ největší podíl na počtu záchytů⁽⁸³⁾. V letech 1998–2002 na úrovni EU vytrvale klesal jak počet záchytů⁽⁸⁴⁾, tak zachycená množství⁽⁸⁵⁾ – s výjimkou ustáleného stavu v roce 2000.

⁽⁷⁵⁾ Viz tabulka PPP-4 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷⁶⁾ Viz tabulka PPP-8 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷⁷⁾ Toto by bylo třeba ověřit, až budou k dispozici chybějící údaje za rok 2003. Údaje o počtech záchytů extáze v roce 2003 nebyly k dispozici pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Rumunsko. Údaje o počtu záchytů extáze ani o množstvích extáze zabavené v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko a Spojené království.

⁽⁷⁸⁾ Viz tabulka SZR-9 (část iv) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁷⁹⁾ Viz tabulka SZR-10 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁸⁰⁾ Viz tabulka PPP-4 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁸¹⁾ Tento rozsah vychází pouze z údajů z několika zemí, a to z Dánska, Německa, Francie, Lucemburska a Nizozemska.

⁽⁸²⁾ Je třeba si povšimnout malého počtu záchytů LSD, aby nedošlo k přehnanému výkladu meziročních odchylek.

⁽⁸³⁾ Toto tvrzení je třeba prověřit, až budou k dispozici chybějící údaje za rok 2003. Údaje o počtech záchytů LSD v roce 2003 nebyly k dispozici pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Polsko. Údaje o počtu záchytů LSD ani o množstvích LSD zabavených v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko, Maltu, Slovinsko, Spojené království a Rumunsko.

⁽⁸⁴⁾ Viz tabulka SZR-11 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁸⁵⁾ Viz tabulka SZR-12 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

V roce 2003 se však poprvé po devíti letech zvýšil počet záchyťů LSD i zachycená množství. Výjimečně vysoká množství byla zachycena ve Španělsku, Francii a Polsku. To by mohlo ukazovat na obnovení obchodu s LSD (a případného užívání) v EU. V roce 2003 zaplatili uživatelé za jednu dávku LSD v průměru od 4 EUR ve Spojeném království do 25 EUR v Itálii ⁽⁸⁶⁾.

Informace o systému včasného varování

Základním cílem evropského systému včasného varování („European early warning system“, EWS) v rámci společné akce EU týkající se nových syntetických drog (1997) ⁽⁸⁷⁾ je rychlý sběr, analýza a výměna informací o nových syntetických drogách, jakmile se objeví na evropské drogové scéně. Nad systémem včasného varování má patronát EMCDDA prostřednictvím sítě Reitox. Systém funguje v těsné spolupráci s Europolem, který mu prostřednictvím své sítě národních jednotek poskytuje příslušné informace pro vymáhání práva.

V roce 2004 EMCDDA obdrželo oznámení členských států o šesti nových syntetických drogách, čímž se celkové množství sledovaných látek zvýšilo na více než 25. Tyto látky zahrnují kruhově substituované fenetylaminy (většinou ze skupiny 2C, a dále TMA-2, 4-MTA, PMMA atd.), tryptaminy (např. DMT, AMT, DIPT a různé deriváty) a piperaziny (včetně BZP, mCPP). Dále byly shromažďovány a vyměňovány informace o různých dalších látkách, včetně některých katinonů (např. substituované pyrrolidiny). Evropská komise ani Evropská rada však nebyly požádány o schválení vyhodnocení rizika žádné nové látky, protože nebyly dostačující důkazy o zdravotních nebo sociálních rizicích pro jednotlivce/veřejnost.

Ketamin a GHB, u nichž bylo v roce 2000 provedeno posouzení rizik, jsou i nadále sledovány prostřednictvím systému včasného varování. Ačkoli existují náznaky, že by se užívání těchto dvou látek mohlo v zařízeních pro trávení volného času významným způsobem rozšířit, dostupné důkazy ještě nejsou postačující ke kvantifikaci prevalence nebo určení trendů na úrovni EU.

Zjištění ketaminu bylo oznámeno z Belgie, Dánska, Řecka, Francie, Maďarska, Nizozemska, Švédska, Spojeného království a Norska. Většina záchyťů se týkala bílého prášku, avšak Francie a Spojené království uváděly záchyty/akvizice ketaminu také v tekuté formě. Nejvyšší počty zjištění v tělesných tekutinách a vzorcích byly hlášeny ze Švédska a Norska (51 ve Švédsku a 30 v Norsku),

avšak žádná země nerozlišovala mezi lékařským a nelegálním užíváním.

Identifikace GHB, včetně záchyťů jeho prekurzorů GBL a 1,4-BD (chemikálií, které jsou komerčně široce dostupné), byly hlášeny z Belgie, České republiky, Dánska, Estonska, Francie, Nizozemska, Švédska, Finska, Spojeného království a Norska. GHB bylo zachyceno jak v práškové, tak tekuté formě.

V posledních dvou měsících roku 2004 bylo hlášeno několik případů intoxikace v důsledku konzumace kokainu s příměsí relativně vysokých dávek atropinu ⁽⁸⁸⁾ v Belgii, Francii, Itálii a Nizozemsku. Hned jak bylo zřejmé riziko kombinované intoxikace kombinací kokainu a atropinu, EMCDDA vydalo výstražný signál partnerům v systému včasného varování a doporučilo jim informovat jejich sítě, a zejména příslušné zdravotnické orgány, o příznacích intoxikace kombinací kokainu a atropinu tak, aby ji bylo možné diagnostikovat v raném stádiu. V důsledku toho se také několik členských států rozhodlo vydat včasné varování svým sítím nebo orgánům veřejného zdraví.

V květnu roku 2005 byl systém včasného varování dále posílen rozhodnutím Rady (2005/387/JHA), které nahradilo společnou akci z roku 1997. Rozhodnutí Rady rozšiřuje rozsah působení na veškeré nové psychoaktivní látky (narkotické drogy i syntetické drogy). Kromě toho mechanismus počítá se zahrnutím léčivých přípravků do výměny informací o nových psychoaktivních látkách.

Mezinárodní akce proti výrobě syntetických drog a obchodování s nimi

Spolupráce v rámci EU i mezinárodní spolupráce stále více uznává důležitost sledování a kontrolu výchozích chemických prekurzorů nutných k výrobě kontrolovaných látek. Zvýšením pozornosti věnované chemickým látkám nutným k výrobě drog jako heroin, kokain a extáze je možné zavést opatření ke znemožnění nebo potlačení dodávky. V současné době existují v této oblasti tři hlavní mezinárodní programy. Operace „Purple“ se týká manganistanu draselného, který se používá při výrobě kokainu. Operace „Topaz“ sleduje mezinárodní obchod s acetanhydridem, prekurzorem používaným při výrobě heroinu. Projekt „Prism“ je zaměřen na zpětné sledování vyšetřování záchyťů prekurzorů stimulantů amfetaminového typu na vstupech nebo v laboratořích vyrábějících nelegální drogy. INCB dostala oznámení o celkem

⁽⁸⁶⁾ Viz tabulka PPP-4 (část I) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁸⁷⁾ Společná akce z roku 1997 o výměně informací, hodnocení rizika a kontrole nových syntetických drog (Úř. věst. L 167, 25.6.1997) definuje nové syntetické drogy jako „syntetické drogy, které nejsou v současné době uvedeny na žádném ze seznamů Úmluvy OSN z roku 1971 o psychotropních látkách, které představují stejně vážnou hrozbu veřejnému zdraví jako látky zapsané na seznamech I a II Úmluvy a které mají omezenou léčebnou hodnotu“. Týká se koncových produktů na rozdíl od prekurzorů.

⁽⁸⁸⁾ Anticholinergikum atropin je přírodní alkaloid z rostliny *Atropa belladonna*. Těžká intoxikace může být smrtelná.

20 227 transakcích, které byly při těchto operacích zkoumány během posledních dvou let. Existují určité důkazy, že tato opatření měla dopad na výrobu drog.

Projekt Prism je zejména důležitý pro výrobu syntetických drog v EU. Je to náročná oblast práce, protože mezi velkým množstvím chemikálií, které lze využít pro výrobu ATS, jsou mnohé látky, které jsou potřebné pro legální obchodní aktivity, nebo jsou jejich vedlejšími produkty. Oblasti zájmu projektu Prism zahrnují sledování mezinárodního obchodu se safrolem používaným při výrobě extáze; zamezení odchylky farmaceutických přípravků obsahujících pseudoefedrin a lokalizaci laboratoří zapojených do nepovolené výroby 1-fenyl-2-propanonu. Navzdory obtížnosti práce v této oblasti se zdá, že projekt Prism umožnil lepší mezinárodní spolupráci, jejímž důsledkem jsou úspěšné represivní činnosti. Jejich příkladem uvedeným v nedávné zprávě INCB (2005) byla spolupráce mezi Čínou a Polskem, která vedla k odhalení významného případu pašování 1-fenyl-2-propanonu do Polska.

Opatření proti výrobě a obchodování se syntetickými drogami v Evropě

V souladu s realizačním plánem akcí, které se mají vykonat s ohledem na dodávky syntetických drog, Komise ve spolupráci s Europelem v prosinci 2003 vypracovala zprávu popisující současný stav hlavních multilaterálních projektů zaměřených na mapování distribučních sítí a zkušenosti získané v této oblasti na úrovni EU, v členských státech a v kandidátských zemích. Zpráva zdůraznila klíčové prvky takových projektů, které jsou zjevně rozhodující pro dosažení pozitivních operativních výsledků. Došla též k závěru, že existuje „potenciální prospěch z kombinování informací a zpravodajství z řady oblastí souvisejících se syntetickými drogami v rámci celkové a integrované strategie.“

V prosinci 2004 Europol sloučil projekty CASE a GENESIS a vytvořil projekt Synergy, jehož součástí je pracovní

soubor pro účely analýzy podporovaný 20 členskými státy a některými třetími státy, srovnávací systém Europolu pro nezákonné laboratoře („Europol Illicit Laboratory Comparison System“, EILCS) a systém Europolu pro loga extáze (Europol Ecstasy Logo System, EELS). Projekt pokračuje v podpoře Komplexní akce proti syntetickým drogám v Evropě („Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe“, CASE), švédské iniciativy týkající se profilování amfetaminu a rovněž v podpoře Evropské společné jednotky pro prekurzory („European Joint Unit on Precursors“, EJUP) sestávající z odborníků ze šesti členských států.

Složka pracovního souboru pro účely analýzy zajišťuje sběr a rozbor kriminálního zpravodajství o syntetických drogách a prekurzorech na vysoké úrovni. Prioritou je vyšetřování zločineckých skupin anebo významný *modus operandi*.

EILCS shromažďuje fotografické a technické informace z míst výroby syntetických drog a příslušných skládek chemických odpadů, což umožňuje vyšetřování vazeb mezi zachyceným vybavením, materiály a chemikáliemi, zahájení výměny informací, zpětné sledování vyšetřování, soudní šetření pro důkazní účely a identifikaci a zaměření se na zprostředkovatele a s tím spojené zločinecké skupiny. Europol je prostřednictvím EILCS evropským kontaktním místem pro projekt „Prism-Equipment“, světový program OSN INCB pro zpětné sledování strojů na výrobu tablet a další zařízení na výrobu syntetických drog.

EELS shromažďuje fotografické a základní kriminologické informace o způsobech činnosti související s významnými záchyty, což umožňuje určovat shodu mezi záchyty a zachycenými důkazy, zahájit výměnu informací o vymáhání práva, další vyšetřování a soudní profilování pro důkazní účely a zaměření se na zločinecké skupiny.

Katalog Europolu obsahující zařízení na výrobu syntetických drog a Katalog Europolu s logy extáze se pravidelně aktualizuje a vydává.



Kapitola 5

Kokain a crack

Prevalence a vzorce užívání kokainu

Podle nedávných národních průzkumů obyvatelstva 0,5 % až 6 % dospělé populace uvádí alespoň jednu zkušenost s kokainem (tj. celoživotní prevalenci), přičemž na horním konci tohoto rozmezí je Itálie (4,6 %), Španělsko (4,9 %) a Spojené království (6,8 %). Užívání kokainu v poslední době (v posledních 12 měsících) obecně uvádí méně než 1 % dospělých; ve většině zemí jde o rozmezí mezi 0,3 % a 1 %. Ve Španělsku a Spojeném království jsou hodnoty nedávné prevalence vyšší než 2 %.

Ačkoli jsou údaje o prevalenci kokainu mnohem nižší než srovnatelné hodnoty pro konopí, úroveň užívání mezi mladšími dospělými může být vyšší než je průměr pro celou populaci. Celoživotní zkušenost mezi 15–34letými se pohybuje od 1 % do 11,6 %, přičemž nejvyšší úroveň je opět zjištěna u Španělska (7,7 %) a Spojeného království (11,6 %). Užívání v poslední době se pohybuje mezi 0,2 % a 4,6 % s tím, že Dánsko, Irsko, Itálie a Nizozemsko mají všechny hodnoty kolem 2 %. Ve Španělsku a Spojeném království je údaj vyšší než 4 %.

Užívání kokainu je vyšší u mužů. Např. z průzkumů z Dánska, Německa, Španělska, Itálie, Nizozemska a Spojeného království vyplynulo, že mezi muži ve věku 15 až 34 let byla celoživotní zkušenost mezi 5 % a 13 %. V šesti zemích bylo užívání v poslední době vyšší než 3 %, přičemž Španělsko a Spojené království uváděly 6 % až 7 % (obr. 10).

U běžné populace je užívání kokainu buď přerušeno po období experimentování v mladším dospělém věku, nebo je příležitostné a dochází k němu zejména o víkendech a v zařízeních pro trávení volného času (bary a diskotéky). V některých zemích však nemusejí být některé formy pravidelného užívání zanedbatelné. Užívání v současné době (během posledních 30 dnů) uvádí 1,5–4 % mladých mužů (ve věku 15–34 let) ve Španělsku, v Itálii, Nizozemsku a Spojeném království. V městských oblastech budou údaje o užívání kokainu pravděpodobně podstatně vyšší.

V nedávné studii zahrnující více měst velká většina (95 %) osob, které byly definované jako sociálně integrované uživatelé (kteří začali užívat drogy na diskotékách, v klubech nebo v rámci soukromých kontaktů), kokain šňupala. Jen malý zlomek látku někdy předtím kouřil nebo ji užíval nitrožilně (Prinzleve a kol., 2004).

Výsledkem velmi hrubého odhadu užívání kokainu v poslední době (prevalence v minulém roce), za předpokladu průměrné prevalence asi 1 % všech dospělých, bude hodnota 3 až 3,5 milionu lidí v Evropě. Odhadem se podle hodnot současného užívání jedná zhruba o 1,5 milionů uživatelů⁽⁸⁹⁾.

Pro porovnání s mimoevropskými zeměmi – v roce 2003 v národním průzkumu zdraví a užívání drog ve Spojených státech (SAMHSA, 2003) uvedlo 14,7 % dospělých (12letých a starších) celoživotní zkušenost s užíváním kokainu a 2,5 % uvedlo, že kokain užívali během předcházejících 12 měsíců⁽⁹⁰⁾. U 18–25letých byly tyto hodnoty 15 % (celoživotní), 6,6 % (posledních 12 měsíců) a 2,2 % (minulý měsíc). Pro muže ve věku 18 až 25 let byly tyto hodnoty po řadě 17,4 %, 8,2 %, a 2,9 %. Celkově je celoživotní prevalence užívání kokainu u běžné populace ve Spojených státech vyšší než u zemí s vyšší prevalencí v Evropě. Tento rozdíl však není tak zřejmý, neboť podle novějších měření užívání kokainu některé evropské země nyní uvádějí odhady převyšující americké údaje.

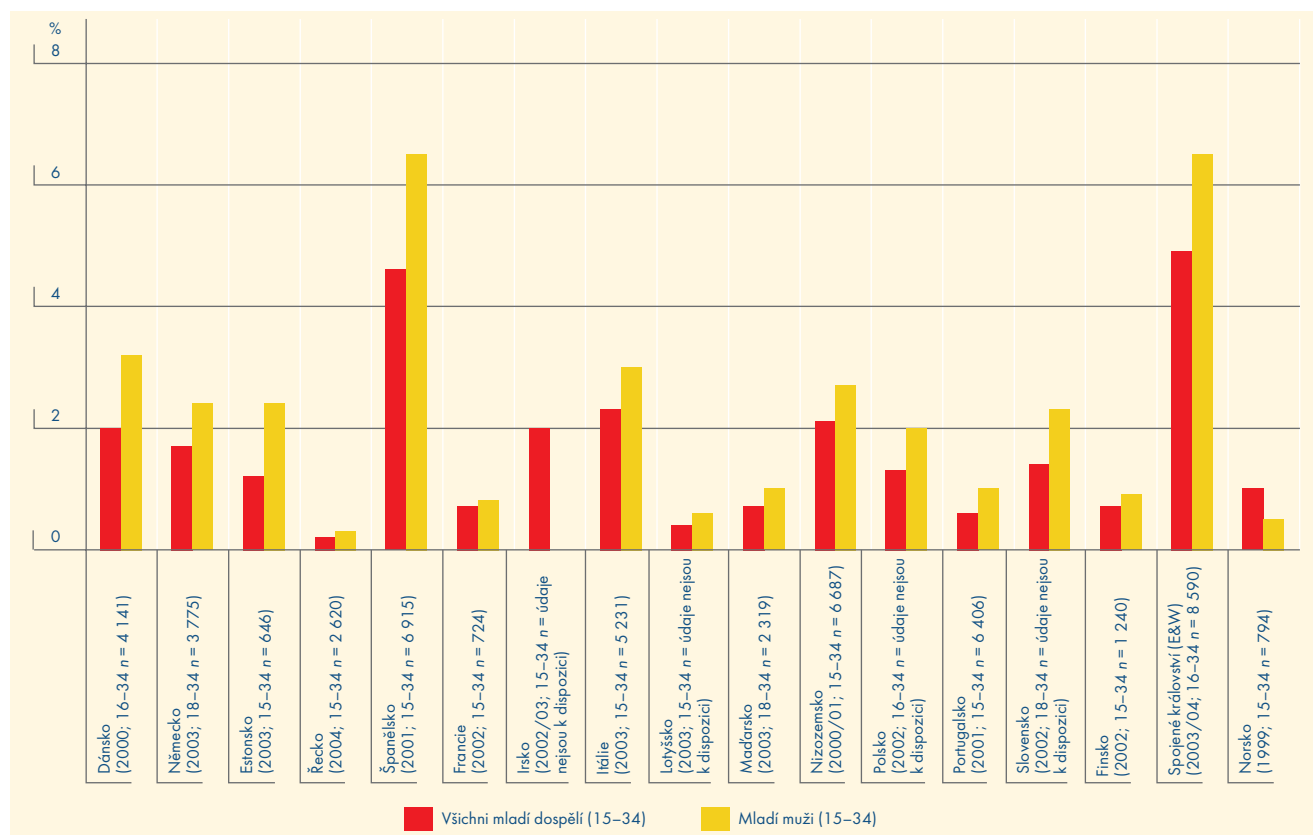
Trendy v užívání kokainu

Ještě stále je těžké určit zřetelné evropské trendy užívání kokainu na základě studií populace (viz část o trendech u konopí). Nicméně z několika zdrojů, včetně např. místních zpráv, cílených studií z tanečního prostředí, zpráv o zvýšení ukazatelů záchytů a některých zvýšení ukazatelů souvisejících s problémy (úmrtí, náhlých událostí) přišla varování o zvýšeném užívání kokainu v Evropě.

Užívání kokainu v poslední době mezi mladými lidmi se podstatným způsobem zvyšovalo ve Spojeném království,

⁽⁸⁹⁾ Tyto velmi hrubé odhady jednoduše vycházejí z převzatých hodnot prevalence uprostřed rozpětí hodnot národních prevalencí (viz tabulka GPS-1 ve Statistickém věstníku 2005). Pověšme si, že několik zemí s velkým počtem obyvatel (Německo, Španělsko, Itálie, Nizozemsko a Spojené království) má poměrně vysoké míry prevalence, v několika případech vyšší, než rozpětí použité pro výpočet.

⁽⁹⁰⁾ Pověšme si, že věkové rozpětí v americkém průzkumu (12 let a více) je širší, než věkové rozpětí, které uvádí EMCDDA pro průzkumy v EU (15–64 let). Na druhé straně je rozpětí 18–25 let užší, než rozpětí používané ve většině průzkumů v EU (15–24 let).

Obrázek 10: Užívání kokainu v poslední době (v minulém roce) všemi mladými dospělými a mladými muži, měřeno v národních průzkumech

Poznámka: Údaje pocházejí z posledních národních průzkumů, jež jsou v každé zemi k dispozici (viz tabulka GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005). U některých zemí se věkové rozmezí, jímž se vymezuje kategorie mladých dospělých, mírně liší od standardního rozmezí stanoveného za tímto účelem EMCDDA. Odchylky ve věkovém rozpětí mohou být v malé míře příčinou rozdílů mezi zeměmi.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

a to v letech 1996–2000, ale od té doby zůstalo relativně stabilní, ačkoli v posledních letech bylo patrné mírné zvýšení, a dále ve Španělsku⁽⁹¹⁾ v letech 1999–2001. Méně znatelná zvýšení byla pozorována v Dánsku, Itálii, Maďarsku, Nizozemsku a Rakousku (v místních průzkumech) a s kolísáním nad hodnoty 90. let 20. století i v Německu (obr. 11).

