



Európske monitorovacie centrum  
pre drogy a drogovú závislosť

ISSN 1830-0804

# VÝROČNÁ ČÍŤA PRÁV 2005

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE





Európske monitorovacie centrum  
pre drogy a drogovú závislosť

# VÝROČNÁ ČÍŤA SPRÁVA S 2005

STAV DROGOVEJ PROBLEMATIKY V EURÓPE

## Právne upozornenie

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

Na internete je k dispozícii množstvo ďalších informácií o Európskej únii. Sú prístupné cez server Európa (<http://europa.eu.int>).

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

Bezplatné telefónne číslo:  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

Katalogizačné údaje možno nájsť na konci tejto publikácie.

Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev, Luxemburg 2005.

ISBN 92-9168-243-8

© Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť 2005.

Reprodukcia sa povoľuje za predpokladu, že sa uvedie zdroj.

Printed in Belgium

VYTLAČENÉ NA BIELOM BEZCHLÓROVOM PAPIERI



Európske monitorovacie centrum  
pre drogy a drogovú závislosť

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, 1149-045 Lisabon, Portugalsko  
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int) • <http://www.emcdda.eu.int>

## Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| Predslov   | 5         |
| PodĎakovanie   | 7         |
| Poznámka na úvod   | 9         |
| Komentár – identifikácia drogových trendov v Európe                    | 11        |
| Kapitola 1   |           |
| <b>Najnovší vývoj v oblasti politiky a právnych predpisov</b>          | <b>18</b> |
| Kapitola 2   |           |
| <b>Školy, mládež a drogy</b>   | <b>27</b> |
| Kapitola 3   |           |
| <b>Kanabis</b>   | <b>36</b> |
| Kapitola 4   |           |
| <b>Stimulanciá amfetamínového typu, LSD a ostatné syntetické drogy</b> | <b>44</b> |
| Kapitola 5   |           |
| <b>Kokaín a kokain</b>   | <b>54</b> |
| Kapitola 6   |           |
| <b>Heroín a injekčné užívanie drog</b>                                 | <b>60</b> |
| Kapitola 7   |           |
| <b>Otázky kriminality a väzenských zariadení</b>                       | <b>80</b> |
| Literatúra   | 85        |



## Predslov

Tohtoročná výročná správa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) je doplnená on-line prvkami, vrátane novej štatistickej ročenky, ktorá vyšla po druhýkrát s väčším objemom údajov, s viac ako 200 tabuľkami obsahujúcimi kvantitatívne údaje podrobne monitorujúce drogovú situáciu v Európe.

Centrum EMCDDA spolupracuje už viac ako desať rokov s členskými krajinami Európskej únie na mapovaní drogového fenoménu v Európe. Kvantita a kvalita dostupných údajov, ktoré poskytujú analytický prehľad v tejto výročnej správe, odzrkadľuje nielen technické výsledky vedeckých pracovných skupín, ktoré údaje poskytujú, ale aj záväzok politikov v Európe investovať do procesu zhromažďovania údajov a podporovať ho. Je to konkrétny príklad prínosu spoločnej práce na európskej úrovni. Členské štáty nielenže čelia odlišným drogovým problémom, ale na ne aj rôznymi spôsobmi reagujú. Napriek týmto rozdielom však v súčasnosti vzniklo niečo, čo môžeme nazvať európsky pohľad na problémy súvisiace s drogami. V súčasnosti existuje konsenzus týkajúci sa potreby konať na základe dôkladného pochopenia situácie, zdieľať skúsenosti o tom, čo funguje a, ak je to možné, spoločne podniknúť kroky tak, aby to bolo pre všetkých prínosom. Tieto ambície sú súčasťou novej protidrogovej stratégie a akčného plánu EÚ a zároveň sú aj kľúčovými témami v tejto správe.

Výročná správa upozorňuje na závažné problémy a na to, ako užívanie drog vplýva na občanov a komunity, v ktorých žijú. Pozornosť sme upriamili na vznikajúce problémy, s ktorými sme v súčasnosti konfrontovaní, ako je

napríklad nárast užívania stimulujúcich drog, najmä kokaínu, v niektorých častiach Európy alebo zvyšujúci sa počet mladých ľudí experimentujúcich s drogami. Inými slovami, ešte stále nás čaká veľa práce pri zlepšovaní opatrení týkajúcich sa užívania drog v Európe. V tejto správe však poukazujeme aj na množstvo pozitívnych trendov, ako je celkové rozšírenie služieb pre ľudí, ktorí majú problém s drogami a stabilizácia, ba dokonca zmiernenie niektorých negatívnych aspektov súvisiacich s touto problematikou. Správa nepoukazuje len na kľúčové problémy, ktorým sme vystavení ale načrtáva aj cestu, ktorou by sme sa mali vydať, aby sme dokázali efektívne riešiť problémy s drogami v Európe.

Sme radi, že tohto roku opäť narástol objem údajov z nových členských krajín Európskej únie. K údajom o situácii v rozšírenej únii, ak boli k dispozícii, sme pridali aj údaje z Bulharska, Rumunska a Turecka a niektoré dôležité analýzy o medzinárodnom vývoji. Globálny charakter drogovej problematiky si vyžaduje vypracovať naše európske analýzy v širšom kontexte. Nezákonné obchodovanie s drogami a ich užívanie sú dnes neoddeliteľne spojené s vážnymi obavami: vplyv užívania drog na celkové zdravie a vývoj, kriminalita a osobná bezpečnosť, medzinárodná bezpečnosť. V správe sa zameriavame najmä na situáciu v Európe, ale nemôžeme si dovoliť ignorovať skutočnosť, že sa zaoberáme problémom globálnych rozmerov.

**Marcel Reimen**  
predseda správnej rady EMCDDA

**Wolfgang Götz**  
riaditeľ EMCDDA





## Pod'akovanie

EMCDDA ďakuje za pomoc pri príprave tejto správy:

- vedúcim národných kontaktných miest siete Reitox a ich pracovníkom;
- inštitúciám každého členského štátu, ktoré zozbierali vstupné údaje pre túto správu;
- členom správnej rady a vedeckého výboru EMCDDA a členom technických pracovných skupín siete Reitox EMCDDA;
- Európskemu parlamentu, Rade Európskej únie – najmä jej horizontálnej pracovnej skupine pre drogy – a Európskej komisii;
- Švédskej rade pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN), pracovnej skupine Rady Európy Group Pompidou, Úradu OSN pre drogy a kriminalitu, Svetovej zdravotníckej organizácii, Europolu, Interpolu a Európskemu stredisku pre epidemiologické monitorovanie AIDS;
- Prekladateľskému stredisku pre orgány Európskej únie a Úradu pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenských;
- Prepress Projects Ltd.

### Národné kontaktné miesta 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 príslušné vlády, sú vnútroštátnymi orgánmi poskytujúcimi EMCDDA informácie o drogách.

Bližšie informácie o národných kontaktných miestach nájdete na:

<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



## Poznámka na úvod

Táto výročná správa vychádza z informácií, ktoré vo forme národných správ poskytli EMCDDA členské štáty EÚ, kandidátske krajiny a Nórsko (ktoré sa zúčastňuje na práci EMCDDA od roku 2001). Uvádzané štatistické údaje sa vzťahujú na rok 2003 (alebo na posledný rok, za ktorý boli k dispozícii). Grafy a tabuľky v tejto správe môžu niekedy zobrazovať podmnožinu štátov EÚ: výber sa robil na základe krajín, ktoré za sledované obdobie poskytli údaje.

On-line verzia výročnej správy je dostupná v 22 jazykoch a nájdete ju na <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Štatistická ročenka 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) obsahuje všetky zdrojové tabuľky, z ktorých vychádza štatistická analýza vo výročnej správe. Poskytuje aj ďalšie podrobnosti o použitej metodike a viac ako 100 ďalších štatistických grafov.

Profily údajov z krajín (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) poskytujú grafické zhrnutie kľúčových aspektov drogovej situácie pre každú krajinu na špičkovej úrovni.

Túto správu sprevádzajú tri hĺbkové prehľady, ktoré skúmajú tieto otázky:

- verejné pohoršenie súvisiace s drogami: trendy politiky a preventívnych opatrení;
- alternatívy k väzeniu: zameranie sa na delikventných problémových užívateľov drog v EÚ; a
- buprenorfín: liečba, zneužívanie a predpisovanie.

Vybrané otázky sú dostupné v tlačenej verzii a on-line (<http://issues05.emcdda.eu.int>) len v angličtine.

Národné správy kontaktných miest siete Reitox poskytujú podrobný opis a analýzu drogového problému v každej krajine a sú dostupné na internetovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



## Komentár – identifikácia drogových trendov v Európe

### Skladanie európskej mozaiky

V tejto časti je prehľad hlavných smerov vývoja a trendov európskej drogovej situácie. Dospelo sa k nemu skladaním informácií získaných z rozličných zdrojov s prihliadnutím na silné aj slabé stránky dôkazovej základne, ktorá je v súčasnosti k dispozícii. Súčasťou tohoročného komentára je posúdenie, ako prispeli nové údaje dostupné v roku 2005 k nášmu pochopeniu strednodobých až dlhodobých trendov európskej drogovej situácie.

### Súčasnú užívanie viacerých drog komplikuje naše chápanie i opatrenia na riešenie problémov spojených s užívaním drog

Analytický prístup prijatý vo väčšine tejto správy sa zameriava na každú z hlavných užívaných látok. Tento látkovo orientovaný prístup je koncepčne ľahko pochopiteľný a jeho ďalšia výhoda spočíva v tom, že väčšina indikátorov užívania drog sa zakladá na zisťovaní špecifických hodnôt správania pri určitých látkach. Nevýhodou tohto prístupu je zanedbanie skutočnosti, že súčasné užívanie viacerých drog je hlavným faktorom problémov súvisiacich s drogami v Európe. Analýza dosahu užívania drog na verejné zdravie musí prihliadať na komplexný obraz vzájomne súvisiacej spotreby psychoaktívnych látok, ku ktorým patria aj alkohol a tabak. V Európe sa napríklad kanabis často fajčí spolu s tabakom, a to má dôsledky tak na pravdepodobné škody s tým spojené, ako aj na formovanie aktivít drogovej prevencie. Toxikologické analýzy úmrtí súvisiacich s drogami často odhaľujú prítomnosť viacerých látok a je známe, že súčasné požívanie alkoholu zvyšuje riziká spojené s užívaním heroínu i kokaínu. Zameranie sa na trendy v užívaní jednej látky môže byť navyše klamlivé, ak sa zanedbá vzájomný vzťah medzi drogami rôzneho druhu; napríklad v tejto správe je istý dôkaz o zvyšujúcej sa dostupnosti syntetických opiátov, čo je dôležitý faktor, ktorý treba vziať do úvahy pri každej analýze trendov užívania heroínu. Podobne bude pravdepodobne prezieravé uvážiť možné prekrývanie trendov v užívaní rôznych stimulujúcich drog a v každej analýze prihliadnuť na rozsah, v akom by pozorované zmeny mohli byť príčinou posunov vo vzoroch spotreby.

Stručne povedané, väčšina tých, čo sa prihlásia v liečebných centrách v Európe kvôli problému s drogami,

budú užívatelia viacerých látok súčasne. Potrebné je vyvinúť lepšie metódy oznamovania tohto kľúčového aspektu užívania drog a pochopiť, ako súčasné užívanie viacerých drog ovplyvní účinnosť zákrokov.

