



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

VÝROČNÁ SPRÁVA 2012

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE



Európske monitorovacie centrum
pre drogy a drogovú závislosť

VÝROČNÁ ZÁVÄZ ČASŤ PRÁV S 2012

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

Právna poznámka

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

Viac doplňujúcich informácií o Európskej únii je k dispozícii na internete. Sú dostupné cez server Európa (<http://europa.eu>).

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

Bezplatné číslo (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Táto správa je k dispozícii v angličtine, bulharčine, češtine, dánčine, estónčine, fínčine, francúzštine, gréčtine, holandčine, litovčine, lotyštiny, maďarčine, nemčine, nórčine, poľštine, portugalčine, rumunčine, slovenčine, slovinčine, španielčine, švédčine a taliančine. Všetky preklady vyhotovilo Prekladateľské stredisko pre orgány Európskej únie.

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Luxemburg: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2012.

ISBN 978-92-9168-552-3

doi:10.2810/70643

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2012

Rozmnožovanie je povolené len so súhlasom autora.

Printed in Luxembourg

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



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

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko

Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711

info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Obsah

Predslov	5
Podakovanie	7
Poznámka na úvod	9
Komentár: Nadviazanie na výsledky, udržiavanie dynamiky a reagovanie na zmenu – súčasné úlohy protidrogovej politiky v Európe	13
Kapitola 1: Politiky a právne predpisy	
Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ • Národné stratégie • Verejné výdavky • Vnútroštátne právne predpisy • Výskum	20
Kapitola 2: Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad	
Prevenencia • Liečba • Sociálna reintegrácia • Znižovanie poškodení • Normy kvality • Presadzovanie protidrogových právnych predpisov a porušenia protidrogových právnych predpisov	29
Kapitola 3: Kanabis	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Nepriaznivé účinky na zdravie • Liečba	40
Kapitola 4: Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky, GHB a ketamín	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Zdravotné následky • Prevencia v prostredí zábavných podnikov • Liečba	51
Kapitola 5: Kokaín a krek	
Ponuka a dostupnosť • Prevalencia a formy užívania • Zdravotné následky • Problémové užívanie • Liečba a znižovanie poškodení	62
Kapitola 6: Užívanie opioidov a injekčné užívanie drog	
Ponuka a dostupnosť • Problémové užívanie opioidov • Injekčné užívanie drog • Liečba	72
Kapitola 7: Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami	
Infekčné choroby • Reagovanie na infekčné choroby • Mortalita a úmrtia • Znižovanie počtu úmrtí	81
Kapitola 8: Nové drogy a vznikajúce trendy	
Opatrenia v oblasti nových drog • Výroba a ponuka • Prevalencia • Reakcie	91
Literatúra	99



Predslov

Táto správa je sedemnástou výročnou správou Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) o stave drogovej problematiky v Európe a pri pohľade na predchádzajúce roky je potešujúce konštatovať, aký veľký pokrok sa dosiahol pri rozvoji správneho chápania drogového fenoménu v európskom priestore. Nie je to len úspechom samotného centra EMCDDA, zásluhy patria aj členským štátom Európskej únie, ktoré už dávno uznali hodnotu vytvorenia komplexného obrazu drogovej problematiky v Európe. A hoci sme veľmi hrdí na prácu, ktorú pracovníci EMCDDA vložili do prípravy tejto publikácie, je treba tiež pripomenúť, že ide vo veľkej miere o výsledok kolektívneho úsilia. Táto správa mohla vzniknúť len vďaka podpore a usilovnej práci našich partnerov, najmä partnerov v sieti Reitox, ktorí poskytujú údaje z jednotlivých členských štátov, na základe ktorých bola analýza vypracovaná. Za podporu našej práce ďakujeme aj mnohým ďalším európskym a medzinárodným agentúram a orgánom.

Táto výročná správa prichádza v období, ktoré je pre Európu dôležité a náročné. Mnohé krajiny majú finančné a hospodárske problémy a na túto skutočnosť musíme prihliadať pri príprave našej správy. Prijímané úsporné opatrenia prinášajú so sebou mnohé problémy a stavajú politikov pred zložitú rozhodnutia vyplývajúce z protichodných prioritných požiadaviek na štátnu pokladnicu. V tomto období je dôležitejšie ako kedykoľvek predtým, aby sa investovalo rozumne, na základe pochopenia povahy problému a vychádzajúc z toho, ktoré opatrenia prinesú pravdepodobne najväčší úžitok. Poslaním centra EMCDDA je spolupracovať s expertmi z celej Európy s cieľom poskytovať túto analýzu. V tejto správe a v sprievodných dokumentoch na internete sa nachádza rozsiahly, vedecky podložený a komplexný prehľad o súčasnej drogovej problematike v Európe spolu s príkladmi inovatívnych a osvedčených postupov.

Pri posudzovaní záležitostí týkajúcich sa drog sa môže vyskytovať sklon k zjednodušovaniu a zameriavaniu sa len na jednotlivé prvky tohto zložitého problému, ako keby

existovali izolovane. Prístup, ktorý sme prijali v tejto správe, je iný. Podľa nášho názoru je silnou stránkou analýzy centra EMCDDA fakt, že sa v nej spájajú rôznorodé informácie o témach, ktoré siahajú od trhov s drogami a úsilia o ich zákaz, po užívanie drog, opatrenia na zníženie dopytu a vývoj v oblasti právnych predpisov a politiky. To nám umožňuje poskytnúť holistickú analýzu, ktorá je rozsiahlejšia ako súčet jej častí. Nemôžete plne pochopiť problematiku ponuky, ak nerozumiete hybným silám dopytu po drogách a naopak. Napríklad, aby sme pochopili zmeny, ktoré dnes vidíme v dostupnosti heroínu v Európe, musíme vziať do úvahy vplyv úsilia o jeho zákaz, ktoré sa účinne zameriavalo na veľké zločinecké organizácie. Musíme však zohľadniť aj to, že k tomuto zníženiu došlo v čase, keď sa zvýšením investícií do liečby odstránila z trhu významná časť dopytu. Ako uvidíte z našej tohtoročnej správy, tieto veci sú rovnako dôležité. Aby sme získali jasný prehľad o vývoji, pokiaľ ide o situáciu v Európe v oblasti heroínu, musia sa vziať do úvahy spoločne.

Túto širokú víziu potrebujeme, ak máme reagovať na zložitý a dynamický charakter súčasnej drogovej problematiky v Európe. Stojíme pred radom nových aj starých výziev. Tieto výzvy môžu byť spojené s pokrokom v oblasti informačnej a komunikačnej technológie, rozšírením nových psychoaktívnych látok a zvýšenou dostupnosťou a užívaním syntetických drog. Alebo môžu pochádzať z pretrvávajúcich problémov, ktoré naďalej vzdorujú našim opatreniam a spôsobujú škody jednotlivcom aj spoločnostiam. Centrum EMCDDA sa zaviazalo k tomu, že bude poskytovať dôkazovú základňu s cieľom zabezpečiť, aby bola diskusia o drogách v Európe aj naďalej informovaná, komplexná, nezaujatá a predovšetkým aby bola užitočná pre pochopenie tejto zložitej záležitosti.

João Goulão

predseda správnej rady centra EMCDDA

Wolfgang Götz

riaditeľ EMCDDA



Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest Reitox a ich zamestnancom,
- inštitúciám a odborníkom jednotlivých členských štátov, ktorí zozbierali vstupné údaje pre túto správu,
- členom správnej rady a vedeckému výboru EMCDDA,
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii,
- Európskemu centru pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC), Európskej agentúre pre lieky (EMA) a Europolu,
- Pompidouovej skupine Rady Európy, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Regionálnemu úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu, Interpolu, Svetovej colnej organizácii, projektu ESPAD a Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN); riaditeľstvu pre kontrolované látky a tabak Ministerstva zdravotníctva Kanady (Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health Canada), Správe služieb pre zneužívanie látok a duševné zdravie Spojených štátov (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration),
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie publikácií Európskej únie.

Národné kontaktné miesta siete Reitox

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

Kontaktné informácie národných kontaktných miest sa nachádzajú na webovej stránke EMCDDA.



Poznámka na úvod

Táto výročná správa je založená na informáciách, ktoré vo forme národnej správy poskytli centru EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny Chorvátsko a Turecko a Nórsko. Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2010 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). V grafoch a tabuľkách v tejto správe môže byť niekedy zahrnutá podskupina štátov EÚ; výber sa robil na základe tých krajín, ktoré poskytli údaje za sledované obdobie, alebo na účely zdôraznenia určitých trendov.

Analýza trendov je založená len na tých krajinách, ktoré poskytli dostatočné údaje na opis zmien za príslušné časové obdobie. Pri analýze trendov údajov o trhu s drogami môžu byť chýbajúce údaje za rok 2010 nahradené údajmi za rok 2009, pri analýze iných trendov môžu byť chýbajúce údaje interpolované.

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

Údaje o ponuke a dostupnosti drog

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

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

Internetový prístup k výročnej správe a zdrojom údajov, ktoré sú v nej uvedené

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

Tieto zdroje sú k dispozícii len na internete.

Štatistická ročenka 2012 obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobné údaje o použitej metodike a približne 100 ďalších štatistických grafov.

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

Prehľady podľa krajín poskytujú najlepší grafický súhrn hlavných aspektov drogovej situácie každej krajiny.

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

EMCDDA zhromažďuje vnútroštátne údaje o záchytoch drog, čistote a predajných cenách drog v Európe. Ďalšie údaje o ponuke drog pochádzajú väčšinou z informačných systémov a analýz Úradu OSN pre drogy a kriminalitu a analýz doplnených o ďalšie informácie od Európskej komisie, ktorá zhromažďuje informácie o záchytoch týchto látok v EÚ a z medzinárodnej rady INCB, ktorá sa podieľa na medzinárodných iniciatívach na predchádzanie zneužívaniu prekurzorových chemikálií používaných pri výrobe nezákonných drog.

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

Prevalencia užívania drog podľa prieskumov v celkovej populácii

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

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

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

Vykonávanie prieskumov je nákladné a málo európskych krajín zhromažďuje informácie každý rok, aj keď mnohé ich zhromažďujú každé dva alebo štyri roky. V tejto správe sú uvedené údaje na základe najnovšieho dostupného prieskumu v každej krajine, ktorý sa vo väčšine prípadov uskutočnil v období rokov 2006 – 2010. Údaje o prevalencii za Spojené kráľovstvo sa vzťahujú na Anglicko a Wales, pokiaľ nie je uvedené inak, aj keď sú dostupné samostatné údaje aj za Škótsko a Severné Írsko.

Z troch štandardných časových rámcov používaných na podávanie správ o údajoch z prieskumu je najrozšírenejšia celoživotná prevalencia (užívanie drogy v určitom úseku života jednotlivca). Táto miera neodráža aktuálnu situáciu v užívaní drog medzi dospelými, ale môže byť užitočná pre pochopenie foriem užívania a výskytu. V prípade dospelých sú štandardné vekové rozpätia EMCDDA 15 – 64 rokov (všetci dospelí) a 15 – 34 rokov (mladí dospelí). Ku krajinám, ktoré používajú inú hornú alebo dolnú vekovú hranicu, patria: Dánsko (16), Nemecko (18), Maďarsko (18), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené kráľovstvo (16 – 59). Pozornosť sa zameriava na časový rámec užívania v minulom roku a minulom mesiaci (užívanie počas posledných 12 mesiacov alebo posledných 30 dní pred prieskumom) (viac informácií sa nachádza na webovej stránke EMCDDA). Pokiaľ ide o školskú

populáciu, celoživotná prevalencia a prevalencia užívania drog v minulom roku sú často podobné, lebo užívanie nezákonných drog pred dosiahnutím veku 15 rokov je zriedkavé.

V európskom prieskume, ktorý sa uskutočňuje na školách a ktorý sa týka užívania alkoholu a iných drog (ESPAD), sa používajú štandardizované metódy a nástroje na meranie užívania drog a alkoholu v reprezentatívnych vzorkách študentov, ktorí v príslušnom kalendárnom roku dosiahnu vek 16 rokov. V roku 2011 sa zhromaždili údaje v 36 krajinách vrátane 24 členských štátov EÚ, Chorvátska a Nórska. Výsledky boli uverejnené v roku 2012. V Španielsku a Spojenom kráľovstve sa okrem toho realizovali vnútroštátne prieskumy medzi študentmi, z ktorých pochádzajú údaje o užívaní drog porovnateľné s výsledkami prieskumov ESPAD.

Dopyt po liečbe

Údaje o osobách podstupujúcich v Európe liečbu v dôsledku problémov s užívaním drog sa anonymne nahlasujú EMCDDA v rámci ukazovateľa dopytu po liečbe. Každý klient podstupujúci liečbu vyplňa dotazník o užívaní drog, kontakte s liečbou a sociálnych charakteristikách. Každoročný časový rámec vstupu do liečby je od 1. januára do 31. decembra. Do týchto údajov nie sú zahrnutí klienti v nepretržitej liečbe na začiatku príslušného roka. Keď sa udáva pomer dopytu po liečbe pre primárnu drogu, menovateľom je počet prípadov, v prípade ktorých je primárna droga známa.

Intervencie

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





Komentár

Nadviazanie na výsledky, udržiavanie dynamiky a reagovanie na zmenu – súčasné úlohy protidrogovej politiky v Európe

Rozšírenie spolupráce a koordinácie

Jasným posolstvom, ktoré vyplýva z najnovšej analýzy centra EMCDDA, ktorá sa zaoberá drogovou situáciou v Európe, je to, že je potrebné sledovať problémy týkajúce sa zavedených drog a zároveň vyvíjať reakcie na nové hrozby a výzvy. Heroín a kokaín majú naďalej veľký podiel na škodách, morbidite a mortalite súvisiacich s užívaním drog v Európe. V tomto prípade bude potrebné zachovať dynamiku vo vývoji a realizácii opatrení založených na dôkazoch. V mnohých ohľadoch sa dosiahol značný, aj keď nerovnomerný pokrok, ale tento pokrok by mohol byť ľahko ohrozený zmenou okolností, alebo ak by sa nepokračovalo v rozširovaní opatrení. Z analýzy vyplynula tiež potreba posilniť schopnosť Európy identifikovať a reagovať na výzvy, ktoré predstavuje čoraz zložitejší a dynamickejší trh s drogami.

Tieto potreby sa musia vnímať v kontexte zložitej finančnej situácie v mnohých európskych krajinách, ktorá znamená, že sú obmedzené zdroje na riešenie všetkých druhov zdravotných a sociálnych problémov. Za týchto okolností je dôležité zaistiť, aby sa dostupné finančné prostriedky investovali do náležite cielených činností s preukázanou účinnosťou. Jedným zo spôsobov, ako sa to dá dosiahnuť, je spolupráca medzi členskými štátmi EÚ, v rámci ktorej sa tieto štáty usilujú maximalizovať prínosy opatrení prostredníctvom odovzdávania skúseností, spolupráce alebo zlepšením koordinácie svojich opatrení. Politický rámec na tento účel poskytuje protidrogová stratégia EÚ a jej sprievodné akčné plány. Súčasná stratégia EÚ (2005 – 2012) bola hodnotená pozitívne, pričom osobitný význam sa pripisuje jej úlohe pri uľahčovaní výmeny informácií.

V súčasnosti sa posudzuje nový politický rámec s cieľom nadviazať na protidrogovú stratégiu na obdobie rokov 2005 – 2012. Je pravdepodobné, že v novom rámci sa zachová dôraz na potrebu vyváženého a na dôkazoch založeného prístupu, ktorý zahŕňa komplexný súbor opatrení na znížovanie dopytu a ponuky. Monitorovanie, výskum a hodnotenie, ako aj dodržiavanie základných ľudských práv pravdepodobne tiež zostanú kľúčovými prvkami prístupu EÚ. Novým politickým rámcom sa zabezpečí aj súčinnosť medzi činnosťami v oblasti drog

a širšími otázkami týkajúcimi sa bezpečnosti a zdravia, v ktorých drogy predstavujú len jeden komponent vedľa prevencie HIV alebo boja proti organizovanej trestnej činnosti. Nový rámec pomôže tiež zabezpečiť, aby Európa v medzinárodnej diskusii o drogách vystupovala rozhodne a jednotne.

Komplikovaný obraz: trh s kanabisom v Európe

V tomto roku vykonalo centrum EMCDDA rozsiahlejšiu novú analýzu trhu s kanabisom, na základe ktorej sa zistil čoraz zložitejší a rôznorodejší obraz najviac užíwanej nezákonnej drogy v Európe. Na európskom trhu je teraz k dispozícii viacero rôznych kanabisových výrobkov, pričom najdôležitejším rozdielom je rozdiel medzi rastlinným kanabisom a kanabisovou živicom. Nárast produkcie kanabisu v rámci Európskej únie viedol k zvýšenému nahrádzaniu dovezenej živice doma vyrábanými rastlinnými výrobkami. Domáca produkcia kanabisu je veľmi rozdielna. Môže nadobúdať formu veľkej výsadby, kde sa rastlina pestuje intenzívne s využitím dômyselných techník na maximalizáciu výnosov a potencie. Druhý koniec spektra predstavujú užívatelia, ktorí pestujú malý počet kanabisových rastlín na osobnú spotrebu.

Aj keď väčšina porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom sa stále týka užívania alebo prechovávania tejto drogy, mnohé krajiny uvádzajú, že v rámci svojej politiky uprednostňujú opatrenia zamerané na nezákonné obchodovanie a ponuku. V tejto súvislosti sa teraz uvádza, že väčší dôraz sa kladie na zameriavanie sa na miesta intenzívnej výroby. V Európe sa však napriek zvýšeniu počtu zachytených rastlín a vývoja niektorých nových inovatívnych metód na detekciu stále zachytáva mnoho viac živicového ako rastlinného kanabisu. Z toho vyplýva, že domáca rastlinná výroba môže predstavovať väčší problém z hľadiska úsilia v rámci zákazu výroby tejto látky najmä v prípade, keď prebieha vo forme intenzívneho pestovania v interiéri. Rastú obavy týkajúce sa vývoja v tejto oblasti z dôvodu vedľajších škôd, ktoré môže prítomnosť lokalít, v ktorých sa pestuje droga, spôsobovať miestnym spoločenstvám, a pretože existujú dôkazy o zapojení skupín organizovanej trestnej činnosti.

Rozsah a zložitosť trhu s kanabisom nie sú prekvapujúce, lebo odzrkadľujú pozíciu tejto drogy ako najobľúbenejšej nezákonnej látky v Európe. Rovnako je to tiež látka, pri ktorej je politická a verejná mienka najviac rozdelená. Je zaujímavé, že úrovne konzumácie kanabisu sú podľa všetkého celkovo pomerne stabilné a v niektorých krajinách užívanie kanabisu pravdepodobne dokonca klesá. V súčasnosti sa zlepšuje aj pochopenie (aj keď je ťažké ho zmerať) problémov súvisiacich s kanabisom a je známe, že súvisia s intenzívnym a dlhodobým užívaním tejto drogy. V tejto oblasti existujú určité obavy. Napríklad posun smerom k rastlinnému kanabisu môže vystavovať užívateľov účinnejším formám tejto drogy. V štúdiách sa okrem toho uvádza, že mnohí užívatelia začínajú užívať drogu vo veľmi nízkom veku. Podľa odhadov 1 % európskej dospeléj populácie užíva túto drogu denne a v niektorých krajinách sa môžu pomerne bežne vyskytovať intenzívne formy užívania, predovšetkým v prípade mladých mužov. Celkovo možno povedať, že každý optimizmus vyvolaný stabilizáciou úrovni prevalence je potrebné zmierniť uznaním, že táto droga ostáva závažným problémom verejného zdravia, čo sa odráža aj v počte dopytov po protidrogovej liečbe súvisiacej s jej užívaním.

Súčasní európski študenti: opatrnejšia skupina

Najnovšie výsledky európskeho prieskumu, ktorý sa uskutočňuje na školách a ktorý sa týka užívania alkoholu a iných drog (ESPAD), poskytujú dôležitý pohľad na trendy v užívaní týchto látok medzi školopovinnými deťmi. Výsledky prieskumu z roku 2011 sú sľubné a v prípade všetkých hlavných látok z nich vyplýva pokles alebo stabilná situácia. Počas piatich kôl prieskumu nedávne fajčenie cigariet v období od roku 1999 do roku 2007 stále klesalo, potom sa stabilizovalo. Nedávne užívanie alkoholu študentmi postupne v Európe od roku 2003 celkovo klesalo a z najnovších údajov vyplýva, že rastúci trend občasného nadmerného užívania alkoholu pozorovaný od roku 1995 do roku 2007 je teraz pravdepodobne za svojím vrcholom. Celkovo skúsenosti študentov s nezákonnými drogami – predovšetkým kanabisom – do roku 2003 rástli, v roku 2007 mierne poklesli a odvtedy zostali na stabilnej úrovni. Tieto zistenia nám môžu poslúžiť ako náznaky budúcich trendov, lebo vzory zistené v tomto prípade sa môžu neskôr preniesť do starších vekových skupín.

Zaujímavým zistením je to, že krajiny, ktoré uvádzajú vysoké odhady prevalence pre jednu látku, majú tiež tendenciu uvádzať pomerne vysoké odhady pre ďalšie látky, zákonné aj nezákonné. Vysoké úrovne nedávneho užívania alkoholu a občasného nadmerného užívania alkoholu sú teda spojené s užívaním nezákonných drog

a inhalačných látok. Týmto zistením sa podporujú prístupy prevencie, v rámci ktorých sa uznáva potreba zameriavať sa pri práci s mladými ľuďmi na drogy aj na alkohol.

Drogy a rodina: prehliadaná problematika a nevyužívaný zdroj

Drogy berú jednotlivci, ale ich rodiny musia často znášať problémy, ktoré môže spôsobovať ich konzumácia. V novej štúdii centra EMCDDA sa analyzujú rodiny a príbuzná záležitosť užívateľov drog s rodičovskou zodpovednosťou. V štúdii sa dospelo k záveru, že aj keď osoby, ktoré majú drogové problémy, nemusia byť zlými rodičmi, často si vyžadujú dodatočnú podporu. Voči potrebám osôb, ktoré majú rodičovskú zodpovednosť, musia byť citlivé najmä liečebné služby, lebo obavy týkajúce sa starostlivosti o dieťa alebo ochrany dieťaťa môžu pôsobiť ako prekážka pri vyhľadávaní pomoci. Práca s rodičmi užívajúcimi drogy je náročná aj pre služby, lebo si vyžaduje, aby sa dosiahla rovnováha medzi právami rodičov a detí: v správe sa však konštatuje, že reálne sa to môže zmeniť osvedčenými postupmi a dobre cieleňou intervenciou. Toto zistenie sa opakuje v analýze intervencií, ktoré sa zameriavajú na tehotné užívateľky drog, v prípade ktorých existujú presvedčivé dôkazy, že poskytnutie náležitej rady a podpory môže zlepšiť výsledok pre matku aj pre dieťa.

V mnohých štúdiách sa skúmal stres a sociálny rozvrat, ktorý môže spôsobiť rodinný príslušník s drogovým problémom. Vo väčšine európskych krajín sú však služby na podporu rodiny vo všeobecnosti nedostatočne rozvinuté. Môže to znamenať, že sa prehliada dôležitý zdroj na podporu uzdravenia. Zameranie sa na rodinné prostredie sa stáva čoraz významnejším pre prácu v oblasti protidrogovej prevencie, v prípade ktorej sa na základe čoraz väčších dôkazov poukazuje na účinnosť široko založených stratégií prevencie, ktoré sa zameriavajú na prostredie aj na jednotlivca. V tomto ohľade je mimoriadne dôležitá rodina a stratégie prevencie zamerané na prostredie, ktoré pracujú na vytvorení silnejších rodín, môžu znížiť riziko celého radu problematických správania vrátane užívania drog. Skutočnosť, že intervencie zostávajú vo veľkej miere nedostatočne rozvinuté napriek ich pozitívnym výsledkom v tejto oblasti poukazuje na všeobecnejší problém, že zistenia z výskumu v oblasti prevencie sa často nepremietajú do politik a praxe.

Väzni užívajúci drogy: zraniteľná populácia

Každý rok mnohí ľudia, ktorí majú problémy s drogami, naďalej prechádzajú európskymi väznicami napriek rastúcemu záujmu o poskytovanie „alternatív k väzeniu“.

Orientačný prehľad – odhady užívania drog v Európe

Uvedené odhady sa týkajú dospelých populácie (vo veku 15 – 64 rokov) a vychádzajú z najnovších dostupných údajov (prieskumov uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011, najmä 2008 – 2010). Kompletný súbor údajov a informácie o metodike sú k dispozícii v sprievodnej štatistickej ročenke.

Kanabis

Celoživotná prevalencia: asi 80,5 milióna (23,7 % dospelých Európanov).

Užívanie v minulom roku: asi 23 miliónov dospelých Európanov (6,8 %) alebo jeden z troch celoživotných užívateľov.

Užívanie v minulom mesiaci: asi 12 miliónov (3,6 %).

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,3 % – 14,3 %.

Kokaín

Celoživotná prevalencia: asi 15,5 milióna (4,6 % dospelých Európanov).

Užívanie v minulom roku: asi 4 milióny dospelých Európanov (1,2 %) alebo jeden zo štyroch celoživotných užívateľov.

Užívanie v minulom mesiaci: asi 1,5 milióna (0,5 %).

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,1 % – 2,7 %.

Extáza

Celoživotná prevalencia: asi 11,5 milióna (3,4 % dospelých Európanov).

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

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,1 % až 1,6 %.

Amfetamíny

Celoživotná prevalencia: asi 13 miliónov (3,8 % dospelých Európanov).

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

Rozdiely medzi krajinami v užívaní v minulom roku: celkový rozsah 0,0 % – 1,1 %.

Opioidy

Problémoví užívatelia opioidov: odhaduje sa asi 1,4 milióna Európanov.

Úmrtia spôsobené drogami predstavovali 4 % všetkých úmrtí Európanov vo veku 15 – 39 rokov, pričom opioidy boli zistené približne v troch štvrtinách prípadov.

Hlavná droga vo v asi 50 % všetkých žiadostí o protidrogovú liečbu.

Približne 710 000 užívateľov opioidov absolvovalo substitučnú liečbu v roku 2011.

Odráža sa to v údajoch uvedených v štúdiu, z ktorých vyplýva, že väzni majú omnoho častejšie problémy s drogami ako bežná populácia. Aj keď niektorí väzni prestanú v prípade uväznenia užívať drogy, dostupnosť drog v niektorých väzeniach tiež znamená, že iní väzni môžu začať užívať drogy alebo sa zapájať do škodlivejšieho správania. Napríklad injekční užívatelia drog sa môžu častejšie deliť o vybavenie, čím sa zvyšuje riziko prenosu patogénov prenášaných krvou, ako sú HIV alebo vírus hepatitídy C.

Preľudnenie, nízka hygiena a nedostatočné poskytovanie zdravotnej starostlivosti postihujú mnohé väznice a prispievajú k celkovému nedostatočnému zdravotnému stavu, ktorý bol zistený v prípade väzenských populácií. Väzni, ktorí majú problémy s drogami, môžu byť v tomto ohľade znevýhodnení dvojnásobne a môžu byť počas uväznenia náchylnejší na problémy týkajúce sa fyzického a duševného zdravia – pričom existujú osobitné obavy týkajúce sa zvýšeného rizika sebapoškodzovania a samovraždy. Preto existuje silný argument, že v rámci akéhokoľvek úspešného prístupu k zlepšeniu zdravotnej situácie vo väzniciach sa musí uznávať dôležitosť zaradenia súbežnej protidrogovej liečby a musí sa integrovať so všeobecnejšími opatreniami v oblasti fyzickej a duševnej zdravotnej starostlivosti.

Tam, kde sú zavedené náležité služby, môžu obdobia uväznenia poskytovať niektorým väzňom príležitosti na zníženie užívania drog a stretnutie sa so službami. Príležitosti v tejto oblasti rasti, lebo mnohé krajiny rozšírili poskytovanie intervencií v rámci väzníc, najmä substitučnú liečbu pre väzňov závislých od opioidov. Vývoj v dostupnosti liečby vo väzení odráža spravidla vývoj v rámci spoločnosti, ale so značným časovým oneskorením. Poskytovanie zdravotných služieb vo väzniciach sa tiež veľmi líši medzi jednotlivými krajinami a pretrvávajú celková potreba ďalšieho rozvoja a zlepšenia kvality poskytovaných služieb. Väznice zriedka ponúkajú štandard starostlivosti rovnocenný a porovnateľný so štandardom poskytovaným širšej verejnosti.

Kritickým obdobím pre intervencie môže byť aj prepustenie z väzenia, lebo počas tohto obdobia po prepustení, keď môžu bývalí väzni znovu začať užívať heroín, sa veľmi zvyšuje riziko predávkovania, lebo majú zníženú toleranciu voči opioidom. Poradenstvo pred prepustením a pokračovanie starostlivosti po prepustení sú preto dôležité z hľadiska pomoci pri zabezpečení, aby zraniteľní jednotlivci zostali v kontakte so službami, ktoré môžu podporiť ich vyliečenie a napokon môžu byť mimoriadne nákladovo efektívnym spôsobom na záchranu životov.

Biele prášky a tablety: trh s rôznymi stimulantmi

V očiach konzumenta môžu kokaín, amfetamíny, extáza a v súčasnosti niekedy syntetické katinóny vyzeráť ako konkurenčné a do istej miery zameniteľné výrobky. V tejto súvislosti je pravdepodobné, že dostupnosť týchto látok, ako aj cena a kvalita, budú mať vplyv na spotrebiteľský výber a podieľať sa na nestálosti trhu, ktorú možno pozorovať v rámci súčasného trhu so stimulantmi. Z niektorých nedávnych štúdií dokonca vyplýva, že užívatelia často uvádzajú, že užili stimulačné drogy vo forme neznámych tabletiiek alebo bielych práškov.

V Európe sú odhady celkovej prevalencie užívania amfetamínov a extázy pomerne stabilné, aj keď sa zdá, že dostupnosť obidvoch drog ovplyvnili faktory súvisiace s ponukou. Trh s extázou sa teraz spamätáva z nedostatku MDMA (3, 4-metyldioxymetamfetamín), keď mnohé tablety obsahovali iné látky. Podobne metamfetamín bol nedávno v niektorých častiach Európy v určitom rozsahu nahradený amfetamínom. Je to znepokojujúce, lebo historicky bolo užívanie tejto drogy obmedzené prevažne na Českú republiku a Slovensko. Teraz by sa to mohlo zmeniť, a hoci dostupné údaje sú obmedzené, vzbudzujú obavy. Z údajov o zachytení vyplýva, že táto droga je čoraz dostupnejšia a v niektorých krajinách sa rozšírila jej výroba. V Nemecku bolí hlásené úmrtia z predávkovania a táto droga sa častejšie uvádza v správach z ďalších krajín. Znepokojujúce je to, že centrum EMCDDA zaznamenalo sporadické správy o fajčení metamfetamínu a o dostupnosti kryštalického metamfetamínu, veľmi čistej formy tejto drogy. Fajčenie metamfetamínu bolo v Európe z historického hľadiska veľmi zriedkavé, ale dôkazy z iných oblastí svedčia o jasnej súvislosti s negatívnymi následkami.

Európska únia vykonáva hodnotenie rizík 4-metylamfetamínu v súvislosti so systémom včasného varovania Európskej únie o nových psychoaktívnych látkach. Tento postup podnietili skupinové úmrtia v súvislosti s touto látkou, ktorá sa podľa všetkého predávala ako amfetamín alebo zmiešaná s amfetamínom. Je pravdepodobné, že táto forma amfetamínu, ktorá sa v súčasnosti vo väčšine Európy nekontroluje, bola vyrobená v tajných laboratóriách výrobcami hľadajúcimi nové chemické spôsoby výroby amfetamínu. Ako taká predstavuje príklad rastúcej inovácie, ktorú možno pozorovať vo výrobe syntetických drog a zároveň možnosť neúmyselných negatívnych zdravotných dôsledkov, ktoré môže so sebou prinášať.

Väčšia rozmanitosť v užívaní syntetických drog

Zatiaľ čo sa pozornosť väčšinou zameriavala na obavy týkajúce sa zavedených stimulantov alebo na objavenie

sa nových nekontrolovaných psychoaktívnych látok, na európsky trh s drogami vstúpilo a etablovalo sa na ňom viacero ďalších syntetických drog. Aj keď počet Európanov užívajúcich drogy, ako sú GHB (gamahydroxybutyrát), GBL (gamabutyrolaktón), ketamín a najnovšie mefedrón, je malý, v niektorých subpopuláciách boli zistené vysoké úrovne užívania a zdá sa, že tieto drogy majú potenciál väčšieho rozšírenia. Teraz existujú správy o zdravotných problémoch spojených so všetkými týmito látkami vrátane závislosti medzi chronickými užívateľmi a o niektorých neočakávaných problémoch, ako je napríklad ochorenie močového mechúra, pozorované v prípade užívateľov ketamínu. Tento vývoj prebiehal v značnej miere pod monitorovacím radarom a poukazuje nielen na potrebu zlepšenia informačného systému o drogách z hľadiska jeho citlivosti na objavujúce sa trendy a nové zdravotné problémy, ale aj na potrebu lepšieho porozumenia tomu, čo v tejto oblasti predstavujú náležité intervencie na znížovanie dopytu.

Kokaín: príznaky klesajúceho užívania a stav

Rozšírené užívanie kokaínu možno obmedziť na niektoré južné a západné členské štáty, ale z hľadiska celkových čísel táto droga stále zostáva najviac užívaným stimulantom v Európe. Z najnovších údajov však teraz po desaťročí rastúcej popularity vyplýva možný pokles tohto trendu. Mení sa môže aj vnímanie tejto drogy, pričom v niektorých štúdiách sa uvádza, že kokaín pravdepodobne stráca povesť nadradenej drogy.

V tejto súvislosti môže byť dôležitých viacero faktorov. Ako možný faktor bola uvádzaná kvalita s názorom, že nízka kvalita kokaínu môže byť príčinou, že niektorí užívatelia prechádzajú na iné stimulanty. Možno je aj to, že potenciálni užívatelia si teraz viac uvedomujú negatívne dôsledky, ktoré môžu sprevádzať konzumáciu kokaínu. V nedávnom prehľade centra EMCDDA o zdravotných dôsledkoch užívania kokaínu sa dospelo k záveru, že v dostupných zdrojoch údajov boli problémy pravdepodobne podcenené. Z údajov, ktoré existovali o naliehavých poskytnutiach pohotovostných nemocničných služieb, vyplývalo, že od konca deväťdesiatych rokov 20. storočia došlo k trojnásobnému nárastu naliehavých prijatí do nemocnice súvisiacich s užívaním kokaínu, ale ukazuje sa, že tieto poskytnutia pohotovostných služieb vyvrcholili okolo roku 2008. Podobne aj z dostupných údajov o úmrtiach súvisiacich s užívaním kokaínu vyplýva, že vrchol sa dosiahol v roku 2008. Tento trend bol zistený aj v údajoch o prijatí na liečbu, kde počty osôb nastupujúcich po prvýkrát vo svojom živote na liečbu problémov súvisiacich s kokaínom stúpali až do roku 2008, potom klesli. Podobný obraz

možno vidieť v údajoch o ponuke. Ukazuje sa, že počet zachytení kokainu v Európe teraz klesá: objem zachyteného kokainu dosiahol vrchol v roku 2006 a počet zachytení v roku 2008.

Heroín: dôkazy o poklese

Od sedemdesiatych rokov minulého storočia bolo užívanie heroínu, najmä injekčnou formou, zdrojom mnohých problémov Európy súvisiacich s drogami. Vzhľadom na škody, ktoré sú spojené s heroínom, zahŕňajúce úmrtia z predávkovania, rozširovanie HIV a vírusu hepatitídy C medzi injekčnými užívateľmi drogy a s ním spojenou kriminalitou, neprekvapuje, že európska protidrogová politika sa koncentrovala najmä na riešenie problémov súvisiacich s heroínom. A aj keď dnes tieto problémy pokračujú, vyskytujú sa na nižších úrovniach, v niektorých prípadoch na veľmi nízkych, lebo zaznamenávame vplyv účinných politík a dlhodobý pokles užívania tejto drogy, najmä injekčnou formou. Zdá sa čoraz pravdepodobnejšie, že teraz prechádzame do novej éry, v ktorej bude heroín zohrávať menej ústrednú úlohu v drogovej problematike v Európe.

Táto analýza sa musí robiť opatrne, lebo predpovedať budúce trendy nie je ľahké. Okrem toho dlhodobá a chronická povaha problémov s heroínom znamená, že mnohí súčasní užívatelia budú v nasledujúcich rokoch naďalej potrebovať pomoc. Napriek tomu ukazovatele poukazujú na pokles celkového užívania a – čo je ešte dôležitejšie – na pokles nového náboru. Počet nových dopytov po liečbe v celej Európe klesol a priemerný vek osôb nastupujúcich na liečbu problémov súvisiacich s užívaním heroínu sa zvýšil.

Z trhových ukazovateľov vyplýva, že heroín sa v posledných rokoch stal v Európe menej dostupným a v niektorých krajinách bola táto droga nahradená inými látkami vrátane syntetických opioidov, ako sú fentanyl a buprenorfín. V niektorých krajinách severnej Európy sa trh s heroínom zrútil takmer pred desiatimi rokmi a nikdy sa plne nezotavil. Nedávno boli takisto hlásené krátkodobé otrasy trhu, ktoré boli pravdepodobne výsledkom úspešného úsilia o zákaz heroínu. Pokles vykazujú všetky najnovšie európske údaje o čistote, zachyteniach, porušovaní protidrogových právnych predpisov a maloobchodnej cene. Vývoj na trhoch s nezákonnými drogami bude potrebné starostlivo sledovať, aby sa zistilo, či bude nedávny nedostatok heroínu viesť k trvalému zmiznutiu tejto drogy v niektorých krajinách a aké látky ju nahradia. V tomto ohľade boli okrem syntetických opioidov ako možní kandidáti identifikované látky ako metamfetamín, katinóny a benzodiazepíny.

Celkovo sa pri uvedených zmenách užívania heroínu ako dôležité ukazujú faktory na strane dopytu aj ponuky. Na úspešné úsilie o jeho zákaz sa treba pozeráť súbežne s dramatickým zvýšením dostupnosti liečby, predovšetkým substitučnej liečby, ktorou sa z trhu odstránila významná časť dopytu. Otvorenou otázkou je vzťah medzi produkciou ópia v Afganistane a formami konzumácie heroínu v Európe, kde sa z údajov nedá vypočítavať žiadne jednoduché prepojenie. Aj keď existujú obavy, že zvýšená produkcia by mohla spôsobiť vlnu nového užívania heroínu v členských štátoch EÚ, historické údaje nepoukazujú presvedčivo týmto smerom. Naopak, Európska únia môže teraz predstavovať pre tento produkt ťažšie zvládateľný trh, prinajmenšom v určitých ohľadoch.

Injekčné užívanie tiež klesá, ale stále predstavuje vážne ohrozenie verejného zdravia

Z ukazovateľov trendov injekčného užívania tiež vyplýva, že toto osobitne škodlivé správanie je teraz tiež na ústupe. Uvádzané úrovne injekčného užívania medzi novými klientmi nastupujúcimi na liečbu problémov súvisiacich s drogami poskytujú v tomto prípade najlepší dostupný zdroj údajov. Klesajúci trend je evidentný medzi novými užívateľmi heroínu nastupujúcimi na liečbu. Tento trend je najviac viditeľný v západnej Európe, ale možno ho pozorovať aj v niektorých krajinách východnej Európy. V súčasnosti uvádza injekčné užívanie ako hlavný spôsob užívania celkovo len o niečo viac ako jedna tretina (36 %) osôb nastupujúcich na liečbu problémov súvisiacich s užívaním heroínu. Injekčne sa môžu užívať aj ďalšie drogy: približne štvrtina užívateľov drog, ktorí nastupujú na liečbu problémov súvisiacich s amfetamínom, uvádza injekčné užívanie svojej drogy, rovnako ako približne 3 % užívateľov drog, ktorí nastupujú na liečbu problémov súvisiacich s kokainom. Ústup od injekčného užívania je jasne povzbudivý. Napriek tomu zostáva injekčné užívanie drog v prípade mladých Európanov hlavnou príčinou zdravotných problémov a úmrtí, ktorým bolo možné predísť. Injekčné užívanie je spájané najmä s predávkovaním drogami a vážnymi infekciami. Nedávne prepuknutia HIV v Grécku a Rumunsku nám pripomínajú, že napriek úspechu Európy v boji proti prenosu tohto vírusu medzi užívateľmi drog si vírus zachováva potenciál rýchleho šírenia v určitých populáciách. Poukazuje to tiež na potrebu zaistiť pre rizikové populácie primerané pokrytie prevencie HIV a služby na znižovanie škôd. Ďalšími potenciálne vážnymi dôsledkami injekčného užívania sú bakteriálne infekcie, ktoré môžu ohrozovať život. V júni a v júli 2012 boli v piatich krajinách EÚ hlásené prípady antraxu, ktoré pravdepodobne súviseli so spoločným zdrojom kontaminovaného heroínu. Toto vypuknutie podnietilo

spoločné rýchle hodnotenie rizík centra EMCDDA – ECDC (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť a Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb).

Hľadanie nového pohľadu na nové drogy

Internetom sa zmenšili obmedzenia, ktoré vytvára čas a priestor, a umožnilo sa to, aby nové formy a trendy užívania drog rýchlo prekročili zemepisné hranice. Na druhom medzinárodnom fóre o nových psychoaktívnych látkach, ktoré v tomto roku zorganizovalo centrum EMCDDA a Národný inštitút USA pre drogovú závislosť, bolo predložených množstvo dôkazov potvrdzujúcich tento záver. V súčasnosti sa predávajú v Spojených štátoch, Japonsku, častiach juhovýchodnej Ázie a v európskych krajinách podobné výrobky označované ako „legálne opojenia“. Európska únia má na reagovanie na objavenie sa nových psychoaktívnych látok pokročilý mechanizmus včasného varovania a hodnotenia rizík podľa medzinárodných štandardov. Tento mechanizmus sa v súčasnosti skúma a očakáva sa nový právny rámec. Opatrenia v tejto oblasti sú pravdepodobne najúčinnnejšie vtedy, keď sa koordinujú v jednotlivých štátoch a s jasnou pridanou hodnotou, ktorú poskytuje mechanizmus na úrovni EÚ. V roku 2012 pokračuje oznamovanie nových psychoaktívnych látok do systému rýchlosťou približne jedna látka týždenne. Prominentnými sú stále syntetickí agonisti kanabinoidových receptorov a katinóny, ale v rastúcej miere sa oznamujú látky z málo známych chemických skupín. Doteraz sa nové látky zameriavali na napodobňovanie účinkov kanabису alebo stimulačných drog, ako sú extáza alebo kokaín, a ich balenie naznačuje, že ich hlavným cieľom je trh s rekreačnými drogami. Z niektorých krajín však prišli správy o problémových užívateľoch drog, ktorí prechádzajú na injekčné užívanie katinónov, akú sú mefedrón a MDPV (3,4-metyléndioxyprovalerón).

„Kúpeľné soli“ a „potrava pre rastliny“: problém, ktorý predstavujú komplexné a meniace sa výrobky a zmesi

Dôležitou úlohou systému včasného varovania EÚ je výmena informácií z forenzej oblasti a toxikologických informácií. Identifikácia psychoaktívnych chemikálií vo výrobkoch môže byť náročná, lebo môže ísť o málo známe zlúčeniny alebo zmesi chemikálií. Ukazuje sa, že počet produktov obsahujúcich viaceré psychoaktívne látky rastie a zistilo sa, že niektoré vzorky zo skúšobných nákupov obsahujú kontrolované aj nekontrolované látky. Bežne používaný pojem „legálne opojenia“ je preto často

nesprávny a užívatelia týchto produktov pravdepodobne nevedia, čo konzumujú, a ignorujú zdravotné a právne následky. Zmätenie je zrejme na medzinárodnej úrovni, kde nedostatok jasnej terminológie a informácií z forenzej oblasti bráni diskusii. Napríklad v Spojených štátoch pokrýva všeobecný termín „kúpeľné soli“ celý rad produktov obsahujúcich nové psychoaktívne látky a v Európskej únii sa tieto látky často predávajú ako „potrava pre rastliny“.

Nové psychoaktívne látky predstavujú problém aj pre prieskumy užívania drog, lebo mnohí užívatelia nemusia vedieť, čo v skutočnosti užíli. V niekoľkých dostupných štúdiách sa vykresľuje obraz značnej heterogenosti medzi krajinami, s pomerne nízkymi, ale nezanedbateľnými mierami užívania. Z týchto štúdií takisto vyplýva, že užívanie týchto látok môže v rámci špecifických populácií rýchlo rásť a klesať. V tejto súvislosti sa ukazuje, že dôležitým faktorom je dostupnosť. V Poľsku bolo otvorenie veľkého počtu maloobchodných predajní sprevádzané nárastom uvádzaného užívania a návštev jednotiek nemocničnej pohotovosti pripísaných novým psychoaktívnym látkam. Po prijatí opatrení na obmedzenie dostupnosti obidva tieto javy klesli. V Nemecku niektoré údaje naznačujú, že užívanie „Spice“ – tento prípravok často obsahuje syntetických agonistov kanabinoidových receptorov – sa po zavedení mimoriadnych opatrení na jeho zákaz znížilo, ale nezmizlo. Podobne, napriek zavedeniu kontrolných opatrení na úrovni EÚ sa ukazuje, že mefedrón je v niektorých krajinách stále dostupný na nelegálnom trhu.

Doteraz sa politická diskusia o nových drogách zameriavala väčšinou na vývoj kontrolných opatrení. Členské štáty pritom využívajú zmes regulácie trhu, existujúcich právnych predpisov na kontrolu drog a špeciálne navrhnutých nových právnych predpisov. Rastie však záujem o riešenie širších záležitostí v súvislosti s novými drogami, najmä potreba porozumenia potenciálnemu zdravotnému a sociálnemu vplyvu týchto drog a identifikácie primeraných stratégií na obmedzenie dopytu. Centrum EMCDDA dostalo správy o urgentných lekárskech prípadoch a úmrtiach spojených s užívaním nových psychoaktívnych látok. V súčasnosti je ťažké interpretovať tieto údaje a jednoznačnou prioritou v tejto oblasti je zlepšenie našich schopností v oblasti dohľadu a analýzy. Členské štáty EÚ začínajú oznamovať zavádzanie špecifických reakcií na nové psychoaktívne látky. Medzi novými skúmanými prístupmi sú inovatívne internetové preventívne programy a poskytovanie cielených informácií na prevenciu na školách.



Kapitola 1

Politiky a právne predpisy

Úvod

V tejto kapitole sa skúma najnovší vývoj politík v Európskej únii a rozsah, v ktorom členské štáty integrujú svoje politiky týkajúce sa zákonných a nezákonných drog, ako aj existujúce prepojenia medzi protidrogovými a bezpečnostnými stratégiami. Uvádza sa v nej aj množstvo národných a nadnárodných stratégií z iných krajín ako krajín EÚ, ktoré sa posudzujú podľa podobnosti alebo odlišnosti od európskeho prístupu k drogám.

Posudzuje sa rozsah, v ktorom sú národné protidrogové stratégie previazané s rozpočtami, ako aj najnovšie trendy zo štúdií týkajúcich sa verejných výdavkov súvisiacich s drogami. Predstavuje sa v nej aj nová analýza prípravy vnútroštátnych právnych predpisov členských štátov na riešenie čoraz náročnejšej situácie v oblasti nových drog. V závere kapitoly sa nachádza opis najnovšieho európskeho vývoja v oblasti výskumu súvisiaceho s drogami.

Vývoj v oblasti medzinárodnej politiky a politiky EÚ

Smerom k novej protidrogovej stratégii EÚ

Súčasná protidrogová stratégia EÚ (2005 – 2012) bola ako prvá predložená na externé hodnotenie. Hodnotitelia zistili, že stratégia pridáva úsilie členských štátov v protidrogovej oblasti pridanú hodnotu a že podporu intervencií na základe dôkazov, ktorú presadzuje stratégia EÚ, zainteresované strany vykonávajú (Rand Europe, 2012). V správe sa zdôrazňuje oblasť informácií, výskumu a hodnotenia, v ktorej prístup a infraštruktúra EÚ aktívne podporujú prenos poznatkov v rámci Európy. Pre ďalšiu stratégiu, ktorá sa pripravuje v roku 2012, hodnotitelia odporučili udržanie vyváženého prístupu, prijatie integrovaných politických prístupov v oblasti zákonných a nezákonných látok vrátane nových psychoaktívnych látok, budovanie dôkazovej základne s cieľom znižovať ponuku drog a objasnenie úloh koordinačných orgánov EÚ.

Vzhľadom na súčasný politický záujem o túto tému a jej jasný európsky rozmer bude v nadchádzajúcej stratégii dôležité reagovať na nové psychoaktívne látky. Stratégia bude vychádzať z množstva iniciatív, ktoré sa začali realizovať v roku 2011 a ku ktorým patria: Európsky pakt proti syntetickým drogám ⁽¹⁾, operačný akčný plán pre syntetické drogy a nové psychoaktívne látky ⁽²⁾, prijaté Radou a Európskou uniou, a oznámenie Ráznnejšia európska reakcia na drogovú problematiku prijaté Európskou komisiou, v ktorom sa zavádza séria opatrení v oblasti nezákonných drog ⁽³⁾. K týmto opatreniam patria nové európske právne predpisy určené na rýchlejšie a účinnejšie riešenie výskytu nových škodlivých psychoaktívnych látok (tzv. legálne opojenia, pozri kapitolu 8). Ďalšie legislatívne opatrenia sa plánujú v oblastiach obchodovania s drogami, kontroly prekurzorov, prania špinavých peňazí a vymožiteľnosti aktivít zločincov. Okrem toho sa pripravuje návrh na zavedenie minimálnych noriem kvality v oblasti prevencie, liečby a znižovania poškodení.

Protidrogové politiky v krajinách západného Balkánu

V hodnotení protidrogovej stratégie EÚ sa uvádza, že medzinárodná spolupráca predstavuje užitočný a vplyvný politický nástroj, a to najmä v prípade kandidátskych krajín a krajín v predvstupovej fáze. Pred posledným rozšírením Európskej únie v rokoch 2004 a 2007 pomáhali budúce členské štáty EÚ pri vývoji protidrogových politík, ktoré boli v súlade s politikami Európskej únie obsahujúcimi vyvážený a na dôkazoch založený prístup.

Podobný proces prebieha v súčasnosti v krajinách západného Balkánu, v ktorých tri kandidátske a tri potenciálne kandidátske krajiny nedávno prijali komplexné a vyvážené protidrogové stratégie a akčné plány (pozri tabuľku 1). Krajiny tohto regiónu majú množstvo spoločných problémov vrátane toho, že historicky predstavujú jednu z európskych drogových ciest, z čoho vyplývajú problémy s heroínom a ďalšími drogami ⁽⁴⁾. Tieto vnútroštátne politické dokumenty sa týkajú znižovania dopytu po drogách a ponuky drog

⁽¹⁾ K dispozícii online.

⁽²⁾ Pozri rámček COSI: Stály výbor pre operačnú spoluprácu v oblasti vnútornej bezpečnosti (kapitola 2).

⁽³⁾ KOM(2011) 689/2.

⁽⁴⁾ Pozri časť Prehľady podľa krajín na webovej stránke EMCDDA.

Tabuľka 1: Najnovšie dokumenty týkajúce sa protidrogovej politiky v kandidátskych a potenciálnych kandidátskych krajinách na západnom Balkáne

Krajina	Názov politického dokumentu	Časové rozpätie	Hlavné zameranie	Poznámka
Albánsko	Národná protidrogová stratégia	2004 – 2010	Nezákonné drogy	Potenciálna kandidátska krajina
Bosna a Hercegovina	Národná stratégia dohľadu nad omamnými drogami, prevencie a potlačovania zneužívania omamných drog	2009 – 2013	Nezákonné drogy	Potenciálna kandidátska krajina
Bývalá juhoslovanská republika Macedónsko	Národná protidrogová stratégia	2006 – 2012	Nezákonné drogy	Kandidátska krajina
Kosovo ⁽¹⁾	Národná protidrogová stratégia a akčný plán	2009 – 2012	Nezákonné drogy	Potenciálna kandidátska krajina
Čierna Hora	Národná strategická reakcia na drogy	2008 – 2012	Nezákonné drogy	Kandidátska krajina
Srbsko	Národná stratégia boja proti drogám	2009 – 2013	Nezákonné drogy	Kandidátska krajina
⁽¹⁾ Použitím tohto označenia nie sú žiadnym spôsobom dotknuté pozície týkajúce sa štatútu a uvedené označenie je v súlade s rezolúciou Bezpečnostnej rady OSN č. 1 244 a stanoviskom Medzinárodného súdneho dvora k vyhláseniu nezávislosti Kosova.				

a v niektorých prípadoch sa v nich prijímajú strategické ciele, ciele a štruktúry vychádzajúce z protidrogových politik EÚ, do ktorých sa začleňujú monitorovacie a hodnotiace systémy, ako aj koordinačné mechanizmy. Akčné plány sú často podrobné, obsahujú časový rámec, zodpovedné strany, ukazovatele realizácie a odhady nákladov na každú akciu.

Národné protidrogové stratégie

Jedným z odporúčaní pre budúcu protidrogovú stratégiu EÚ je dosiahnuť integrovanejší prístup pre zákonné aj nezákonné drogy s možným začlenením behaviorálnych závislostí. Ďalšou témou na zváženie je zlepšenie prepojenia medzi protidrogovou politikou a všeobecnejšími bezpečnostnými politikami, napríklad politikami zameranými na organizovaný zločin. Súčasný stav v oboch smeroch v členských štátoch EÚ, Chorvátsku, Turecku a Nórsku sa skúma ďalej v texte.

Integrácia zákonných a nezákonných drog

Prijatie národných protidrogových stratégií a akčných plánov je základom protidrogovej politiky EÚ a zavedeným nástrojom, ktorý európske krajiny používajú na stanovenie cieľov svojich protidrogových politik. Rozdiely sa týkajú najmä rozsahu, v ktorom sa jednotlivé krajiny posunuli k politickým dokumentom týkajúcim sa zákonných aj nezákonných drog (obr. 1).

Päť krajín prijalo stratégie alebo akčné plány, ktoré majú globálnu pôsobnosť a týkajú sa zákonných aj nezákonných drog, v niektorých prípadoch aj návykového správania. Všeobecný prístup sa odráža v názvoch politických dokumentov: v Belgicku komplexná a integrovaná protidrogová politika, vo Francúzsku vládny plán na boj proti drogám a drogovej závislosti, v Nemecku národná

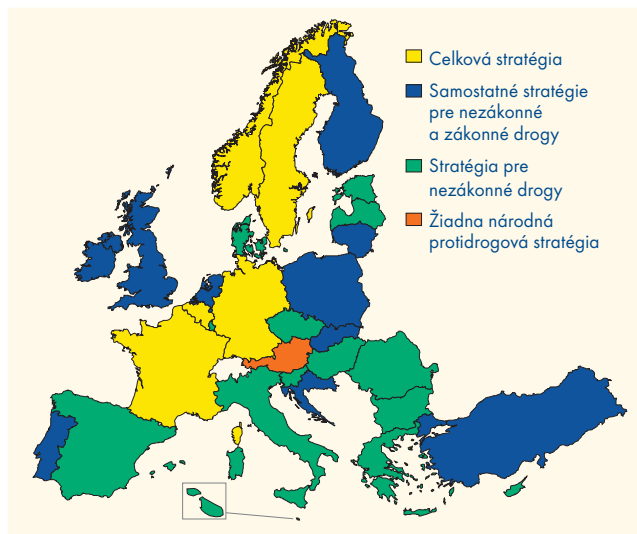
Nadnárodné protidrogové stratégie

Budúca protidrogová stratégia EÚ bude deviatou protidrogovou stratégiou alebo akčným plánom, ktoré Európska únia od roku 1990 prijala. Počas tohto obdobia pripravovali podobné dokumenty aj nadnárodné organizácie v iných častiach sveta.