Úmrtí související s kokainem

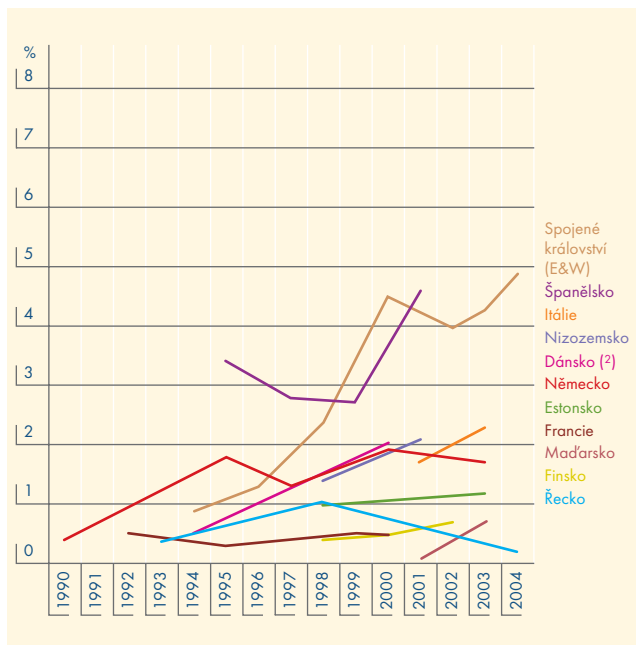
Existují rostoucí obavy ze zdravotních rizik užívání kokainu, zvláště vzhledem k trendu zvyšujícího se rekreačního užívání pozorovaného v některých zemích, zejména v prostředích často navštěvovaných mladými lidmi (diskotéky, kluby). Navzdory obtížím při odhadování počtu úmrtí souvisejících s kokainem může tento údaj působit jako cenný ukazatel zvýšeného rizika nebo pomoci identifikovat riskantní vzorce užívání. Ačkoli akutní úmrtí, u nichž je přítomen kokain bez opiátů, se v Evropě nezdají být častá, je pravděpodobné, že jsou současné statistiky při zaznamenávání úmrtí souvisejících s kokainem nedostatečné. Informace, které

jsou o úmrtích souvisejících s kokainem na evropské úrovni k dispozici, jsou omezené a uváděné v různých formách. Užívání kokainu je časté u uživatelů opiátů. Kokain se vedle dalších látek, jako alkohol a benzodiazepiny, běžně nachází při toxikologických zkouškách v případech předávkování opiáty.

V roce 2003 několik zemí (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox) poskytlo informace o úmrtích souvisejících s kokainem: Německo (25 případů zahrnujících kokain samotný a 93 zahrnujících kokain v kombinaci s dalšími drogami); v roce 2002 byly odpovídající hodnoty 47 a 84), Francie (10 úmrtí v důsledku kokainu samotného a 1 spojené s léky), Řecko (2 případy v důsledku kokainu), Maďarsko (4 úmrtí v důsledku předávkování kokainem), Nizozemsko (17 úmrtí v důsledku kokainu v roce 2003, s rostoucím trendem od roku 1994 (2 případy) do roku 2002 (37 případů), Rakousko (kokain byl zjištěn u 30 % úmrtí souvisejících s drogami, ale sám o sobě jen ve 3 případech a v 1 případě ve spojení s plynem), Portugalsko (kokain

⁽⁹¹⁾ Informace, které došly příliš pozdě na to, aby byly do zprávy zahrnuty, naznačují stabilizaci v průzkumech z roku 2003 (loňská prevalence mezi mladými dospělými byla 4,8 % a v roce 2001 4,6 %).

Obrázek 11: Trendy užívání kokainu v poslední době (v minulém roce) mladými dospělými (ve věku 15–34 let), měřeno v národních průzkumech ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Velikost vzorku (počet respondentů) pro věkovou skupinu 15–34 let pro každou zemi a rok naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽²⁾ V Dánsku odpovídá hodnota pro rok 1994 „tvrdým drogám“.
 Poznámka: Údaje jsou převzaty z národních průzkumů, jež jsou k dispozici pro jednotlivé země. Číselné údaje a metodiku jednotlivých průzkumů naleznete v tabulce GPS-4 ve Statistickém věstníku 2005.
 Pro mladé dospělé používá EMCDDA věkové rozpětí 15–34 let (Dánsko a Spojené království od 16 let, Německo, Estonsko (1998) a Maďarsko od 18 let). Ve Francii bylo věkové rozpětí v roce 1992 25–34 let a v roce 1995 18–39 let.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z průzkumů obyvatelstva, zpráv nebo vědeckých článků. Viz též tabulka GPS-0 ve Statistickém věstníku 2005.

by zjištěn u 37 % úmrtí souvisejících s drogami) a Spojené království („zmínky“ o kokainu v úmrtíních listech se zvýšily z 85 v roce 2000 na 115 v roce 2001 a 171 v roce 2002, přičemž v období 1993–2001 došlo k osminásobnému zvýšení). Španělsko ve své národní zprávě Reitox v roce 2003 uvedlo, že v roce 2001 byl kokain přítomen v 54 % všech úmrtí souvisejících s drogami; v 39 případech (8 % všech úmrtí souvisejících s drogami) nastala smrt při absenci opiátů, z nichž 21 bylo způsobeno jen kokainem a 5 kokainem a alkoholem.

Navzdory omezením v dostupných informacích se zdá, že kokain hrál rozhodující úlohu u 1 % až 15 % úmrtí souvisejících s drogami v zemích, které byly schopny rozlišovat typy drog způsobujících smrt, přičemž několik zemí (Německo, Španělsko, Francie a Maďarsko) uvádělo

hodnoty kolem 8–12 % úmrtí souvisejících s drogami. Ačkoli je velmi obtížné extrapolovat tyto výsledky na celou Evropu, mohlo by to znamenat několik stovek úmrtí ročně v souvislosti s kokainem na úrovni EU. I když jsou tyto počty mnohem nižší než úmrtí způsobená opiáty, úmrtí související s kokainem jsou vážným a možná rostoucím problémem. V těch několika zemích, kde lze trendy odhadnout, mají trendy stoupající tendenci.

Navíc může kokain být napomáhajícím faktorem u úmrtí v důsledku kardiovaskulárních problémů (arytmie, infarkt myokardu a krvácení do mozku – viz Ghuran a Nolan, 2000), zejména u uživatelů s predispozicí, přičemž mnoho z těchto úmrtí zůstane pravděpodobně neoznámených.

Údaje o žádostech o léčbu ⁽⁹²⁾

Po opiátech a konopí je kokain nejběžnější drogou uváděnou jako hlavní droga užívaná osobami nastupujícími na léčení drogové závislosti a podílí se asi 10 % na veškerých žádostech o léčbu v EU. Tento celkový údaj však odráží značné odchylky mezi zeměmi: ve většině zemí jsou požadavky na léčbu v souvislosti s užíváním kokainu docela nízké, ale ve Španělsku je podíl všech klientů, kteří žádají o léčbu závislosti na kokainu 26 % a v Nizozemsku 38 % ⁽⁹³⁾. Ve většině zemí je procento nových klientů žádajících o léčbu v souvislosti s primárním užíváním kokainu vyšší než u všech klientů celkově ⁽⁹⁴⁾. Kokain jako sekundární drogu rovněž uvádí 13 % nových klientů vyhledávajících ošetření v ambulantních střediscích ⁽⁹⁵⁾.

Mnohé země uvádějí zvýšení užívání kokainu u klientů vyhledávajících léčbu. Od roku 1996 do roku 2003 vzrostl podíl nových klientů žádajících o léčbu závislosti na kokainu ze 4,8 % na 9,3 % a počet nových klientů žádajících o léčbu v souvislosti s primárním užíváním kokainu stoupl z 2 535 na 6 123. V Nizozemsku v roce 2003 poprvé převýšil počet nových klientů požadujících léčení závislosti na kokainu počet osob požadujících léčení závislosti na opiátech. Z rozboru údajů o léčení shromážděných v Londýně během období 1995–1996 až 2000–2001 vyplývá, že se počet klientů užívajících kokain více než zdvojnásobil (GLADA, 2004), ačkoli začal na nízké základní úrovni (růst ze 735 osob na 1 917).

Tyto údaje jsou pravděpodobně ovlivněny malým, ale rostoucím problémem cracku (kokainová báze vhodná ke kouření), o kterém byly signály jak z Nizozemska, tak ze Spojeného království, kde se počet klientů konzumujících crack v posledních letech zvýšil. Ačkoli jsou počty

⁽⁹²⁾ Analýza údajů vychází z dat o klientech požadujících léčení ve všech léčebných střediscích pro všeobecnou distribuci a trendy a v ambulantních střediscích pro profily klientů a vzorce užívání.

⁽⁹³⁾ Viz tabulka TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005. Údaje pro Španělsko se vztahují k roku 2002.

⁽⁹⁴⁾ Viz tabulka TDI-4 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽⁹⁵⁾ Viz tabulka TDI-24 ve Statistickém věstníku 2005.

problematických uživatelů nízké, mají tendenci koncentrovat se v několika hlavních městských oblastech, a proto jsou hodně viditelní ve zprávách o monitorování ve velkých městech.

Uživatelé cracku mají často jiný sociální původ než uživatelé kokainového prášku. Uživatelé cracku jsou pravděpodobně sociálně znevýhodněni a existují určité důkazy, které naznačují, že k problémům cracku jsou zejména náchylné etnické minoritní populace: dvě třetiny osob černé pleti žádajících o léčení drogové závislosti v Londýně jsou primární uživatelé cracku (GLADA, 2004) a 30 % klientů závislých na cracku v Nizozemsku není holandského původu. Navzdory obavám týkajícím se cracku je třeba mít na paměti, že ačkoli je tato droga spojena se zvláštními škodami působeními jak jednotlivcům, kteří ji užívají, tak společenstvím, ve kterých žijí, zůstává tento problém v Evropě velmi zřetelně lokalizován. Je třeba poznamenat, že klienty užívající crack uvádějí zejména dvě země (Nizozemsko a Spojené království).

Celkově lze říci, že většina žádostí o léčbu závislosti na kokainu se v Evropě nevztahuje na crack. Asi 70 % nových klientů závislých na kokainu užívá hydrochlorid kokainu (kokainový prášek) (většina drogu inhaluje) a zbývajících 30 % užívá crack. Okolo 5 % nových klientů závislých na kokainu uvádí, že kokain užívá injekčně.

Noví klienti žádající o léčení primárního užívání kokainu jsou převážně muži (poměr mužů k ženám je 3,7:1). Rozdíly mezi zeměmi jsou zjišťovány v rozložení klientů podle pohlaví⁽⁹⁶⁾. Kvalitativní výzkumná studie provedená v Itálii o klientech žádajících o léčbu závislosti na stimulantech, zejména na kokainu, uvádí, že mezi konzumenty se ženy téměř rovnají mužům, ale mezi lidmi žádajícími o léčbu na kokain a další stimulanty je poměr mužů k ženám silně ve prospěch mužů (Macchia a kol., 2004).

Noví klienti užívající kokain jako primární drogu jsou v průměru starší než konzumenti jiných drog (průměrný věk 30 let, většina je ve věkové skupině 20–34 let); uvádí se, že menší, ačkoli důležitá skupina klientů je ve věku mezi 35 a 39 lety⁽⁹⁷⁾.

Kokain se často užívá v kombinaci s jinou vedlejší drogou, mnohdy konopím (40 %) nebo alkoholem (37 %). Místní studie osob užívajících drogu nitrožilně naznačují, že v některých oblastech se kombinace heroínu a kokainu v jedné injekci stává stále populárnější (tyto osoby o tomto často hovoří jako o „speedballingu“). Pokud tomu tak je, není tato skutečnost zřejmá z celkových údajů o žádostech

o léčbu z většiny zemí, ve kterých pouze malá část klientů uvádí kombinované užívání heroínu a kokainu. To však neplatí pro všechny země, např. v Nizozemsku rozbor údajů o žádostech o léčbu pro uživatele kokainu naznačuje, že mnozí klienti žádající o léčbu v souvislosti s konopím jsou konzumenti více druhů drog a že největší skupina se skládá z osob užívajících jak kokain, tak heroín (Mol a kol., 2002).

Léčení problémového užívání kokainu

Na rozdíl od osob trpících problémy s opiátovými drogami neexistuje pro uživatele s kokainovými problémy zavedené a rozšířené farmakologické léčení. Uživatelům kokainu je sice někdy možné předepsat léky pro systematickou úlevu. Tyto léky však obvykle působí krátkodobě a jsou cílené na zmírnění problémů souvisejících s užíváním kokainu, např. úzkostí nebo poruch spánku. Dlouhodobější možnosti léčby uživatelů kokainu obvykle poskytují všeobecná protidrogová zařízení. Zdá se však, že možnosti celkové léčby pro osoby s kokainovými problémy jsou špatně rozvinuté (Haasen, 2003). Pravděpodobně právě dochází ke změně, protože některé země začínají vyvíjet nová léčebná opatření zaměřená na osoby s kokainovými problémy; příkladem je vývoj zvláštních služeb orientovaných na uživatele cracku v Anglii (NTA, 2003).

Většina vědecké literatury o léčení kokainových problémů se opírá o americké studie, a proto nemusí odrážet evropský kontext. Bohužel hodnocení léčení problémového užívání kokainu v EU je i nadále řídké, a zčásti tak odráží skutečnost, že z historického hlediska se léčebná zařízení s kokainovými problémy setkávala relativně málo. Jeden evropský systematický přehled literatury o léčení kokainové závislosti (Rigter a kol., 2004) zaznamenal, že dodržování léčby problémovými uživateli kokainu je všeobecně na nízké úrovni a míry návratu k droze jsou vysoké. Existují určité důkazy, že by snížení spotřeby mohla napomoci psychoterapie, ale nenašly se žádné přesvědčivé důkazy o účinnosti akupunktury při léčbě kokainových problémů. Celkově je však třeba na tato zjištění pohlížet jednoduše v kontextu absence silné evropské základny podkladů k vedení terapeutických zásahů v této oblasti. Např. není dokonce zcela známo, zda jsou určité zásahy zaměřené na kokain účinnější než zápis osob s kokainovými problémy do programů obecnější, drogově nespécifické léčby. Dále zůstává otevřenou otázkou, zda je možné vyvinout farmakologickou léčbu pro problémové uživatele kokainu, která se může stát „standardní možností léčby“, způsobem, jakým se metadon a buprenorfin staly standardním přístupem při léčení problémového užívání opiátů. Je třeba

⁽⁹⁶⁾ Viz tabulka TDI-22 ve Statistickém věstníku 2005 a *Differences in patterns of drug use between women and men* (Rozdíly ve vzorcích užívání drog mezi ženami a muži) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Viz tabulka TDI-10 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

si povšimnout, že existují důležité rozdíly v mechanismu, jakým opiátové drogy a stimulanty jako kokain působí na tělo, což znamená, že se terapeutické možnosti léčení drogových problémů pravděpodobně liší. Poměrně zajímavá vědecká práce se v současné době věnuje v USA vývoji opatření, které by mohlo dočasně blokovat účinek užití kokainu na uživatele. Bude zajímavé pozorovat, zda tato práce přinese do budoucna nové možnosti léčby.

Snižování škodlivých účinků na zdraví

Během posledních několika let rychle přibývala opatření zaměřená na prevenci a snižování škodlivých účinků drog na zdraví spojených s užíváním kokainu a cracku a byly předloženy nové informace specifické pro kokain a crack, zejména na internetu. Telefonní linky důvěry v Belgii, Francii a Portugalsku přijaly více žádostí o informace o užívání kokainu a cracku než kdykoli předtím, ačkoli procento těchto telefonátů stále zůstává mnohem nižší než procento týkající se legálních drog a konopí. Pro pracovníky protidrogových služeb jsou k dispozici další školení na téma, jak přiměřeně reagovat na problémy vznikající při užívání kokainu a cracku v řadě prostředí, kde se jedná o nejnovější jev (víkendová scéna v Dublinu nebo techno-scéna ve Vídni).

Specializovaná poradenství a nabídky léčení pro uživatele kokainu a cracku existují ve velkých městských centrech, např. ve Frankfurtu (Suchtthilfezentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ij.de), Barceloně (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Vídni (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) a Londýně (www.cracklondon.org.uk).

Záchyty drogy a informace o trhu ⁽⁹⁸⁾

Výroba a obchodování

Kolumbie je zdaleka největším zdrojem nelegální koky na světě, za ní následuje Peru a Bolívie. Celosvětová produkce kokainu v roce 2003 se odhaduje na 655 tun, na čemž se Kolumbie podílí 67 %, Peru 24 % a Bolívie 9 % (CND, 2005). Většina kokainu zachyceného v Evropě přichází přímo z Jižní Ameriky (Kolumbie) nebo přes Střední Ameriku a karibskou oblast. V roce 2003 byly uváděny jako tranzitní země pro kokain dovážený do EU zejména Brazílie a Venezuela, spolu s Argentinou, Kostarikou

a Curaçaem (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; CND, 2005). Jižní a západní Afrika jsou další tranzitní oblasti (INCB, 2005). Hlavními vstupními body do EU zůstaly Španělsko, Nizozemsko a Portugalsko (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Záchyty drogy

Údaje o záchytech naznačují, že kokain je třetí nejvíce nelegálně prodávanou drogou na světě po rostlinách konopí a konopné pryskyřici. Soudě podle objemu 490,5 tuny zachyceného v celém světě v roce 2003 se s kokainem i v roce 2003 nejvíce obchodovalo v Severní a Jižní Americe (82 %) a v Evropě. Evropa se podílela 17 % na celkovém množství kokainu zachyceného ve světě, což ve srovnání s předchozím rokem znamená nárůst (CND, 2005). Většina kokainu zachyceného v Evropě byla získána v západních státech. V posledních pěti letech bylo Španělsko trvale zemí EU s nejvyšší úrovní záchytů kokainu. V roce 2003 zde zaznamenali více než polovinu jak celkového počtu záchytů, tak celkového množství zachyceného v EU ⁽⁹⁹⁾.

V období 1998–2002 se počet záchytů kokainu ⁽¹⁰⁰⁾ zvýšil ve všech zemích s výjimkou Německa a Portugalska. Během stejného období množství kokainu zachyceného v EU ⁽¹⁰¹⁾ kolísala, ačkoli trend je vzestupný. Nicméně na základě trendů v zemích, ze kterých jsou údaje k dispozici, se zdá, že počty záchytů kokainu na úrovni EU v roce 2003 poklesly (zejména ve Španělsku), zatímco množství zachyceného kokainu podstatně stoupla (zejména ve Španělsku a Nizozemsku). Zdá se, že v roce 2003 byly v EU provedeny záchyty zvláště velkých množství kokainu.

Ačkoli některé země EU uváděly záchyty cracku, nelze je někdy odlišit od záchytů kokainu. Proto by trendy ve výše uváděných záchytech kokainu mohly zahrnovat i crack.

Cena a čistota

Průměrná cena ⁽¹⁰²⁾ kokainu na maloobchodní úrovni v EU v roce 2003 značně kolísala, a to od 34 EUR za gram ve Španělsku až po 175 EUR za gram v Norsku.

V porovnání s heroinem je průměrná čistota kokainu na uživatelské úrovni vysoká: v roce 2003 se pohybovala od 32 % v České republice a Německu do 83 % v Polsku ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁸⁾ Viz „Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu“, str. 42.

⁽⁹⁹⁾ Toto by bylo třeba ověřit, až budou k dispozici chybějící údaje za rok 2003. Údaje o počtech záchytů kokainu v roce 2003 nebyly k dispozici pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Rumunsko. Údaje o počtu záchytů kokainu a množstvích kokainu zabaveného v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko a Spojené království.

⁽¹⁰⁰⁾ Viz tabulka SZR-5 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Viz tabulka SZR-6 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰²⁾ Viz tabulka PPP-3 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰³⁾ Viz tabulka PPP-7 (část i) ve Statistickém věstníku 2005. Povšimněte si, že odhady průměrné čistoty kokainu v České republice a v Polsku v roce 2003 vycházejí z malého počtu vzorků ($n = 5$ pro Českou republiku a $n = 6$ pro Polsko).



Kapitola 6

Heroin a nitrožilně užívané drogy

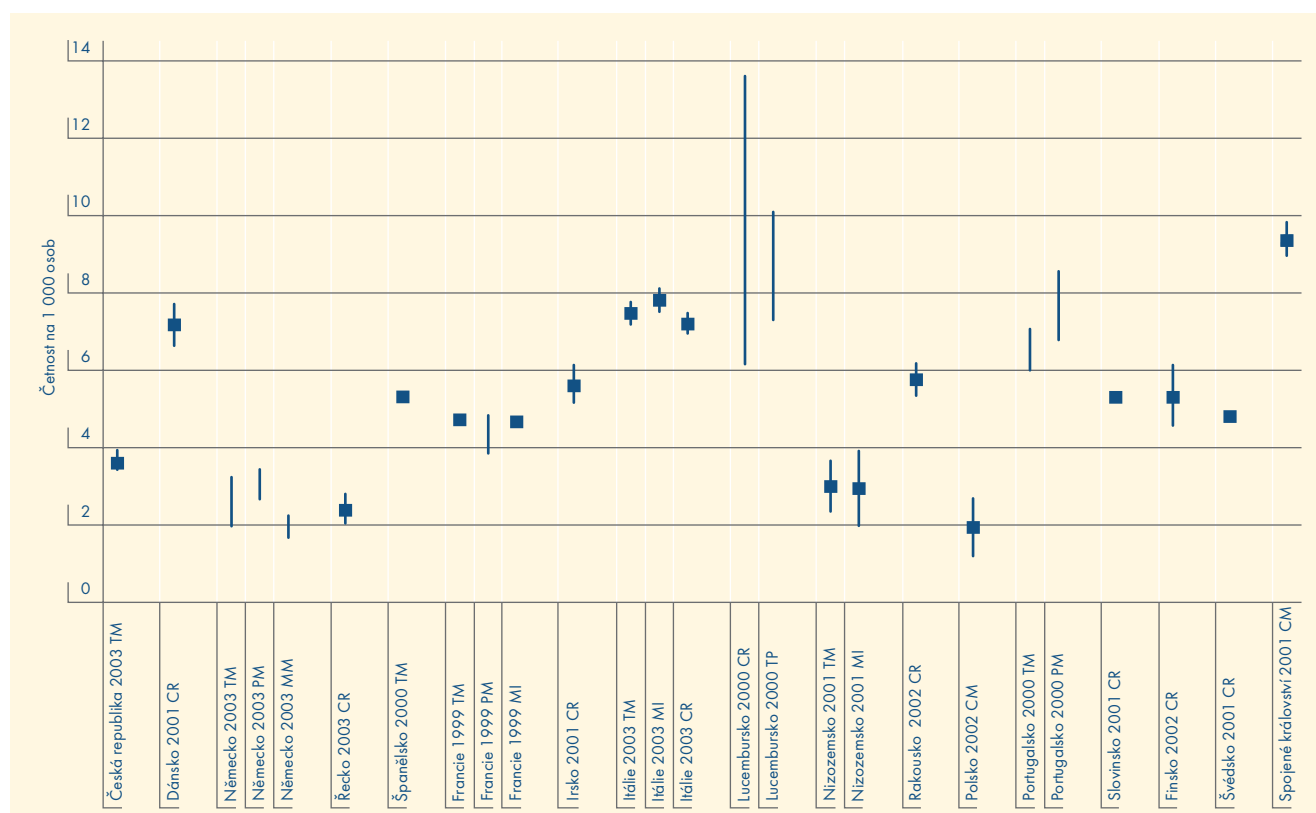
Pravidelné a trvalé užívání heroinu, injekční užívání drog a v některých zemích i intenzivní užívání stimulantů jsou příčinou podstatné části zdravotních a sociálních problémů v Evropě souvisejících s drogami. Počet jednotlivců vykazujících tento druh chování je vzhledem k celkové populaci nízký, ale dopad problémového užívání drog je značný. Ve snaze o pochopení rozsahu tohoto problému a o sledování vývoje trendů z časového hlediska pracuje EMCDDA s členskými státy na nové definici pojmu „problémové užívání drog“ a na vývoji strategií k měření jeho rozsahu i dopadu.