### Mládež a užívanie drog – rozmáha sa užívanie kanabisu, ale objavujú sa rôzne vzory

Užívanie drog v Európe všeobecne ostáva stále javom súvisiacim s mládežou a osobitne s mladými mužmi. Údaje o obyvateľstve a údaje zo školských prieskumov poskytujú užitočný prehľad o spôsobe, akým sa vyvíjajú vzory užívania drog v Európe od polovice deväťdesiatych rokov. Na zaradenie do tohoročnej výročnej správy sú k dispozícii údaje z najnovšieho prieskumného projektu štúdie užívania alkoholu a iných drog na európskych školách (ESPAD), ktorá je hodnotným zdrojom údajov na monitorovanie užívania drog v školských populáciách a na zisťovanie trendov v čase.

Pri pohľade na všetky dostupné údaje spolu je jasné, že v užívaní kanabisu sú rozdiely medzi krajinami. Napriek tomu, že od polovice deväťdesiatych rokov prevláda v Európe stúpajúci trend, v niektorých krajinách sa ukazuje skôr ustálený obraz. Napríklad, napriek tomu, že od deväťdesiatych rokov minulého storočia sú údaje o miere užívania kanabisu v Spojenom kráľovstve obzvlášť vysoké, ostávajú v tomto období na rovnakej úrovni. Navyše došlo k drobnej zmene úrovni užívania kanabisu vo viacerých krajinách s nízkou prevalenciou, vrátane Švédska a Fínska v severnej Európe a Grécka a Malty na juhu. Väčšina prírastkov v užívaní kanabisu, zaznamenaných v ESPAD od roku 1999, sa vyskytla v nových členských štátoch EÚ. Analýza údajov zo škôl a dôkazy z prieskumu vo všeobecnej populácii nasvedčujú, že Česká republika, Španielsko a Francúzsko sa už vo väčšine hodnôt pripojili k Spojenému kráľovstvu a vytvorili skupinu krajín s vysokou prevalenciou.

V Európe rastú obavy z negatívneho vplyvu užívania kanabisu napriek stále skúpych informáciám o rozsahu dôsledkov užívania tejto drogy na problémy verejného zdravia. Dostupné údaje o dopyte po protidrogovej liečbe v Európe umiestňujú kanabis na druhé miesto za opiátmi aj napriek tomu, že kanabis je stále dôvodom iba 12 % žiadostí o liečbu a celkový obraz významne ovplyvňuje situácia v pomerne malom počte krajín. Údaje o pravidelnom a intenzívnom užívaní kanabisu sú

nevyhnutnosťou, ak sa máme dopracovať k pochopeniu pravdepodobnej súvislosti medzi užívaním kanabisu a verejným zdravím, ale v súčasnosti sú tieto informácie obmedzené. Hoci z dostupných údajov vyplýva, že až tri milióny osôb, väčšinou mladistvých mužov, pravdepodobne užíva v Európe kanabis denne, nie je známy rozsah, v akom by táto skupina mohla mať problémy spôsobené užívaním drogy.

### **Aká je situácia v problémovom užívaní drog – klesajú počty nových užívateľov heroínu a injekčných užívateľov drog?**

Jednou z metodicky najzaujímavejších oblastí monitoringu užívania drog je úloha odhadnúť počty osôb, ktoré užívajú drogy chronickým a obzvlášť škodlivým spôsobom. Indikátor problémového užívania drog EMCDDA bol vyvinutý na odhadovanie tohto spôsobu užívania drog a indikátory problémového užívania drog vo väčšine štátov EÚ vyjadrujú v prvom rade užívanie opiátov a injekčné užívanie drog. Súčasný odhad nasvedčuje, že v EÚ je asi 1,2 až 2,1 milióna problémových užívateľov drog, z ktorých 850 000 až 1,3 milióna sú pravdepodobne nedávni injekční užívatelia. Odhady prevalencie problémového užívania drog v čase sú nesystematické a to sťažuje rozlíšenie dlhodobých trendov. V členských štátoch EÚ-15 však indikátory zjavne svedčia o rýchлом prechode na užívanie heroínu, ktoré vo väčšine krajín dosiahlo vrchol dakedy začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia a potom sa ustáľilo. I keď viaceré krajiny aj po roku 1999 informovali o raste, najnovšie sa ukazuje, že táto situácia nie je nemenná, pričom odhady prevalencie neukazujú na úrovni EÚ žiadny konzistentný obraz. Za zmienku stoja osobitne nové členské štáty, pretože sa zdá, že s problémami s heroínom sa stretli neskôr a situácia sa v nich mení.

Doplňujúcim zdrojom informácií na posúdenie problémového užívania drog sú počty úmrtí súvisiacich s drogami a počty žiadostí o liečbu. Z analýzy úmrtí súvisiacich s drogami (najčastejšie po predávkovaní opiátmi) vyplýva, že obeť tvoria starnúca populácia, pričom evidovaná úmrtnosť užívateľov drog mladších ako 25-ročných od roku 1996 klesá. Dôležitým spresnením sú údaje z nových štátov EÚ, ktoré donedávna naznačovali, napriek svojim obmedzeniam, stúpajúci trend podielu úmrtí osôb pod 25 rokov, aj keď sa zdá, že už nastalo ustálenie. Hoci je počet úmrtí súvisiacich s drogami v EÚ celkovo stále na historicky vysokej úrovni, zdá sa, že dosiahol vrchol.

Vo väčšine krajín ostáva heroín hlavnou drogou, kvôli ktorej klienti požiadajú o liečbu. V niektorých krajinách možno historicky sledovať trendy užívania heroínu medzi

novými klientmi liečby a od roku 1996 preukázať mierny pokles absolútnych čísel. Podobne, z niektorých krajín oznámili, že trend naznačuje starnutie populácie užívateľov opiátov, hoci ani toto pozorovanie neplatí pre všetky krajiny a v niektorých nových členských štátoch sa zdá – opäť na základe obmedzených údajov – že užívatelia opiátov, ktorí nastúpili na liečbu po prvýkrát, boli relatívne mladí. V daktorých európskych krajinách, najmä v členských štátoch EÚ-15, od istého času klesá injekčné užívanie opiátov medzi novými užívateľmi žiadajúcimi o liečbu a injekčné užívanie uviedla necelá polovica nových klientov žiadajúcich o liečbu kvôli užívaniu opiátov v Európe. Ani tento trend všeobecne nepretrváva v nových členských štátoch, v ktorých injekčné užívanie ostáva prevládajúcim spôsobom podávania heroínu jeho užívateľom, ktorí majú prístup k službám.

Stručne povedané, na otázku, či je užívanie heroínu alebo injekčné užívanie drog v súčasnosti v Európe na ústupe, nejestvuje jednoduchá odpoveď. Pokiaľ ide o nových užívateľov heroínu a injekčného užívania drog, vyzerá dnešný obraz v mnohých ohľadoch priaznivejšie ako začiatkom deväťdesiatych rokov v členských štátoch európskej pätnástky. Situácia je teraz zjavne v mnohých krajinách relatívne ustálená, dokonca s náznakmi starnutia populácie, ktoré je možno prejavom klesajúceho výskytu. V daktorých nových členských štátoch, v ktorých sú stupňujúce sa heroínové problémy mladšieho dáta, je však injekčné užívanie stále prevládajúcim spôsobom podávania opiátov a z dostupných údajov je ťažké vysvetliť súčasné trendy užívania heroínu.

### **Užívanie kokaínu a ostatných stimulancií – žiadny priestor pre spokojnosť**

Európa je stále hlavným trhom stimulujúcich drog a indikátory svedčia o stále stúpajúcich trendoch užívania amfetamínov, extáz a kokaínu v Európe ako celku. Extáza v mnohých hodnotách predbehla amfetamíny ako v Európe druhú najčastejšie užívanú drogu po kanabise. Najnovšie údaje tak z prieskumov vo všeobecnej, ako aj v školskej populácii zo Spojeného kráľovstva, ktoré malo od deväťdesiatych rokov pri väčšine hodnôt najvyššie miery prevalencie užívania extáz a amfetamínov, však svedčia, že miery užívania oboch drog pravdepodobne klesajú celkom dramaticky pri amfetamínoch a o čosi miernejšie pri extáze. Aj tak ostávajú hodnoty prevalencie v Spojenom kráľovstve relatívne vysoké v porovnaní s inými krajinami, hoci rozdiel je teraz menej výrazný, keďže viaceré krajiny teraz oznamujú podobné miery užívania, ktoré pripomínajú obraz opísaný pri kanabise.

Prevalencia užívania kokaínu sa v Európe značne mení, ale trend má všeobecne opäť stúpajúcu tendenciu. Údaje z prieskumu svedčia, že v Španielsku a najmä v Spojenom kráľovstve sa koncom deväťdesiatych rokov podstatne rozšírilo užívanie kokaínu a aj najnovšie sa potvrdili ďalšie, hoci malé prírastky. Odhady nedávneho užívania kokaínu medzi mladými dospelými v oboch týchto krajinách prevýšili odhadované užívanie extázy a amfetamínu.

Vplyv užívania stimulancií na verejné zdravie v Európe je ťažké kvantifikovať, hoci dôkazy naznačujú, že by sme sa s terajšími vzormi spotreby nemali uspokojiť. Stúpa dopyt po liečbe súvisiacej s kokaínom. Napriek výrazným rozdielom medzi krajinami, je v Európe kokaín dôvodom okolo 10 % žiadostí o liečbu. V Európe ostáva obmedzené užívanie kokaínového kraku, formy tejto drogy, s ktorou sú spojené zdravotné a iné problémy. Správy o užívaní kraku sa vo všeobecnosti obmedzujú na niekoľko málo veľkých miest, ale v rámci spoločenských, v ktorých sa táto droga užíva, môžu byť výsledné škody značné. Posúdenie počtu úmrtí súvisiacich so stimulanciami v Európe sťažujú viaceré praktické aj metodické problémy. Napriek nízkemu počtu, v porovnaní s oznámenými úmrtiami súvisiacimi s opiátmi, počet úmrtí súvisiacich so stimulanciami asi vzrastá a oznámené údaje sú pravdepodobne nižšie ako skutočnosť. Hoci v súčasnosti sú údaje veľmi obmedzené, viaceré krajiny uvádzajú, že kokaín hrá rozhodujúcu úlohu v asi 10 % všetkých úmrtí súvisiacich s drogami. Úmrtia súvisiace s extázou sú naďalej vo väčšine krajín EÚ zriedkavé, aj keď by bolo dobré zlepšiť postupy oznamovania.

### Na rozdiel od svetového trendu: žiadny náznak významných problémov s metamfetamínom v Európe

Metamfetamín je droga obzvlášť známa pridruženými zdravotnými a sociálnymi problémami. V celosvetovom meradle sú značné obavy z rastúcich metamfetamínových problémov a zdá sa, že miera užívania je vysoká alebo stúpa v Spojených štátoch, Austrálii, častiach Afriky a väčšine juhovýchodnej Ázie. Do dnešného dňa sa užívanie metamfetamínu v Európe obmedzuje na Českú republiku, ktorá má dlhodobý problém s touto drogou. Z iných miest Európy sa uvádza dostupnosť metamfetamínu iba sporadicky so správami o jeho zachytení a príležitostnými zmienkami o dovoze z Českej republiky do susedných krajín. Keď však uvážime, že mnohé európske krajiny majú úzke vzťahy s tými časťami sveta, ktoré majú problémy s metamfetamínom a prihliadneme na rozpínavý charakter európskeho trhu so stimulanciami, nemôžeme zanedbať potenciál šírenia užívania

metamfetamínu, ktorý tak naďalej ostane dôležitou oblasťou zamerania našej pozornosti.