V Afrike pripravila Africká únia plán akcií v oblasti protidrogovej kontroly a prevencie trestnej činnosti (2007 – 2012) a 15 členských štátov Hospodárskeho spoločenstva západoafrických štátov (ECOWAS) odsúhlasilo politické vyhlásenie a regionálny akčný plán v oblasti obchodovania s nezákonnými drogami, organizovaného zločinu a drogovej závislosti (2008 – 2011). V Ázii prijalo Združenie národov juhovýchodnej Ázie (ASEAN) pozostávajúce z 10 krajín pracovný plán združenia ASEAN na boj proti výrobe a užívaniu nezákonných drog a obchodovaniu s nezákonnými drogami (2009 – 2015). A v roku 2010 prijala Organizácia amerických štátov (OAS) Hemisférickú protidrogovú stratégiu, ktorá sa týka 35 krajín amerických kontinentov.

Stratégia organizácie OAS má k prístupu EÚ najbližšie, plány ostatných nadnárodných organizácií sa zameriavajú najmä na zníženie dodávok a presadzovanie právnych predpisov. Pracovný plán združenia ASEAN sa napríklad zameriava na likvidáciu výroby, spracovania a užívania drog, ako aj obchodovania s drogami, pričom cieľom združenia ASEAN je dosiahnuť do roku 2015 región bez drog. Celkovým cieľom plánu Africkej únie je posilniť presadzovanie právnych predpisov v oblasti kontroly drog, pričom šesť zo siedmich kľúčových prioritných oblastí sa zameriava na kontrolu drog a prevenciu zločinu. Napriek začleneniu vyvázenejšieho prístupu kladie stratégia spoločenstva ECOWAS veľký dôraz na bezpečnostné problémy súvisiace s obchodovaním s drogami.

stratégia v oblasti drog a politika v oblasti závislostí, vo Švédsku kohézna stratégia pre alkohol, narkotiká, doping a tabak (ANDT) a v Nórsku akčný plán pre oblasť drog a alkoholu. S výnimkou Nórska, ktoré má samostatné

Obrázok 1: Rozsah národných protidrogových stratégií

Poznámka: Celkové stratégie sa týkajú zákonných a nezákonných drog a v niektorých prípadoch návykového správania. Niektoré stratégie pre nezákonné drogy sa zameriavajú aj na zákonné drogy. Zatiaľ čo Spojené kráľovstvo má dve samostatné stratégie pre zákonné a nezákonné drogy, Anglicko a Škótsko majú samostatné stratégie pre nezákonné drogy, alkohol a tabak a Wales a Severné Írsko majú celkovú protidrogovú stratégiu, ktorá zahŕňa alkohol, ako aj samostatné protitabakové stratégie.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

stratégie pre tabak a hazardné hry, neexistujú v týchto krajinách žiadne osobitné národné stratégie pre iné zákonné drogy alebo návykové správanie.

Desať krajín má osobitné stratégie alebo akčné plány pre zákonné a nezákonné drogy. Tieto krajiny sa od seba líšia vypracovaním samostatných politických dokumentov pre zákonné drogy a v tom, či sa tieto dokumenty venujú jednotlivým látkam alebo nie. Holandsko a Slovensko majú osobitné stratégie pre alkohol a tabak, Litva má spoločnú stratégiu pre alkohol a tabak. V ďalších siedmich krajinách sa stratégie pre zákonné drogy týkajú len alkoholu a tabaku, v Írsku a Portugalsku sa v súčasnosti uvažuje o procese integrovania stratégií venovaných zákonným drogám a alkoholu.

14 krajín má len jednu protidrogovú stratégiu alebo akčný plán so zameraním na nezákonné drogy. Opatrenia pre zákonné drogy sa však môžu do týchto dokumentov vo väčšej či menšej miere začleniť. V niektorých ďalších krajinách, napríklad Španielsku, existuje silná tendencia začleňovať v prípade potreby osobitné opatrenia zamerané na užívanie alkoholu alebo tabaku. V iných krajinách sa občas zmieňujú zákonné drogy alebo lieky (Bulharsko, Malta) alebo vyzýva na lepšiu integráciu problematiky drog a alkoholu v budúcnosti (Grécko, Luxembursko). Len jedna krajina, Estónsko, má stratégiu zameranú výlučne na nezákonné drogy.

Trend smerom k integrovanému prístupu k užívaniu látok zjavne existuje prevažne v krajinách, ktoré boli členskými štátmi EÚ pred rokom 2004. Práve tieto krajiny prijali globálnu stratégiu, nachádzajú sa v procese integrácie svojich stratégií v oblasti nezákonných drog a alkoholu alebo začlenili množstvo cieľov týkajúcich sa zákonných drog do svojej stratégie v oblasti nezákonných drog. V strednej a východnej Európe prevažuje systém jednej osobitnej stratégie alebo iba stratégií zameraných na nezákonné drogy, pričom zákonným drogám sa venujú len v obmedzenom rozsahu.

Napriek tomuto trendu smerom k integrácii zákonných aj nezákonných látok do politických dokumentov nie sú vždy príslušne upravené podporné vnútroštátne koordinačné a rozpočtové štruktúry.

Protidrogové stratégie a bezpečnostné problémy

Znižovanie dodávok tvorí hlavnú zložku protidrogových politík v Európe. Plánovanie a koordinácia činností v tejto oblasti nesúvisí len s protidrogovou stratégiou, ale aj s prípravou všeobecnejších politík v oblasti bezpečnosti. Na úrovni EÚ predstavuje napríklad závažný organizovaný zločin a jeho zapojenie do obchodovania s drogami jednu z hrozieb, ktorej sa venuje stratégia vnútornej bezpečnosti Európskej únie (Európska rada, 2010).

Na vnútroštátnej úrovni má 15 krajín aspoň jeden politický dokument okrem protidrogovej stratégie, v ktorom sa vymedzujú činnosti v oblasti znižovania ponuky drog. Z týchto krajín sa v dvoch prípadoch uvádza stratégia v oblasti bezpečnosti, v 11 stratégií na boj proti zločinu alebo organizovanému zločinu a v dvoch oba druhy stratégií. V 14 ďalších krajinách sa uvádza národná protidrogová stratégia ako jediný dokument, v ktorom sa vymedzujú činnosti na znižovanie ponuky drog, pričom Rakúsko nemá v tejto oblasti žiadny vnútroštátny politický dokument.

Vo väčšine týchto krajín je znižovanie ponuky začlenené do protidrogovej stratégie a ďalšej stratégie, pričom protidrogoví odborníci uvádzajú, že národná protidrogová stratégia je v tejto oblasti najdôležitejším dokumentom. Dve krajiny (Holandsko, Spojené kráľovstvo) uvádzajú, že obom dokumentom sa pripisuje rovnaká dôležitosť, pričom v Belgicku (národný bezpečnostný plán) a v Slovinsku (národný program pre prevenciu a potláčanie zločinnosti) sa týmto dokumentom pripisuje pri vymedzení činností na znižovanie ponuky väčšia dôležitosť ako protidrogovej stratégii.

Počas posledných 20 rokov sa drogy stali vysoko zviditeľňovanou politickou prioritou, a to najmä v dôsledku rastúcej miery užívania drog a problémov súvisiacich

s drogami. K čoraz intenzívnejšej integrácii protidrogových politík do všeobecnejších politík prispievajú v súčasnosti aj stabilnejšia situácia v oblasti drog a nové politické priority na vnútroštátnej úrovni (deficity verejných financií, nezamestnanosť). V praxi to znamená, že znižovanie dopytu po drogách sa čoraz viac presúva do politík zdravia a behaviorálnej závislosti, zatiaľ čo znižovanie ponuky drog do bezpečnostných stratégií zameraných na organizovaný zločin. Z toho vyplýva otázka, či budú mať komplexné a vyvážené protidrogové stratégie v budúcnosti svoje miesto.

Verejné výdavky

Národné protidrogové stratégie a akčné plány obsahujú opatrenia na zmiernenie problémov súvisiacich s drogami, ktorých realizáciu financuje prevažne vláda. Zúčtovanie takýchto verejných financií môže predstavovať dôležitý nástroj procesu hodnotenia politík. V tejto časti sa skúma, či sú konkrétne rozpočty previazané s protidrogovými dokumentmi a či sa sprístupňujú informácie o skutočných výdavkoch. Keďže sa však prostriedky pridávajú na rôznych úrovniach a rozpočtové postupy sú v rôznych krajinách Európy iné, k dispozícii je len predbežný prehľad vnútroštátnych postupov v tejto oblasti.

Verejné výdavky súvisiace s problematikou drog môžu ovplyvňovať úsporné programy, ako napríklad programy realizované v niektorých krajinách po nedávnej celosvetovej hospodárskej recesii. Túto problematiku skúma prvá revízia údajov o tendencii verejných výdavkov súvisiacich s drogami.

Protidrogové stratégie a rozpočty

Z 29 európskych krajín, ktoré majú národné protidrogové stratégie alebo akčné plány, sedem uvádza, že ich aktuálny protidrogový dokument obsahuje buď komplexný, alebo sektorový rozpočet. Na Cypre je k protidrogovej stratégii na roky 2009 – 2012 pridelený každoročný rozpočet a uverejňujú sa aj každoročné výdavky. V Estónsku sa na národné protidrogové stratégie pridáva rozpočet a ročné výdavky sa odhadujú. V Českej republike bol akčnému plánu na roky 2010 – 2012 prvýkrát pridelený orientačný rozpočet. V Grécku bol akčnému plánu na roky 2011 – 2012 pridelený sprievodný rozpočet. Rozpočet bol pridelený aj francúzskemu národnému plánu na roky 2008 – 2011 (rozšírenému aj na rok 2012), jeho plnenie sa však verejne neposudzuje. Pre protidrogovú stratégiu Spojeného kráľovstva neexistuje ústredný rozpočet, ale Severné Írsko, Škótsko a Wales pridávajú stratégiám rozpočty a zverejňujú odhady výdavkov. V Anglicku sa pravidelne zverejňujú výdavky, aj

Poradenstvo v oblasti protidrogových politík

Vlády vyhľadávajú poradenstvo v oblasti protidrogových politík z rôznych dôvodov, napríklad pri príprave nových protidrogových stratégií, zvažovaní legislatívnych zmien alebo hodnotení starších politických rozhodnutí.

28 z 30 krajín uvádza existenciu štruktúry s formálnou poradenskou úlohou v oblasti protidrogovej politiky: v niektorých prípadoch je štruktúra zriadená zákonom, v iných nie je zákonne upravená. V polovici z týchto krajín existujú vyhradené poradné orgány, v ostatných majú poradnú úlohu existujúce štruktúry, väčšinou vnútroštátne drogové koordinačné orgány. Členstvo v poradných štruktúrach sa líši počtom od ôsmich do 30 ľudí, ktorých tvoria najmä politici, štátni zamestnanci, výskumníci, protidrogoví pracovníci a zástupcovia občianskej spoločnosti. Predsedom môže byť politik (Švédsko), akademický pracovník (Belgicko) alebo starší štátny zamestnanec (Estónsko). K ich úlohám patria podpora pri začleňovaní látok do zákonov týkajúcich sa drog, vykonávanie a financovanie výskumu a poskytovanie poradenstva politikom.

K poradným štruktúram v Európe patrí napríklad írsky Národná poradná komisia pre drogy, ktorá má 16 členov a predsedá jej akademický pracovník. V Spojenom kráľovstve 24-členná Poradná rada pre drogové závislosti navrhuje drogy a radí vláde. Nemeckej Rade pre drogy a závislosti, ktorá má 27 členov, predsedá spolkový komisár pre drogy. Podporuje realizáciu a vypracovanie národnej protidrogovej stratégie a spoluprácu medzi vnútroštátnou a lokálnymi úrovňami. V Českej republike má plánovanie a poradenstvo na starosti päť výborov a niekoľko pracovných skupín previazaných na Radu vlády pre koordináciu protidrogovej politiky.

Poradenské orgány patria v Európe k štandardnej politickej štruktúre, majú však iné formy, funkcie a členstvo. Vo všeobecnosti predstavujú fórum na komunikáciu, koordináciu a zvažovanie politicky relevantných informácií pre vládu a ďalšie sektory.

keď neexistuje osobitný rozpočet. V niektorých krajinách rozpočet pokrýva len časť protidrogovej stratégie, ako napríklad v Rumunsku, kde sa rozpočet poskytuje na opatrenia v oblasti zdravia a sociálnej starostlivosti protidrogového akčného plánu na roky 2009 – 2012.

Tri krajiny uvádzajú, že už svojim protidrogovým stratégiám nepridávajú rozpočet. Írsko, Portugalsko a Slovensko poskytli rozpočet a odhady ročných výdavkov pre predchádzajúce akčné plány, nie však pre súčasný. Portugalsko a Slovensko však majú medzirezortné výbory pôsobiace v tejto oblasti.

V ôsmich krajinách sa rozpočet pokrývajúci všetky alebo čiastočné náklady na národnú protidrogovú stratégiu alebo akčný plán určuje každý rok v rámci celkového

vnútroštátneho rozpočtu. V Luxembursku sa v rámci viacročného akčného plánu každoročne poskytuje aj protidrogový rozpočet a komplexné odhady výdavkov. V Chorvátsku je každoročný protidrogový rozpočet úzko previazaný s akčným plánom. V Bulharsku, Dánsku, Maďarsku, Švédsku, Fínsku a Nórsku vlády schvaľujú ročné rozpočty na financovanie protidrogových iniciatív.

11 krajín zatiaľ nenaťahovalo protidrogové rozpočty na vnútroštátne politické dokumenty. V týchto prípadoch pochádzajú financie potrebné na protidrogovú stratégiu alebo akčný plán priamo z agentúr, ktoré ich realizujú.

V Európe sa využíva množstvo postupov a len niekoľko krajín prijalo jednoznačný a transparentný prístup k pridelovaniu rozpočtu na skúmanie protidrogovej oblasti. Aj keď to môže byť dôsledok technických ťažkostí, prispieva sa tak k problémom, ktoré existujú pri odhadovaní protidrogových verejných výdavkov v Európe a k príprave ekonomického hodnotenia protidrogovej politiky.

Trendy v protidrogových verejných výdavkoch

Súčasným najzávažnejším problémom je vplyv nedávnej hospodárskej krízy a presadzovanie úsporných opatrení v protidrogovej politike a protidrogových rozpočtoch. Táto téma sa skúma vzhľadom na nedávne odhady protidrogových verejných výdavkov v európskych krajinách. Je však potrebná opatrnosť, keďže v jednotlivých krajinách sa do veľkej miery líši objem a kvalita dostupných informácií v dôsledku toho, že štúdie sa týkajú rôznych rokov, používa sa v nich množstvo metodík a nie vždy sa odhaduje rovnaká časť rozpočtov.

Niektoré z finančných prostriedkov, ktoré vláda vyčlenila na výdavky vzťahujúce sa na úlohy súvisiace s drogami, sa v rozpočtoch takto aj identifikujú („označené“). Výdavky súvisiace s drogami však bývajú často neidentifikované („neoznačené“) a musia sa odhadnúť pomocou modelovania. Celkový rozpočet predstavuje súčet označených aj neoznačených protidrogových výdavkov.

V posledných rokoch bol v šiestich krajinách zaznamenaný pokles protidrogových verejných výdavkov. V Spojenom kráľovstve nevynahradilo zníženie označených verejných výdavkov z rokov 2010 – 2011 o 5 % v Anglicku ⁽⁵⁾ v porovnaní s predchádzajúcim rokom ani malé zvýšenie označených výdavkov v Severnom Írsku, Škótsku a Walese. V roku 2010 klesli označené výdavky v Estónsku v porovnaní s rokom 2009 o 3 %, ale v porovnaní s rokom 2008 o 54 %. V Írsku klesli označené výdavky v porovnaní s predchádzajúcim rokom o 3 %. V Maďarsku sa pri polročnej revízii rozpočtu na rok 2010 znížilo

financovanie označených činností o 25 %. V Chorvátsku poukazujú dostupné údaje na 10 % zníženie označených protidrogových verejných výdavkov v rozpočte na rok 2010 v porovnaní s rokom 2009. V Českej republike ukazuje podrobná analýza napriek lepším údajom poukazujúcim na nárast výdavkov v roku 2010, že na liečbu a znižovanie poškodení bolo k dispozícii menej prostriedkov.

V prípade ďalších štyroch krajín neexistujú pri najnovších odhadoch protidrogových výdavkov žiadne známky rozpočtových škrtov. V Belgicku sa celkové verejné protidrogové výdavky v rokoch 2004 – 2008 zvýšili o 18,5 % (pred recesiou). Vo Švédsku v roku 2011 v porovnaní s rokom 2007 verejné protidrogové výdavky podstatne narástli. V Luxembursku sa v roku 2010 zaznamenal ročný nárast celkových protidrogových výdavkov o 5,6 %. Vo Fínsku sa v roku 2009 celkové verejné protidrogové výdavky zvýšili o 1,6 %.

Štúdie, ktoré boli doteraz vypracované, naznačujú, že medzi jednotlivými krajinami existujú veľké odchýlky, pokiaľ ide o charakter a závažnosť vplyvu hospodárskej krízy na protidrogové rozpočty a výdavky.

Vnútroštátne právne predpisy týkajúce sa nových psychoaktívnych látok

V posledných rokoch sa v Európe objavilo množstvo rôznych nových psychoaktívnych látok, ktoré sa rozšírili dosiaľ nevídanou rýchlosťou. Rýchlosť, s ktorou sa tieto nové látky objavujú, sťažuje spolu s nedostatkom informácií o rizikách súvisiacich s ich užívaním vykonávanie zavedených postupov pridávania jednotlivých látok do zoznamu látok, na ktoré sa vzťahujú právne predpisy. Hoci to väčšina európskych krajín robí naďalej takto, niekoľko krajín reagovalo zavedením inováčných zmien do svojich právnych predpisov alebo politík presadzovania právnych predpisov ⁽⁶⁾.

K najzásadnejším zmenám patrilo schválenie nových trestných právnych predpisov, v ktorých sa trestá nedovolená distribúcia psychoaktívnych látok, ako sa to uskutočnilo v Írsku, Rakúsku a Rumunsku. V týchto troch prípadoch nájdeme podobnosti, ale aj zásadné rozdiely. Čo sa týka látky, všetky tri krajiny vymedzujú psychoaktívnu látku ako látku, ktorá stimuluje alebo utlmuje centrálny nervový systém a ktorá je spojená so závislosťou, halucináciami alebo narušením motorických funkcií alebo správania. V Írsku musia byť tieto narušenia zásadné, v Rakúsku sa látky iba triedia podľa toho, či existuje pravdepodobnosť ich zneužívania v určitých častiach spoločnosti s možným ohrozením zdravia

⁽⁵⁾ Anglicko predstavuje 84 % obyvateľstva Spojeného kráľovstva a jeho protidrogový rozpočet tvorí zvyčajne 80 % celkového rozpočtu. Označené výdavky predstavujú malú časť celkových protidrogových výdavkov Spojeného kráľovstva.

⁽⁶⁾ Súhrn politických tém v európskych krajinách pozri v dokumente EMCDDA (2011d).

spotrebiteľov. V rumunskom práve nie je na rozdiel od vládneho nariadenia vydaného v tom istom roku vôbec stanovená konkrétna požiadavka na škodlivosť. V Rakúsku musí minister zdravotníctva uviesť látky alebo skupiny látok v nariadení, v Írsku a Rumunsku sa uvedenie konkrétnych látok nevyžaduje, ich predpisy sa týkajú v zásade všetkých látok, ktoré vykazujú vlastnosti vymedzené v právnych predpisoch. Dodávanie je v Rakúsku trestný čin, ak má dodávateľ v úmysle zisk a používanie produktu pre jeho psychoaktívne účinky. V Írsku stačí len poznatok o pravdepodobnej spotrebe ľuďmi, v Rumunsku sa nevyžaduje ani jedno z toho. Maximálnym trestom za dodávanie sú v Rakúsku dva roky väzenia, v Írsku päť rokov väzenia a v Rumunsku osem rokov väzenia, pričom v Rakúsku a Rumunsku sa trest podstatne zvyšuje v prípade spôsobenia závažného poškodenia alebo smrti.

Mnohé krajiny zachovali svoje existujúce protidrogové právne predpisy, zaviedli však zlepšenia s cieľom posilniť alebo urýchliť postupy na uvádzanie nových látok do zoznamov drog. V Maďarsku (2010) a Fínsku (2011) boli formálne vytvorené vedecké panely na hodnotenie rizík s cieľom prijímať rozhodnutia v oblasti kontroly nových látok založené na dôkazoch. V roku 2011 schválilo Spojené kráľovstvo nový postup (nariadenia o dočasnej kategorizácii drog), ktorý umožňuje zaradenie látky rýchlo (do roka) začleniť do rozsahu pôsobnosti protidrogových predpisov, pričom počas tohto času sa preskúma, či je potrebné zaradiť ich do stálych zoznamov drog. Podobný návrh dočasného kontrolného zoznamu schválil aj slovenský parlament, pred voľbami v roku 2012 však bol stiahnutý. Niektoré krajiny realizovali aj zlepšenia týkajúce sa rozšírenia pôsobnosti existujúcich protidrogových zákonov prostredníctvom zaradenia látok do vymedzených skupín, nie jednotlivo, ako to bolo predtým. V rokoch 2009 a 2011 boli v Luxembursku a Taliansku ako kontrolované skupiny látok vymedzené aj syntetické kanabinoidy. Taliansko neskôr ešte pridalo skupinu pre katinóny. V roku 2011 pridal do svojich protidrogových predpisov skupinové vymedzenia syntetických kanabinoidov, katinónov a fenetylaminov Cyprus. Francúzsko a Nemecko študovali uskutočniteľnosť tohto prístupu.

Legislatívne zmeny môžu predstavovať dlhý proces a niektoré krajiny využívajú na urýchlenie reakcie na nové látky iné existujúce právne predpisy. Minimálne v ôsmich krajinách boli na kontrolu látok na iné ako liečebné účely použité právne predpisy o liekoch. V Taliansku, Poľsku, Portugalsku a Spojenom kráľovstve boli prijaté rôzne právne predpisy na ochranu spotrebiteľa, ktoré sú zamerané na psychoaktívne produkty všeobecne (čo malo za následok zatvorenie obchodov) alebo na konkrétne látky. Napríklad mefedrón sa predával ako „potrava pre

rastliny“ alebo „sol' do kúpeľa“, napriek tomu, že sa tak nepoužíva. Toto môžu byť rýchle intervencie pred prijatím protidrogových predpisov, krajinám však prinášajú aj čas na navrhnutie inováčných reakcií.

Ďalšiu možnosť kontroly potenciálne škodlivých látok predstavuje úprava existujúcich právnych predpisov. V roku 2010 Poľsko vyčlenilo požiadavku na škodlivosť a uplatňovanie všeobecných právnych predpisov na bezpečnosť produktov z vymedzenia substitučnej drogy (látky, ktorá sa používa namiesto drogy na ten istý účel). Zároveň bol aktualizovaný právny predpis o ochrane zdravia tak, aby bol vymáhateľný už na základe podozrenia, že substitučná droga predstavuje hrozbu pre ľudské zdravie. V Maďarsku bol v roku 2012 pridaný do zákona o liekoch dočasný plán na uvádzanie drog, ktoré nie sú určené na liečebné účely a ktoré ovplyvňujú centrálny nervový systém, majú schopnosť meniť duševný stav, správanie alebo vnímanie, a preto môžu predstavovať závažnú hrozbu pre verejné zdravie, ako látok uvádzaných v zozname drog. Na základe zmenenej a doplnenej časti o drogách v trestnom zákonníku sa ponúkanie alebo distribúcia takýchto látok trestá až tromi rokmi väzenia. Vo Švédsku boli v roku 2011 orgánom na presadzovanie právnych predpisov pridelené nové právomoci konať v záujme ochrany verejnej bezpečnosti a zachytávať a ničiť uvedené látky, pri ktorých sa predpokladá použitie na intoxikáciu a ktoré pravdepodobne spôsobujú poškodenia alebo smrť. Podľa nových právnych predpisov môže za určitých okolností v Rakúsku a Spojenom kráľovstve polícia skonfiškovať akékoľvek množstvo látky aj v prípade, ak nebol spáchaný žiadny trestný čin.

Čoraz viac reakcií sa zameriava na propagáciu a otvorený predaj nových psychoaktívnych látok. Propagácia psychoaktívnych účinkov predávanej látky sa trestá až piatimi rokmi väzenia v Írsku a tromi rokmi v Rumunsku. V Českej republike sa propagácia závislosti od psychoaktívnej látky môže trestať až 8 rokmi väzenia. V Rumunsku sa reklamné tvrdenie, že produkty sa predávajú zákonne, trestá väzením na 3 – 10 rokov. V Poľsku sa ponúkanie substitučných drog môže trestať veľkou pokutou, ich propagácia však môže viesť až k jednému roku väzenia. V Rumunsku bude zavedená veľká pokuta, ak sa webová stránka porušujúca zákon nezatvorí do 12 hodín od žiadosti ministerstva.

Rýchle objavovanie nových a neznámych drog vyvolalo množstvo rôznych reakcií, ktoré sa ďalej vyvíjajú: od roku 2009 zaviedlo jednu inováčnu reakciu a neskôr iniciovalo ďalšie minimálne sedem krajín. Závažnosť trestných sankcií a stupeň psychoaktivity alebo potenciálneho poškodenia, ktoré ich podnecujú, sa v jednotlivých európskych krajinách líšia. Viditeľné sú však

dva trendy: používanie hrozby väzenia, ktorá má odradiť dodávateľov, a vylúčenie trestných sankcií pre osoby držiace látku na osobnú potrebu.

Výskum súvisiaci s drogami

S cieľom doplniť a podporiť priority stanovené v protidrogovej stratégii EÚ financuje Európska komisia množstvo výskumov a štúdií súvisiacich s drogami. Od roku 2007 investovala viac než 18 miliónov EUR do RP7, siedmeho rámcového programu v oblasti výskumu a inovácií.

Dve veľké európske štúdie sa zamerali na závislosť od drog a alkoholu v súvislosti s poškodeniami mozgu. V nedávnej štúdii Psychosociálne faktory týkajúce sa poškodení mozgu v Európe (PARADISE) sa ukázalo, že poškodenia vyplývajúce zo zneužívania látok súvisia s nadmernou záťažou a majú vplyv na bežný život. Najbežnejšie ťažkosti sa vyskytujú v kognitívnych funkciách, emocionálnych funkciách, starostlivosti o samého seba, vzťahoch s inými, v zamestnaní a dĺžke života. V roku 2011 sa v rámci iného veľkého európskeho projektu ukázalo, že poškodenia mozgu merané podľa počtu rokov zhoršeného života najviac prispievajú k celkovej chorobnosti Európskej únie, pričom tvoria 26,6 % (Wittchen a kol., 2011). V štúdii sa medzi najbežnejšie príčiny poškodení mozgu kladú závislosť od drog a alkoholu, častejšie sú iba poruchy súvisiace s úzkosťou, nespavosť, depresie a somatoformné poruchy.

V projekte Prístup k opioidovým liekom v Európe (ATOME) sa zisťuje, prečo často nie sú v prípade potreby dostupné opioidové lieky na stredné až závažné bolesti na liečbu závislostí od opioidov a prečo sa primerane neužívajú. Projekt bude trvať do konca roka 2014 a medzi jeho prvé výsledky patrí uverejnenie nových politických usmernení

WHO (2011), ktoré sú dostupné v 14 jazykoch, ako aj preskúmanie možných prekážok v oblasti prístupu k opioidom a ich dostupnosti. Projekt vyústi do správ o jednotlivých krajinách s konkrétnymi odporúčaniami legislatívnych zmien.

Projekt Závislosti a životné štýly v súčasnej Európe – preformulovanie problému závislostí (ALICE RAP) bude pokračovať do roku 2016, pričom sa očakávajú vstupy od 100 výskumníkov a 70 výskumných inštitúcií vo viac než 30 krajinách. Prostredníctvom siedmich veľkých pracovných balíčkov sa projekt zameria na posilnenie vedeckých dôkazov, ktoré budú slúžiť na informovanie verejnosti a politický dialóg o úlohách, ktoré je v európskej spoločnosti potrebné vykonať v súvislosti s drogami a inými závislosťami, ako aj na podnecovanie diskusií o prístupoch k závislostiam.

Projekt Uchopenie ohniviek reťazca: pochopenie nezamýšľaných dôsledkov medzinárodných protinarkotických opatrení pre EÚ (LINKSCH) sa začal vo februári 2012 a spája sedem partnerov zo štyroch krajín. Jeho cieľom je prispieť k modernejšej protinarkotickej politike zameranej na minimalizovanie nezamýšľaných dôsledkov. Sieť Európskeho výskumného priestoru (ERA-NET) zameraná na nezákonné drogy a financovaná zo RP7 bude vyvíjať činnosť do roku 2013.

Z programu protidrogovej prevencie a informovanosti (DPIP) Európskej komisie sa tiež financuje množstvo projektov vrátane štúdie Ďalšia analýza trhu EÚ s nezákonnými drogami a reakcií, v ktorej sa analyzujú vlastnosti a operácie trhu Európskej únie s kanabisom, kokaínom, amfetamínmi a extázou, ako aj projekt Nové metodické nástroje pre hodnotenie politik a programu (DPE), v rámci ktorého sa pripravujú ukazovatele na monitorovanie ponuky nezákonných drog a dopytu po nich a hodnotia politiky a intervencie (7).

(7) Ďalšie informácie o výskume drogovej problematiky v Európe sú dostupné na výskumnej webovej stránke EMCDDA.

DRUID: Riadenie vozidiel pod vplyvom drog, alkoholu a liekov

Projekt DRUID, ktorý sa skončil v roku 2011, bol zameraný na získanie nových pohľadov na vplyv alkoholu, nezákonných drog a liekov na cestnú bezpečnosť, ako aj na prípravu odporúčaní pre politiky cestnej bezpečnosti. Na odber vzoriek telesných tekutín od približne 50 000 náhodne vybraných vodičov v 13 európskych krajinách a 4 500 vodičov, ktorí boli vážne zranení alebo zabití pri dopravnej nehode, sa použili harmonizované protokoly na zber údajov. V štúdií sa ukázalo, že 3,5 % testovaných vodičov malo v krvi alkohol. 1,5 % vodičov malo v krvi viac než zákonom povolené množstvo alkoholu, čo je 0,5 gramu na liter, čím sa v porovnaní s vodičmi, ktorí alkohol nekonzumovali, významne zvyšovalo riziko ich úmrtia pri dopravnej nehode.

Medzi náhodne testovanými vodičmi sa našli aj stopy po nezákonných drogách, najčastejšie po tetrahydrokanabinole (THC) (1,3 %) a kokaíne (0,4 %). Prítomnosť THC súvisela s mierne zvýšeným rizikom zranení vodičov alebo s ich zodpovednosťou za smrteľnú nehodu, prítomnosť kokaínu a amfetamínov závažne zvyšovala riziko pre vodičov. Psychoaktívne lieky, najmä benzodiazepíny, sa našli v prípade 1,4 % vodičov a mohli významne zvýšiť riziko smrti pri dopravnej nehode. Všetky riziká sa do veľkej miery zvyšovali, keď sa látky skombinovali s alkoholom alebo inými drogami, ako je to v Európe časté.

Čo sa týka reakcií, v rámci projektu sa zistilo, že väčšina zariadení na testovanie prítomnosti drog používaných na cestách nie je dostatočne presná. K účinným intervenciám patrí zadržanie vodičského preukazu na 12 mesiacov a rehabilitačné programy. Ich účinnosť však závisí od toho, ako sa stanoví rozdiel medzi jednotlivými druhmi priestupkov. Jedným z najhlavnejších záverov programu DRUID bolo to, že zdroje vynaložené na snahy o zabránenie vedeniu vozidiel pod vplyvom drog nesmú odoberať zdroje vynaložené na snahy o zabránenie vedeniu vozidiel pod vplyvom alkoholu.

Vývoj v oblasti výskumu závislosti (¹⁾)

Výskum úrovni závislosti sa v minulom roku v členských štátoch EÚ takmer strojnásobil, hoci vedci v Spojených štátoch naďalej vydávajú tretinu nových publikácií. Množstvo štúdií o alkohole, nikotíne alebo psychostimulanciách sa v roku 2011 zvýšilo, veľký nárast sa zaznamenal aj v genetických a zobrazovacích štúdiách v oblasti závislosti. Nových stratégií liečenia závislosti, oblasti, ktorú je potrebné rozvíjať, sa však týka necelých 7 % štúdií.

K najvýznamnejším klinickým skúškam uverejneným v tejto oblasti patria skúšky zamerané na využívanie substitučnej liečby alebo liekov potláčajúcich chuť na drogu pri závislosti od metamfetamínov, užívanie buprenorfinu/naloxónu pri závislosti od opioidov alebo nové liečby na ukončenie užívania opioidov, napríklad tetrodotoxín. Iné štúdie boli zamerané na behaviorálny, fyziologický a molekulový základ asociatívneho alebo podmieneného učenia paradigiem užívania drog, pri ktorom sa skúmali nové potenciálne ciele vývoja liečby.

Neurovedecký výskum závislosti sa väčšinou sústreďuje na systém odmeny v mozgu a dopamín, nové údaje však naznačujú aj ďalšie možnosti. Štúdie zobrazovania mozgu zvierat a ľudí napríklad ukázali, že veľký vplyv na správanie vedúce k užívaniu drog má prefrontálna kôra. Interakcie medzi dorzálnou a ventrálnou oblasťou prefrontálnej kôry menia priebeh závislosti, čo naznačuje intervencie neurotransmiterov, ako napríklad noradrenalinu, sérotonínu, glutamátu a kanabinoidov.

(¹) Pripravili členovia vedeckého výboru EMCDDA Fernando Rodríguez de Fonseca a Jean-Pol Tassin.

Kapitola 2

Reakcia na problémy s drogami v Európe – prehľad

Úvod

V tejto kapitole sa predkladá prehľad reakcií na drogovú problematiku v Európe a v prípade potreby sa vysvetľujú trendy a vývojové zmeny. Uvádza sa prvý prehľad preventívnych opatrení, po ňom nasledujú intervencie v oblasti liečby, sociálnej reintegrácie a znižovania poškodení. Všetky tieto opatrenia, ktoré sú súčasťou komplexného systému na znižovanie dopytu po drogách, sú čoraz koordinovanejšie a integrovanejšie. Záverečná časť sa zameriava na nastavenie priorít v protidrogových právnych predpisoch a porušeníach protidrogových právnych predpisov.

Prevenčia

Protidrogovú prevenciu je možné rozdeliť na jednotlivé úrovne alebo stratégie v rozsahu od zamerania na spoločnosť ako celok (prevencia v prostredí) až po zameranie na rizikových jednotlivcov (indikovaná prevencia). Medzi hlavné výzvy politík prevencie patrí schopnosť zladíť tieto rôzne stratégie so stupňom zraniteľnosti cieľových skupín (Derzon, 2007) a zabezpečiť, aby sa intervencie zakladali na dôkazoch a mali dostatočné pokrytie. Väčšina stratégií prevencie sa zameriava na užívanie látok vo všeobecnosti a niektoré aj na súvisiace problémy, ako sú násilie a rizikové sexuálne správanie. Len obmedzený počet programov sa zameriava na konkrétnu látku, napríklad na alkohol, tabak alebo kanabis.

Stratégie zamerané na prostredie

Stratégie prevencie zamerané na prostredie sú určené na zmenu kultúrneho, sociálneho, fyzického a ekonomického prostredia, v ktorom sa ľudia rozhodnú, že budú užívať drogy. K týmto stratégiám zvyčajne patria opatrenia ako tvorba cien alkoholu, zákaz reklamy na tabakové výrobky a zákaz fajčenia, ak sa dostatočne preukáže ich účinnosť. Ďalšie stratégie zamerané na prostredie sa sústreďujú na prípravu chráneného školského prostredia. K príkladom, ktoré uvádzajú európske krajiny, patria: podpora pozitívneho a podporného prostredia na učenie (Poľsko, Fínsko), poskytovanie vzdelávania v oblasti občianskych

noriem a hodnôt (Francúzsko) a vytváranie bezpečnejšieho prostredia v školách zabezpečovaním prítomnosti polície v okolí (Portugalsko).

Argumentuje sa tým, že rôzne sociálne problémy vrátane užívania látok, tehotenstva mladistvých a násilia sú častejšie v krajinách s vysokou úrovňou sociálnej a zdravotnej nerovnosti (Wilkinson a Pickett, 2010). Mnohé škandinávске krajiny, ako napríklad Fínsko, investujú veľké prostriedky do všeobecnejších politík prostredia, ktoré sú zamerané na zlepšovanie sociálneho začlenenia v rodine, škole,

Prevenčia: kontext prostredia

Najnovšie zistenia v oblasti sociálnej neurovedy (Steinberg, 2008) podporujú dôkazy sociálnych štúdií, že kontext prostredia do veľkej miery ovplyvňuje rizikové správanie dospievajúcich.

V čase puberty sa zvyšuje rizikové správanie v dôsledku zmien v sociálno-emocionálnom systéme mozgu, čo vedie k intenzívnejšiemu hľadaniu odmeny a nižšiemu ovládaniu impulzov v prítomnosti vrstovníkov. Takáto zvýšená citlivosť na názory druhých a vnímanie noriem môže pomôcť vysvetliť, prečo sa v prípade toľkých dospievajúcich vyskytuje rizikovejšie správanie takmer výhradne v sociálnom kontexte, ako napríklad nekontrolované užívanie drog a alkoholu a bezohľadné vedenie vozidiel. V rozhodujúcich chvíľach nemusia mladí ľudia v skupine prijímať informované rozhodnutia alebo racionálne vyhodnotiť riziká.

Z výskumu vyplýva, že namiesto zamerania na poskytovanie informácií by sa mali intervencie prevencie v prípade mladých ľudí zamerať na normy a vnímanie normálnosti. Z pohľadu prevencie sa tým zdôrazňuje dôležitosť zamerania na kontext prostredia, napríklad školu, rodinu a zábavné podniky. Vo výskume sa tiež zdôrazňuje dôležitosť rodičovskej kontroly a poskytuje podpora opatreniam zameraným na obmedzenie škodlivých dôsledkov v týchto prostrediach, v ktorých sa mladí ľudia spájajú do skupín, a to najmä pri voľnočasových prostrediach a prostrediach nočných podnikov. Tento dôkaz podporuje predovšetkým prístup prevencie v prostredí, ktorý vychádza viac zo zmeny kontextu než zo samotného presvedčania.

komunita a spoločnosti, čím prispievajú k udržaniu nízkej úrovne užívania drog. Programy prevencie a intervencie zamerané na konkrétne problémy alebo drogy sa v týchto krajinách využívajú menej.

Všeobecná prevencia

Všeobecná prevencia sa zameriava na celú populáciu, najmä na školách a v prostredí komunity. Jej úlohou je znížiť rizikové správanie súvisiace s užívaním látok tým, že sa mladým ľuďom poskytnú potrebné schopnosti na to, aby sa mohli vyhnúť zapojeniu do užívania látok alebo ho oddialiť. Pri najnovšom hodnotení programu prevencie Unplugged v Českej republike sa zistilo, že zúčastnení študenti významne zmiernili intenzitu a frekvenciu fajčenia, stavov opitosti, užívania kanabisu a ostatných drog (Gabrhelik a kol., 2012). Z nedávneho obdobia pochádzajú aj správy o škrotoch v oblasti poskytovaní všeobecnej prevencie v Grécku a Španielsku a znižovaní stavu pracovníkov v oblasti prevencie v Lotyšsku, čo podporuje predchádzajúce zistenia, že prevenciu v tejto oblasti ovplyvňujú rozpočtové škrtky v období hospodárskeho útlmu (EMCDDA, 2011a).

Príručka EÚ pre normy prevencie (EMCDDA, 2011b) je určená na pomoc členským štátom pri zabezpečovaní kvality programov prevencie. Množstvo krajín už hlásilo zlepšenia. Naposledy Írsko vyhodnotilo vykonávanie svojho vnútroštátneho programu prevencie na stredných školách. Česká republika zlepšila svoj prevenčný grantový program zavedením prvého európskeho certifikačného systému, v rámci ktorého je pre certifikované programy k dispozícii financovanie. Certifikácia profesionálov je určená na zlepšenie kvality programov prevencie a zabezpečenie efektívneho využitia verejných financií.

Selektívna prevencia

Pri selektívnej prevencii sa zabezpečujú intervencie v rámci špecifických skupín, rodín alebo komunít, ktoré pre obmedzené sociálne väzby a zdroje môžu byť náchylnejšie na užívanie drog alebo na vznik závislosti. Nemecko, Dánsko, Španielsko, Portugalsko a Rakúsko zaviedli intervencie prevencie zacielené na žiakov odborných škôl, čo je skupina mladých ľudí čeliaca zvýšenému riziku súvisiacemu s užívaním drog. Írsko prijalo všeobecný prístup k prevencii v prípade ohrozených mladých ľudí spočívajúci v zlepšovaní gramotnosti a matematickej gramotnosti znevýhodnených študentov. Intervencie na úrovni komunity zacielené na vysokorizikové skupiny mladých ľudí, ktoré uvádza Taliansko a obce na severe Európy, kombinujú individuálne stratégie a stratégie prostredia pomocou práce v teréne, práce mladých a formálnej spolupráce medzi

miestnymi orgánmi a mimovládnyimi organizáciami. Tieto prístupy sú zamerané na vysokorizikovú mládež bez toho, aby ju bolo potrebné zapájať do konkrétnych programov.

Prístupy včasných intervencií sa v Európe uvádzajú často, cieľ a obsah týchto programov sa však v jednotlivých krajinách líšia. Pri najnovšej politike prevencie v Spojenom kráľovstve sa výrazu včasná intervencia vrátil jeho pôvodný význam: poskytovanie sociálnej, emocionálnej a vzdelávacej podpory deťom žijúcim v znevýhodnených prostrediach v prvých rokoch ich života⁽⁸⁾. Cieľom je zabrániť vzniku problémov alebo ich oddialiť (vrátane užívania látok), nie čakať a reagovať, až keď sa problémy objavia (Allen, 2011). V prístupoch včasných intervencií môžu zohrávať dôležitú úlohu aj rodičovské programy, v oblasti selektívnej prevencie sú však proaktívna rodičovská práca a školenia zriedkavé.

Indikovaná prevencia

Cieľom indikovanej prevencie je identifikovať jednotlivcov s problémovým správaním alebo psychickými problémami, na základe ktorých existuje predpoklad rozvoja problémového užívania látok v budúcnosti, a zamerať sa špeciálnymi intervenciami jednotlivco na tieto osoby. Vo väčšine európskych krajín je indikovaná prevencia naďalej závislá od poskytovania poradenstva mladým užívateľom látok. Výnimkou je Preventure⁽⁹⁾, kanadský program prispôbený situácii v Spojenom kráľovstve, v rámci ktorého sa selektívne zacieluje na mladých pijanov vyhľadávajúcich zážitky. Je to jeden z najkladnejšie hodnotených programov súčasnosti a začína sa vykonávať aj v Českej republike a v Holandsku.

Liečba

Hlavnými metódami, ktoré sa v Európe používajú na liečbu problémov súvisiacich s drogami, sú psychosociálne intervencie, substitučná liečba závislosti od opioidov a detoxikácia. Relatívny význam rôznych metód liečby v každej krajine je ovplyvnený niektorými faktormi vrátane organizácie vnútroštátneho systému zdravotnej starostlivosti. Služby v oblasti protidrogovej liečby možno poskytovať v rôznych prostrediach: oddeleniach špecializovanej liečby vrátane ambulantných a lôžkových zariadení, psychiatrických klinikách a nemocniciach, zariadeniach vo väzení, nízkoprahových zariadeniach a ambulanciách praktických lekárov.

Neexistuje žiadny súbor údajov umožňujúci charakterizovať celú populáciu užívateľov drog, ktorí v súčasnosti absolvujú protidrogovú liečbu v Európe. Informácie o významnej podskupine tejto populácie sa však zhromažďujú v rámci

⁽⁸⁾ Odlišné od najnovšieho použitia pojmu včasná intervencia v zmysle skorého začínania s užívaním látok.

⁽⁹⁾ K dispozícii na webovej stránke venovanej výmene informácií o opatreniach na znižovanie dopytu po drogách.

ukazovateľa dopytu po liečbe centra EMCDDA, ktoré zbiera údaje o osobách vstupujúcich do špecializovanej protidrogovej liečby počas príslušného kalendárneho roka a umožňuje získať prehľad o ich charakteristikách a profiloch užívania drog (¹⁰). V roku 2010 ukazovateľ registroval okolo 472 000 osôb, ktoré vstúpili do liečby, pričom 38 % (178 000) z nich vstúpilo do protidrogovej liečby prvýkrát v živote. Hlavnými primárnymi drogami uvádzanými za posledných päť rokov osobami, ktoré vstúpili do liečby, boli heroín, kanabis a kokaín, pričom najväčší nárast sa pozoroval pri kanabise (pozri obr. 2).

Na základe celého radu rôznych zdrojov vrátane ukazovateľa dopytu po liečbe a vnútroštátnych registrov substitučnej liečby závislosti od opioidov možno odhadnúť, že v roku 2010 absolvovalo v Európskej únii, Chorvátsku, Turecku a Nórsku protidrogovú liečbu zameranú na užívanie nezákonných drog prinajmenšom 1,1 mil. osôb (¹¹). Aj keď viac ako polovica z týchto klientov absolvovala substitučnú liečbu závislosti od opioidov, značný počet absolvoval iné formy liečby problémov súvisiacich s opioidmi, stimulantmi, kanabisom a inými nezákonnými drogami (¹²). Z tohto odhadu protidrogovej liečby v Európe, aj keď je potrebné určité zlepšenie, vyplýva pomerne vysoká úroveň

poskytovania liečby, aspoň pre užívateľov opioidov. Je to dôsledok veľkého rozšírenia špecializovaných ambulantných služieb v posledných dvoch desaťročiach s výrazným zapojením primárnej zdravotnej starostlivosti, všeobecných zariadení starostlivosti o duševné zdravie, poskytovateľov terénnych a nízkoprahových služieb.

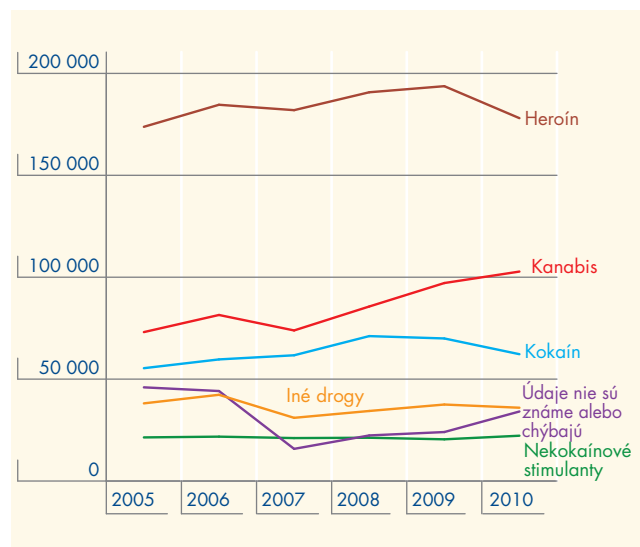
Ambulantná liečba

K dispozícii sú informácie asi o 400 000 užívateľoch drog, ktorí vstúpili v roku 2010 do ambulantnej liečby. Takmer polovica osôb vstupujúcich do liečby (48 %) uvádza ako primárnu drogu opioidy, najmä heroín, zatiaľ čo 27 % uvádza kanabis, 17 % kokaín a 4 % iné stimulanty ako kokaín (¹³). Najbežnejší spôsob vyhľadania liečby je, že ju vyhľadajú sami (35 %), potom nasleduje liečba na základe odporúčania sociálnych a zdravotníckych služieb (29 %) a na základe odporúčania systému trestného súdnictva (20 %). Zvyšok tvoria klienti na základe odporúčania rodiny a priateľov a neformálnych sietí (¹⁴).

Užívatelia drog vstupujúci do ambulantnej starostlivosti majú priemerne 31 rokov. V tejto skupine je počet mužov takmer štyrikrát vyšší ako počet žien, čo čiastočne odráža prevahu mužov medzi problematickejšími užívateľmi drog. Pomery medzi mužmi a ženami sú vysoké pre všetky látky, aj keď sú rôzne, pokiaľ ide o konkrétnu drogu a krajinu (¹⁵). Pomery medzi mužmi a ženami sú spravidla vyššie v krajinách na juhu Európy a medzi klientmi užívajúcimi kokaín a kanabis; nižšie pomery sa uvádzajú na severe Európy a medzi klientmi užívajúcimi stimulanty a opioidy (¹⁶). Spomedzi klientov, ktorí vstupujú do ambulantnej liečby, sú primárni užívatelia kanabisu takmer o 10 rokov mladší (25) než primárni užívatelia kokaínu (33) a opioidov (34). Celkovo najmladších klientov (26 – 27) uviedlo Maďarsko, Poľsko, Rumunsko a Slovensko a najstarších Taliansko, Portugalsko a Nórsko (34 – 35) (¹⁷).

Dve hlavné formy ambulantnej liečby v Európe sú psychosociálne intervencie a substitučná liečba závislosti od opioidov. Psychosociálne intervencie zahŕňajú poradenstvo, motivačné pohovory, kognitívnu behaviorálnu terapiu, manažment prípadov, skupinovú a rodinnú terapiu a prevenciu relapsu. Psychosociálne intervencie podporujú užívateľov v snahe zvládnuť a prekonať svoje problémy s drogami a predstavujú hlavnú formu liečby užívateľov

Obrázok 2: Trendy odhadovaného počtu klientov, ktorí nastupujú na liečbu, podľa primárnej drogy



Poznámka: Ďalšie informácie pozri obrázok TDI-1 (časť ii) v štatistickej ročenke 2012
Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

(¹⁰) Pre ukazovateľ dopytu po liečbe boli poskytnuté údaje zo špecializovaných protidrogových centier z 29 krajín. Väčšina krajín poskytla údaje za viac než 60 % svojich jednotiek, aj keď v prípade niektorých krajín je podiel zahrnutých jednotiek neznámy (pozri tabuľku TDI-7 v štatistickej ročenke 2012).

(¹¹) Pozri rámček Odhad počtu liečených užívateľov drog v Európe a tabuľku HSR-10 v štatistickej ročenke 2012.

(¹²) Podrobnejšie informácie o konkrétnych druhoch liečby pre rôzne látky sú k dispozícii v príslušných kapitolách.

(¹³) Pozri tabuľku TDI-19 v štatistickej ročenke 2012.

(¹⁴) Pozri tabuľku TDI-16 v štatistickej ročenke 2012.

(¹⁵) Informácie o liečbe klientov podľa primárnej látky sa uvádzajú v príslušných kapitolách.

(¹⁶) Pozri tabuľku TDI-21 v štatistickej ročenke 2012.

(¹⁷) Pozri tabuľky TDI-9 (časť iv) a TDI-103 v štatistickej ročenke 2012.

stimulujúcich drog, ako napr. kokaín a amfetamíny ⁽¹⁸⁾. V prípade užívateľov opioidov sa často poskytujú v kombinácii so substitučnou liečbou.

Takmer vo všetkých krajinách sa o zodpovednosť za poskytovanie ambulantnej psychosociálnej liečby delia verejné inštitúcie a mimovládne organizácie. V 20 krajinách sú hlavným poskytovateľom verejné inštitúcie, v ôsmich mimovládne organizácie ⁽¹⁹⁾, ktoré sú druhým najdôležitejším poskytovateľom vzhľadom na podiel klientov v ďalších 11 krajinách. Komerční poskytovatelia zohrávajú vo všeobecnosti menej významnú úlohu pri poskytovaní tohto druhu liečby, sú však druhými najdôležitejšími poskytovateľmi v ôsmich krajinách (Belgicko, Bulharsko, Dánsko, Cyprus, Lotyšsko, Litva, Slovensko, Turecko) s podielom klientov od 5 % do 35 %.

V prieskume z roku 2010 uviedli odborníci z jednotlivých krajín, že ambulantná psychosociálna liečba je v Európe dostupná v 14 krajinách pre takmer všetkých, ktorí ju vyhľadávajú, a v 11 krajinách pre väčšinu z nich. Odhaduje sa však, že v troch krajinách (Bulharsko, Estónsko a Rumunsko) je ambulantná psychosociálna liečba dostupná iba menšej polovici tých, ktorí ju aktívne vyhľadávajú. Tieto hodnotenia môžu ukrývať závažné odchýlky medzi krajinami a rozdiely v dostupnosti špecializovaných liečebných programov pre konkrétne cieľové skupiny, napríklad starších užívateľov drog alebo etnické skupiny. Niektoré krajiny hlásia ťažkosti pri poskytovaní špecializovaných služieb v časoch hospodárskej recesie a rozpočtových škrtov.

Čo sa týka prístupu k ambulantnej psychosociálnej liečbe, odborníci z 12 z 29 krajín, ktoré poskytli správu, uvádzajú, že nie sú žiadne čakacie lehoty, pričom v 11 krajinách sa priemerná čakacia lehota odhaduje na necelý mesiac. V Nórsku sa priemerná čakacia lehota odhaduje na osem týždňov. Odborníci zo štyroch krajín nevedia poskytnúť odhad. V Dánsku sa zo zákona vyžaduje, aby sa liečba začala do 14 dní.

Substitučná liečba je prevládajúcou možnosťou liečby pre užívateľov opioidov v Európe. Vo všeobecnosti sa poskytuje v špecializovaných ambulantných zariadeniach, aj keď v niektorých krajinách je k dispozícii aj v nemocničných zariadeniach a čoraz častejšie sa poskytuje vo väzniciach ⁽²⁰⁾. Čoraz významnejšiu úlohu zohrávajú okrem toho všeobecní lekári v ambulanciách, ktorí často majú uzatvorené dohody o spoločnej starostlivosti so

špecializovanými centrami. Substitučná liečba závislosti od opioidov je dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ a tiež v Chorvátsku, Turecku a Nórsku ⁽²¹⁾. Počet substitučných liečob sa v roku 2010 v Európe odhaduje na 710 000. V porovnaní s rokom 2009 sa vo väčšine krajín zvýšil počet klientov v substitučnej liečbe, Španielsko a Slovensko uvádzajú menší pokles ⁽²²⁾.

Nemocničná liečba

K dispozícii sú informácie približne o 50 000 užívateľoch drog, ktorí vstúpili v roku 2010 v Európe do protidrogovej liečby v nemocničných zariadeniach ⁽²³⁾. Polovica týchto klientov uvádza ako primárnu drogu opioidy (48 %), nasleduje kanabis (16 %), amfetamíny a iné nekokaínové stimulanty (13 %) a potom kokaín (6 %). Nemocničnými klientmi sú najmä mladí muži v priemere vo veku 31 rokov a v pomere traja muži na jednu ženu ⁽²⁴⁾.