Problémové užívání drog

Pro pracovní účely se problémové užívání drog („problem drug use“, PDU) definuje jako „užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů“⁽¹⁰⁴⁾. Odchytky v definicích a metodické nejasnosti ztěžují spolehlivé odhady v této oblasti a při interpretaci rozdílů mezi zeměmi nebo v průběhu času je třeba postupovat opatrně.

Problémové užívání drog je možné dále rozdělit na dvě důležité podskupiny. Obecně je možné odlišit užívání heroinu,

Obrázek 12: Odhady prevalence problémového užívání drog v letech 1999–2003 (četnost na 1 000 osob ve věku 15–64 let)



Poznámka: CR, metoda zpětného záchytu; TM, léčebný násobitel; PM, policejní násobitel; MI, multivariační indikátor; TP, zkrácené Poissonovo rozdělení; CM, kombinované metody. Další údaje naleznete v tabulkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku 2005. Symbol označuje bodový odhad a sloupec označuje interval nejistoty, kterým může být buď 95% interval spolehlivosti, nebo interval založený na analýze citlivosti (viz tabulka PDU-3). Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod a zdrojů dat; proto je nutné provádět srovnání opatrně. Španělský odhad nezahrnuje problémové užívání kokainu. Vyšší odhad, který bere tuto skupinu v úvahu, je k dispozici v tabulkách PDU-2 a PDU-3; tento odhad však nemusí být tak spolehlivý.

Zdroje: Národní kontaktní místa. Viz rovněž EMCDDA (2003).

⁽¹⁰⁴⁾ Další podrobnosti viz metodické poznámky o problémovém užívání drog ve Statistickém věstníku 2005.

kteří se historicky podíleli na větší části problémového užívání drog ve většině zemí EU, od problémového užívání stimulantů, které převládá ve Finsku a Švédsku, kde je většina problémových uživatelů drog primárními uživateli amfetaminu. Podobně v České republice uživatelé metamfetaminu většinou tvoří významnou část problémových uživatelů drog. Problémové užívání drog se stává stále rozmanitější. Ve většině zemí například nabyly na důležitosti problémy s užíváním více drog, zatímco některé země, kde historicky převládaly problémy s opiáty, nyní uvádějí přechod na jiné drogy. Ve Španělsku klesají odhady počtu problémových uživatelů opiátů a byl zde pozorován růst problémů spojených s kokainem. Spolehlivé vývojové trendy problémového užívání drog z časového hlediska, které by zahrnovaly problémové užívání kokainu, však nejsou k dispozici. Německo a Nizozemsko uvádějí vzrůstající podíl uživatelů cracku ve své populaci problémově užívající drogy, i když celkový odhad problémových uživatelů drog v Nizozemsku zůstává nezměněn.

Prevalence

Odhady prevalence problémového užívání drog na národní úrovni se v období 1999–2003 pohybovaly od 2 do 10 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (na základě střední hodnoty odhadů) nebo až po 1 % dospělé populace⁽¹⁰⁵⁾. Zdá se, že se prevalence mezi zeměmi značně liší, ačkoli když se v rámci jedné země použily různé metody, výsledky jsou z větší části shodné. Vyšší odhady uvádí Dánsko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Rakousko, Portugalsko, Španělsko a Spojené království (6–10 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let), nižší pak Německo, Řecko, Nizozemsko a Polsko (méně než 4 případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let) (obr. 12). Z nových zemí EU a kandidátských zemí jsou dobře zdokumentované odhady k dispozici pouze z České republiky, Polska a Slovinska, kde jsou údaje v dolním až středním rozpětí s hodnotami 3,6, 1,9 a 5,3 na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Vážený průměr problémového užívání drog v EU je pravděpodobně mezi čtyřmi a sedmi případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let, což představuje 1,2–2,1 milionu problémových uživatelů drog v EU, z nichž asi 850 000 až 1,3 milionu užívá drogy aktivně nitrožilně. Tyto odhady však nejsou zdaleka konečné a bude třeba je zpřesnit s tím, jaké budou k dispozici další údaje z nových členských států.

Místní a oblastní odhady naznačují, že prevalence problémového užívání drog mezi městy a regiony může značně kolísat. Nejvyšší odhady místní prevalence v období 1999–2003 uvádí Irsko, Portugalsko a Spojené království, kde hodnoty na 1 000 obyvatel dosahují 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) a 25 (části Londýna)

až 29 (Dundee) a 34 (Glasgow) případů (obr. 13). Geografická rozdílnost je však nápadná na místní úrovni tím, že prevalence v jiné části Londýna se odhaduje na 6 promile. Svědčí to o potřebě zvýšit dostupnost spolehlivých odhadů místní prevalence v mnoha jiných zemích, kde mohou existovat zvláště vysoké (nebo nízké) hodnoty místní nebo regionální prevalence, které se ale neměří.

Ačkoli v technikách odhadů došlo ke značným zlepšením, nedostatek spolehlivých a konzistentních historických údajů komplikuje vyhodnocení trendů v problémovém užívání drog. Zprávy z některých zemí o změnách v odhadech, které jsou podporovány údaji o jiných ukazatelích, napovídají, že od poloviny 90. let 20. století došlo ke zvýšení problémového užívání drog (EMCDDA, 2004a). Zdá se však, že v posledních letech se situace v některých zemích stabilizovala. Pro léta 1999 až 2003 jsou opakované odhady k dispozici ze 16 zemí (včetně Dánska a Švédska, v případě obou zemí s údaji za období 1998–2001, a Spojeného království, kde jsou údaje za období 1996–2001). Z těchto 16 zemí šest uvedlo nárůst v odhadech problémového užívání drog (Dánsko, Finsko, Norsko, Rakousko, Švédsko a Spojené království), pět uvedlo stabilní prevalenci nebo pokles (Česká republika, Irsko, Německo, Řecko a Slovinsko) a pět (Španělsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemsko a Portugalsko) uvedlo odlišné trendy v závislosti na použité metodě pro stanovení odhadů, která se může částečně vztahovat na odlišné cílové skupiny problémových uživatelů drog⁽¹⁰⁶⁾.

Injekční užívání drog

Injekční uživatelé drog (injecting drug users, IDU) jsou vystaveni velkému riziku nepříznivých důsledků. Je proto důležité se zabývat injekčním užíváním drog zvlášť, jako stěžejní kategorií problémového užívání drog.

Navzdory důležitosti pro veřejné zdraví jen málo států poskytuje celostátní nebo místní odhady o injekčním užívání drog. Dostupné odhady na celostátní úrovni se pohybují mezi jedním až šesti případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a naznačují důležité rozdíly mezi zeměmi v prevalenci injekčních uživatelů drog⁽¹⁰⁷⁾. Lucembursko uvádí nejvyšší národní odhady injekčních uživatelů drog s hodnotami zhruba šest případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let, zatímco Řecko hlásí nejnižší odhad injekčních uživatelů drog, jen o něco málo vyšší než jeden případ na 1 000 obyvatel. Ačkoli jsou odhady prevalence pro injekční užívání drog nedostatečné, je zvyšující se prevalence po roce 1999 prokázána v Norsku, zatímco v Portugalsku naznačují různé metody pro stanovení odhadů odlišné trendy⁽¹⁰⁸⁾.

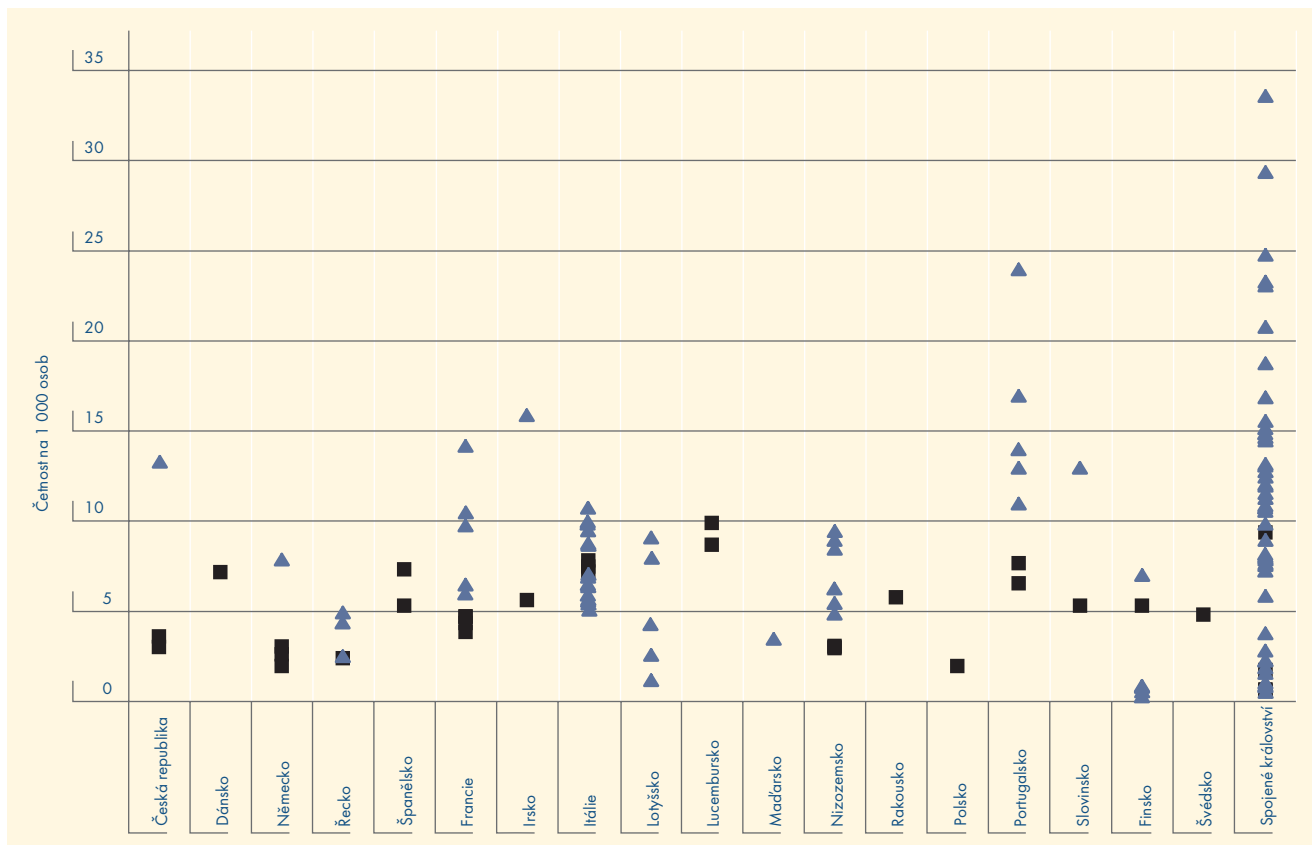
⁽¹⁰⁵⁾ Viz tabulka PDU-1 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰⁶⁾ Viz obrázek PDU-4 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰⁷⁾ Viz obrázek PDU-2 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Viz obrázek PDU-5 ve Statistickém věstníku 2005.

Obrázek 13: Národní a místní odhady prevalence problémového užívání drog v letech 1999–2003 (četnost na 1 000 osob ve věku 15–64 let)



Poznámka: Černý čtvereček = vzorky s celostátním pokrytím; modrý trojúhelník = vzorky s místním/regionálním pokrytím. Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod a zdrojů dat; proto je nutné provádět srovnání opatrně. Další údaje naleznete v tabulkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 ve Statistickém věstníku 2005. Vzorec odhadů místní prevalence je ve velké míře závislý na dostupnosti a místě provedení studií; jsou-li však místní odhady k dispozici, mohou svědčit o tom, že prevalence v konkrétních městech nebo regionech se liší od národního průměru.
Zdroje: Národní kontaktní místa. Viz rovněž EMCDDA (2003).

Rozbor hodnot o nitrožilní aplikaci mezi léčenými uživateli heroínu svědčí o značných rozdílech v hodnotách mezi zeměmi a o změnách vývojových trendů v čase⁽¹⁰⁹⁾. V některých zemích (Španělsko, Nizozemsko a Portugalsko) si relativně malá část uživatelů aplikuje heroin nitrožilně, zatímco ve většině jiných zemí je injekční užívání heroínu stále normou. V některých starších členských státech EU, ze kterých jsou údaje k dispozici (Dánsko, Španělsko, Francie, Řecko, Itálie a Spojené království), míra injekčního užívání mezi uživateli heroínu poklesla. Ve většině nových členských států, alespoň tam, kde existují údaje, však téměř všichni léčení uživatelé heroínu užívají drogu nitrožilně.

Údaje o žádostech o léčbu

Je známo, že z celkového počtu žádostí o léčbu tvoří 60 % žádosti o léčení závislosti na opiátech, ačkoli v mnoha případech není primární droga zaznamenána. Více než

polovina (54 %) uvedených klientů užívajících opiáty je známa jako osoby, které drogu užívají nitrožilně, přičemž u 10 % není stav injekčního užívání znám. Opiáty jsou také uváděny jako sekundární droga pro asi 10 % nových klientů⁽¹¹⁰⁾.

V mnoha zemích zůstávají opiáty (převážně heroin) hlavní drogou, kvůli které klienti vyhledávají léčbu. Mezi zeměmi však byly zjištěny podstatné rozdíly. V závislosti na míře, v níž jsou v léčené populaci zastoupeny osoby s heroinovými problémy, lze členské státy a kandidátské země EU rozdělit zhruba na tři skupiny:

- do 40 % – Česká republika, Nizozemsko, Polsko, Finsko, Švédsko,
- 50–70 % – Dánsko, Německo, Španělsko, Irsko, Kypr, Lotyšsko, Slovensko, Rumunsko,
- nad 70 % – Francie, Řecko, Itálie, Litva, Lucembursko, Malta, Slovensko, Spojené království, Bulharsko⁽¹¹¹⁾.

⁽¹⁰⁹⁾ Viz obrázek PDU-3 ve Statistickém věstníku 2005.
⁽¹¹⁰⁾ Viz tabulka TDI-24 ve Statistickém věstníku 2005.
⁽¹¹¹⁾ Viz tabulka TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

Uvádí se, že prevalence opiátových klientů, kteří pokračují v léčbě po mnoho let, je na vzestupu, zatímco četnost nových žádostí o léčbu opiátové závislosti klesá (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004 (Divize výzkumu zneužívání drog, 2004). Pro některé země lze trendy v užívání heroinu mezi novými klienty v léčbě vysledovat z let 1996 až 2003. Tyto trendy ukazují celkový pokles v absolutních počtech osob vyhledávajících léčbu.

Relativní podíl léčby závislosti na opiátech na velikosti nově léčené populace se značně snížil, protože vzrostl počet klientů, u nichž se uváděly problémy primárně související s jinými drogami. Na druhé straně to může být důsledek přechodu některých opiátových klientů z heroinu na kokain (Ouweland a kol., 2004), diferencováním systému léčby, který se stal dostupnějším pro jiné problematické uživatele drog nebo snížením počtu nových problémových uživatelů (holandská národní zpráva).

V posledním desetiletí byly v různých zemích zjištěny rozdílné trendy, se silným poklesem klientů, kteří užívají heroin, v Dánsku, Německu, Nizozemsku, Slovensku a Finsku a určitým vzestupem v Bulharsku a Spojeném království (¹¹²).

Rozbor údajů o nových klientech navštěvujících ambulantní léčebná střediska umožňuje podrobnější popis profilu uživatelů opiátů. O novou léčbu, primárně kvůli užívání opiátů, žádá 2,8krát více mužů než žen. Poměry pohlaví se však v jednotlivých zemích značně liší – od 5:1 do 2:1. Zvláště výjimečný je Kypr, kde je poměr mužů k ženám velmi vysoký (11:1), a Švédsko, kde je velmi nízký (0,9:1) a ženy muže mezi uživateli opiátů početně převyšují (¹¹³).

Většinu uživatelů opiátů je 20 až 34 let a ve věkové skupině 30–39 let více než polovina klientů vyhledá léčbu kvůli užívání opiátů. Podle údajů směřuje trend ke starší opiátové klientele; např. v Nizozemsku je asi 40 % nových klientů užívajících opiáty ve věku přes 40 let. Výjimkou jsou Rumunsko a Slovinsko, kde zjistili klienty léčené ze závislosti na opiátech ve velmi mladé populaci (15–19 let) (¹¹⁴).

Většina klientů užívajících opiáty uvádí, že poprvé užíli opiáty ve věku 15 až 24 let a přibližně 50 % klientů poprvé užilo drogu před dosažením 20 let (¹¹⁵). Pokud srovnáváme věk při prvním užití s věkem při prvním léčení, časový interval mezi prvním užitím a první žádostí o léčbu je obecně 5 až 10 let. Nízký věk na začátku užívání opiátů je často spojen

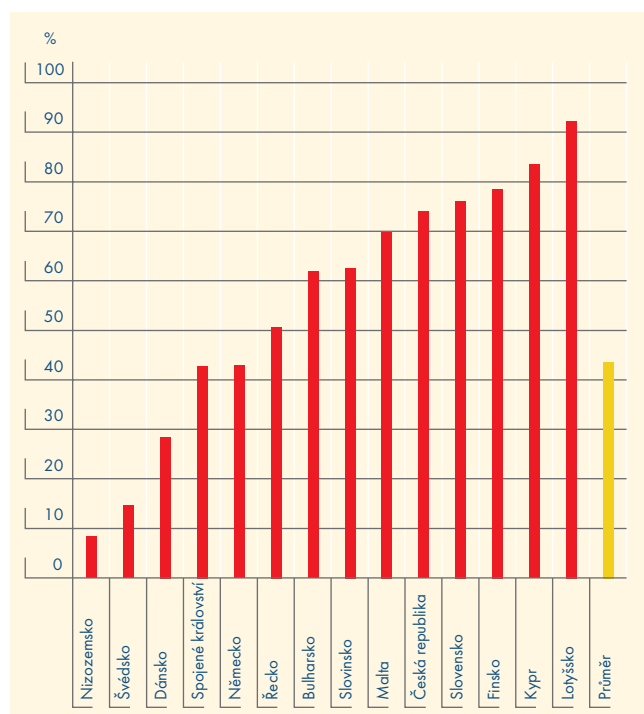
s řadou problémů v chování a se sociální deprivací (národní zpráva Spojeného království).

Ve většině zemí užívá 60 % až 90 % opiátových klientů drogu denně, zatímco někteří klienti v minulém měsíci opiáty nebrali nebo je užívali jen příležitostně; tuto skutečnost pravděpodobně vysvětlují klienti přestávající užívat drogu před nástupem na léčbu (¹¹⁶).

Čtyřicet procent klientů užívá drogu nitrožilně a dalších 40 % ji kouří nebo inhaluje. Rozdíly v metodě užívání uvádějí staré i nové členské státy (¹¹⁷) (obr. 14) s tím, že podíl osob, které opiáty užívají nitrožilně, je vyšší než 60 % v nových členských státech a nižší než 60 % ve starých členských státech (s výjimkou Finska, kde je mezi klienty až 78,4 % injekčních uživatelů opiátů). Podíl osob užívajících opiáty nitrožilně mezi klienty je nejnižší v Nizozemsku (8,3 %) (¹¹⁸).

Mnozí noví klienti užívají opiáty a rovněž další drogu, často konopí (47 %) nebo alkohol (24 %). Mezi zeměmi

Obrázek 14: Podíl nových klientů ambulantní léčby, kteří si nitrožilně aplikují opiáty, z celkového počtu nových klientů užívajících opiáty v jednotlivých zemích v roce 2003



Poznámka: Uvedeny jsou pouze země, kde jsou klienti, kteří užívají opiáty jako primární drogu, anebo země, které poskytly údaje.
Zdroj: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004).

⁽¹¹²⁾ Viz tabulka TDI-3 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹¹³⁾ Viz tabulka TDI-22 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Viz tabulka TDI-10 (část iii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Viz tabulka TDI-11 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Viz tabulka TDI-18 (část i) ve Statistickém věstníku 2005. Pouze Německo uvádí 70 % nových klientů užívajících příležitostně opiáty nebo neužívajících opiáty v posledním měsíci.

⁽¹¹⁷⁾ Pouze země, pro které byly údaje k dispozici.