### Rozširovanie a rozvoj služieb pre problémových užívateľov drog

Služby pre problémových užívateľov drog môžu pozitívne rozlíšiť tak jednotlivých užívateľov drog, ako aj spoločenstvá, v ktorých žijú. Túto skutočnosť uznáva mnoho národných protidrogových politík a záväzkov rozširovať služby pre problémových užívateľov drog je obsiahnutý v oboch, starom i novom protidrogovom akčnom pláne EÚ. Hoci je ťažké komplexne zmapovať rozsah poskytovania služieb problémovým užívateľom drog v Európe, viaceré indikátory nepochybne poukazujú na výrazné rozšírenie tak liečebných služieb, ako aj niektorých foriem služieb v oblasti znižovania škôd v dôsledku užívania drog (tzv. *harm reduction*). Výrazne sa však líši charakter aj rozsah rôznych druhov služieb v rôznych krajinách. Jednou z oblastí poskytovania služieb, ktorá sa očividne rozšírila v ostatnom desaťročí, je substitučná liečba závislosti od opioidných drog, osobitne v krajinách s relatívne vysokou úrovňou injekčného užívania heroínu. Metadón sa používa pri takmer 80 % substitučnej liečby v Európe a pri viac ako 90 % substitučnej liečby ho používajú špecializované služby, ale buprenorfín sa stáva stále obľúbenejšou farmakologickou alternatívou a pravdepodobne ho používajú približne v 20 % substitučnej liečby v Európe. (Viac informácií o užívaní tejto drogy pozri „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“ – „Buprenorfín – liečba, zneužívanie a predpisovanie v praxi“ v časti o vybraných otázkach, ktoré sú pripojené k tejto správe.) V súčasnosti sa odhaduje, že počet osôb, ktoré sa podrobujú substitučnej liečbe v Európe prevyšuje 500 000, čo by svedčilo o tom, že štvrtina až polovica osôb, ktoré majú problémy s opiátmi nastúpila na substitučnú liečbu.

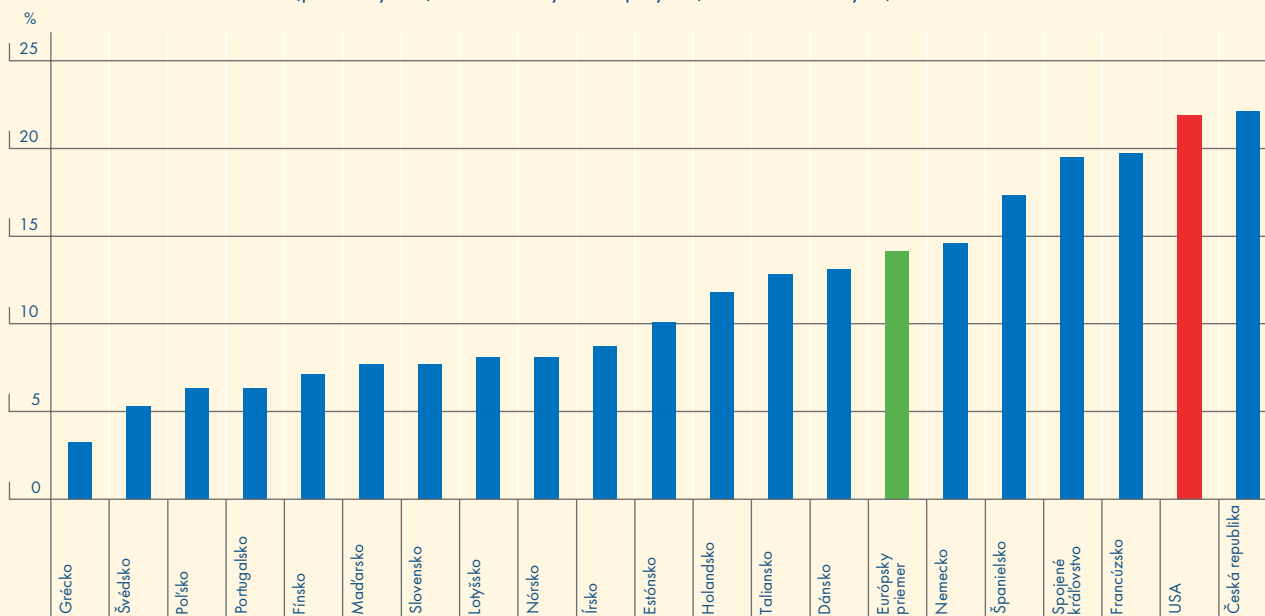
Substitučná liečba nie je jedinou možnosťou pre osoby, ktoré majú problémy s opiátmi, ale nedostatočné údaje o iných terapeutických prístupoch nedovoľujú spoľahlivo odhadnúť poskytovanie týchto služieb na úrovni EÚ. Významný pokrok sa dosiahol vo vývoji modelov starostlivosti o osoby, ktoré majú problémy s opiátmi a relatívne presvedčivá je základňa dôkazov na posúdenie účinnosti v tejto oblasti. To neplatí o užívateľoch iných druhov drog, ktorí sa v stále vyšších počtoch prihlasujú v európskych liečebných službách. Oveľa menšia zhoda napríklad panuje, pokiaľ ide o najvhodnejšie liečebné možnosti pre osoby, ktoré hľadajú pomoc kvôli problémom so stimulanciami alebo s kanabisom a vývoj možností účinnej liečby pre tieto typy klientov bude pravdepodobne stále naliehavejšou úlohou.

### V Európe sa stále užívajú drogy menej ako v USA – ale odhady prevalencie sú už v niektorých oblastiach podobné

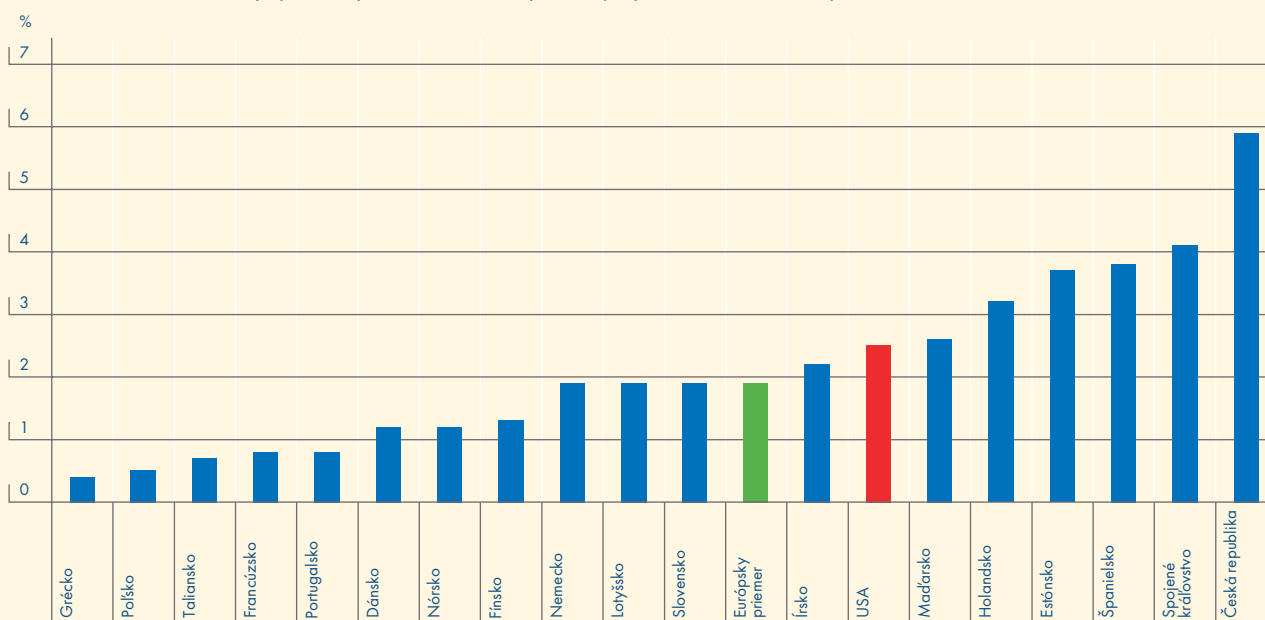
Úrovně užívania drog v Spojených štátoch sú historicky výrazne nad úrovňami v európskych krajinách. Vo veľkej miere to ešte stále platí, ale porovnanie údajov o nedávnom užívaní (prevalencia za posledný rok) svedčí o tom, že v niekoľkých európskych krajinách je v súčasnosti užívanie kanabisu, extázy a kokaínu medzi mladými dospelými podobné užívaniu v Spojených štátoch (pozri obrázok). A v prípade nedávneho užívania extázy mladými dospelými sú americké odhady nižšie ako odhady z niektorých európskych krajín, ktoré možno vyjadrujú silnú európsku súvislosť s historickým vývojom užívania tejto drogy. Celkovo však vo všetkých hodnotách ostáva priemer populácie EÚ nižší ako priemer Spojených štátov. V mnohých európskych krajinách k rozšírenému užívaniu drog došlo neskôr ako v Spojených štátoch, a to pravdepodobne vyjadrujú vyššie odhady americkej celoživotnej prevalencie (pozri obrázok 1, 2, 3 v štatistickej ročenke 2005), ktoré do istej miery možno chápať ako kumulatívne indikátory úrovni užívania v čase.

### Hodnoty celoživotnej prevalencie užívania kanabisu, extázy, kokaínu a hodnoty prevalencie v poslednom roku medzi mladými dospelými (15- až 34-ročnými) v Európe a v USA

Nedávne užívanie kanabisu (posledný rok) medzi mladými dospelými (15- až 34-ročnými)

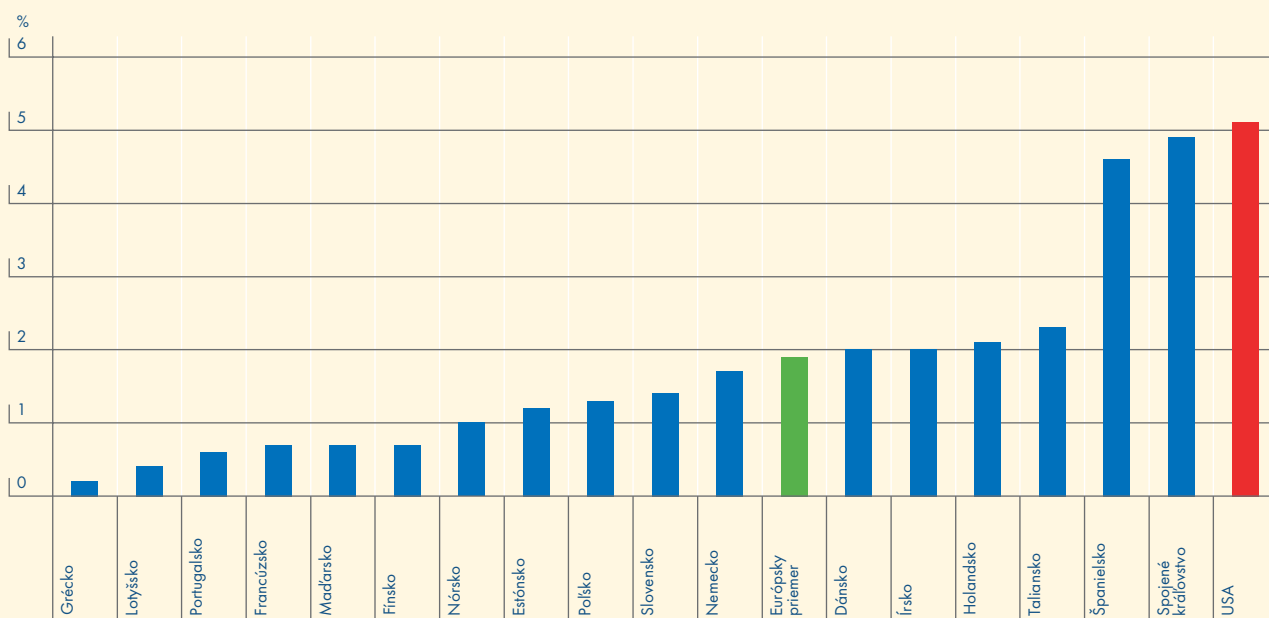


Nedávne užívanie extázy (posledný rok) medzi mladými dospelými (15- až 34-ročnými)





Nedávne užívanie kokaínu (posledný rok) medzi mladými dospelými (15- až 34-ročnými)



Poznámka: V USA sa prieskum uskutočnil v roku 2003 a vekové rozpätie 16 – 34 rokov bolo prepočítané z pôvodných údajov.