Pri nemocničnej alebo pobytovej liečbe sa od pacientov vyžaduje, aby počas niekoľkých týždňov až mesiacov v zariadeniach nocovali. V mnohých prípadoch sú tieto programy zamerané na to, aby umožnili klientom zdržať sa užívania drog a neumožňujú substitučnú liečbu. Detoxikácia od drog, krátkodobá intervencia pod lekársnym

Odhad počtu liečených užívateľov drog v Európe

Od roku 2008 EMCDDA zbiera každoročné údaje o celkovom počte klientov podstupujúcich liečbu závislosti od drog v Európe. V najnovších zozbieraných údajoch sa uvádza, že 14 krajín poskytlo spoľahlivé minimálne odhady celkového počtu ľudí, ktorí prišli v roku 2010 do kontaktu so službami liečby, čo tvorí celkový odhad 900 000 klientov. V prípade zostávajúcich 16 krajín sa použila dátová podmnožina, a to buď počet požiadaviek na liečbu, alebo klientov v substitučnej liečbe závislosti od opioidov v danom roku, podľa toho, ktorý celkový údaj bol najvyšší. Údaje o klientoch podstupujúcich substitučnú liečbu závislosti od opioidov sa teda použili v prípade siedmich krajín (171 000 klientov) a údaje vychádzajúce z ukazovateľa požiadaviek na liečbu v prípade deviatich krajín (48 000 klientov). Tieto údaje poukazujú na to, že v Európe v roku 2010 prišlo do kontaktu so službami liečby minimálne 1,1 mil. ľudí. EMCDDA spolupracuje s členskými štátmi na zabezpečení kvality vnútroštátnych odhadov celkovej populácie v liečbe, čím sa ešte zlepši odhad na európskej úrovni.

⁽¹⁸⁾ Informácie o liečbe podľa primárnej látky sa uvádzajú v príslušných kapitolách.

⁽¹⁹⁾ V Bulharsku sa vzhľadom na podiel klientov pri poskytovaní ambulantnej (a nemocničnej) psychosociálnej liečby rovnako zapájajú verejné inštitúcie aj mimovládne organizácie.

⁽²⁰⁾ Pozri vybranú otázku za rok 2012 o užívateľoch drog vo väzniciach.

⁽²¹⁾ Pozri tabuľky HSR-1 a HSR-2 v štatistickej ročenke 2012.

⁽²²⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2012. Ďalšie informácie o dostupnosti, prístupnosti a trendoch v substitučnej liečbe sa nachádzajú v kapitole 6.

⁽²³⁾ Tento číselný údaj je potrebné interpretovať s opatrnosťou, lebo nezahŕňa všetkých užívateľov, ktorí vstupujú do nemocničnej liečby.

⁽²⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 a TDI-24 v štatistickej ročenke 2012.

dohľadom zameraná na vyriešenie abstinenčných príznakov spojených s vysadením drogy po chronickom užívaní, je niekedy nevyhnutnou podmienkou na začatie dlhodobej abstinenčnej nemocničnej liečby. Detoxikácia sa obvykle poskytuje v nemocniciach ako intervencia pre nemocničných pacientov, v špecializovaných liečebných centrách alebo pobytových zariadeniach s nemocničnými alebo psychiatrickými oddeleniami.

Klientom sa v nemocničných zariadeniach poskytuje ubytovanie, individuálne štruktúrovaná psychosociálna liečba a zúčastňujú sa na činnostiach, ktoré ich majú pripraviť na rehabilitáciu a reintegráciu do spoločnosti. V tomto kontexte sa často používa komunitný liečebný prístup ⁽²⁵⁾. Nemocničnú protidrogovú liečbu poskytujú aj psychiatrické nemocnice, a to pre klientov s komorbidnými psychiatrickými poruchami.

Verejné inštitúcie sú hlavnými poskytovateľmi detoxikácie v 22 krajinách, súkromný sektor je hlavným poskytovateľom na Cypre a v Luxembursku a druhým najväčším poskytovateľom v ďalších 12 krajinách. Mimovládne organizácie sú najväčším poskytovateľom v Holandsku a druhým najväčším v ďalších ôsmich krajinách. Vnútroštátni odborníci odhadujú, že detoxikácia je dostupná takmer všetkým, ktorí ju vyhľadávajú, v 12 krajinách a väčšine tých, ktorí ju vyhľadávajú, v ďalších deviatich. Odhaduje sa, že v siedmich krajinách (Estónsko, Írsko, Grécko, Maďarsko, Lotyšsko, Rumunsko, Nórsko) je detoxikácia dostupná menej než polovici tých, ktorí ju aktívne vyhľadávajú. V 15 krajinách je priemerná čakacia lehota na detoxikáciu podľa zistení menej než dva týždne. Podľa odhadov je v ôsmich krajinách priemerná čakacia lehota dva týždne až jeden mesiac, v Rakúsku a Slovinsku sa odhaduje na viac než mesiac. Odborníci z troch krajín neposkytli žiadne odhady. Vnútroštátne odhady čakacích lehôt pre všetky metódy však môžu ukrývať významné odchýlky medzi jednotlivými krajinami.

Verejné inštitúcie sú hlavným poskytovateľom nemocničnej starostlivosti v 14 krajinách a mimovládne organizácie v 11 krajinách. Súkromné inštitúcie sú hlavným poskytovateľom v Dánsku a druhým najdôležitejším poskytovateľom v šiestich krajinách. Vnútroštátni odborníci odhadujú, že nemocničná psychosociálna liečba je dostupná takmer pre všetkých, ktorí ju vyhľadávajú, v 10 krajinách a pre väčšinu tých, ktorí ju vyhľadávajú, v 11 ďalších krajinách. V siedmich krajinách (Bulharsko, Dánsko, Estónsko, Cyprus, Maďarsko, Rumunsko, Fínsko) sa však táto metóda liečby považuje za dostupnú pre menej než polovicu tých, ktorí ju aktívne vyhľadávajú.

Odborníci z Grécka, Poľska, Portugalska, Slovenska a Chorvátska odhadujú, že v prípade nemocničnej liečby neexistuje čakacia lehota. V 13 krajinách sa priemerná

čakacia lehota odhaduje na menej než jeden mesiac a viac než jeden mesiac v štyroch krajinách.

Sociálna reintegrácia

Úroveň sociálneho vylúčenia problémových užívateľov drog je vo všeobecnosti vysoká, najmä v prípade užívateľov opioidov. Údaje o sociálnych podmienkach osôb zúčastňujúcich sa na drogovej liečbe v roku 2010 ukazujú, že viac než polovicu z nich (56 %) tvorili nezamestnaní a v posledných piatich rokoch sa toto percento zvýšilo v 15 z 24 krajín vykazujúcich údaje o tendencii. Medzi klientmi vstupujúcim do liečby je bežná nízka úroveň vzdelania, pričom 38 % má len základné vzdelanie a 2 % nedosiahlo ani túto úroveň. Mnohí z nich sú bezdomovci, 10 % klientov drogovej liečby tvrdí, že nemá stále ubytovanie.

Kľúčovým prvkom sociálnej reintegrácie užívateľov drog je zlepšenie schopnosti jednotlivcov získať a udržať si zamestnanie a zamestnateľnosť. Intervencie v tejto oblasti vychádzajú z predpokladu, že užívanie drog a problémy s tým spojené môžu ohroziť nielen vstup a opätovný vstup na pracovný trh, ale aj schopnosť udržať si zamestnanie. Odborné vzdelávanie v Európe obsahuje množstvo programov zameraných na zlepšovanie schopností a kvalít potrebných na nájdenie a zabezpečenie zamestnania vrátane pohovorov a schopností vlastnej prezentácie, riadenia času, počítačovej gramotnosti, sebarealizácie a oddanosti práci. Systémy rozvoja konkrétnych pracovných kompetencií a kvalifikácií môžu poskytovať aj služby liečenia drogovej závislosti a špecializovaní poskytovatelia služieb, ako napríklad vnútroštátne orgány a služby zamestnanosti (EMCDDA, 2011a).

Liečebné komunity na rehabilitáciu užívateľov drog v Európe

Liečebná komunita sa tradične považuje za prostredie bez drog, v ktorom ľudia s drogovými (a inými) problémami spoločne žijú v organizovanom a štruktúrovanom prostredí, aby dospeli k sociálnym a psychologickým zmenám. Klienti sa považujú za aktívnych účastníkov svojej liečby aj liečby ostatných a zodpovednosť za každodenné činnosti komunity je rozdelená medzi klientov a zamestnancov. V posledných rokoch sa tento prístup čoraz častejšie prispôsobuje tak, aby vyhovoval potrebám klientov v substituenej liečbe závislosti od opioidov, dospievajúcim, osobám bez domova, matkám a deťom, osobám infikovaným vírusom HIV alebo osobám s psychickými problémami.

V publikácii EMCDDA Prehľady, ktorá bude uverejnená v roku 2013, sa preskúma úloha liečebných komunit pri liečbe užívateľov drog v Európe.

⁽²⁵⁾ Pozri rámček Liečebné komunity na rehabilitáciu užívateľov drog v Európe.

Sľubným prístupom je integrácia podpory, napríklad odborného poradenstva, získavania zručností a hľadania práce, v rámci programov na liečbu drogovej závislosti. K preštudovaným modelom patrí poskytovanie školení na získavanie zručností nezamestnaným užívateľom drog, ktorí absolvujú psychosociálnu liečbu v ambulantných zariadeniach. Posudzovala sa aj účinnosť jednotlivých odborných konzultácií, podpora pri hľadaní práce, podporované zamestnanie, riadenie prípadov a ďalšie intervencie v prípade klientov podstupujúcich substitučnú liečbu. Množstvo štúdií obsahovalo povzbudzujúce výsledky vzhľadom na mieru výsledkov vrátane miery zamestnanosti, príjmu a využívania sociálnych služieb (EMCDDA, 2012b). Neurčili sa však intervencie, ktoré by predstavovali nepretržité kladné výsledky, a rôznosť prístupov, študovanej populácie, posudzovaných výsledkov a nedodatočná možnosť ich opakovania bránia vytvoreniu záväzných záverov o celkovej účinnosti týchto opatrení (Foley a kol., 2010). Dostupné dôkazy sa okrem toho takmer výhradne sústreďujú na intervencie sociálnej reintegrácie v prípade užívateľov opioidov, zatiaľ čo potreby klientov podstupujúcich liečbu závislosti od iných drog sa ešte systematicky neriešia.

Recidívam a opakovaným recidívam užívateľov drog môžu pomôcť zabrániť práca a ďalšie činnosti, ktoré posilňujú zmysel pre začlenenie a poskytujú príležitosti sociálneho kontaktu (McIntosh a kol., 2008). V niektorých európskych krajinách experimentujú sociálne podnikové organizácie s tzv. družstvami uzdravujúcej práce, ktoré tvoria prechod z liečby do bežného zamestnania (Belgicko, Česká republika, Španielsko, Lotyšsko, Fínsko). Ide o malé podniky v rámci komunity, ktoré podporujú ľudí vstupujúcich alebo sa vracajúcich do bežného zamestnania, a zároveň sa sústreďujú na podporu, komunitné služby a účasť na živote komunity. Existujú aj ďalšie špecializované intervencie, ktoré môžu po začlenení do drogovej liečby a rehabilitačných programov pomôcť zvýšiť pravdepodobnosť pozitívnych výsledkov. Patrí k nim podpora zamestnania pre ťažko umiestniteľné skupiny, napríklad delikventov užívajúcich drogy alebo užívateľov drog s psychickými problémami (EMCDDA, 2012b). Aj keď užívatelia drog v programoch úspešne získajú schopnosť zamestnať sa, budú musieť na trhu práce súťažiť s inými uchádzačmi, a to v čase, keď je v mnohých krajinách vysoká nezamestnanosť.

Znižovanie poškodení

Od objavenia vírusu HIV medzi užívateľmi drog pred viac než 25 rokmi sa v Európe nepretržite zlepšovali reakcie na znižovanie poškodení pri užívaní drog a čoraz

Prehľad týkajúci sa zlepšovania účasti na trhu práce pre užívateľov drog podstupujúcich liečbu

Nová publikácia EMCDDA obsahuje preskúmanie najnovšieho vývoja v oblasti sociálnej reintegrácie užívateľov drog a dôkazov účinnosti intervencií zameraných na zvýšenie zamestnatelnosti. Táto publikácia je určená na pomoc tvorcom politik a všeobecným lekárom v oblasti drog pri vývoji účinných stratégií podpory sociálnej reintegrácie užívateľov drog.

Vybraná téma o užívateľoch drog s deťmi

Vybraná téma EMCDDA uverejnená tento rok sa zameriava na užívateľov drog s deťmi. K skúmaným témam patria: možnosti liečby pre tehotné užívateľky drog, znižovanie prekážok pri prístupe k liečbe pre rodičov užívajúcich drogy a programy prevencie zamerané na rodičov užívajúcich drogy.

Tieto publikácie sú k dispozícii v tlačenej forme a na webovej stránke EMCDDA len v anglickom jazyku.

viac sa začleňovali do množstva ďalších zdravotných, liečebných a sociálnych služieb. Znižovanie poškodení sa teraz týka všeobecnejších zdravotných a sociálnych potrieb problémových užívateľov drog, najmä tých, ktorí sú sociálne vylúčení. K základným intervenciám na znižovanie poškodení patria substitučná liečba závislosti od opioidov, programy výmeny ihliel a striekačiek zamerané na úmrtia na predávkovanie a šírenie infekčných chorôb. K ďalším prístupom patria práca v teréne, podpora zdravia a vzdelávanie, ako aj poskytovanie inej injekčnej výbavy, než sú ihly a striekačky. Znižovanie poškodení sa týka širokého rozsahu správania a poškodení vrátane užívania alkoholu a rekreačného užívania drog (EMCDDA, 2010b).

V roku 2003 odporučila Európska rada členským štátom EÚ množstvo politik a zásahov na riešenie poškodení súvisiacich so zdravím, ktoré sú spojené so závislosťou od drog ⁽²⁶⁾. V následnej správe z roku 2007 Európska komisia potvrdila, že prevencia a znižovanie poškodení súvisiacich s drogami je cieľom verejného zdravia vo všetkých krajinách ⁽²⁷⁾. Do vnútroštátnych protidrogových politik sa čoraz častejšie začleňovali ciele znižovania poškodení vymedzené v protidrogovej stratégii EÚ a v súčasnosti sa krajiny zhodnú na dôležitosti znižovania šírenia infekčných chorôb, úmrtnosti a chorobnosti súvisiacich s predávkovaním a inými poškodeniami.

V posledných dvoch desaťročiach podporovali politiky znižovania poškodení prijatie prístupov založených na dôkazoch a pomáhali odstraňovať prekážky v prístupe

⁽²⁶⁾ Odporúčanie Rady z 18. júna 2003: 2003/88/ES.

⁽²⁷⁾ COM(2007) 199 v konečnom znení.

k službám. Jedným z výsledkov je výrazný nárast počtu užívateľov drog v Európe, ktorí sú v kontakte so zdravotnými službami a podstupujú liečbu. Intervencie na znižovanie poškodení v prípade užívateľov drog v súčasnosti existujú vo všetkých členských štátoch EÚ, a hoci niektoré s týmito službami len začínajú, väčšina vykazuje vysokú úroveň poskytovania a pokrytia.

Hoci opatrenia na znižovanie poškodení prispeli ku kontrole vírusu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v Európe a počet nových infekcií sa významne znížil, HIV je naďalej závažnou hrozbou pre verejné zdravie a boli hlásené nové epidémie tohto vírusu ⁽²⁸⁾. Spolu s Európskym centrom pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) vydalo centrum EMCDDA usmernenia pre tvorcov politík v oblasti drog a infekčných chorôb, v ktorých predstavilo syntézu súčasných dôkazov v oblasti prevencie a kontroly infekčných chorôb medzi injekčnými užívateľmi drog (ECDC a EMCDDA, 2011). Toto spoločné usmernenie je zamerané na zlepšenie šancí Európy pri prevencii väčšiny (ak nie všetkých) infekcií HIV súvisiacich s injekčným užívaním.

Normy kvality

Štúdia EQUUS Európskej komisie je zameraná na dosiahnutie európskeho konsenzu na minimálnych normách kvality v oblasti znižovania dopytu po drogách. V záverečnej správe z roku 2012 sa navrhlo 33 minimálnych noriem pre drogovú prevenciu, 22 pre drogovú liečbu alebo rehabilitáciu a 16 pre znižovanie poškodení v Európe ⁽²⁹⁾. Tieto minimálne normy sa týkajú troch rôznych úrovní (intervencie, služieb a systému) zodpovedajúcich rôznym potrebám všeobecných lekárov, manažérov služieb a plánovačov politík.

Štúdia EQUUS obsahuje aj preskúmanie už existujúcich a na vnútroštátnej úrovni zavedených noriem kvality, do ktorého sa zapojili odborníci z 24 európskych krajín. Čo sa týka procesov drogovej liečby, normy, ktoré sa najčastejšie vykazovali ako už zavedené, boli zamerané na udržiavanie dôveryhodnosti údajov klienta a posudzovanie histórie užívania drog v prípade klienta, pričom normy týkajúce sa bežnej spolupráce s inými službami a normy zamerané na nepretržité školenie zamestnancov sa zavádzali zriedkavejšie. V oblasti výsledkov liečby sa ako zavedené najčastejšie vykazovali dva druhy noriem: normy zamerané na zlepšovanie zdravia a znižovanie užívania látok. K normám, ktoré sa uplatňovali menej často, patrili normy zamerané na externé hodnotenie a monitorovanie prepúšťania klientov, pričom problémy sa týkali zavedenia týchto vykazovaných noriem.

V štúdiu sa určuje všeobecná úroveň konsenzu s množinou minimálnych noriem kvality v oblasti znižovania dopytu po drogách v Európe, pričom štúdia môže predstavovať užitočný základ na monitorovanie budúceho vývoja v Európe. Úplný zoznam noriem štúdie EQUUS a jej výsledkov sa nachádza na portáli s najlepšími postupmi.

Presadzovanie protidrogových právnych predpisov

Protidrogové právne predpisy tvoria dôležitú súčasť vnútroštátnych a európskych protidrogových politík. Obsahujú rôzne intervencie, ktoré realizujú najmä polícia a policajné inštitúcie (napr. colné orgány). V tejto časti sa stručne zameriame na problematiku dôležitú pre orgány presadzovania právnych predpisov, čiže na stanovenie strategických a operačných priorít. V závere tejto časti sa uvádza zhrnutie porušení protidrogových právnych predpisov.

Stanovenie strategických a operačných priorít

Väčšina drogových trestných činov patrí ku konsenzuálnym trestným činom a o tom, či sa začne vyšetrovanie, prípadne o jeho hĺbke a trvaní, rozhodujú jednotlivci alebo inštitúcie. Policajná jednotka nemôže pracovať na všetkých zistiteľných drogových trestných činoch a je potrebné dodržať určitú diskretnosť (Dvorsek, 2006). Proces stanovovania priorít sa realizuje na základe údajov z oblasti presadzovania právnych predpisov a na základe vyšetrovateľských skúseností alebo znalostí pracovníka v oblasti presadzovania protidrogových právnych predpisov. Napriek tomu, že priority jednotlivcov na presadzovanie protidrogových právnych predpisov nie sú vždy transparentné, nie sú ani svojvoľné, lebo sa na ne vzťahuje množstvo právnych a organizačných

Vybraná téma o drogách a väzení

Užívatelia drog predstavujú veľkú časť osadenstva väzníc. V nerovnakej miere ich postihujú zdravotné a sociálne problémy súvisiace s užívaním drog. V Európe je pomoc užívateľom drog vo väzení dostupná v podobe rôznych druhov intervencií, liečby a služieb.

Vybraná téma EMCDDA o drogách a väzení, ktorá bola uverejnená tento rok, predstavuje aktualizovaný európsky prehľad o užívaní drog a súvisiacich problémoch v prípade väzňov, o ich zdravotnom a sociálnom stave a intervenciách zameraných na užívanie drog a jeho dôsledky.

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

⁽²⁸⁾ Pozri rámček Epidémie HIV v Grécku a Rumunsku (kapitola 7).

⁽²⁹⁾ Záverečná správa je k dispozícii online.

povinností. Jednotka môže dostať za úlohu vyšetriť konkrétny trestný čin, napríklad sprostredkovanie alebo veľkoobchod s drogami, alebo dostať oficiálny mandát na zameranie na niektorú oblasť, napríklad vymožiteľnosť aktív zločincov. Inokedy môže dostať prioritu konkrétna droga z dôvodov škodlivosti alebo verejného pohoršenia, či preto, že sa jej venuje veľká mediálna pozornosť (Kirby a kol., 2010). Stanovenie priorít môže byť ovplyvnené aj dosiahnutím dobrého výkonu (Stock a Kreuzer, 1998). Vysoká pozornosť venovaná vyšetrovaným prípadom môže slúžiť ako zdôraznenie dôležitosti a naliehavosti drogového problému v porovnaní s inými bezpečnostnými hrozbami a na druhej strane môže odôvodniť potrebu konkrétnych činností presadzovania právnych predpisov v tejto oblasti. Vo všetkých prípadoch uľahčí určité možnosti (a iné skomplikuje) dostupnosť ľudských a finančných zdrojov.

Zatiaľ čo údaje sa používajú na stanovenie strategických a operačných priorít, priority ako také ovplyvnia zbierané a uverejňované údaje (Stock a Kreuzer, 1998). Napríklad záchyty drog môžu ovplyvniť proces stanovovania priorít, ale môžu byť aj jedným z jeho výsledkov. V súdnom procese sa môžu využívať informácie o zachyteniach ako ukazovateľ závažnosti vyšetrovaného trestného činu. Zachytenia veľkých množstiev môžu okrem toho poukazovať na potrebu ďalšieho vyšetrovania a zdrojov. Vo všeobecnosti sa prijíma, že údaje o zachyteniach predstavujú primárne ukazovatele činnosti v oblasti presadzovania právnych predpisov a ich interpretácia vyžaduje pochopenie súvislostí, v ktorých sa dosiahli. Zachytenia sú výsledkom proaktívneho vyšetrovania konkrétnych podozrivých alebo, všeobecnejšie, pozície presadzovania právnych predpisov v konkrétnych lokalitách, napríklad prístavoch a letiskách. K veľkému množstvu zachytených drog vedú konkrétne utajený dohľad a tajné operácie zamerané na dodávky nezákonných drog. Menej jasný je v porovnaní s podielom drog zachytených náhodou podiel, ktorý vyplýva priamo z nastavení operačných priorít.

Údaje o porušeních právnych predpisov súvisiacich s drogami (pozri ďalšiu časť) sú tiež priamym ukazovateľom činnosti v oblasti presadzovania právnych predpisov, lebo sa týkajú konsenzuálnych trestných činov, ktoré potenciálne obeť obvykle neoznamujú. Často sa na ne nazerá ako na nepriame ukazovatele užívania drog a obchodovania s drogami, aj keď zahŕňajú len tie činnosti, ktoré sa dostali do pozornosti orgánom presadzovania právnych predpisov. Pochopenie údajov vyplývajúcich z presadzovania právnych predpisov, či už ide o drogové trestné činy, zatknutia alebo zachytenia, preto vyžaduje zohľadnenie dôležitých strategických a operačných priorít, ako aj ich dôsledkov.

COSI: Stály výbor pre operačnú spoluprácu v oblasti vnútornej bezpečnosti

Stanovovanie priorít v oblasti operačného presadzovania protidrogových právnych predpisov na európskej úrovni patrí do právomocí Stáleho výboru Rady pre operačnú spoluprácu v oblasti vnútornej bezpečnosti (COSI) a vychádza z posudzovania hrozby organizovaného zločinu, ktoré vykonáva Europol⁽¹⁾. COSI bol založený v roku 2010 na základe Lisabonskej zmluvy a zriadený rozhodnutím Rady (Rada Európskej únie, 2009). Výbor, v ktorom zasadať vysokí predstavitelia z ministerstiev vnútra členských štátov a zástupcovia Komisie, má široké právomoci: uľahčovať, podporovať a posilňovať koordináciu operačných činností orgánov príslušných v oblasti vnútornej bezpečnosti.

Ku kľúčovým úlohám výboru COSI patrí príprava, monitorovanie a vykonávanie stratégie vnútornej bezpečnosti a podpora vykonávania viacročných politických cyklov zameraných na riešenie najdôležitejších hrozieb trestných činov, ktorým čelí Európska únia, prostredníctvom spolupráce medzi orgánmi presadzovania právnych predpisov členských štátov, inštitúcií EÚ a agentúr EÚ. S podporou výboru COSI nedávno Európska rada prijala osem politických priorít na obdobie rokov 2011 – 2013, z ktorých tri sa týkajú presadzovania protidrogových právnych predpisov. Jedna z týchto priorít je zameraná na výrobu a distribúciu syntetických drog v Európskej únii vrátane nových psychoaktívnych látok. V súvisiacom operačnom akčnom pláne sú Europol a EMCDDA poverené úlohou zavedenia pravidelného monitorovania rozoberania zariadení na prípravu syntetických drog v Európe. Ďalší politický cyklus, na roky 2013 – 2017, bude vychádzať z posúdenia hrozby závažného a organizovaného zločinu v EÚ z roku 2013.

⁽¹⁾ Stanovenie priorít na európskej úrovni pre oblasť protidrogovej politiky je úlohou horizontálnej pracovnej skupiny pre drogy.

Porušenia protidrogových právnych predpisov

V praxi jedinými bežne dostupnými informáciami o drogovej trestnej činnosti v Európe sú len úvodné správy o porušeních protidrogových právnych predpisov, najmä od polície⁽³⁰⁾. Tieto údaje sa obvykle týkajú porušení právnych predpisov týkajúcich sa užívania drog (užívania a prechovávanie pre vlastnú spotrebu) alebo ponuky drog (výroby, obchodovania a predaja), aj keď v niektorých krajinách sa môžu uvádzať niektoré ďalšie typy porušení právnych predpisov (napr. týkajúce sa drogových prekurzorov). Tieto údaje tiež môžu odrážať rozdiely medzi jednotlivými členskými štátmi, pokiaľ ide o právne predpisy, priority a zdroje. Navyše sa môžu vzájomne odlišovať aj vnútroštátne informačné systémy v rámci Európy, najmä pokiaľ ide o postupy evidencie a podávania správ. Z týchto dôvodov je ťažké uskutočniť

⁽³⁰⁾ Vzájomným vzťahom medzi drogami a trestnou činnosťou a vymedzeniu pojmu „trestná činnosť súvisiaca s drogami“ sa venuje publikácia EMCDDA (2007b).

podrobné porovnania medzi krajinami, a preto je vhodnejšie porovnávať skôr trendy ako absolútne čísla.

Vo všeobecnosti sa v roku 2009 spomalil nárast počtu oznámených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami. Z indexu EÚ založeného na údajoch, ktoré poskytlo 22 členských štátov, ktoré predstavujú 93 % populácie vo veku 15 – 64 rokov v Európskej únii, vyplýva, že počet oznámených porušení právnych predpisov sa v rokoch 2005 – 2010 zvýšil asi o 15 %, pričom najstabilnejším bol rok 2008. Ak sa posudzujú všetky krajiny, ktoré podali správu, z údajov vyplýva vzostupný trend v 19 krajinách a celkový pokles počas tohto obdobia v siedmich krajinách ⁽³¹⁾.

Trestné činy súvisiace s užívaním a ponukou

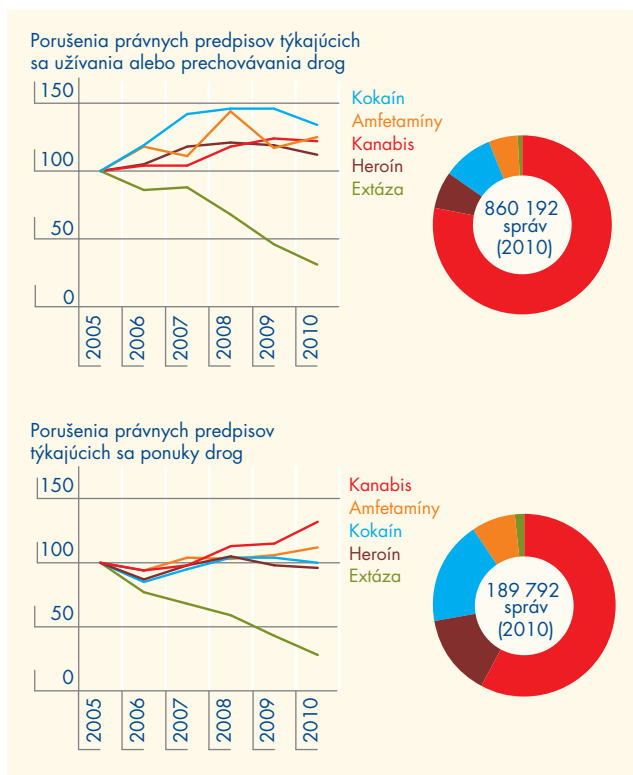
Rovnováha medzi porušeniami protidrogových právnych predpisov, ktoré sa vzťahovali na užívanie drog, a tými, ktoré sa vzťahovali na ponuku, sa v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi výrazne nezmenila. Vo väčšine (22) európskych krajín sa väčšina porušení protidrogových právnych predpisov v roku 2010 naďalej týkala užívania drog alebo prechovávania pre vlastnú spotrebu, pričom najväčšie podiely (85 – 93 %) uviedli Španielsko, Francúzsko, Maďarsko, Rakúsko a Turecko ⁽³²⁾.

V rokoch 2005 – 2010 narástol podľa odhadov počet trestných činov súvisiacich s užívaním drog v Európe o 19 %. V tejto analýze je možné pozorovať niektoré rozdiely medzi jednotlivými krajinami, keďže počet trestných činov súvisiacich s užívaním sa počas tohto obdobia v 18 krajinách zvýšil a v siedmich znížil. Z najnovších údajov však vyplýva celkový pokles trestných činov súvisiacich s užívaním drog (2009 – 2010) (obr. 3). V prípade trestných činov súvisiacich s ponukou drog sa v Európskej únii vykazuje odhadovaný nárast v období rokov 2005 – 2010 približne o 17 %. Zvýšenie počtu porušení právnych predpisov súvisiacich s ponukou za toto obdobie uviedlo 20 krajín, pričom Nemecko, Estónsko, Holandsko, Rakúsko a Poľsko uviedli zníženie ⁽³³⁾.

Trendy podľa drog

Kanabis je naďalej najčastejšie uvádzanou nezákonnou drogou v oznámených porušeníach protidrogových právnych predpisov v Európe ⁽³⁴⁾. Vo väčšine európskych krajín trestné činy týkajúce sa kanabisu tvorili od 50 % do 90 % oznámených porušení protidrogových právnych predpisov v roku 2010. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s inými drogami bol vyšší ako počet súvisiaci

Obrázok 3: Správy o porušeníach právnych predpisov týkajúcich sa užívania drog alebo prechovávania pre vlastnú potrebu a ponuky drog v členských štátoch EÚ: indexované trendy v období 2005 – 2010 a rozdelenie správ za rok 2010 podľa jednotlivých drog



Poznámka: Trendy sú založené na dostupných informáciách o počte uvedených porušení právnych predpisov súvisiacich s drogami (trestnoprávných a iných než trestnoprávných) v členských štátoch EÚ. Všetky série sú indexované voči základu 100 v roku 2005 a vážené podľa veľkosti populácie jednotlivých krajín, aby sa vytvoril celkový trend v EÚ; rozdelenie podľa drog sa týka celkového počtu správ za rok 2010. Ďalšie informácie sú na obrázkoch DLO-4 a DLO-5 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

s kanabisom len v štyroch krajinách: v Českej republike (54 %) a Lotyšsku (34 %) v súvislosti s metamfetamínom, v Litve (34 %) a na Malte s heroínom (30 %).

V období rokov 2005 – 2010 sa počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kanabisom zvýšil v 15 krajinách, ktoré podali správu, čo malo za následok zvýšenie v Európskej únii asi o 20 %. Klesajúci trend uviedlo Nemecko, Taliansko, Malta, Holandsko a Rakúsko ⁽³⁵⁾.

Porušenia právnych predpisov súvisiace s kokaínom zaznamenali nárast za obdobie 2005 – 2010 v 12 krajinách, ktoré podali správu, zatiaľ čo Nemecko, Grécko, Rakúsko a Chorvátsko zaznamenali klesajúce

⁽³¹⁾ Pozri obr. DLO-1 a tabuľku DLO-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽³²⁾ Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2012.

⁽³³⁾ Pozri obr. DLO-1 a tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2012.

⁽³⁴⁾ Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2012.

⁽³⁵⁾ Pozri obr. DLO-3 a tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2012.

trendy. Celkovo sa v Európskej únii za rovnaké obdobie zvýšil počet porušení právnych predpisov súvisiacich s kokaínom približne o 12 %, pričom v uplynulých dvoch rokoch tento počet klesol ⁽³⁶⁾.

Pokles počtu porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom pozorovaný v roku 2009 pokračoval aj v roku 2010. Priemer EÚ pre tieto porušenia zostal celkovo pomerne stabilný, pričom v rokoch 2005 – 2010 sa pozoroval odhadovaný nárast o 7 %. Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s heroínom sa znížil vo viac

než polovici krajín, ktoré podali správu (12), pričom celkový nárast sa v rovnakom období vykázal v deviatich ďalších krajinách ⁽³⁷⁾.

Počet porušení právnych predpisov súvisiacich s amfetamínmi, ktorý bol vykázaný v Európskej únii, sa v období rokov 2005 – 2010 zvýšil odhadom o 24 %, hoci v posledných dvoch rokoch je zjavná určitá stabilizácia situácie. Na druhej strane počet porušení právnych predpisov súvisiacich s extázou v rovnakom období klesol odhadom o dve tretiny (pokles o 71 %).

Eurojust: súdna spolupráca v Európskej únii

Siete organizovaného zločinu pôsobia cezhranične, preto sa na zatýkanie a obviňovanie zločincov bez ohľadu na miesto ich pobytu vyžaduje spolupráca medzi krajinami. Eurojust, orgán súdnej spolupráce Európskej únie, bol založený v roku 2002 na riešenie tejto situácie. Predstavuje posledný krok v historickom procese zlepšovania súdnej spolupráce v Európskej únii z čisto medzivládnej koncepcie k priamejšej interakcii medzi súdnymi orgánmi.

Úlohou Eurojustu v prípade cezhraničných trestných činov je uľahčiť a koordinovať: výmenu informácií, spoločné vyšetrovacie tímy, kontrolované dodávky, výkon európskych zatykačov, prenos dôkazov alebo súdnych postupov,

zavedenie žiadostí o vzájomnú právnu pomoc, predchádzanie a riešenie konfliktov jurisdikcie a medzinárodnú vymáhateľnosť aktív. Podľa najnovších analýz je obchodovanie s drogami najbežnejším trestným činom, ktorým sa Eurojust zaoberá. Predstavuje pätinu zaregistrovaných prípadov (Eurojust, 2012). V roku 2011 bolo Eurojustu postúpených 242 prípadov obchodovania s drogami, pričom v tejto oblasti bolo aktívnych osem spoločných vyšetrovacích tímov. Z údajov vyplýva, že z členských štátov sa do súdnej spolupráce v oblasti obchodovania s drogami najviac zapájajú Holandsko a Španielsko, po nich s odstupom nasledujú Taliansko, Nemecko a Francúzsko.

⁽³⁶⁾ Pozri obr. DLO-3 a tabuľku DLO-8 v štatistickej ročenke 2012.

⁽³⁷⁾ Pozri obr. DLO-3 a tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2012.



Kapitola 3

Kanabis

Úvod

Kanabis je nezákonná droga, ktorá je v Európe široko dostupná nielen z dovozu, ale aj z domácej produkcie. Vo väčšine krajín sa užívanie kanabisu zvýšilo v priebehu deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom 21. storočia. Európa sa teraz pravdepodobne dostáva do novej fázy, lebo údaje zo všeobecných prieskumov obyvateľstva a nové údaje z prieskumu ESPAD v školách naznačujú pomerne stabilné trendy užívania kanabisu v množstve krajín. Úrovně užívania zostávajú tradične vysoké. V posledných niekoľkých rokoch sme takisto svedkami lepšieho chápania vplyvov dlhodobého a rozšíreného užívania tejto drogy na zdravie obyvateľstva a zvyšuje sa uvádzaná úroveň dopytu po liečbe problémov súvisiacich s kanabisom.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Kanabis je možné pestovať v rozmanitých prostrediach a voľne rastie v mnohých častiach sveta. Odhaduje sa, že kanabis sa pestuje v 172 krajinách a územiach (UNODC, 2009). V posledných odhadoch úradu UNODC sa uznávajú ťažkosti s presnými číslami o globálnej produkcii kanabisu. Globálna produkcia v roku 2008 sa odhaduje na 13 300 – 66 100 ton rastlinného kanabisu a 2 200 – 9 900 ton kanabisovej živice.

V Európe je pestovanie kanabisu rozšírené a podľa všetkého sa zvyšuje. Celkovo 29 európskych krajín oznámilo informácie o domácom pestovaní kanabisu, aj keď sa ukazuje, že rozsah a charakter tohto javu je veľmi

Tabuľka 2: Záchyty, cena a účinnosť rastlinného kanabisu a živice

	Kanabisová živica	Rastlinný kanabis	Rastliny kanabisu ⁽¹⁾
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle	1 136 ton	6 251 ton	n.a.
Zachytené množstvo EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	534 ton (563 ton)	62 ton (106 ton)	3,1 mil. rastlín a 35 ton (3,1 mil. rastlín a 35 ton) ⁽²⁾
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)			
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽³⁾	3 – 17 (7,0 – 10,2)	3 – 25 (6,5 – 9,9)	n.a.
Priemerná účinnosť (obsah THC %)			
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽³⁾	1 – 12 (4,5 – 10,0)	1 – 12 (4,5 – 10,0)	n.a.

⁽¹⁾ Krajiny uvádzajú zachytené množstvo buď ako počet zachytených rastlín, alebo podľa hmotnosti; tu sa uvádzajú celkové množstvá z oboch týchto údajov.

⁽²⁾ Polovica celkového množstva kanabisových rastlín zachyteného v roku 2010 pripadá na Holandsko. Údaje nie sú úplné, možno ich však pokladať za odôvodnený ukazovateľ.

⁽³⁾ Rozpätie stredy polovice uvedených údajov.

Poznámka: Všetky údaje za rok 2010; n. a. – nie sú k dispozícii alebo sa neuplatňujú.

Zdroje: Úrad OSN pre drogy a trestnú činnosť (UNODC) (2012) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

premenlivý. Významný podiel kanabisu používaného v Európe je však pravdepodobne výsledkom nezákonného obchodovania medzi jednotlivými oblasťami. Podľa najnovšej analýzy EMCDDA patria k zdrojom rastlinného kanabisu, ktorý je v Európe dostupný, aj Švajčiarsko a Rusko. Významnými zdrojmi rastlinného kanabisu, ktorý bol zachytený v strednej a juhovýchodnej Európe, patria aj Albánsko, v menšej miere Kosovo ⁽³⁸⁾, Bývalá juhoslovanská republika Macedónsko a Srbsko (EMCDDA, 2012a).

Určitá časť rastlinného kanabisu sa do Európy aj dováža, a to najmä z Afriky (najmä Južnej Afriky) a v menšej miere z amerického kontinentu (najmä z ostrovov v Karibiku) (EMCDDA, 2012a).

Z nedávneho prieskumu vyplýva, že Afganistan nahradil Maroko v úlohe najväčšieho svetového producenta kanabisovej živice. Produkcia kanabisovej živice v Afganistane sa odhaduje na 1 200 – 3 700 ton ročne (UNODC, 2011a). Aj keď určitá časť kanabisovej živice vyrábanej v Afganistane sa predáva v Európe, je pravdepodobné, že Maroko bude aj naďalej hlavným dodávateľom tejto drogy do Európy. Kanabisová živica z Maroka sa do Európy pašuje obvykle cez Pyrenejský polostrov, pričom Belgicko a Holandsko zohrávajú úlohu ako sekundárne distribučné a skladovacie centrum. Podľa najnovších správ sa marocká živica preváža aj cez Estónsko, Litvu a Fínsko do Ruska.

Záchyty

Odhaduje sa, že v roku 2010 sa na celom svete zachytilo 6 251 ton rastlinného kanabisu a 1 136 ton kanabisovej živice (tabuľka 2), čo v porovnaní s predchádzajúcim rokom znamená celkovú stabilnú situáciu. Severná Amerika vykazuje aj naďalej najväčší podiel zachyteného rastlinného kanabisu (69 %), pričom najväčšie množstvá zachytenej živice sú naďalej koncentrované v západnej a strednej Európe (47 %) (UNODC, 2012).

Počet zachytení rastlinného kanabisu v Európe od roku 2005 stabilne rastie a v roku 2010 vďaka približne 382 000 zachyteniam prvýkrát prekonal zachytenia kanabisovej živice (tabuľka 2). V roku 2010 bolo zachytených približne 106 ton rastlinného kanabisu, pričom takmer polovica v Turecku (44 ton), čo je rekordné množstvo ⁽³⁹⁾. Zaznamenali sa rôznorodé trendy, pričom množstvo rastlinného kanabisu zachyteného v rokoch 2005 – 2010 zostávalo v Európskej únii pomerne stále a v Turecku sa zoštvornásobilo.

V roku 2010 klesol po stabilnom zvyšovaní počas celého posledného desaťročia počet zachytení kanabisovej živice na 358 000. Množstvo zachytenej kanabisovej živice sa za posledných 10 rokov celkovo znižovalo a v roku 2010 dosiahlo nové minimum s približne 563 zachytenými tonami. Množstvá zachytenej kanabisovej živice naďalej do veľkej miery prekračujú množstvá rastlinného kanabisu ⁽⁴⁰⁾. V roku 2010, podobne ako v predchádzajúcich rokoch, Španielsko uvádzalo polovicu z celkového množstva zachytení kanabisovej živice a asi dve tretiny zachyteného objemu.

Počet záchytov rastlín kanabisu sa od roku 2005 zvyšoval až po asi 37 000 prípadov v roku 2010. Krajiny uvádzajú zachytené množstvo buď ako odhadovaný počet zachytených rastlín, alebo ako odhad hmotnosti. Zachytenia vykazované podľa množstva rastlín zostávajú v rokoch 2005 – 2007 v Európe stabilne na úrovni 2,5 milióna ⁽⁴¹⁾; trendy v rokoch 2008 a 2009 nie je možné určiť z dôvodu nedostatku spoľahlivých údajov z Holandska, krajiny, ktorá historicky vykazuje najväčšie množstvá. Odhadovalo sa, že v roku 2010 táto krajina vykáže viac než polovicu z 3,1 mil. rastlín zachytených v Európe a hneď za ňou bude nasledovať Spojené kráľovstvo. Zachytenia vykázané podľa hmotnosti rastlín sa v rokoch 2005 – 2008 strojnásobili a v roku 2005 mierne klesli na 35 ton, z čoho väčšinu vykazovalo Španielsko (27 ton) a Bulharsko (4 tony).

Účinnosť a cena

Účinnosť kanabisových výrobkov je určená ich obsahom delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), primárnej účinnej zložky. Účinnosť kanabisu sa výrazne líši v závislosti od jednotlivých krajín, rôznych kanabisových výrobkov a genetických druhov. Informácie o účinnosti kanabisu sa opierajú najmä o forenznú analýzu vybraných vzoriek zachyteného kanabisu. Nie je jasné, do akej miery analyzované vzorky odrážajú celkový trh, preto je potrebné interpretovať údaje o účinnosti s opatrnosťou.

V roku 2010 bol oznámený priemerný obsah THC kanabisovej živice v rozpätí od 1 % do 12 %. Priemerná účinnosť rastlinného kanabisu (vrátane sinsemilly – formy rastlinného kanabisu s najvyššou účinnosťou) bola v rozsahu od 1 % do 16,5 %. Priemernú účinnosť sinsemilly uviedli len niektoré krajiny: 8 % vo Švédsku, 11 % v Nemecku a 16,5 % v Holandsku. V období rokov 2005 – 2010 bola priemerná účinnosť kanabisovej živice rôzna v 15 krajinách poskytujúcich dostačujúce

⁽³⁸⁾ Toto pomenovanie sa nedotýka postavenia ani statusu a je v súlade s UNSCR 1244 a stanoviskom ICJ k vyhláseniu nezávislosti Kosova.

⁽³⁹⁾ Údaje o zachyteníach drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľkách SZR-1 – SZR-6 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁴⁰⁾ V dôsledku rozdielov vo veľkosti prepravovaného nákladu a prekonaných vzdialeností, ako aj potreby prekročiť medzinárodné hranice, v prípade kanabisovej živice môže byť riziko záchytu vyššie ako v prípade doma vyprodukovaného rastlinného kanabisu.

⁽⁴¹⁾ Analýza neobsahuje zachytenia uskutočnené v Turecku, keďže tie sa od roku 2005 nevykazovali. Predchádzajúce údaje ukazujú veľký počet zachytení v Turecku (20 miliónov rastlín kanabisu v roku 2004).

údaje. Účinnosť rastlinného kanabisu zostávala pomerne stabilná alebo klesala v 10 krajinách a zvyšovala sa v Bulharsku, Estónsku, Francúzsku, Taliansku, na Slovensku a vo Fínsku. V rokoch 2005 – 2010 zostávala účinnosť sinsemilly stabilná v Nemecku a mierne sa znižovala v Holandsku ⁽⁴²⁾.

Priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice sa pohybovala v roku 2010 v rozpätí od 3 EUR do 17 EUR za gram v 26 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom 14 z nich uviedlo hodnoty od 7 EUR do 10 EUR. Priemerná maloobchodná cena rastlinného kanabisu sa pohybovala v rozpätí od 3 EUR do 25 EUR za gram v 23 krajinách, ktoré poskytli informácie, pričom 13 z nich uviedlo ceny pohybujúce sa od 6 EUR do 10 EUR. V období rokov 2005 – 2010 zostala vo väčšine krajín, ktoré poskytli informácie, priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice a rastlinného kanabisu stabilná, prípadne sa zvyšovala.

Odhadovaný trhový podiel kanabisových produktov

Rôzne zdroje údajov poukazujú na to, že v roku 2009 v Európe prevažoval rastlinný kanabis (pozri obr. 4). Rastlinný kanabis je zrejme najpoužívanejším kanabisovým produktom v dvoch tretinách z 30 krajín, ktoré vykazujú údaje, zatiaľ čo kanabisová živica je populárna v poslednej tretine (pozri obr. 4). Tieto trhové podiely sa v niektorých krajinách javia stabilné, môže to byť v dôsledku dlhodobých tradičných spotrebiteľských vzorcov. V iných krajinách sú výsledkom najnovších zmien (EMCDDA, 2012a).

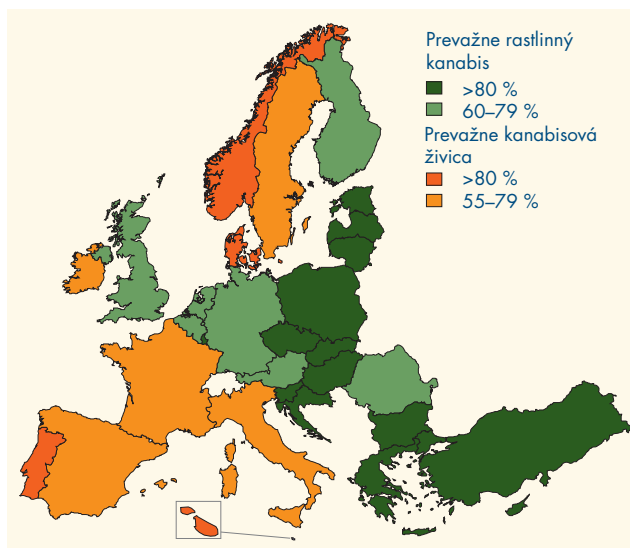
Prevalencia a formy užívania

Prevalencia a formy užívania kanabisu v rámci celkovej populácie

Podľa konzervatívneho odhadu kanabis užilo aspoň raz (celoživotná prevalencia) viac než 80,5 mil. Európanov, čo je takmer jedna zo štyroch osôb vo veku 15 – 64 rokov (zhrnutie údajov sa nachádza v tabuľke 3). Medzi krajinami existujú rozdiely a údaje za jednotlivé krajiny sú v rozpätí od 1,6 % do 32,5 %. Pre väčšinu krajín sú odhady prevalence v rozpätí 10 – 30 % dospelých.

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

Obrázok 4: Odhadovaný podiel kanabisových produktov spotrebovaných v Európe, 2008/2009



Zdroj: EMCDDA, 2012a

Európanov užilo drogu v minulom mesiaci, v priemere približne 3,6 % všetkých osôb vo veku 15 – 64 rokov.

Užívanie kanabisu medzi mladými dospelými

Užívanie kanabisu sa zväčša sústreďuje medzi mladými ľuďmi (vo veku 15 – 34 rokov), pričom najvyššie úrovne prevalence za minulý rok sa vo všeobecnosti uvádzajú medzi osobami vo veku 15 – 24 rokov ⁽⁴³⁾.

Z údajov z prieskumov medzi obyvateľstvom vyplýva, že kanabis užilo aspoň raz v priemere 32,5 % mladých dospelých Európanov (15 – 34 rokov), pričom 12,4 % z nich užilo drogu v minulom roku a 6,6 % v minulom mesiaci. Odhaduje sa, že ešte vyšší podiel Európanov vo vekovej skupine 15 – 24 rokov užilo kanabis v minulom roku (15,4 %) alebo v minulom mesiaci (7,8 %). Vnútroštátne odhady prevalence užívania kanabisu sa medzi krajinami značne líšia vo všetkých stanoveniach prevalence (tabuľka 3).

Užívanie kanabisu je vo všeobecnosti vyššie medzi mužmi, napríklad pomer mužov k ženám medzi mladými dospelými uvádzajúcimi užívanie kanabisu v minulom roku sa pohybuje od 6 : 1 v Portugalsku až po takmer vyrovnaný pomer v Nórsku ⁽⁴⁴⁾.

Medzinárodné porovnania

Číselné údaje z Austrálie, Kanady a Spojených štátov o celoživotnom a minuloročnom užívaní kanabisu medzi

⁽⁴²⁾ Údaje o účinnosti a cene pozri v tabuľkách PPP-1 a PPP-5 v štatistickej ročenke 2012. Vymedzenia kanabisových produktov pozri v glosári online.

⁽⁴³⁾ Pozri obr. GPS-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁴⁴⁾ Pozri tabuľku GPS-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2012.

Tabuľka 3: Prevalencia užívania kanabisu v rámci celkovej populácie – zhrnutie údajov

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	80,5 milióna	23 miliónov	12 miliónov
Priemer v Európe	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Rozpätie	1,6 – 32,5 %	0,3 – 14,3 %	0,1 – 7,6 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (1,6 %) Bulharsko (7,3 %) Maďarsko (8,5 %) Grécko (8,9 %)	Rumunsko (0,3 %) Grécko (1,7 %) Maďarsko (2,3 %) Bulharsko, Poľsko (2,7 %)	Rumunsko (0,1 %) Grécko, Poľsko (0,9 %) Švédsko (1,0 %) Litva, Maďarsko (1,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Dánsko (32,5 %) Španielsko, Francúzsko (32,1 %) Taliansko (32,0 %) Spojené kráľovstvo (30,7 %)	Taliansko (14,3 %) Španielsko (10,6 %) Česká republika (10,4 %) Francúzsko (8,4 %)	Španielsko (7,6 %) Taliansko (6,9 %) Francúzsko (4,6 %) Česká republika, Holandsko (4,2 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	42,5 milióna	16 miliónov	8,5 milióna
Priemer v Európe	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Rozpätie	3,0 – 49,3 %	0,6 – 20,7 %	0,2 – 14,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (3,0 %) Grécko (10,8 %) Bulharsko (14,3 %) Poľsko (16,1 %)	Rumunsko (0,6 %) Grécko (3,2 %) Poľsko (5,3 %) Maďarsko (5,7 %)	Rumunsko (0,2 %) Grécko (1,5 %) Poľsko (1,9 %) Švédsko, Nórsko (2,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (49,3 %) Francúzsko (45,1 %) Dánsko (44,5 %) Španielsko (42,4 %)	Česká republika (20,7 %) Taliansko (20,3 %) Španielsko (19,4 %) Francúzsko (17,5 %)	Španielsko (14,1 %) Taliansko (9,9 %) Francúzsko (9,8 %) Česká republika (8,0 %)
15 – 24 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	18 miliónov	9,5 milióna	5 miliónov
Priemer v Európe	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Rozpätie	3,0 – 52,2 %	0,9 – 23,9 %	0,5 – 17,2 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (3,0 %) Grécko (9,0 %) Cyprus (14,4 %) Portugalsko (15,1 %)	Rumunsko (0,9 %) Grécko (3,6 %) Portugalsko (6,6 %) Slovinsko, Švédsko (7,3 %)	Rumunsko (0,5 %) Grécko (1,2 %) Švédsko (2,2 %) Nórsko (2,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Česká republika (52,2 %) Španielsko (39,1 %) Francúzsko (38,1 %) Dánsko (38,0 %)	Španielsko (23,9 %) Česká republika (23,7 %) Taliansko (22,3 %) Francúzsko (20,8 %)	Španielsko (17,2 %) Francúzsko (11,8 %) Taliansko (11,0 %) Spojené kráľovstvo (9,0 %)
<p>Poznámka: Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalencie vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa pri krajinách s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúcimi maximálne 3 % cieľovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: vo veku 15 – 64 rokov (338 miliónov), vo veku 15 – 34 rokov (130 miliónov) a vo veku 15 – 24 rokov (61 miliónov). Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011 (najmä 2008 – 2010), netýkajú sa jediného roku. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2012.</p>			

mladými dospelými sú nad európskymi priemerami, ktoré sú 32,5 %, resp. 12,4 %. Napríklad v Kanade (2010) je celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými na úrovni 50,4 % a prevalencia užívania kanabisu v minulom roku na úrovni 21,1 %. V Spojených štátoch podľa odhadu SAMHSA (2010) bola celoživotná prevalencia užívania kanabisu 52,1 % (16 – 34 rokov, prepočítané centrom EMCDDA) a prevalencia užívania kanabisu v minulom roku vo výške 24,5 %, zatiaľ čo v Austrálii (2010) to bolo 43,3 % a 19,3 % v prípade mladých dospelých.

Trendy v užívaní kanabisu

Koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom tohto storočia mnohé európske krajiny uvádzali nárasty užívania kanabisu v prieskumoch v celkovej populácii, ako aj v školských prieskumoch. Odvtedy množstvo krajín hlási stabilizáciu alebo dokonca klesajúci trend v užívaní kanabisu ⁽⁴⁵⁾.

Aj keď v posledných rokoch väčšina európskych krajín uskutočnila prieskumy v celkovej populácii, len šestnásť krajín poskytlo dostatočné údaje na analyzovanie trendov

⁽⁴⁵⁾ Pozri obr. GPS-4 (časť ii) v štatistickej ročenke 2012.

užívania kanabisu v dlhšom časovom období. Z nich päť krajín (Bulharsko, Grécko, Maďarsko, Švédsko, Nórsko) vždy vykazovalo nízku minuloročnú prevalenciu užívania kanabisu medzi 15 – 34-ročnými, a to na úrovni do 10 %.

Ďalších šesť krajín (Dánsko, Nemecko, Estónsko, Írsko, Slovensko, Fínsko) vykázalo vyššie úrovne prevalence, v najnovšom prieskume však neprekročili 15 %. Dánsko, Nemecko a Írsko vykázali nápadný nárast užívania kanabisu v 90. rokoch a na začiatku 21. storočia, po ktorom nasledoval čoraz stabilnejší až klesajúci trend. Nárast pozorovaný v poslednom desaťročí alebo dlhšie v Estónsku a Fínsku nevykazuje žiadne znaky stabilizácie.