⁽¹¹⁸⁾ Viz tabulka TDI-17 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

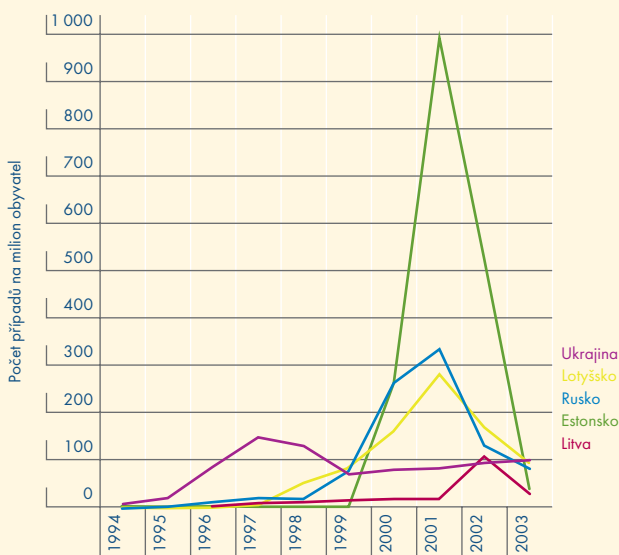
jsou však značné rozdíly: v České republice a na Slovensku téměř polovina klientů užívá opiáty spolu se stimulanty jinými než kokain; v Řecku 18 % a na Maltě 29 % klientů užívá opiáty s kokainem jako sekundární drogou; ve Finsku 37 % uživatelů opiátů (zejména buprenorfinu) uvádí užívání hypnotik a sedativ (hlavně benzodiazepinů) jako sekundárních drog (119).

HIV a AIDS ve východní Evropě

Virus lidské imunodeficience (HIV) se v poslední době mohutně a epidemicky rozšířil mezi injekčními uživateli drog v Rusku a na Ukrajině stejně jako v pobaltských členských státech EU. V roce 2001 dosáhla míra nově diagnostikovaných infekcí souvisejících s nitrožilním užíváním drog vrcholu v Estonsku a Ruské federaci (v Estonsku bylo zaznamenáno 991 případů na milion obyvatel a v Ruské federaci 333). Na Ukrajině však bylo maxima dosaženo dříve, v roce 1997, kdy bylo zaznamenáno 146 případů na milion obyvatel v důsledku široce rozšířeného přenosu spojeného s nitrožilní aplikací drog. Poté začal počet nově diagnostikovaných případů HIV v souvislosti s nitrožilní aplikací drog klesat, ale v poslední době se začal opět zvyšovat.

Výskyt AIDS u injekčních uživatelů drog se rychle zvyšuje v Lotyšsku a na Ukrajině, což naznačuje, že dostupnost a rozsah antivirové léčby jsou pravděpodobně nedostatečné (viz „Vysoce účinná antiretrovirová léčba v evropském regionu Světové zdravotnické organizace“, str. 65).

Případy infekce HIV nově diagnostikované u injekčních uživatelů drog ve vybraných zemích EU, v Rusku a na Ukrajině podle roku hlášení



Zdroj: Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS (EuroHIV) (2004).

Infekční nemoci související s užíváním drog

HIV a AIDS

Poslední trendy v uváděných případech infekce HIV

Onemocnění HIV se projevilo po masivní epidemii ve východní Evropě silným epidemickým rozšířením mezi injekčními uživateli drog v nových členských státech EU v pobaltském regionu (EuroHIV, 2004) (viz rámeček „HIV a AIDS ve východní Evropě“). Počet nově diagnostikovaných případů byl v Estonsku a Lotyšsku nejvyšší v roce 2001 a v Litvě v roce 2002, ale v poslední době dramaticky poklesl. Tento model je pro epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog typický. Objevuje se, protože se celá nejvíce ohrožená základní skupina injekčních uživatelů drog nakazí během krátké doby, poté frekvence výskytu poklesne kvůli nedostatku náchylných injekčních uživatelů drog, a pak se stabilizuje na úrovni, která závisí na míře, ve které se objevují noví vysoce ohrožení injekční uživatelé drog. Dodatečný účinek změny chování však nelze vyloučit a pokud k němu dojde, mohlo by to být zčásti výsledkem konkrétních zásahů (viz „Prevence infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog“, str. 67).

V zemích evropské patnáctky, s výjimkou Portugalska, zůstala míra nově diagnostikovaných případů HIV v posledních letech nízká. Srovnání na úrovni EU však nejsou úplná, protože údaje o ohlašovaných případech HIV zůstávají pro některé ze zemí nejvíce postiženými AIDS nedostupné (Španělsko a Itálie) nebo se teprve dostupnými stávají (Francie). Portugalsko vykázalo v roce 2003 velmi vysokou míru výskytu – 88 případů na milion obyvatel, ale také prudký pokles od roku 2000 (kdy bylo zjištěno 245 případů na milion obyvatel). Tento pokles je nutné interpretovat s obezřetností, protože hlášení údajů na evropské úrovni bylo v Portugalsku zavedeno teprve v roce 2000.

Seroprevalence HIV

Údaje o seroprevalenci mezi injekčními uživateli drog (infikované procento ve vzorcích injekčních uživatelů drog) jsou důležitým doplňkem k údajům hlášení případů HIV. Opakované studie seroprevalence a rutinní monitorování údajů z diagnostických testů mohou potvrdit trendy v hlášení případů a mohou rovněž poskytnout podrobnější informace o konkrétních regionech a prostředích. Údaje o prevalenci však pocházejí z množství zdrojů, které lze v některých případech obtížně porovnávat, a proto je třeba při jejich výkladu postupovat opatrně.

Nedávná zvýšení zaznamenaná v hlášení případů HIV jsou většinou potvrzena dostupnými údaji o seroprevalenci; např. v Lotyšsku stoupla prevalence v národních vzorcích

(119) Viz tabulka TDI-25 (část ii) ve Statistickém věstníku 2005. Viz také vybrané vydání o buprenorfinu. Každý klient může uvést užívání až čtyř sekundárních drog.

léčených a testovaných injekčních uživatelů drog z 1,5 % (5/336) v roce 1997 na 14 % (302/2 203) v roce 2001 a v roce 2003 pak poklesla na 7 % (65/987). V Rakousku, kde údaje pro hlášení případů HIV mezi injekčními uživateli drog nejsou k dispozici, svědčí prevalence HIV mezi národními vzorky úmrtí v (přímé) souvislosti s užíváním drog o určitém zvýšení, a to na 7 % (11/163) v roce 2003 z 1 % (1/117) v roce 1998. Jde však o nízké počty a trend není statisticky významný.

V letech 2002 a 2003 prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog, zejména u osob, které se podrobovaly léčbě drogové závislosti, ukázala velké odchylky v rámci zemí i mezi nimi, a to v rozpětí od 0 % v Bulharsku, Maďarsku, Slovinsku a na Slovensku až k maximální hodnotě 37,5 % (54/144) v jednom italském městě (2003, Bolzano – uživatelé na léčení a ve vězení) ⁽¹²⁰⁾. Nejvyšší míry prevalence v národních vzorcích (přes 10 % v letech 2002–2003) byly zjištěny v Itálii, Lotyšsku a Portugalsku ⁽¹²¹⁾. Ve Španělsku naznačují údaje pro rok 2001 velmi vysokou prevalenci, ale pozdější údaje chybějí ⁽¹²²⁾. Nejvyšší míry prevalence v regionálních a místních vzorcích (přes 20 % v letech 2002–2003) byly hlášeny ze Španělska, Itálie, Lotyšska a Polska ⁽¹²³⁾, ačkoli z některých zemí a oblastí s vysokou prevalencí v předchozích letech nebyly údaje z poslední doby poskytnuty. V Lotyšsku a Polsku místní studie naznačují nedávný přenos HIV na základě velmi vysoké prevalence u mladých injekčních uživatelů drog ⁽¹²⁴⁾. V případě polské studie je tento nedávný přenos potvrzen prevalencí 23 % mezi vzorkem 127 nových osob užívajících drogy nitrožilně ⁽¹²⁵⁾.

Časové trendy v prevalenci se mezi zeměmi také liší. Ačkoli v baltické oblasti došlo nedávno k propuknutí nemoci, údaje o seroprevalenci HIV ze vzorku injekčních uživatelů drog naznačují pokles od poloviny 90. let 20. století v některých z nejvíce zasažených zemí (Španělsko, Francie a Itálie), po kterém následovala v posledních letech stabilizace ⁽¹²⁶⁾. Bude-li však seroprevalence vysoká a stabilní, přenos bude pravděpodobně pokračovat. Údaje pro nové injekční uživatele drog silně naznačují trvalý a dokonce zvýšený přenos ve Španělsku mezi roky 1999 a 2000. V některých dalších zemích (Francie 2001–2003, Portugalsko 1999–2000) místní a regionální údaje o nových

Vysoce účinná antiretrovirová léčba v evropském regionu Světové zdravotnické organizace

Odhady pokrytí vysoce účinnou antiretrovirovou léčbou Světové zdravotnické organizace svědčí o tom, že v EU a ve většině střední Evropy má více než 75 % osob, které potřebují léčbu, přístup k vysoce účinné antiretrovirové léčbě.

Pokud jde o pobaltské státy, je pokrytí touto léčbou odhadováno jako „špatné“ v Estonsku a Litvě (25–50 %) a „velmi špatné“ v Lotyšsku (méně než 25 %). Pokrytí se odhaduje jako „velmi špatné“ ve většině zemí východní Evropy.

Konkrétní odhady pokrytí touto léčbou pro injekční uživatele drog nejsou k dispozici, studie však ukazují, že injekční uživatelé drog jsou často vystaveni vyššímu riziku nedostatečného přístupu k vysoce účinné antiretrovirové léčbě než lidé infikovaní jinými způsoby.

Zdroj: Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, databáze „Health for All“ („Zdraví pro všechny“) (www.euro.who.int/hfad) (údaje z 8. března 2005).

a mladých injekčních uživatelích drog naznačují určitý (zvýšený) přenos, ale velikosti vzorků jsou příliš malé na to, aby byly trendy statisticky významné ⁽¹²⁷⁾. Na druhé straně je třeba poznamenat, že v několika zemích zůstala během let 2002–2003 prevalence HIV u injekčních uživatelů drog velmi nízká. Prevalence HIV byla menší než 1 % v České republice, Řecku (národní údaje), Maďarsku, Slovinsku, Slovensku, Finsku, Rumunsku (údaje pouze pro rok 2001), Bulharsku a Norsku (údaje pro Oslo). V některých zemích (např. Maďarsku) patří jak prevalence HIV, tak prevalence virové hepatitidy typu C (HCV) k nejnižším v EU a naznačují nízké hladiny injekčního rizika (viz část „Hepatitida B a C“ níže).

Výskyt AIDS

V Lotyšsku se výskyt AIDS v souvislosti s injekčními uživateli drog zvýšil z 0 případů v roce 1997 na odhadovaných 19 případů na milion obyvatel jak v roce 2002, tak v roce 2003 ⁽¹²⁸⁾. Nicméně zemí s nejvyšším výskytem AIDS zůstává v rámci EU Portugalsko s 33 případy na milion obyvatel, ačkoli tento údaj od roku 1999 klesá. Výskyt AIDS vzhledem k injekčním uživatelům drog v EU byl

⁽¹²⁰⁾ Viz obrázek INF-3 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²¹⁾ Údaje pro Portugalsko a Itálii nejsou omezené na injekční uživatele drog, a mohou tedy prevalenci mezi injekčními uživateli drog podhodnocovat.

⁽¹²²⁾ Viz tabulky INF-1 a INF-8 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²³⁾ Viz tabulka INF-8 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²⁴⁾ Injekční uživatelé drog ve věku nižším než 25 let: 33 % infikovaných mezi 55 mladými injekčními uživateli drog v Polsku a 20 % mezi 107 mladými injekčními uživateli drog v Lotyšsku.

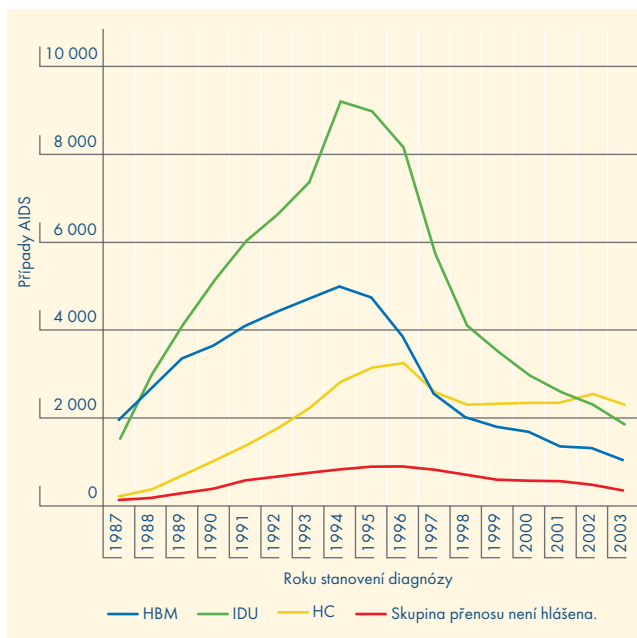
⁽¹²⁵⁾ Viz tabulka INF-10 a údaje INF-4 a INF-5 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²⁶⁾ Viz obrázek INF-16 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²⁷⁾ Viz obrázek INF-26 a INF-27 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹²⁸⁾ Viz obrázek INF-1 ve Statistickém věstníku 2005.

Obrázek 15: Případy AIDS v EU podle skupiny přenosu a roku stanovení diagnózy (1987–2003) upravené dle zpoždění hlášení



Poznámka: Údaje jsou uvedeny pro tři hlavní skupiny přenosu a pro případy, kdy není skupina přenosu hlášena. HBM – homosexuální a bisexuální muži; IDU – injekční uživatelé drog; HC – heterosexuální kontakt. Nejsou zahrnuty tyto země: Francie, Nizozemsko (nejsou k dispozici údaje za celou dobu sledování) a Kypr (údaje nejsou k dispozici).
Zdroj: EuroHIV; údaje hlášeny k 31. prosinci 2003.

nejvyšší v 90. letech 20. století a od té doby klesá. Nejpostiženější zemí bývalo Španělsko, kde výskyt AIDS vyvrcholil při 124 případech na milion obyvatel v roce 1994, do roku 2003 však tento údaj poklesl na odhadovaných 16 případů na milion.

Pokles výskytu AIDS koncem 90. let 20. století je výsledkem zavedení vysoce účinné antiretrovirové léčby („highly effective antiretroviral therapy“, HAART) v roce 1996, která zabraňuje rozvoji AIDS u lidí infikovaných HIV (viz rámeček týkající se vysoce účinné antiretrovirové léčby). V případě injekčních uživatelů drog zřejmě také hrály důležitou roli preventivní opatření proti HIV a v některých zemích mohl být faktorem i pokles počtu osob užívajících drogy injekčním způsobem (viz „Injekční užívání drog“, str. 61).

Roční údaje o výskytu ukazují, že až do roku 2002 bylo možné přičítat největší počet nových případů AIDS v EU nitrožilnímu užívání drog. Poté byl tento způsob přenosu předstížen přenosem spojeným s heterosexuálním

pohlavním stykem odrážejícím změny v epidemiologii HIV v předchozích letech (obr. 15). Je však třeba poznamenat, že vzorce infekce se mohou mezi jednotlivými zeměmi značně lišit (¹²⁹).

Hepatitida B a C

Prevalence protilátek vůči viru hepatitidy typu C (HCV) je u injekčních uživatelů drog všeobecně velmi vysoká, ačkoli v rámci zemí i mezi nimi existují velké odchylky (¹³⁰). Mezi vzorky injekčních uživatelů drog uvedly v letech 2002 a 2003 míry prevalence přesahující 60 % Belgie, Estonsko, Řecko, Itálie, Polsko, Portugalsko a Norsko, přičemž vzorky s prevalencí pod 40 % uvedly Belgie, Česká republika, Řecko, Maďarsko, Rakousko, Slovinsko, Slovensko, Finsko a Spojené království (obr. 16) (¹³¹).

Údaje týkající se prevalence u mladých uživatelů drog (mladších než 25 let) jsou k dispozici jen z několika zemí a v některých případech se jedná o malé vzorky. Tam, kde jsou k dispozici, byla nejvyšší prevalence mezi mladými injekčními uživateli drog v letech 2002–2003 (přes 40 %) zjištěna u vzorků z Řecka, Rakouska a Polska a nejnižší prevalence (pod 20 %) ve vzorcích z Maďarska, Slovinska, Finska a Spojeného království (¹³²). Údaje o prevalenci viru hepatitidy typu C mezi novými osobami užívajícími drogy nitrožilně (po dobu kratší než dva roky) jsou dokonce ještě skrovnější, ale informace, které jsou k dispozici pro období let 2002 a 2003, ukazují, že nejvyšší prevalence (přes 40 %) je ve vzorcích z Belgie a Polska a nejnižší prevalence (pod 20 %) ve vzorcích z České republiky, Řecka a Slovinska (¹³³). Z údajů o hlášení hepatitidy typu C za období 1992–2003 se zdá, že v zemích poskytujících údaje se injekční uživatelé drog podílejí na velké většině oznámených případů hepatitidy typu C (oznámení jsou většinou omezena na diagnostikované případy akutní infekce) (obr. 17).

Prevalence markerů viru hepatitidy typu B (HBV) se také značně mění jak v rámci zemí, tak mezi nimi (¹³⁴). Nejúplnější údaje jsou k dispozici pro protilátky anti-HBc, což naznačuje historii infekce a mezi osobami s negativním testem i ty, kteří přichází do úvahy pro vakcinaci. V letech 2002–2003 byly hlášeny vzorky injekčních uživatelů drog s prevalencí přes 60 % z Belgie, Estonska a Itálie, zatímco vzorky s prevalencí pod 30 % byly hlášeny z Belgie, Španělska, Itálie, Rakouska, Portugalska, Slovinska, Slovenska a Spojeného království (¹³⁵). Údaje o hlášení hepatitidy typu B za období 1992–2003 pro ty země,

⁽¹²⁹⁾ Viz obrázek INF-2 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹³⁰⁾ Viz tabulky INF-2 a INF-11 ve Statistickém věstníku 2005.

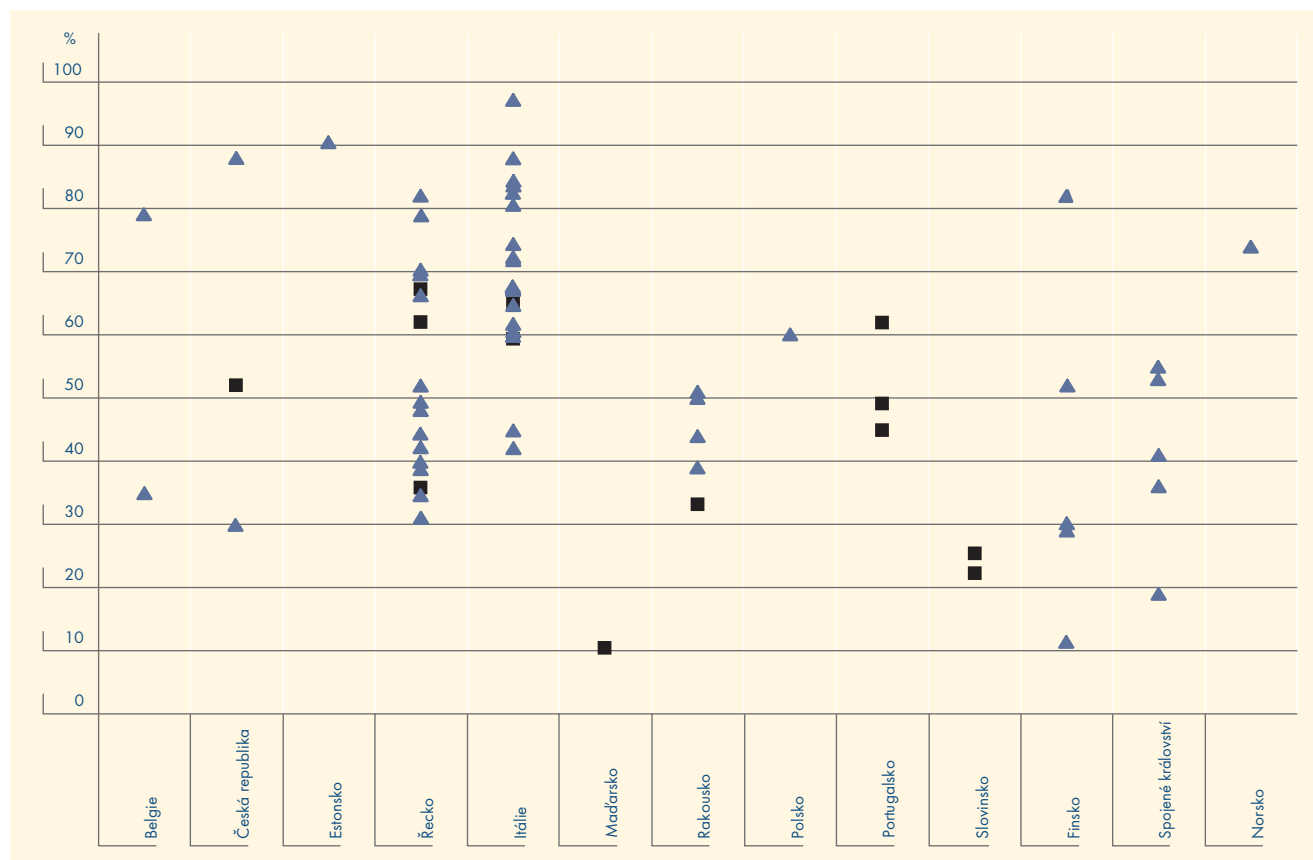
⁽¹³¹⁾ Viz také obrázek INF-21 ve Statistickém věstníku 2005 a Matheï a kol., 2005.

⁽¹³²⁾ Viz tabulka INF-12 ve Statistickém věstníku 2005

⁽¹³³⁾ Viz tabulka INF-13 a obrázky INF-7 a INF-8 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹³⁴⁾ Viz tabulky INF-3, INF-14 a INF-15 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹³⁵⁾ Viz obrázky INF-9, INF-10, INF-22 a INF-23 ve Statistickém věstníku 2005.