V európskych krajinách sa väčšina prieskumov (17 z 19) uskutočnila medzi rokmi 2001 a 2004 a štandardné vekové rozpätie je 15 – 34 (v niektorých krajinách môže byť spodná hranica 16 alebo 18 rokov).

Priemerná európska miera prevalence sa vypočítala ako priemer národných mier prevalenceí vážený národnou populáciou vo veku 15 – 34 rokov (2001, prevzaté z Eurostatu).

Zdroje: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health, 2003 ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) a (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Európa: Tabuľka GPS-11 v štatistickej ročenke EMCDDA za rok 2005. Vychádza z národných správ Reitox (2004).

## Užívanie drog, nákaza HIV a AIDS – zákroky sú stále dostupnejšie a môžu ovplyvňovať celkové trendy

Rozšírenie liečebných služieb nie je jedinou oblasťou, v ktorej sa zlepšili služby pre problémových užívateľov drog. Programy výmeny injekčných ihli a striekačiek, v rámci ktorých sa poskytujú injekčným užívateľom drog sterilné pomôcky, sú dnes prakticky vo všetkých členských štátoch EÚ a vo väčšine krajín strednodobý trend naznačuje rozširovanie rozsahu činností aj zemepisného pokrytia. V niektorých členských štátoch hrajú lekáre dôležitú úlohu v rozširovaní pokrytia programami tohto druhu. Špecializované programy sú často integrované do širších služieb poskytovaných osobám, ktoré majú problémy s drogami, najmä v rámci nízkoprahových agentúr a ako také sa často považujú za spôsob nadväzovania styku s aktívnymi užívateľmi drog a možno za kanál vedúci k liečbe a iným službám.

Od určitého času celkovo klesá výskyt AIDS v dôsledku injekčného užívania drog. Heterosexuálny styk predstihol injekčné užívanie drog ako najrizikovejší faktor šírenia AIDS v Európe. Pripísať to možno zlepšujúcej sa dostupnosti vysoko aktívnej antiretrovírusovej liečby

(HAART) od roku 1996, rozširovaníu liečebných služieb a služieb v oblasti *harm reduction*, ako aj klesajúcim počtom injekčných užívateľov drog vo väčšine dotknutých krajín. Podľa odhadov SZO má vo väčšine európskych krajín prístup k liečbe HAART vyše 75 % osôb, ktoré ju potrebujú. Odhaduje sa však biedne pokrytie vo viacerých pobaltských krajinách a to sa pravdepodobne prejavuje vo zvýšenej počte nových prípadov AIDS medzi injekčnými užívateľmi drog, prinajmenšom v niektorých krajinách tejto oblasti. V niektorých pobaltských krajinách odrazu dramaticky vzrástli aj podiely nových prípadov nákazy HIV, ale najnovšie rovnako dramaticky tieto podiely klesli, pravdepodobne v dôsledku nasýtenia v najrizikovejších populáciách; okrem toho má možno v niektorých oblastiach účinok rozšírenie poskytovaných služieb.

Vo väčšine ostatných nových členských štátov EÚ ostávajú hodnoty prevalence HIV nízke, rovnako ako v mnohých členských štátoch EÚ-15. Vo väčšine krajín EÚ, s historicky vysokými hodnotami prevalence HIV medzi injekčnými užívateľmi drog, zaznamenali ich významný pokles a po ňom ustálenie. To neznamena, že sa tieto problémy stratili: napriek metodickým ťažkostiam, ktoré sťažujú vysvetlenie trendov na národnej úrovni, niektoré najnovšie štúdie uvádzajú nové prípady prenosu medzi určitými

sub-populáciami injekčných užívateľov drog a zdôrazňujú potrebu naďalej im venovať pozornosť.

### **Súhrnné správy o právnom postihu – za prechovávanie alebo užívanie drog**

Porovnateľné údaje o väčšine aspektov vzťahu medzi drogami a trestnou činnosťou na európskej úrovni zväčša chýbajú. Hlavnou výnimkou je porušovanie protidrogových právnych predpisov, ktorým sú zaznamenané trestné činy proti legislatíve na kontrolu drog. Aj keď sa porovnania medzi krajinami musia robiť opatrne, zdá sa, že od konca deväťdesiatych rokov do roku 2003 sa porušovanie protidrogových právnych predpisov rozšírilo v mnohých krajinách EÚ. Nárast kriminality je osobitne výrazný v niektorých nových členských štátoch. Vo väčšine krajín sa väčšina údajov týka prechovávanie alebo užívania drog. Vo väčšine členských štátov sa väčšina trestných činov týka kanabisu a od roku 1998 vo väčšine krajín podiel trestných činov súvisiacich s kanabisom buď vzrástol, alebo sa ustálil. Naopak, podiel trestných činov, ktoré súvisia s heroínom, v mnohých krajinách klesol.

V mnohých európskych krajinách rastú obavy z vážnejšieho vplyvu užívania drog na spoločenstvá, v ktorých sa vyskytuje. Medzi najčastejšie citovanými obavami sa objavujú problémy súvisiace s verejnou bezpečnosťou a účinkami drog na mládež, ktoré možno zahrnúť pod názov „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures” – „Verejné pohoršenie súvisiace s drogami” – touto otázkou sa podrobne zapodieva časť vybraných otázok, ktoré dopĺňajú výročnú

správu; pokračovaním témy o trestnej justícii je vybraná otázka venovaná prehľadu stratégií prechodu od trestania osôb, ktoré majú problémy s drogami, väzbou na ich liečenie („Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU” – „Alternatívy uväznenia: zameranie na delikventných problémových užívateľov drog v EÚ”).

### **Vývoj protidrogových politík – niektoré spoločné prvky sú zrejme len v kontexte prihliadania na národné rozdiely**

Znenie tejto správy zrozumiteľne ukáže, že v Európe sú medzi členskými štátmi výrazné rozdiely tak pokiaľ ide o problémy s drogami, ktorým čelia, ako aj pokiaľ ide o politiky a tiež rozsah a povahu opatrení. Napriek tomu má situácia v oblasti drog, ktorej čelí väčšina krajín, niektoré spoločné prvky. Na politickej úrovni vyjadrujú členské štáty všeobecný politický záväzok vypracovať vyvážené a dôkazmi podložené opatrenia v súlade s medzinárodnými záväzkami a keďže uznávajú, že protidrogová politika ostáva vo vnútroštátnej pôsobnosti, tiež záväzok dozeráť na prospech, ktorý môže priniesť zlepšená spolupráca na európskej úrovni. Tieto ambície sú vyjadrené v protidrogovej stratégii a akčných plánoch EÚ. Protidrogová stratégia EÚ a akčný plán 2000 – 2004 sú aj napriek tomu, že sa nedosiahli všetky stanovené národné ciele, dôkazom dôležitého vývoja spôsobu, akým členské štáty, inštitúcie EÚ a špecializované agentúry dokážu spolupracovať na koordinácii a meraní pokroku v oblasti drog. Nová protidrogová stratégia EÚ 2005 – 2012 sa snaží v tomto procese napredovať.



## Kapitola 1

# Najnovší vývoj v oblasti politiky a právnych predpisov

### Úvod

Vývoj politiky v oblasti drog je v členských štátoch EÚ nevyhnutne heterogénny a odráža rôzne prístupy na národnej i európskej úrovni. To však vopred nevylučuje existenciu spoločných znakov, ktoré stojí za to analyzovať.

V sledovanom období je najvýznamnejším z týchto znakov spôsob hodnotenia protidrogových stratégií v rôznych členských štátoch. Uskutočňovanie národných protidrogových stratégií sa hodnotilo vo viacerých štátoch EÚ. Hoci účinky hodnotenia na protidrogovú politiku ako celok ešte nemožno určiť, hodnotenie už prinieslo niektoré sľubné výsledky: teraz lepšie chápeme úspechy i neúspechy a v niektorých prípadoch bolo v dôsledku hodnotenia pridelených viac zdrojov na dosiahnutie cieľov nenaplnenej stratégie. Hodnotenie stratégie a akčného plánu EÚ 2000 – 2004 predstavuje navyše prvý výsledok dôležitého procesu, v ktorom členské štáty, inštitúcie a špecializované agentúry EÚ spolupracujú na meraní pokroku v oblasti drog. Ďalší vývoj v politike, ktorý nastal v sledovanom období v niektorých krajinách, zahŕňa zmierňovanie trestov za užívanie drog a sprísňovanie trestov za obchodovanie s drogami a trestné činy súvisiace s drogami, ktoré ohrozujú mladistvých.

### Strategický prístup k protidrogovej politike v Európskej únii

Protidrogová stratégia EÚ 2005 – 2012, ktorú prijala Európska rada v decembri 2004, prihliada na výsledky záverečného hodnotenia pokroku dosiahnutého v predchádzajúcom období (2000 – 2004). Jej cieľom je zvýšiť hodnotu národných stratégií pri dodržaní zásad subsidiarity a proporcionality, ustanovených v zmluvách. Stanovuje pre EÚ dva hlavné ciele týkajúce sa drog:

- dosiahnuť vysokú úroveň ochrany zdravia, blaha a sociálnej súdržnosti doplnením opatrení členského štátu o prevenciu a znižovanie užívania drog a drogovej závislosti, a poškodzovania zdravia a spoločnosti drogami;
- zaistiť vysokú úroveň bezpečnosti širokej verejnosti prijímaním opatrení proti výrobe a dodávaniu drog a cezhraničnému nezákonnému obchodovaniu s drogami, a zintenzívnením preventívnych opatrení proti drogovej trestnej činnosti cestou účinnej spolupráce medzi členskými štátmi.

Tieto dva ciele pokrývajú šesť priorít určených v protidrogovej stratégii EÚ 2000 – 2004. Nová stratégia znovu opakuje integrovaný, multidisciplinárny a vyvážený prístup, ktorý spája opatrenia na znižovanie dopytu aj ponuky. Sústreďuje sa na tieto dve politické oblasti a na dve prierezové témy – „medzinárodnú spoluprácu a výskum“ a „informácie a hodnotenie“ – a na „koordináciu“.