Španielsko, Francúzsko, Taliansko, Spojené kráľovstvo a Česká republika aspoň raz za posledných 10 rokov vykázali minuloročné užívanie medzi mladými dospelými na úrovni 20 % alebo vyššej. Formy užívania sa v týchto krajinách líšili od polovice prvého desaťročia 21. storočia, v Španielsku a Francúzsku sa pozorovali vo všeobecnosti stabilné trendy, v Taliansku sa v roku 2008 vykázal nárast a v Spojenom kráľovstve podstatný pokles, pričom minuloročná prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými je teraz na úrovni priemeru EÚ.

V rokoch 2010 – 2011 vykázalo sedem krajín nové údaje z prieskumov, ktoré umožnili určité odhady najnovších trendov v užívaní kanabisu. Pri porovnaní s predchádzajúcim prieskumom vykonaným rok až päť rokov predtým vykázalo šesť z týchto krajín pomerne stabilné úrovne minuloročnej prevalence užívania medzi mladými dospelými a jedna krajina (Fínsko) vykázala nárast.

Formy užívania kanabisu

Dostupné údaje poukazujú na rôznorodé formy užívania kanabisu, od experimentálneho užívania až po závislosť. Po krátkom období experimentovania mnohí obvykle kanabis prestanú užívať, iní ho užívajú príležitostne alebo obmedzený čas. Pri formách užívania zohráva úlohu vnímanie rizika a je potrebné poznamenať, že v celoeurópskom prieskume postojov väčšina (91 %) mladých Európanov uznáva zdravotné riziká súvisiace s pravidelným užívaním kanabisu, aj keď vnímanie rizika, ktoré pre zdravie predstavuje občasné užívanie, bolo menšie (52 %).

Spomedzi osôb vo veku 15 – 64 rokov, ktorí aspoň raz užili kanabis, 70 % tak neurobilo v priebehu minulého roka ⁽⁴⁶⁾. Spomedzi osôb, ktoré túto drogu užili za posledný

rok, asi polovica tak urobila v minulom mesiaci, čo môže naznačovať pravidelnejšie užívanie. Tieto podiely sa však medzi krajinami a medzi pohlaviami značne líšia. Úrovně prevalence kanabisu, ktoré sú oveľa vyššie než celoeurópsky priemer, možno nájsť medzi niektorými skupinami mladých ľudí, napríklad ľuďmi, ktorí navštevujú určité nočné alebo tanečné kluby. Užívanie kanabisu sa tiež často spája s nadmerným užívaním alkoholu: v prípade mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov), ktorí často alebo v nadmernej miere užívajú alkohol, bola vo všeobecnosti dva až šesťnásobne vyššia pravdepodobnosť užívania kanabisu v porovnaní s celkovou populáciou (EMCDDA, 2009b).

S rôznymi druhmi kanabisových produktov a spôsobmi, akými sa užívajú, môžu súvisieť rôzne riziká. Formy užívania kanabisu, ktoré vedú k užívaniu vysokých dávok, môžu užívateľa vystaviť väčšiemu riziku vzniku závislosti alebo iných problémov (EMCDDA, 2008). K takýmto postupom patrí užívanie kanabisu s veľmi vysokým obsahom THC alebo vo veľkých množstvách a inhalovanie z vodnej fajky. V prieskumoch sa zriedka rozlišuje medzi užívaním rôznych druhov kanabisu, v britskom prieskume kriminality v rokoch 2009/2010 sa však uvádza odhad, že asi 12,3 % dospelých (vo veku 15 – 59 rokov) niekedy v živote užilo niečo, o čom sa domnievali, že je to „skunk“ (slangový názov formy drogy spravidla s vysokou účinnosťou). Zatiaľ čo podobné podiely užívateľov kanabisu uvádzajú celoživotné užívanie rastlinného kanabisu (50 %) a kanabisovej živice (49 %), v prípade osôb užívajúcich túto drogu v poslednom roku je väčšia pravdepodobnosť, že uživali rastlinný kanabis (71 %) než živicu (38 %) (Hoare a Moon, 2010). Z údajov z prieskumov v celkovej populácii v 17 krajinách ⁽⁴⁷⁾, ktoré tvoria takmer 80 % dospelej populácie Európskej únie a Nórska, vyplýva, že viac než 40 % užívateľov kanabisu, ktorí priznali, že drogu užili za posledný mesiac, užilo drogu za posledný jeden až tri dni. Dá sa odhadnúť, že približne 1 % dospelých (vo veku 15 – 64 rokov) v Európskej únii a Nórsku, približne 3 milióny ⁽⁴⁸⁾, užíva kanabis každý deň alebo takmer každý deň (prevalencia v krajine od 0,1 % do 2,6 %). Približne tri štvrtiny týchto užívateľov tvoria mladí dospelí vo veku 15 – 34 rokov. V tejto vekovej skupine je v prípade mužov 3,5-krát pravdepodobnejšie užívanie kanabisu ako v prípade žien. Z 11 krajín, ktoré predstavujú 70 % populácie EÚ, pre ktoré je možné určiť trendy v oblasti intenzívneho užívania kanabisu, deväť vykazuje od roku 2000 stabilnú situáciu ⁽⁴⁹⁾. V ďalších dvoch krajinách sa za posledných päť či šesť rokov pozorovali zmeny.

⁽⁴⁶⁾ Pozri obr. GPS-2 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁴⁷⁾ Prieskumy uskutočnené v rokoch 2003 – 2011 pomocou množstva rôznych metodík a v rôznych súvislostiach. Pozri tabuľky GPS-10 a GPS-121 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁴⁸⁾ Toto je minimálny odhad v dôsledku vykazovania nižších čísel v prieskumoch. Určité populácie intenzívnych užívateľov kanabisu vypádajú zo vzorky a vylučujú sa jednotlivci s epizódami intenzívneho užívania kanabisu za posledný rok, používajú sa úrovne užívania za posledný mesiac.

⁽⁴⁹⁾ V tejto analýze sa zohľadňovali len údaje zozbierané po roku 2000.

V Spojenom kráľovstve sa pozoroval pokles intenzívneho užívania kanabisu, v Portugalsku sa v roku 2007 vykázal nárast.

Čoraz častejšie sa uznáva, že možným dôsledkom pravidelného užívania kanabisu je závislosť, dokonca medzi mladšími užívateľmi a v niektorých európskych krajinách stúpa počet osôb, ktoré v dôsledku užívania kanabisu potrebujú pomoc (pozri nižšie). Niektorí užívatelia kanabisu – predovšetkým intenzívni užívatelia – môžu mať problémy, aj keď nemusia nevyhnutne spĺňať klinické kritériá pre závislosť.

Užívanie kanabisu medzi študentmi

V prieskume ESPAD z roku 2011 (Hibell a kol., 2012) sa zozbierali informácie o formách užívania kanabisu študentmi z 26 z 30 krajín EMCDDA. Najvyššie úrovne celoživotného užívania kanabisu v prípade 15 až 16-ročných študentov vykázala Česká republika (42 %) a Francúzsko (39 %) (obr. 5). Žiadna z ďalších krajín zahrnutých v prieskume, ani Španielsko, nevykázali celoživotné užívanie na úrovni viac než 27 %. Iba Česká republika a Francúzsko vykazujú úrovne celoživotnej prevalence užívania kanabisu, ktoré prekročujú vykazované úrovne pre porovnateľnú vekovú skupinu v Spojených štátoch v roku 2011 (35 %).

Vykazované užívanie kanabisu za posledný mesiac sa líši od 24 % 15 až 16-ročných vo Francúzsku k 2 % v Rumunsku a Nórsku.

Rozsah rozdielov podľa pohlavia sa v jednotlivých európskych krajinách líši, pričom pomer chlapcov a dievčat medzi študentmi, ktorí aspoň raz užili kanabis, je od vyváženého stavu v Španielsku, Francúzsku a Rumunsku k pomeru 2,5 chlapca na jedno dievča v Grécku a na Cypre.

Trendy medzi študentmi

Za 16 rokov realizovania prieskumu ESPAD sa celoživotná prevalence užívania kanabisu medzi európskymi študentmi celkovo zvýšila. Počas tohto obdobia stúpajúci trend v celoživotnom užívaní kanabisu medzi 15 až 16-ročnými študentmi, ktorý sa pozoroval do roku 2003, opäť v roku 2007 poklesol a v roku 2011 si udržal tú istú úroveň. Z 23 krajín, ktoré sa zúčastnili prieskumu v roku 2011 a prieskumov v rokoch 1995 a 1999, je teraz v 14 prevalence užívania kanabisu minimálne o štyri percentuálne body vyššia, v dvoch nižšia.

Trendy z tohto obdobia je možné zoskupiť podľa úrovni prevalence a geografie. Osem krajín, ktoré sa nachádzajú najmä v severnej a južnej Európe (obr. 6, vľavo), uvádza

Správa ESPAD za rok 2011: európsky prieskum na školách týkajúci sa užívania látok

V európskom prieskume, ktorý sa uskutočňuje na školách a ktorý sa týka užívania alkoholu a iných drog (ESPAD), sa poskytujú pravidelné prehľady o úrovniach a trendoch užívania drog, ako aj o prístupoch k nemu, medzi 15 až 16-ročnými študentmi v celej Európe.

Tento štandardizovaný prieskum sa uskutočňuje každé štyri roky, pričom poskytuje porovnateľné údaje o užívaní nezákonných drog, alkoholu, cigariet a ďalších látok študentmi. Vykazuje aj informácie o vnímanej dostupnosti, veku začatia užívania týchto látok a vnímaní rizík a škodlivosti.

V prieskume z roku 2011 (Hibell a kol., 2012) sa robili rozhovory so študentmi narodenými v roku 1995 v 36 európskych krajinách vrátane 26 z 30 krajín EMCDDA. Prvýkrát boli na určenie závažnosti rozdielov (úroveň 95 %) použité štatistické metódy; skúmali sa rozdiely medzi prieskumami z rokov 2011 a 2007 a medzi chlapcami a dievčatami. V predchádzajúcich správach ESPAD sa za relevantné považovali len rozdiely minimálne štyri percentuálne body.

V tejto kapitole sa skúmajú zistenia z prieskumu ESPAD o užívaní kanabisu. V prípade vhodnosti sa prezentujú aj výsledky z porovnateľných prieskumov realizovaných v Španielsku a Spojenom kráľovstve. V ďalších kapitolách sa uvádzajú zistenia v oblasti užívania extázy, amfetamínov a kokaínu.

nízkou celoživotnou prevalenciou užívania kanabisu počas celého obdobia. V piatich z týchto krajín sa prevalence užívania kanabisu v roku 2011 pohybovala v rámci troch percentuálnych bodov úrovne najstaršieho prieskumu ESPAD z roku 1995 alebo 1999. V troch z týchto krajín je v súčasnosti prevalence užívania kanabisu výrazne vyššia v porovnaní s najstarším prieskumom z 90. rokov: v Portugalsku (o deväť percentuálnych bodov), vo Fínsku (o šesť percentuálnych bodov) a v Rumunsku (o šesť percentuálnych bodov). V rokoch 2007 – 2011 päť z týchto krajín vykazovalo štatisticky významný nárast a jedna významný pokles.

Druhú skupinu tvorilo osem západoeurópskych krajín, ktoré vykázali pomerne vysokú prevalenciu kanabisu v najstarších prieskumoch ESPAD (obr. 6, v strede). V dvoch z týchto krajín úroveň prevalence kanabisu medzi študentmi za toto 16-ročné obdobie dramaticky klesli: v Írsku o 19 percentuálnych bodov a v Spojenom kráľovstve o 16 percentuálnych bodov. Pokles medzi prvým prieskumom z roku 2003 a najnovším z roku 2011 sa pozoroval aj v Nemecku (deväť percentuálnych bodov) a Belgicku (sedem percentuálnych bodov). Dve krajiny

v tejto skupine s najnižšími úrovňami užívania kanabisu v roku 1995, Dánsko a Taliansko, vykazujú podobné úrovne aj v roku 2011. V tejto skupine pozorovalo Francúzsko medzi svojím prvým (1999) a posledným prieskumom ESPAD nárast o minimálne štyri percentuálne body. Okrem toho, zatiaľ čo v siedmich z ôsmich krajín bol trend medzi rokmi 2007 – 2011 klesajúci, vo Francúzsku sa vykázal nárast (osem percentuálnych bodov).

V tretej skupine 10 krajín, ktoré sa geograficky nachádzajú medzi Baltským morom a Balkánskym polostrovom, sa prevalencia užívania kanabisu medzi prvým prieskumom v roku 1995 alebo 1999 a posledným v roku 2011 zvýšila, pričom osem krajín vykazuje nárast minimálne o 10 percentuálnych bodov (obr. 6, vpravo). Česká republika má naďalej vyššie úrovne prevalence ako iné krajiny. V prípade väčšiny ostatných krajín v tejto skupine sa prevalencia užívania kanabisu medzi študentmi zvýšila z nízkej úrovne na európsky priemer alebo vyššie. Väčšina zmien v prevalencii kanabisu v rámci tejto skupiny krajín sa uskutočnila v roku 2003 a do roku 2007 sa ukazovatele vyrovnávali. Od roku 2007 sa prevalencia užívania kanabisu medzi študentmi významne zvýšila v troch z týchto krajín (Lotyšsko, Maďarsko, Poľsko), znížila v jednej (Slovensko) a zostala stabilná v šiestich.

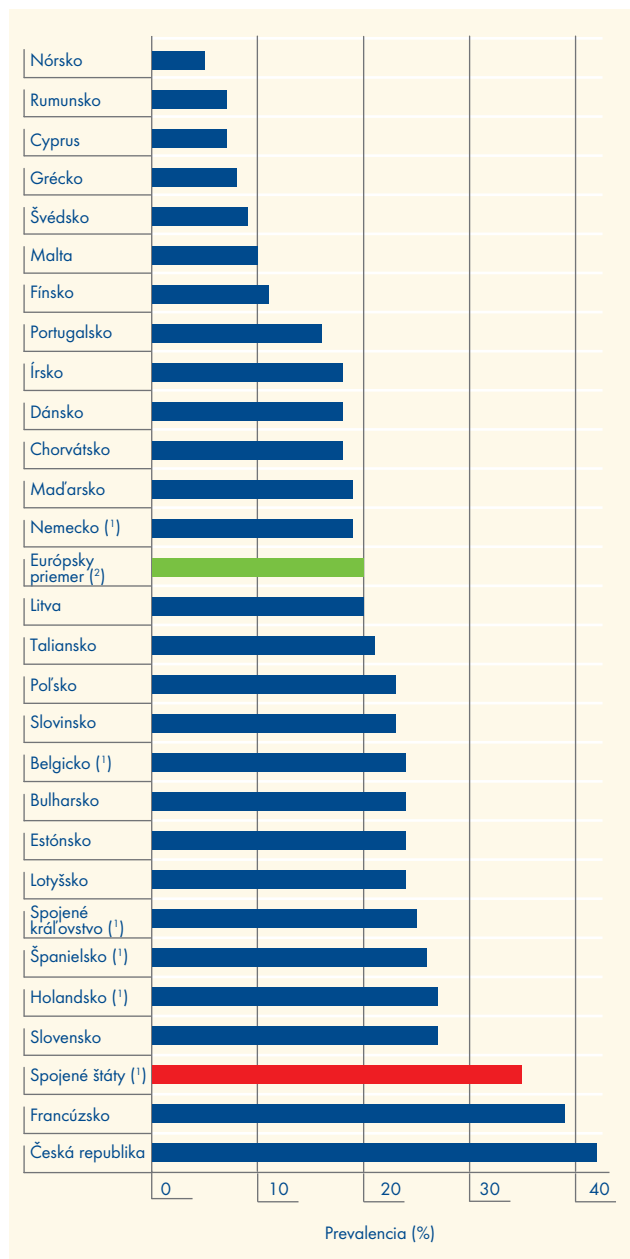
V porovnaní s poslednými dvoma prieskumami ESPAD sa polovici z 26 účastníckych krajín EMCDDA zachoval stabilný trend v celoživotnom užívaní kanabisu medzi študentmi, zatiaľ čo výrazný pokles sa pozoroval v štyroch krajinách a výrazný nárast v deviatich krajinách. Najvýznamnejší nárast, od šiestich do ôsmich percentuálnych bodov, vykázali Francúzsko, Lotyšsko, Maďarsko a Poľsko.

Formy užívania medzi študentmi

Prieskum ESPAD z roku 2011 ukazuje, že vo všeobecnosti sa užívanie kanabisu vníma ako rizikovejšie medzi študentmi krajín s menším počtom užívateľov. Čo sa týka vnímania rizík a škodlivosti, študenti jednoznačne rozlišujú medzi experimentálnym a pravidelným užívaním, pričom od 12 % do 47 % tvrdí, že veľké nebezpečenstvo pre zdravie predstavuje aj jedno či dve užitia kanabisu, a 56 % – 80 % tvrdí, že veľké riziko pre zdravie predstavuje pravidelné užívanie kanabisu ⁽⁵⁰⁾.

Včasný začiatok užívania kanabisu je spojený s neskorším vývojom intenzívnejšej a problematickejšej konzumácie drog a osem krajín (Bulharsko, Česká republika, Španielsko, Estónsko, Francúzsko, Holandsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) vykázalo 5 % alebo vyššiu mieru osôb, ktoré s kanabisom začali už vo veku 13 alebo menej rokov ⁽⁵¹⁾. V Spojených štátoch táto miera dosiahla 15 %.

Obrázok 5: Celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov v prieskume ESPAD a porovnateľných prieskumoch v rokoch 2010 a 2011



⁽¹⁾ Obmedzená porovnateľnosť: údaje pre Belgicko sa týkajú flámskej komunity; údaje pre Nemecko sa týkajú piatich spolkových krajín; prieskum ESPAD sa zúčastnila len malá časť vzorky škôl v Spojenom kráľovstve, uznávaný celoštátny prieskum však uviedol podobnú prevalenciu v roku 2010 (27 %); údaje pre Španielsko, ktoré sa nezúčastňujú prieskumom ESPAD, pochádzajú z celoštátneho prieskumu z roku 2010; údaje pre Spojené štáty americké, ktoré sa takisto nezúčastňujú prieskum ESPAD, boli zozbierané v roku 2011, s odhadovaným priemerným vekom 16,2 roku, ktorý je vyšší ako priemer ESPAD – 15,8 roku.

⁽²⁾ Tu je uvedený nevážený priemer európskych krajín.

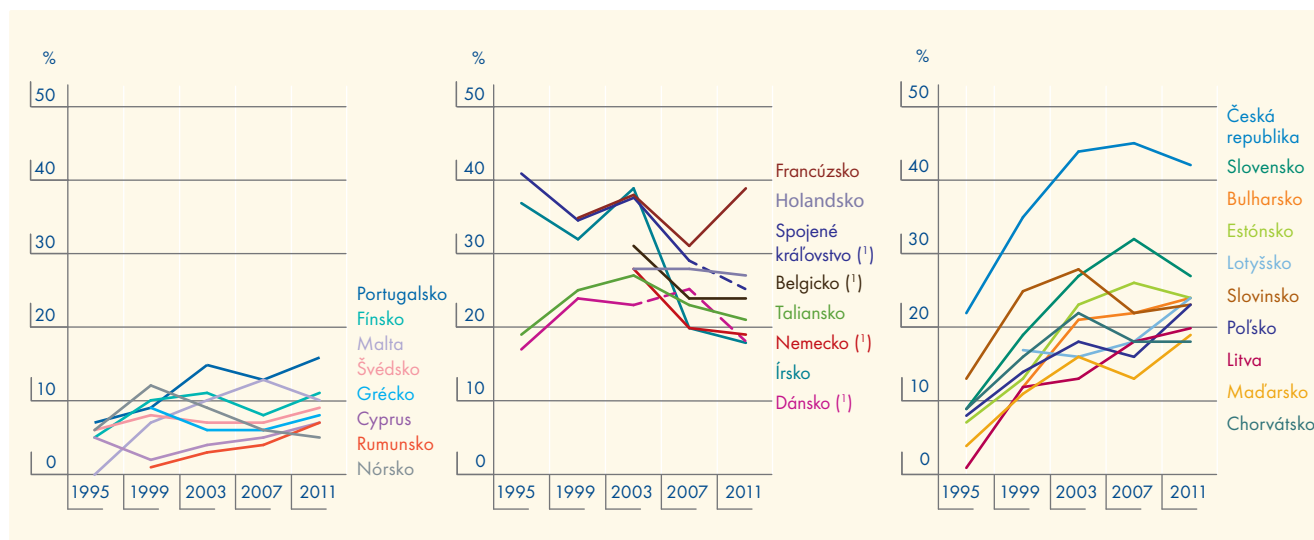
Zdroje: ESPAD a národné kontaktné miesta siete Reitox pre európske údaje; Johnston a kol. (2012) pre údaje Spojených štátov amerických

Chlapci častejšie ako dievčatá uvádzajú včasné začínanie a časté užívanie kanabisu. 5 % – 11 % 15 – 16-ročných

⁽⁵⁰⁾ Pozri obr. EYE-1 (časť iv) v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁵¹⁾ Pozri tabuľku EYE-23 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

Obrázok 6: Rôzne formy trendov celoživotnej prevalence užívania kanabisu medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov v piatich kolách prieskumu ESPAD



(¹) Obmedzená porovnateľnosť: údaje pre Belgicko sa týkajú flámskej komunity; údaje pre Nemecko sa týkajú piatich spolkových krajín; údaje za rok 2011 pre Spojené kráľovstvo a za rok 2007 pre Dánsko sú založené na malých podieloch vzorky škôl.
Zdroje: ESPAD a národné kontaktné miesta siete Reitox

študentov mužského pohlavia v deviatich európskych krajinách uvádza, že počas svojho života užilo kanabis 40 a viac ráz. Vo väčšine krajín bol tento podiel minimálne dvojnásobný ako v prípade dievčat.

Nežiaduce účinky užívania kanabisu na zdravie

Zdravotné riziká hroziace jednotlivcom v súvislosti s užívaním kanabisu sa vo všeobecnosti považujú za nižšie ako riziká súvisiace s heroínom alebo kokaínom. Vzhľadom na vysokú prevalenciu užívania kanabisu môže však byť vplyv tejto drogy na verejné zdravie významný.

Zistilo sa viacero akútnych i chronických zdravotných problémov súvisiacich s užívaním kanabisu. K akútnym nežiaducim účinkom patrí nevoľnosť, poškodená koordinácia a funkčnosť, úzkosť a psychotické príznaky, ktoré častejšie môžu uvádzať užívatelia, ktorí drogu užívajú prvýkrát. Z pozorovacích epidemiologických štúdií vyplýva, že konzumácia kanabisu vodičmi tiež zvyšuje riziko dopravnej nehody (Asbridge a kol., 2012).

K chronickým účinkom kanabisu patria závislosť a dýchacie ochorenia. Pravidelné užívanie kanabisu počas dospievania môže nepriaznivo ovplyvniť duševné zdravie mladých dospelých a existujú dôkazy o zvýšenom riziku psychotických symptómov a porúch, ktoré sa častým užívaním a užívaním veľkého množstva zvyšujú (Hall a Degenhardt, 2009).

Liečba

Dopyt po liečbe

Kanabis bol v roku 2010 primárnou drogou približne v 108 000 všetkých vstupov do liečby v 29 krajinách (25 % z celkového počtu klientov), čím sa stal po heroíne druhou najčastejšie uvádzanou drogou. Kanabis bol okrem toho najčastejšie uvádzanou druhou drogou, ktorá bola spomenutá približne 98 000-krát. Primárni užívatelia kanabisu tvoria viac ako 30 % osôb vstupujúcich do liečby v Belgicku, Dánsku, Nemecku, Francúzsku, na Cypre, v Maďarsku, Holandsku a Poľsku, ale menej než 10 % v Bulharsku, Estónsku, Luxembursku, na Malte, v Rumunsku a Slovinsku, v zostávajúcich krajinách sa tento údaj pohybuje v rozpätí od 10 % do 30 % (⁵²). Takmer 70 % všetkých užívateľov kanabisu, ktorí vstupujú v Európe do liečby, vykazujú Nemecko, Španielsko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo.

Rozdiely v prevalencii užívania kanabisu a s tým súvisiacich problémov pomáhajú vysvetliť niektoré odchýlky v úrovniach vstupovania do liečby medzi krajinami. Iné faktory, ako napríklad postupy týkajúce sa odporúčaní a typ poskytovania liečby, sú tiež dôležité. Francúzsko má napríklad systém poradenských centier, ktoré sú zamerané na mladých klientov užívajúcich najmä kanabis (⁵³), zatiaľ čo v Maďarsku sa delikventom užívajúcim kanabis ponúka ako alternatíva k trestu protidrogová liečba. Oba systémy

(⁵²) Pozri obr. TDI-2 (časť ii) a tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-22 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

(⁵³) Okrem toho mnohých užívateľov opioidov vo Francúzsku liečia všeobecní lekári a neuvádzajú sa na účely ukazovateľa dopytu po liečbe, čím sa zvyšujú podiely užívateľov iných drog.

majú za následok zvýšenie počtu osôb vstupujúcich do liečby.

Za posledných päť rokov sa pozoroval celkový nárast (zo 73 000 klientov v roku 2005 k 106 000 v roku 2010) počtu klientov užívajúcich kanabis, ktorí vstúpili do liečby v 25 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje, a to najmä tých, ktorí vstúpili do liečby prvýkrát v živote.

Profil liečených klientov

Klienti užívajúci kanabis zväčša vstupujú do ambulantnej liečby a podľa údajov patria k najmladším skupinám osôb vstupujúcich do liečby s priemerným vekom 25 rokov. Mladí ľudia, ktorí uvádzajú kanabis ako svoju primárnu drogu, predstavujú 76 % vstupujúcich do liečby vo veku 15 – 19 rokov a 86 % z nich je mladších ako 15 rokov. Pomer mužov a žien je najvyšší spomedzi klientov užívajúcich drogy (približne päť mužov na jednu ženu). Celkovo takmer polovica klientov užívajúcich kanabis ako primárnu drogu sú každodenní užívatelia, asi 21 % ju užíva 2 – 6-krát do týždňa, 13 % užíva kanabis raz do týždňa alebo menej často a 17 % sú príležitostnými užívatelmi, niektorí z nich neužívali túto drogu mesiac pred vstupom do liečby. Medzi jednotlivými krajinami existujú zásadné rozdiely. Napríklad v Maďarsku, kde väčšina užívateľov kanabisu vstupuje do liečby z podnetu systému trestného súdnictva, prevažujú príležitostní užívatelia alebo užívatelia, ktorí mesiac pred vstupom do liečby neužíli drogu ⁽⁵⁴⁾.

Poskytovanie liečby

Liečba závislosti od kanabisu v Európe zahŕňa široký rozsah opatrení vrátane liečby prostredníctvom internetu, poradenstva, štruktúrovaných psychosociálnych intervencií a liečby v pobytových zariadeniach. Dochádza aj k častému prekrývaniu medzi selektívnou a indikatívnou prevenciou a intervenciami v oblasti liečby (pozri kapitolu 2).

V roku 2011 viac než polovica európskych krajín uviedla, že pre užívateľov, ktorí aktívne vyhľadávajú liečbu, sú k dispozícii špeciálne programy na liečbu závislosti od kanabisu, čo je od roku 2008 zvýšenie o tretinu. Vo svojich najnovších hodnoteniach odhadovali vnútroštátni odborníci z Grécka, Nemecka, Talianska, Chorvátska, Litvy, Luxemburska, Holandska, Slovinska, Slovenska a Spojeného kráľovstva, že tieto programy sú dostupné pre väčšinu užívateľov kanabisu, ktorí potrebujú liečbu, pričom odborníci z Belgicka, Českej republiky, Dánska, Španielska, Rakúska, Portugalska, Rumunska a Nórska odhadovali, že sú dostupné pre menšinu z nich. Bulharsko, Estónsko, Cyprus, Maďarsko a Poľsko uviedli, že špeciálne

programy liečby pre užívateľov kanabisu sa plánujú zaviesť v nasledujúcich troch rokoch.

Liečba závislosti od kanabisu sa poskytuje najmä v ambulantných zariadeniach, pričom systém trestného súdnictva, úrazové a pohotovostné ambulancie a oddelenia duševného zdravia pôsobia ako odporúčacie agentúry. V Maďarsku získali v roku 2010 poradenstvo poskytované sieťou akreditovaných organizácií približne dve tretiny všetkých uvedených osôb vstupujúcich do liečby závislosti od kanabisu. Mladým ľuďom s problémami týkajúcimi sa užívania kanabisu a im rodičom v Belgicku, Nemecku, Francúzsku a Holandsku sa ako súčasť prebiehajúcich klinických skúšok, ktoré sa vykonávajú aj vo Švajčiarsku (pozri nižšie), poskytuje viacrozmerná rodinná terapia a kognitívno-behaviorálna terapia. V Dánsku sa ako liečba v prípade problémov s užívaním kanabisu zavádza skupinovo orientovaný prístup krátkej liečby, ktorý už má za sebou úspešnú pilotnú fázu v Kodani. Liečba obsahuje prvky motivačného rozhovoru, kognitívno-behaviorálnej terapie a terapie zameranej na hľadanie riešení.

Čoraz väčší počet európskych krajín ponúka internetovú liečbu závislosti od kanabisu s cieľom uľahčiť prístup k liečbe pre jednotlivcov, ktorí nemôžu alebo nie sú ochotní vyhľadať pomoc v rámci špecializovaného systému protidrogovej liečby. V Maďarsku ponúka online program webovú liečbu pre ľudí, ktorí chcú obmedziť užívanie kanabisu alebo s ním skončiť. Obsahuje prepojenia na ambulantné liečebné centrá v Budapešti. Tento svojpomocný program vychádza zo skúseností s internetovou liečbou užívateľov kanabisu v iných európskych krajinách.

Najnovšie štúdie o liečbe užívateľov kanabisu

Čoraz jednoduchšie sú dostupné štúdie hodnotiace liečbu závislosti od kanabisu, z ktorých väčšina sa zameriava na psychosociálne intervencie, ako napríklad rodinnú terapiu a kognitívno-behaviorálnu terapiu.

EMCDDA nedávno zadala vypracovanie metaanalýzy európskych a amerických štúdií o viacdimezníonálnej rodinnej terapii. Americké štúdie predložili pre tento prístup množstvo pozitívnych výsledkov vzhľadom na znižovanie miery užívania látok a páchanie trestnej činnosti v porovnaní s individuálnou kognitívno-behaviorálnou terapiou a skupinovú terapiu pre dospelých, ktorá je založená na zásadách sociálneho učenia a kognitívno-behaviorálnej terapii (Liddle a kol., 2009). Čo sa týka mladých ľudí podstupujúcich liečbu v prostredí trestného súdnictva Spojených štátov, viacdimezníonálna rodinná terapia tu viedla k zníženiu užívania kanabisu v najzávažnejších prípadoch (Henderson a kol., 2010).

⁽⁵⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-10 (časť iii), (časť iv), TDI-21 (časť ii) a TDI-111 (časť viii) v štatistickej ročenke 2012.

Európska analýza tiež naznačuje, že je to nádejná liečebná metóda pre dospievajúcich s intenzívnym užívaním látok a behaviorálnymi poruchami. Toto sú predbežné závery z európskej Medzinárodnej štúdie o potrebe liečby závislosti od kanabisu (INCANT), ktorá sa uskutočňuje od roku 2003 v Belgicku, Nemecku, Francúzsku, Holandsku a Švajčiarsku.

Rýchle intervencie možno vymedziť ako rady, poradenstvo alebo oboje, zamerané na znižovanie konzumácie drog, a to zákonných aj nezákonných. V najnovšej medzinárodnej štúdii sa prepojil skrining užívania alkoholu, cigariet a látok

s rýchlymi intervenciami a uvádza zníženie užívania kanabisu v následných štádiách (Humeniuk a kol., 2011).

Realizuje sa aj výskum farmaceutík, ktoré môžu podporovať psychosociálne intervencie pri liečbe problémov s kanabisom zmierňovaním abstinenčných príznakov, túžby po droge alebo jej užívania. V oblasti závislosti od kanabisu sa v štúdiách skúma potenciál orálneho užívania syntetického THC vo forme substitučnej liečby, zatiaľ čo rimonabant, agonista, vykazuje pozitívne výsledky pri znižovaní akútnych fyziologických problémov súvisiacich s fajčením kanabisu (Weinstein a Gorelick, 2011).

Kapitola 4

Amfetamíny, extáza a halucinogénne látky, GHB a ketamín

Úvod

V mnohých európskych krajinách sú amfetamíny (všeobecný termín, ktorý pomenúva amfetamíny aj metamfetamíny) alebo extáza druhými najčastejšie užívanými zakázanými látkami po kanabise. Okrem toho v niektorých častiach Európy predstavuje užívanie amfetamínov významnú súčasť drogového problému, v dôsledku čoho veľká časť užívateľov potrebuje liečbu.

Amfetamín a metamfetamín sú stimulanty centrálnej nervovej sústavy. Z týchto dvoch drog je amfetamín v Európe dostupnejší, zatiaľ čo významná miera užívania metamfetamínu sa tradične obmedzuje na Českú republiku a najnovšie aj na Slovensko. Metamfetamín sa začal v posledných rokoch objavovať aj na drogových trhoch iných krajín, najmä v severnej Európe (Lotyšsko, Švédsko, Nórsko a v menšej miere aj Fínsko), kde začína čiastočne nahrádzať amfetamín. V roku 2010 boli zaznamenané ďalšie známky problémového užívania metamfetamínu, aj keď pravdepodobne na veľmi nízkych úrovniach, v Nemecku, Grécku, Maďarsku, na Cypre a v Turecku, zatiaľ čo záchyty tejto drogy sa zvýšili v Estónsku a Rakúsku.

Ako extáza sa označujú syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné s amfetamínmi, ale do určitej miery sa líšia svojimi účinkami. Najznámejším členom skupiny drog extázy je 3,4-metyléndioxymetamfetamín (MDMA), ale v tabletách extázy možno niekedy nájsť aj iné analógy (MDA, MDEA). Popularita tejto drogy je tradične previazaná s elektronickou tanečnou scénou, hoci v posledných rokoch sa v Európe zaznamenal pokles užívania a dostupnosti extázy. Najnovšie údaje však naznačujú návrat MDMA do niektorých európskych krajín.

Celkové úrovne prevalence halucinogénnych drog, ako je dietylamid kyseliny lysergovej (LSD) a halucinogénne huby, sú celkovo nízke a v posledných rokoch boli zväčša stabilné.

Od polovice 90. rokov sa medzi podskupinami užívateľov drog v Európe hlási rekreačné užívanie ketamínu a gamahydroxybutyrátu (GHB), čo sú anestetiká. Tento problém je čoraz viditeľnejší a služby sa začínajú

zameriavať na užívateľov týchto drog. Čoraz viac sa uznávajú aj zdravotné problémy súvisiace s týmito látkami, a to najmä ochorenia žľaz súvisiace s dlhodobým užívaním ketamínu.

Ponuka a dostupnosť

Drogové prekurzory

Amfetamín, metamfetamín a extáza sú syntetické drogy, pre ktoré sú vo výrobnom procese potrebné chemické prekurzory. Prehľady týkajúce sa nezákonnej výroby týchto látok možno zhrnúť ako správy o záchytoch kontrolovaných chemických látok – zneužitých z legálneho obchodu – ktoré sú potrebné na ich výrobu.

Medzinárodné úsilie na zamedzenie zneužívania prekurzorových chemikálií používaných na nezákonnú výrobu syntetických drog je koordinované prostredníctvom projektu Prism. V rámci projektu sa používajú predexportné upozornenia na zákonný obchod a podávanie správ o zaistených a zachytených zásielkach pri výskyte podozrivých transakcií (INCB, 2012b).

Medzinárodná rada pre kontrolu omamných látok uvádza, že celosvetové záchyty 1-fenyl-2-propanónu (P2P, BMK), ktorý sa môže použiť na nezákonnú výrobu amfetamínu aj metamfetamínu, sa zvýšili zo 4 900 litrov v roku 2009 na 26 300 litrov v roku 2010. Za 95 % celkového zachyteného objemu oznámeného INCB (2012a) zodpovedajú Mexiko (14 200 litrov v roku 2010), Kanada (6 000 litrov) a Belgicko (5 000 litrov). Záchyty P2P sa dramaticky zvýšili aj v Európskej únii, a to z 863 litrov v roku 2009 na 7 493 litrov v roku 2010 (Európska komisia, 2011). Záchyty kyseliny fenylacetovej, prekurzora P2P, sa na celosvetovej úrovni v roku 2010 zoštvornásobili (INCB, 2012a). Záchyty tejto chemickej látky v Európskej únii boli v roku 2010 (1,5 kilogramu) malé v porovnaní s rokom 2009 (277 kilogramov) (Európska komisia, 2011). Celosvetové záchyty efedrínu a pseudoefedrínu, dvoch hlavných prekurzorov metamfetamínu, sa v roku 2010 znížili (INCB, 2012a). V Európskej únii sa však záchyty týchto prekurzorov v roku 2010 zvýšili: na 1,2 tony efedrínu

Tabuľka 4: Záchyty, cena a čistota amfetamínu, metamfetamínu, extázy a LSD

	Amfetamín	Metamfetamín	Extáza	LSD
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	19	45	3,8	n.a.
Zachytené množstvo EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	5,1 tony (5,4 tony)	500 kg (600 kg)	Tablety 3,0 mil. (3,9 mil.)	Jednotky 97 000 (98 000) (1)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Priemerná maloobchodná cena (EUR)	Gram	Gram	Tabletky	Dávka
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie)	6 – 41 (9,6 – 21,2)	10 – 70	2 – 17 (3,9 – 8,4)	3 – 26 (6,5 – 13,1)
Priemerná čistota (alebo obsah MDMA v prípade extázy)				
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie)	5 – 39 % (7,8 – 27,2 %)	5 – 79 % (28,6 – 64,4 %)	3 – 104 mg (33,0 – 90,4 mg)	n.a.

(1) Celkové množstvo LSD zachytené v roku 2010 je podhodnotené z dôvodu nedostatku údajov z roku 2010 pre Švédsko, ktoré v roku 2009 uviedlo pomerne veľké záchyty.
 Poznámka: Všetky údaje sú za rok 2010; n. a. – nie sú k dispozícii alebo sa neuplatňujú.
 Zdroje: UNODC (2012) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

(685 kilogramov v roku 2009) a 1,5 tony pseudoefedrínu (186 kilogramov v roku 2009) (Európska komisia, 2011).

Dve prekurzorové chemikálie, ktoré sa spájajú s výrobou MDMA: 3,4-metyldioxyfenyl-2-propanón (3,4-MDP2P, PMK) a safrol. V roku 2010 dosiahli celosvetové záchyty PMK 2 litre, čo bol pokles zo 40 litrov v roku 2009, zatiaľ čo záchyty safrolu sa znížili z 1 048 litrov v roku 2009 na 168 litrov v roku 2010. V Európskej únii nebol PMK v roku 2010 zachytený, v prípade safrolu sa uskutočnili iba štyri záchyty, spolu v objeme 85 litrov.

V roku 2010 sa v Európskej únii naďalej zachytával gama-butyrolakton, prekurzor GHB, celkovo sa uskutočnilo 139 záchytov v objeme 253 litrov.

Amfetamín

Celosvetová produkcia amfetamínu ostáva naďalej sústredená v Európe, čo predstavuje takmer všetky amfetamínové laboratória zaznamenané v roku 2010 (UNODC, 2012). V roku 2010 počet záchytov amfetamínu na celosvetovej úrovni klesol o 42 %, približne na úroveň 19 ton (pozri tabuľku 4). V roku 2010 sa veľké množstvá amfetamínu naďalej zachytávali v západnej a strednej Európe, aj keď počet záchytov sa aj tu znížil, a to z 8,9 tony v roku 2009 na 5,4 tony v roku 2010. Najväčší pokles v počte záchytov amfetamínu sa zaznamenal podľa UNODC v oblasti Blízkeho a Stredného východu a juhozápadnej Ázie. Veľká časť amfetamínu zachytená

v tomto regióne je vo forme tabliet captagon (UNODC, 2012), z ktorých niektoré môžu mať pôvod v Európskej únii.

Väčšina amfetamínu zachyteného v Európe je vyrobená, podľa poradia dôležitosti, v Holandsku, Belgicku, Poľsku, Bulharsku, Turecku a Estónsku. V roku 2010 bolo v Európskej únii odhalených a oznámených Europolu 28 miest zapojených do výroby, tabletovania a uskladňovania amfetamínu ⁽⁵⁵⁾.

V roku 2010 bolo v Európe uskutočnených 36 600 záchytov v celkovom objeme 5 ton amfetamínového prášku a 1,4 mil. amfetamínových tabliet ⁽⁵⁶⁾. Za posledných päť rokov bol počet zachytení amfetamínu nestabilný, celkovo má však klesajúci trend. V období rokov 2005 – 2010 v Európe výrazne klesol počet skonfiškováných amfetamínových tabliet, a to v dôsledku poklesu záchytov v Turecku. Po rekordných záchytoch približne 8 ton v rokoch 2007 – 2009 sa množstvo zachyteného amfetamínového prášku znížilo na približne 5 ton v roku 2010 ⁽⁵⁷⁾.

Čistota amfetamínových vzoriek zachytených v Európe v roku 2010 sa naďalej do veľkej miery líšila, od menej než 8 % v Bulharsku, Taliansku, Portugalsku, Rakúsku, Slovinsku, Chorvátsku a Turecku, k 20 % a viac v krajinách, v ktorých sa zaznamenáva výroba amfetamínu (Belgicku, Lotyšsko, Litva, Holandsko), alebo v krajinách s pomerne vysokou úrovňou spotreby (Fínsko, Švédsko, Nórsko) a v Českej republike a na Slovensku ⁽⁵⁸⁾. Za posledných päť rokov

⁽⁵⁵⁾ 10 z týchto 18 miest bolo zapojených aj do výroby, tabletovania alebo uskladňovania iných drog, väčšinou metamfetamínu.

⁽⁵⁶⁾ Tri štvrtiny zachytených amfetamínových tabliet boli označené ako captagon a získané v Turecku. Zistilo sa, že tabletky predávané ako captagon na nelegálnom trhu bežne obsahujú amfetamín zmiešaný s kofeínom.

⁽⁵⁷⁾ Údaje o zachytení drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľkách SZR-11 – SZR-18 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁵⁸⁾ Údaje o čistote drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-8 v štatistickej ročenke 2012. Trendy v EÚ sa nachádzajú na obr. PPP-2 v štatistickej ročenke 2012.

čistota amfetamínu klesla alebo zostala stabilná vo väčšine krajín, ktoré uviedli dostatočné údaje na analýzu trendov.

Priemerná maloobchodná cena amfetamínu sa v roku 2010 pohybovala v rozpätí od 10 EUR do 22 EUR za gram vo viac ako polovici z 18 krajín, ktoré podali správu. Maloobchodná cena amfetamínu buď klesla, alebo zostala stála v 14 z 20 krajín, ktoré uviedli údaje za roky 2005 – 2010 ⁽⁵⁹⁾.

Metamfetamín

V roku 2010 sa v celosvetovom meradle zachytilo 45 ton metamfetamínu, čo je v porovnaní s 31 tonami zachytenými v roku 2009 značný nárast. Väčšina drog bola zachytená v Severnej Amerike (34 %), pričom Mexiko, významná krajina výroby, je zodpovedná za mimoriadne vysoký objem 13 ton zachytených v roku 2010. Veľké objemy boli zachytené aj vo východnej a juhovýchodnej Ázii, čo je región zodpovedný za 32 % celkového svetového záchytu v roku 2010 (20 ton). V tomto regióne je najvýznamnejšou krajinou výroby Mjanmarsko (UNODC, 2012).

Nezákonná výroba metamfetamínu v Európe je sústredená v Českej republike, kde bolo v roku 2010 odhalených 307 výrobní, väčšinou malých „kuchynských laboratórií“ (pokles z 342 v roku 2009). Droga sa vyrába aj na Slovensku, v Nemecku, Litve, Holandsku a Poľsku. Nemecko uviedlo značný nárast množstva zachyteného metamfetamínu v roku 2010 (26,8 kg v porovnaní so 7,2 kg v r. 2009). Väčšina objemu drogy bola zachytená v Sasku a Bavorsku, ktoré hraničia s Českou republikou, odkiaľ droga zrejme pochádza.

V roku 2010 bolo v Európe oznámených takmer 7 300 záchytov metamfetamínu v objeme približne 600 kilogramov. V období 2005 – 2010 sa zvýšil počet zachytení aj objem zachyteného metamfetamínu, pričom v rokoch 2008 – 2009 bol silný nárast a v roku 2010 nastala stabilizácia.

Čistota metamfetamínu sa v roku 2010 v 20 krajinách, ktoré poskytli údaje, do veľkej miery líšila, a to od menej než 15 % v Belgicku a Dánsku k viac než 60 % v Českej republike, na Slovensku, v Spojenom kráľovstve a Turecku. Rozsah maloobchodných cien metamfetamínu sa tiež v roku 2010 značne líšil v siedmich krajinách, ktoré poskytli údaje, od približne 10 – 15 EUR za gram v Bulharsku, Lotyšsku, Litve a Maďarsku až k približne 70 EUR za gram v Nemecku a na Slovensku.

Extáza

V roku 2010 sa oznámené množstvo zničených laboratórií vyrábajúcich extázu znížilo na 44 (52 v roku 2009).

Väčšina týchto laboratórií sa nachádzala v Austrálii (17), Kanade (13) a Indonézii (12). Výroba tejto drogy sa podľa všetkého ďalej geograficky rozširovala, pričom výroba sa približuje k spotrebiteľským trhom vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Severnej a Južnej Amerike a Océánii. Napriek tomu západná Európa pravdepodobne zostáva dôležitým miestom výroby extázy.

Celosvetovo sa objem zachytenej extázy v roku 2010 vyšplhal na 3,8 tony (UNODC, 2012), pričom Severná Amerika uvádza 20 % celkového objemu, po nej nasleduje západná a stredná Európa (13 %).

Objem zachytenej extázy sa v Európe od roku 2005 znižuje. V rokoch 2005 – 2010 sa množstvo tabliet extázy zachytených v Európe znížilo o faktor štyri, zatiaľ čo v roku 2010 bol zaznamenaný nárast, a to najmä v dôsledku zachytení v Turecku a Francúzsku. V roku 2010 bolo v Európe zaznamenaných 9 300 zachytení extázy, čo vyústilo do zachytenia viac než 3,9 mil. tabliet extázy, z čoho bolo 1,6 milióna zachytených vo Francúzsku a Turecku.

Typický obsah látky MDMA v tabletách extázy, ktorý sa testoval v roku 2010, bol od 3 do 104 miligramov v 19 krajinách, ktoré poskytli údaje. Okrem toho niektoré krajiny uviedli výskyt tabliet extázy s vysokými dávkami, ktoré obsahovali vyše 130 mg MDMA (Belgicko, Bulharsko, Nemecko, Holandsko, Chorvátsko). V období rokov 2005 – 2010 sa obsah MDMA v tabletách extázy znížil v 10 krajinách a zvýšil v deviatich.

Za posledných niekoľko rokov sa zmenil obsah tabliet nezákonnej drogy v Európe, spočiatku obsahovali MDMA alebo inú látku podobnú extáze (MDEA, MDA) ako jediná psychoaktívnu látku a teraz je obsah rôznorodejší a látky podobné MDMA sú prítomné v menších množstvách. Tento posun bol najzjavnejší v roku 2009, keď len tri krajiny uviedli, že látky podobné MDMA tvoria väčšiu časť analyzovaných tabletiiek. V roku 2010 sa počet krajín uvádzajúcich prevahu tabliet obsahujúcich látky podobné MDMA zvýšil na osem.

Amfetamíny niekedy v kombinácii s látkami podobnými MDMA sú pomerne bežné v tabletách analyzovaných v Poľsku, Slovinsku a Turecku. Väčšina krajín poskytujúcich správy uvádza, že sa v analyzovaných tabletkách našli piperazíny, a najmä mCPP, samotné alebo v kombinácii s inými látkami. Tieto látky sa našli vo viac než 20 % analyzovaných tabletiiek v Belgicku, Dánsku, Nemecku, na Cypre, v Maďarsku, Rakúsku, Fínsku, Spojenom kráľovstve a Chorvátsku.

Extáza je teraz oveľa lacnejšia než v 90. rokoch, pričom väčšina krajín uvádza priemerné maloobchodné ceny

⁽⁵⁹⁾ Údaje o cenách drog v Európe uvedené v tejto kapitole sa nachádzajú v tabuľke PPP-4 v štatistickej ročenke 2012.

v rozsahu od 4 EUR do 9 EUR za tabletku. V období rokov 2005 – 2010 zostali maloobchodné ceny extázy stabilné v 18 z 23 krajín, pre ktoré sa mohli vypracovať analýzy.

Halucinogénne látky a iné látky

Užívanie LSD a nezákonné obchodovanie s ním je v Európe podľa hodnotení okrajové. Počet záchytení LSD sa v rokoch 2005 – 2010 zvýšil, pričom sa v tomto období pohyboval od 50 000 do 150 000. V roku 2005 bol dosiahnutý zatiaľ najvyšší vrchol 1,8 mil. jednotiek. Za to isté obdobie maloobchodná cena LSD klesla alebo zostala stabilná vo väčšine krajín, ktoré podávali správy. V roku 2010 bola priemerná cena 6 – 14 EUR za jednotku vo väčšine zo 14 krajín, ktoré podali správu.

Záchyty halucinogénnych húb, ketamínu, GHB a GBL oznámili v roku 2010 len tri alebo štyri krajiny v závislosti od drogy. Nie je jasné, do akej miery oznámené záchyty odrážajú obmedzenú dostupnosť týchto látok, ani nie je jasné, či je to dôsledok skutočnosti, že orgány presadzovania právnych predpisov sa na ne bežne nezameriavajú.

Prevalencia a formy užívania

V niektorých krajinách užívanie amfetamínu, často injekčnou formou, zodpovedá za značný podiel celkového počtu problémových užívateľov drog a tých užívateľov, ktorí vyhľadajú pomoc v prípade problémov s drogami. Na druhej strane, amfetamíny a extáza, ktoré sa zvyčajne užívajú ústne alebo šnupú, majú súvis s navštevovaním nočných klubov a tanečných podujatí. Zaznamenalo sa kombinované užívanie extázy alebo amfetamínov s alkoholom, pričom ľudia, ktorí pijú často, alebo ťažkí alkoholicy užívajú amfetamíny alebo extázu oveľa častejšie, než je priemer populácie (EMCDDA, 2009b).

Amfetamíny

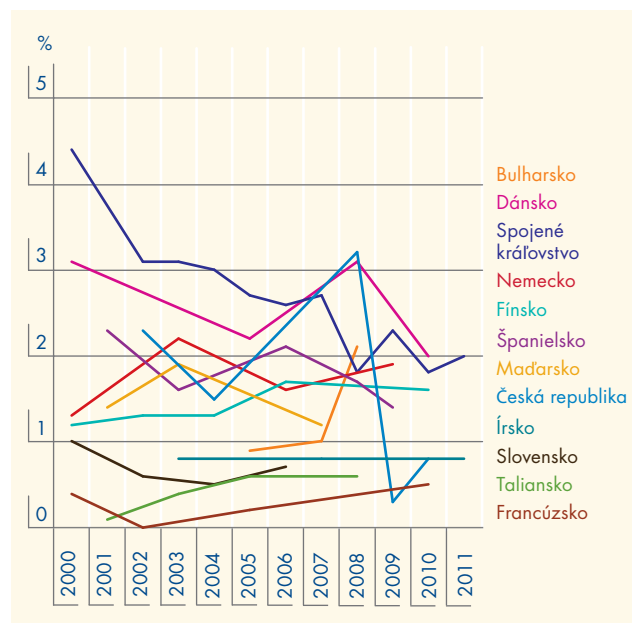
Na základe prevalencie užívania drog sa odhaduje, že okolo 13 miliónov Európanov vyskúšalo amfetamíny a približne 2 milióny užilo drogu v minulom roku (pozri tabuľku 5 so súhrnnými údajmi). Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) sa značne líši v jednotlivých krajinách od 0,1 % do 12,9 %, pričom európsky vážený priemer je 5,5 %. Užívanie amfetamínov v minulom roku v tejto vekovej skupine sa pohybuje od 0 do 2,5 %, pričom väčšina krajín uvádza úroveň prevalencie 0,5 – 2,0 %. Odhaduje sa, že počas minulého roka užilo amfetamíny okolo 1,5 milióna (1,2 %) mladých Európanov. Užívanie amfetamínov

v minulom roku sa na základe prieskumov ukazuje ako častejšie v prípade mladých ľudí navštevujúcich tanečné alebo nočné kluby, pričom výsledky zo štúdií z roku 2010 v Českej republike, Holandsku a Spojenom kráľovstve uvádzajú údaje od 8 % do 27 %.

Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov, ktorí sa zúčastnili na prieskume ESPAD v roku 2011, sa pohybuje od 1 % do 7 % v 24 členských štátoch EÚ, Nórsku a Chorvátsku, hoci vyššiu úroveň prevalencie ako 4 % uviedlo len Belgicko, Bulharsko a Maďarsko ⁽⁶⁰⁾. Španielske vnútroštátne školské prieskumy uvádzajú 1 %, prieskumy Spojených štátov 9 %.

V rokoch 2005 – 2010 zostalo minuloročné užívanie amfetamínov na pomerne nízkej úrovni a stabilné v rámci celkovej populácie vo väčšine európskych krajín, pričom úrovne prevalencie vo všetkých krajinách podávajúcich správy boli do 3 %. V tomto období zaznamenala nárast iba jedna krajina, Bulharsko, ktorá pozorovala v minuloročnej prevalencii užívania amfetamínov medzi mladými dospelými nárast o jeden percentuálny bod (obr. 7). Zo školských prieskumov ESPAD vykonaných v roku 2011 vyplýva celkovo malá zmena v úrovniach experimentovania s amfetamínmi a extázou medzi študentmi vo veku 15 – 16 rokov.

Obrázok 7: Trendy prevalencie užívania amfetamínu v minulom roku medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov)



Poznámka: Uvedené sú len údaje pre krajiny s minimálne tromi prieskumami. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-8 v štatistickej ročenke 2012.
Zdroje: Národné správy siete Reitox prevzaté z prieskumov obyvateľstva, správ alebo vedeckých článkov

⁽⁶⁰⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2012.

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

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	13 miliónov	2 milióny
Priemer v Európe	3,8 %	0,6 %
Rozpätie	0,1 – 11,6 %	0,0 – 1,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko, Rumunsko (0,1 %) Cyprus (0,7 %) Portugalsko (0,9 %) Slovensko (1,2 %)	Rumunsko, Grécko (0,0 %) Francúzsko, Portugalsko (0,2 %) Česká republika, Cyprus, Slovensko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (11,6 %) Dánsko (6,2 %) Švédsko (5,0 %) Írsko (4,5 %)	Estónsko, Spojené kráľovstvo (1,1 %) Bulharsko, Lotyšsko (0,9 %) Švédsko, Fínsko (0,8 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7 miliónov	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,5 %	1,2 %
Rozpätie	0,1 – 12,9 %	0,0 – 2,5 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,1 %) Grécko (0,2 %) Cyprus (1,2 %) Portugalsko (1,3 %)	Rumunsko (0,0 %) Grécko (0,1 %) Portugalsko (0,4 %) Francúzsko (0,5 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (12,9 %) Dánsko (10,3 %) Írsko (6,4 %) Lotyšsko (6,1 %)	Estónsko (2,5 %) Bulharsko (2,1 %) Dánsko, Spojené kráľovstvo (2,0 %) Nemecko, Lotyšsko (1,9 %)
Poznámka: Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalence vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa pri krajinách s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúcimi maximálne 6 % cieľovej populácie mladých dospelých, odhady užívania v minulom roku a maximálne 3 % cieľovej populácie, ostatné odhady) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: vo veku 15 – 64 rokov 338 miliónov; vo veku 15 – 34 rokov 130 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011 (najmä 2008 – 2010), netýkajú sa jediného roku. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2012.		