Obrázek 16: Národní a místní odhady prevalence HCV mezi injekčními uživateli drog v letech 2002–2003

Poznámka: Černý čtvereček = vzorky s celostátním pokrytím; modrý trojúhelník = vzorky s místním/regionálním pokrytím.

Rozdíly mezi zeměmi je nutné interpretovat opatrně vzhledem k různým typům zařízení a nebo metod provádění studie. Národní strategie výběru vzorků se liší. Údaje ze Španělska a Portugalska a některé údaje z České republiky zahrnují uživatele drog, kteří si neaplikují injekčně, a mohou tedy snížit odhady prevalence mezi injekčními uživateli drog (podíl uživatelů, kteří si drogy neaplikují injekčně, ve vzorcích není znám).

Údaje z Portugalska, Slovinska a Slovenska jsou omezeny na prevalenci mezi injekčními uživateli drog, kteří se léčí, a nemohou být reprezentativní pro prevalenci mezi injekčními uživateli drog, kteří se neléčí.

Zdroje: Národní kontaktní místa Reitox (2004). Údaje o primárních zdrojích, podrobné údaje o studii a data z období před rokem 2002 naleznete v tabulce INF-11 ve Statistickém věstníku 2005.

ze kterých jsou údaje k dispozici, naznačují, že podíl injekčních uživatelů drog vzrůstá⁽¹³⁶⁾. V severním regionu se velká většina oznámených akutních případů hepatitidy typu B vyskytuje mezi injekčními uživateli drog a propuknutí hepatitidy typu B se shodovalo se zvýšeným nitrožilním užíváním drog v několika zemích (Blystad a kol., 2005).

Stručný přehled dalších infekčních nemocí souvisejících s užíváním drog je uveden ve výroční zprávě za rok 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/cs/page074-cs.html>).

Prevence infekčních onemocnění souvisejících s užíváním drog

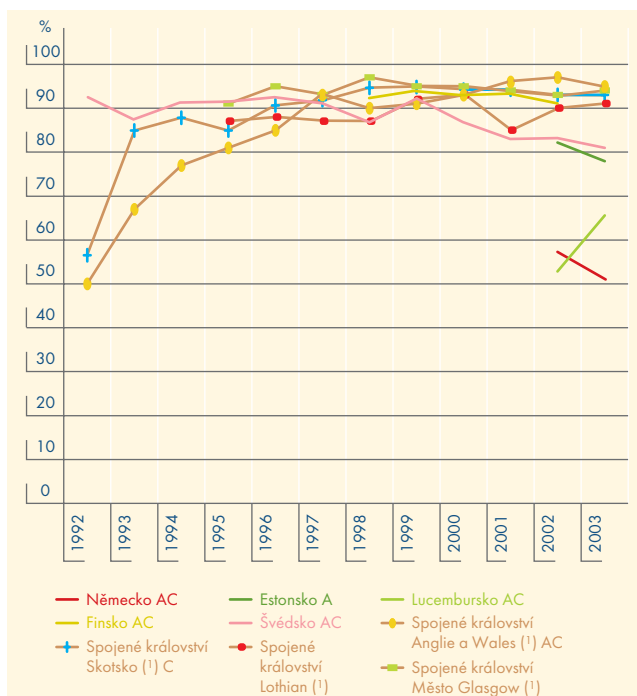
Ačkoli se národní politiky členských států liší a odrážejí jejich individuální drogovou situaci a politický kontext,

existují také rostoucí důkazy o konsenzu objevujícím se na evropské úrovni, pokud jde o klíčové prvky nutné pro účinná opatření v boji proti HIV a dalším infekčním onemocněním mezi injekčními uživateli drog⁽¹³⁷⁾. Vhodná opatření zahrnují rozšířený přístup k léčbě drogové závislosti (WHO, 2005), vývoj nízkoprahových služeb a poskytování sterilního zařízení a vzdělávacích programů, i když je třeba poznamenat, že mezi zeměmi existují rozdíly, pokud jde o důraz kladený na jednotlivé prvky těchto různých služeb. Zvláště důležité je, aby existovala dostatečná dostupnost ústní substituční léčby pro injekční uživatele opiových látek, protože významně snižuje drogově závislé chování představující vysoké riziko přenosu HIV (Gowing a kol., 2005; Sullivan a kol., 2005).

⁽¹³⁶⁾ Viz obrázek INF-14 ve Statistickém věstníku 2005.

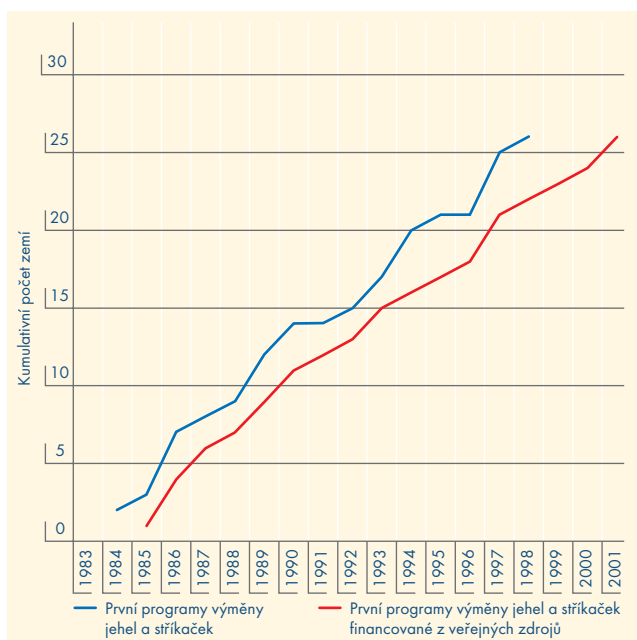
⁽¹³⁷⁾ Na dvou nedávných konferencích zástupci evropských vlád potvrdili svou spoluúčasť v boji proti HIV/AIDS a definovali opatření k posílení jejich reakcí v této oblasti (Dublinská deklarace, únor 2004, a Vilniuská deklarace, září 2004). Všechny klíčové dokumenty lze nalézt na webové stránce Evropské komise o veřejném zdraví (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Obrázek 17: Hlášené případy hepatitidy C, procento případů hlášených jako injekční uživatelé drog, 1992–2003



(!) Údaje neplatí na národní úrovni.
 Poznámka: A, akutní případy; AC, akutní a chronické případy; C, chronické případy.
 Zdroje: Národní kontaktní místa Reitox.

Obrázek 18: Zavedení programů výměny jehel a stříkaček ve 23 členských státech EU, Norsku a Bulharsku



Zdroje: Národní kontaktní místa Reitox, převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo specializovaných evidencí (soudních nebo policejních).

Dostupnost jehel a stříkaček

Programy výměny jehel a stříkaček (needle and syringe programmes; NSP) byly v Evropské unii zahájeny v polovině 80. let 20. století jako okamžitá reakce na hrozbu epidemie HIV mezi osobami, které drogy užívaly nitrožilně, a rychle se rozšiřovaly v průběhu 90. let 20. století (obr. 18). V roce 1993 již existovaly programy financované z veřejných prostředků ve více než polovině ze současných 25 členských států EU a v Norsku. Dnes jsou programy výměny jehel a stříkaček k dispozici v Bulharsku, Rumunsku a Norsku i ve všech zemích EU, s výjimkou Kypru, kde však lze sterilní vybavení volně získat v lékárnách a zavedení oficiálních programů výměny jehel a stříkaček se zvažuje⁽¹³⁸⁾. Jakmile jsou takové programy výměny jehel a stříkaček v zemi zavedeny, dochází všeobecně ke stále lepšímu geografickému pokrytí při zajišťování míst výdeje. Mnohé země nyní dosáhly úplného geografického pokrytí proto, že v několika členských státech jsou rozhodujícími partnery lékární. Nicméně ve Švédsku dva programy zahájené v roce 1986 na jihu země zůstávají jedinými a v Řecku je počet programů výměny jehel a stříkaček omezen a jsou k dispozici jen v Aténách⁽¹³⁹⁾.

V zemích EU a v Norsku jsou programy výměny jehel a stříkaček obvykle pevnou součástí činnosti nízkoprahových agentur zabývajících se drogovým poradenstvím (viz rámeček „Lepší zpřístupnění služeb“), prací v terénu a péčí o bezdomovce. Protože agentury, které mají nízký práh přístupu, jsou úspěšné při navazování spojení se skrytou populací aktivních uživatelů drog, mohou být důležitým výchozím bodem pro kontakty, prevenci, výchovu a osvětu i pro doporučení k léčbě. Stále více se rovněž připouští, že nízkoprahové agentury mohou být životně důležitou platformou pro nabízení základní lékařské péče, vyšetřování infekčních nemocí, vakcinaci a léčbu virových onemocnění členů společenství, kteří mohou mít z různých důvodů obtížný přístup k formálnějším zdravotnickým službám.

Programy výměny jehel a stříkaček se popisují jako hlavní metoda prevence infekčních nemocí mezi uživateli drog v 16 členských státech EU a Norsku a jako společná metoda v dalších šesti zemích. Jsou považovány za prioritní opatření politiky proti infekčním onemocněním mezi uživateli drog ve dvou třetinách zemí EU⁽¹⁴⁰⁾.

Důkaz o účinnosti programů výměny jehel a stříkaček

Vědecký výzkum účinnosti programů výměny jehel a stříkaček při minimalizaci HIV/AIDS mezi injekčními

⁽¹³⁸⁾ Viz tabulka NSP-2 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹³⁹⁾ Viz „dostupnost jehel a stříkaček“ ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Viz webová stránka EMCDDA overview of national responses to infectious diseases (s přehledem národních reakcí na infekční nemoci) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

Lepší zpřístupnění služeb

Termín „nízkoprahový“ popisuje provozní zařízení, jehož cílem je usnadnit uživatelům drog přístup k sociálním a zdravotnickým službám. Aby byl snížen „práh“ přístupu, jsou tyto instituce umísťovány v konkrétních lokalitách, mají pracovní dobu, která je přizpůsobena potřebám klientů, a jsou otevřeny i pozdě večer a v noci. Nízkoprahové instituce často poskytují služby prostřednictvím terénních pracovníků. Použití služeb těchto institucí vyžaduje minimální byrokracii, často bývá bezplatné a ze strany klientů není vázáno na abstinenci nebo budoucí abstinenci. Tyto instituce se zaměřují na stávající uživatele drog, kteří nikdy nebyli v kontaktu s jinými protidrogovými a zdravotnickými službami, a na ty, kteří tento kontakt ztratili. Jejich služby jsou zaměřeny na „těžko dostupné“ skupiny, skupiny uživatelů ohrožené konkrétním rizikem a též na experimentující uživatele (například prostřednictvím poskytování služeb v klubech a na diskotékách nebo v jiných místech, kde se konají párty). Termín nízkoprahové zařízení lze použít pro terénní instituce, denní kontaktní centra a terénní centra zdravotní péče, ale i pro azylová zařízení. V rámci komplexního systému péče mají tyto instituce díky své snadné dostupnosti důležitou úlohu při zajištění kontaktu se „skrytější“ nebo „obtížněji dosažitelnou“ populací uživatelů drog. Kromě toho, že motivují uživatele drog, aby vyhledali léčbu a doporučují je k ní, často poskytují služby „zaměřené na přežití“, včetně jídla, oblečení, přístřeší, sterilních injekčních potřeb a lékařské péče. Tato zařízení hrají stěžejní roli při šíření zdravotní osvěty a zvyšování znalostí a dovedností bezpečného užívání mezi těmi, kdo užívají drogy buď experimentálně, nebo problematickým či závislým způsobem. Stále více též poskytují služby ve formě léčby.

uživatelé drog se datuje do 80. let 20. století⁽¹⁴¹⁾. Přehled literatury, který publikovala Světová zdravotnická organizace v roce 2004, obsahuje závěr, že existuje přesvědčivý důkaz, že zvýšení dostupnosti a používání sterilního injekčního vybavení na straně injekčních uživatelů drog snižuje podstatným způsobem infekci HIV a že neexistuje žádný důkaz o významných nezáměrných negativních důsledcích (WHO, 2004). V uvedeném přehledu se však dospělo k závěru, že programy výměny jehel a stříkaček samy o sobě nepostačují k tomu, aby kontrolovaly infekci HIV mezi injekčními uživateli drog, a že je nutné, aby tyto programy byly podporovány řadou doplňkových opatření za účelem kontroly infekce mezi

injekčními uživateli drog a jejího usměrňování ze strany samotných injekčních uživatelů drog. Při zkoumání nákladové efektivity programů výměny jehel a stříkaček *de Wit a Bos* (2004) bylo vyvozeno, že programy výměny jehel a stříkaček se zdají být nákladově efektivní při prevenci šíření HIV a mají kromě redukce HIV další cenné přínosy, např. že umožňují populaci uživatelů drog, která se obtížně kontaktuje, přístup k zdravotnickým a společenským službám.

Prevence hepatitidy

Ti, kdo drogy užívají nitrožilně, se vystavují velmi vysokému riziku nakažení HBV a HCV. 50–80 % uživatelů drog se nakazí během pěti let od počátku nitrožilní aplikace drog, což může vést ke chronickým infekcím, které mohou poškodit a nakonec zničit játra (EMCDDA, 2004b). Zatímco v současnosti není k dispozici žádná vakcína proti hepatitidě typu C, hepatitidě typu B lze vakcinací úspěšně předejít⁽¹⁴²⁾.

Několik zemí EU začlenilo, nebo znovu začlenilo, v minulém desetiletí hepatitidu typu B do národních programů imunizace. Vakcinace je nyní součástí běžných očkovacích plánů pro děti ve většině zemí EU. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace doposud nepostupovaly pouze Dánsko, Nizozemsko, Švédsko, Spojené království a Norsko⁽¹⁴³⁾.

Ačkoli to potrvá několik desetiletí, než nezbude žádná podstatná riziková populace, cílené programy vakcinace se nyní realizují pro uživatele drog ve většině zemí EU a v Norsku. Aby se dostala k cílovým populacím, zpřístupňuje se vakcinace pro uživatele drog ve snadno dosažitelných kontaktních místech a také stále více i ve věznicích⁽¹⁴⁴⁾.

Kampaně zaměřené na imunizaci proti hepatitidě typu B se často kombinují s vakcinací proti hepatitidě typu A a s poradenstvím o viru hepatitidy typu C, testováním a doporučením k vyšetření. Ačkoli léčbu hepatitidy typu C nabízejí všechny země, pro uživatele drog může být obtížně dostupná. Vzhledem k tomu, že jsou oficiální zdravotnické směrnice považovány za důležitý nástroj v řízení poskytování léčby hepatitidy typu C, byly v letech 2003–2004 předmětem rozboru prováděného ze strany EMCDDA⁽¹⁴⁵⁾. Většina pokynů doporučuje, aby byli uživatelé drog v léčení poté, co přestanou drogy brát nebo až budou stabilní na orálním substitučním léčení po dobu, která se může pohybovat od tří měsíců až do dvou let. Čím budou pokyny novější, tím bude pravděpodobnější,

⁽¹⁴¹⁾ Viz webová stránka EMCDDA se seznamem *key reviews* (hlavních přehledů) (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Další informace o hepatitidě viz webová stránka EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Zprávu o 14. globální poradenské skupině: Rozšířený program imunizace, 14. – 18. října 1991, Antalya, Turecko, schválilo Světové shromáždění o zdraví v roce 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Viz *Hepatitis B vaccination table* (Vakcinační tabulka hepatitidy typu B) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ *Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users* (Konzultační studie o pravidlech léčby hepatitidy typu C pro injekční uživatele drog) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

že přihlédnou k výsledkům výzkumu dokazujícím, jak je při léčení pro uživatele drog přínosný multidisciplinární přístup zajišťovaný týmem hepatologů a specialistů na užívání drog. Nedávný rozvoj poradenské činnosti na vnitrostátní úrovni pravděpodobně zlepší možnosti léčby a výsledky pro uživatele drog.

Úmrtí související s drogami

Úmrtí související s heroinem

V tomto článku se termín „úmrtí související s drogami“ používá ve vztahu k úmrtím přímo způsobeným konzumací jedné nebo více drog, ke kterým obecně dochází v krátké době po požití dané látky nebo látek. Tato úmrtí jsou známá jako „předávkování“, „otravy“ nebo „úmrtí vyvolaná drogou“⁽¹⁴⁶⁾.

Ve většině „úmrtí souvisejících s drogami“ způsobených nelegálními látkami hlášenými v EU jsou přítomny opiáty, ačkoli v mnohých případech jsou během toxikologického šetření rovněž zjištěny další látky, zejména alkohol, benzodiazepiny a v některých zemích i kokain⁽¹⁴⁷⁾.

V letech 1990–2002 země EU každý rok uváděly 7 000–9 000 úmrtí způsobených předávkováním⁽¹⁴⁸⁾, což představuje během tohoto období celkem více než 100 000 úmrtí. Tyto údaje lze považovat za minimální odhad, protože v mnoha zemích pravděpodobně dochází k podhodnocení uváděných hodnot.

Předávkování opiáty je jedna z hlavních příčin úmrtí mezi mladými lidmi v Evropě, zejména mezi muži v městských oblastech (EMCDDA, 2004c). V současné době je předávkování také hlavní příčinou úmrtí mezi uživateli opiátů v EU celkově; např. v roce 2001 členské státy evropské patnáctky uváděly 8 347 úmrtí souvisejících s drogami oproti 1 633 úmrtím na AIDS mezi injekčními uživateli drog (EuroHIV, 2004)⁽¹⁴⁹⁾, ačkoli náklady a možné dlouhodobější problémy infekce HIV by se neměly přehlížet.

Většina uživatelů drog, u kterých dojde k předávkování, jsou muži, kteří představují 60–100 % případů. Ve většině zemí se jejich podíl pohybuje mezi 75 a 90 %. Většina obětí předávkování jsou osoby ve věku nad dvacet a nad třicet let, přičemž průměrný věk je kolem 35 (rozpětí

22–45 let). Střední věk je nejnižší v několika nových členských státech (Estonsko, Lotyšsko, Litva a Rumunsko), v mnohých z nichž je podíl obětí předávkování mladších než 25 let relativně vysoký, což může naznačovat, že v těchto zemích užívá heroin mladší populace⁽¹⁵⁰⁾.

Úmrtí související s metadonem

Několik zemí uvádělo přítomnost metadonu v podstatné části úmrtí souvisejících s drogami v národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2004. Informace se poskytují v souladu s národní terminologií a v některých případech je obtížné přesně vyhodnotit, jakou úlohu metadon při úmrtí hrál. Některé případy jsou čisté intoxikace metadonem, ale u jiných byla přítomnost látky pouze uvedena. Dánsko uvedlo, že metadon byl přítomen ve 49 % úmrtí jako následek intoxikace (97 ze 198 případů, kdy byl v 64 případech příčinou smrti samotný metadon). Německo uvedlo, že 23 % případů bylo přičítáno „substitučním látkám“, z nichž ve 3 % se jednalo o tyto látky samostatně (55 případů) a ve 20 % o kombinaci s alkoholem a narkotickými drogami (354 případů), zatímco v roce 2002 to bylo 30 % celkem (7 % samotných a 23 % v kombinaci). Spojené království uvedlo 418 případů se „zmínkou“ o metadonu, ačkoli to neznámá příčinný vztah. Další země uváděly přítomnost metadonu v úmrtích v souvislosti s drogami méně často: Francie (8 případů samotných nebo ve spojení), Rakousko (metadon zjištěn v 10 % smrtelných případů), Portugalsko (metadon zjištěn ve 3 % případů) a Slovinsko (4 úmrtí v důsledku metadonu). V národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox za rok 2003 uvedly významné počty případů spojených s přítomností metadonu také Irsko a Norsko.

Tak jako všechny opiáty je i metadon potenciálně toxickou látkou. Výzkum však prokázal, že substituční léčení snižuje mezi účastníky programu riziko úmrtí předávkováním. Některé studie naznačily, že úmrtí, na nichž se podílí metadon, jsou pravděpodobně spíše důsledkem nelegálního než předepsaného užívání. Další výzkumy zjistily vyšší riziko během počátečních stádií udržovací léčby metadonem. Tato zjištění svědčí o potřebě zajistit v rámci substitučních programů náležitý standardy kvality.

⁽¹⁴⁶⁾ Toto je definice schválená skupinou národních expertů EMCDDA: viz metodické poznámky „Drug-related death EMCDDA definition“ (Definice EMCDDA úmrtí souvisejících s drogami) ve Statistickém věstníku 2005 a DRD Standard protocol, version 3.0 (Standardní protokol DRD, verze 3.0) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Většina zemí má národní případové definice, které jsou v současnosti stejné jako definice EMCDDA nebo poměrně obdobné, ačkoli některé země zahrnují případy vzhledem k úmrtím na psychoaktivní léky nebo na nepředávkování, obecně jako omezený podíl (viz „National definitions of drug-related deaths“ („Národní definice úmrtí souvisejících s drogami“) ve Statistickém věstníku 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Viz tabulka DRD-1 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Viz tabulky DRD-2 a DRD-3 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Údaj pro úmrtí související s AIDS se týká západní oblasti Evropy podle Světové zdravotnické organizace a zahrnuje úmrtí v několika zemích, které nejsou členy EU, např. ve Švýcarsku, na Islandu a v Izraeli.

⁽¹⁵⁰⁾ Viz obrázek DRD-2 ve Statistickém věstníku 2005.

Úmrtí související s fentanylem a buprenorfinem

Severské země v posledních letech uvedly několik úmrtí, ve kterých byl v toxikologickém šetření zjištěn fentanyl, často společně s heroinem. Ve své národní zprávě Švédsko uvedlo 13 úmrtí souvisejících s fentanylem mezi injekčními uživateli drog v roce 2003 ve srovnání s pouze příležitostnými případy v letech předchozích. Informace o úloze buprenorfinu v úmrtích souvisejících s drogami viz vybrané téma o buprenorfinu.