Európska komisia predložila vo februári 2005 Európskemu parlamentu a Európskej rade oznámenie o protidrogovom akčnom pláne EÚ na obdobie 2005 – 2008.

Pri vypracovaní návrhu tohto akčného plánu sa radila s EMCDDA a Europolom. Komisia sa radila aj so zástupcami občianskej spoločnosti. Akčný plán, v ktorom sa zohľadňujú výsledky hodnotenia predchádzajúceho plánu, je navrhnutý tak, aby pri každej úlohe boli jednoznačne určení príslušní aktéri a stanovené nástroje na posudzovanie, indikátory a termíny plnenia. Malo by to uľahčiť sledovanie úloh a účinnejšie usmerňovanie pri plnení plánu. Komisia bude každý rok kontrolovať plnenie akčného plánu a posudzovať dôsledky, skôr ako navrhne plán na obdobie 2009 – 2012.

Podľa vzoru EÚ prijali národné protidrogové stratégie vo väčšine členských štátov. Z 29 krajín, o ktorých hovorí táto správa, 26 uplatňuje svoju národnú protidrogovú politiku podľa národného plánu, stratégie alebo podobného dokumentu. Pokiaľ ide o ostatné krajiny, v Taliansku schválil národný plán Národný výbor pre koordináciu protidrogových opatrení v marci 2003 a prerokujúajú ho regióny a autonómne provincie; Malta a Rakúsko uviedli, že v čase písania správy práve prebiehalo konanie o návrhu a prijímaní národnej protidrogovej stratégie (1).

Sedem štátov EÚ prijalo nové národné protidrogové stratégie (pozri tabuľku 1). Zdá sa, že vo všetkých národných protidrogových stratégiách v členských štátoch sa prijala, v súlade s postojom EÚ k drogám, zásada

(1) Ďalšie informácie a vymedzenie pojmov pozri na webovej stránke EMCDDA ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360)).

Tabuľka 1: Nové národné protidrogové stratégie

| Krajina                  | Názov  | Časový rámec alebo dátum prijatia | Ciele | Kvantifikovateľné ciele | Indikátory plnenia | Zodpovednosť za výkon | Rozpočet na realizáciu |
|--------------------------|--|-----------------------------------|-------|-------------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|
| Estónsko                 | Národná stratégia prevencie drogovej závislosti                | 2004 – 12                         | ✓     | ✓                       | ✓                  | n.a.                  | n.a.                   |
| Estónsko                 | Cielovo orientovaný akčný plán stratégie                       | 2004 – 08                         | ✓     | ✓                       | ✓                  | ✓                     | ✓                      |
| Francúzsko               | Akčný plán boja proti nelegálnym drogám, tabaku a alkoholu     | 2004 – 08                         | ✓     | ✓                       | ✓                  | n.a.                  | ✓                      |
| Cyprus                   | Národná protidrogová stratégia                                 | 2004 – 08                         | ✓     | n.a.                    | n.a.               | n.a.                  | ✓ <sup>(2)</sup>       |
| Litva <sup>(1)</sup>     | Stratégia národného programu prevencie drogovej závislosti     | 2004 – 08                         | ✓     | n.a.                    | ✓                  | ✓                     | ✓                      |
| Luxembursko              | Stratégia a akčný plán boja proti drogám a drogovej závislosti | 2005 – 09                         | ✓     | ✓ <sup>(2)</sup>        | ✓                  | ✓                     | ✓                      |
| Slovinsko <sup>(1)</sup> | Uznesenie o národnom programe v oblasti drog                   | 2004 – 09                         | ✓     | n.a.                    | n.a.               | ✓                     | ✓                      |
| Fínsko                   | Akčný program protidrogovej politiky                           | 2004 – 07                         | ✓     | n.a.                    | n.a.               | ✓                     | n.a.                   |

Poznámky: n. a. = údaje nie sú k dispozícii.

<sup>(1)</sup> Údaje poskytli pracovníci národných kontaktných miest.

<sup>(2)</sup> Kvantifikovateľné ciele zníženia dodávok podľa luxemburskej stratégie nie sú k dispozícii.

<sup>(3)</sup> V cyperskej stratégii je poznámka, že na dosiahnutie cieľa stratégie budú k dispozícii finančné a ľudské zdroje – text neobsahuje číselné údaje.

globálnosti a multidisciplinárnosti protidrogovej politiky. V obsahu národných stratégií rôznych krajín však môžu byť podstatné rozdiely, napr. v zavádzaní opatrení, ktoré sa napriek zhodnej terminológii môžu líšiť; v úlohe hodnotenia v stratégiách, ktorá môže byť veľmi dôležitá až celkom okrajová; a dokonca aj v prijímaní alebo uplatňovaní dôležitých taktických prístupov napr. znižovania škôd spojených s užívaním drog – tzv. *harm reduction*. V 26 skúmaných politických alebo strategických dokumentoch<sup>(2)</sup> sa *harm reduction* javí skutočne ako problém, na ktorý sa názory najviac líšia: v dvanástich je hlavnou témou, v deviatich je súčasťou diskusie o iných problémoch a päť dokumentov sa o ňom vôbec nezmieňuje.

## Prvé výsledky hodnotenia protidrogových stratégií

V sledovanom období sa hodnotila protidrogová stratégia EÚ (2000 – 2004). Rada pre spravodlivosť a vnútorné záležitosti v dňoch 25. a 26. októbra 2004 preskúmala správu Komisie o tomto záverečnom hodnotení<sup>(3)</sup>. Jej cieľom bolo posúdiť jednak rozsah v akom sa akčným plánom dosiahli ciele protidrogovej stratégie, jednak dôsledky protidrogovej stratégie a akčného plánu na drogovú situáciu v EÚ. Prispela tiež k diskusii predchádzajúcej schváleniu<sup>(4)</sup> novej protidrogovej

stratégie. Komisii pri hodnotení pomáhal riadiaci výbor (zložený zo zástupcov Komisie, zástupcov štyroch členských štátov, ktoré predsedali v rokoch 2003 – 2004 a zo zástupcov EMCDDA a Europolu). Vážnou prekážkou v jej činnosti bol nedostatok presných a kvantifikovateľných prevádzkových cieľov.

V oznámení o záverečnom hodnotení a v jeho prílohách<sup>(5)</sup> sa zdôrazňujú hlavné výsledky boja proti drogám na národnej úrovni i na úrovni EÚ a oblasti, v ktorých je potrebný ďalší pokrok. Vyzdvihuje sa pokrok, ktorý sa dosiahol v znižovaní výskytu drogami podmienených zdravotných problémov (vrátane infekcie HIV, hepatitídy) a úmrtnosti (cieľ 2 protidrogovej stratégie EÚ) a najmä v zlepšovaní dostupnosti liečby (cieľ 3). Žiadny významný pokrok sa nezistil, pokiaľ ide o cieľ 1 – zníženie užívania drog. Podobne sa nezistilo ani zníženie dostupnosti drog (cieľ 4). Napriek tomu sa ciele 4 a 5 spoločne javia na úrovni EÚ ako katalyzátor viacerých iniciatív, ktoré posilňujú opatrenia orgánov činných v trestnom konaní proti obchodovaniu s drogami a zásobovaniu drogami. Počas obdobia plánu vznikli viaceré významné iniciatívy v boji proti praniu špinavých peňazí (cieľ 6.1) a na prevenciu zneužívania prekurzorov (cieľ 6.2), najmä na základe zmien a doplnení právnych predpisov Spoločenstva o kontrole obchodu s prekurzormi.

<sup>(2)</sup> Malta, Slovensko a Turecko neposkytli o tomto probléme žiadne informácie.

<sup>(3)</sup> KOM (2004) 707 v konečnom znení.

<sup>(4)</sup> Európska rada (16. – 17. decembra 2004) – závery.

<sup>(5)</sup> Medzi ktorými je spoločný dokument EMCDDA a Europolu: Štatistický obraz (1999 – 2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

V oznámení sa podčiarkuje aj potreba ďalšieho výskumu, napríklad biomedicínskych, psychosociálnych a iných faktorov podmieňujúcich užívanie drog a drogovú závislosť najmä v oblastiach, v ktorých je ešte stále nedostatok informácií (napr. o dlhodobom užívaní kanabisu alebo syntetických drog). Vo formulácii protidrogovej politiky EÚ sa poukazuje na potrebu pravidelných konzultácií s občianskou spoločnosťou. Komisia tiež odporučila rozšíriť stratégiu EÚ z piatich na osem rokov, aby pokrývala obdobie dvoch po sebe nasledujúcich akčných plánov EÚ s cieľom umožniť uskutočnenie iniciatív a ich zladenie so strategickými cieľmi.

Za zmienku stoja viaceré hodnotiace postupy uskutočnené v tomto sledovanom období na národnej úrovni. Zvlášť zaujímavé sú hodnotenia vykonané krajinami, ktoré vo svojej národnej protidrogovej stratégii prijali „štruktúrovanejší“ prístup s prvkami, ktoré možno sumarizovať ako formálne dokumentovanie úloh, definovanie a kvantifikovanie cieľov, určenie orgánu zodpovedného za realizáciu a stanovenie termínu na dosiahnutie cieľov. Tento prístup umožňuje krajinám ľahšie informovať o úlohách, ktoré boli splnené, identifikovať problematiku a potom, podľa potreby, vykonať vhodné opatrenie.

Príklady tohto prístupu možno nájsť v stratégiách Českej republiky, Írska, Luxemburska, Poľska a Portugalska, kde hodnotenie národnej protidrogovej stratégie odhalilo alebo môže odhaliť úspešné opatrenia i nespĺnené úlohy, na ktorých ešte treba pokračovať. Príklad, ako môže štruktúrovaný prístup napomôcť hodnoteniu dosiahnutého pokroku, možno nájsť v hodnotení portugalskej národnej protidrogovej stratégie v roku 2004. Externí hodnotitelia konštatovali pokrok v dosahovaní niektorých z 30 hlavných cieľov portugalského akčného plánu; osem cieľov sa dosiahlo celkom, desať čiastočne, ostatné ciele bolo ťažké vyhodnotiť pre nedostatok informácií a päť cieľov posúdili ako nedosiahnuté. V Nemecku bol ustanovený riadiaci výbor (národný výbor pre drogovú závislosť), aby usmerňoval plnenie akčného plánu 2003 a sledoval výsledky.

Výsledkom prijatia národnej protidrogovej stratégie alebo vyhodnotenia predchádzajúcej úspešnosti bolo v niektorých krajinách zvýšenie rozpočtových prostriedkov na boj proti drogám. Napríklad v Grécku sa plynulo zvyšujú výdavky na služby zdravotnej starostlivosti; v Maďarsku sa mobilizovali fondy na financovanie dosiaľ nerealizovaných bodov stratégie; a v Luxembursku sa rozpočet ministerstva zdravotníctva na boj proti drogám zvýšil z asi 1 milióna eur v roku 1999 na takmer 6 miliónov eur v roku 2004. Vo všetkých členských štátoch

však verejné výdavky na riešenie drogovej problematiky predstavujú iba malú časť celkových verejných výdavkov (0,1 až 0,3 %). Toto pravdepodobne čiastočne vysvetľuje pozorovanie, že nikde v EÚ nie je priame prepojenie medzi hospodárskym rastom a s ním súvisiacimi zmenami všeobecného rozpočtu a zmenami úrovne verejných výdavkov na riešenie drogového problému.