Problémové užívanie amfetamínov

Najnovšie odhady prevalence problémového užívania amfetamínov sú k dispozícii pre dve krajiny ⁽⁶¹⁾. V roku 2010 sa počet problémových užívateľov metamfetamínu v Českej republike odhadoval na 27 300 – 29 100 (3,7 – 3,9 prípadu na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), čo je nárast v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi a viac než dvojnásobný odhadovaný počet problémových užívateľov opioidov. Podľa odhadov na Slovensku bolo v roku 2007 približne 5 800 – 15 700 problémových užívateľov metamfetamínu (1,5 – 4,0 prípadu na 1 000 osôb vo veku 15 – 64 rokov), asi o 20 % menej, ako je odhadovaný počet problémových užívateľov opioidov.

Metamfetamín sa začal objavovať aj na drogových trhoch iných krajín, najmä v severnej Európe (Lotyšsko, Švédsko, Nórsko a v menšej miere aj Fínsko), kde začína čiastočne nahrádzať amfetamíny. V roku 2010 boli zaznamenané

d ďalšie známky problémového užívania metamfetamínu, aj keď pravdepodobne na veľmi nízkych úrovniach, v Nemecku, Grécku, Maďarsku, na Cypre a v Turecku, zatiaľ čo záchyty drogy sa zvýšili v Estónsku a Rakúsku.

Malá časť tých, ktorí v Európe vstúpili do liečby, uvádza amfetamín ako primárnu drogu: asi 6 % oznámených klientov užívajúcich drogy v roku 2010 (23 000 klientov) ⁽⁶²⁾. Okrem toho stimulanty (nekokaínové) uvádza ako sekundárnu drogu takmer 20 000 klientov vstupujúcich do liečby z dôvodu problémov týkajúcich sa iných primárnych drog. Primárni užívatelia amfetamínov tvoria veľkú časť zaznamenaných vstupov do liečby vo Švédsku (28 %), Poľsku (24 %), Lotyšsku (19 %) a Fínsku (17 %) a metamfetamín sa uvádza ako primárna droga v prípade veľkej časti klientov vstupujúcich do liečby v Českej republike (63 %) a na Slovensku (35 %). Klienti užívajúci amfetamíny tvoria od 5 % do 15 % oznámených

⁽⁶¹⁾ Problémové užívanie amfetamínov sa vymedzuje ako injekčné alebo dlhodobé a/alebo pravidelné užívanie týchto látok.

⁽⁶²⁾ V Nemecku, Litve a Nórsku nie je možné v údajoch predložených EMCDDA rozlíšiť medzi užívateľmi amfetamínov, MDMA a iných stimulantov, keďže sa uvádzajú ako užívatelia stimulantov iných než kokaín. V krajinách, ktoré podávajú správy, predstavujú užívatelia amfetamínov celkovo 90 % všetkých užívateľov v kategórii stimulantov iných než kokaín.

vstupov do liečby v šiestich iných krajinách (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Maďarsko, Holandsko, Nórsko), inde je tento podiel menej než 5 %. V rokoch 2005 – 2010 ostali vo väčšine krajín trendy v oblasti primárnych užívateľov amfetamínov vstupujúcich do liečby stabilné, s výnimkou Českej republiky a Slovenska: obe krajiny zaznamenali za toto obdobie nárast v počte a celkovom pomere nových osôb vstupujúcich do liečby v súvislosti s metamfetamínom a podstatný nárast v rokoch 2009 – 2010 ⁽⁶³⁾.

Užívatelia amfetamínov vstupujúci do liečby sú v priemere vo veku približne 30 rokov, s nižším pomerom mužov k ženám (dva ku jednej) než v prípade iných nezákonných drog. V krajinách s vysokým podielom užívateľov amfetamínov vstupujúcich do liečby mnohí užívatelia uvádzajú injekčné užívanie drogy. V Českej republike, Lotyšsku, Fínsku, Švédsku a Nórsku uvádza od 63 % do 80 % primárnych užívateľov amfetamínov injekčné užívanie drogy ⁽⁶⁴⁾. Nižšia úroveň injekčného užívania sa zaznamenala na Slovensku (34 %), kde klesá od roku 2005 ⁽⁶⁵⁾.

Extáza

Na základe prevalencie užívania drog sa odhaduje, že okolo 11,5 mil. Európanov vyskúšalo extázu a približne 2 milióny užilo túto drogu v minulom roku (pozri tabuľku 6 so súhrnnými údajmi). Užívanie tejto drogy v minulom roku sa sústreďuje v skupine mladých dospelých, pričom vo všetkých krajinách muži zvyčajne vykazujú vyššie úrovne užívania než ženy. Vo vekovej skupine 15 – 34 rokov sa celoživotná prevalencia užívania extázy pohybuje od 0,6 % do 12,4 %, pričom väčšina krajín uvádza odhady v rozpätí 2,1 – 5,8 % ⁽⁶⁶⁾.

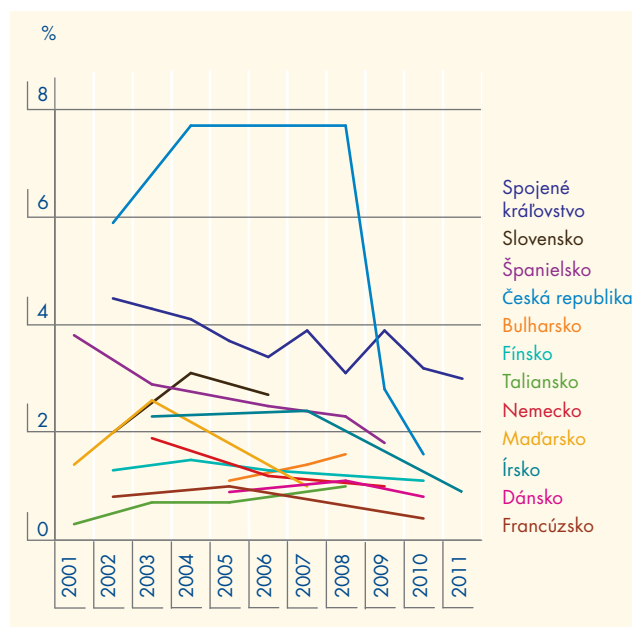
Celoživotná prevalencia užívania extázy v skupine 15 – 16-ročných študentov sa pohybuje v rozpätí od 1 % do 4 % v európskych krajinách, ktoré sa v roku 2011 zúčastnili prieskumu ⁽⁶⁷⁾, pričom len Spojené kráľovstvo vykazuje úroveň prevalencie 4 %, a to v prieskume ESPAD aj vo vnútroštátnom anglickom prieskume na školách. Španielsky vnútroštátny školský prieskum uvádza 2 %. Na porovnanie, celoživotné užívanie drogy medzi študentmi podobného veku v Spojených štátoch sa odhaduje na úrovni 7 %.

Zacielené štúdie poskytujú prehľad „rekreačného“ užívania stimulačných drog mladými dospelými navštevujúcimi rozličné miesta nočného života v rámci Európy. Informácie o minuloročnej prevalencii užívania extázy medzi návštevníkmi tanečných a nočných klubov v rokoch 2010

a 2011 sú dostupné pre dve krajiny, Českú republiku (43 %) a Holandsko (Amsterdam, 33 %). V dvoch vzorkách bolo užívanie extázy bežnejšie ako užívanie amfetamínov. Z internetovej štúdie z roku 2012 zo Spojeného kráľovstva vyplynulo, že minuloročné užívanie extázy v prípade pravidelných návštevníkov klubov v Spojenom kráľovstve bolo častejšie ako kanabisu (Mixmag, 2012). Z prieskumu nočných klubov realizovaného v Dánsku vyplynulo, že 40 % opýtaných (priemerný vek 21 rokov) niekedy v živote vyskúšalo nezákonnú drogu inú než kanabis (zvyčajne kokaín, amfetamín alebo extázu). Údaje zo vzoriek z konkrétnych miest a internetových prieskumov sa však musia interpretovať opatrne.

V piatich zo šiestich krajín, ktoré uvádzajú vyššie než priemerné úrovne minuloročného užívania extázy, a pre ktoré možno opísať trendy, dosiahla konzumácia drog v skupine 15 – 34-ročných osôb svoj vrchol na začiatku 21. storočia a potom klesla (Česká republika, Estónsko, Španielsko, Slovensko, Spojené kráľovstvo) (obr. 8). V období rokov 2005 – 2010 tieto krajiny uvádzali stabilné alebo klesajúce trendy minuloročného užívania v prípade mladých dospelých (15 – 34).

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



Poznámka: Uvedené sú len údaje pre krajiny s minimálne tromi prieskumami. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku GPS-21 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné správy siete Reitox prevzaté z prieskumov obyvateľstva, správ alebo vedeckých článkov

⁽⁶³⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť ii) a TDI-22 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁶⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť iv) a TDI-37 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁶⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-2 (časť i), TDI-3 (časť iii), TDI-5 (časť ii) a TDI-36 (časť iv) v štatistickej ročenke 2012. Pozri tiež tabuľky TDI-17 v štatistických ročenkách 2007 a 2012.

⁽⁶⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-1 (časť iii) v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁶⁷⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2012.

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

Veková skupina	Časový rámec užívania	
	Celý život	Minulý rok
15 – 64 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	11,5 milióna	2 milióny
Priemer v Európe	3,4 %	0,6 %
Rozpätie	0,4 – 8,3 %	0,1 – 1,6 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko (0,4 %) Rumunsko (0,7 %) Nórsko (1,0 %) Poľsko (1,2 %)	Švédsko (0,1 %) Grécko, Rumunsko, Francúzsko (0,2 %) Dánsko, Poľsko, Nórsko (0,3 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (8,3 %) Írsko (6,9 %) Holandsko (6,2 %) Španielsko (4,9 %)	Slovensko (1,6 %) Lotyšsko (1,5 %) Holandsko, Spojené kráľovstvo (1,4 %) Estónsko (1,2 %)
15 – 34 rokov		
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	7,5 milióna	1,5 milióna
Priemer v Európe	5,7 %	1,3 %
Rozpätie	0,6 – 12,4 %	0,2 – 3,1 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Grécko (0,6 %) Rumunsko (0,9 %) Poľsko, Nórsko (2,1 %) Portugalsko (2,6 %)	Švédsko (0,2 %) Grécko, Rumunsko, Francúzsko (0,4 %) Nórsko (0,6 %) Poľsko (0,7 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Spojené kráľovstvo (12,4 %) Holandsko (11,6 %) Írsko (10,9 %) Lotyšsko (8,5 %)	Holandsko (3,1 %) Spojené kráľovstvo (3,0 %) Slovensko, Lotyšsko (2,7 %) Estónsko (2,3 %)
Poznámka: Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalence vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie týchto odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa pri krajinách s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúcimi maximálne 3 % celkovej populácie) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: vo veku 15 – 64 rokov 338 miliónov; vo veku 15 – 34 rokov 130 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011 (najmä 2008 – 2010), netýkajú sa jediného roku. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2012.		

Málo užívateľov drog vstúpi do liečby v prípade problémov v súvislosti s extázou. V roku 2010 sa extáza uvádzala ako primárna droga v prípade maximálne 1 % (celkovo takmer 1 000 klientov) zaznamenaných vstupov do liečby vo všetkých európskych krajinách ⁽⁶⁸⁾.

Halucinogénne látky, GHB a ketamín

Medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) sa celoživotná prevalencia užívania LSD v Európe odhaduje od 0,1 % do 5,4 %. Oveľa nižšie úrovne prevalence sa uvádzajú za posledný rok užívania ⁽⁶⁹⁾. V niektorých krajinách, ktoré poskytli porovnateľné údaje, väčšina uvádza úrovne užívania halucinogénnych húb vyššie ako užívania LSD v prípade celkovej populácie, ako aj v prípade študentov. Odhady celoživotnej prevalence užívania halucinogénnych húb v prípade mladých dospelých sa pohybujú od 0,3 % do 8,1 % a odhady prevalence užívania v minulom roku sa pohybovali

v rozpätí od 0,2 % do 2,2 %. V skupine 15 – 16-ročných študentov sa odhady celoživotnej prevalence užívania halucinogénnych húb vo väčšine krajín pohybujú v rozpätí od 1 % do 4 % ⁽⁷⁰⁾.

Odhady prevalence užívania GHB a ketamínu v populácii dospelých a študentov sú oveľa nižšie než v prípade užívania extázy. V Holandsku, kde bolo GHB prvýkrát začlenené do celkového prieskumu populácie v roku 2009, hlásilo 0,4 % dospeléj populácie (15 – 64 rokov) užívanie tejto drogy v minulom roku, čo je podobné minuloročnej prevalencii užívania amfetamínov. Z britského prieskumu kriminality, jedného z niekoľkých vnútroštátnych prieskumov o ketamíne, vyplýva nárast v minuloročnom užívaní ketamínu v skupine od 16 do 24 rokov: z 0,8 % v rokoch 2006/2007 k 2,1 % v rokoch 2010/2011.

Prieskumy zamerané na nočné podniky poukazujú na dostupnosť drog v týchto podnikoch, hoci miera prevalence

⁽⁶⁸⁾ Pozri tabuľky TDI-5, TDI-8 a TDI-37 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁶⁹⁾ Pozri tabuľku GPS-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷⁰⁾ Údaje z ESPAD za všetky krajiny okrem Španielska. Pozri obr. EYE-3 (časť v) v štatistickej ročenke 2011.

sa ťažko odhaduje. Z najnovších štúdií z Českej republiky a Holandska, ako aj z internetového prieskumu vykonaného v Spojenom kráľovstve, vyplýva odhad celoživotnej prevalencie užívania GHB v rozpätí od 4 % do 11 % a odhad užívania ketamínu v rozpätí od 8 % do 48 %, v závislosti od prostredia alebo skupiny respondentov. V Dánsku vyplýva z prieskumu nočných klubov, že približne 10 % respondentov niekedy užilo ketamín, GHB, halucinogénne huby alebo LSD. Z výsledkov štúdie z roku 2011 zameranej na „gay-friendly“ tanečné kluby v južnom Londýne vyplývajú vysoké úrovne užívania týchto látok medzi niektorými podskupinami populácie, pričom 24 % respondentov uvádza GHB ako obľúbenú drogu a vyjadruje zámer ju užiť v čase vykonávania prieskumu a viac než 10 % odpovedá podobne v prípade ketamínu (Wood a kol., 2012b). Z respondentov internetového prieskumu v Spojenom kráľovstve, ktorí sa identifikovali ako pravidelní návštevníci klubov, 40 % uviedlo, že v minulom roku užilo ketamín, a 2 %, že v minulom roku užilo GHB (Mixmag, 2012).

Zdravotné následky užívania amfetamínov

Množstvo štúdií týkajúcich sa zdravotných dôsledkov užívania amfetamínov sa realizovalo v krajinách, kde je fajčenie kryštalického metamfetamínu, ktorý v Európe takmer chýba, významnou súčasťou drogového problému. Napriek tomu, že zdravotné účinky dokumentované v týchto štúdiách sa uvádzajú aj medzi užívateľmi amfetamínov v Európe, nie je jasné, či ich zistenia možno priamo uplatniť aj na európsku situáciu.

Užívanie nezákonných amfetamínov sa spája s rôznymi akútnymi nepriaznivými účinkami, ku ktorým patria úzkosť, bolesť hlavy, triaška, nevoľnosť, kŕče v bruchu, potenie, závraty a znížená chuť do jedla (EMCDDA, 2010c). Užívatelia s veľkými psychickými problémami sú vystavení najväčšiemu riziku akútnych psychologických a psychiatrických nepriaznivých účinkov, ku ktorým môžu patriť účinky ako náladovosť, úzkosť, agresivita a depresia až akútna paranoidná psychóza. So strácaním účinkom stimulantov môžu užívatelia zažívať ospalosť, poškodený úsudok a schopnosť učenia.

K chronickým nepriaznivým účinkom súvisiacim s užívaním amfetamínov patria kardiovaskulárne komplikácie v dôsledku zvýšeného rizika ochorení srdca a koronárnej artérie, ako aj pľúcna hypertenzia. V súvislosti s už existujúcimi kardiovaskulárnymi patologickými stavmi môže užívanie amfetamínov vyvolať závažné a potenciálne fatálne stavy (ischémiu myokardu a infarkt myokardu). Okrem toho je dlhodobé užívanie spojené s poškodením

mozgu a nervového systému, psychózou a rôznymi poškodeniami osobnosti a nálad.

Existujú presvedčivé dôkazy, že pravidelné intenzívne užívanie spôsobuje syndróm závislosti od amfetamínov. K súvisiacim abstinенčným príznakom môžu patriť túžba po droge a depresia so zvýšeným rizikom samovraždy (Jones a kol., 2011).

Injekčné užívanie amfetamínov zvyšuje riziko infekčných chorôb (HIV a hepatitídy), pričom vysoká miera rizikového sexuálneho správania spôsobuje väčšiu zraniteľnosť užívateľov voči sexuálne prenosným infekciám. Negatívne zdravotné dôsledky môže mať okrem toho aj nedostatok jedla a spánku. Užívanie amfetamínov v tehotenstve súvisí s nízkou pôrodnou váhou, predčasným pôrodom a vyššou chorobnosťou plodu.

Prevenia v prostredí zábavných podnikov

Napriek tomu, že v niektorých zábavných podnikoch sa pozorovali vysoké úrovne užívania drog, len 11 krajín uvádza, že v týchto podnikoch realizuje stratégie prevencie a znižovania poškodení. Tieto stratégie sa skôr zameriavajú buď na jednotlivcov, alebo celý podnik. K projektom so zameraním na jednotlivcov patria intervencie formou vzdelávania rovesníkmi a mobilné tímy (takto sa to realizuje v Belgicku, Českej republike a Spojenom kráľovstve), ktoré ponúkajú poradenstvo a informácie o drogách, poskytujú lekársku starostlivosť a distribuujú materiály o znižovaní poškodení. K ďalším uvádzaným prístupom s individuálnym zameraním patria intervencie na hudobných festivaloch a na veľkých zábavných podujatiach, ktoré sa zameriavajú na mladých ľudí, potenciálne ohrozených problémami. K príkladom takýchto intervencií patria rýchle vyšetrenia na prítomnosť problémov s drogami, prvá pomoc a intervencie v prípade „nevydarených tripov“.

Na prostredie nočných podnikov sa zameriava aj súbor regulačných prístupov, ktorý je často zameraný na vydávanie povolení na predaj alkoholu a zodpovedné podávanie alkoholu. Tieto intervencie majú za cieľ zlepšiť bezpečnosť zamestnancov a návštevníkov nočných podnikov prostredníctvom zavedenia formálnej spolupráce medzi hlavnými zúčastnenými stranami v tomto prostredí (miestne orgány, polícia a majitelia podnikov).

K prístupom zameraným na podniky môžu patriť iniciatívy na riadenie davu, bezplatný prístup k vode a bezpečná doprava neskoro v noci. V rámci slovinského projektu After taxi sa dotuje doprava taxíkmi pre mladých ľudí vo veku 16 – 30 rokov. Z dôkazov vyplýva, že sa tým pomáha znižovať nehodovosť, nie však škody súvisiace s užívaním alkoholu a drog (Calafat a kol., 2009). K ďalším príkladom

prístupov prevencie v prostredí zábavných podnikov patria označenia kvality bezpečnej zábavy, ktoré podporuje európsky projekt Party+ v Belgicku, Dánsku, Španielsku, Holandsku, Slovinsku a Švédsku. Z dôkazov vyplýva, že úspech regulačných opatrení v oblasti prevencie rizikového správania v nočných podnikoch závisí od vykonávacích faktorov. Pre intervencie prevencie v baroch a kluboch je tiež dôležité zameranie na zamestnancov týchto podnikov v oblasti ich vlastného užívania drog a alkoholu a prístupu k nim.

Nedávno spustený projekt Súbor nástrojov pre zdravý nočný život obsahuje tri databázy (hodnotené intervencie, prehľady literatúry a podrobnosti o práci odborníkov v tejto oblasti) a príručku, ktorá poskytuje usmernenia na zabezpečenie zdravého a bezpečného nočného života. Zdôrazňuje, že opatrenia prevencie v zábavných podnikoch sa musia zameriavať na spoločné užívanie alkoholu a nezákonných drog, keďže tieto látky spôsobujú podobné problémy a často sa užívajú súčasne. Zdôrazňuje tiež skutočnosť, že preventívne intervencie v zábavných podnikoch môžu mať pozitívny vplyv na problémové správanie a škody, a to akútne zdravotné problémy súvisiace s užívaním drog a alkoholu, ako aj na násilie, vedenie vozidla pod vplyvom drog a nechránený sex alebo neželané sexuálne kontakty.

Liečba

Problémové užívanie amfetamínov

Možnosti liečby, ktorá je pre užívateľov amfetamínov v Európe dostupná, sa v jednotlivých krajinách výrazne líšia. V krajinách severnej a strednej Európy s dlhou tradíciou liečby užívania amfetamínov sú niektoré programy prispôbené potrebám užívateľov amfetamínov. V krajinách strednej a východnej Európy, kde je závažný problém užívania amfetamínov novší, sú liečebné systémy primárne zamerané na problémových užívateľov opioidov, hoci čoraz viac reagujú aj na potreby užívateľov amfetamínov. V krajinách západnej a južnej Európy, kde sa amfetamíny užívajú menej, existuje nedostatok služieb zameraných na uľahčovanie prístupu k liečbe pre užívateľov amfetamínov (EMCDDA, 2010c).

V roku 2011 uviedlo 12 krajín dostupnosť špecializovaných liečebných programov pre užívateľov amfetamínov, ktorí aktívne vyhľadávajú liečbu, čo je oproti ôsmim krajinám roku 2008 nárast. Odborníci z Českej republiky, Nemecka, Litvy, Slovenska a Spojeného kráľovstva odhadujú, že programy sú dostupné aj pre väčšinu užívateľov amfetamínov, ktorí potrebujú liečbu, zatiaľ čo v ďalších siedmich krajinách boli dostupné len pre menšiu časť z nich.

Bulharsko a Maďarsko uviedli, že špecializované liečebné programy pre užívateľov amfetamínov plánujú realizovať do troch rokov.

Psychosociálne intervencie poskytované v rámci ambulantných protidrogových služieb patria k hlavným možnostiam liečby užívateľov amfetamínov. Patria k nim motivačné pohovory, kognitívno-behaviorálna terapia, tréning sebaovládania a behaviorálne poradenstvo. K psychologickým prístupom, v rámci ktorých sa častejšie študuje závislosť od metamfetamínu a amfetamínu, patria kognitívno-behaviorálna terapia a motivačná terapia, niekedy ich kombinácia (Lee a Rawson, 2008). Oba tieto prístupy vykazujú pozitívne výsledky. Problematickejší užívatelia, napríklad tí, v prípade ktorých je závislosť od amfetamínov komplikovaná súčasným výskytom psychiatrických problémov, môžu absolvovať liečbu v nemocničných protidrogových službách alebo psychiatrických klinikách či nemocniciach. V Európe sa farmaceutiká, ako napríklad antidepresíva, sedatíva alebo antipsychotiká, užívajú na liečbu včasných abstinenčných príznakov na začiatku detoxikácie, ktorá sa obvykle poskytuje v špecializovaných nemocničných psychiatrických oddeleniach.

Dlhodobejšia liečba antipsychotikami sa niekedy predpisuje v prípadoch pretrvávajúcich psychopatologických stavov v dôsledku chronického užívania amfetamínov. Európski odborníci uvádzajú, že psychologické príznaky, ako napríklad sebaopoškodzovanie, násilie, úzkosť a depresia, ktoré sa často vyskytujú v prípade problémových užívateľov amfetamínu, môžu vyžadovať úplné vyšetrenie psychického stavu, liečbu a dôkladné monitorovanie. V takýchto prípadoch sa často postupuje v úzkej spolupráci so službami duševného zdravia.

Štúdie týkajúce liečby závislosti od amfetamínu

Úroveň spontánnej remisie zo závislosti od amfetamínu bez liečebnej intervencie sú vyššie v prípade užívateľov amfetamínu ako v prípade užívateľov iných návykových látok, pričom počas daného roka sa remituje takmer jeden z dvoch ľudí (Calabria a kol., 2010).

Na liečbu závislosti od amfetamínu a metamfetamínu sa skúmalo niekoľko liekov, farmakologická liečba však zatiaľ nie je podporená žiadnymi silnými dôkazmi (Karila a kol., 2010). Napriek tomu, že po liečbe modafinilom, bupropiónom alebo naltrexónom sa ukázal určitý pokles užívania amfetamínu alebo metamfetamínu, na objasnenie novej úlohy týchto látok pri liečbe pacientov závislých od amfetamínov je potrebný ďalší výskum.

Potenciál substituenej liečby závislosti od amfetamínov a metamfetamínov vykazujú dexamfetamín a metylfenidát.

Z pilotnej štúdie vyplýva, že dexamfetamín môže zvýšiť zapojenie do liečby v prípade pacientov so závislosťou od amfetamínov (Shearer a kol., 2001), zatiaľ čo dexamfetamín s predĺženým uvoľňovaním podporil dlhšie udržanie v liečbe a nižšiu úroveň závislosti od metamfetamínu medzi pacientmi pri poslednom experimente (Longo a kol., 2010). Z randomizovanej štúdie vyplynulo, že metylfenidát môže účinne znížiť intravenózne užívanie v prípade pacientov s ťažkou závislosťou od amfetamínu (Tiihonen a kol., 2007).

Závislosť od gamahydroxybutyrátu a liečba

Závislosť od gamahydroxybutyrátu (GHB) je uznávaným klinickým stavom s potenciálne závažnými abstinenčnými príznakmi, keď sa užívanie drogy náhle preruší po pravidelnom alebo chronickom užívaní. Preukázalo sa, že fyzická závislosť sa môže objaviť u rekreačných užívateľov a sú zaznamenané prípady abstinenčných príznakov pri ukončení užívania GHB a jeho prekurzorov. Závislosť od

GHB sa uvádza aj medzi bývalými alkoholikmi (Richter a kol., 2009).

Dodnes sa výskum zameriaval výhradne na opis abstinenčných príznakov po vysadení GHB a súvisiacich komplikácií, ktoré sa v naliehavých prípadoch môžu ťažko rozpoznávať (van Noorden a kol., 2009). K týmto príznakom môžu patriť triaška, úzkosť, nespavosť a rozrušenosť. Pri vysadení drogy sa u pacientov môže tiež rozvinúť psychóza a delírium. Mierne abstinenčné príznaky možno zvládnuť v ambulantných zariadeniach, v opačnom prípade sa odporúča nemocničný dohľad. Doteraz neboli navrhnuté žiadne štandardné protokoly na liečbu abstinenčných príznakov po vysadení GHB.

Najčastejšie sa na liečbu abstinenčných príznakov po vysadení GHB používajú benzodiazepíny a barbituráty. V Holandsku sa v súčasnosti skúma kontrolovaná detoxikácia GHB pomocou liekového GHB v upravenej dávke.



Kapitola 5

Kokaín a krek

Úvod

Kokaín je naďalej druhou najčastejšie užívanou nelegálnou drogou v Európe, aj keď medzi jednotlivými krajinami panujú značné rozdiely v úrovni prevalencie a v trendoch. Vysoké úrovne užívania kokaínu sa zaznamenali len v malom počte zväčša západoeurópskych krajín, zatiaľ čo v iných krajinách pretrvávajú obmedzené užívanie tejto drogy. Výrazné rozdiely sú aj medzi užívateľmi kokaínu, ku ktorým patria príležitostní užívatelia, sociálne integrovaní pravidelní užívatelia a marginalizovanejší a často závislí užívatelia, ktorí kokaín užívajú injekčne alebo užívajú krek.

Ponuka a dostupnosť

Výroba a nezákonné obchodovanie

Pestovanie kríkov koky, zdroja kokaínu, sa naďalej sústreďuje v troch krajinách andského regiónu: Kolumbii, Peru a Bolívii. Podľa odhadov organizácie UNODC

(2012) plocha, na ktorej sa v roku 2010 pestovali kríky koky, dosahovala 149 000 hektárov, čo bol 6 % pokles oproti odhadovaným 159 000 hektárom z roku 2009. Tento pokles sa zväčša pripisoval zmenšeniu plochy, na ktorej sa pestovala koka v Kolumbii, čo bolo čiastočne kompenzované nárastmi v Peru a Bolívii. Plocha 149 000 hektárov s kríkmi koky predstavuje potenciálnu produkciu od 788 do 1 060 ton čistého kokaínu v porovnaní s odhadovanými 842 – 1 111 tonami v roku 2009 (UNODC, 2012, pozri tiež tabuľku 7).

Lístky koky sa upravujú na hydrochlorid kokaínu zväčša v Kolumbii, Peru a Bolívii, aj keď k tomu môže dochádzať aj v iných krajinách. Význam Kolumbie pri výrobe kokaínu podporujú aj informácie o odhalených laboratóriách a záchytoch manganistanu draselného, chemickej reagentie používanej pri výrobe hydrochloridu kokaínu. V roku 2010 bolo zničených 2 623 kokaínových laboratórií (UNODC, 2012) a v Kolumbii bolo zachytených spolu

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

	Kokaínový prášok (hydrochlorid)	Krek (kokaínová báza) ⁽¹⁾
Odhad celosvetovej výroby (v tonách čistého kokaínu)	788 – 1 060	n.a.
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách kokaínu, čistota nie je známa)	694	n.a.
Zachytené množstvo (v tonách) EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	61 (61)	0,07 (0,07)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram) Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	45 – 144 (49,9 – 73,4)	49 – 58
Priemerná čistota (%) Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	22 – 55 (27,9 – 45,9)	10 – 62

⁽¹⁾ Keďže informácie poskytol len malý počet krajín, údaje treba interpretovať opatrne.

⁽²⁾ Rozpätie strednej polovice uvedených údajov.

Poznámka: Všetky údaje za rok 2010, n. a. – nie sú k dispozícii alebo sa neuplatňujú.

Zdroje: UNODC (2012) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

26 ton manganistanu draselného (81 % celosvetových záchytov) (INCB, 2012a).

Zásielky kokaínu do Európy podľa všetkého tranzitovali cez väčšinu juhoamerických a stredoamerických krajín, aj keď najmä cez Argentínu, Brazíliu, Ekvádor, Venezuelu a Mexiko. Na prepravu tejto drogy do Európy sa často využívajú karibské ostrovy. V posledných rokoch boli odhalené alternatívne trasy cez západnú Afriku (EMCDDA a Europol, 2010) a Južnú Afriku (INCB, 2012b).

Španielsko, Holandsko, Portugalsko a Belgicko zostávajú hlavnými vstupnými bránami pre kokaín dovážaný do Európy. V rámci Európy sa Nemecko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo často uvádzajú ako dôležité tranzitné krajiny alebo cieľové krajiny. Spojené kráľovstvo odhaduje, že každý rok sa do krajiny dovezie 25 – 30 ton kokaínu. Z najnovších správ tiež vyplýva, že nezákonné obchodovanie s kokaínom sa rozširuje smerom na východ (EMCDDA a Europol, 2010). Kokaín sa čoraz viac pašuje aj cez juhovýchodnú a východnú Európu, a to najmä balkánskymi cestami (INCB, 2012b) a cez prístavy v Lotyšsku a Litve. V roku 2010 boli zachytené nezvyčajne veľké množstvá kokaínu v Estónsku, Lotyšsku, Litve a Turecku.

Záchyty

Nezákonné obchodovanie s kokaínom tvorí hneď za rastlinným kanabisom a kanabisovou živinou najväčší podiel nezákonného obchodovania s drogami na svete. V roku 2010 bol na celosvetovej úrovni počet záchytov kokaínu zväčša stabilný na úrovni asi 694 ton (tabuľka 7) (UNODC, 2012). Južná Amerika naďalej udáva najväčšie zachytené množstvá, čo predstavuje 52 % z celosvetových číselných údajov, hneď za ňou nasleduje Severná Amerika s 25 %, Stredná Amerika s 12 % a Európa s 9 % (UNODC, 2012).

Po postupnom narastaní, ktoré trvalo 20 rokov, sa v roku 2008 dosiahol v Európe rekordný počet záchytov (100 000) a potom nastalo postupné klesanie až do odhadovaných 88 000 v roku 2010. Celkové zachytené množstvo dosiahlo svoj vrchol v roku 2006, potom v roku 2009 kleslo na polovičný objem 59 ton, do veľkej miery najmä v dôsledku poklesu zachyteného objemu v Španielsku a Portugalsku ⁽⁷¹⁾. Množstvo zachyteného kokaínu v Európe sa v roku 2010 postupne zvyšovalo až na odhadovaných 61 ton, a to najmä v dôsledku podstatného nárastu záchytov v Belgicku, a potom sa ustálilo na klesajúcom trende, ktorý sa zaznamenal v Portugalsku a Španielsku. V roku 2010 Španielsko naďalej uvádzalo najväčšie množstvá zachyteného kokaínu a najvyšší počet záchytov tejto drogy v Európe.

Čistota a cena

V roku 2010 kolísala priemerná čistota testovaných vzoriek kokaínu v polovici krajín, ktoré podávajú správy, medzi 27 % a 46 %. Najnižšie hodnoty boli zaznamenané v Maďarsku (22 %), Dánsku a Spojenom kráľovstve (Anglicku a Walesu) (v oboch prípadoch maloobchodné, 24 %) a najvyššie v Belgicku (55 %), Turecku (53 %) a Holandsku (52 %) ⁽⁷²⁾. Z 23 krajín, ktoré poskytli dostatočné údaje na analýzu trendov v oblasti čistoty kokaínu za obdobie rokov 2005 – 2010, ich 20 uvádzalo pokles a tri pozorovali stabilný alebo narastajúci trend (Nemecko, Lotyšsko, Portugalsko). Celkovo v Európskej únii čistota kokaínu v období rokov 2005 – 2010 klesla priemerne asi o 22 % ⁽⁷³⁾.

Priemerná maloobchodná cena kokaínu sa v roku 2010 pohybovala od 49 EUR do 74 EUR za gram vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje. Najnižšiu priemernú cenu uviedlo Holandsko a Poľsko (45 EUR), zatiaľ čo najvyššiu (144 EUR) uviedlo Luxembursko. Z 23 krajín, ktoré poskytli dostatočné údaje na porovnanie, uviedlo 20 stabilizáciu alebo pokles maloobchodných cien kokaínu v období

Obchodovanie s drogami v leteckej doprave

Obchodovanie s drogami leteckou cestou sa stalo v posledných rokoch závažným problémom. UNODC (2011b) uvádza, že väčšina dodávok heroínu, kokaínu a amfetamínových stimulantov pochádzajúcich z Afriky sa do Európy dostáva letecky. S cieľom harmonizovať nástroje a systémy na zlepšenie zisťovania drog na európskych letiskách bola zriadená skupina pre letiská pri Pompiduovej skupine Rady Európy. S podporou regionálnej spravodajskej pobočky pre západnú Európu a Svetovej colnej organizácie skúmajú každoročne zástupcovia 35 krajín, najmä európskych, údaje o záchytoch súvisiacich s leteckou dopravou alebo poštovými operáciami. V roku 2010 na letiskách a v poštových strediskách colné orgány zúčastnených krajín zachytili približne 15 ton nezákonných drog, z ktorých viac než polovicu tvoril kokaín.

Veľkým problémom sa ukázalo byť dopravné letectvo, nekomerčné využívanie stredných a ľahkých lietadiel, ktoré zvyčajne lietajú z malých letísk, lebo ich môžu využívať zločinecké organizácie na pašovanie drog. S cieľom harmonizovať prístupy vydala v roku 2003 skupina pre letiská príručku o organizovaní a vykonávaní kontrol v oblasti dopravného letectva. Ako reakciu na závery Rady EÚ z roku 2010, v ktorých sa členské štáty vyzývali, aby sa zamerali na toto riziko, vytvorila skupina pre letiská pracovnú skupinu, ktorá vypracovala 20 kľúčových rizikových ukazovateľov pašovania drog v oblasti dopravného letectva.

⁽⁷¹⁾ Pozri tabuľky SZR-9 a SZR-10 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷²⁾ Údaje o čistote a cene pozri v tabuľkách PPP-3 a PPP-7 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷³⁾ Pozri obr. PPP-2 v štatistickej ročenke 2012.

Analýza odpadových vôd: štúdia 19 miest

Analýza odpadových vôd alebo epidemiológia odpadových vôd je rýchlo sa rozvíjajúci vedný odbor umožňujúci sledovať trendy na úrovni populácie, pokiaľ ide o nezákonné drogy. Odobratím vzorky odpadovej vody, napríklad odpadovej vody pritekajúcej do čistiarne odpadových vôd, vedci odhadujú celkové množstvo drog skonzumovaných v spoločnosti na základe merania úrovni metabolitov nezákonných drog vylúčených v moči.

V marci 2011 sa v rámci európskej pilotnej štúdie zozbierali a analyzovali vzorky odpadovej vody z 19 miest v 12 európskych krajinách ⁽¹⁾, ktoré predstavujú populáciu približne 15 miliónov Európanov (Thomas a kol., v tlači).

Užívanie kokaínu sa hodnotilo meraním koncentrácie kokaínového metabolitu benzoylekgonínu v odpadovej vode. Výsledky sa v jednotlivých mestách a krajinách do veľkej miery líšili, pričom najvyššie úrovne sa zaznamenali pre mestá v Belgicku a Holandsku, kde sa každodenná konzumácia kokaínu v spoločnosti odhaduje na 500 – 2 000 miligramov na 1 000 obyvateľov. Najnižšie odhady sa stanovili pre mestá v severnej a východnej Európe (každodenne 2 – 146 miligramov na 1 000 obyvateľov). Vo väčšine miest sa úroveň užívania kokaínu zvyšovala cez víkendy, čo odráža rekreačné užívanie tejto drogy.

Výsledky štúdií odpadovej vody treba interpretovať opatrne. Zistenia spotreby v mestách sa nemôžu extrapolovať tak, aby predstavovali úroveň celoštátnej konzumácie. Okrem toho výsledky z rôznych miest nie je možné vždy porovnávať, keďže vzorky sú rôzne a spoľahlivosť medzilaboratórnych meraní je neistá. Hoci však tieto metódy neposkytujú podrobné údaje o prevalencii, aké sa získavajú z prieskumov o užívaní drog (napr. celoživotné, najnovšie, súčasné užívanie), poskytujú objektívne a včasné odhady konzumácie nezákonných drog v cieľovej populácii, a tým tvoria užitočný doplnok existujúcich monitorovacích nástrojov.

⁽¹⁾ Ďalšie informácie nájdete na webovej stránke EMCDDA.

rokov 2005 – 2010. V rovnakom období maloobchodná cena kokaínu v Európskej únii klesla priemerne asi o 18 % ⁽⁷⁴⁾.

Prevalencia a formy užívania

V niektorých európskych krajinách značný počet ľudí užije kokaín len experimentálne raz alebo dva razy (Van der Poel a kol., 2009). V rámci pravidelnejších užívateľov kokaínu možno rozlišovať medzi dvomi skupinami. Prvú skupinu tvoria sociálne integrovaní užívatelia, ktorí obvykle užívajú kokaín cez víkendy, na večierkoch alebo pri iných výnimočných príležitostiach, niekedy vo veľkom množstve. Mnohí z týchto užívateľov uvádzajú, že majú užívanie

kokaínu pod kontrolou, napríklad stanovením pravidiel o množstve, frekvencii alebo kontexte užívania. Druhú skupinu tvoria silní užívatelia kokaínu a kreku, ktorí patria do sociálne marginalizovanejších alebo znevýhodnených skupín, a môžu zahŕňať aj bývalých alebo súčasných užívateľov opioidov, ktorí užívajú krek alebo injekčne užívajú kokaín.

Užívanie kokaínu v celkovej populácii

Za posledných 10 rokov sa kokaín stal najčastejšie užívaným nezákonným stimulantom v Európe, hoci väčšina užívateľov sa nachádza v malom množstve krajín s vysokou prevalenciou, z ktorých niektoré majú veľký počet obyvateľov. Odhaduje sa, že približne 15,5 mil. Európanov užilo kokaín aspoň raz za život, čo je priemerne 4,6 % dospelých vo veku 15 – 64 rokov (pozri tabuľku 8 so súhrnom údajov). Údaje za jednotlivé štáty sa pohybujú v rozmedzí od 0,3 % do 10,2 %, pričom polovica z 24 krajín, ktoré poskytli údaje vrátane stredoeurópskych a východoeurópskych krajín, uvádza veľmi nízke úrovne celoživotnej prevalence (0,5 – 2,5 %).

Odhaduje sa, že približne 4 milióny Európanov užilo túto drogu v minulom roku (v priemere 1,2 %). Najnovšie vnútroštátne prieskumy uvádzajú odhady prevalence užívania tejto drogy v minulom roku v rozsahu od 0,1 % do 2,7 %. Odhad prevalence užívania kokaínu v minulom mesiaci v Európe predstavuje približne 0,5 % dospelých populácie alebo 1,5 mil. osôb.

Úroveň užívania kokaínu v minulom roku nad európskym priemerom uvádza Írsko, Španielsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo. Vo všetkých týchto krajinách z najnovších údajov o prevalencii vyplýva, že kokaín je najčastejšie užívanou nelegálnou stimulačnou drogou.

Užívanie kokaínu medzi mladými dospelými

Odhaduje sa, že v Európe užilo kokaín aspoň raz za život asi 8 miliónov mladých dospelých (vo veku 15 – 34 rokov) alebo priemerne 6,3 %. Údaje za jednotlivé krajiny sa pohybujú od 0,7 po 13,6 %. Európsky priemer užívania kokaínu v minulom roku v tejto vekovej skupine sa odhaduje na 2,1 % (asi 3 milióny) a užívania v minulom mesiaci na 0,8 % (1 milión).

Užívanie je obzvlášť vysoké medzi mladými mužmi (vo veku 15 – 34 rokov), v prípade ktorých sa prevalencia užívania kokaínu v minulom roku pohybuje v rozsahu od 4 % do 6,5 % v Dánsku, Španielsku, Írsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve ⁽⁷⁵⁾. V 16 z krajín, ktoré poskytli údaje, je pomer mužov a žien, pokiaľ ide o prevalenciu

⁽⁷⁴⁾ Pozri obr. PPP-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷⁵⁾ Pozri obr. GPS-13 v štatistickej ročenke 2012.

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

Veková skupina	Časový rámec užívania		
	Celý život	Minulý rok	Minulý mesiac
15 – 64 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	15,5 mil.	4 mil.	1,5 mil.
Priemer v Európe	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Rozpätie	0,3 – 10,2 %	0,1 – 2,7 %	0,0 – 1,3 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Rumunsko (0,3 %) Litva (0,5 %) Grécko (0,7 %) Poľsko (0,8 %)	Grécko, Rumunsko (0,1 %) Maďarsko, Poľsko, Litva, Fínsko (0,2 %) Česká republika (0,3 %)	Rumunsko, Grécko, Fínsko (0,0 %) Česká republika, Švédsko, Poľsko, Litva, Estónsko (0,1 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Španielsko (10,2 %) Spojené kráľovstvo (8,9 %) Taliansko (7,0 %) Írsko (6,8 %)	Španielsko (2,7 %) Spojené kráľovstvo (2,2 %) Taliansko (2,1 %) Írsko (1,5 %)	Španielsko (1,3 %) Spojené kráľovstvo (0,8 %) Cyprus, Taliansko (0,7 %) Rakúsko (0,6 %)
15 – 34 rokov			
Odhadovaný počet užívateľov v Európe	8 mil.	3 mil.	1 mil.
Priemer v Európe	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Rozpätie	0,7 – 13,6 %	0,2 – 4,4 %	0,0 – 2,0 %
Krajiny s najnižšou prevalenciou	Litva, Rumunsko (0,7 %) Grécko (1,0 %) Poľsko (1,3 %) Česká republika (1,6 %)	Grécko, Rumunsko (0,2 %) Poľsko, Litva (0,3 %) Maďarsko (0,4 %) Česká republika (0,5 %)	Rumunsko, Fínsko (0,0 %) Grécko, Poľsko, Litva, Nórsko (0,1 %) Česká republika, Maďarsko, Estónsko (0,2 %)
Krajiny s najvyššou prevalenciou	Španielsko (13,6 %) Spojené kráľovstvo (12,8 %) Írsko (9,4 %) Dánsko (8,9 %)	Španielsko (4,4 %) Spojené kráľovstvo (4,2 %) Taliansko (2,9 %) Írsko (2,8 %)	Španielsko (2,0 %) Spojené kráľovstvo (1,6 %) Cyprus (1,3 %) Taliansko (1,1 %)

Poznámka: Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalence vážnych počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Na získanie odhadov celkového počtu užívateľov v Európe sa pri krajinách s chýbajúcimi údajmi o prevalencii (predstavujúcimi maximálne 3 % cieľovej populácie pre celoživotné odhady a odhady v minulom roku, ale 18 % pre odhady v minulom mesiaci) uplatňuje priemer EÚ. Populácie použité ako základ: vo veku 15 – 64 rokov 338 miliónov; vo veku 15 – 34 rokov 130 miliónov. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011 (najmä 2008 – 2010), netýkajú sa jediného roku. Údaje, ktoré sú tu zhrnuté, sú dostupné v časti Prieskumy medzi všeobecnou populáciou v štatistickej ročenke 2012.

užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými, najmenej 2 : 1 ⁽⁷⁶⁾.

V cielených prieskumoch sa zdôrazňujú vyššie úrovne užívania kokaínu medzi pravidelnými návštevníkmi klubov a iných zábavných podnikov. Napríklad v štúdiu z roku 2010 na úrovni mesta zameranej na návštevníkov barov v Amsterdame sa ukázalo, že minuloročná prevalencia užívania kokaínu je na úrovni 24 %. V Českej republike uviedlo v roku 2010 v dotazníku elektronických tanečných médií z 1 000 respondentov 29 % užitie kokaínu za posledných 12 mesiacov. V online dotazníku realizovanom v roku 2011 uviedlo 42 % z viac než 7 000 respondentov v Spojenom kráľovstve užitie kokaínu v poslednom roku (Mixmag, 2012).

V zábavných podnikoch je užívanie kokaínu úzko spojené s konzumáciou alkoholu a iných nezákonných drog. Údaje z celkových prieskumov populácie v deviatich krajinách

odhalili úrovne prevalence užívania kokaínu medzi ťažkými epizodickými užívateľmi alkoholu ⁽⁷⁷⁾, ktoré sú dva až deväťkrát vyššie než úrovne celkovej populácie (EMCDDA, 2009b). V britskom prieskume kriminality (2010/2011) sa ukázalo, že pre dospelých, ktorí pravidelne pijú alkohol, je prijateľnejšie užiť kokaín než pre dospelých, ktorí pijú menej často alebo nepijú vôbec. Okrem toho sa ukázala spojitosť medzi častejšími návštevami nočných klubov alebo barov a vyššími úrovňami užívania kokaínu.

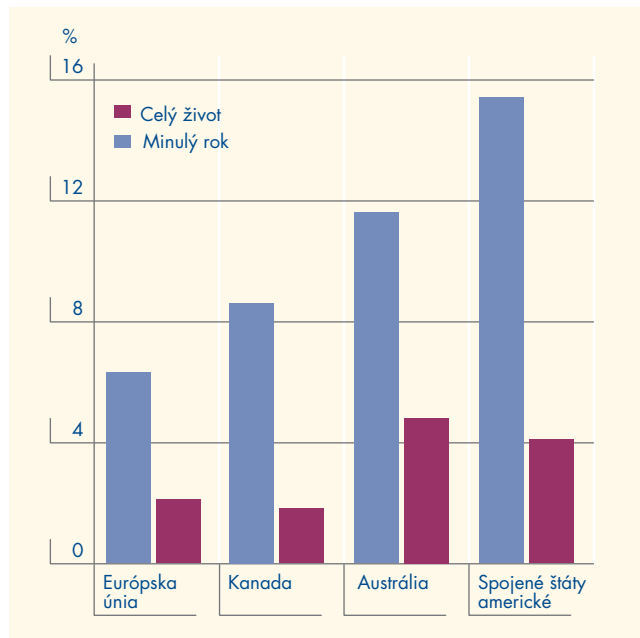
Medzinárodné porovnania

V porovnaní s inými časťami sveta, pre ktoré existujú spoľahlivé údaje, je odhadovaná minuloročná prevalencia užívania kokaínu medzi mladými dospelými v Európe (2,1 %) nižšia ako úrovne uvádzané pre mladých dospelých v Austrálii (4,8 %) a Spojených štátoch (4,0 % medzi 16 – 34-ročnými), blíži sa však údajom z Kanady (1,8 %).

⁽⁷⁶⁾ Pozri tabuľku GPS-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷⁷⁾ Ťažké epizodické pitie alkoholu, známe aj ako pijanský záľah, je v tomto materiáli vymedzené ako šesť alebo viac pohárikov alkoholického nápoja, ktoré sa vypije pri tej istej príležitosti aspoň raz za týždeň počas posledného roka.

Obrázok 9: Prevalencia užívania kokaínu v minulom roku a celoživotná prevalencia medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) v Európskej únii, Austrálii, Kanade a Spojených štátoch



Poznámka: Európske odhady sa počítajú z národných odhadov prevalence vážených počtom osôb v príslušnej vekovej skupine v každej krajine. Keďže európske odhady sú založené na prieskumoch uskutočnených v rokoch 2004 – 2010/2011 (najmä 2008 – 2010), nevzťahujú sa na jediný rok. Prieskumy v mimoeurópskych krajinách sa uskutočnili v roku 2010. Vekové rozpätie prieskumu v Spojených štátoch je 16 – 34 rokov (prepočítané z pôvodných údajov).

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010)

Dve európske krajiny, Španielsko (4,4 %) a Spojené kráľovstvo (4,2 %), uvádzajú údaje podobné Austrálii a Spojeným štátom (obr. 9).

Užívanie kokaínu medzi študentmi

Celoživotná prevalencia užívania kokaínu medzi 15 až 16-ročnými študentmi vyplývajúca z najnovšieho prieskumu ESPAD sa pohybuje v rozpätí od 1 % do 2 % v 13 z 24 účastníckych členských štátov EÚ, Chorvátska a Nórska. Všetky okrem jednej z ďalších 12 krajín uvádzajú úrovne prevalence v rozpätí od 3 % do 4 %, zatiaľ čo v rámci prieskumu ESPAD v Spojenom kráľovstve a anglického vnútroštátneho prieskumu v školách sa uvádza 5 %⁽⁷⁸⁾. Španielsky vnútroštátny školský prieskum uvádza 3 %. Na porovnanie, celoživotné užívanie drogy medzi študentmi podobného veku v Spojených štátoch sa odhaduje na úroveň 3 %. Ak sú k dispozícii údaje od starších študentov (vo veku 17 – 18 rokov), celoživotná prevalencia užívania kokaínu je spravidla vyššia, v Španielsku až 7 %⁽⁷⁹⁾.

Trendy v užívaní kokaínu

Viac než desať rokov záznamy ukazovali rastúce trendy užívania kokaínu v malom množstve európskych krajín s najvyššími úrovňami prevalence, kým v rokoch 2008/2009 nedosiahli vrchol. Najnovšie prieskumy užívania kokaínu odhaľujú v týchto krajinách niektoré pozitívne známky, čo môže znamenať, že popularita tejto drogy klesá. Kvalitatívne štúdie realizované v zábavných podnikoch tiež naznačujú, že mohol nastať posun vo vnímaní kokaínu a že táto droga stráca svoj vysoký kredit (v Dánsku a Holandsku).

Sedem krajín uvádza, že minuloročná prevalencia užívania kokaínu medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) je na úrovni vyššej ako priemer EÚ, čiže 2,1 %⁽⁸⁰⁾. V najnovších prieskumoch sa v Dánsku, Írsku, Španielsku, Taliansku a Spojenom kráľovstve pozoroval v poslednom roku pokles alebo stabilizácia užívania kokaínu medzi mladými dospelými, čo je trend pozorovaný aj v Kanade alebo Spojených štátoch, nie však v Austrálii, kde sa zaznamenal nárast (obr. 10). Z ďalších dvoch krajín s najvyššou prevenciou zaznamenal Cyprus v najnovšom prieskume nárast z 0,7 % v roku 2006 na 2,2 % v roku 2009. Napriek tomu, že v Holandsku sa v minulom roku zaznamenala prevalencia užívania kokaínu medzi mladými dospelými na úrovni 2,4 % z roku 2009, v dôsledku zmeny v metodike nie je možné porovnanie s minulými prieskumami.

Užívanie kokaínu je pomerne nízke a vo väčšine prípadov stabilné v 12 ďalších krajinách, pričom tri prieskumy sa opakovali. K prípadným výnimkám patrí Bulharsko, Francúzsko a Švédsko, ktoré oznámili známky nárastu, a Nórsko, kde podľa všetkého existuje klesajúci trend. Potrebne je však pamätať na to, že malé zmeny s nízkou prevenciou sa musia interpretovať s opatrnosťou. V Bulharsku vzrástlo minuloročné užívanie kokaínu medzi mladými dospelými z 0,7 % v roku 2005 na 1,5 % v roku 2008, vo Francúzsku vzrástlo z 1,2 % v roku 2005 na 1,9 % v roku 2010 a vo Švédsku z nuly v roku 2000 na 1,2 % v roku 2008⁽⁸¹⁾. Nórsko uviedlo pokles z 1,8 % v roku 2004 na 0,8 % v roku 2009.

Z 23 krajín, ktoré sa podieľali na prieskumoch ESPAD v roku 2011 a v rokoch 1995 alebo 1999, 18 pozorovalo nárast v celoživotnej prevalencii užívania kokaínu od jedného do troch percentuálnych bodov, pričom žiadna z nich nepozorovala pokles. Hoci úrovne prevalence ostávajú celkovo nízke, všeobecný nárast v rámci krajín vyžaduje nepretržitú ostražitosť.