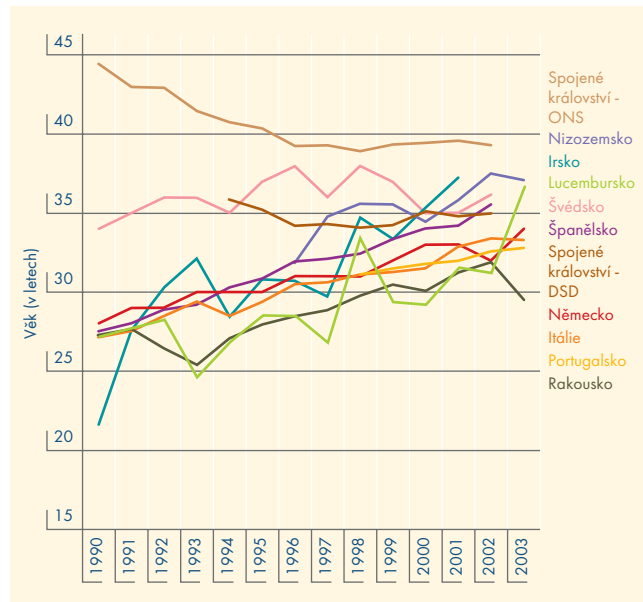
Trendy v akutních úmrtích souvisejících s drogami

Trendy v úmrtích souvisejících s drogami se v jednotlivých zemích⁽¹⁵¹⁾ a dokonce i regionech liší, a to v důsledku rozdílů v průběhu epidemie užívání heroinu, v prevalenci jeho užívání, v rizikovém chování (např. podílu osob, které drogy užívají nitrožilně, užívání více drog současně), v poskytnutí léčebných a podpůrných služeb pro uživatele drog a možná i v dostupnosti a charakteristice heroinu. Rozdíly v organizaci a politice služeb lékařské pohotovosti mohou také hrát důležitou roli.

S ohledem na tato omezení lze v EU identifikovat některé všeobecné trendy, zejména pokud jde o členské státy evropské patnáctky, kde jsou k dispozici delší a systematičtější soubory údajů. Celkově byl pozorován znatelný vzestup úmrtí souvisejících s drogami během osmdesátých let a na počátku 90. let 20. století. V letech 1990–2000, navzdory poklesu v některých zemích, pokračoval v Evropě vzestupný trend, ačkoli nižším tempem. V roce 2000 bylo oznámeno 8 930 úmrtí, tj. 40% růst ve srovnání s 6 426 úmrtími v roce 1990⁽¹⁵²⁾. Ve většině dlouholetých členských států lze mezi oběmi předávkování pozorovat trend zvyšujícího se věku naznačující „efekt stárnoucí kohorty“, který by bylo možné dát do souvislosti s poklesem počtu nových mladých uživatelů drog (obr. 19).

Od roku 2000 však mnohé země EU uváděly pokles v počtech úmrtí souvisejících s drogami. U členských států evropské patnáctky a Norska celkový počet klesl z 8 930 úmrtí v roce 2000 na 8 394 v roce 2001 (6% pokles) a 7 122 případů v roce 2002⁽¹⁵³⁾ (pokles o dalších 15 %). Pouze 10 zemí poskytlo informace za rok 2003, a pokud jde o trendy v EU, musí být tudíž závěry činěny s opatrností. Nicméně na základě údajů těchto 10 zemí byl v roce 2003 pozorován 5% pokles anebo pouze třetinový pokles oproti poklesu v roce 2002. Z 10 zemí, které poskytly informace za rok 2003, uváděly 3 země vzestup, jedna nehlásila žádnou změnu a šest zemí

Obrázek 19: Trendy průměrného věku obětí náhlých úmrtí souvisejících s drogami v některých z 15 původních členských států EU v letech 1990–2001/2003



Poznámka: Obrázek představuje údaje ze zemí, které hlásily průměrný věk obětí ve většině let sledovaného období. Informace založené na „národních definicích“ tak, jak jsou uvedeny v tabulce DRD-6 ve Statistickém věstníku 2005. V Anglii a Walesu se používá „definice protidrogové strategie“.

Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z národních evidencí úmrtnosti nebo specializovaných evidencí (soudních nebo policejních).

uvádělo nižší hodnoty, z nichž bylo možné považovat za významný pokles v Řecku (22 %) a Itálii (17 %) (154). Tento vývoj by měl vyvolat vážné obavy, protože je možné, že faktory odpovědné za pokles úmrtí souvisejících s drogami v letech 2000–2002 (snížení o téměř 20 %) byly v roce 2003 zrušené. To je zvláště důležité, jelikož úmrtí související s drogami jsou dosud na historicky vysokých úrovních – přibližně stejných jako na počátku 90. let 20. století (obr. 20).

Celkově úmrtí související s drogami mezi lidmi mladšími 25 let od roku 1996 poměrně vytrvale klesají, a naznačují tak možný pokles počtu mladých osob užívajících drogy nitrožilně (obr. 19 a 20), což je výsledek klesajícího nebo stabilního trendu ve většině členských států evropské patnáctky, s výjimkou Francie, Švédska a Norska. V několika nových členských státech však byl mezi polovinou 90. let 20. století a lety 2000–2002 pozorován jasný vzestup podílu obětí mladších než 25 let svědčící o zvyšujícím se počtu mladých uživatelů drog (155). Kromě toho pokles pozorovaný na úrovni evropské patnáctky od

⁽¹⁵¹⁾ Viz obrázek DRD-7 ve Statistickém věstníku 2005.

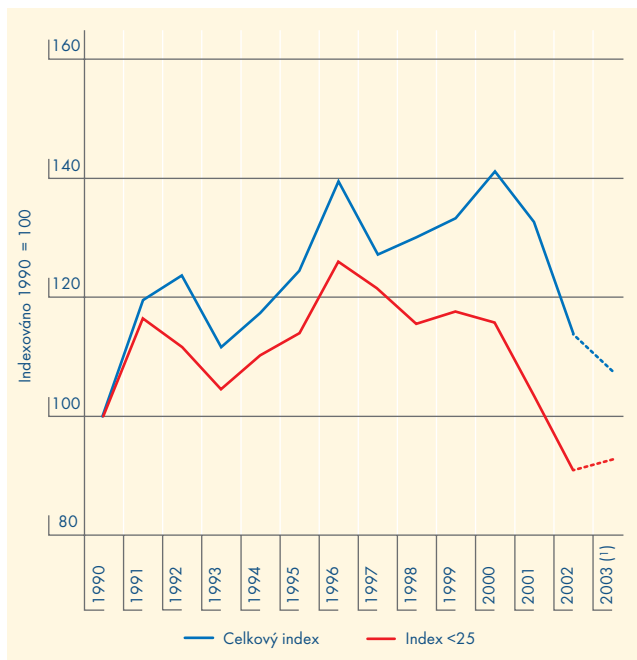
⁽¹⁵²⁾ Viz obrázek DRD-8 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁵³⁾ Údaje pro Belgii a Irsko v roce 2002 nejsou zahrnuty (v Irsku bylo 88 případů v roce 2001).

⁽¹⁵⁴⁾ Na základě jednoduchého statistického Poissonova modelu. Policejní údaje z Norska také naznačují jasný pokles v roce 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Viz obrázek DRD-9 ve Statistickém věstníku 2005.

Obrázek 20: Celkový trend náhlých úmrtí souvisejících s drogami v 15 původních členských státech EU a trend podílu obětí úmrtí souvisejících s drogami u osob mladších 25 let, 1990–2003



(*) Obrázek pro rok 2003 je provizorní, neboť údaje za rok 2003 poskytl pouze deset zemí. Obrázek pro rok 2003 je založen na těch zemích, jež poskytly údaje za rok 2002 a 2003.
 Poznámka: Index: 1990 = 100. Počet případů/země/rok je uveden v tabulce DRD-2 (části i a v) ve Statistickém věstníku 2005. Belgie neposkytla údaje za období 1998–2001 a Irsko za rok 2002. Pro úpravu této situace byla použita metoda výpočtu definovaná v EMCDDA (2001).
 Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z evidencí celkové úmrtnosti nebo specializovaných evidencí (soudních nebo policejních) na základě národních definic tak, jak jsou uvedeny v tabulce DRD-6 ve Statistickém věstníku 2005.

roku 2000 se týkal hlavně mužů (pokles o 21,9 %). Ženy vykazovaly mnohem menší pokles (14,5 %) a pro rok 2003 se na rozdíl od mužů zdá, že se klesající trend u žen obrátil⁽¹⁵⁶⁾.

Stanovení trendů v nových členských státech je obtížné kvůli omezeným informacím, které jsou k dispozici. Ačkoli v jednotlivých zemích existují rozdíly, dostupné informace naznačují, že úmrtí související s drogami začala zřetelněji stoupat na počátku až v polovině 90. let 20. století. To je také doloženo nárůstem v podílu obětí mladších 25 let, ke kterému došlo mezi polovinou 90. let 20. století a obdobím 1999–2000 ve většině zemí poskytujících informace⁽¹⁵⁷⁾. V nových členských státech, ze kterých jsou údaje k dispozici, se počet obětí mladších 25 let zvýšil podstatně více než celkový počet od roku 1996 až do doby velmi nedávné (obr. 21), a potvrdil tak názor, že nedávno došlo

k epidemii. Od roku 2000 se úmrtí v důsledku použití nelegálních látek stabilizovala nebo poklesla v Bulharsku, České republice⁽¹⁵⁸⁾, Lotyšsku (v roce 2003) a Maďarsku. Celkově se zdá, že v posledních letech došlo k určité stabilizaci, ale toto zjištění je třeba zvažovat s opatrností, protože kvalita a rozsah hlášení jsou dosud v mnoha zemích omezené. Pravděpodobný vzestup v užívání heroínu, ke kterému došlo během 90. let 20. století v mnoha nových členských státech, byl možná kompenzován v posledních letech zvýšením poskytování léčebných služeb nebo jinými faktory, avšak budoucí trend je obtížné předpovídat (obr. 21).

Na závěr lze konstatovat, že navzdory pozitivnímu vývoji od roku 2000 až do roku 2002, možná v souvislosti s faktory, jako jsou odklon od injekce u uživatelů opiátů v řadě zemí, zlepšenému poskytování léčby a možné stabilizaci nebo poklesu v počtu uživatelů opiátů, zůstávají současné hodnoty z dlouhodobější perspektivy vysoké a vyskytují se náznaky, že zlepšení nemusí pokračovat.

Celková úmrtnost mezi uživateli opiátů

Uživatelé opiátů mají celkovou úmrtnost až dvacetkrát i vícekrát vyšší než je úmrtnost běžné populace stejného věku. Tato zvýšená úmrtnost je obzvláště vysoká u osob, které drogy užívají nitrožilně. Navzdory nízké prevalenci závislosti na opiátech má tento stav významný dopad na úmrtnost mladých dospělých v Evropě (Bargagli a kol., 2004).

Příčiny úmrtnosti u uživatelů opiátů zahrnují nejen předávkování, ale i AIDS a další infekční onemocnění a vnější příčiny úmrtí (nehody, násilí, sebevraždy atd.). Hlavní příčinou mezi skupinou s nízkou prevalencí infekce HIV je předávkování. Úmrtí na AIDS v posledních letech poklesla, dokonce i u skupiny s vysokou prevalencí infekce HIV v důsledku zvýšené dostupnosti vysoce účinné antiretrovirové léčby po roce 1995 (celkové údaje v Evropě viz výše)⁽¹⁵⁹⁾.

Jak uživatelé opiátů stárnou, úmrtnost se progresivně zvyšuje s tím, jak se k úmrtím z předávkování a externích příčin (např. sebevraždy a násilí) přičítají úmrtí z chronických stavů (např. cirhóza, rakovina, dýchací choroby, endokarditida, AIDS) (holandská národní zpráva).

Navíc mohou k vysoké úmrtnosti uživatelů drog podstatným způsobem přispívat i životní podmínky a jiné faktory než užívání drog samých (bezdomovectví, duševní onemocnění, násilí, špatná výživa atd.). Studie prokázaly,

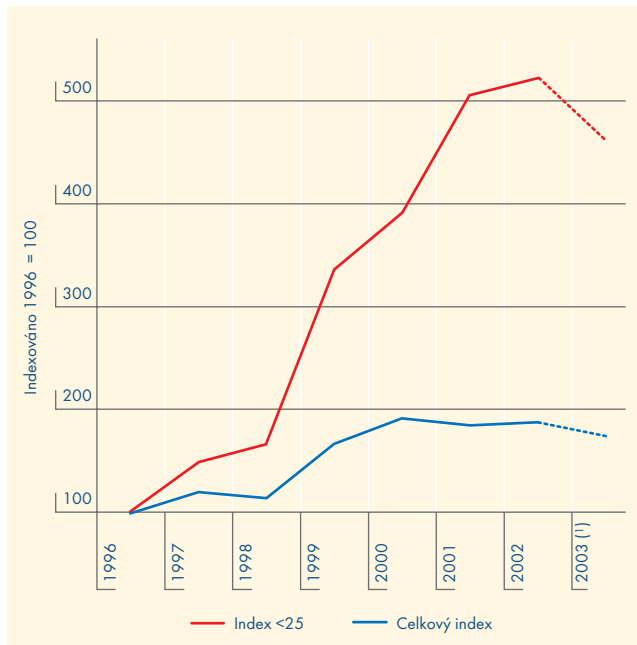
⁽¹⁵⁶⁾ Viz obrázek DRD-6 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁵⁷⁾ Viz obrázek DRD-9 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ V úvahu se berou jen případy podle EMCDDA „výběru D“, který zahrnuje nelegální drogy. Národní definice zahrnuje mnohé případy vyplývající z psychoaktivních léčiv (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Úmrtnost uživatelů drog v EU: koordinace realizace studií nových skupin, dalšího sledování a analýzy existujících skupin a rozvoje nových metod a výstupů. Zpráva EMCDDA CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

Obrázek 21: Celkový trend náhlých úmrtí souvisejících s drogami v nových členských státech a kandidátských zemích a trend podílu obětí mladších 25 let, 1996–2003



(1) Obrázek pro rok 2003 je provizorní.
 Poznámka: Byly zahrnuty tyto země: Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta a Slovinsko.
 Index: 1996 = 100. Počet případů/země/rok je uveden v tabulce DRD-2 (části ii) ve Statistickém věstníku 2005.
 Je nutné mít na paměti, že index byl vypočten pomocí údajů z omezeného množství zemí. Rovněž si všimněte, že velká část obětí mladších 25 let pochází z České republiky a Estonska.
 Estonsko neposkytló údaje za roky 1996 a 2003, Maďarsko za rok 2002 a Česká republika za období 1996–2000. Metoda výpočtu je podrobně uvedena v EMCDDA (2001).
 Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004), převzato z evidencí celkové úmrtnosti nebo specializovaných evidencí (soudních nebo policejních) na základě národních definic tak, jak jsou uvedeny v tabulce DRD-6 ve Statistickém věstníku 2005.

že úmrtnost mezi psychiatrickými pacienty je čtyřikrát vyšší než úmrtnost běžné populace (Korkeila, 2000) a že úmrtnost mezi lidmi bez domova je také třikrát až čtyřikrát vyšší než u běžné populace (Hwang, 2001).

Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami

Politika protiopatření

Cíl politiky EU pro období 2000–2004, kterým je podstatné snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami, našel mezi členskými státy příznivou odezvu. Osm ze členských států evropské patnáctky (Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Lucembursko, Portugalsko, Finsko a Spojené království) a čtyři nové země EU (Kypr, Lotyšsko, Litva a Polsko) zařadily snižování počtu úmrtí souvisejících

s drogami do dokumentů své národní strategie (¹⁶⁰). Skutečnost, že několik nových členských států dosud postrádá spolehlivé informace o počtu úmrtí souvisejících s drogami, je však významnou překážkou zavedení přiměřené politiky protiopatření.

Nová protidrogová strategie EU (2005–2012) klade velký důraz na zlepšení přístupu k řadě služeb, které mohou snížit nemocnost a úmrtnost spojenou s drogovou závislostí. Počet úmrtí souvisejících s drogami byl zvolen jako jeden z hlavních ukazatelů pokroku směrem k tomuto cíli v prvním čtyřletém akčním plánu (2005–2008) (¹⁶¹).

Intervence

Pokud jde o dopad na úmrtí souvisejících s drogami, k hlavním intervencím patří poskytování vhodné léčby, zejména léčby substituční (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal a kol., 2005). V průběhu 80. let 20. století a ve větším rozsahu v letech devadesátých prošla substituční léčba v Evropě prudkým rozšířením, zejména v členských státech EU s vysokou prevalencí nitrožilního užívání heroínu. V současné době je více než půl milionu uživatelů heroínu v EU – což je čtvrtina až polovina odhadované cílové skupiny uživatelů heroínu – zapsáno v programech substituční léčby.

V zemích, kde se více než polovina problémové populace užívající drogy účastní substitučního léčení, je pravděpodobné snížení úrovně nitrožilního užívání drog a souvisejícího rizikového chování s následným snížením úmrtí z předávkování.

V roce 2003 doporučila Evropská rada členským státům EU řadu opatření ke snížení případů úmrtí souvisejících s drogami (¹⁶²). Kromě poskytování léčby drogové závislosti tato opatření zahrnují zlepšení vzdělávání a šíření informací o riziku předávkování a jeho zvládnutí mezi uživateli drog, jejich vrstevníky a rodinami a dále aktivní strategie směřující k napojení na osoby, které nejsou v kontaktu se službami prostřednictvím práce v terénu, a to pomocí snadno dostupných přitažlivých služeb pro drogově závislé. Úroveň realizace doporučení a jeho účinky bude Komise bedlivě vyhodnocovat s tím, že zpráva se očekává v roce 2006.

Demografický profil obětí předávkování ukazuje, že neléčení starší uživatelé heroínu jsou vystaveni nejvyššímu riziku úmrtí na předávkování drogou. Specifickým opatřením, které je účinné, pokud jde o tuto prioritní skupinu, je zřizování zařízení pro konzumaci drog pod dohledem (¹⁶³). Takové služby jsou v současnosti v provozu

(¹⁶⁰) Viz přehledná tabulka: Strategies and selected measures to reduce drug-related deaths (Strategie a vybraná opatření ke snížení úmrtí souvisejících s drogami) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

(¹⁶¹) Viz Protidrogová strategie EU (2005–2012) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

(¹⁶²) <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegalextdetail&id=2603&lang=en&T=2>

(¹⁶³) European report on drug consumption rooms (Evropská zpráva o místnostech pro konzumaci drog) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

v 15 německých a 15 holandských městech a dále v Madridu, Barceloně a Bilbao (Španělsko) a Oslu (Norsko).

Léčba závislosti na opiátech

Jednoduše řečeno lze možnosti léčby problémového užívání opiátů rozdělit do tří obecných kategorií: léčba s farmakologickou podporou, abstinencně orientovaná léčba a detoxifikace (posledně uvedená kategorie zde nebude zkoumána). Avšak pojmenování problémů závislosti a abstinence je jen jeden aspekt úspěšného léčení problémů s opiáty. Pomoci jednotlivci znovu se začlenit do společnosti přes sociální integraci, tj. najít práci a jisté bydlení a rozvíjet nutné sociální a jiné dovednosti umožňující zabránit návratu do původního stavu, je pravděpodobně stejně důležité pro dosažení kladného výsledku v delším období. Četné studie uváděly, že osoby s problémy s opiáty mají často četné léčebné kontakty a že terapeutických cílů, zejména abstinence, nemusí být nutně dosaženo v prvním léčebném kontaktu jednotlivce, ale lze k nim dospět opakovanými terapeutickými zásahy.

Léčba s farmakologickou podporou

Léčba s farmakologickou podporou zahrnuje jak substituční léčbu pomocí agonistů (metadonu, buprenorfinu, dihydrokodeinu, heroinu, morfinu s prodlouženým uvolňováním), tak léčbu pomocí antagonistů (např. naltrexonu), ačkoli tato metoda se používá v mnohem menším rozsahu.

Metadon je k dispozici téměř ve všech členských státech (viz tabulka 3) a je i nadále nejběžněji předepisovanou substituční léčbou v Evropě. V posledních letech se však možnosti léčby rozšířily. Buprenorfin je nyní k dispozici v 18 z 26 zemí, které o této skutečnosti informovaly. Léčení jinými agonisty a rovněž léčení antagonisty (naltrexonem, naloxonem nebo klonidinem) se v EU používá méně často. V Belgii v současné době probíhá studie o zavedení řízených předpisů heroinu a Rakousko obdrželo odborný posudek na léčení osob chronicky závislých na opiátech pomocí heroinu. Tento posudek vychází z výsledků existujících mezinárodních programů.

Nejnovější údaje ukazují, že v roce 2003 se substitučního léčení ve specializovaných zařízeních v EU účastnilo více než 450 000 klientů (tabulka 4), z nichž více než 90 % dostávalo metadon. Kromě nich to byli klienti, kteří se podrobovali jiným typům substituční léčby (např. dihydrokodeinem, morfinem s prodlouženým uvolňováním nebo heroinem), a klienti, kterým byla poskytována substituční léčba v takových prostředích jako např. u praktického lékaře. Bohužel v mnoha členských státech nejsou o těchto aspektech k dispozici spolehlivé

údaje, a v důsledku toho není možné pro EU jako celek stanovit souhrnné číselné údaje.

Některé země však mají o počtech klientů, kterým byla poskytována substituční léčba od praktických lékařů, spolehlivé údaje nebo odhady, a tím doplňují důležité informace k celkovým odhadům klientů účastnících se substituční léčby v EU. Počet klientů, kteří byli v roce 2003 prostřednictvím svého praktického lékaře léčeni pomocí metadonu, činil ve Francii 8 500, v Irsku 2 682, v Lucembursku 851 a v Nizozemsku 930. Kromě toho v České republice dostávalo 1 200 klientů a ve Francii 70 000 klientů prostřednictvím svého praktického lékaře buprenorfin. Odhaduje se, že v těchto pěti zemích se léčbu u praktického lékaře účastnilo celkem 81 743 klientů. Uvědomíme-li si, že se více než 450 000 klientů účastní substituční léčby ve specializovaných zařízeních, celkový počet klientů, kterým je poskytována substituční léčba, nyní překročil půlmilionovou hranici a dosáhl 530 000. Opět, jelikož tyto informace nejsou úplné, hodnota 530 000 představuje minimální odhad počtu uživatelů drog v substitučním léčení.