Výdavky na znižovanie ponuky predstavovali vo viacerých štátoch EÚ väčšinu verejných výdavkov (približne 68 – 75 % celkových výdavkov súvisiacich s drogami) <sup>(6)</sup>. V niektorých štátoch vrátane Malty a Luxemburska však boli výdavky na znižovanie dopytu zjavne vyššie, ako výdavky na znižovanie ponuky (výdavky na znižovanie dopytu predstavovali na Malte 66 % a v Luxembursku 59 % celkových výdavkov na boj proti drogám). Nie je však jasné, či rozdiely vykázané v pridelení rozpočtových prostriedkov predstavujú zásadný rozdiel v prioritách politiky, alebo sú dôsledkom chyby pri zbere údajov.

Naďalej je problémom nedostatok dostupných informácií o priamych verejných výdavkoch na riešenie drogovej problematiky. Objavujú sa však náznaky, že spolu so vzrastajúcim akademickým záujmom v tejto oblasti (?) rastie politická vôľa identifikovať a opísať verejné výdavky súvisiace s drogami tak, aby vnútroštátne výdavky na riešenie drogového problému bolo možné zahrnúť ako kľúčový prvok do analýz nákladov a výnosov. Spoločne so sieťou Reitox a s Európskou komisiou vypracúva EMCDDA metodiku, ktorá umožní v EÚ konzistentné a dôveryhodné odhady verejných výdavkov súvisiacich s drogami, podľa požiadaviek akčného plánu EÚ 2005.

Tento prvý hodnotiaci proces na národnej a európskej úrovni je cenným mechanizmom spätnej väzby, ktorý informuje rozhodovacie orgány o rozsahu uplatňovania prijatých rozhodnutí a nákladoch na ne a umožňuje im zvýšiť úsilie v oblastiach, v ktorých sa zistia problémy alebo v ktorých sa pri posudzovaní zistia nepriaznivé skutočnosti. Napriek tomu, že dosiaľ nie sú k dispozícii presvedčivé dôkazy o vplyvoch národných protidrogových stratégií na celkový fenomén drog (EMCDDA 2004a), prístup „počítania skóre“ je pozitívnym znakom, a dúfajme, spustí v Európe všeobecný trend k podrobnejmu posudzovaniu každej národnej protidrogovej stratégie.

## Diskusia v národných parlamentoch a médiách

Spoločenské obavy z fenoménu drog zaznievajú tak v médiách, ako aj v parlamentných rozpravách. Podľa

<sup>(6)</sup> Pozri vybrané otázky *Public expenditure in the area of drug-demand reduction* [Verejné výdavky v oblasti znižovania ponuky drog] vo výročnej správe EMCDDA 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/en/page077-en.html>).

<sup>(7)</sup> V Belgicku, Španielsku, vo Francúzsku, v Luxembursku, Holandsku, vo Fínsku, Švédsku a v Spojenom kráľovstve – podrobné informácie, pozri webovú stránku EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

údajov o parlamentárnych rozpravách, poskytnutých v národných správach siete Reitox, boli v sledovanom období najčastejšími témami *harm reduction* alebo opatrenia, ktoré patria do tejto kategórie, „užívanie kanabisu“ a „trestná činnosť súvisiaca s drogami a súvisiace zmeny právnych predpisov o drogách“.

Výhody a nevýhody substitučnej liečby a opatrenia na znížovanie škôd spojených s užívaním drog v porovnaní s bezdrogovými prístupmi podnietili živé parlamentné rozpravy v Českej republike, Estónsku, vo Francúzsku, v Írsku a Nórsku. Medzi témy búrlivej politickej rozpravy patrili návrh na uzákonenie stáleho programu výmeny injekčných striekačiek vo Švédsku, a to aj napriek prísne kontrolovaným podmienkam a dočasné zriadenie injekčných miestností v Nórsku (pozri vybrané otázky o vnútroštátnych právnych predpisoch a verejnom pohoršení).

Dôležitou témou diskusie ostal kanabis najmä v Nemecku, kde sa zamerali hlavne na užívanie kanabisu medzi mládežou a v Luxembursku a Portugalsku, kde navrhovali, aby mohol byť dostupný na lekárske predpis. O užívaní kanabisu alebo všeobecnejšie o užívaní drog na školách a medzi mládežou informovali médiá v Belgicku, Českej republike, Nemecku, na Cypre, v Luxembursku a Rakúsku. V Holandsku venovali médiá pozornosť informáciám o zvýšenej koncentrácii tetrahydrokanabinolu (THC) v kultiváciách kanabisu (*nederwiet*) a o možných dôsledkoch vysoko účinného kanabisu na zdravie. Kanabis bol najčastejšie spomínanou látkou v poľských médiách, s 865 odkazmi z celkovo približne 2 500 odkazov na drogy. V Belgicku, Dánsku a niektoré mestské rady v Holandsku predložili návrhy právnych predpisov obhajujúce jeho legalizáciu (s cieľom vyriešiť problém pokútneho predaja<sup>(8)</sup>), a to vyvolalo intenzívny a verejný odpor väčšiny poslancov parlamentu a vládnych ministrov.

Výhľad zmien protidrogovej legislatívy vzbudil pozornosť médií a podnietil politickú diskusiu vo Francúzsku a v Taliansku. Vo Francúzsku stiahli návrh nahradenia trestov odňatia slobody za užívanie drog pokutami z obavy, že by sa takáto zmena mohla „vykladať ako signál, že drogy nie sú veľmi nebezpečné“ a mohla by viesť k „novému rozšíreniu užívania a užívaniu v mladšom veku“<sup>(9)</sup>. Médiá informovali o živej parlamentnej rozprave o zmenách zákona z roku 1990 v Taliansku a rozlišovanie sankcií za prechovávanie drog vzbudilo pozornosť médií i politikov v Českej republike.

Výskum *ad hoc*, zameraný na analýzu mediálnych správ uskutočnili v Českej republike, Grécku, Luxembursku, Poľsku a Portugalsku a vnútroštátne mediálne kampane cielenej najmä na mládež rozvinuli v Belgicku<sup>(10)</sup>, Poľsku a Spojenom kráľovstve<sup>(11)</sup>.

## Nový vývoj v programoch a legislatíve EÚ

Dôležité iniciatívy EÚ, súvisiace s drogami, ktoré boli identifikované v sledovanom období, sa uskutočnili v oblastiach verejného zdravia, obchodovania s drogami a kontroly prekurzorov a syntetických drog.

### Verejné zdravie

Na európskej úrovni je drogová prevencia zaradená do súboru rozhodujúcich zdravotných činiteľov programu verejného zdravia<sup>(12)</sup>. Pracovný plán tohto programu na rok 2004 sa zamerával na odporúčanie Rady z 18. júna 2003 a na vývoj vhodného základu pre zoznam činností v EÚ so zapojením EMCDDA. Komisia nabádala do úvahy prichádzajúcich záujemcov, aby predložili návrhy využívajúce prístup ovplyvňujúci životný štýl na zvládnutie zneužívania všetkých látok s návykovým potenciálom, najmä na miestach trávenia voľného času (napr. v nočných kluboch) a vo väzniciach. Jej záujmom bolo najmä vypracovanie metód najlepšej praxe a zlepšenia komunikácie a šírenia informácií s využitím moderných technológií. Komisia vybrala v roku 2004 štyri projekty, ktorých cieľom bolo predchádzať rizikovému správaniu, zladovať medzinárodné poznatky o biomedicínskych vedľajších účinkoch doping, posilniť prenos poznatkov o reakciách na užívanie drog a rozšíriť existujúce webové zdroje informácií o legálnych i nelegálnych drogách v nových členských štátoch.

### Obchodovanie s drogami

V roku 2004 bol na úrovni EÚ prijatý rad dokumentov proti obchodovaniu s drogami. Rámcové rozhodnutie Rady 2004/757/SVV z 25. októbra 2004, ktorým sa stanovujú minimálne ustanovenia o znakoch skutkových podstat trestných činov a trestov v oblasti nezákonného obchodu s drogami<sup>(13)</sup>, je kľúčovým dokumentom boja proti obchodovaniu s drogami, lebo stanovuje minimálne tresty za tieto trestné činy v členských štátoch EÚ.

<sup>(8)</sup> Obchody s kávou môžu skladovať na predaj až do 500 g kanabisu, ale nakúpiť ho môžu len na nezákonnom trhu. Toto je tzv. problém pokútneho predaja.

<sup>(9)</sup> MILDT (2004), s. 43, citát z francúzskej národnej správy.

<sup>(10)</sup> [www.partywise.be](http://www.partywise.be)

<sup>(11)</sup> Kampaň *Talk to Frank* [Hovor s Frankom] o rizikách užívania kanabisu (<http://www.talktofrank.com/>).

<sup>(12)</sup> Rozhodnutie Európskeho parlamentu a Rady č. 1786/2002/ES z 23. septembra 2002 o akčnom programe Spoločenstva v oblasti verejného zdravia (2003 – 2008) – Ú. v. ES L 271, 9.10.2002, s. 1 – 12.

<sup>(13)</sup> Ú. v. EÚ L 335, 11.11.2004, s. 8; pozri aj výročnú správu EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

### Zriadenie udržateľného systému monitorovania zdravia

Zriadenie a prevádzkovanie udržateľného systému monitorovania zdravia je jedným z kľúčových cieľov programu verejného zdravia (2003 – 2008). Komisia sa snažila o konzultácie s členskými štátmi a medzinárodnými orgánmi s cieľom konsolidovať súbor indikátorov zdravia Európskeho spoločenstva. V tomto kontexte boli „úmrtia súvisiace s drogami“ a „konzumácia psychotropných drog“ zahrnuté do návrhu zoznamu hlavných indikátorov, posilňujúc tak štruktúrne prepojenia s EMCDDA ako do úvahy prichádzajúcim poskytovateľom údajov.

V decembri 2004 sa dosiahla dohoda o rozhodnutí Rady o výmene informácií, posudzovaní rizík a kontrole nových psychoaktívnych látok. Toto rozhodnutie poskytuje rámec na efektívnu výmenu informácií o nových psychotropných látkach a o mechanizme ich kontroly na úrovni EÚ.

Dňa 30. marca 2004 schválila Rada odporúčanie týkajúce sa usmernenia o odbere vzoriek zachytených drog. Odporúča, aby členské štáty zaviedli systém odberu vzoriek v súlade s medzinárodne uznávanými usmerneniami, ak ho ešte nezaviedli. Rada tiež schválila uznesenie o kanabise a situačnú správu o vykonávacích plánoch znižovania dopytu po drogách, ponuky drog a zásobovania syntetickými drogami.

Dňa 11. februára 2004 bolo prijaté nariadenie Európskeho parlamentu a Rady č. 273/2004 o drogových prekurzoroch<sup>(14)</sup>. V ňom sa ustanovujú harmonizované opatrenia v rámci Spoločenstva na kontrolu a sledovanie určitých látok, často používaných na nezákonnú výrobu omamných drog a psychotropných látok, s cieľom predchádzať ich zneužívaniu. Členské štáty najmä usmerňuje, aby prijali potrebné opatrenia, ktoré umožnia ich príslušným orgánom plniť kontrolné a monitorovacie funkcie, a poskytujú im informácie o tom, ako zisťovať a oznamovať podozrivé transakcie. Dňa 22. decembra 2004 prijala Rada nariadenie 1111/2005, ktorým sa stanovujú pravidlá sledovania obchodu s drogovými prekurzormi medzi Spoločenstvom a tretími krajinami.