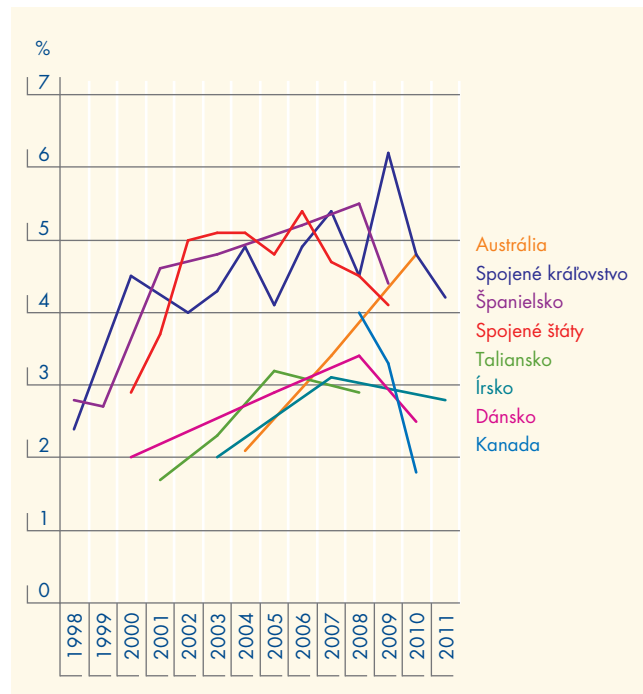
⁽⁷⁸⁾ Pozri tabuľku EYE-11 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁷⁹⁾ Pozri tabuľky EYE-10 – EYE-30 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁸⁰⁾ Pozri tabuľku GPS-2 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁸¹⁾ Pozri obr. GPS-14 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

Obrázok 10: Trendy prevalencie užívania kokaínu v minulom roku medzi mladými dospelými (15 – 34 rokov) v piatich členských štátoch EÚ s najvyššími hodnotami, Austrálii, Kanade a Spojených štátoch



Poznámka: Ďalšie informácie sú uvedené na obrázku GPS-14 (časť ii) v štatistickej ročenke 2012. Vekové rozpätie mimoeurópskych prieskumov je: Spojené štáty americké, 16 – 34 rokov; Kanada, 15 – 34 rokov; Austrália, 15 – 34 rokov v roku 2010, 14 – 39 rokov v skorších prieskumoch.
Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010)

Zdravotné následky užívania kokaínu

Zdravotné následky užívania kokaínu sa zvyknú podceňovať. Môže to byť čiastočne vplyvom nešpecifickej alebo chronickej povahy patológií, ktoré obvykle vznikajú v dôsledku dlhodobého užívania kokaínu (pozri kapitolu 7). Pravidelné užívanie kokaínu vrátane šnupania môže mať súvis s kardiovaskulárnymi, neurologickými a psychiatrickými problémami a rizikom úrazov a prenosu infekčných chorôb prostredníctvom nechráneného sexu (Brugal a kol., 2009), ako aj prostredníctvom spoločného užívania slamiek (Aaron a kol., 2008). Zo štúdií v krajinách s vysokou úrovňou užívania vyplýva, že značná časť problémov so srdcovou činnosťou v prípade mladých ľudí by mohla súvisieť s užívaním kokaínu.

Kokaínové injekcie a užívanie krek sa v prípade užívateľov kokaínu spájajú s najvyššími zdravotnými rizikami (vrátane kardiovaskulárnych a psychických problémov) (EMCDDA, 2007a). Pri porovnaní so všeobecnejšou populáciou užívateľov kokaínu ukazujú najnovšie nemocničné

Naliehavé prípady súvisiace s kokaínom: potenciál pre včasné intervencie?

V najnovšom európskom preskúmaní sa v niektorých krajinách zistil trojnásobný nárast pohotovostného nemocničného ošetrovania v súvislosti s kokaínom od konca 90. rokov, pričom vrchol sa dosiahol v roku 2008 v Spojenom kráľovstve a Španielsku (Mena a kol., v tlači). Zhoduje sa to s trendmi v oblasti prevalencie užívania v celkovej populácii a so správami o úmrtiach súvisiacich s kokaínom. Päť zo šiestich krajín, ktoré vykázali najvyššie čísla pohotovostných nemocničných ošetrovaní súvisiacich s kokaínom v rokoch 2008 – 2010 (Dánsko, Írsko, Španielsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo), vykazujú aj prevalenciu užívania kokaínu nad európskym priemerom. S údajmi o prevalencii je v súlade aj skutočnosť, že väčšina pohotovostných ošetrovaní súvisiacich s kokaínom sa vyskytla v prípade mladých dospelých, z čoho dve tretiny tvorili muži.

Niektoré európske krajiny v súčasnosti monitorujú poškodenia súvisiace s kokaínom pomocou údajov o prijatí do nemocničných pohotovostí a hospitalizáciách pacientov. Prípadové údaje môžu pochádzať aj z toxikológie, služieb poskytujúcich prvú pomoc užívateľom drog, hovorov do stredísk pre otravy alebo z policajných protidrogových záznamov. Relatívne úplné údaje poskytujú napríklad Španielsko a Holandsko. Iné krajiny často vychádzajú zo systémov sledovania založených na vybratých nemocniciach.

Európske údaje o nemocničnej pohotovosti predstavujú napriek svojej heterogenosti užitočný ukazovateľ trendov a zdôrazňujú aj oblasť s dosiaľ nedostatočne prebádaným potenciálom: hodnotenia, včasnej intervencie a každoročných odporúčaní tisícok pacientov užívajúcich kokaín.

pohotovostné údaje zo Španielska nadmerné zastúpenie užívateľov, ktorí si drogu pichajú alebo ju fajčia.

Problémové užívanie kokaínu

K škodlivejším formám užívania kokaínu patria pravidelné alebo dlhodobé užívanie drogy alebo jej injekčné užívanie. Keďže pre všetky európske krajiny neexistujú najnovšie nepriame vnútroštátne odhady problémového užívania kokaínu, hlavné zdroje dostupných informácií o rozsahu škodlivejších foriem užívania kokaínu tvoria údaje z prieskumov celkovej populácie o užívateľoch drog vstupujúcich do liečby a štúdie o užívaní krek.

Množstvo krajín zbiera údaje o intenzívnom užívaní kokaínu z prieskumov celkovej populácie. Hoci sa v týchto prieskumoch zanedbávajú marginalizovaní užívatelia, majú potenciál zasiahnuť sociálne integrovaných intenzívnych užívateľov kokaínu. V španielskom prieskume

celkovej populácie z roku 2009, v ktorom sa používali merania frekvencie užívania, sa odhaduje viac než 140 500 intenzívnych užívateľov kokaínu⁽⁸²⁾, čiže približne 4,5 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. V štúdii na úrovni mesta, ktorá sa realizovala v nórskom Osle a tiež vychádzala z merania frekvencie užívania v niekoľkých prieskumoch (medzi celkovou populáciou, väzňami a injekčnými užívateľmi), sa určilo od 1 600 do 2 000 problémových užívateľov kokaínu⁽⁸³⁾, čiže 4 na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. V Nemecku sa prevalencia problémov súvisiacich s užívaním kokaínu odhaduje na 2 prípady na 1 000 obyvateľov, vo veku 15 – 64 rokov, a to na základe škály závažnosti závislosti.

Užívanie krekú je medzi sociálne integrovanými užívateľmi kokaínu nezvyčajné a vyskytuje sa najmä medzi marginalizovanými a znevýhodnenými skupinami, napríklad sexuálnymi pracovníčkami alebo problémovými užívateľmi opioidov. V Európe je to do veľkej miery mestský jav (Connolly a kol., 2008; Prinzleve a kol., 2004), ktorý vykazuje známky veľmi nízkej celkovej prevalence. V Londýne sa užívanie krekú považuje za najvýznamnejšiu súčasť drogového problému mesta. Regionálne odhady užívania krekú sú dostupné len pre Anglicko, kde v období rokov 2009/2010 bolo asi 184 000 problémových užívateľov krekú, čo zodpovedá 5,4 (5,2 – 5,7) prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Uvádza sa, že väčšina týchto užívateľov krekú sú aj užívateľmi opioidov.

Dopyt po liečbe

Ďalšie prehľady o problematikejších formách užívania kokaínu možno získať z údajov o počte a charakteristikách osôb vstupujúcich do liečby v dôsledku užívania kokaínu. Takmer všetci uvádzaní klienti užívajúci kokaín sú liečení v ambulantných zariadeniach, aj keď niektorí by mohli byť liečení na súkromných klinikách, v takýchto prípadoch nie sú k dispozícii údaje. Mnoho problémových užívateľov kokaínu však nevyhľadá liečbu (Reynaud-Maurupt a Hoareau, 2010).

Kokaín uviedlo ako hlavný dôvod vstupu do liečby 15 % všetkých uvedených užívateľov drog vstupujúcich do liečby v roku 2010. Spomedzi užívateľov, ktorí vstupujú do liečby prvýkrát, je vyšší podiel tých, ktorí uvádzajú kokaín ako svoju primárnu drogu (21 %).

Medzi jednotlivými krajinami existujú veľké rozdiely v podiele a počte klientov užívajúcich kokaín, pričom

najvyšší podiel uviedlo Španielsko (44 %), Taliansko (29 %) a Holandsko (26 %). Klienti užívajúci kokaín predstavujú 10 – 15 % všetkých klientov užívajúcich drogy v Belgicku, Írsku, na Cypre, v Luxembursku, na Malte, v Portugalsku a Spojenom kráľovstve. V ostatných častiach Európy predstavuje kokaín menej než 10 % ľudí vstupujúcich do liečby závislosti od drog, pričom sedem krajín uvádza, že ho za svoju primárnu drogu označuje menej než 1 % všetkých osôb vstupujúcich do liečby. Celkovo je za 90 % všetkých klientov užívajúcich kokaín v 29 európskych krajinách zodpovedných päť krajín (Španielsko, Nemecko, Taliansko, Holandsko, Spojené kráľovstvo)⁽⁸⁴⁾.

Z údajov 25 krajín za obdobie rokov 2005 – 2010 vyplýva trend nárastu počtu klientov vstupujúcich do liečby s kokaínom ako primárnou drogu vo vykazujúcich krajinách, ktorý trval až do roku 2008 (z 55 000 na 71 000 klientov), stabilizoval sa v roku 2009 (70 000) a mierne klesol v roku 2010 (67 000)⁽⁸⁵⁾. Počet klientov užívajúcich kokaín v rokoch 2007 – 2008 a v roku 2010 klesol v 13 krajinách, pričom v niektorých krajinách (Španielsko, Holandsko, Portugalsko, Spojené kráľovstvo) uvádza zníženie počtu osôb vstupujúcich do liečby prvýkrát v živote až o 40 %. V Holandsku počet nových klientov užívajúcich kokaín v rokoch 2009 – 2010 klesol, zatiaľ čo počet klientov užívajúcich kokaín, ktorí boli opätovne prijatí do liečby, najmä klientov uvádzajúcich ako sekundárnu drogu opioidy, ostal stabilný (Ouwehand a kol., 2011).

Profil ambulantne liečených klientov

Klientov, ktorí vstúpili do ambulantnej liečby v dôsledku primárneho užívania kokaínu, charakterizuje vysoký pomer mužov k ženám (asi 5 mužov na 1 ženu) a patria k skupine s najvyšším priemerným vekom (okolo 33 rokov) spomedzi pacientov v liečbe drogovej závislosti. Užívateľia kokaínu ako primárnej drogy uvádzajú prvé užitie kokaínu priemerne vo veku 22 rokov, pričom 87 % z nich začalo pred dosiahnutím veku 30 rokov⁽⁸⁶⁾.

Väčšina užívateľov kokaínu uvádza ako hlavný spôsob užívania šnupanie (65 %) alebo fajčenie (27 %) drogy, len 6 % uvádza primárne injekčné užívanie drogy. Takmer polovica klientov užívajúcich kokaín užívala drogu až šesťkrát týždenne v mesiaci pred vstupom do liečby, približne štvrtina ju užívala denne a štvrtina ju za toto obdobie neužívala vôbec alebo užívala len občas⁽⁸⁷⁾.

⁽⁸²⁾ Vymedzení ako ľudia starší ako 20 rokov, ktorí užívali kokaín minimálne 30 dní za posledný rok alebo minimálne 10 dní za posledný mesiac, alebo ľudia do 20 rokov, ktorí užívali kokaín 10 alebo viac dní za posledný rok alebo aspoň jeden deň za posledný mesiac.

⁽⁸³⁾ Vymedzení ako ľudia, ktorí užívali drogu viac než raz týždenne.

⁽⁸⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-5 (časť i) a (časť ii) a TDI-24 v štatistickej ročenke 2012. Údaje pre Španielsko sa týkajú roku 2009.

⁽⁸⁵⁾ Pozri obr. TDI-1 a TDI-3 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁸⁶⁾ Pozri tabuľky TDI-4 (časť ii), TDI-10 (časť iii), TDI-11 (časť iii) a TDI-18 (časť ii) v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁸⁷⁾ Pozri tabuľky TDI-17 a TDI-18 (časť ii) v štatistickej ročenke 2012.

Kokaín sa často užíva v kombinácii s inými drogami, najmä s alkoholom, kanabisom, inými stimulantmi a heroínom. V holandskej analýze realizovanej v roku 2011 sa uvádza, že väčšina klientov užíva kokaín spolu s inou látkou (64 %), najčastejšie s alkoholom (Ouweland a kol., 2011).

Podskupinu užívateľov kokaínu, ktorí v Európe vstupujú do ambulantnej liečby, tvorí 7 500 užívateľov krekú ako primárnej drogy⁽⁸⁸⁾. Predstavujú 13 % všetkých klientov užívajúcich kokaín a menej než 2 % všetkých klientov užívajúcich drogy, ktorí navštevujú ambulantné strediská. Väčšina klientov užívajúcich krek (okolo 5 000) vstupuje do liečby v Spojenom kráľovstve, kde tvoria 36 % klientov užívajúcich kokaín ako primárnu drogu a 4 % všetkých klientov ambulantnej starostlivosti. Zostávajúci 2 000 klientov užívajúcich krek uvádzajú najmä Francúzsko a Holandsko, kde tvoria 23 % a 30 % klientov užívajúcich kokaín, a Španielsko a Taliansko (3 % a 1 % klientov užívajúcich kokaín). Klienti užívajúci krek tiež často užívajú túto drogu spolu s inými látkami vrátane injekčného užívania heroínu (EMCDDA, 2007a; Escot a Suderie, 2009).

Liečba a znižovanie poškodení

Liečba problémového užívania drog v Európe je tradične zameraná na závislosť od opioidov. V dôsledku čoraz väčšieho znepokojenia v oblasti verejného zdravia v súvislosti s kokaínom a krekom sa však v mnohých krajinách venuje väčšia pozornosť reakcii na problémy spojené s týmito drogami. K primárnym možnostiam liečby závislosti od kokaínu patria psychosociálne intervencie vrátane motivačných pohovorov, kognitívno-behaviorálne terapie, behaviorálne tréningy sebaovládania, intervencie na prevenciu relapsu a poradenstvo.

Jedenásť členských štátov vrátane štátov s vysokou úrovňou užívania kokaínu a vstupom do liečby uvádza, že popri všeobecnej liečbe sú dostupné aj špecializované liečebné programy zamerané na užívateľov kokaínu alebo krekú. Zatiaľ čo však vnútroštátni odborníci z Nemecka, Talianska, Litvy a Spojeného kráľovstva odhadujú, že tieto špecializované programy sú dostupné pre väčšinu užívateľov kokaínu, ktorí potrebujú liečbu, odborníci z Belgicka, Dánska, Írska, Španielska, Rakúska, Rumunska a Slovinska odhadujú, že sú dostupné len malému počtu z nich.

Niektoré krajiny uvádzajú, že svoju liečbu závislosti od kokaínu prispôbujú potrebám konkrétnych skupín klientov. Napríklad v Spojenom kráľovstve uprednostňujú špecializované liečebné ústavy služby problémovým užívateľom drog vrátane užívateľov krekú. Dánsko a Rakúsko uvádzajú poskytovanie liečby užívateľom kokaínu v rámci programu užívania viacerých drog. V Dánsku

je v pilotnej fáze model liečby problémov s kokaínom, kanabisom a alkoholom. Pripravujú sa klinické usmernenia a model sa bude v nasledujúcich štyroch rokoch realizovať v množstve obcí, pričom je naň vyčlenený rozpočet približne jeden milión EUR. Bulharsko, Malta a Holandsko okrem toho uvádzajú, že na nasledujúce tri roky plánujú špecializované programy liečby pre užívateľov kokaínu.

Štúdie týkajúce sa liečby závislosti od kokaínu

EMCDDA a Cochranova skupina pre drogy a alkohol nedávno vydali prehľad hodnotení farmakologickej liečby závislosti od kokaínu (Amato a kol., v tlači). Analyzuje sa v ňom prijateľnosť, účinnosť a bezpečnosť psychostimulantov, antikonvulzantov, antipsychotík, dopamínových agonistov a disulfiramu pri liečbe závislosti od kokaínu. Väčšina z týchto látok má potenciál blokať alebo zmierňovať efekt odmeny v podobe kokaínu v mozgu. Antipsychotiká môžu okrem toho zmierňovať kokaínové príznaky psychózy. Tieto štúdie nie sú priamo porovnateľné, keďže majú rôzne ciele a rôzne merajú výsledky v rozsahu od znižovania miery užívania, zmierňovania alebo liečby abstinenčných príznakov až po určovanie substituenej liečby.

Skúmanie štúdií o psychostimulatoch prinieslo niekoľko pozitívnych výsledkov pri dosahovaní abstinencie užívateľov kokaínu. Sľubné boli najmä výsledky liečby pacientov závislých od opioidov a kokaínu pomocou bupropionu a dexamfetamínu. Účinnosť psychostimulantov pri substituenej liečbe sa však nepreukázala. Hodnotenia antipsychotík a antikonvulzantov v prípade pacientov závislých od kokaínu neboli presvedčivé. Súčasné dôkazy nepodporujú užívanie dopamínových agonistov pri liečbe závislosti od kokaínu. Hoci disulfiram preukázal pozitívne výsledky pri udržaní pacientov v liečbe, jeho potenciálne škodlivé vedľajšie účinky prevažujú nad akýmkoľvek prínosmi.

V oblasti nefarmakologických intervencií na liečbu závislosti od kokaínu má naďalej najvyššiu účinnosť motivačná terapia ako psychosociálna intervencia (Vocci a Montoya, 2009). V najnovšej belgickej štúdii sa ukázalo, že po šiestich mesiacoch účasti v programe motivačnej terapie zameranej na komunikáciu sa miera abstinencie medzi užívateľmi kokaínu v porovnaní s klientmi v bežnej liečbe strojnásobila (Vanderplasschen a kol., 2011).

Znižovanie poškodení

Intervencie v oblasti znižovania poškodení zamerané na sociálne integrovanejších užívateľov kokaínu, najmä užívateľov práškoveho kokaínu, sa môžu realizovať v špecializovaných programoch pre nočné podniky. K dvom príkladom patria najnovšia kampaň informovanosti

⁽⁸⁸⁾ Pozri tabuľku TDI-115 v štatistickej ročenke 2012.

Vakcíny proti nezákonným drogám

Výskum na zvieratách v oblasti protidrogových vakcín prebieha už od roku 1972 (Berkowitz a Spector), záujem o vývoj farmakologického riešenia závislosti od kokaínu však nedávno vyvolala pozornosť venovaná tejto téme.

Protidrogové vakcíny vyvolávajú produkciu protilátok v krvnom obehú a v prípade úspechu môžu znížiť psychoaktívne účinky drog a zmierniť túžbu po droge (Fox a kol., 1996). V súčasnosti sa študujú protidrogové vakcíny pre kokaín, nikotín, metamfetamín a heroín (Shen a kol., 2011). Najmodernejšie vakcíny riešia závislosť od kokaínu a nikotínu a ukázali sa ako účinné pri udržaní abstinencie pacientov. Hlavnou pozorovanou nevýhodou je to, že v prípade väčšiny pacientov sa protilátky tvoria v nedostatočnom množstve (Hatsukami a kol., 2005; Martell a kol., 2005). Realizujú sa však štúdie zamerané na ich zlepšenie a komerčné produkty by už čoskoro mali byť dostupné, minimálne pre nikotín (Polosa a Benowitz, 2011). Výskum antimetamfetamínovej vakcíny je ešte v predklinickom štádiu, sústreďuje sa na charakterizáciu protilátok. Vyvinuli sa antiopioidové vakcíny, ktoré sú účinné na potkanoch, a štúdie sa momentálne sústreďujú na stratégie znižovania počtu aplikácií potrebných na udržanie koncentrácie protilátok v krvi (Stowe a kol., 2012).

o kokaíne *Know the Score* v Škótsku a belgická kampaň „Ako sa majú tvoji priatelia na kokaíne?“ zameraná na návštevníkov párty. Tieto kampane sú orientované na zvyšovanie informovanosti a poskytovanie informácií (ďalšie intervencie v zábavných podnikoch pozri v kapitole 4).

Intervencie zamerané na znižovanie poškodení spôsobovaných problémovým užívaním kokaínu a krekú

sú novou oblasťou v mnohých členských štátoch. Služby a zariadenia využívané pre injekčných užívateľov kokaínu boli v podstate vytvorené pre potreby užívateľov opioidov. Injekčné užívanie kokaínu sa však spája so špecifickými rizikami. Konkrétne ide o potenciálne vyššiu frekvenciu injekčného užívania, chaotické správanie pri injekčnom užívaní a zvýšenú mieru rizikového sexuálneho správania. Potreby tejto skupiny je potrebné prispôbiť odporúčania pre bezpečnejšie použitie. Vzhľadom na potenciálne vysokú frekvenciu injekčného užívania by sa ponuka sterilného vybavenia pre injekčných užívateľov nemala obmedzovať, ale by mala byť skôr založená na lokálnom posúdení foriem užívania kokaínu a sociálnej situácie injekčných užívateľov (Des Jarlais a kol., 2009).

Poskytovanie špecifických programov na znižovanie poškodení pre fajčiarov krekú je v Európe obmedzené. Niektoré zariadenia na užívanie drog v troch krajinách (Nemecko, Španielsko, Holandsko) poskytujú vybavenie na inhaláciu drog vrátane krekú. Hygienické vybavenie na inhaláciu vrátane čistých krekových fajok alebo tzv. krekového náčinia (sklenená trubička s náustkom, kovové sitko, balzam na pery a obrúsky na ruky) v súčasnosti ojedinele poskytujú užívateľom drog, ktorí fajčia krek, niektoré nízkoprahové zariadenia v Belgicku, Nemecku, Španielsku, Francúzsku, Luxembursku a Holandsku. V niektorých nízkoprahových zariadeniach v 13 členských štátoch EÚ sa poskytuje fajčiarom heroínu alebo kokaínu aj fólia. V Spojenom kráľovstve nedávno Poradná rada pre drogovú závislosť posúdila používanie fólie ako intervenciu na znižovanie poškodení, keďže našla dôkazy, že jej poskytovanie môže spôsobovať uprednostňovanie fajčenia pred injekčným užívaním (ACMD, 2010).



Kapitola 6

Užívanie opioidov a injekčné užívanie drog

Úvod

Užívanie heroínu, najmä injekčné užívanie tejto drogy, sa od sedemdesiatych rokov minulého storočia úzko spája s problémami v oblasti verejného zdravia a sociálnej oblasti v Európe. Dodnes na túto drogu pripadá najväčší podiel morbidity a mortality súvisiacich s užívaním drog v Európskej únii. Európa po dvoch desaťročiach zväčša narastajúcich problémov súvisiacich s heroínom zaznamenala koncom deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatkom tohto storočia pokles užívania heroínu a súvisiacich poškodení. V ostatnom desaťročí však trend nie je taký jasný. Situácia je rôznorodá, čoraz častejšie sa však ukazuje, že v časti Európy klesá počet nových získaných užívateľov heroínu aj dostupnosť tejto drogy, dokonca nedávno niektoré oblasti zaznamenali jej naliehavý nedostatok. Uvedené skutočnosti dopĺňajú správy o nahradení heroínu inými drogami vrátane syntetických opioidov, ako je napríklad fentanyl, ale aj injekčným užívaním stimulačných drog vrátane amfetamínu, metamfetamínu a syntetických katinónov. Každý nárast injekčného podávania stimulačných drog vyvoláva obavy zo zvyšovania zdravotných rizík.

Ponuka a dostupnosť

V Európe sú z historického hľadiska dostupné dve formy dovážaného heroínu: bežnejší je hnedý heroín (jeho základná chemická forma), ktorý pochádza najmä z Afganistanu. Menej bežnou formou je biely heroín (vo forme soli), ktorý tradične pochádza z juhovýchodnej Ázie. Hoci sa biely heroín vyskytuje zriedka, niektoré krajiny v ostatnom čase zaznamenali biele kryštalické heroínové produkty pochádzajúce pravdepodobne z juhozápadnej Ázie. Určité obmedzené množstvo opioidových drog sa vyrába aj v Európe, ide najmä o domáce výrobky z maku siateho (napr. maková slama, koncentrát z rozdrvených stoniek rastlín maku alebo makovic), ktoré uviedli Estónsko, Litva a Poľsko.

Výroba a nezákonné obchodovanie

Za najväčšieho dodávateľa heroínu do Európy sa považuje Afganistan, ktorý je zároveň hlavným celosvetovým

zdrojom tejto drogy. Ďalšími producentskými krajinami sú Mjanmarsko, ktoré zásobuje najmä trhy vo východnej a juhovýchodnej Ázii, Pakistan, Laos, ďalej Mexiko a Kolumbia, ktoré sa považujú za najväčších dodávateľov heroínu do Spojených štátov (UNODC, 2012). Odhaduje sa, že možná celosvetová výroba ópia sa zvýšila zo 4 700 ton v roku 2010 na 7 000 ton v roku 2011 a dosiahla úroveň porovnateľnú s predchádzajúcimi rokmi. Hlavným dôvodom uvedeného zvýšenia je obnovenie možnej výroby ópia v Afganistane, ktorá vzrástla z 3 600 ton v roku 2010 na 5 800 ton v roku 2011 (UNODC, 2012). Najnovšie odhady celosvetového potenciálu výroby heroínu uvádzajú 467 ton (pozri

Tabuľka 9: Výroba, záchyty, cena a čistota heroínu

Výroba a záchyty	Heroín
Odhad celosvetovej výroby (v tonách)	467
Zachytené množstvo v celosvetovom meradle (v tonách)	81
Zachytené množstvo (v tonách) EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	6 (19)
Počet záchytov EÚ a Nórsko (vrátane Chorvátska a Turecka)	50 000 (55 000)
Cena a čistota v Európe ⁽¹⁾	Heroínová báza („hnedý“ heroín)
Priemerná maloobchodná cena (EUR za gram)	
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	23 – 160 (24,6 – 73,6)
Priemerná čistota (%)	
Rozpätie (Medzikvartilové rozpätie) ⁽²⁾	13 – 57 (17,7 – 28,0)

⁽¹⁾ Keďže málo krajín uvádza maloobchodnú cenu a čistotu hydrochloridu („bieleho“ heroínu), údaje sa tu neuvádzajú. Možno ich nájsť v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2012.

⁽²⁾ Rozpätie strednej polovice uvedených údajov.

Poznámka: Údaje za rok 2010 okrem odhadu celosvetovej produkcie (2011).

Zdroje: UNODC (2012) pre celosvetové hodnoty, národné kontaktné miesta siete Reitox pre údaje za Európu

tabuľku 9), čo znamená zvýšenie oproti odhadovanému objemu 384 ton z roku 2010 (UNODC, 2012).

Heroín sa dostáva do Európy prevažne dvomi trasami, aj keď spôsoby a trasy využívané pri pašovaní drog sú čoraz rozmanitejšie. Tradične významnou balkánskou cestou sa dováža heroín vyrobený v Afganistane cez Pakistan, Irán a Turecko a do ďalších tranzitných alebo cieľových krajín najmä v západnej a južnej Európe. Heroín sa dováža do Európy aj tzv. hodvábnou cestou cez strednú Áziu a Rusko. Určité množstvo sa potom pašuje cez Bielorusko, Poľsko a Ukrajinu do destinácií, ako sú napríklad škandinávské krajiny. Zdá sa, že rastie význam Afriky, ktorá v súčasnosti predstavuje hlavnú tranzitnú oblasť pre letecké pašovanie heroínu do Európy (INCB, 2012b). V rámci Európskej únie zohráva úlohu sekundárneho distribučného centra Holandsko a v menšej miere Belgicko.

Záchyty

Počet zaznamenaných záchytov opia sa celosvetovo znížil zo 653 ton v roku 2009 na 492 ton v roku 2010, pričom 80 % celkového množstva uvádza Irán a takmer 12 % Afganistan. V roku 2010 sa zvýšil počet celosvetových zaznamenaných záchytov heroínu (81 ton) a morfinu (19 ton), v oboch prípadoch ide o päťtonové zvýšenie (UNODC, 2012).

V Európe v roku 2010 viedlo približne 55 000 záchytov k zadržaniu asi 19 ton heroínu, z čoho dve tretiny (12,7 tony) oznámilo Turecko. Najvyšší počet záchytov naďalej uvádzalo Spojené kráľovstvo (po ktorom nasledovalo Španielsko) ⁽⁸⁹⁾. Údaje za roky 2005 – 2010 z 28 krajín, ktoré poskytli správy, ukazujú na celkové zvýšenie počtu záchytov, napriek miernemu poklesu v roku 2010. Zachytené množstvo v rokoch 2005 – 2010 v Európskej únii kolísalo, pričom k nápadnému poklesu došlo v roku 2010, najmä z dôvodu zníženia zachyteného množstva drogy v Bulharsku a Spojenom kráľovstve. Aj Turecko zaznamenalo výrazný pokles množstva zachyteného v roku 2010. Uvedený jav treba chápať v kontexte predchádzajúcich prohibičných opatrení, ktoré pravdepodobne rozložili trh s heroínom v určitých častiach Európy.

Celosvetové záchyty anhydridu kyseliny octovej používaného pri výrobe heroínu sa zvýšili z 21 000 litrov v roku 2009 na 59 700 litrov v roku 2009. Údaje pre Európsku úniu sa v ostatných rokoch výrazne líšia: z vrcholu približne 151 000 litrov v roku 2008 klesli na 912 litrov v roku 2009, pričom jeden záchyt s objemom 21 100 litrov v Bulharsku tvoril takmer celých 21 200 litrov zachytených v roku 2010 (INCB, 2012a).

Estónsko za ostatných desať rokov zaznamenalo, že heroín sa na nelegálnom trhu vo veľkom nahrádza fentanylom. Podobný jav nedávno zaznamenalo Slovensko, aj keď počet záchytov a zachytené množstvo zostávajú nízke. V roku 2010 Slovensko uviedlo 17 záchytov fentanylu a Estónsko zachytilo pol kilogramu tohto syntetického opioidu.

Čistota a cena

V roku 2010 sa priemerná čistota testovaného hnedého heroínu vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje, pohybovala v rozpätí 17 – 28 %. Nižšiu priemernú čistotu uviedlo Francúzsko (13 %) a Rakúsko (len drobný predaj, 13 %) a vyššiu Malta (30 %), Španielsko (32 %) a Turecko (57 %). Od roku 2005 do roku 2010 sa čistota hnedého heroínu zvýšila v štyroch krajinách, v štyroch ďalších sa udržala na stabilnej úrovni a v dvoch sa znížila. V piatich európskych krajinách, ktoré poskytli údaje, bola priemerná čistota bieleho heroínu vo všeobecnosti vyššia (25 – 45 %) ⁽⁹⁰⁾.

Maloobchodná cena hnedého heroínu bola naďalej oveľa vyššia v severských krajinách než v ostatnej Európe, pričom Švédsko uvádza priemernú cenu 160 EUR za gram (v dôsledku prudkého zvýšenia v roku 2010) a Dánsko 83 EUR v roku 2010. V polovici krajín, ktoré poskytli údaje, sa cena celkove pohybovala od 24 do 74 EUR za gram. V rokoch 2005 – 2010 maloobchodná cena hnedého heroínu klesla v desiatich zo 14 európskych krajín, ktoré uvádzajú časové trendy. V troch európskych krajinách, ktoré poskytli údaje, bola priemerná cena bieleho heroínu vo všeobecnosti vyššia (61 – 251 EUR).

Problémové užívanie drog

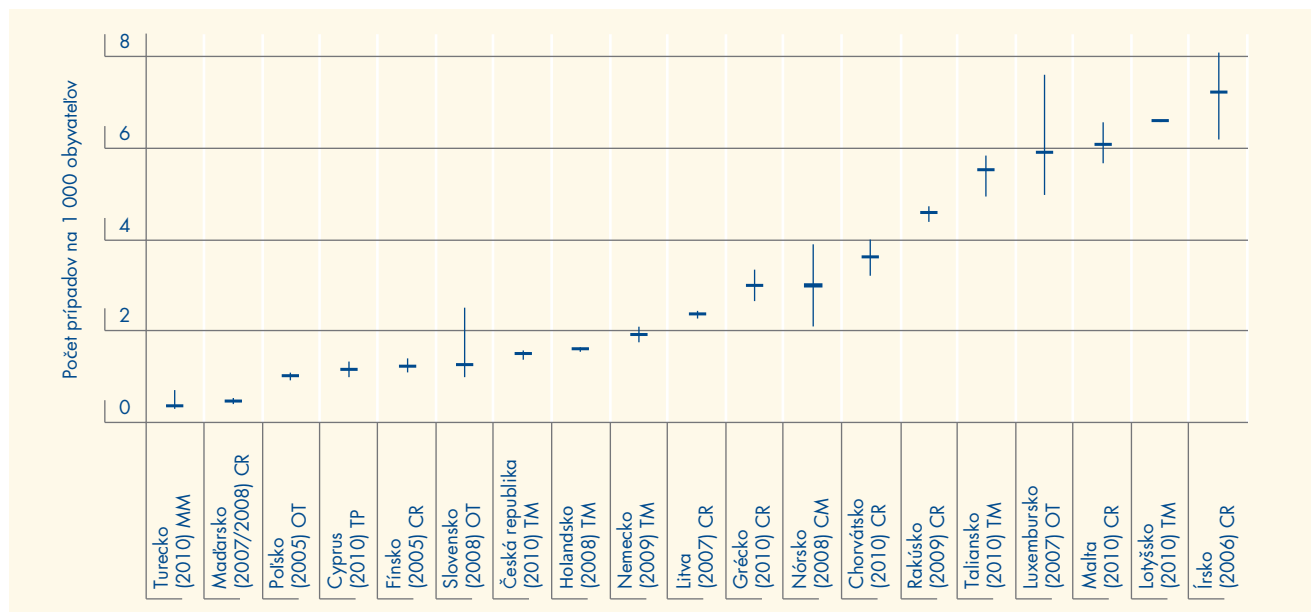
Centrum EMCDDA vymedzuje problémové užívanie drog ako injekčné užívanie drog alebo dlhodobé či pravidelné užívanie opioidov, kokaínu alebo amfetamínov. Injekčné užívanie drog a užívanie opioidov tvorí väčšiu časť problémového užívania drog v Európe, aj keď v niektorých krajinách sú významnou súčasťou aj užívatelia amfetamínov alebo kokaínu. Problémoví užívatelia drog užívajú väčšinou viaceré drogy a údaje o prevalencii sú oveľa vyššie v mestských oblastiach a marginalizovaných skupinách. Vzhľadom na pomerne nízku prevalenciu a skrytú povahu problémového užívania drog treba na získanie odhadov prevalencie z dostupných zdrojov údajov (najmä údajov o protidrogovej liečbe a presadzovaní právnych nariadení) použiť metódy štatistickej extrapolácie.

Problémové užívanie opioidov

Väčšina európskych krajín je v súčasnosti schopná odhadnúť prevalenciu problémového užívania opioidov.

⁽⁸⁹⁾ Pozri tabuľky SZR-7 a SZR-8 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁹⁰⁾ Údaje o čistote a cene sú uvedené v tabuľkách PPP-2 a PPP-6 v štatistickej ročenke 2012.

Obrázok 11: Odhady ročnej prevalencie problémového užívania opioidov (v rámci populácie vo veku 15 – 64 rokov)

Poznámka: Vodorovná značka označuje odhad, zvislá značka označuje interval neurčitosti: 95 % interval spoľahlivosti alebo interval založený na analýze citlivosti. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od rôznych metód odhadu a zdrojov údajov; musia sa teda porovnávať opatrne. Pri štúdiách boli použité neštandardné vekové kategórie vo Fínsku (15 – 54 rokov) a v Poľsku (všetky vekové kategórie). Obe miery boli upravené pre populáciu vo veku 15 – 64 rokov. Skratky metód odhadu sú nasledujúce: CR = metóda spätného záchytu (capture-recapture); TM = multiplikátor liečby; MM = multiplikátor úmrtnosti; CM = kombinované metódy; TP = skrátená Poissonova metóda; OT = iné metódy. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku PDU-1 (časť ii) a v tabuľke PDU-102 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Nedávne národné odhady sa pohybujú od menej ako jedného do siedmich prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov (obrázok 11). Najvyššie odhady problémového užívania opioidov uviedli Írsko, Lotyšsko, Luxembursko a Malta a najnižšie Cyprus, Maďarsko, Poľsko a Fínsko. Turecko uvádza menej ako jeden prípad na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov.

Priemerná prevalencia problémového užívania opioidov v Európskej únii a Nórsku, vypočítaná z národných štúdií, sa odhaduje na 4,2 (3,9 – 4,4) prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Zodpovedá to približne 1,4 miliónu problémových užívateľov opioidov v Európskej únii a Nórsku v roku 2010 ⁽⁹¹⁾.

V porovnaní s uvedenými hodnotami sú odhady pre susediace krajiny Európy vysoké: 16,4 problémového užívateľa opioidov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov v Rusku (UNODC, 2011b) a 10 – 13 problémových užívateľov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov na Ukrajine (UNODC, 2010). Austrália aj Spojené štáty uvádzajú vyššie odhady problémových užívateľov opioidov: 6,3 a 5,8 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, zatiaľ čo v Kanade je ekvivalentný údaj 3,0 prípadu. Jednotlivé krajiny treba porovnávať

opatrne vzhľadom na možné odlišné vymedzenie cieľovej populácie. Napríklad, ak sa pridá nemedicínske užívanie opioidov na lekárske predpis, hodnota prevalencie stúpne na 39 – 44 prípadov na 1 000 Severoameričanov vo veku 15 – 64 rokov (UNODC, 2011b).

Užívatelia opioidov nastupujúci na liečbu

Opioidy, najmä heroín, uviedlo ako primárnu drogu viac ako 200 000 klientov, ktorí v roku 2010 nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu v 29 európskych krajinách, resp. 48 % všetkých uvedených osôb, ktoré sa začali liečiť. V rámci Európy však existujú veľké rozdiely: klienti, ktorí užívajú opioidy, tvoria viac ako 70 % osôb nastupujúcich na liečbu v siedmich krajinách, 40 – 70 % v 12 krajinách a menej ako 40 % v 10 krajinách (obrázok 12). Takmer 80 % všetkých užívateľov opioidov, ktorí v Európe nastupujú na protidrogovú liečbu, uviedlo len päť krajín: Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Spojené kráľovstvo ⁽⁹²⁾.

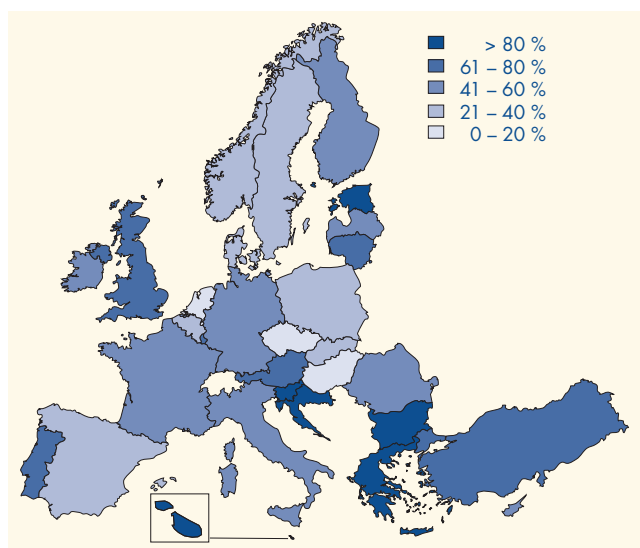
Vo viacerých krajinách uvádza veľa osôb nastupujúcich na liečbu ako primárnu drogu iné opioidy ako heroín: fentanyl v Estónsku, buprenorfín vo Fínsku a iné opioidy v Dánsku, Lotyšsku a Rakúsku ⁽⁹³⁾.

⁽⁹¹⁾ Uvedené odhady z 18 krajín dospeli k priemernej miere 3,1 (3,0 – 3,2) prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Začlenenie vážených odhadov problémových užívateľov drog z ďalších ôsmich krajín zvýšilo priemernú mieru na 4,2 (3,9 – 4,4) prípadu, ktorá sa uplatnila na obyvateľov Európskej únie a Nórska v roku 2010.

⁽⁹²⁾ Pozri tabuľky TDI-5 a TDI-22 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁹³⁾ Pozri tabuľku TDI-113 v štatistickej ročenke 2012.

Obrázok 12: Percentuálny podiel primárnych užívateľov opioidov zo všetkých uvedených osôb, ktoré nastúpili na protidrogovú liečbu v roku 2010



Poznámka: Údaje vyjadrené ako percentuálny podiel osôb, v prípade ktorých je známa primárna droga (92 % uvedených klientov). Údaje za rok 2010 alebo za ostatný rok, ktoré boli k dispozícii. Údaje za Litvu sa týkajú klientov, ktorí prvýkrát v živote nastúpili na liečbu. Počet primárnych užívateľov opioidov môže byť v niektorých krajinách podhodnotený (vrátane Belgicka, Českej republiky, Nemecka a Francúzska), keďže mnohých užívateľov liečia všeobecní lekári alebo psychiatri a nemusia byť zahrnutí do ukazovateľa dopytu po liečbe.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

Užívatelia opioidov, ktorí nastupujú na špecializovanú liečbu, dosahujú priemerný vek 33 rokov, pričom klientky sú vo väčšine krajín mladšie ⁽⁹⁴⁾. V celej Európe prevažujú užívatelia opioidov – klienti nad klientkami v pomere 3 : 1. Prevažná väčšina klientov užívajúcich opioidy uvádza, že drogy začali užívať skôr, ako dovърšili 30 rokov, pričom takmer polovica (46 %) všetkých klientov užívajúcich opioidy začala drogy užívať vo veku menej ako 20 rokov ⁽⁹⁵⁾. Vo všeobecnosti sa pri užívateľoch opioidov uvádza vyššia miera bezdomovstva a nezamestnanosti a nižšia úroveň dosiahnutého vzdelania než u primárnych užívateľov ostatných drog a väčšinou sa sústreďujú v mestských oblastiach.

Trendy problémového užívania opioidov

Údaje z deviatich krajín s opakovanými odhadmi prevalencie problémového užívania opioidov v rokoch 2005 – 2010 naznačujú pomerne stabilnú situáciu. Merania prevalencie však nemusia reagovať na trendy pri začatí užívania drog a musia sa umiestniť do kontextu poskytnutého inými zdrojmi údajov. V rokoch 2005 – 2010 sa počet klientov, ktorí prvýkrát v živote nastúpili na odbornú protidrogovú liečbu

súvisiacu s primárnym užívaním heroínu v 24 európskych krajinách zvýšil z 51 000 v roku 2005 na najvyššiu hodnotu 61 000 v roku 2007, potom klesol na úroveň 46 000 v roku 2010 ⁽⁹⁶⁾. Tento pokles je najzreteľnejší v západoeurópskych krajinách.

Čas medzi prvým užitím heroínu a nástupom na liečbu môže byť značne dlhý. Z uvedeného dôvodu môže počet užívateľov heroínu, ktorí prvýkrát nastúpia na liečbu, odrážať vývojový trend začatia užívania heroínu (výskyt), ako aj súčasný stav. Proti takejto interpretácii možno namietnuť, že by mohla byť ovplyvnená zmenami postupov oznamovania, a že európske číselné údaje nerovnomerne odrážajú trendy vo väčších krajinách. Napriek výrazným rozdielom medzi jednotlivými krajinami však dôkazy naznačujú, že z celkového hľadiska klesá počet nových užívateľov heroínu v Európe.

Uvedenú analýzu možno vnímať aj z hľadiska trendov ostatných ukazovateľov vrátane injekčného užívania drog (pozri nižšie), úmrtí spôsobených drogami a trestnej činnosti súvisiacej s drogami, aj keď uvedené zdroje údajov preukázateľne predstavujú lepšie ukazovatele prevalencie ako výskyt. V ostatných rokoch možno v Európe pozorovať zníženie počtu trestných činov súvisiacich s užívaním heroínu. Menej jednoznačné sú údaje o úmrtiach spôsobených drogami. Do roku 2008 krajiny uvádzali zvýšenie alebo stabilnú situáciu; v roku 2009 sa situácia preukázateľne stabilizovala a predbežné údaje za rok 2010 naznačujú pokles ⁽⁹⁷⁾.

Doplňujúce informácie tu poskytujú aj ukazovatele týkajúce sa trhu s opioidmi. Koncom roku 2010 a na začiatku roku 2011 uviedol väčší počet krajín naliehavý nedostatok heroínu (EMCDDA, 2011a) a aj nedávne zníženie počtu záchytov heroínu poukazuje na zmeny dostupnosti heroínu v Európe, ktoré by mohli takisto súvisieť so zmenami spôsobu užívania drog. Ide o informácie o rozšírenejšom injekčnom užívaní katinónov (Maďarsko) a zmesi obsahujúcich kofeín a kreatínin (Rumunsko), zvýšenom užívaní benzodiazepínov a ďalších liekov (Írsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo), širšom injekčnom užívaní amfetamínov (Maďarsko, Lotyšsko), ako aj znepokojivé správy o užívaní syntetického opioidu fentanyl (napr. Estónsko, Slovensko).

Uvedené informácie spoločne naznačujú, že v Európe postupne klesá počet nových užívateľov heroínu, a to v situácii zlepšovania dostupnosti liečby a pokrytia liečbou. Zdá sa, že populácia užívateľov heroínu ako celok starne a vyznačuje sa pomerne vysokou mierou kontaktov v rámci poskytovaných služieb. Hoci je to očividnejšie v členských štátoch EÚ pred roka 2004, nedávne údaje naznačujú,

⁽⁹⁴⁾ Pozri tabuľky TDI-10, TDI-21, TDI-32 a TDI-103 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁹⁵⁾ Pozri tabuľky TDI-33, TDI-106 (časť i) a TDI-107 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁹⁶⁾ Pozri obrázky TDI-1 a TDI-3 v štatistickej ročenke 2012.

⁽⁹⁷⁾ Pozri tabuľku DRD-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

že podobným spôsobom sa situácia mení aj v mnohých nových členských štátoch.

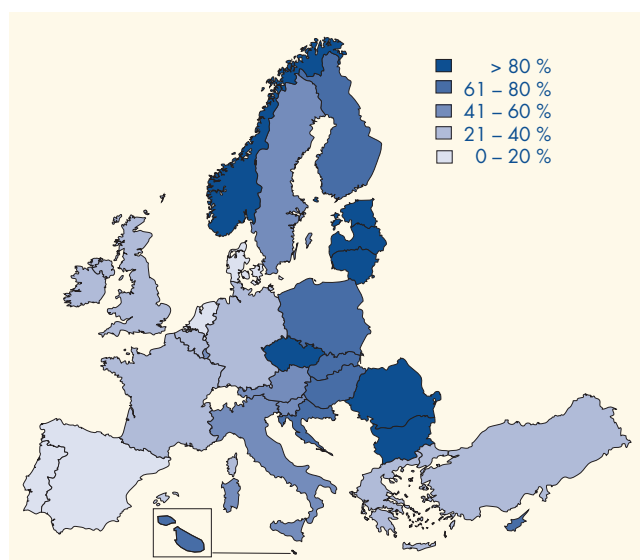
Injekčné užívanie drog

Injekční užívatelia drog patria k tým, ktorí podstupujú najväčšie riziko zdravotných problémov vyplývajúcich z užívania drog, ako sú napríklad infekcie prenášané krvou (napríklad HIV/AIDS, hepatitída) alebo predávkovanie. Vo väčšine európskych krajín sa injekčné užívanie všeobecne spája s užívaním opioidov, aj keď v niektorých krajinách súvisí s užívaním amfetamínov.

Iba 14 krajín bolo schopných poskytnúť najnovšie odhady prevalencie injekčného užívania drog ⁽⁹⁸⁾. Dostupné údaje naznačujú veľké rozdiely medzi jednotlivými krajinami, pričom odhady sa pohybujú v rozpätí menej ako jeden prípad až päť prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. V 13 krajinách, ktoré uviedli odhad počtu súčasných injekčných užívateľov drog, išlo priemerne o 2,4 užívateľa na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov. Okrem aktívnych injekčných užívateľov je v Európe veľa bývalých injekčných užívateľov (napr. Sweeting a kol., 2008), údaje však nie sú dostupné.

Asi 37 % klientov užívajúcich opioidy ako primárnu drogu (najmä užívateľov heroínu), ktorí v roku 2010 nastúpili na špecializovanú protidrogovú liečbu, uviedlo injekčné

Obrázok 13: Injekčné užívanie ako zvyčajný spôsob užívania medzi primárnymi užívateľmi opioidov, ktorí nastúpili na liečbu v roku 2010



Poznámka: Údaje vyjadrené ako percentuálny podiel uvedených klientov, u ktorých je známy spôsob užívania. Údaje za rok 2010 alebo za ostatný rok, ktoré boli k dispozícii. Pozri tabuľku TDI-5 (časť iii) a (časť iv) v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

užitie ako zvyčajný spôsob užívania drogy. Miera injekčného užívania sa líši medzi užívateľmi opioidov v jednotlivých krajinách: 7 % v Holandsku a až 94 % v Lotyšsku. Veľká časť injekčných užívateľov žije v strednej a východnej Európe, ako aj v niektorých severných krajinách (obrázok 13).

Vyvodíť závery o časových trendoch v prevalencii injekčného užívania drog na základe opakovaných odhadov prevalencie je ťažké z dôvodu nedostatku údajov a v niektorých prípadoch ich neurčitosti. Z ôsmich krajín, ktoré poskytli dostatok údajov na analýzu trendov, zrejme klesá úroveň injekčného užívania drog v Spojenom kráľovstve a zostáva pomerne stabilná v Grécku, Maďarsku, na Cypre a Slovensku a v Chorvátsku a Nórsku. Česká republika uviedla v rokoch 2005 – 2010 zvýšenie

Injekčné užívanie a ďalšie spôsoby užívania drog

Najväčší a najsúhrnnejší zdroj informácií o tom, ako sa pri užívaní drog správajú osoby, ktoré majú s drogami problémy, poskytujú v Európe údaje o užívateľoch drog nastupujúcich na liečbu ⁽¹⁾.

V roku 2010 predstavovalo injekčné užívanie druhý najčastejší spôsob užívania drog u osôb nastupujúcich na liečbu primárne pre problémy s opioidmi. Zo 140 000 klientov, ktorí ako primárnu drogu užívali opioidy a ktorí nastúpili na protidrogovú liečbu v ambulantných centrách (a u ktorých je známy spôsob užívania), 36 % uviedlo injekčné užívanie drogy, zatiaľ čo 45 % uviedlo fajčenie alebo vdychovanie a 19 % šnupanie alebo ústne požitie drogy. Oproti tomu z 53 000 užívateľov kokainu nastupujúcich na liečbu za rovnakých okolností uviedli 3 % injekčné užívanie, 68 % šnupanie a zvyšok fajčenie alebo vdychovanie drogy. Z 9 000 užívateľov amfetamínov alebo iných nekokaínových stimulačných látok 24 % uviedlo, že drogu užíva predovšetkým injekčne, zatiaľ čo 40 % drogu ústne požíva, 32 % šnupe a 4 % uviedli iné spôsoby užívania.

Spôsoby užívania drog sa časom menia. Analýza údajov pri nástupe na liečbu z rokov 2000 – 2009 ukázala pokles injekčného užívania drog medzi klientmi, ktorí užívali ako primárnu drogu heroín, vo všetkých európskych krajinách (v rozpätí 58 – 36 %), predovšetkým v západnej časti Európy (EMCDDA, 2012c). Navyše počet fajčiarov drogy medzi užívateľmi opioidov nastupujúcimi na ambulantnú liečbu od roku 2009 prevyšuje počet tých, ktorí drogu užívajú injekčne ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Treba poznamenať, že údaje o nástupe na liečbu nie je možné extrapolovať vzhľadom na celú liečenú populáciu užívateľov drog a že nemusia predstavovať širšiu populáciu užívateľov drog zahŕňajúcu aj užívateľov, ktorí sa neliečia. Viac informácií o veľkosti celkovej liečenej populácie nájdete na webovej lokalite centra EMCDDA.

⁽²⁾ Pozri tabuľku TDI-17 v štatistických ročenkách za roky 2010, 2011 a 2012.

⁽⁹⁸⁾ Pozri obrázok PDU-2 v štatistickej ročenke 2012.

počtu injekčných užívateľov drog, predovšetkým užívateľov metamfetamínu ⁽⁹⁹⁾.

Vzhľadom na údaje dostupné z viacerých ďalších ukazovateľov sa zdá, že v Európe dochádza k celkovému poklesu injekčného užívania opioidov, najmä injekčného užívania heroínu. Väčšina európskych krajín uviedla v rokoch 2005 – 2010 pokles podielu injekčných užívateľov medzi klientmi, ktorí užívajú ako primárnu drogu heroín a prvýkrát v živote nastupujú na protidrogovú liečbu. Tento trend potvrdili dlhodobé európske analýzy (2000 – 2009) užívateľov heroínu nastupujúcich prvýkrát v živote na špecializovanú liečbu (EMCDDA, 2012c).

Pokles injekčného užívania heroínu sa prejavuje vo všetkých krajinách, aj keď zreteľnejšie v západnej Európe. V roku 2009 západné krajiny uviedli, že hlavným spôsobom užívania heroínu u viac ako polovice klientov užívajúcich túto drogu (53 %) sa stalo fajčenie, zatiaľ čo vo východoeurópskych krajinách uviedlo 70 % klientov užívajúcich heroín ako hlavný spôsob užívania injekčné užívanie (EMCDDA, 2012c). Okrem toho najnovšie štúdie z Írska a Nórska zistili predĺženie intervalu medzi prvým užitím a prvým injekčným užitím heroínu (Bellerose a kol., 2011; Bretteville-Jensen a Skretting, 2010).

Liečba problémového užívania opioidov

Pôsobnosť a rozpätie

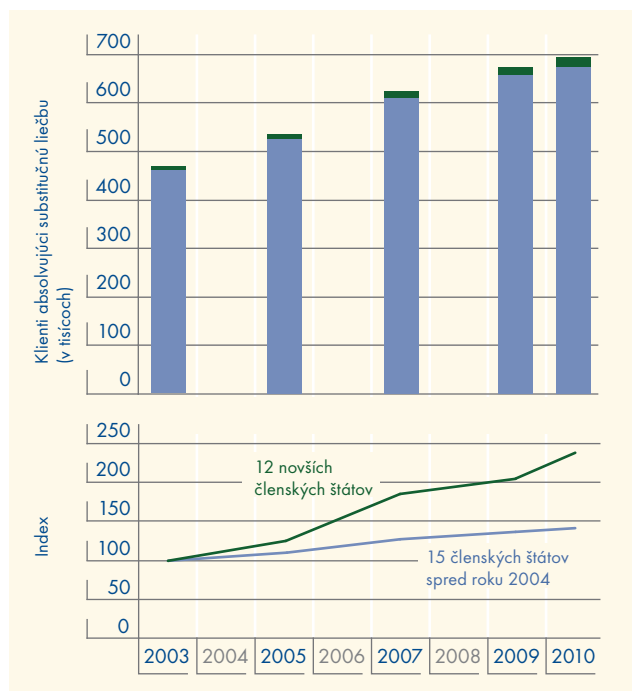
Abstinenčná aj substitučná liečba je pre užívateľov opioidov dostupná vo všetkých členských štátoch EÚ, Chorvátsku, Turecku a Nórsku. Vo väčšine krajín liečba prebieha v ambulantných zariadeniach, ktoré môžu zahŕňať špecializované strediská, ordinácie všeobecných lekárov a nízkoprahové zariadenia. V niektorých krajinách zohráva pri liečbe závislosti od opioidov dôležitú úlohu pobytová liečba ⁽¹⁰⁰⁾. Napatný počet krajín poskytuje vybratej skupine chronických užívateľov heroínu asistovanú liečbu s využitím heroínu.

Pokiaľ ide o užívateľov opioidov, abstinencnej liečbe spravidla predchádza detoxifikačný program, ktorý im pomáha zvládnuť fyzické abstinencné príznaky pomocou farmaceutík. V rámci tohto terapeutického prístupu sa od jednotlivca vo všeobecnosti vyžaduje, aby sa zdržal všetkých látok vrátane substitučných liekov. Pacienti sa podieľajú na denných činnostiach a dostávajú intenzívnu psychologickú pomoc. Abstinenčná liečba síce môže byť ambulantná aj nemocničná, najčastejšie sa však uvádza pobytová a nemocničná abstinencná liečba.