Úroveň dostupnosti substituční léčby se značně liší mezi zeměmi evropské patnáctky a novými členskými státy či kandidátskými zeměmi. Ačkoli se na celkové populaci podílejí více než 20 %, podíl nových členských států a kandidátských zemí je jen asi 1,3 % klientů v substitučním léčení (nepočítaje Turecko, kde nejsou k dispozici žádné údaje týkající se substituční léčby). Z nových členských států jen dva, a to Česká republika a Slovinsko, poskytují odhady prevalence problémového užívání drog a v obou těchto zemích je substituční léčba dostupná pro menší část problémových uživatelů drog (v České republice pro 16 % a ve Slovinsku pro 26 %), než je průměr pro evropskou patnáctku (35 %). Navzdory nedostatku odhadů prevalence problémového užívání drog je úroveň substituční léčby v dalších nových členských státech a kandidátských zemích daleko za úrovní v členských státech evropské patnáctky. Při zvážení vysokého rizika šíření infekčních onemocnění v některých zemích a preventivní úlohy, kterou léčba s farmakologickou podporou může hrát při jeho omezování (viz např. UNODC, 2002), je situace důvodem k obavám.

V posledních letech se objevily dva výrazné trendy v léčbě s farmakologickou podporou. První je pokračováním trendu rostoucí dostupnosti substituční léčby, ačkoli se vzestup stává méně výrazným. Navíc zde došlo k rozšíření podávaných látek, např. počet zemí uvádějících použití buprenorfinu se v roce 2003 zvýšil na 14 v porovnání se 6 v letech 1999–2000.

Tabulka 3: Látky používané při léčbě s farmakologickou podporou v Evropě (včetně studií)

Země	Metadon	Buprenorfin	Dihydrokodein	Morfin s prodlouženým uvolňováním	Heroin	Naltrexon/naloxon	Klonidin
Belgie	X	X	X			X	X
Česká republika	X	X					
Dánsko	X	X					
Německo	X	X	X		X	X	
Estonsko	X	X					
Řecko	X	X				X	
Španělsko	X	X			X		
Francie	X	X		X			
Irsko	X						
Itálie	X	X				X	X
Kypr							
Lotyšsko	X						
Litva	X	X				X	
Lucembursko	X	X		X			
Maďarsko	X						
Malta	X		X			X	X
Nizozemsko	X	X			X	X	X
Rakousko	X	X	X	X			
Polsko	X						
Portugalsko	X	X				X	X
Slovinsko	X						
Finsko	X	X					
Švédsko	X	X					
Spojené království	X	X	X		X	X	X
Bulharsko	X			X			
Rumunsko	X						
Norsko	X	X					

Poznámka: Pro Slovensko a Turecko nejsou k dispozici žádné informace.
Zdroj: Standardní tabulka dostupnosti léčby drogových závislostí.

Třetí trend, i když méně výrazný, je představován zvyšujícím se zapojením praktických lékařů do poskytování léčby s farmakologickou podporou. V letech 2000–2001 uváděly zapojení praktických lékařů jen 3 z 15 členských států (Belgie, Francie a Spojené království) (Solberg a kol., 2002), ale nyní existuje v 10 členských státech evropské patnáctky (Belgie, Německo, Francie, Irsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemsko, Rakousko, Švédsko a Spojené království) a rovněž ve třech nových členských státech (Česká republika, Malta a Slovinsko).

Abstinenčně orientovaná léčba

Abstinenčně orientovaná léčba zahrnuje aplikaci psychosociálních a výchovných technik k dosažení dlouhodobé abstinence v užívání drog. Abstinenčně orientovaná léčba je tradičně ústavní a dlouhodobá, např. v terapeutických společenstvích. V dnešní době se často nabízí v prostředí komunity.

Na rozdíl od léčby s farmakologickou podporou, pro kterou v mnoha členských státech existují centralizované

Tabulka 4: Odhady počtu klientů substituční léčby v Evropě v roce 2003

Země	Klienti metadonové léčby ve specializovaných zařízeních	Klienti léčby buprenorfinem ve specializovaných zařízeních	Celkový počet klientů substituční léčby ve specializovaných zařízeních
Belgie	1 922	48	1 970
Česká republika	368	204	572
Dánsko	4 971	484	5 455
Německo	65 000	9 000	74 000
Estonsko	60	13	73
Řecko	2 018	275	2 293
Španělsko	88 678	36	88 714
Francie	15 000	13 000	28 000
Irsko (1)	5 561	0	5 561
Itálie	79 065	7 113	86 178
Kypr	0	0	0
Lotyšsko	67	0	67
Litva	332	Není uvedeno	332
Lucembursko	133	10	143
Maďarsko	750	0	750
Malta	698	0	698
Nizozemsko	12 000	Není uvedeno	12 000
Rakousko (2)	1 796	1 667	6 413 (3)
Polsko	865	0	865
Portugalsko	9 765	2 743	12 508
Slovinsko	1 909	0	1 909
Finsko	170	430	600
Švédsko	800	1 300	2 100
Spojené království	128 000	Není uvedeno	128 000
Bulharsko	380	0	380
Rumunsko	400	0	400
Norsko	1 947	484	2 431
Celkem (4)	422 655	36 807	462 412 (3)

(1) Jedná se spíše o počet případů než o počet osob léčených v daném roce.

(2) V Rakousku je přibližně 46 % klientům poskytována jiná substituční léčba než léčba metadonem a buprenorfinem. Tato hodnota byla přičtena, aby byl získán správný celkový výsledek. Procentní rozdělení je založeno na první léčbě.

(3) Vyšší souhrnný počet je způsoben odhadovaným množstvím 2 950 klientů, kteří se v Rakousku účastnili jiné substituční léčby než léčby metadonem a buprenorfinem (především morfinem s prodlouženým uvolňováním).

(4) Není uvedeno – informace nejsou k dispozici. Při výpočtu celkových výsledků byla skutečností „informace nejsou k dispozici“ přiřazena hodnota 0 a uváděné číselné údaje jsou tedy minimální hodnoty.

Poznámka: Pro Slovensko a Turecko nebyly k dispozici žádné informace.

Zdroj: Standardní tabulka dostupnosti léčby drogových závislostí.

národní rejstříky, jsou rejstříky abstinencně orientované léčby vzácné. Spolehlivé, jasné a kvantitativní údaje o této metodě léčby jsou zřídka k dispozici. Ačkoli není možné provést přesné srovnání s léčbou s farmakologickou podporou, zprávy z členských států svědčí o tom, že léčba s farmakologickou podporou je hlavní formou léčby pro

problémové uživatele opiátů jak na úrovni jednotlivých členských států EU, tak v EU celkově. Některé země však uvádějí obecnou preferenci abstinencně orientované léčby v porovnání s léčbou s farmakologickou podporou (Estonsko, Kypr, Litva, Polsko a Finsko). V řadě zemí, zejména v Řecku, Španělsku a Norsku, se zdají úrovně

léčby s farmakologickou podporou a abstinencně orientované léčby být obdobné.

Nový vývoj v zajištění kvality

Několik zemí (Německo, Rakousko a Portugalsko) vydalo příručky pro zdravotnický personál zapojený do léčení drogové závislosti. Úsilí v rámci protidrogové strategie vlády Spojeného království ukázalo, že investováním do rozpočtu, organizace, monitorování a personálu mohou být seznamy čekatelů zkráceny a více problémových uživatelů drog může získat přístup k léčení a zůstat v něm. V Anglii bylo v letech 2003 a 2004 v kontaktu se službami drogové léčby o 41 % problémových uživatelů více než v letech 1998 a 1999 a doba čekání na léčení byla od roku 2001 zkrácena o dvě třetiny. V období 2003–2004 72 % klientů buď úspěšně dokončilo strukturovanou léčbu, nebo bylo v léčení ponecháno ve srovnání s 57 % v období 2002–2003 (NTA, 2004).

Prostředí, ve kterém se abstinencně orientovaná léčba poskytuje, se značně liší. V jedné skupině zemí (Německo, Řecko, Španělsko, Francie, Kypr, Lucembursko, Nizozemsko, Polsko, Slovinsko, Spojené království) probíhá abstinencně orientovaná léčba problémových uživatelů opiátů převážně v ambulantním prostředí, zatímco menší skupina zemí uvádí převládající využívání ústavního prostředí (Irsko, Itálie, Rakousko) a jiné země nevykazují žádné zásadní preference (Švédsko, Norsko).

Sociální reintegrace

Sociální reintegrace se definuje jako „jakýkoli sociální zásah s cílem integrovat bývalé nebo současné problémové uživatele drog do společnosti“. Tři „pilíře“ sociální reintegrace jsou (1) bydlení, (2) vzdělání a (3) zaměstnání (včetně odborné přípravy). Také je možné využít dalších opatření jako poradenství a činnosti ve volném čase.

Sociální reintegrace je méně dobře zavedenou odezvou na problémové užívání drog než léčba. V důsledku toho je sledování a poskytování informací na tomto úseku méně rovnoměrné. Některé země uvádějí kvalitativní vyhodnocení svého úsilí na úseku sociální reintegrace, žádná však v dostatečném rozsahu. Všechny země poskytující informace (Estonsko, Irsko, Malta, Nizozemsko, Rumunsko, Švédsko a Norsko) uvádějí nedostatky ve svých službách nebo programech sociální reintegrace. Jedinou výjimkou z tohoto pravidla je Řecko, kde existuje jak relativně široká paleta programů sociální reintegrace, tak spolehlivé údaje o počtu klientů, pro které jsou určeny.

Záchyty drogy a informace o trhu ⁽¹⁶⁴⁾

Výroba, obchodování a záchyty opiátů

Afghánistán se stal zdaleka největším dodavatelem nelegálního opia na světě, a to zejména po dalším rozšíření celkové obdělávané plochy v roce 2004. Globální produkce nelegálního opia v roce 2004 se odhadovala asi na 4 850 tun (4 766 tun v roce 2003), k čemuž Afghánistán přispíval 87 % a Barma 8 %. Globální produkce opia se udržovala v průběhu posledních pěti let na stabilní úrovni, s výjimkou roku 2001, kdy zákaz pěstování opiového máku v Afghánistánu vynucený režimem Talibanu vedl k dramatickému, avšak krátkodobému poklesu. Globální potenciální výroba heroinu se v roce 2004 odhadovala na 485 tun (477 tun v roce 2003) (CND, 2005).

Heroin spotřebovávaný v EU se převážně vyrábí v Afghánistánu (stále více) nebo podél obchodních tras pro opium, zejména v Turecku (UNODC, 2003a; INCB, 2005), a do Evropy vstupuje dvěma hlavními obchodními trasami. Historicky důležitá balkánská trasa nadále hraje rozhodující úlohu při pašování heroinu. Po průchodu Pákistánem, Íránem a Tureckem se rozděluje na jižní větev (přes Řecko, Bývalou jugoslávskou republiku Makedonii, Albánii, část Itálie, Srbsko, Černou horu a Bosnu) a Hercegovinu a na severní větev (přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko a Rakousko). INCB (2005) uvádí, že v roce 2003 se severní větev balkánské trasy stala pro nezákonný obchod s heroinem dominantní. Od poloviny 90. let 20. století se heroin stále více pašoval do Evropy po „Hedvábné cestě“ přes střední Asii, Kaspické moře a Ruskou federaci, Bělorusko nebo Ukrajinu (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Ačkoli jsou tyto trasy nejdůležitější, několik zemí ve východní a západní Africe a v Severní a Jižní Americe zachytilo v roce 2003 heroin určený pro Evropu (CND, 2005; INCB, 2005).

Kromě dováženého heroinu se některé opiátové drogy vyrábějí v rámci EU. To se zejména týká omezené produkce doma vyráběných makových produktů (např. makové slámy, makového koncentrátu z rozdrčených makových stébel nebo hlaviček) v řadě východních zemí EU, např. v Estonsku, Lotyšsku a Litvě (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004). Zdá se, že takové produkty získaly oblibu zejména v Estonsku v roce 2003.

Pokud jde o objem, v roce 2003 se Asie (56 %) a Evropa (34 %) nadále podílely na většině heroinu zachyceného po celém světě. Podíl Evropy je na vzestupu, zejména kvůli zvýšeným záchytům v zemích východní a jihovýchodní Evropy (CND, 2005). Počínaje rokem 1998 bylo zemí EU

⁽¹⁶⁴⁾ Viz „Interpretace údajů o záchytech drog a o trhu“, str. 42.

s největším počtem záchytů a množstvím zachyceného heroínu Spojené království, následované Španělskem v počtu záchytů a Itálií v zachyceném množství⁽¹⁶⁵⁾. V roce 2002 bylo ve Spojeném království provedeno téměř 30 % záchytů heroínu a bylo zde zachyceno i téměř 30 % z celkového množství heroínu zachyceného v EU.

Množství heroínu zachyceného⁽¹⁶⁶⁾ v EU je v průběhu posledních pěti let na vzestupu s tím, že v období 2000–2002 byl stav stabilizovaný, zatímco počet záchytů během stejného období celkově klesal. Na základě trendů v zemích, ze kterých jsou údaje k dispozici, se zdá, že záchyty i množství heroínu zachyceného v EU v roce 2003 poklesly⁽¹⁶⁷⁾.

Záchyty fentanylu a metylfentanylu – syntetických opiátů, které jsou až stokrát silnější než heroín – byly v roce 2003 opět hlášeny v Estonsku, zatímco Lotyšsko uvádělo svůj první záchyt 3-metylfentanylu v roce 2003 a Rakousko svůj první záchyt fentanylu v lednu 2004. V Estonsku byla špatná kvalita heroínu dostupného na místním trhu od roku 2002 kompenzována zavedením těchto dvou syntetických opiátů pod názvy „bílý čínský“, „bílý perský“ nebo „syntetický heroín“ (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, 2004).

Ačkoli údaje o záchytech benzodiazepinů – obvykle užívaných uživateli heroínu jako náhražky – EMCDDA systematicky neshromažďuje, Španělsko, Litva, Švédsko a Norsko uváděly, že takové záchyty v roce 2003 provedly (zejména Rohypnolu).

Cena a čistota heroínu

V Evropě se heroín objevuje ve dvou formách: běžně dostupný hnědý heroín (jeho základní chemická forma) a méně běžný a dražší bílý heroín (ve formě soli), který zpravidla pochází z jihovýchodní Asie. V roce 2003 se uvádělo, že průměrná cena hnědého heroínu při prodeji na ulici kolísala mezi 27 EUR za gram v Belgii a 144 EUR za gram ve Švédsku, zatímco cena bílého heroínu se pohybovala v rozmezí od 25 EUR (Slovensko) do 216 EUR (Švédsko) za gram⁽¹⁶⁸⁾. Tento cenový rozdíl pravděpodobně odráží čistotu prodávané drogy.

V roce 2003 průměrná čistota hnědého heroínu prodávaného na ulici v EU kolísala od 6 % v Rakousku do 40 % na Maltě. Údaje o čistotě bílého heroínu uvádělo pouze několik zemí⁽¹⁶⁹⁾. V průměru se pohybovala od 6 % ve Finsku do 70 % v Norsku⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfin: léčba, zneužívání a postupy při výdeji na předpis, výroční zpráva EMCDDA za rok 2005: vybraná témata

Během posledních 10 let se v Evropě zvýšila dostupnost buprenorfinu jako alternativy metadonu při léčbě závislosti na opiátech. Buprenorfin, který byl nejdříve vyvinut jako analgetikum, byl doporučen pro léčbu závislosti na opiátech koncem 70. let 20. století. Zavedení buprenorfinu pro léčbu závislosti na opiátech je popsáno v 15 původních členských státech EU, stejně jako jeho rozšíření v těchto zemích a též rozšíření do nových členských států.

Buprenorfin a metadon jsou srovnány z hlediska účinnosti a nákladů. Je popsáno poskytování léčby buprenorfinem v Evropě a provedeno srovnání mezi členskými státy, v nichž je buprenorfin hlavní látkou používanou při léčbě závislosti na opiátech, a těmi, kde je léčba s farmakologickou podporou prováděna především pomocí metadonu. Jedním ze zjištění je, že asi 20 % klientů podstupujících v současné době léčbu s farmakologickou podporou v EU je podáván buprenorfin, i když většina těchto klientů je z jedné země (Francie). Obecně se buprenorfin rozšířil do mnoha zemí, ale skutečný počet klientů je i nadále ve většině členských států nízký.

K buprenorfinu se přistupuje z hlediska možného zneužití. První náznaky svědčí o tom, že ke zneužití buprenorfinu dochází jen v několika zemích a jinde není běžné. Jsou hlášeny určité důkazy, které dávají do souvislosti zneužití buprenorfinu s konkrétními populacemi nebo věkovými skupinami nebo se pokoušejí určit jasně odlišitelné skupiny osob zneužívajících buprenorfin. I když jsou úmrtí v důsledku zneužití buprenorfinu velmi vzácná, vědecká literatura a některé evropské země několik úmrtí uvádějí. Hlášení o úmrtích souvisejících se zneužitím buprenorfinu jsou srovnávána s těmi, jež souvisejí se zneužitím metadonu.

Toto vybrané téma činí závěry o relativních přednostech buprenorfinu a metadonu při léčbě závislosti na opiátech. Buprenorfin je označen za látku, která nabízí příležitost rozšířit a usnadnit dostupnost léčby s farmakologickou podporou.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, EMCDDA annual report 2005: Selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁵⁾ Tyto údaje je třeba prověřit po získání chybějících údajů za rok 2003. Údaje o počtech záchytů heroínu v roce 2003 nebyly k dispozici pro Itálii, Kypr, Nizozemsko a Rumunsko. Údaje o počtech záchytů heroínu a množstvích heroínu zabaveného v roce 2003 nebyly k dispozici pro Irsko a Spojené království.

⁽¹⁶⁶⁾ Viz tabulka SZR-4 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Viz tabulka SZR-3 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁶⁸⁾ Viz tabulka PPP-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Viz tabulka PPP-6 (část i) ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Malý počet vzorků pro Norsko (n = 8).



Kapitola 7

Trestné činy a vězeňství

Drogová kriminalita

Za drogovou kriminalitu jsou považovány trestné činy spáchané pod vlivem drog; trestné činy spáchané za účelem financování užívání drog; trestné činy, k nimž dochází v souvislosti s fungováním nezákonných trhů s drogami, a trestné činy, při nichž dochází k porušování protidrogové legislativy. Běžné údaje jsou v Evropské unii k dispozici pouze o čtvrtém typu trestných činů – tzn. těch, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů.

Do „hlášení“⁽¹⁷¹⁾ o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy se promítají rozdíly v právním řádu jednotlivých zemí, různorodost způsobů, jimiž jsou tyto zákony uplatňovány a vymáhány, a také rozdíly v prioritách a finančních zdrojích, které orgány činné v trestním řízení přidělují na konkrétní trestné činy. Informační systémy shromažďující údaje o trestných činech, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů, se navíc v jednotlivých zemích značně liší, zvláště pokud jde o postup podávání hlášení a zaznamenávání těchto trestných činů, tj. toho, co se zaznamenává, kdy a jak. V důsledku těchto rozdílů lze jednotlivé země EU jen obtížně srovnávat.

V letech 1998 až 2003 vzrostl ve většině zemí EU počet „hlášení“ o porušování protidrogových právních předpisů. Značný růst (dvojnásobný i vyšší) byl zaznamenán v Estonsku a Polsku. V roce 2003 se však počet „hlášení“ snížil v Belgii, Španělsku, Itálii (od roku 2001), Maďarsku, na Maltě, v Rakousku a Slovinsku (od roku 2002)⁽¹⁷²⁾.

Ve většině členských zemí EU se velká část nahlášených trestných činů souvisejících s porušováním protidrogových právních předpisů i nadále týkala užívání drog nebo jejich držení pro vlastní potřebu⁽¹⁷³⁾. Podíl těchto trestných činů na celkovém počtu drogových trestných činů se pohyboval od 39 % v Polsku do 87 % v Rakousku a ve Spojeném království. V České republice se 91 % a v Lucembursku

Užívání drog a drogová kriminalita: některé údaje

V průzkumu provedeném v roce 2004 v České republice policisté pracující na krajském vedení policie odhadli, že asi 40 % běžných krádeží a 30 % vloupání bylo spácháno s cílem zakoupit drogy. V téže zemi z běžných údajů o nahlášených trestných činech vyplynulo, že v roce 2003 bylo 0,7 % všech trestných činů spácháno, když byli pachatelé pod vlivem narkotických nebo psychotropních látek (alkohol nebyl do tohoto údaje zařazen) (česká národní zpráva).

Ve Finsku byl v letech 2000–2003 podíl vražd a násilných útoků spáchaných pachateli pod vlivem nelegálních drog podstatně nižší než podíl těchto trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu (6 % ve srovnání s 64 % u vražd a 2 % ve srovnání s 71 % u násilných útoků) (Lehti a Kivivuori; citováno ve finské národní zprávě). I když se zdá, že přítomnost drog v trestných činech loupeže se v posledním desetiletí zvýšila, je přítomnost alkoholu v trestných činech loupeže i nadále běžnější (na 43 % trestných činů loupeže se podílil alkohol ve srovnání s 9 %, na nichž se podílejí drogy).

V Německu se v roce 2003 snížil počet „přímých sekundárních majetkových trestných činů“ (trestných činů spáchaných s cílem získat narkotické drogy nebo jejich náhražky nebo alternativní drogy) na 2 568 případů, z nichž více než 70 % souviselo s paděláním předpisů nebo krádežemi formulářů lékařských předpisů (BKA, 2004).

V Lotyšsku běžné údaje z Ministerstva vnitra doložily, že 2,8 % všech trestných činů zjištěných v roce 2003 (3,1 % v roce 2002) bylo spácháno pachateli, kteří byli pod vlivem narkotických látek (lotyšská národní zpráva).