Na základe uznesenia Rady z novembra 2002 predložila Európska komisia v novembri 2004 na rokovaní horizontálnej pracovnej skupiny Rady pre drogy (*Horizontal drug group*, HDG) štúdiu metodiky kontroly syntetických drog na základe všeobecnej klasifikácie a zoznamu naliehavých stavov. V apríli 2004 predložila HDG aj návrhy ďalších možných zlepšení metód mapovania distribučných sietí syntetických drog v EÚ.

## Nové vnútroštátne právne predpisy

### Mládež

Zmeny vnútroštátnych právnych predpisov vo viacerých členských štátoch sa v sledovanom období týkali opatrení na ochranu mládeže pred páchatelmi alebo predchádzania možnosti užívať drogy.

Ochranu možno poskytnúť priamo alebo všeobecnejšími prístupmi. V Maďarsku má zákon z marca 2003 za cieľ chrániť pred zneužívaním omamných drog osoby mladšie ako 18 rokov a tresty pre dospelých budú prísnejšie za trestné činy s účasťou maloletých osôb. Zmeny a doplnenia zákona zo začiatku roku 2004 v Estónsku ustanovujú prísnejšie tresty za väčšinu trestných činov spojených s drogami, vrátane navádzania maloletých na nezákonné užívanie drog.

V júli 2004 zmenili a doplnili zákon o euforizačných látkach v Dánsku; distribúcia drog v reštauráciách, na diskotékach alebo podobných miestach, často deťmi alebo mládežou, sa teraz považuje za významnú prirafažujúcu okolnosť. Takéto trestné činy by sa vždy mali trestať odňatím slobody a uvažuje sa o predĺžení priemernej sadzby odňatia slobody za tieto trestné činy o tretinu. Podobne je aj v Španielsku od októbra 2004 obchodovanie v blízkosti škôl prirafažujúcou okolnosťou a navyše sa veková hranica „mladistvých“ získaných na páchanie trestnej činnosti obchodovania zvýšila zo 16 na 18 rokov. Smerovanie novej legislatívy v Anglicku a Walese udáva usmernenie *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO 2003), ktoré radí, ako zaobchádzať s osobami, u ktorých sa našiel kanabis v priestoroch školy alebo jej blízkosti, v kluboch mládeže a na ihriskách.

Opatrenia týkajúce sa mladých ľudí, ktorí užívajú drogy, obsahujú dve vládne nariadenia prijaté v decembri 2003 v Lotyšsku. Jedno načrtlo postupy (so súhlasom rodičov) povinnej ústavnej liečby detí, ktoré boli prichytené pri užívaní drog a druhé, určené opatrenia, ktoré sa musia vykonať, keď sa v škole nájdú drogy alebo iné intoxikanty. V Anglicku a Walese budú osoby mladšie ako 18 rokov zadržané za trestné činy súvisiace s kanabisom ďalej dostávať od polície napomenutie, poslednú výstrahu alebo pokutu v závislosti od závažnosti previnenia. Po poslednej výstrahu odovzdajú mladistvého páchatelja tímu pre delikventnú mládež (*Youth offending team*, YOT), ktorý zabezpečuje liečbu alebo inú podporu.

Zákon o zodpovednosti mládeže za protiprávne činy a o súdnictve vo veciach mládeže, ktorý v Českej republike nadobudol účinnosť v roku 2004, novo upravuje podmienky, ktoré sa vzťahujú na mladých páchatel'ov

(14) Ú. v. EÚ L 47, 18.2.2004, s. 1.



protiprávných činov uvedených v trestnom zákone a ktoré majú prednosť pred všeobecnými právnymi predpismi. Trestné opatrenia by sa mali ukladať, len keď je to nevyhnutné a súčasťou výchovných opatrení môže byť zákaz užívania látky alebo povinnosť podrobiť sa liečbe. Aj najvyššie hranice nevazobných trestov sú teraz polovičné oproti trestom, ktoré možno uložiť dospelým. V Poľsku ustanovuje ministerské nariadenie z januára 2003 osobitné formy výchovných a preventívnych činností medzi drogami ohrozenými deťmi a mladistvými. Školy musia zaviesť do praxe výchovné a preventívne stratégie.

V októbri 2003 uverejnila Európska právna databáza o drogách (*European Legal Database on Drugs*; ELDD) porovnávaciu štúdiu o právnych predpisoch v oblasti drog a mládeže<sup>(15)</sup>, ktorá bola základom dokumentu napomáhajúceho Komisii vyhodnotenie akčného plánu EÚ 2000 – 2004, uverejnené v októbri 2004<sup>(16)</sup>. Vo vyhodnotení sa konštatuje, že dovedna 22 zákonov schválených v 11 členských štátoch (z 15) riešilo problematiku akčného plánu týkajúcu sa mládeže. Väčšina právnych predpisov sa snažila zabezpečiť alternatívy uväznenia, aj keď v šiestich krajinách schválili zákony určené na obmedzenie prevalencie užívania drog, najmä medzi mládežou. Celkovo sa však zdá, že sa za päťročné obdobie venovalo týmto bodom akčného plánu pomerne málo pôvodnej zákonodarnej pozornosti. Hĺbková analýza opatrení zameraných na mladistvých páchatel'ov užívajúcich drogy je v časti vybrané otázky, alternatívy väzby.

### Znižovanie škôd spojených s užívaním drog (*harm reduction*)

V priebehu rokov 2003 a 2004 bolo schválených viacero právnych predpisov, ktoré sa týkajú problému znižovania škôd spojených s užívaním drog.

Vo Francúzsku schválili v auguste 2004 zákon ustanovujúci päťročný plán politiky verejného zdravia, ktorý začleňuje politiku znižovania škôd spôsobených užívateľom drog do predpisov verejného zdravia, úradne vymedzuje pojem *harm reduction* a zaraďuje ho do právneho systému štátu.

Vo Fínsku sa vládnu vyhláškou zmenil a doplnil zákon o infekčných chorobách tak, že odborníci na infekčné choroby v zdravotných strediskách by mali vykonávať preventívnu prácu vrátane poskytovania zdravotníckeho poradenstva a prípadnej výmeny ihliel a striekačiek intravenóznym užívateľom drog. V Luxembursku upravuje národný program distribúcie injekčných striekačiek vyhláška veľkovoľvodstva z decembra 2003 určujúca

zariadenia a odborníkov, ktorí sú oprávnení poskytovať striekačky užívateľom drog. Toto podporuje trend k povoleniu prechovávať a dodávať sterilné striekačky výslovnými právnymi predpismi<sup>(17)</sup> podporenými končiacim sa akčným plánom EÚ 2000 – 2004, ktorý požadoval vypracovanie profylaktických predpisov. Ďalšie právne informácie možno nájsť v prehľade tém ELDD *Legal framework of needle and syringe programmes* [Právny rámec programov výmeny injekčných ihliel a striekačiek]<sup>(18)</sup>.

Zákon o zneužívaní drog v Spojenom kráľovstve zmenili a doplnili v auguste 2003 tak, aby umožňoval lekárom, farmaceutom a pracovníkom v oblasti protidrogovej liečby legálne zásobovať užívateľov drog, ktorí dostanú kontrolované drogy bez predpisu, tampónmi, sterilnou vodou, niektorými miešacími pomôckami (vrátanie lyžičiek, misiek, šálok a tanierov) a kyselinou citrónovou. V júni 2004 prijal nórsky parlament na tri roky dočasný zákon o pokusnom programe drogových injekčných miestností. Tento zákon vyňal užívateľov injekčnej miestnosti z trestnej zodpovednosti za prechovávanie a použitie jednej dávky drog a vo februári 2005 dovolil otvoriť vyhradenú injekčnú miestnosť.

Viacere mimovládne organizácie (*Non-governmental organisations*; NGO) v Českej republike poskytujú služby testovania tabletiiek, ktorých cieľom je znížiť riziko užitia neznámej alebo nepredpokladanej látky, hoci o legálnosti takých programov sa zanietene diskutuje. V roku 2003 sa nezačalo žiadne trestné konanie a jediný prípad (ešte z roku 2002), ktorý polícia tak ďaleko dotiahla, štátny zástupca zamietol. Najvyššie štátne zastupiteľstvo odvtedy vydalo usmernenie v tejto veci.

Nová stratégia aj akčný plán EÚ, v súlade s týmto legislatívnym vývojom, všeobecne uznávajú služby *harm reduction* ako odôvodnenú odpoveď na dopyt po rozšírení prístupu k výmene ihliel s cieľom znížiť zdravotné riziká jednotlivca i spoločnosti ako celku, súvisiace s užívaním drog.

### Trestný postih

V sledovanom období vykonali viaceré krajiny vo svojich právnych predpisoch tiež zmeny týkajúce sa trestov, ktoré možno uložiť za rôzne trestné činy, a ktoré sa, okrem už uvedených, osobitne týkajú mládeže. Napríklad Belgicko a Spojené kráľovstvo oznámili výrazné zníženie trestných sadziieb za neproblematické prechovávanie kanabisu v minulom roku. Nová smernica vydaná vo februári 2005 v Belgicku vysvetľuje výnimky z tejto zníženej trestnej sadzby a požaduje uplatňovanie trestov v plnej výške

<sup>(15)</sup> *Young people and drugs: a legal overview* [Mládež a drogy: právny prehľad] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

<sup>(16)</sup> *Drug law and young people 2000–2004* [Právne predpisy o drogách a mládež 2000 – 2004] (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

<sup>(17)</sup> Od roku 1999 vydalo zákony sedem štátov: Belgicko, Francúzsko, Luxembursko, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko a Fínsko.

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

v prípadoch „narušenia verejného poriadku“. To sa vzťahuje na prechovávanie kanabisu na miestach alebo v blízkosti miest, na ktorých by sa mohli zhromažďovať deti školského veku (v školách, parkoch, na autobusových zastávkach) a aj na „očividné“ prechovávanie kanabisu na verejných priestranstvách alebo vo verejných budovách. Zmena a doplnenie zákona o euforizačných látkach z mája 2004 spolu s obežníkom verejného žalobcu v Dánsku ustanovili, že prechovávanie drog na vlastnú potrebu sa teraz obvykle potresce pokutou, namiesto predošle vydaných výstrah.

Sledujú model zmien možného postihu užívateľov drog a obchodníkov s drogami, ktorý sa podľa informácií EMCDDA<sup>(19)</sup> objavil v ostatných rokoch. Napríklad v Belgicku ustanovili v roku 2003 novú kategóriu trestného činu, ktorá umožňuje neproblematickým užívateľom kanabisu beztrestnosť, v Grécku znížili najvyšší trest za užívanie drog z piatich rokov na jeden rok a v Maďarsku vypustili trestný čin užívania drog z trestného zákonníka. V roku 2002 zrušili v Estónsku trestný čin opakovaného užívania alebo držby malého množstva nelegálnej drogy na osobnú spotrebu (s príslušným najviac trojročným trestom odňatia slobody), zatiaľ čo Litva doplnila do svojho trestného zákonníka trestný čin prechovávania s možným trestom odňatia slobody až na dva roky. V roku 2001 odkriminalizovali v Luxembursku užívanie kanabisu a zrušili s tým spojený trest odňatia slobody za jednoduché užívanie drogy bez prirážajúcich okolností a vo Fínsku uzákonnili trestný čin užívania drogy s nižšou hornou sadzbou odňatia slobody a skráteným trestným konaním pred prokurátorom. V roku 2000 uzákonnili v Portugalsku administratívne sankcie za užívanie drog, kým v tom istom roku v Poľsku zrušili dovtedy možnú výnimku beztrestnosti v prípade trestného činu prechovávania omamnej látky. Tento model však neprihliada na zníženie kontroly nad účinkami užívania drog na spoločnosť, ako možno vidieť vyššie vo vybranej otázke o verejnom pohoršení a obmedzeniach prechovávania drog v blízkosti mládeže.