Najbežnejším druhom liečby závislosti od opioidov v Európe je substitučná liečba, zvyčajne spojená so psychologicko-sociálnou starostlivosťou, ktorú poskytujú špecializované ambulantné strediská. Šestnásť krajín uvádza, že ju takisto poskytujú všeobecní lekári. V niektorých krajinách zaisťujú substitučnú liečbu všeobecní lekári v zariadeniach s kombinovanou starostlivosťou so špecializovanými liečebnými strediskami. Celkový počet užívateľov opioidov absolvujúcich substitučnú liečbu v Európskej únii, Chorvátsku, Turecku a Nórsku sa v roku 2010 odhadoval na 709 000 (698 000 v členských štátoch EÚ), čo znamená zvýšenie oproti 650 000 užívateľov v roku 2007 a asi pol miliónu užívateľov v roku 2003 ⁽¹⁰¹⁾. Substitučná liečba naďalej prevláda v 15 členských štátoch EÚ pred rozšírenia v roku 2004 (asi 95 % z celkového rozsahu) a strednodobé trendy (2003 – 2010) ukazujú jej trvalý rast (obrázok 14). Najvýraznejšie zvýšenie poskytovania substitučnej liečby medzi uvedenými krajinami zaznamenali Grécko, Rakúsko a Fínsko, kde sa počet liečených osôb takmer strojnásobil.

Dokonca ešte výraznejšie zvýšenie uvádza 12 krajín, ktoré sa pripojili k Európskej únii v roku 2004. V týchto krajinách sa počet substitučne liečených klientov zvýšil

Obrázok 14: Klienti absolvujúci substitučnú liečbu závislosti od opioidov v 15 členských štátoch EÚ pred rokom 2004 a 12 nových členských štátoch EÚ – odhadované počty a indexované trendy



Poznámka: Rok, v ktorých sa nezhrádzali údaje, sú vytlačené sivo. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku HSR-2 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽⁹⁹⁾ Pozri tabuľku PDU-6 (časť iii) v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹⁰⁰⁾ Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹⁰¹⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2012.

zo 7 800 v roku 2003 na 20 400 v roku 2010, pričom k najväčšiemu zvýšeniu došlo po roku 2005. Pomerne najväčšie rozšírenie substitučnej liečby za šesť rokov zaznamenali Estónsko (16-násobné, zo 60 na viac ako 1 000 klientov, aj keď stále dosahuje úroveň len 5 % injekčných užívateľov opioidov) a Bulharsko (8-násobné zvýšenie). Najmenší nárast uviedli Litva, Maďarsko a Slovensko.

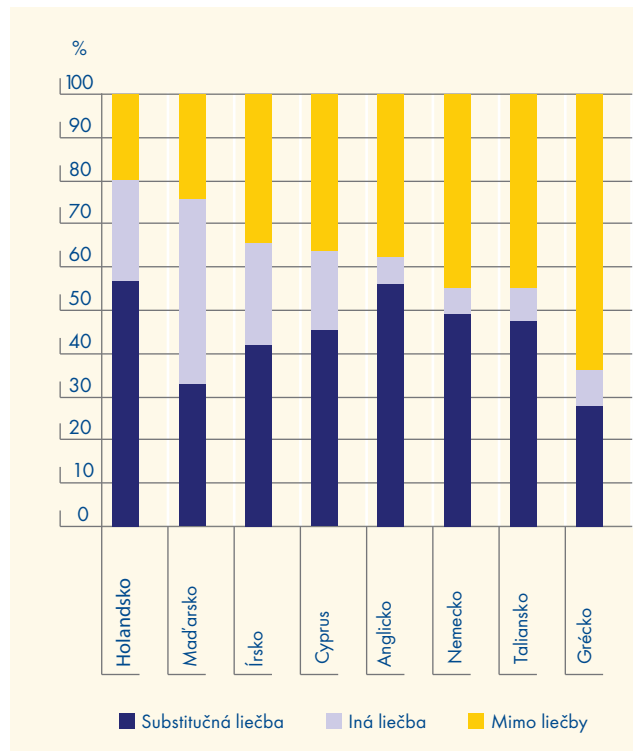
Z porovnania počtu klientov, ktorí nastúpili na substitučnú liečbu, s odhadovanými počtom problémových užívateľov opioidov vyplýva rôzna miera pokrytia liečbou v Európe. Z 18 krajín, pre ktoré sú k dispozícii spoľahlivé odhady počtu problémových užívateľov opioidov, uvádza deväť taký počet klientov substitučnej liečby, ktorý zodpovedá minimálne 50 % cieľovej populácie (¹⁰²). Šesť z týchto krajín sú členské štáty pred rokom 2004 a zvyšok tvoria Malta, Česká republika a Nórsko.

Aj keď v Európskej únii a Nórsku má prístup k substitučnej liečbe priemerne asi polovica všetkých problémových užívateľov opioidov, medzi jednotlivými krajinami existujú zásadné rozdiely, pričom najnižšiu úroveň pokrytia dosahujú Grécko (28 %), Litva (17 %), Slovensko (12 %), Poľsko (8 %) a Lotyšsko (2 %).

Odhady podielu problémových užívateľov opioidov na akejkolvek liečbe sú možné v prípade ôsmich krajín (obrázok 15). Podľa odhadov sa v Írsku, na Cypre, v Maďarsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve (Anglicku) lieči viac ako 60 % problémových užívateľov opioidov, zatiaľ čo v Grécku je to menej ako 40 %. Údaje takisto poukazujú na rozdiely ponúkanej liečby závislosti od opioidov. Iné druhy liečby, ako je substitúcia opioidov, predovšetkým formy abstinencie liečby, tvoria menej ako 10 % celkovej liečby poskytovanej užívateľom opioidov v Nemecku, Grécku, Taliansku a Spojenom kráľovstve (Anglicku). V Írsku, na Cypre a v Holandsku tvorí iná liečba ako substitučná liečba závislosti od opioidov 15 – 25 % celkovej liečby problémových užívateľov opioidov, zatiaľ čo v Maďarsku je to 43 %. Podobne Grécko aj Maďarsko uvádzajú nízke odhady pokrytia substitučnou liečbou závislosti od opioidov (okolo 30 %), pričom podiel problémových užívateľov opioidov, ktorí podľa odhadov nie sú v kontakte so žiadnou službou poskytujúcou liečbu, sa značne líši: 60 % v Grécku v porovnaní s 25 % v Maďarsku. To potvrdzuje, že treba zväžiť úroveň dostupnosti substitučnej liečby, ako aj dostupnosť iných liečebných prístupov.

Zásadnou prekážkou nastúpenia na liečbu môžu byť dlhé čakacie lehoty na substitučnú liečbu. Podľa prieskumov z roku 2011 sú hlavnými príčinami dlhých čakacích lehôt obmedzená dostupnosť liečby a nedostatok zdrojov, ako

Obrázok 15: Liečebné pokrytie problémových užívateľov opioidov vo vybraných európskych krajinách: podiel (%) odhadovanej populácie problémových užívateľov opioidov, ktorí sa liečia alebo ktorí sa neliečia



Poznámka: Zaradené sú krajiny, pre ktoré existujú spoľahlivé odhady populácie problémových užívateľov opioidov, počtu osôb, ktoré dostávajú substitučnú liečbu, a celkového počtu problémových užívateľov opioidov, ktorí sa liečia. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku HSR-1 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

aj meškание z procedurálnych dôvodov. Podľa odhadov odborníkov z 12 z 29 krajín, ktoré poslali správy, bola priemerná čakacia lehota kratšia ako dva týždne, v ďalších šiestich krajinách dva týždne až jeden mesiac. V piatich krajinách (Litva, Maďarsko, Rumunsko, Fínsko a Nórsko) sa čakacia lehota pohybovala v rozpätí jeden až šesť mesiacov, zatiaľ čo v Grécku prekročila šesť mesiacov. Priemerné čakacie lehoty v jednotlivých štátoch však môžu zastierať výrazné regionálne rozdiely. Napríklad v Aténach a Solúne dosiahli odhadované čakacie lehoty približne tri roky z dôvodu obmedzenej kapacity, iné grécke mestá v roku 2010 uviedli kratšie čakacie lehoty. Odborníci zo štyroch krajín neboli schopní čakacie lehoty odhadnúť.

V Európe sa v rámci substitučnej liečby opioidov najčastejšie predpisuje metadón, a to až trom štvrtinám klientov. Substitučná liečba na základe buprenorfinu sa predpisuje až štvrtine klientov v Európe a je hlavnou formou substitučnej liečby v Českej republike, Grécku, Francúzsku, na Cypre, vo Fínsku a Švédsku (¹⁰³). Kombinácia

⁽¹⁰²⁾ Pozri obrázok HSR-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹⁰³⁾ Pozri tabuľku HSR-3 v štatistickej ročenke 2012.

buprenorfinu a naloxónu je k dispozícii v 15 krajinách. Liečba perorálne podávaným morfinom s pomalým uvoľňovaním (Bulharsko, Rakúsko, Slovinsko), kodeínom (Nemecko, Cyprus) a diacetylmorfinom (Belgicko, Dánsko, Nemecko, Španielsko, Holandsko, Spojené kráľovstvo) predstavuje len malú časť všetkých prípadov liečby.

Detoxifikácia opioidov, účinnosť a výsledky

Zvyšuje sa počet dôkazov o tom, že opioidová detoxifikácia dosahuje lepšie výsledky, ak ju dopĺňa psychoterapia a následná farmakologická prevencia relapsu. Z nedávneho prehľadu štúdií vyplynulo, že táto liečebná kombinácia môže pacientom pomôcť, aby dokončili liečbu, obmedzili užívanie opioidov a následne udržali abstinenciu (Amato a kol., 2011). Navyše sa u pacientov s psychologicko-sociálnou podporou znížil počet klinických

absencií v priebehu liečby. Day a Strang (2011) zistili, že nemocničné prostredie pomáhalo klientom dokončiť detoxifikáciu účinnejšie ako ambulantné prostredie (51 % oproti 36 % v skupine ambulantne liečených pacientov).

Preveniu relapsu po heroínovej detoxifikácii možno podporiť antagonistom opioidov – naltrexónom. Miera zlepšenia dodržiavania liečebného postupu a udržania u celkovej sledovanej populácie však zostáva nízka aj pri liečbe s naltrexónom. Zistilo sa, že naltrexón bol účinný u osôb, ktoré boli nútené dokončiť liečbu, aby sa vyhlí rozsiahlym následkom, napríklad u profesionálnych zdravotníkov a osôb pod právnym dohľadom (Minozzi a kol., 2011). Hoci sa všeobecne zdá, že detoxifikácia závislosti od opioidov je menej účinná ako substitučná liečba, Svetová zdravotnícka organizácia (2009) odporúča ponúkať detoxifikáciu ako možnosť pre motivovaných klientov, ktorí sa chcú liečiť.

Kvalita života užívateľov drog, ktorí absolvujú substitučnú liečbu

Užívatelia drog závislí od opioidov sa ako skupina vyznačujú nižšou kvalitou života v porovnaní s celou populáciou a osobami s inými medicínskymi ochoreniami. Na tento problém sa zamerali nedávne štúdie v Nemecku, Lotyšsku a Spojenom kráľovstve a ich výsledky potvrdili hodnotu substitučnej liečby. Skutočností zlej kvality života sú tiež prediktormi relapsu, najmä u starších užívateľov drog (EMCDDA, 2010d). Nedávny systematický prehľad (De Maeyer a kol., 2010) ukázal, že účasť na liečbe zlepšuje kvalitu života jednotlivých osôb od

prvých mesiacov liečby. Zdá sa, že kvalitu života rovnako účinne zlepšujú všetky možnosti substitučnej liečby, aj keď u osôb užívajúcich metadón sa zvyčajne zlepšenie prejaví skôr (asi o jeden mesiac) ako u osôb, ktoré dostávajú buprenorfin. Subjektívne správy však hodnotia buprenorfin vyššie ako metadón, možno preto, že droga sa nemusí užívať denne. Zlepšenie kvality života predstavuje hlavný cieľ protidrogovej liečby, preto podrobnejší výskum relatívnej účinnosti dostupných substitučných možností môže byť veľmi prínosný.

Kapitola 7

Infekčné choroby súvisiace s drogami a úmrtia súvisiace s drogami

Úvod

Užívanie drog priamo aj nepriamo súvisí s rôznymi negatívnymi zdravotnými a sociálnymi následkami. Problémy sa nerovnomerne vyskytujú medzi dlhodobými užívateľmi opioidov, niektorých foriem stimulantov a medzi injekčnými užívateľmi drog. Užívanie opioidových drog súvisí predovšetkým s úmrtiami spôsobenými predávkovaním. Na rozsah tohto problému poukazuje skutočnosť, že za ostatných desať rokov došlo v Európe približne každú hodinu k úmrtiu spôsobenému predávkovaním. Treba však upozorniť aj na to, že u chronických užívateľov drog hrozí oveľa väčšie riziko úmrtia aj z ďalších príčin vrátane organických chorôb, samovrážd, nehôd a úrazov. Bez ohľadu na užívanú látku predstavuje injekčné užívanie drog dôležitú formu prenosu injekčných ochorení vrátane HIV a hepatitídy typu C. Epidémie HIV, ktoré nedávno vypukli v niektorých európskych krajinách, len zdôrazňujú význam ďalších opatrení verejného zdravotníctva v tejto oblasti.

Infekčné choroby súvisiace s drogami

Centrum EMCDDA systematicky monitoruje výskyt HIV a vírusu hepatitídy typu B a C medzi injekčnými užívateľmi drog (¹⁰⁴). Morbidita a mortalita spôsobené uvedenými infekčnými ochoreniami patria k najvážnejším zdravotným následkom užívania drog. Užívateľov drog môžu vo zvýšenej miere postihovať ďalšie infekčné choroby vrátane hepatitídy typu A a D, pohlavne prenosných chorôb, tuberkulózy, tetanu, botulizmu, antraxu a ľudského T-lymfotropného vírusu.

HIV a AIDS

Do konca roku 2010 sa miera diagnostikovanej infekcie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog vo väčšine krajín Európskej únie držala na nízkej úrovni a celková situácia v EÚ sa javila v celosvetovom aj širšom európskom kontexte pomerne kladne (obrázok 16).

Priemerná miera nových diagnostikovaných prípadov v 26 členských štátoch EÚ, ktoré boli schopné poskytnúť údaje za rok 2010, dosiahla nové minimum 2,54 prípadu na milión obyvateľov, resp. 1 192 nových oznámených prípadov (¹⁰⁵). Tieto údaje možno porovnať s mierou 19,7 nového diagnostikovaného prípadu na milión obyvateľov v Spojených štátoch (CDC, 2009), 104,3 prípadu na milión obyvateľov v Rusku (v oboch krajinách za rok 2009) a 151,5 prípadu na milión obyvateľov na Ukrajine (v roku 2010) (ECDC a WHO, 2011). Dostupné údaje o prevalencii HIV vo vzorkách injekčných užívateľov v Európskej únii opäť svedčia o kladných výsledkoch v porovnaní s prevalenciou v susedných východných krajinách (¹⁰⁶), aj keď porovnania medzi krajinami treba posudzovať opatrne z dôvodu rozdielov v metódach a pokrytí.

Zníženie miery výskytu nových prípadov môže aspoň čiastočne vyplývať z lepšej dostupnosti prevencie, liečby a opatrení na znižovanie škôd vrátane substitučnej liečby a programov poskytovania injekčných ihli a striekačiek. Dôležitú úlohu môžu zohrávať aj ďalšie skutočnosti, napr. pokles injekčného užívania drog, ktorý uviedlo niekoľko krajín (EMCDDA, 2010e).

Napriek celkovému kladnému vývoju nové údaje naznačujú, že prenos vírusu HIV súvisiaci s injekčným užívaním drog pokračoval aj v roku 2010, pričom konkrétne dve krajiny (Grécko a Rumunsko) oznámili vypuknutie novej epidémie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog v roku 2011 (¹⁰⁷). V oboch uvedených krajinách predchádzalo epidémii zvýšenie prevalencie hepatitídy typu C medzi injekčnými užívateľmi drog, čo by mohlo znamenať, že zvýšenie prevalencie vírusu HCV by mohlo slúžiť ako včasný ukazovateľ zvýšenia rizika injekčného užívania drog v populácii injekčných užívateľov, zrejme ešte pred rozšírením infekcie HIV (Vickerman a kol., 2010).

Trendy v infekcii HIV

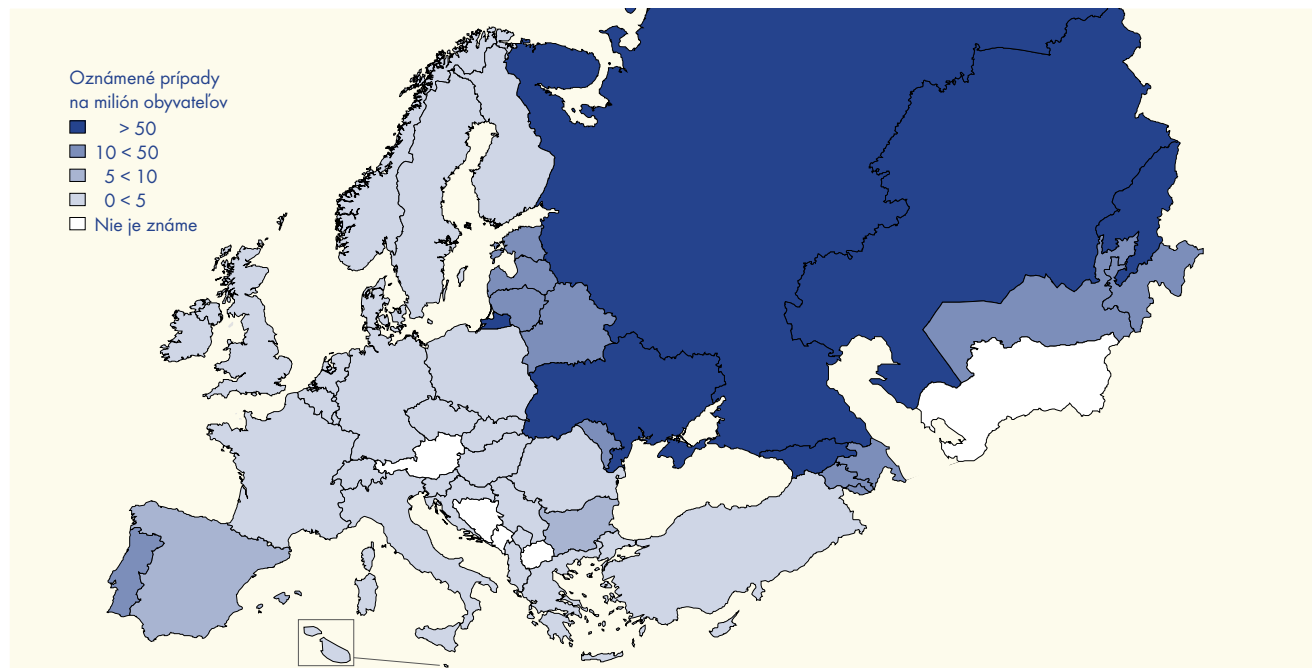
Z údajov o nových diagnostikovaných prípadoch súvisiacich s injekčným užívaním drog za rok 2010 vyplýva,

(¹⁰⁴) Podrobné informácie o metódach a vymedzeniach sa nachádzajú v štatistickej ročenke 2012.

(¹⁰⁵) K dispozícii nie sú údaje z Rakúska a Turecka. V roku 2010 bola v členských štátoch EÚ a Chorvátsku, Turecku a Nórsku miera 2,52 prípadu na milión obyvateľov, resp. 1 204 nových hlásených prípadov.

(¹⁰⁶) Pozri tabuľky INF-1 a INF-108 a obrázok INF-3 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

(¹⁰⁷) Pozri rámček Epidémie HIV v Grécku a Rumunsku.

Obrázok 16: Nové infekcie HIV diagnostikované u injekčných užívateľov v roku 2010 v Európe a strednej Ázii

Poznámka: Farba označuje mieru výskytu oznámených nových diagnostikovaných prípadov HIV na milión obyvateľov v roku 2010, ktoré sa pripisujú rizikovej skupine injekčných užívateľov drog. Údaje za Ruskú federáciu, Turecko a Albánsko sú za rok 2009.

Zdroj: ECDC a WHO, 2011

že celková miera infekcie v Európskej únii po dosiahnutí vrcholu v rokoch 2001 – 2002 trvale klesá. Z piatich krajín, ktoré v rokoch 2005 – 2010 uviedli najvyššiu mieru nových diagnostikovaných prípadov infekcie medzi injekčnými užívateľmi drog, pokračuje zostupný trend v Španielsku a Portugalsku, z ostatných uviedlo mierne zvýšenie len Lotyšsko (obrázok 17) ⁽¹⁰⁸⁾.

Ide o kladné údaje, treba ich však vnímať s vedomím, že v niektorých krajinách naďalej trvá možnosť vypuknutia nových epidémií HIV medzi injekčnými užívateľmi drog. V dvojročnej perspektíve (v rokoch 2008 – 2010) zaznamenali zvýšenie počtu prípadov Estónsko – z 26,8 prípadu na milión obyvateľov na 46,3 prípadu na milión obyvateľov – a Litva – z 12,5 prípadu na milión obyvateľov na 31,8 prípadu na milión obyvateľov. Bulharsko, ktoré je historicky krajinou s veľmi nízkou mierou infekcie, zaznamenalo vrchol 9,7 prípadu na milión obyvateľov v roku 2009, pred návratom k úrovni 7,4 prípadu na milión obyvateľov v roku 2010.

Údaje o prevalencii zo vzoriek injekčných užívateľov drog sú dostupné z 25 európskych krajín za obdobie 2005 – 2010 ⁽¹⁰⁹⁾ a hoci z dôvodu rozdielov pri získavaní vzoriek treba uvedené informácie interpretovať opatrne, predstavujú dodatočný zdroj údajov. V 17 krajinách sa

odhady prevalencie HIV nezmenili. V siedmich krajinách (Nemecku, Španielsku, Taliansku, Lotyšsku, Poľsku, Portugalsku a Nórsku) vykazovali údaje o prevalencii HIV pokles. Iba jedna krajina (Bulharsko) uviedla zvýšenie prevalencie HIV: v hlavnom meste Sofii, čo je v súlade so zvýšením počtu prípadov novodiagnostikovanej infekcie. Údaje o prevalencii HIV ani údaje o hlásení prípadov HIV za rok 2011 nezaznamenali zvýšenie prenosu infekcie HIV v Grécku a Rumunsku v roku 2011. Ďalšie možné náznaky pokračujúceho prenosu infekcie HIV sa prejavili v malých vzorkách mladých injekčných užívateľov drog (mladších ako 25 rokov) v šiestich krajinách; pričom úroveň prevalencie prekročila 5 % v Estónsku, Francúzsku, Lotyšsku, Litve a Poľsku a zvýšila sa v Bulharsku (obdobie 2005 – 2010).

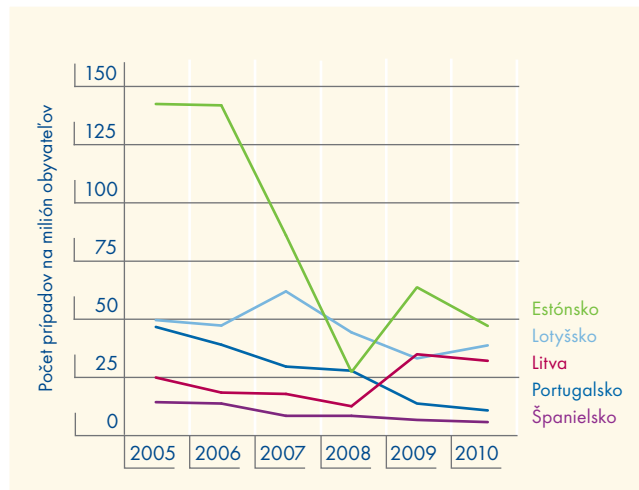
Výskyt AIDS a dostupnosť HAART

Informácie o výskyte AIDS, aj keď sú nevýrazným ukazovateľom prenosu HIV, môžu byť dôležité pri preukázaní nového výskytu symptomatického ochorenia. Vysoká miera výskytu AIDS v niektorých európskych krajinách môže naznačovať, že mnohí injekční užívatelia drog nakazení HIV nedostávajú vysoko aktívnu antiretrovirálnu liečbu v takej fáze infekcie, v ktorej by mala maximálny účinok. Celosvetové prehľady potvrdzujú,

⁽¹⁰⁸⁾ Údaje za Španielsko nemajú celoštátne pokrytie. Nedávne zvýšenie v Estónsku môže byť spôsobené zmenami v systéme dohľadu od roku 2009; nie je však jasné, do akej miery.

⁽¹⁰⁹⁾ Údaje o trendoch nie sú k dispozícii z Estónska, Írska, Francúzska, Holandska a Turecka. Pozri tabuľku INF-108 v štatistickej ročenke 2012.

Obrázok 17: Trendy nových oznámených infekcií HIV u injekčných užívateľov drog v piatich členských štátoch EÚ uvádzajúcich najvyššie miery



Poznámka: Údaje uvedené do konca októbra 2011, pozri obrázok INF-2 v štatistickej ročenke 2012.
Zdroj: ECDC a WHO, 2011

že v niektorých európskych krajinách sa tak stále deje (Mathers a kol., 2010).

Najvyššiu mieru výskytu AIDS súvisiaceho s injekčným užívaním drog naďalej uvádza Lotyšsko, ktoré v roku 2010 odhadovalo výskyt 27,1 nového prípadu na milión obyvateľov (v porovnaní s úrovňou 20,8 prípadu na milión obyvateľov o rok skôr). Pomerne vysokú mieru výskytu AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog uvádza aj Estónsko (9,7 nového prípadu na milión obyvateľov), Portugalsko (8,3), Litva (6,0) a Španielsko (5,7), aj keď vo všetkých uvedených krajinách sa v rokoch 2005 – 2010 prejavoval klesajúci trend ⁽¹¹⁰⁾.

Hepatitída typu B a C

Medzi injekčnými užívateľmi drog v celej Európe prevláda vírusová hepatitída, najmä infekcia spôsobená vírusom hepatitídy typu C (HCV) (obrázok 18). Úroveň protilátok HCV vo vzorkách injekčných užívateľov drog v rokoch 2009 – 2010 sa v jednotlivých štátoch líšila v rozpätí 14 – 70 %, pričom sedem z 11 krajín s národnými údajmi (Grécko, Taliansko, Cyprus, Rakúsko, Portugalsko, Fínsko a Nórsko) uvádza prevalenciu nad 40 % ⁽¹¹¹⁾, čo môže signalizovať dostatočnú úroveň vzniku rizika prenosu vírusu HIV pri injekčnom užívaní drog (Vickerman a kol., 2010). Úroveň prevalencie protilátok HCV nad 40 % uvádzajú aj najnovšie dostupné národné údaje pre Dánsko, Luxembursko a Chorvátsko a deväť ďalších krajín, ktoré poskytujú údaje na nižšej ako celoštátnej úrovni

Epidémie HIV v Grécku a Rumunsku

V roku 2011 zistili systémy včasného varovania epidémie prenosu HIV v Grécku a Rumunsku, ktoré vyvolali rýchlu odozvu v oboch krajinách. Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a centrum EMCDDA zareagovali na výzvu Európskej komisie a pripravili rýchle hodnotenie rizika vypuknutia ďalších epidémií HIV v Európe (EMCDDA a ECDC, 2012).

Počet nových diagnostikovaných injekčných užívateľov drog nakazených vírusom HIV sa v Grécku zvýšil z 9 – 19 v roku 2010 na 241 prípadov v roku 2011 a v Rumunsku z 1 – 6 prípadov do roku 2010 na 114 prípadov v roku 2011. Aj keď k takémuto zvýšeniu došlo v kontexte nízkej úrovne (alebo obmedzovania) poskytovania prevenčných služieb v Grécku a Rumunsku, svoju úlohu mohli zohrať aj iné činitele, napríklad zvýšené užívanie stimulačných drog.

Grécko zareagovalo na epidémiu výrazným zvýšením pokrytia programami poskytovania injekčných ihliel a striekačiek a kapacity protidrogovej liečby – do decembra roku 2011 otvorilo 22 nových zariadení na poskytovanie substitučnej liečby závislosti od opioidov.

Z rýchlej správy o hodnotení rizika vyplýva, že existuje možnosť vypuknutia podobných epidémií v iných krajinách EÚ, a to vzhľadom na uvádzané infekcie hepatitídy typu C (ukazovateľ injekčného rizika) a nízke pokrytie službami prevencie HIV.

(2005 – 2010). Česká republika, Maďarsko, Slovinsko (všetky celoštátne údaje, 2009 – 2010) a Turecko (údaje na nižšej ako celoštátnej úrovni, 2008) uvádzajú prevalenciu HCV nižšiu ako 25 % (5 – 24 %), hoci miera infekcie na tejto úrovni stále predstavuje závažný problém pre verejné zdravotníctvo.

V rokoch 2005 – 2010 uviedlo pokles prevalencie HCV u injekčných užívateľov drog na celoštátnej alebo nižšej ako celoštátnej úrovni šesť krajín, naopak päť ďalších zaznamenalo zvýšenie (Rakúsko, Bulharsko, Cyprus, Grécko a Rumunsko). Taliansko uviedlo v rokoch 2005 – 2009 (aktuálnejšie údaje nie sú dostupné) pokles na celoštátnej úrovni, pričom k zvýšeniu došlo v troch z 21 regiónov (Abruzzo, Umbria a Valle D'Aosta).

Štúdie o mladých injekčných užívateľoch drog (mladších ako 25 rokov) ukazujú pokles prevalencie HCV na nižšej ako celoštátnej úrovni na Slovensku, čo by mohlo signalizovať pokles miery prenosu. Zvýšenie prevalencie HCV medzi mladými injekčnými užívateľmi drog zaznamenali Bulharsko, Grécko, Cyprus a Rakúsko, aj keď vzorky v Grécku, na Cypre a v Rakúsku neboli veľké. Zvýšenie prevalencie HCV medzi novými injekčnými

⁽¹¹⁰⁾ Pozri tabuľku INF-104 (časť iii) a obrázok INF-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹¹¹⁾ Pozri tabuľky INF-2 a INF-111 a obrázok INF-6 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

užívateľmi drog (injekčné užívanie kratšie ako dva roky) uviedlo Grécko (v celoštátnom meradle a v jednom regióne) ⁽¹¹²⁾. Uvedené štúdie je síce ťažko možné interpretovať (z dôvodov metodiky), dokazujú však, že veľa injekčných užívateľov drog sa nakazí vírusom v začiatkoch injekčného užívania a že časový úsek na začatie preventívnych opatrení proti HCV je často veľmi krátky.

Interpretácia trendov v oznámených prípadoch hepatitídy typu B a C je zložitá z dôvodu nízkej kvality údajov. Určitý prehľad o epidemiológii uvedených infekcií však poskytne podiel injekčných užívateľov drog zo všetkých oznámených prípadov, ak sú známe rizikové faktory (Wiessing a kol., 2008). V 16 krajinách, pre ktoré sú k dispozícii údaje za obdobie 2009 – 2010, súvisí injekčné užívanie drog priemerne so 48 % všetkých prípadov HCV a 32 % oznámených akútnych prípadov HCV, v ktorých je známa riziková kategória. V prípade hepatitídy typu B tvoria injekční užívatelia drog 6 % všetkých oznámených prípadov a 12 % akútnych prípadov. Tieto údaje potvrdzujú, že injekční užívatelia drog stále predstavujú významnú rizikovú skupinu z hľadiska infekcie vírusovej hepatitídy v Európe ⁽¹¹³⁾.

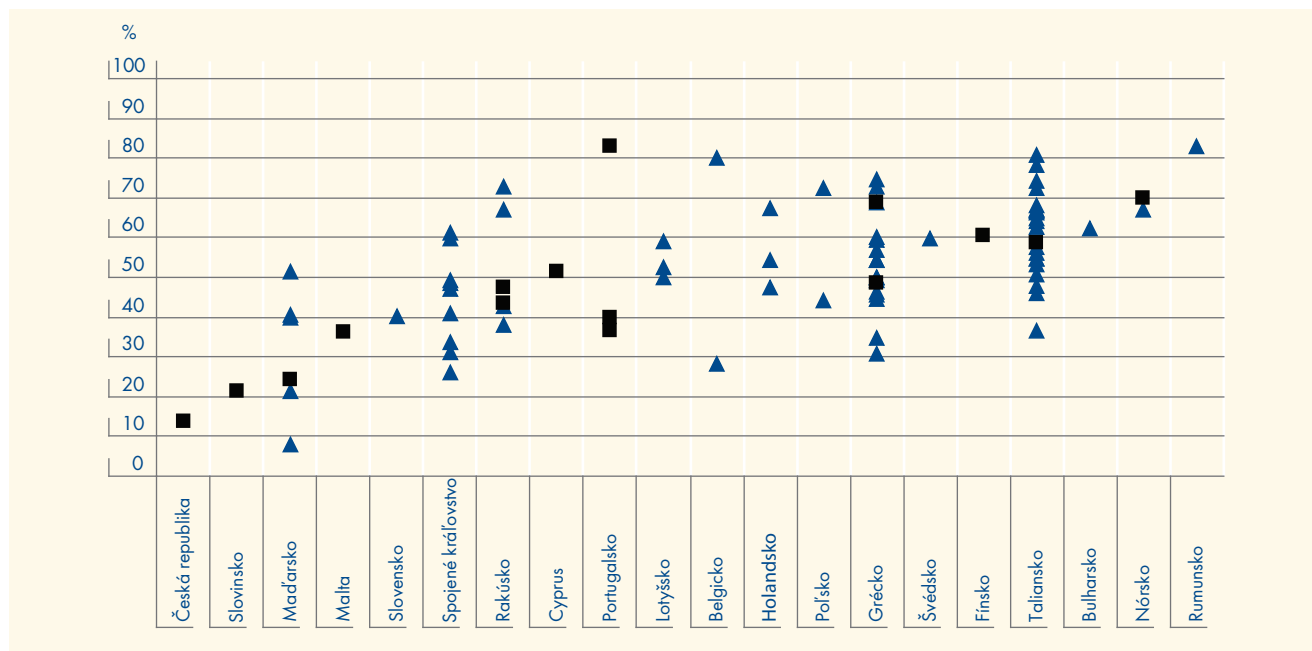
Iné infekcie

Injekční užívatelia drog sú okrem vírusových infekcií citliví na bakteriálne ochorenia. Epidémia antraxu medzi

injekčnými užívateľmi drog v Európe (pozri EMCDDA, 2010a) poukázala na pretrvávajúci problém závažného ochorenia spôsobeného baktériami vytvárajúcimi spóry v uvedenej skupine užívateľov drog. V európskej štúdii týkajúcej sa štyroch bakteriálnych infekcií (botulizmus, tetanus, *Clostridium novyi* a antrax) sa zistili veľké rozdiely v miere bakteriálnej infekcie u injekčných užívateľov drog z jednotlivých krajín v rokoch 2000 – 2009, pričom sa nepodarilo vysvetliť koncentráciu uvedených prípadov v severozápadnej Európe: Írsku, Spojenom kráľovstve a Nórsku (Hope a kol., 2012).

Tuberkulóza – bakteriálne ochorenie zvyčajne napadajúce pľúca – sa v Európe sústreďuje prevažne vo vysoko rizikových skupinách, ako sú napríklad prisťahovalci, bezdomovci, užívatelia drog a väzni. U HIV pozitívnych osôb sa riziko tohto ochorenia zvyšuje 20 až 30-krát (WHO, 2010). Údaje o prevalencii aktívnej tuberkulózy medzi užívateľmi drog, ktorí sa liečia, sú dostupné z 5 krajín a líšia sa v rozpätí nula (Rakúsko, Slovensko) až 3,1 % (Litva), pričom strednú úroveň dosahujú Grécko (0 – 0,5 %) a Portugalsko (0,1 – 1 %). Okrem toho „veľmi zriedkavý výskyt“ takýchto prípadov uviedlo Nórsko. Štyri krajiny uvádzajú informácie o podiele „užívateľov drog“ medzi novými prípadmi tuberkulózy so známym rizikovým faktorom v roku 2010: 0,9 % v Maďarsku, 1,2 % v Belgicku

Obrázok 18: Prevalencia protilátok na HCV medzi injekčnými užívateľmi drog



Poznámka: Údaje sú za roky 2009 a 2010. Čierne štvorce sú vzorky s celoštátnym pokrytím; modré trojuholníky sú vzorky s pokrytím na nižšej ako celoštátnej úrovni (miestnym alebo regionálnym). Rozdiely medzi krajinami je potrebné interpretovať opatrne v dôsledku rozdielného druhu prostredia a študijných metód; stratégie výberu vzoriek jednotlivých štátov sa líšia. Krajiny sú uvedené v poradí podľa stúpajúcej prevalencie na základe priemeru údajov jednotlivých štátov alebo (ak nie sú dostupné) na základe údajov na nižšej ako celoštátnej úrovni. Ďalšie informácie sa nachádzajú na obrázku INF-6 v štatistickej ročenke 2012.

Zdroje: Národné kontaktné miesta siete Reitox

⁽¹¹²⁾ Pozri tabuľky INF-112 a INF-113 a obrázok INF-6 (časť ii) a (časť iii) v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹¹³⁾ Pozri tabuľky INF-105 a INF-106 v štatistickej ročenke 2012.

(injekční užívatelia drog), 3,3 % v Spojenom kráľovstve (Anglicko a Wales, problémoví užívatelia drog) a 5,9 % v Lotyšsku.

Prevenia infekčných chorôb a reakcie na ne

Prevenia infekčných chorôb medzi užívateľmi drog je dôležitým cieľom verejného zdravotníctva Európskej únie a súčasťou protidrogových politík väčšiny členských štátov. Krajiny sa snažia zabrániť šíreniu infekčných chorôb medzi užívateľmi drog a regulovať ho kombináciou prístupov, medzi ktoré patrí: poskytovanie sterilných injekčných pomôcok; očkovanie, testy a liečba infekčných ochorení a protidrogová liečba, predovšetkým substitučná liečba závislosti od opioidov. Okrem toho terénne alebo nízkoprahové agentúry poskytujú informácie, vzdelávanie a zabezpečujú behaviorálne intervencie. Tieto opatrenia podporujú agentúry EÚ ako základné postupy v rámci prevencie a liečby HIV a hepatitídy, liečby a starostlivosti o injekčných užívateľov drog (ECDC a EMCDDA, 2011).

Intervencie

Účinnosť substitučnej liečby závislosti od opioidov pri obmedzení prenosu HIV a rizikového injekčného správania uvádzaného samotnými užívateľmi potvrdili viaceré štúdie a prehľady. Pribúdajú dôkazy o tom, že využitie kombinácie substitučnej liečby závislosti od opioidov a programov poskytovania injekčných ihliel a striekačiek je pri znižovaní výskytu HIV alebo HCV a rizikového injekčného správania účinnejšie, ako využitie len jedného z uvedených prístupov (ECDC a EMCDDA, 2011).

Dostupnosť programov poskytovania injekčných ihliel a striekačiek a ich pokrytie sa v Európe zvyšuje: z 30 krajín, ktoré sa zúčastnili prieskumu v roku 2011, 26 označilo programy poskytovania ihliel a striekačiek za prioritu (v porovnaní s 23 krajinami v roku 2008). Vo Švédsku, kde programy na výmenu striekačiek fungujú od roku 1986 (ale len v okrese Skåne), sa mal začať nový program v roku 2011 v Štokholme. Hoci sa odborníci domnievajú, že súčasná úroveň poskytovania striekačiek vo všeobecnosti uspokojuje potreby väčšiny užívateľov drog v dvoch tretinách európskych krajín, v piatich krajinách však miestni odborníci upozornili, že sterilné striekačky a ďalšie čisté pomôcky na injekčné užívanie drog sú dostupné len pre menšinu injekčných užívateľov drog. V období 2008 – 2011 sa počet krajín, ktoré uviedli úplné alebo rozsiahle pokrytie programami na poskytovanie ihliel a striekačiek, zvýšil o tretinu – z 15 na 20.

Informácie o počte striekačiek rozdávaných v rámci špecializovaných programov v roku 2005 a 2010 sú k dispozícii pre 22 krajín EÚ a Nórsko (¹¹⁴). Táto podskupina krajín uviedla výrazné zvýšenie počtu rozdávaných striekačiek: z 34,5 milióna v roku 2005 na viac ako 51 miliónov v roku 2010 (37 %). Uvedené celkové zvýšenie môže zakrývať odlišné trendy v jednotlivých regiónoch. V 10 krajinách, v ktorých sú dostupné spoľahlivé odhady injekčného užívania drog, sa uvádza počet rozdávaných striekačiek v rámci špecializovaných programov v roku 2010 rovný 110 striekačkám na jedného injekčného užívateľa drog (¹¹⁵).

V Európe dostáva antivirálnu liečbu hepatitídy typu C len niekoľko aktívnych injekčných užívateľov drog. Pokroky v liečbe uvedeného ochorenia (¹¹⁶) a rastúci počet dôkazov jej účinnosti medzi injekčnými užívateľmi drog vrátane modelových štúdií, ktoré naznačujú možnosť obmedzenia prenosu vírusu (Martin a kol., 2011), ukazujú potenciál rozšírenia stratégie liečby hepatitídy typu C medzi injekčnými užívateľmi drog.

Národní odborníci z 19 krajín určili ako prvoradé opatrenia v rámci reakcie na hepatitídu typu C u injekčných užívateľov drog dobrovoľné poradenstvo kombinované s dôverným testovaním. Od roku 2008 sa o 50 % zvýšil počet krajín, v ktorých odborníci uviedli dostatočné pokrytie testami HCV, a nepatrne sa zvýšil počet krajín, ktoré uvádzajú, že minimálne polovica cieľovej populácie by mala k dispozícii poradenstvo týkajúce sa rizika infekčného ochorenia. 83 % injekčných užívateľov drog, ktorí sa v roku 2010 v Anglicku zúčastnili prieskumu Unlinked Anonymous Monitoring (Neprepojený anonymný prieskum), uviedlo, že absolvovali dobrovoľný anonymný test HCV, v porovnaní so 49 % v roku 2000. Navyše v roku 2010 vedelo 55 % osôb nakazených HCV o svojom stave, v porovnaní so 40 % v roku 2000 (HPA, 2011). V Budapešti sa v roku 2010 začal jedinečný program znižovania škôd, v ktorom externé pracovníčky umožňovali testovanie HIV a hepatitídy typu B a C zamerané na ženy, ktoré injekčne užívajú drogy alebo sú spojené s injekčnými užívateľmi drog.

Na rozdiel od HCV existuje bezpečná a účinná vakcína, ktorá bráni šíreniu vírusu hepatitídy typu B (HBV). V súčasnosti zaradilo očkovanie proti hepatitíde typu B do celoštátnych programov očkovania 25 európskych štátov a 16 uvádza existenciu osobitných programov očkovania proti HBV pre injekčných užívateľov drog (¹¹⁷).

(¹¹⁴) Pozri tabuľku HSR-5 (časť i) a (časť ii) v štatistickej ročenke 2012.

(¹¹⁵) Pozri obrázok HSR-3 v štatistickej ročenke 2012.

(¹¹⁶) Pozri rámček Liečba hepatitídy typu C u injekčných užívateľov drog: nové lieky.

(¹¹⁷) Pozri tabuľku HSR-6 v štatistickej ročenke 2012.

Liečba hepatitídy typu C u injekčných užívateľov drog: nové lieky

Pacientov infikovaných vírusom chronickej hepatitídy typu C (HCV) vrátane injekčných užívateľov drog možno liečiť farmakologickou liečbou.

Od roku 2001 sa na liečbu chronickej hepatitídy typu C bežne využívajú pegylované interferóny (peg-IFN) alfa-2a a alfa-2b. V Európe sú tieto dve formy peg-IFN povolené na použitie v rôznych dávkach perorálne podávaného ribavirínu (podľa genotypu HCV) s mierne odlišnými odporúčaniami týkajúcimi sa dávkovania. Za najlepšiu dostupnú liečbu sa považuje Peg-IFN alfa plus ribavirín. Preukázal účinnosť minimálne u 50 % liečených osôb (Rosen, 2011) a dosiahol porovnateľnú mieru reakcie u injekčných užívateľov drog nakazených HCV (Hellard a kol., 2009). Úspešne vyliečení pacienti si niekoľko mesiacov po liečbe udržiavajú nízku vírusovú záťaž a pod podmienkou udržania zdravého životného štýlu môžu dosiahnuť primeranú kvalitu života. Kombinovaná liečba však môže byť toxická, výskumníci preto skúmajú nové liečebné stratégie s cieľom nielen odstrániť vedľajšie účinky, ale aj rozšíriť súčasnú liečbu HCV. Intervencie v rámci štúdií zahŕňajú inhibitory proteázy telaprevir a boceprevir, povolené v Spojených štátoch amerických v roku 2011 na základe kladných výsledkov klinických skúšok (Rosen, 2011).

Mortalita a úmrtia súvisiace s drogami

Užívanie drog je jednou z hlavných príčin zdravotných problémov a úmrtnosti medzi mladými ľuďmi v Európe. Mortalita súvisiaca s užívaním drog zahŕňa úmrtia priamo alebo nepriamo zapríčinené užívaním drog. Ide o úmrtia z predávkovania (úmrtia spôsobené drogami), HIV/AIDS, nehody, násilie, samovraždy a chronické zdravotné problémy vyvolané opakovaným užívaním drog (¹¹⁸). Úmrtia súvisiace s drogami sa týkajú najmä problémových užívateľov drog, aj keď niektoré (napr. dopravné nehody) sa vyskytujú aj medzi príležitostnými užívateľmi.

Odhady celkovej mortality súvisiacej s drogami možno odvodiť rôznymi spôsobmi, napríklad kombináciou informácií z kohortových štúdií úmrtnosti s odhadmi prevalence užívania drog. Iný prístup spočíva v použití existujúcich všeobecných štatistík úmrtnosti a odhade podielu pripadajúceho na užívanie drog. Kohortové štúdie úmrtnosti sledujú rovnaké skupiny problémových užívateľov drog za určité časové obdobie a spojením s evidenciami úmrtnosti sa snažia určiť príčiny všetkých úmrtí, ku ktorým došlo v danej skupine. Tento druh štúdie

môže stanoviť celkovú mieru úmrtnosti a mieru úmrtnosti so špecifickými príčinami pre danú skupinu a odhadnúť nadmernú úmrtnosť v skupine v porovnaní s celkovou populáciou (¹¹⁹).

V závislosti od prostredia výberu respondentov (napr. štúdie realizované v zariadeniach protidrogovej liečby) a kritérií začlenenia (napr. injekční užívatelia drog, užívatelia heroínu) sa vo väčšine kohortových štúdií vykazuje miera úmrtnosti v rozpätí 1 – 2 % za rok medzi problémovými užívateľmi drog. Na základe analýzy údajov z viac ako 30 kohortových štúdií sledujúcich pacientov do roku 2010 sa odhaduje, že v Európe každý rok zomrie 10 000 – 20 000 užívateľov opioidov (EMCDDA, 2011c). Ročná miera mortality zvyčajne predstavuje 10 – 20 úmrtí na 1 000 osôb ročne, čo znamená 10 až 20-násobné zvýšenie úmrtnosti oproti predpokladom. Väčšina úmrtí sa týka mužov vo veku okolo 35 rokov. Je možné vymedziť štyri široké kategórie príčin úmrtia: predávkovanie, ochorenia, samovraždy a úrazy. Relatívny význam jednotlivých príčin úmrtí sa líši v rámci populácií, medzi jednotlivými krajinami a v čase. Všeobecne je hlavnou a najčastejšie písomne doloženou príčinou úmrtia problémových užívateľov drog v Európe predávkovanie.

Úmrtia spôsobené drogami

Z najnovších odhadov vyplýva, že v roku 2010 došlo v členských štátoch EÚ a Nórsku k 7 000 prípadom úmrtí spôsobených predávkovaním alebo užívaním drog, čo naznačuje pokles v porovnaní s viac ako 7 600 prípadmi uvedenými v roku 2009 (¹²⁰). Sú to opatrné odhady, keďže údaje z jednotlivých štátov môžu byť ovplyvnené neúplným hlásením alebo nedostatočným overením toho, či išlo o úmrtia spôsobené drogami. V období rokov 1996 – 2009 zaznamenali v každom členskom štáte EÚ a Nórsku každoročne 6 300 – 8 400 úmrtí spôsobených drogami. V roku 2009 – poslednom roku, pre ktorý sú k dispozícii údaje za takmer všetky krajiny – pripadala viac ako polovica všetkých oznámených úmrtí spôsobených drogami na Nemecko a Spojené kráľovstvo.

Na rok 2010 sa priemerná miera úmrtnosti v EÚ v dôsledku predávkovania odhaduje na 20 úmrtí na milión obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, pričom medzi jednotlivými krajinami existujú značné rozdiely. Miera úmrtnosti viac ako 20 úmrtí na milión obyvateľov bola zistená v 14 z 30 európskych krajín a viac ako 40 úmrtí na milión obyvateľov v siedmich krajinách.

(¹¹⁸) Pozri vybranú otázku z roku 2011 týkajúcu sa úmrtnosti súvisiacej s užívaním drog.

(¹¹⁹) Informácie o úmrtnosti z kohortových štúdií pozri na webovej lokalite EMCDDA Kľúčové ukazovatele.

(¹²⁰) Odhad v Európe sa zakladá na údajoch za rok 2010 za 20 z 27 členských štátov a údajoch za rok 2009 za 7 ďalších štátov a Nórsko. Nezahŕňajú Belgicko, keďže neboli k dispozícii žiadne údaje. Ďalšie informácie nájdete v tabuľke DRD-2 (časť I) v štatistickej ročenke 2012.

Úmrtia súvisiace s opioidmi

Heroín

Opioidy, najmä heroín alebo jeho metabolity, sa podieľajú na väčšine prípadov úmrtí spôsobených drogami, ktoré boli v Európe zaznamenané. V 23 krajinách, ktoré poskytli údaje v roku 2009 alebo 2010, zodpovedali opioidy za väčšinu všetkých prípadov, pričom 15 krajín uvádza podiel vyšší ako 80 % (z toho šesť krajín viac ako 90 %). Medzi látky, ktoré sa často vyskytujú spolu s heroínom, patrí alkohol, benzodiazepíny, iné opioidy a v niektorých krajinách kokaín. Z toho vyplýva, že významný podiel na všetkých úmrtiach zapríčinených drogami má užívanie viacerých drog.

Väčšina úmrtí na predávkovanie zaznamenaných v Európe (80 %) pripadá na mužov ⁽¹²¹⁾. Existujú rozdiely medzi jednotlivými krajinami, pričom vyšší podiel mužov zaznamenali južné krajiny (Grécko, Taliansko, Portugalsko, Rumunsko, Chorvátsko) a Estónsko, Lotyšsko a Litva, ako aj Turecko. V členských štátoch, ktoré sa pripojili k EÚ v roku 2004, sa zaznamenané úmrtia spôsobené drogami takisto častejšie týkali mužov a mladších ľudí.

Dánsko, Španielsko, Holandsko a Nórsko vykazujú vyšší podiel prípadov zahŕňajúcich staršie osoby. Vo väčšine krajín je priemerný vek osôb, ktoré zomreli v dôsledku predávania heroínom, okolo 35 rokov a v mnohých krajinách sa zvyšuje. Poukazuje to na stabilizáciu alebo pokles počtu mladých užívateľov heroínu a starnúcu skupinu problémových užívateľov opioidov. Celkovo sa 11 % úmrtí z predávania zaznamenaných v Európe vyskytuje u osôb vo veku do 25 rokov a 57 % u osôb nad 35 rokov ⁽¹²²⁾.

So smrteľným predávkovaním heroínom alebo predávkovaním bez smrteľných následkov sa spája viacero faktorov. Patrí medzi ne injekčné podanie, súčasné užitie iných látok, predovšetkým alkoholu a benzodiazepínov, komorbidita, predchádzajúce prípady predávania, neliečená drogová závislosť a bezdomovstvo. Mimoriadne riskantným obdobím pre predávkovanie je čas bezprostredne po prepustení z väzenia alebo ukončení protidrogovej liečby, ako potvrdzuje množstvo priebežných štúdií (EMCDDA, 2011c). Riziko úmrtia sa zvyšuje v prípade, ak je predávkovaná osoba osamote.

Iné opioidy

Okrem heroínu sa v toxikologických správach uvádza celý rad ďalších opioidov vrátane metadónu (EMCDDA,

2011a) a zriedkavejšie buprenorfinu ⁽¹²³⁾. Medzinárodné znepokojenie (najmä v Rakúsku, Kanade a Spojených štátoch amerických) čoraz častejšie vyvolávajú úmrtia súvisiace so zneužitím liekov proti bolesti na lekárske predpis, ako je napríklad oxykodón. Dôkazy o úmrtiach spôsobených užívaním predpísaných opioidových analgetík sú v Európe stále obmedzené, nedávno sa však vyskytli „epidémie“ predávkovania syntetickými opioidmi, napríklad nezákonne vyrobeným 3-metylfentanylom v Estónsku, ktoré poukazujú na potrebu dôsledne sledovať zmeny spôsobu užívania drog, ktoré by mohli súvisieť so zvýšeným rizikom mortality.

Úmrtia súvisiace s inými drogami

Úmrtia zapríčinené akútnou otravou kokaínom nie sú bežné a len zriedka sa kokaín určí ako jediná látka, ktorá sa podieľala na úmrtí spôsobenom drogami. Keďže predávkovanie kokaínom sa určuje a zisťuje komplikovanejšie ako pri opioidoch, mohlo by dochádzať k podhodnoteniu (pozri kapitolu 5).

V roku 2010 bolo v 16 krajinách zaznamenaných minimálne 640 úmrtí súvisiacich s kokaínom. Keďže porovnanie dostupných údajov je obmedzené, európsky trend je možné ťažko opísať. Najnovšie údaje za Španielsko a Spojené kráľovstvo, dve krajiny s najvyššou úrovňou prevalencie kokaínu, potvrdzujú pokles úmrtí súvisiacich s touto drogou zaznamenaný od roku 2008.

Úmrtia, na ktorých sa podieľajú iné stimulačné látky ako kokaín, napríklad amfetamíny a extáza (MDMA), sa oznamujú zriedkavo a v mnohých prípadoch nie je droga stanovená ako priama príčina úmrtia ⁽¹²⁴⁾. Média a toxikologické správy spájajú úmrtia spôsobené drogami s rozšírením dostupnosti psychoaktívnych látok, ktoré sa v súčasnosti nekontrolujú, monitorovanie v tejto oblasti je však zložité. Uvádzali sa úmrtia súvisiace s katinónmi vrátane mefedrónu a MDPV, ich počet však nebol veľký. Niektoré úmrtia súviseli s novými látkami, najnovším príkladom je 4-metylamfetamín, pri ktorých údaje o mortalite viedli centrum EMCDDA a Europol k vypracovaniu celoeurópskeho hodnotenia ⁽¹²⁵⁾.