46 % hlášených trestných činů porušování protidrogových právních předpisů týkala nezákonného zacházení a obchodování s drogami, zatímco v Itálii a ve Španělsku, kde užívání drog a jejich držení pro vlastní potřebu není

⁽¹⁷¹⁾ Výraz „hlášení“ o trestných činech, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů, je uveden v uvozovkách, neboť v různých zemích popisuje různé koncepce (policijní hlášení o osobách podezřelých z drogových trestných činů, obvinění z drogových trestných činů atd.) Přesnou definici pro jednotlivé země naleznete v metodických poznámkách k definicím „hlášení“ trestných činů, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů ve Statistickém věstníku 2005. (Poznámka: Do roku 2001 se ve výročních zprávách používal výraz „zatčení“.)

⁽¹⁷²⁾ Viz tabulka DLO-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2005. Údaje o „hlášeních“ trestných činů, při nichž došlo k porušení protidrogových právních předpisů, za rok 2003 nebyly k dispozici pro Dánsko, Německo, Irsko, Lotyšsko, Slovensko a Spojené království.

⁽¹⁷³⁾ Viz tabulka DLO-2 ve Statistickém věstníku 2005.

trestným činem, spadaly všechny drogové trestné činy do kategorie nezákonného zacházení a obchodování s drogami. A konečně v Portugalsku ⁽¹⁷⁴⁾ a Norsku ⁽¹⁷⁵⁾ 59 % trestných činů souviselo jak s užíváním drog, tak s nezákonným obchodováním s drogami.

Podíl trestných činů porušování protidrogových právních předpisů formou užívání a držení drog pro vlastní potřebu na všech drogových trestných činech vzrostl za pětileté období 1998–2003 ⁽¹⁷⁶⁾ ve všech zemích, o nichž jsou k dispozici údaje, s výjimkou Portugalska. Tempo tohoto růstu bylo celkově pomalé, ale zřetelnější nárůst se projevil v Belgii, Lucembursku a Slovinsku a do roku 2001 i v Irsku. V Portugalsku začal podíl trestných činů souvisejících s užíváním drog klesat v roce 2000, čili o rok dříve, než přestalo být užívání a držení drog pro vlastní potřebu pokládáno za trestný čin (v červenci 2001) ⁽¹⁷⁷⁾. V roce 2003 byl hlášen pokles v České republice, Lucembursku, Rakousku a Slovinsku.

Ve většině členských zemí je nejčastější nelegální drogou, která se nejvíce podílí na hlášených trestných činech porušování protidrogových právních předpisů, i nadále konopí ⁽¹⁷⁸⁾. V těch zemích, v nichž tomu tak je, se podíl trestných činů souvisejících s konopím na celkovém počtu trestných činů porušování protidrogových právních předpisů v roce 2003 pohyboval od 39 % (Itálie) až po 87 % (Francie). V Nizozemsku převládají trestné činy související s „tvrdými drogami“ ⁽¹⁷⁹⁾ (58 %), zatímco v České republice souvisela většina trestných činů porušení protidrogových právních předpisů s amfetaminy (48 %). Na relativní podíl drogových trestných činů souvisejících s některou konkrétní drogou má vliv celá řada faktorů, včetně operačních priorit pracovníků orgánů činných v trestním řízení a explicitních či implicitních strategických rozhodnutí zaměřovat se rozdílně na různé typy drogové trestné činnosti.

Podíl trestných činů souvisejících s konopím ⁽¹⁸⁰⁾ roste od roku 1998 v Německu, Španělsku, Francii, Irsku, Litvě, Lucembursku, na Maltě a v Portugalsku, zatímco v Belgii,

České republice, Nizozemsku, Slovinsku, Švédsku a Spojeném království zůstává na stejné úrovni a v Itálii a Rakousku klesá ⁽¹⁸¹⁾.

Ve stejném období se ve všech zemích EU, z nichž jsou k dispozici údaje, snížil podíl trestných činů souvisejících s heroinem, s výjimkou Rakouska a Spojeného království, kde se zvýšil ⁽¹⁸²⁾. Opačný trend lze pozorovat u trestných činů souvisejících s kokainem, jejichž podíl na veškeré drogové trestné činnosti od roku 1998 roste ve všech zemích, které poskytují údaje, s výjimkou Německa, které hlásí klesající tendenci ⁽¹⁸³⁾.

Uživatelé drog a vězňice

Uživatelé drog ve věznicích

Běžné údaje jednotlivých států o typech a vzorcích užívání drog mezi vězni jsou k dispozici jen zřídka a bývají neúplné. Mnoho údajů dostupných v EU pochází ze studií zpracovávaných *ad hoc* využívajících vzorky různé velikosti. Výsledky takových studií (a příslušné trendy) lze jen obtížně extrapolovat.

Ve srovnání s běžnou populací je počet uživatelů drog mezi vězeňskou populací podstatně vyšší. Ve většině studií prováděných v EU se uvádí, že celoživotní prevalence užívání drog mezi vězni je vyšší než 50 %, značně se však liší mezi jednotlivými vězeňskými populacemi, vazebními věznicemi a jednotlivými zeměmi a pohybuje se v rozmezí od 22 % do 86 % ⁽¹⁸⁴⁾. Prevalence pravidelného užívání drog nebo drogové závislosti před uvězněním se v EU pohybuje v rozpětí od 8 % do 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

Většina uživatelů drog po nástupu do vězení užívání drog omezí nebo s ním přestane. Mnoho vězňů však pokračuje v užívání drog i po uvěznění a někteří z nich drogy ve vězení začnou užívat (nebo si je aplikovat nitrožilně). Dostupné studie ukazují, že 8–60 % vězňů uvádí, že během pobytu ve vězení užívali drogy, a 10–42 % uvádí pravidelné užívání drog ⁽¹⁸⁶⁾.

⁽¹⁷⁴⁾ V Portugalsku souvisejí zbývající trestné činy porušení protidrogových právních předpisů s „nezákonným zacházením/obchodováním s drogami“, neboť trestné činy užívání drog/držení drog pro vlastní potřebu byly dekriminalizovány.

⁽¹⁷⁵⁾ V Norsku se nerozlišuje mezi samotným „nezákonným zacházením/obchodováním s drogami“ a mezi „užíváním drog/nezákonným zacházením a obchodováním s drogami“. Ostatní trestné činy porušování protidrogových právních předpisů se proto týkají „užívání drog“ jako takového.

⁽¹⁷⁶⁾ Viz tabulka DLO-4 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ Zákon, který dekriminalizoval užívání a držení drog pro vlastní potřebu, byl přijat v listopadu 2000 a nabyl účinnosti v červenci 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Viz tabulka DLO-3 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ V Nizozemsku jsou „tvrdé drogy“ definovány jako drogy, které představují nepřijatelné riziko pro veřejné zdraví, jako je heroin, kokain, extáze a LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Následující země rozdělily postupně trestné činy v oblasti drog do kategorií podle jednotlivých drog: Belgie, Česká republika, Německo, Španělsko, Francie, Irsko, Itálie, Litva, Lucembursko, Malta, Nizozemsko (pouze na „měkké drogy“/konopí a „tvrdé drogy“), Rakousko, Portugalsko, Slovinsko, Švédsko a Spojené království.

⁽¹⁸¹⁾ Viz tabulka DLO-5 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸²⁾ Viz tabulka DLO-6 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸³⁾ Viz tabulka DLO-7 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Viz tabulka DUP-1 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Viz tabulka DUP-5 (příloha) ve Statistickém věstníku 2005.

Uváděná celoživotní prevalence nitrožilního užívání drog mezi vězni se obecně pohybuje v rozsahu 15–50 %. Některé studie však uvádějí i minimální (1 %) nebo naopak maximální hodnoty (69 %). Tam, kde jsou k dispozici srovnatelné údaje (Rakousko 1999, Anglie a Wales 1997–1998), data dokládají, že u mladých pachatelů trestných činů je nižší pravděpodobnost nitrožilní aplikace drog než u dospělých a že mezi vězeňskou populací je pravděpodobnost nitrožilní aplikace u žen vyšší než u mužů⁽¹⁸⁷⁾. Na základě několika studií provedených v EU Bird a Rotily (2002) bylo zjištěno, že asi třetina dospělých vězňů si aplikuje drogy nitrožilně. Podle údajů kontaktních míst sítě Reitox činil podíl vězňů, kteří si během pobytu ve vězení aplikovali drogy nitrožilně, 0,2–34 %⁽¹⁸⁸⁾. V této souvislosti se naskytá otázka přístupu ke sterilním potřebám pro nitrožilní aplikaci drog, hygienických postupů pro jejich sdílení vězeňskou populací a možnosti šíření infekčních nemocí.

Pomoc a léčba poskytovaná uživatelům drog ve věznicích

Ve všech členských státech a kandidátských zemích existují systémy různého druhu zaměřené na zajišťování dostupné pomoci uživatelům drog ve věznicích. Dostupnost a rozsah služeb se však výrazně liší. Důležitým trendem je rostoucí přijímání skutečnosti, že vězni mají stejná práva na přístup ke zdravotní péči jako zbývající část populace, a to včetně pomoci a léčby poskytované uživatelům drog. (Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, 2002; irská, litevská a finská národní zpráva). Mezi služby, které by měly být zpřístupněny vězňům, patří strategie prevence, včetně programů abstinencně orientované léčby, detoxikační léčby, léčby metadonem a další substituční léčby, poradenství a vzdělávání.

Různé země však uvádějí různé problémy spojené s poskytováním odpovídající pomoci. Například v Estonsku je dostupnost služeb kritická; v Lotyšsku nemají uživatelé drog k dispozici žádnou specifickou službu; v Polsku je mnoho čekatelů na léčbu; Švédsko uvádí přeplněné věznice a nízký počet pracovníků vězeňské služby; v Rumunsku chybí příslušná legislativa. Na Kypru jsou přijímána některá preventivní opatření, i když zde pro uvězněné uživatele drog neexistuje integrovaný program podpory.

V oblasti prevence patří k obecným strategiím vzdělávací a školící činnost. Ve většině států EU a kandidátských zemí je tato činnost zaměřena jak na uživatele drog ve věznicích, tak na pracovníky vězeňské služby. O činnosti tohoto typu informují mimo jiné Estonsko, Španělsko, Kypr, Maďarsko, Rumunsko a Slovinsko (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox).

Dalším prvkem prevence je vytvoření oddělení s bezdrogovým (abstinencním) režimem ve věznicích. Zařazení do nich je dobrovolné, obvykle poté, co uvěznění uživatelé drog podepíší písemné prohlášení o tom, že souhlasí s určitými podmínkami, například pravidelným testováním moče. Taková oddělení existují ve všech původních 15 členských státech EU. V „nových“ členských státech jsou oddělení s bezdrogovým režimem zřizována ve většině zemí. Hodnocení zóny s bezdrogovým režimem provedené v jednom rakouském vězení prokázalo, že vězni propuštění z této zóny byli znovu odsuzováni podstatně méně než vězni propuštění z normálních vězeňských oddělení (35 % oproti 62 %).

Nejběžnější formou léčby ve vězeních je abstinencně orientovaná léčba, která existuje ve všech členských státech (s výjimkou Kypru a Lotyšska), i když její dostupnost je různá. Léčebná centra v rámci komunity poskytují podporu a léčbu a zároveň následnou péči v mnoha zemích, např. v Belgii, České republice, Řecku, Lucembursku a ve Spojeném království.

Ve většině zemí není dostupnost substituční udržovací léčby ve věznicích stejná jako její dostupnost mimo ně. Pouze ve Španělsku je udržovací léčba velmi rozšířená, účastní se jí 18 % všech vězňů, neboli 82 % problémových uživatelů drog ve vězení. Rozsah této léčby je značný též v Lucembursku. Mezi země, které uvádějí významné zvýšení dostupnosti léčby s farmakologickou podporou, patří Francie, kde se používá především buprenorfin, a Irsko (národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox). V Nizozemsku je léčba s farmakologickou podporou k dispozici pouze pro krátkodobě zadržované, kteří užívali metadon před uvězněním, zatímco v Polsku byl zaveden první program léčby metadonem pro 14 klientů ve vyšetřovací vazbě.

Nejnovější vývoj v boji proti šíření infekčních nemocí ve věznicích

V Estonsku se situace v prevenci šíření HIV zlepšila v roce 2003. Počet primárních testů HIV se ve srovnání s rokem 2002 zvýšil 2,6násobně, i když počet pozitivních testů se zvýšil jen mírně. Poradenské služby před provedením testu a po něm se zlepšily jak z hlediska kvantity, tak kvality. V Rumunsku byly programy zaměřené na prevenci HIV/AIDS ve věznicích a mezi vězni vyvíjeny ve spolupráci s některými mezinárodními nevládními organizacemi.

Španělsko je jedinou zemí, která ve věznicích systematicky zavádí program výměny jehel a stříkaček. V roce 2003 bylo v rámci těchto programů vydáno celkem 18 260 stříkaček. Zavádění obdobných programů v dalších členských státech a kandidátských zemích se zatím neplánuje.

⁽¹⁸⁶⁾ Viz tabulka DUP-3 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸⁷⁾ Viz tabulka DUP-2 ve Statistickém věstníku 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Viz tabulka DUP-4 ve Statistickém věstníku 2005.

Alternativní tresty: zaměření na problémové drogově závislé pachatele v EU, výroční zpráva EMCDDA za rok 2005: vybraná témata

Pro problémové uživatele drog je vězení zvláště škodlivým prostředím. V otázce principu léčby jako alternativy k uvěznění panuje široká politická shoda. Alternativy uvěznění, které lze nabídnout pachatelům trestných činů, jež užívají drogy, zahrnují celou řadu trestů, které mohou oddálit, zabránit, nahradit nebo doplnit tresty odnětí svobody u těch uživatelů drog, kteří spáchali trestný čin, jenž se v běžných případech trestá podle národních právních předpisů uvězněním. Vybrané téma se zaměřuje na ta opatření, jež zahrnují složku léčby drogové závislosti.

Od 60. let 20. století dohody, strategie a akční plány OSN a EU několikrát znovu potvrdily a podpořily princip poskytování léčby, vzdělávání a rehabilitace jako alternativy odsouzení a trestu za trestné činy související s drogami. Tato skutečnost se ve členských státech EU promítla do národní legislativy a odpovídajícím způsobem byly upraveny i systémy trestního soudnictví a systémy zdravotnických a sociálních služeb. Zvláště ohrožení tím, že se stanou součástí začarovaného kruhu drog a kriminality, jsou mladí uživatelé drog, a proto existují konkrétní snahy zabránit uvěznění mladých pachatelů.

Zavádění alternativních opatření k trestu odnětí svobody však čelí určitým obtížím v důsledku existence různých administrativních systémů a různorodosti jejich základních principů. Je vyvíjeno úsilí překlenout propast mezi systémem soudnictví a systémy zdravotnických a sociálních služeb prostřednictvím koordinačních struktur a iniciativ, tj. koordinací mezi policií, soudy, věznicemi a službami

ve formě léčby drogových závislostí. Často se stává, že mechanismy neformální spolupráce na místní úrovni předcházejí vzniku stabilnějších institucionalizovaných forem.

Využití alternativ k trestu odnětí svobody se v původních 15 členských státech EU během posledních desetiletí zvýšilo a v některých z nich začalo v poslední době stagnovat. Tvorba příslušných právních předpisů a zavádění alternativních řešení v „nových“ členských státech začaly později. Obvykle se při zajištění léčby pachatelů, jejichž užívání drog je problémové, spoléhá na standardní systém léčby. Ve většině zemí je léčba obvykle poskytována v pobytových zařízeních, existuje však i možnost účastnit se ambulantních programů léčby.

Evropské studie hodnocení léčby jako alternativy k trestu odnětí svobody jsou řídké a částečně neprůkazné. V souladu s průzkumem dalších typů léčby se však ukazuje, že klíčovým ukazatelem míry úspěšnosti léčby je setrvání v léčbě, a jedním z největších problémů alternativních řešení trestu odnětí svobody je nedokončení léčby. Důkazy svědčí o tom, že pro úspěšnost léčby je důležitá kvalita poskytované léčby a nikoli způsob, jakým se klient do léčby dostane. Zdá se, že léčba jako alternativa trestu odnětí svobody nejlépe funguje, pokud mají drogově závislí k léčbě motivaci, zařízení poskytující léčbu dodržují standardy správné klinické praxe a mají dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a na internetu „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“, EMCDDA annual report 2005: Selected issues (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Literatura

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londýn.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londýn.
- Ashton, M. (2003), *The American STAR comes to England*, *Drug and Alcohol Findings* 8, str. 21–26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, Lucembursko (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. a kol. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6. konference Europad, Paříž.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. a Rotily, M. (2002), „Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons“, *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. a Aavitsland, P. (2005), „Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities“, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), „Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors“, *Addictive Behaviours* 25, str. 887–897.
- Bovenkerk, F. a Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., a kol. (2005), „Evaluating the impact of metadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain“, *Addiction*, v tisku.
- Butler, G. K. L. a Montgomery, A. M. J. (2004), „Impulsivity, risk taking and recreational „ecstasy“ (MDMA) use“, *Drug and Alcohol Dependence* 76, str. 55–62.
- Butters, J. E. (2004), „The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, str. 381–390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., a kol. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. a Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londýn.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komise OSN pro omamné látky, Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komise OSN pro omamné látky, Hospodářská a sociální rada OSN, Vídeň.
- Cuijpers, P., a kol. (2002), „The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project“, *Addiction* 97, str. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), „Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study“, *Journal of Studies on Alcohol* 62, str. 228–233.
- De Wit, A. a Bos, J. (2004) „Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature“, In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, monografie EMCDDA č. 7*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon, str. 329–343.
- Drug Misuse Research Division (2004), „Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002“, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), „Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths“, projekt CT.99.RTX.04, kordinace: Trimbos Institute, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2003), „National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000“, CT.00.RTX.23, kordinace: Institut für Therapieforchung, Mnichov, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Výroční zpráva za rok 2004: stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- EMCDDA (2004b), „Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options“, *monografie EMCDDA č. 7*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Předávkování – významná příčina úmrtí mezi mládeží, již lze předejít*, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Lisabon.
- Eurobarometer (2004), „Young people and drugs“ *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generální ředitelství pro tisk a komunikaci, Evropská komise, Brusel.
- EuroHIV (Evropské centrum pro epidemiologické monitorování AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, No. 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, Lucembursko, str. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., a kol. (2004), „Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of On-line peer to peer interactions“, *BMJ* 328, str. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vídeň.
- Ghuran, A. a Nolan, J. (2000), „Recreational drug misuse: issues for the cardiologist“, *Heart* 83, str. 627–633.
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londýn (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. a Ali, R. (2005), „Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection“ (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- Haasen, C. (2003), projev na konferenci s názvem „Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004“ v EMCDDA, listopad 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., a kol. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., a kol. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Švédská rada pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN) a skupina Pempidou Rady Evropy.
- Hwang, S. (2001), „Mental illness and mortality among homeless people“, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, str. 81–82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinky.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. a Whiteside, H. O. (2003), „Family-based interventions for substance use and misuse prevention“, *Substance Use and Misuse* 38, str. 1759–1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung „Qualität schulischer Suchtprävention“ am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. a Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milán.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., a kol. (2005), „Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences“, *Epidemiology and Infection* 133, str. 127–136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., a kol. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. I. a De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. a Paddock, S. M. (2002), „Reassessing the marijuana gateway effect“, *Addiction* 97, str. 1493–1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), „New guidance on injectable heroin and injectable metadone treatment for opiate misusers“, tiskové prohlášení, 13. června 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), „54 per cent more drug misusers get treatment in England“, tiskové prohlášení, 30. září 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. a Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. a Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbo-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., a kol. (2004), „Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, str. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. a Baer, J. (2000), „Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education“, *Journal of Drug Education* 30, str. 399–421.
- Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2004) (Reitox national reports (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., a kol. (2003), „Risk factors associated with drug use: the importance of „risk environment“, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, str. 303–329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. a Van Laar, M. (2004), „Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004“, Trimbo Institute/ National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. a Nilson, M. (2002), „An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway“, *International Journal of Drug Policy* 13, str. 477–484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. a Fiellin, D. A. (2005), „Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users“, *Addiction* 100, str. 150–158.
- Sussman, S., Eorleywine, M., Mills, T., a kol. (2004), „The motivation, skills and decision-making model of „drug abuse“ prevention“, *Substance Use and Misuse* 39, str. 1971–2016.

Taylor, B. J. (2000), „Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial“, *Prevention Science* 1, str. 183–197.

Terweij, M. a Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC a vláda Maroka (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Světová zdravotnická organizace, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Ženeva.

WHO (2004), „Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users“, *Evidence for action technical papers*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.

WHO (2005), „Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users“, *Evidence for action technical papers, final draft*, březen 2005, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.

WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Ženeva.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství

2005 — 87 stran — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-235-7

PRODEJ A PŘEDPLATNÉ

Placené publikace, které vydává Úřad pro úřední tisky, je možné zakoupit v našich prodejních místech po celém světě.

Jaký je postup pro získání té či oné publikace?

Jakmile si opatříte seznam prodejních míst, vyberte si vhodnou prodejnu a objednejte si požadovanou publikaci.

Jak si opatříte seznam prodejních míst?

- buď na internetové stránce Úřadu pro úřední tisky
<http://publications.eu.int/>
- nebo o něj můžete požádat faxem na čísle (352) 2929-42758
a obdržíte ho v tištěné podobě.

O Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Bylo založeno v roce 1993, sídlo má v Lisabonu a slouží jako ústřední zdroj komplexních informací o drogách a drogové závislosti v Evropě.

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří objektivní, spolehlivé a vzájemně srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti. Svým uživatelům tak poskytuje fakty podložené obrázky 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 i pro sdělovací prostředky a laickou veřejnost.

Výroční zpráva EMCDDA obsahuje přehled o stavu drogové problematiky v členských státech EU a je základním referenčním materiálem pro všechny zájemce o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.