Trendy v oblasti úmrtí spôsobených drogami

Počet úmrtí zapríčinených drogami sa v Európe v osemdesiatych a na začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia prudko zvýšil spolu s rastom užívania heroínu a injekčného užívania drog a potom sa ustálil

⁽¹²¹⁾ Keďže príčinou väčšiny úmrtí spôsobených drogami oznámených EMCDDA je predávkovanie opioidmi (najmä heroínom), všeobecné charakteristiky oznámených úmrtí sú v tejto správe uvedené s cieľom opísať a analyzovať úmrtia týkajúce sa užívania heroínu. Pozri obrázok DRD-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹²²⁾ Pozri obrázky DRD-2 a DRD-3 a tabuľku DRD-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹²³⁾ Pozri tabuľku DRD-108 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹²⁴⁾ Údaje o úmrtiach súvisiacich s inými drogami ako heroín pozri v tabuľke DRD-108 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹²⁵⁾ Ďalšie informácie o nových látkach a európskom systéme včasného varovania pozri kapitolu 8.

na vysokej úrovni (¹²⁶). Väčšina členských štátov EÚ zaznamenala v rokoch 2000 – 2003 pokles, po ktorom nasledovalo zvýšenie od roku 2003 do roku 2008/2009, keď sa úroveň stabilizovala. Predbežné údaje dostupné za rok 2010 ukazujú na celkové čísla pod úrovňou roku 2009, pričom trvalý pokles vykazujú Nemecko, Španielsko, Taliansko, Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo a Turecko.

Väčšina krajín, ktorá v roku 2010 dosiahla nadpriemernú mieru mortality, sa nachádza na severe Európy, zatiaľ čo mnohé krajiny s mierou mortality nižšou ako je celoeurópsky priemer, sú na juhu. Údaje uvedené na obrázku 19 sa týkajú výberu štátov, ktoré boli členmi EÚ pred rokom 2004 a Nórska. Z dôvodu rozdielov metodiky treba krajiny porovnávať opatrne.

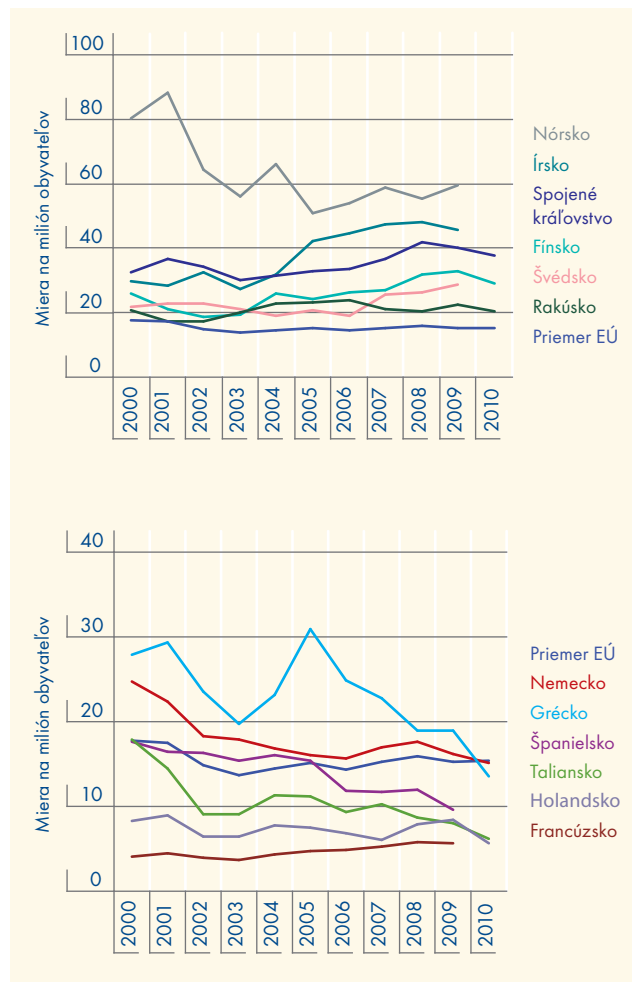
Posúdenie trendov v nových členských štátoch EÚ a kandidátskych krajinách je zložitejšie, keďže počet uvedených úmrtí je nízky a zlepšenie oznamovacej kapacity by mohlo znížiť porovnateľnosť údajov v čase. Napriek uvedeným problémom sa zreteľne prejavuje zvýšenie miery mortality súvisiacej s úmrtiami spôsobenými užívaním drog v Estónsku a v menšej miere v Českej republike, Maďarsku, Litve, Chorvátsku a Turecku.

Trvalý počet zaznamenaných úmrtí spôsobených drogami v niektorých krajinách sa ťažko vysvetľuje, najmä so zreteľom na ukazovatele týkajúce sa poklesu injekčného užívania drog a zvýšenia počtu užívateľov opioidov, ktorí sú v kontakte so službami zameranými na liečbu a znižovanie škôd. Možné vysvetlenia sú: zvýšenie miery užívania viacerých drog (EMCDDA, 2009b) alebo vysokorizikové správanie, zvýšenie počtu užívateľov, ktorí sa vrátili k opioidom po prepustení z väzenia alebo liečby, a starnutie zraniteľnejšej skupiny užívateľov drog.

Úmrtia nepriamo súvisiace s užívaním drog

Kombináciou existujúcich údajov z Eurostatu a dohľadu nad HIV/AIDS podľa odhadu EMCDDA zomrelo v roku 2009 v Európskej únii asi 1 830 osôb na infekciu HIV/AIDS, ktorú možno pripísať užívaniu drog (¹²⁷), pričom takmer 90 % týchto úmrtí uviedli Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Portugalsko. Pokiaľ ide o krajiny, v ktorých odhadovaná miera mortality z dôvodu infekcie HIV/AIDS pripísateľnej injekčnému užívaniu drog vysoko prevyšuje ostatné krajiny, k zníženiu tejto miery došlo v Španielsku, Taliansku a Portugalsku, naopak k zvýšeniu v Lotyšsku a Litve (v porovnaní s rokom 2008). Nedávno zaznamenané prípady epidémií HIV medzi užívateľmi drog v Grécku a Rumunsku (EMCDDA a ECDC, 2012) budú vyžadovať

Obrázok 19: Trendy miery mortality v rámci celkovej populácie z dôvodu úmrtí spôsobených drogami vo vybratých členských štátoch EÚ pred rokom 2004 a Nórsku – krajinách s mierou vyššou ako priemer EÚ v roku 2010 (hore) a nižšou ako priemer EÚ (dole)



Poznámka: Priemer EÚ je vypočítaný pre 27 členských štátov EÚ a Nórsku. Číselné údaje pre rok 2010 sú predbežné, keďže boli k dispozícii údaje len pre 20 krajín. Údaje sa týkajú Nórska a členských štátov pred rokom 2004, ktoré za posledný rok uviedli viac ako 100 úmrtí spôsobených drogami.

bližšie sledovanie z hľadiska starostlivosti o pacientov a úmrtí súvisiacich s HIV/AIDS.

Medzi ďalšie ochorenia, ktoré sa takisto podieľajú na úmrtiach užívateľov drog, patria chronické stavy, napr. choroby pečene, najmä v dôsledku infekcie hepatitídy typu C (HCV), ktoré často komplikuje nadmerné pitie alkoholu a súčasná infekcia HIV. Zvlášť závažné následky môže mať u užívateľov drog infekcia HCV, keďže sa potvrdilo, že zdvojnásobuje riziko úmrtia spôsobeného užívaním drog, a môže sa podieľať na zvýšení rizika úmrtia súvisiaceho s užívaním drog u starších užívateľov (Merrall a kol., 2012). Úmrtia zapríčinené inými infekčnými chorobami sú zriedkavejšie. Príčinám úmrtí medzi užívateľmi drog, napr.

⁽¹²⁶⁾ Pozri obrázky DRD-8 a DRD-11 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹²⁷⁾ Pozri tabuľku DRD-5 (časť iii) v štatistickej ročenke 2012.

samovraždám a úrazom, ako aj vraždám, sa venovala oveľa menšia pozornosť, napriek náznakom významného vplyvu na úmrtnosť.

Zatiaľ čo dlhodobý trend mortality užívateľov drog súvisiacej s HIV klesá, ďalšie príčiny mortality vykazujú v ostatných rokoch mierny vzostup, a to napriek rozšíreniu liečby, predovšetkým substitučnej liečby závislosti od opioidov, ako aj ďalších služieb. Pri vysvetlení tohto zložitého problému by mohlo pomôcť niekoľko vzájomne súvisiacich faktorov. Okrem tých, ktoré sme už uviedli, najmä v súvislosti s rizikovými faktormi týkajúcimi sa úmrtí spôsobených užívaním drog, ide o tieto okolnosti: užívanie alkoholu a iných drog, vysoká miera poškodenia zdravia, komorbidita a sociálne vylúčenie a marginalizácia. Treba vynaložiť väčšie úsilie na pochopenie priamych aj nepriamych faktorov súvisiacich s mortalitou problémových užívateľov drog a zamerať sa na ne, keďže Európa potrebuje, aby sa znížili vysoké zdravotné náklady súvisiace s užívaním drog.

Znižovanie počtu úmrtí súvisiacich s drogami

Zníženie strát na životoch z dôvodu užívania drog predstavuje hlavnú politickú prioritu väčšiny európskych krajín, pričom 16 krajín uvádza, že ide o hlavný cieľ uvedený vo vnútroštátnych a regionálnych dokumentoch týkajúcich sa protidrogovej politiky, resp. v osobitných akčných plánoch. V niektorých ďalších európskych krajinách, napríklad Rakúsku a Nórsku, prispel nedávny nárast úmrtí súvisiacich s drogami k zvýšeniu informovanosti o potrebe zlepšiť reakcie.

Zapojenie do protidrogovej liečby výrazne znižuje riziko mortality užívateľov drog. V niektorých krajinách sa pri udržiavacej liečbe závislosti od opioidov odporúča buprenorfín z dôvodu lepšieho profilu farmakologickej bezpečnosti ⁽¹²⁸⁾. Kombinácia buprenorfín–naloxón ⁽¹²⁹⁾ získala povolenie na predaj v polovici európskych krajín ⁽¹³⁰⁾. Zistilo sa takisto značné riziko týkajúce sa tolerancie drog u užívateľov drog, ktorí nastupujú na liečbu alebo liečbu ukončujú. Zo štúdií vyplýva, že riziko úmrtia spôsobeného drogami sa výrazne zvyšuje v prípade relapsu po liečbe alebo v prvých týždňoch po prepustení z väzenia.

Spolu so zlepšovaním prístupu k protidrogovej liečbe sa skúmajú ďalšie intervencie na zníženie rizika predávkovania u užívateľov drog vrátane školení a poskytovania informácií o rizikách predávkovania. Intervenciu, ktorá môže zabrániť úmrtiu z dôvodu predávkovania opioidmi, predstavuje

poučenie o predávkovaní spojené s dávkou naloxónu, ktorú si možno vziať domov. V roku 2011 uviedli dve tretiny európskych krajín preškolenie ambulantného personálu v oblasti užívania naloxónu a viac ako polovica krajín uvádza, že naloxón je jednou zo štandardných medikácií, ktoré poskytujú ambulancie. Len Taliansko, Rumunsko a Spojené kráľovstvo uvádzajú existenciu komunitných programov na znižovanie škôd, ktoré umožňujú užívateľom opioidov, rodinným príslušníkom a opatrovníkom, aby si brali domov dávky naloxónu. V iných európskych krajinách pretrvávajú právne prekážky, napríklad v Estónsku, ktoré sa vyznačuje najvyššou mierou mortality súvisiacej s užívaním drog medzi dospelými (vo veku 15 – 64 rokov) v Európskej únii. V Spojenom kráľovstve sa ukázalo, že stačí minimálne školenie na to, aby si profesionálni zdravotníci vrátane protidrogových pracovníkov rozšírili poznatky, zručnosti a dôveru pri zvládaní problémov predávkovania opioidmi a poskytovania naloxónu (Mayet a kol., 2011).

Väčšina krajín uviedla sprostredkovanie informácií o predávkovaní (často v niekoľkých jazykoch s cieľom osloviť užívateľov drog z radov prisťahovalcov) prostredníctvom špecializovaných protidrogových agentúr a webových lokalít a najnovšie aj telefonickými správami a e-mailom. V rokoch 2008 – 2011 uviedli tri ďalšie krajiny dosiahnutie úplného pokrytia informačnými materiálmi o rizikách predávkovania alebo jeho rozšírenie.

Dodatočné úsilie treba vynaložiť na uspokojenie potrieb zraniteľných skupín užívateľov drog, ako sú napríklad užívatelia infikovaní HCV a starší užívatelia drog. Posúdenie rizika predávkovania vyškolenými protidrogovými alebo zdravotníckymi pracovníkmi môže pomôcť pri včasnom určení vysoko rizikových osôb a prijatí možných opatrení na zníženie škôd. Národní odborníci uvádzajú, že vypracovanie hodnotenia rizika predávkovania postačí na uspokojenie potrieb väčšiny užívateľov opioidov v menej ako polovici európskych krajín, čo znamená výrazné zvýšenie (44 %) od roku 2008 do roku 2011.

Špecificky zamerané intervencie, napríklad zariadenia na užívanie drog pod dohľadom, oslovujú osobitné skupiny vysoko marginalizovaných užívateľov drog a prispievajú k znižovaniu morbidity a mortality. V roku 2011 zriadila súkromná organizácia v dánskej Kodani mobilný priestor, ktorý umožňuje bezpečné injekčné užitie drogy pod lekárskeho dohľadom ⁽¹³¹⁾. Podobné zariadenia na užívanie drog pod dohľadom sú v Nemecku, Španielsku, Luxembursku, Holandsku a Nórsku. V Dánsku vzniklo nové zariadenie s vybavením, ktoré pomôže znížiť škodlivý vplyv predávkovaní, ktoré nie sú smrteľné.

⁽¹²⁸⁾ Pozri usmernenia na poskytovanie liečby na portáli s osvedčenými postupmi.

⁽¹²⁹⁾ Naloxón pôsobí proti účinkom opioidov a široko sa používa v nemocniciach a pohotovostnom lekárstve.

⁽¹³⁰⁾ Pozri tabuľku HSR-1 v štatistickej ročenke 2012.

⁽¹³¹⁾ Ďalšie informácie nájdete na webovej lokalite Mobile Fixerum.

Kapitola 8

Nové drogy a vznikajúce trendy

Úvod

V európskom i celosvetovom meradle priťahujú nové drogy a nové spôsoby ich užívania zvýšenú pozornosť politikov, médií a verejnosti. Čiastočne k tomu prispieva rozvoj komunikačných technológií, ktorý ovplyvnil všetky oblasti moderného života vrátane povahy drogového trhu a dopytu spotrebiteľov. V situácii, ktorá sa rýchlo mení, nadobúda na význame poskytovanie včasných a objektívnych informácií o nových drogách a vznikajúcich trendoch. Európa reaguje na uvedené skutočnosti prostredníctvom siete včasného varovania, ktorá používa informácie z rôznych zdrojov vrátane súdnej vedy, prieskumov, monitorovania internetu a údajov z pohotovostných nemocničných oddelení.

Opatrenia v oblasti nových drog

Systém včasného varovania Európskej únie vznikol ako mechanizmus rýchlej reakcie na výskyt nových psychoaktívnych látok. Európska komisia pripravuje na základe revízie systému z roku 2011 nový nástroj, ktorý má nahradiť rozhodnutie Rady 2005/387/SVV ⁽¹³²⁾.

Nové psychoaktívne látky

V rokoch 2005 – 2011 bolo prostredníctvom európskeho systému včasného varovania oficiálne oznámených 164 nových syntetických psychoaktívnych látok. V roku 2011, v treťom roku za sebou, Európa zaznamenala rekordný počet prvého výskytu látok (49), oproti 41 látkam v roku 2010 a 24 látkam v roku 2009.

Pozoruhodné zvýšenie počtu oznámených látok, ku ktorému dochádza v kontexte nepretržitého vývoja javu tzv. legálnych opojení, odráža nielen množstvo látok, ktoré sa objavili na európskom drogovom trhu, ale aj zlepšenie oznamovacích kapacít vnútroštátnych systémov včasného varovania. Prítomnosť niektorých z týchto nových drog na trhu sa zistila prostredníctvom testovacích nákupov produktov legálnych opojení na internete a v špecializovaných predajniach. Vo väčšine prípadov sa však zistili prostredníctvom súdnej analýzy záchytov. V rokoch 2010 ani 2011 neboli zaznamenané žiadne

Diskusia o nových drogách: nové psychoaktívne látky alebo legálne opojenia?

Existuje niekoľko termínov, ktoré sa používajú pri opise nových drog. Niektoré vymedzenia bežne používaných pojmov sformulované centrom EMCDDA sú uvedené ďalej v texte.

V rámci termínov systému včasného varovania Európskej únie sa pojem nová psychoaktívna látka vymedzuje ako nová omamná alebo psychotropná droga, ktorá nie je kontrolovaná podľa Dohovoru Organizácie Spojených národov o omamných látkach z roku 1961 alebo Dohovoru Organizácie Spojených národov o psychotropných látkach z roku 1971, môže však predstavovať ohrozenie verejného zdravia porovnateľné s ohrozením, ktoré predstavujú látky uvedené v týchto dohovoroch ⁽¹⁾.

Termín „dizajnérska droga“ sa objavil v osemdesiatych rokoch spolu s preniknutím zložiek „extázy“ (MDMA a iných) na trh s nelegálnymi drogami. Týka sa nekontrolovaných psychoaktívnych látok, ktoré majú napodobiť účinky kontrolovaných drog, a to miernym pozmenením chemického zloženia s cieľom obísť existujúcu kontrolu. Z termínu vyplýva, že uvedené látky sa zvyčajne vyrábajú z chemických prekursorov v tajných laboratóriách.

Centrum EMCDDA vymedzuje „legálne opojenia“ ako zastrešujúci termín pre nekontrolované psychoaktívne látky alebo produkty, ktoré by ich mali obsahovať, určené osobitne na to, aby napodobnili účinky kontrolovaných drog. Uvedený termín zahŕňa širokú skupinu syntetických látok a látok rastlinného pôvodu, ktoré sa zvyčajne predávajú na internete alebo v predajniach typu „smartshop“ či „headshop“. Opisovať tieto látky ako legálne môže byť nesprávne alebo zavádzajúce: niektoré produkty môžu obsahovať látky kontrolované na základe právnych nariadení týkajúcich sa drog, iných produktov sa môžu týkať právne predpisy o liekoch alebo bezpečnosti potravín (EMCDDA, 2011a).

Ďalší používaný termín je „rastlinné opojenia“, ktorý zdôrazňuje údajný prírodný pôvod produktu.

Nové psychoaktívne látky sa predávajú pod rôznymi výrobnými označeniami, napríklad „výskumné chemikálie“, „solí do kúpeľa“ a „výživa pre rastliny“ s cieľom obísť spotrebiteľské a marketingové právne nariadenia.

⁽¹⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SVV poskytuje právne záväzné vymedzenie látok, ktorých sa týka.

⁽¹³²⁾ Rozhodnutie Rady 2005/387/SVV o výmene informácií, hodnotení rizika a kontrole nových psychoaktívnych látok, Ú. v. EÚ L 127, 20.5.2005, s. 32.

prvé zistenia v biologických vzorkách (krv, moč), zatiaľ čo v roku 2009 bola v biologických vzorkách zistená štvrtina oznámených látok.

Podobne ako v roku 2010 tvorili dve tretiny nových látok oznámených v roku 2011 syntetické kanabinoidy alebo syntetické katinóny. Tieto dve skupiny takisto predstavujú dve tretiny všetkých nových látok oznámených prostredníctvom systému včasného varovania od roku 2005 (EMCDDA a Europol, 2011). Syntetické kanabinoidy tvoria najväčšiu skupinu zo šiestich odlišných monitorovaných skupín (pozri obrázok 20). Monitoruje sa takisto viacero liekov (napr. fenazepam a etizolam), metabolity alebo prekursori liekov (5-hydroxytryptofán) a látky vychádzajúce z liekov (napr. kamfetamín – derivát fenkamfamínu). Príkladom je metoxetamín, ketamínový derivát uvedený v roku 2010, ktorý aktívne sledoval systém včasného varovania. Ide o látku s potenciálom akútnej (Wood a kol., 2012a) a chronickej toxicity podobnej ako pri ketamíne.

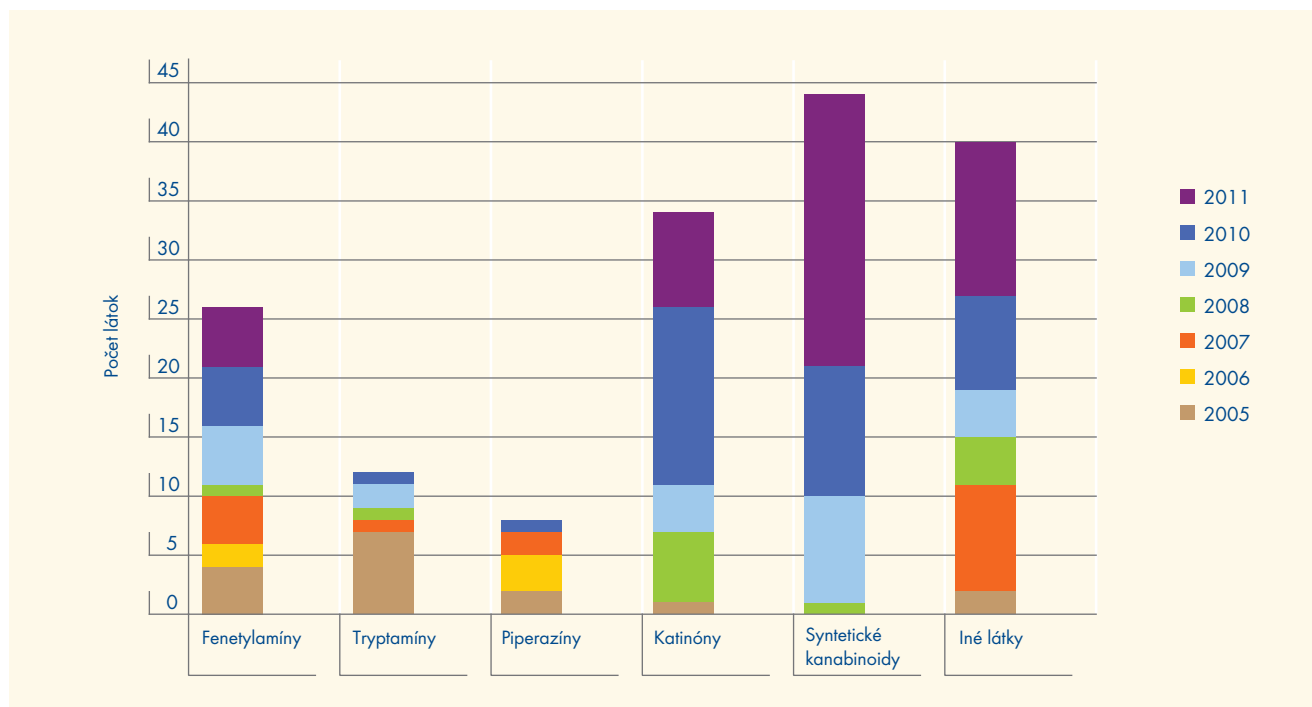
Výroba a ponuka nových drog

Väčšina nových psychoaktívnych látok, ktoré sa objavujú na európskom trhu s nezákonnými drogami, sa syntetizuje mimo Európy, v Číne a v menšej miere v Indii, ktoré sa označujú ako primárne zdrojové krajiny. Európske orgány

činné v trestnom konaní odhalili zariadenia súvisiace s dovozom, miešaním a balením týchto látok. Zo správ vyplýva podiel organizovanej trestnej činnosti na výrobe tabliet a predaji uvedených látok, ktoré sa predávajú najmä ako legálne opojenia na internete a v predajniach typu „smartshop“ a „headshop“. V niektorých prípadoch sa však predávajú ako nezákonné drogy, napríklad „extáza“, s použitím loga typického pre tento typ drogy.

Európske orgány činné v trestnom konaní sa v poslednom čase čoraz intenzívnejšie podieľajú na nadnárodných prípadoch súvisiacich s obchodovaním, miešaním a balením nových psychoaktívnych látok. Vyšetrenia zamerané na mefedrón zistili, že droga sa vo veľkom vyrába v Číne a do európskych krajín, v ktorých je kontrolovaná, sa často dostáva prostredníctvom tretej krajiny, ktorá mefedrón nekontroluje (Europol). Drobné záchyty, predovšetkým katinónov a syntetických kanabínoidov, uviedli Nemecko, Estónsko a Maďarsko a Dánsko (látka mCPP) ⁽¹³³⁾. Väčšie záchyty zahŕňajúce najmä nešpecifikované nové psychoaktívne látky uviedlo Lotyšsko (približne 5 kilogramov) a Španielsko (záchyt z predajne „headshop“ spolu 96 kilogramov), ako aj záchyt viac než 20 kilogramov mefedrónu pochádzajúceho z Indie v Českej republike. Ďalšie zariadenia súvisiace s výrobou boli zlikvidované alebo zachytené v Írsku, Belgicku,

Obrázok 20: Hlavné skupiny nových psychoaktívnych látok vymedzené na základe systému včasného varovania od roku 2005



Poznámka: Počet nových psychoaktívnych látok oznámených do európskeho systému včasného varovania na základe rozhodnutia Rady 2005/387/SVV. Informácie o fenetylamínoch, tryptamínoch, piperazínoch, katinónoch a syntetických kanabínoidoch pozri internetové profily drog centra EMCDDA. Kategória Iné látky zahŕňa rôzne rastlinné a syntetické psychoaktívne látky, ktoré nemusia patriť do žiadnej inej chemickej skupiny, ako aj nepatrný počet liekov a derivátov.

Zdroje: Systém včasného varovania

⁽¹³³⁾ 1-(3-chlorofenyl)piperazín.

Poľsku (5 kilogramov mefedrónu) a Holandsku, kde bolo v jednom zariadení zachytených 150 kilogramov bieleho prášku a približne 20 000 balíčkov obsahujúcich niekoľko syntetických kanabinoidov.

Príležitostne sa zistí, že zachytené látky predávané ako „výživa pre rastliny“ alebo „výskumné chemikálie“, obsahujú kontrolované drogy, predovšetkým katinóny a piperazíny. Príkladom je zistenie látky PMMA v produktoch legálnych opojení, ktorá preukázateľne ohrozuje užívateľov (EMCDDA a Europol, 2011; Sedefov a kol., 2011). Z nedávnej správy zo Spojeného kráľovstva vyplynulo, že 19 % internetových skúšobných nákupov vzoriek inzerovaných ako legálne opojenia obsahovalo kontrolované látky, zatiaľ čo 22 % obsahovalo piperazíny, 20 % katinóny a 18 % syntetické kanabinoidy (Serious Organised Crime Agency, 2011). Nie je však jasné, do akej miery sa organizovaná trestná činnosť podieľa na obchodovaní s novými látkami. Zdá sa, že súčasný trh zásobujú najmä pragmatickí podnikatelia, ktorí využívajú výhody internetu pri marketingu a predaji svojich výrobkov.

Internetová dostupnosť

Centrum EMCDDA pravidelne monitoruje online dostupnosť legálnych opojení formou cielených internetových štúdií (prehľadov) (pozri EMCDDA 2011a). Najnovší prehľad bol vypracovaný v januári 2012 pomocou 20 z 23 úradných jazykov EÚ, ako aj nórčiny, ruštiny a ukrajinčiny ⁽¹³⁴⁾.

Zvyšuje sa počet internetových predajní, ktoré ponúkajú zásobovanie zákazníkov minimálne v jednom členskom štáte EÚ psychoaktívnymi látkami alebo produktmi, ktoré takéto látky zrejme obsahujú. Prehľad z januára 2012 uvádza 693 internetových predajní, čo znamená zvýšenie oproti 314 predajniam z januára 2011 a 170 predajniam z januára 2010.

Medzi najčastejšie online ponúkané legálne opojenia stále patria prírodné produkty: kratom, šalvia a halucinogénne huby. Nasleduje osem syntetických látok, ktorých dostupnosť sa v priebehu roku 2011 zvýšila (tabuľka 10). Prehľad z roku 2012 zistil pozoruhodné zvýšenie dostupnosti rôznych syntetických katinónov, čo môže naznačovať, že internetoví predajcovia stále hľadajú náhradu za mefedrón. Aj mefedrón ako taký je stále dostupný online a zdá sa, že sa jeho internetová dostupnosť obnovila po prudkom poklese od marca 2010 do júla 2011, keď túto látku začalo kontrolovať viacero členských štátov EÚ (EMCDDA, 2011a). Produkty podobné droge „Spice“ boli v roku 2012 zistené v 21 internetových predajniach, čo znamená značný pokles v porovnaní s 55 online predajňami, ktoré uvedené produkty ponúkali v roku 2009.

Tabuľka 10: Desť nových psychoaktívnych látok alebo legálnych opojení, ktoré najčastejšie ponúkali internetové predajne podľa prieskumov z roku 2011 a 2012

	Počet internetových predajní ponúkajúcich uvedený produkt		
	január 2012	júl 2011	január 2011
Kratom (prírodný)	179	128	92
Šalvia (prírodná)	134	110	72
Halucinogénne huby (prírodné)	95	72	44
Metoxetamín (arylcyklohexylamín)	68	58	14
MDAI (aminoindán)	65	61	45
6-APB (benzofurán)	54	49	35
MDPV (katinón)	44	32	25
4-MEC (katinón)	43	32	11
Metiopropamín (tiofén)	39	28	5
5-IAI (aminoindán)	38	27	25

Zdroj: EMCDDA

Internet predstavuje celosvetový trh a online predajne predávajúce nové látky pochádzajú z rôznych krajín. Trhové správanie a preferencie však nemusia byť celosvetové, keďže mnohé produktové rady sa zjavne zameriavajú na trhy v konkrétnych zemepisných oblastiach. Napríklad produkt s názvom Kronik predávajú takmer výlučne prevádzkovatelia z Austrálie a Nového Zélandu.

Uvedené informácie môžu do určitej miery naznačiť, aká je internetová ponuka legálnych opojení, nie sú však k dispozícii informácie o skutočnom predaji. Na to, aby bolo možné stanoviť úroveň užívania nových psychoaktívnych látok v Európe (získaných prostredníctvom internetu alebo inými prostriedkami), treba preskúmať dostupné údaje o prevalencii užívania.

Prevalencia

Údaje o prevalencii nových psychoaktívnych látok sú vzácne a často ovplyvnené metodickými obmedzeniami vrátane chýbajúcich spoločných vymedzení a použitia vzoriek podľa vlastného výberu alebo vzoriek, ktoré nie sú reprezentatívne. V roku 2011 sa prvýkrát uskutočnili vnútroštátne reprezentatívne štúdie prevalencie legálnych opojení a nových psychoaktívnych látok v rámci celej populácie (Írsko, Spojené kráľovstvo) a študentov (Španielsko). Výsledky ukazujú, že miera prevalencie je

⁽¹³⁴⁾ Vyhľadávali sa termíny „legálne opojenie“, „rastlinné opojenie“ („Spice“, kratom a šalvia), GBL (gamabutyrolaktón), halucinogénne huby, mefedrón a látky súvisiace s pipradrolom: 2-DPMP (desoxypipradrol), desoxy-D2PM (2-(difenylmetyl)pyrrolidín) a D2PM (difenylprolinol).

Skupinové anonymné vzorky moču – objektívny zdroj informácií o užívaní drog

Nové prístupy k určovaniu a meraniu užívania drog v populácii založené na analýze odpadovej vody majú potenciál prekonať niektoré obmedzenia prieskumov obyvateľstva. Spoľahlivosť údajov o užívaní drog uvedených samotnými respondentmi môže byť ovplyvnená rozdielmi obsahu užívaných drog. Týka sa to predovšetkým syntetických drog a nových psychoaktívnych látok, pri ktorých užívateľ nemusí poznať konzumovanú látku. Na určenie miery užívania nezákonných drog (napríklad MDMA a kokaínu) v populácii sa používa analýza odpadových vôd z čistiarní odpadových vôd. Táto technika je však problematická, pokiaľ ide o nové psychoaktívne látky, keďže sa málo vie o ich metabolizme a stabilite.

V roku 2011 sa uskutočnila pilotná štúdia zameraná na posúdenie možnosti využiť skupinový moč na určenie drog, ktoré sa užívajú v londýnskych nočných podnikoch (Archer a kol., 2012). V štúdiu sa zistili zavedené nezákonné drogy aj nové psychoaktívne látky vrátane mefedrónu, TFMP (3-trifluorometylfenylpiperazín) a 2-AI (2-aminoindán). Najvyššiu koncentráciu vo vzorkách dosahovali mefedrón, ketamín a MDMA. Vzorky obsahovali okrem východiskových drog aj príslušné metabolity.

Štúdia preukázala, že je možné využiť vzorky skupinového moču na určenie drog, ktoré sa užívajú v nočných podnikoch. Opísaná metodika má potenciál poskytnúť objektívne údaje o užívaní drog v uvedenom prostredí a predovšetkým zistiť nové psychoaktívne látky.

všeobecne nízka, ale v určitých častiach populácie môže existovať potenciál prudkého zvýšenia užívania.

Podobne sa v roku 2011 uskutočnil európsky prieskum postojov mládeže, do ktorého sa zapojilo viac ako 12 000 mladých ľudí (vo veku 15 – 24 rokov). Podľa odhadov tohto prieskumu 5 % mladých Európanov už niekedy užilo legálne opojenia, pričom asi v polovici krajín ide o 3 – 5 % mladých. Najvyššie odhady uviedlo Írsko (16 %), nasledovalo Lotyšsko, Poľsko a Spojené kráľovstvo (všetky približne 10 %) (Gallup, 2011).

V roku 2010 sa v Španielsku uskutočnil celoštátny prieskum medzi študentmi vo veku 14 – 18 rokov, ktorý obsahoval osobitný modul týkajúci sa nových drog. Prieskum sa zameriaval na deväť látok: ketamín, „Spice“, piperazíny, mefedrón, nexus (2C-B), metamfetamín, magické huby, „výskumné chemikálie“ a legálne opojenia. 3,5 % študentov uviedlo, že niekedy v živote užili jednu alebo niekoľko uvedených drog (2,5 % minulý rok). Zistila sa nízka úroveň užívania produktov „Spice“: 1,1 % pre celoživotnú prevalenciu a 0,8 % pre prevalenciu v minulom roku.

Táto skupina vykazovala takisto nízku úroveň užívania mefedrónu (0,4 % celoživotné užívanie).

Mefedrón a legálne opojenia boli prvýkrát zaradené do spoločného prieskumu domácností, ktorý sa uskutočnil v rokoch 2010/2011 v Írsku a Severnom Írsku (Spojenom kráľovstve), a to po zavedení kontroly mefedrónu (NACD a PHIRB, 2011). Vzorka zahrnula 7 500 respondentov vo veku 15 – 64 rokov. Pri oboch látkach, mefedróne aj legálnych opojeniach, dosiahli odhady celoživotnej prevalence v Severnom Írsku úroveň 2 % a prevalence užívania v minulom roku 1 %⁽¹³⁵⁾. Úroveň celoživotnej prevalence bola vyššia u osôb vo veku 15 – 24 rokov a pri oboch látkach (mefedrón aj legálne opojenia) dosiahla 6 %. V Írsku patrili nové psychoaktívne látky (užitie v minulom roku, 4 %) na druhé miesto medzi najčastejšie uvádzanými nezákonnými drogami po kanabise (6 %). Najvyššiu úroveň užívania nových psychoaktívnych látok v minulom roku dosiahli respondenti vo veku 15 – 24 rokov (10 %).

Výsledky britského prieskumu British Crime Survey z rokov 2010/2011 (Smith a Flatley, 2011) ukazujú, že v rámci celkovej populácie Anglicka a Walesu (vo veku 16 – 59 rokov) bolo užívanie mefedrónu v minulom roku (1,4 %) na podobnej úrovni ako užívanie extázy. Vo vekovej skupine 16 – 24 rokov bola prevalencia užívania mefedrónu v minulom roku rovnaká ako pri práškovom kokaíne (4,4 %). Väčšina osôb, ktoré uviedli užitie mefedrónu v minulom roku, takisto uviedla užitie ďalších nezákonných drog (predovšetkým kanabisu, kokaínu alebo extázy). Pre pochopenie významu týchto výsledkov je dôležité vedieť, že údaje zhromaždené v rámci prieskumu pokrývajú obdobie pred zákazom mefedrónu a po ňom.

Uskutočnilo sa len málo internetových prieskumov a štúdií so samostatne vybranými vhodnými vzorkami, ktoré sledovali užívanie a dostupnosť psychoaktívnych látok. Online prieskum týkajúci sa legálnych opojení, ktorý sa uskutočnil medzi 860 respondentmi so skúsenosťami s legálnym opojením v Nemecku, ukázal, že medzi produktmi legálneho opojenia prevažujú bylinné zmesi nasledované „výskumnými chemikáliami“, „solami do kúpeľa“ a podobnými produktmi. Štúdia realizovaná v nočných podnikoch v Českej republike podobne zistila, že medzi najčastejšie uvádzané legálne opojenia patria bylinné látky – 23 % z 1 099 respondentov uviedlo, že užili *Salvia divinorum*. Rovnako v Českej republike uviedlo 4,5 % vzorky 1 091 internetových používateľov vo veku 15 – 34 rokov, že užili novú psychoaktívnu látku.

Ďalšie štúdie sa často zameriavali na užívanie jedného druhu látky, napríklad „Spice“, BZP alebo mefedrónu.

⁽¹³⁵⁾ Kategória „legálne opojenia“ v Severnom Írsku zahŕňala „párty“ tabletky, rastlinné opojenia, „párty“ prášok, kratom a *Salvia divinorum*, zatiaľ čo Írsko zahrnulo aj bylinné zmesi na fajčenie alebo kadidlá, soli do kúpeľa, výživu pre rastliny alebo iné prášky, magickú mátu, divotvornú mátu či Sally D a ďalšie nové psychoaktívne látky uvedené respondentmi.

V roku 2011 uviedol každoročný školský prieskum Monitoring the Future v Spojených štátoch prvýkrát prevalenciu užívania syntetických kanabinoidov medzi mladými ľuďmi. Zistilo sa, že miera užívania produktov obsahujúcich syntetické kanabinoidy („Spice“ a K2) v minulom roku medzi absolventmi dvanásteho ročníka dosiahla úroveň tesne nad 11 %.

V roku 2011 sa v Spojenom kráľovstve uskutočnil internetový prieskum týkajúci sa užívania drog pre klubový časopis Mixmag a noviny Guardian (Mixmag, 2012), ktorý čerpal z 15 500 odpovedí zozbieraných z predchádzajúcich prieskumov časopisu Mixmag (EMCDDA, 2009a, 2010a), predovšetkým zo Spojeného kráľovstva, ale aj z iných častí sveta. V rokoch 2010/2011 uviedli návštevníci zábavných klubov trikrát vyššiu úroveň užívania mefedrónu v minulom roku a v minulom mesiaci (30 % a 13 %) ako osoby, ktoré zábavné kluby nenavštevujú (10 % a 3 %) (Mixmag, 2012). Údaje z podobných vzoriek podľa vlastného výberu nie je, samozrejme, možné pokladať za reprezentatívne, na druhej strane však podobné prieskumy poskytujú zaujímavý pohľad na užívanie drog medzi danými respondentmi.

Reakcie na nové drogy

V celej Európe sa začínajú pripravovať opatrenia na zníženie dopytu po nových psychoaktívnych látkach, ako aj zníženie ich dodávok. Jednotlivé členské štáty prijali iniciatívy na zlepšenie a zrýchlenie právnej reakcie na nové psychoaktívne látky, produkty a podniky, ktoré ich predávajú (pozri kapitolu 1).

V roku 2011 sa uskutočnilo Prvé medzinárodné multidisciplinárne fórum o nových drogách, ktoré zdôraznilo potrebu posilniť opatrenia zamerané na zníženie dopytu po nových psychoaktívnych látkach vrátane prevencie, znižovania škôd a liečby. Realizáciu zreteľných opatrení zameraných na prevenciu alebo znižovanie škôd komplikuje dostupnosť širokého radu zlúčenín s premenlivým obsahom a kvalitou.

V Spojenom kráľovstve poskytuje informácie o legálnych opojeniach, naliehavú pomoc a informácie o protidrogovej liečbe internetová služba Talk to Frank. V Írsku sa informácie zamerané na prevenciu a znižovanie škôd spôsobených novými drogami sprostredkujú od roku 2010.

Poľský Národný úrad pre protidrogovú prevenciu od roku 2008 pripravil a zrealizoval tri preventívne kampane: internetovú kampaň, ktorá informovala o možných následkoch a rizikách užívania legálnych opojení, stretnutia medzi rodičmi a zástupcami škôl, ktoré poskytli informácie

Odhady psychoaktivity

Keďže sa počet nových látok uvádzaných v systéme včasného varovania EÚ zvyšuje, je dôležité, aby sa v ranej fáze stanovilo, či dané látky majú psychoaktívne vlastnosti. V súčasnosti sa skúma možné využitie nenákladných metód predpovedania vlastností nových drog (toxická, farmakologická vlastnosť, psychoaktivita), ktoré sa obídu bez pokusných štúdií na zvieratách a ľuďoch.

Jednou zo skúmaných techník je vytváranie matematických modelov, ktoré by predpovedali správanie nových látok. Vychádzajú zo zásady podobnosti, ktorá predpokladá, že molekuly s úzko súvisiacou chemickou štruktúrou vykazujú podobné psychochemické vlastnosti a aktivitu. Takto sa využívajú poznatky o známych látkach na predpovedanie účinkov neznámych látok.

Možnosť predpovedať spôsob, akým budú pôsobiť nové zlúčeniny, o ktorých sa málo vie, sa javí sľubne. Nedávna štúdia hodnotila psychoaktívny potenciál lieku ostarín s využitím výpočtových metód (Mohd-Fauzi a Bender, 2012). Analýza mala dva stupne: na prvom stupni sa predpovedalo, či je pravdepodobné, že sa liek zameria na proteíny, o ktorých je známe, že sa podieľajú na psychoaktívnych účinkoch. Druhý stupeň skúmal, či je pravdepodobné, že látka prenikne do centrálného nervového systému. Výsledky štúdie ukázali malú pravdepodobnosť psychoaktívnych účinkov ostarínu u ľudí.

o nových psychoaktívnych látkach a ktoré viedli poradcovia alebo učitelia, a všeobecný preventívny program zameraný na školákov vo veku 15 – 18 rokov, ktorý realizovali učitelia a školskí poradcovia.

Projekt Európskej siete rekreačného užívania drog (Recreational Drugs European Network, ReDNet) je výskumná štúdia, ktorá sa realizuje na viacerých miestach s cieľom zlepšiť úroveň informácií dostupných pre mladých ľudí (vo veku 16 – 24 rokov) a odborníkov o účinkoch nových rekreačných drog a možných zdravotných rizikách, ktoré súvisia s ich užívaním. Využíva viacero novátorských komunikačných technológií na sprostredkovanie nepredpojatých informácií cieľovým skupinám.

Treba lepšie chápať možné akútne aj chronické zdravotné následky užívania nových látok. V prípade akútnej toxicity sa musí poskytnúť lekárske ošetrovanie, rovnako je však potrebné poskytnúť osobitné poučenie o medicínskom prístupe k osobám, u ktorých sa prejavia následky užívania drogy v prostredí zábavných podnikov, ako aj pokyny, kedy treba privolať pohotovostnú službu. Vzhľadom na podobné vlastnosti amfetamínov a MDMA je pravdepodobné, že pre užívateľov niektorých druhov nových psychoaktívnych látok budú užitočné aj stratégie prístupu blízke liečebným reakciám pri uvedených známejších drogách.

Liečba osôb, ktoré sa vystavili účinkom nových psychoaktívnych drog a hľadajú formálnu pomoc, je predovšetkým podporná, keďže k dispozícii je len obmedzené množstvo informácií o tom, aká má byť primeraná psychologicko-sociálna liečba užívateľov legálnych opojení. V Spojenom kráľovstve existuje pilotný

projekt viacodborovej špecializovanej kliniky pre užívateľov klubových drog vrátane legálnych opojení, ktorá ponúka rôzne reakcie vrátane rýchlych zásahov, farmakologickej liečby a plánovanej pomoci spojenej so starostlivosťou a ktorá dosahuje dobrú mieru udržania a uspokojivé výsledky.





Literatúra ⁽¹³⁶⁾

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. a kol. (2008), „Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 47, s. 931–4.
- ACMD (Poradný výbor pre zneužívanie drog) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Londýn (k dispozícii online).
- AIHW (Austrálsky inštitút zdravia a životnej pohody) (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series č. 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, Londýn (k dispozícii online).
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. a Vecchi, S. (2011), „Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), s. CD004147.
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. a Davoli, M. (v tlači), „Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. a Wood, D. (2012), „Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, s. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A. Cartwright, J. L. (2012), „Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis“, *BMJ* 344, s. e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M. a Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (k dispozícii online).
- Berkowitz, B. a Spector, S. (1972), „Evidence for active immunity to morphine in mice“, *Science* 178, s. 1 290–2.
- Bretteville-Jensen, A. L. a Skretting, A. (2010), „Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users“, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, s. 5 – 16.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. a kol. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, s. 171–8.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Controlled Substances and Tobacco Directorate (k dispozícii online).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. a kol. (2010), „Systematic review of prospective studies investigating „remission“ from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence“, *Addictive Behaviors* 35, s. 741–9.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A. a kol. (2009), „Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people“, *Traffic Injury Prevention* 10, 162–9.
- CDC (2009), „Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009“, *HIV Surveillance Report* 21, Table 1a, Centrá pre kontrolu a prevenciu chorôb, Atlanta (k dispozícii online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. a kol. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Rada pre zdravotný výskum, Dublin (k dispozícii online).
- Day, E. a Strang, J. (2011), „Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial“, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, s. 56 – 66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W. a Broekaert, E. (2010), „Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature“, *International Journal of Drug Policy* 21, s. 364–80.
- Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming“, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421–47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. a Purchase, D. (2009), „Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States“, *Addiction* 104, s. 1 441–6.
- Dvorsek, A. (2006), „Relations between criminal investigation strategy and police management“, *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), s. 235–42.

⁽¹³⁶⁾ Hypertextové odkazy na on-line zdroje možno nájsť v PDF verzii výročnej správy, ktorá sa nachádza na webovej lokalite EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

ECDC a EMCDDA (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC and EMCDDA Joint guidance, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm (k dispozícii online).

ECDC a Regionálny úrad WHO pre Európu (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb, Štokholm (k dispozícii online).

EMCDDA (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Pozornosť upriamená na drogy, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EMCDDA Monografia 8, zväzok 2, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2009a), *Výročná správa 2009: stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2010a), *Výročná správa 2010: stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografia, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).

EMCDDA (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).

EMCDDA (2011a), *Výročná správa 2011: stav drogovej problematiky v Európe*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2011b), *European drug prevention quality standards*, Príručka, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Vybraná téma, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).

EMCDDA (2011d), *Reakcia na nové psychoaktívne látky*, Pozornosť upriamená na drogy 22, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Prehľad, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Prehľad, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, EMCDDA, Lisabon (k dispozícii online).

EMCDDA a ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg (k dispozícii online).

EMCDDA a Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, Spoločné publikácie EMCDDA – Europol, Úrad pre publikácie Európskej únie, Luxemburg.

EMCDDA a Europol (2011), *EMCDDA–Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (k dispozícii online).

Escot, S. a Suderie, G. (2009), *Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paríž.

Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases – final results*, Eurojust, Haag (k dispozícii online).

Európska komisia, Generálne riaditeľstvo pre dane a colnú úniu, Generálne riaditeľstvo pre podnikanie a priemysel (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (k dispozícii online).

Európska rada (2010), *Stratégia vnútornej bezpečnosti Európskej únie: „Smerom k európskemu bezpečnostnému modelu“*, Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, Luxemburg.

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P. a kol. (2010), „Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample“, *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, s. 181–92.

Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K. a kol. (1996), „Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models“, *Nature Medicine* 2, s. 1129–32.

- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L. a Jurystova, L. (2012), „Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic“, *Drug and Alcohol Dependence* (k dispozícii online).
- Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (k dispozícii online).
- Hall, W. a Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use“, *Lancet* 374, s. 1383–91.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. a kol. (2005), „Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers“, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, s. 456–7.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R. a Gold, J. (2009), „Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence“, *Clinical Infectious Diseases* 49, s. 561–73.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. a Little, H. A. (2010), „Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), s. 885–97.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. a Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Švédská rada pre informácie o alkohole a iných drogách, Štokholm, Švédsko.
- Hoare, J. a Moon, D. (red.) (2010), „Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey“, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (k dispozícii online).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A. a White, J. (2012), „A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation“, *American Journal of Public Health* 102, s. 122–5.
- HPA (Agentúra na ochranu zdravia) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, Londýn (k dispozícii online).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B. a kol. (2011), „A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries“, *Addiction* 107, s. 957–66.
- INCB (Medzinárodná komisia pre kontrolu omamných látok) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, OSN, New York (k dispozícii online).
- INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, OSN, New York (k dispozícii online).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. a Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975–2011, Volume I, Secondary school students*, Inštitút pre sociálny výskum, Univerzita Michigan, Ann Arbor (k dispozícii online).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. a kol. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Katedra zdravia (k dispozícii online).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M. a Batki, S. L. (2010), „Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review“, *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, s. 578–92.
- Kirby, S., Quinn, A. a Keay, S. (2010), „Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders“, *Drugs and Alcohol Today* 10, s. 13–9.
- Lee, N. K. a Rawson, R. A. (2008), „A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence“, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 309–17.
- Little, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. a Greenbaum, P. E. (2009), „Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, s. 12 – 25.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. a White, J. M. (2010), „Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence“, *Addiction* 105, s. 146–54.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. a Kosten, T. R. (2005), „Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence“, *Biological Psychiatry* 58, s. 158–64.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. a Hickman, M. (2011), „Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility“, *Journal of Hepatology* 54, s. 1 137–44.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage“, *Lancet* 375, s. 1 014–28.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. a Strang, J. (2011), „Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging“, *International Journal of Drug Policy* 22, s. 9 – 15.
- McIntosh, J., Bloor, M. a Robertson, M. (2008), „Drug treatment and the achievement of paid employment“, *Addiction Research and Theory* 16, s. 37 – 45.
- Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J. a kol. (v tlači), „Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development“, *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M. a Hutchinson, S. J. (2012), „Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study“, *International Journal of Drug Policy* 23, s. 24 – 32.

- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. a Verster, A. (2011), „Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), s. CD001333.
- Mixmag (2012), *Mixmag-Guardian drugs survey* (k dispozícii online).
- Mohd-Fauzi, F. a Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, Univerzita Cambridge (k dispozícii online).
- NACD a PHIRB (Národný poradný výbor pre drogy a informácie o verejnom zdraví a výskumná pobočka) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (k dispozícii online).
- Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B. a Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, Národný informačný systém o alkohole a drogách, Houten, Holandsko.
- Polosa, R. a Benowitz, N. L. (2011), „Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments“, *Trends in Pharmacological Sciences* 32, s. 281–9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E. a kol. (2004), „Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups“, *European Addiction Research* 10, s. 147–55.
- Rada Európskej únie (2009), *Rozhodnutie Rady o zriadení Stáleho výboru pre operačnú spoluprácu v oblasti vnútornej bezpečnosti*, 16515/09.
- Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005–2012 and its action plans*, Technická správa, Rand Corporation, Cambridge, Spojené kráľovstvo.
- Reynaud-Maurupt, C. a Hoareau, E. (2010), *Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»*, Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (k dispozícii online).
- Richter, C., Romanowski, A. a Kienast, T. (2009), „Gamma-hydroxybutyrát (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit“, *Psychiatrische Praxis* 36, s. 345–7.
- Rosen, H. R. (2011), „Clinical practice: chronic hepatitis C infection“, *New England Journal of Medicine* 364, s. 2429–38.
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (k dispozícii online).
- Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A. a Gallegos, A. (2011), „PMMA in ‘ecstasy’ and ‘legal highs’“, *BMJ* (k dispozícii online).
- Serious Organised Crime Agency (Agentúra pre závažnú trestnú činnosť) (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Spravodajská správa.
- Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J. a kol. (2001), „Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence“, *Addiction* 96(9), s. 1289–96.
- Shen, X., Orson, F. M. a Kosten, T. R. (2011), „Anti-addiction vaccines“, *F1000 Medicine Reports* 3, s. 20.
- Smith, K. a Flatley, J. (2011), „Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales“, *Statistical Bulletin*, Ministerstvo vnútra Spojeného kráľovstva.
- Steinberg, L. (2008), „A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking“, *Developmental Review* 28, s. 78 – 106.
- Stock, J. a Kreuzer, A. (1998), „Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht“, *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, s. 1 028–100.
- Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K. a kol. (2012), „Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin“, *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, s. 865–75.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. a Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population“, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–95.
- Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E. a kol. (v tlači), „Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis“, *Science of the Total Environment*.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. a kol. (2007), „A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence“, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160–2.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu a vláda Afganistanu.
- UNODC (2011b), *World drug report 2011*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- UNODC (2012), *World drug report 2012*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandevelde, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. a Littera, L. (2011), „De CRA+ vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?“, *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, s. 1 – 69.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. a kol. (2009), „Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands“, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–51.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. a Vergouwen, T. A. (2009), „Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known“, *General Hospital Psychiatry* 31, s. 394–6.

- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. a Wiessing, L. (2010), „Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis“, *Addiction* 105, s. 311–8.
- Vocci, F. J. a Montoya, I. D. (2009), „Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence“, *Current Opinion in Psychiatry* 22, s. 263–8.
- Weinstein, A. M. a Gorelick, D. A. (2011), „Pharmacological treatment of cannabis dependence“, *Current Pharmaceutical Design* 17, s. 1351–8.
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- WHO (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- WHO (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. a Cowan, S. A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability“, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (k dispozícii online).
- Wilkinson, R. a Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londýn.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. a kol. (2011), „The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010“, *European Neuropsychopharmacology* 21, s. 655–79.
- Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. a Dargan, P. I. (2012a), „Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine“, *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, s. 853–6.
- Wood, D. M., Measham, F. a Dargan, P. I. (2012b), „Our favourite drug: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control“, *Journal of Substance Use* 17, s. 91–7.

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

Výročná správa 2012: stav drogovej problematiky v Európe

Luxemburg: Úrad pre publikácie Európskej únie

2012 – 103 s. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-552-3

doi:10.2810/70643

AKO ZÍSKAŤ PUBLIKÁCIE EÚ

Bezplatné publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- na zastúpeniach alebo delegáciách Európskej únie.
Ich kontaktné údaje nájdete na <http://ec.europa.eu> alebo si ich môžete vyžiadať faxom na číslo +352 2929-42758.

Platené publikácie:

- prostredníctvom webovej stránky EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Predplatné (napr. ročné série *Úradného vestníka EÚ*, zbierky rozhodnutí Súdneho dvora Európskej únie):

- prostredníctvom obchodných distribútorov Úradu pre vydávanie publikácií EÚ (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sk.htm).

Čo je EMCDDA

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je jednou z decentralizovaných agentúr Európskej únie. Centrum, ktoré vzniklo v roku 1993 a má sídlo v Lisabone, je ústredným zdrojom komplexných informácií o drogách a drogovej závislosti v Európe.

EMCDDA zbiera, analyzuje a šíri faktické, objektívne, spoľahlivé a porovnateľné informácie o drogách a drogovej závislosti. Pre svojich adresátov takto poskytuje na dôkazoch založený obraz o drogovom fenoméne na celoeurópskej úrovni.

Publikácie centra sú primárnym zdrojom informácií pre široký okruh adresátov vrátane politických rozhodovacích orgánov a ich poradcov, špecialistov a výskumníkov pracujúcich v drogovej oblasti a v širšom zmysle aj pre médiá a širokú verejnosť.

Výročná správa EMCDDA každoročne podáva prehľad o drogovom fenoméne v EÚ a je základným referenčným materiálom pre každého, kto má záujem o najnovšie zistenia týkajúce sa drog v Európe.



Úrad pre publikácie