Trendom je zvyšovanie možných trestov pre osoby podozrivé z nedovoleného obchodovania. V Dánsku zvýšili v marci 2004 hornú hranicu trestov za trestné činy obchodovania o viac ako 50 %. Začiatkom roku 2004 sprísnilo v Estónsku tresty za väčšinu zločinov súvisiacich s drogami, najmä ak ide o skutky s prirážajúcimi okolnosťami. V Spojenom kráľovstve sa zvýšila horná hranica sadzby za nedovolené obchodovanie s drogami triedy C z piatich na 14 rokov odňatia slobody. V ostatných rokoch bolo okrem toho vidieť zvýšený dôraz na tresty za určité trestné činy distribúcie drog mládeži (pozri vyššie) a za trestné činy nedovoleného obchodovania v Grécku v roku 2001, v Litve v roku 2000

a v Írsku v roku 1999. Táto jednotne sa zvyšujúca tvrdosť trestov za nedovolené obchodovanie s drogami sa premietla do európskeho rámcového rozhodnutia z októbra 2004, ktorým sa stanovujú minimálne ustanovenia o znakoch skutkových podstát trestných činov a trestov v oblasti nezákonného obchodu s drogami.

### Drogy na pracovisku

Dve krajiny informovali o snahách legislatívne upraviť drogy na pracovisku. Cieľom zákona o ochrane súkromia v pracovnom živote (759/2004) vo Fínsku je regulácia a zvyšovanie súkromia zamestnanca v súvislosti s testovaním zneužívania drog v pracovnom živote. Zákon ustanovuje, že zamestnávateľ a pracovníci musia vypracovať protidrogový program vrátane plánov prevencie a možností liečby pre pracovisko a zoznam pracovných miest, na ktorých sa vyžaduje osvedčenie o drogovom teste. V priebehu prijímacieho konania môže zamestnávateľ vyžadovať osvedčenie o absolvovaní drogového testu len od úspešného kandidáta. Zamestnávateľ má právo využiť informácie z osvedčenia, ak si pracovné miesto vyžaduje presnosť, spoľahlivosť, samostatné uvažovanie alebo zvýšenú pozornosť a ak by výkon funkcie pod vplyvom drog alebo v závislosti od drog mohol ohroziť život alebo zdravie, alebo zapríčiniť významné škody. Počas pracovného pomeru musí zamestnanec predložiť osvedčenie len v prípade dôvodného podozrenia, že je závislý od drog alebo že pracuje pod ich vplyvom.

V Írsku uverejnili v júni 2004 návrh zákona o bezpečnosti, zdraví a duševnej pohode v práci (*Safety, Health and Welfare at Work Bill 2004*). V jednom paragrafe sa vyžaduje od zamestnancov zabezpečiť, že v práci nebudú pod vplyvom žiadnej toxickéj látky v takej miere, aby pri práci mohli ohroziť bezpečnosť, zdravie a duševnú pohodu seba alebo inej osoby. Od zamestnancov sa tiež vyžaduje, aby sa podrobili akémukoľvek vhodnému, odôvodnenému a primeranému testovaniu príslušnej osoby, ak to zamestnávateľ odôvodnene požaduje.

V novom akčnom pláne EÚ sa zdôrazňuje prevencia v určitých prostrediach, napr. aj na pracovisku. Zvýšený dôraz na ciele prevencie môže vyznačovať všeobecný trend zmierňovania trestov pre užívateľov drog, možno v dôsledku obáv so zreteľom na prevalenciu a frekvenciu užívania drog v EÚ. Nejestvujú však žiadne spoľahlivé údaje o skutočnej veľkosti tohto vnímaného javu a drogové testy čohokoľvek iného než skutočného vplyvu môžu vyvolať v niektorých vnútroštátnych a medzinárodných právnych systémoch zložité právne otázky okolo súkromia. Medzičasom pokračujú súkromné investície, ktorých cieľom je zlepšiť presnosť a používateľské pohodlie testovacích súprav.

<sup>(19)</sup> Ďalšie podrobnosti pozri v tematickom dokumente EMCDDA *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* [Užívanie nelegálnych drog v EÚ: legislatívne prístupy] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

### Verejné pohoršenie súvisiace s drogami: trendy politiky a opatrení vo výročnej správe EMCDDA 2005: vybrané otázky

Verejné pohoršenie je nový problém v politickej diskusii o drogách tak na národnej, ako aj európskej úrovni. Správanie a aktivity, na ktoré sa „verejné pohoršenie súvisiace s drogami“ vzťahuje, existujú vo väčšine členských štátov, kandidátskych krajín a v Nórsku dávno. Nedívame sa teda na nové javy, ale skôr na novú snahu, zrejmu prinajmenšom v protidrogovej politike niektorých členských štátov, kategorizovať a zhromaždiť tieto javy v rámci jedného zastrešujúceho pojmu a ako cieľ národnej protidrogovej stratégie znížiť ich výskyt.

Do akej miery je táto snaha spoločná európskym krajinám?  
Existuje konsenzuálne vymedzenie tohto pojmu?  
Aký je charakter a rozsah javov, ktoré sa majú posúdiť?  
Aká je politika zameraná na dosiahnutie zníženia

verejného pohoršenia súvisiaceho s drogami a aké druhy opatrení sa uskutočňujú, bez ohľadu na ich osobitné a výslovné určenie? Sú už k dispozícii dajaké výsledky hodnotenia a sú vytvorené štandardy kvality zákroku? Toto všetko sú hlavné otázky, ktoré sa v rámci týchto vybraných otázok majú zodpovedať.

Predstavením aktuálneho prehľadu vývoja témy verejného pohoršenia súvisiaceho s drogami v politickej diskusii v Európe sa EMCDDA snaží informovať politických predstaviteľov a širokú verejnosť o charaktere javu, trendoch a opatreniach v tejto oblasti protidrogovej politiky.

Táto vybraná otázka je v tlačenej verzii a na internete len v angličtine (<http://issues05.emcdda.eu.int>), in „Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures“, *EMCDDA annual report 2005: selected issues*.



## Kapitola 2

# Školy, mládež a drogy

Porovnateľné údaje o užívaní alkoholu a drog mladistvými pochádzajú väčšinou z prieskumov medzi 15- až 16-ročnými žiakmi. V rámci Európskeho školského prieskumného projektu o alkohole a iných drogách (ESPAD) sa uskutočnili prieskumy v rokoch 1995, 1999 a naposledy v roku 2003. Prieskum v roku 2003 (Hibell a kol. 2004) poskytuje porovnateľné údaje z 22 členských štátov EÚ, Nórska a troch kandidátskych krajín (Bulharska, Rumunska a Turecka). Aj iné školské prieskumy (napr. v Holandsku, vo Švédsku a v Nórsku) a prieskumy zdravotných návykov detí v školskom veku (HBSC)

poskytujú údaje o užívaní drog medzi školákmi a ich zistenia sú všeobecne veľmi podobné.

## Prevalencia a vzory užívania drog

### Kanabis

Posledné údaje z prieskumu ESPAD v roku 2003 ukazujú, že najvyššia celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi 15- a 16-ročnými školákmi je v Českej republike (44 %) (obrázok 1). Najnižšie odhady celoživotnej prevalencie (menej ako 10 %) pochádzajú z Grécka,

### Projekt európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách (ESPAD): stále dôležitejší zdroj informácií na pochopenie trendov v užívaní drog a alkoholu mladými ľuďmi

ESPAD je dôležitým zdrojom informácií o užívaní drog a alkoholu medzi žiakmi európskych škôl a neoceniteľným je kvôli zaznamenávaniu trendov v čase. Prieskumy ESPAD sa uskutočnili v rokoch 1995, 1999 a 2003. Uplatňovanie štandardizovaných metód a nástrojov na reprezentatívnych celoštátnych vzorkách školákov vo veku 15 až 16 rokov zabezpečuje súbor porovnateľných údajov s vysokou kvalitou. Účasť na ESPAD sa s každým prieskumom zvyšovala a zúčastnili sa na nich tak členské štáty EÚ, ako aj nečlenské krajiny. V roku 1995 to bolo dovedna 26 európskych krajín (vrátane 10 krajín, ktoré pristúpili k EÚ v máji 2004). Počet sa v roku 1999 zvýšil na 30 a na prieskume v roku 2003 sa podieľalo impozantných 35 krajín, vrátane 23 členských štátov EÚ (s 10 krajinami, ktoré pristúpili k EÚ v roku 2004), troch kandidátskych krajín (Bulharska, Rumunska a Turecka) a Nórska. Na štúdiu s nezúčastnilo Španielsko, ale v správe ESPAD 2003 sa uvádzajú národné údaje z prieskumu na španielskych školách (PNSD).

Základom porovnateľnosti školského prieskumu ESPAD sú štandardizácia cieľovej vekovej skupiny, metóda a načasovanie zberu údajov, využitie náhodne vybranej vzorky, rozsah navrhnutého dotazníka a zabezpečenie anonymity.

Otázky prieskumu sa zameriavajú na konzumáciu alkoholu (celoživotnú, 12-mesačnú a 30-dňovú prevalenciu,

priemernú spotrebu, opitost) a užívanie nelegálnych drog (celoživotnú, 12-mesačnú a 30-dňovú prevalenciu vrátane miery, v akej sa vyskytlo užívanie drogy počas týchto okien).

Niektoré z hlavných zistení prieskumu v roku 2003 v členských štátoch EÚ, kandidátskych krajinách a Nórsku sú:

- Kanabis je s odstupom najužívanejšou nelegálnou drogou.
- Extáza je druhou najužívanejšou nelegálnou drogou, ale skúsenosť s ňou je relatívne nízka.
- Skúsenosť s amfetamínmi, LSD a ostatnými halucinogénmi je nízka.
- Napriek nízkej prevalencii užívania sú magické huby najužívanejšími halucinogénmi v 12 členských štátoch EÚ.
- Medzi ostatné látky užívané žiakmi na školách patria trankvilizéry a sedatíva bez lekárskeho predpisu (s najvyššou uvádzanou celoštátnou úrovňou 17 %) a inhalanty (celoštátne maximum 18 %).
- Tridsaťdňová prevalencia opitosti (definovanej vypitím aspoň piatich pohárov alkoholu po sebe) je v jednotlivých krajinách veľmi rozdielna.

Informácie o ESPAD a dostupnosti novej správy možno nájsť na webovej stránke ESPAD ([www.ESPAD.org](http://www.ESPAD.org)).

Cypru, zo Švédska, z Nórska, Rumunska a Turecka. Medzi krajiny, v ktorých je podiel vyšší než 25 %, patria Nemecko, Taliansko, Holandsko, Slovensko a Slovinsko (27 a 28 %), kým odhady najvyššej celoživotnej prevalencie, od 32 do 40 %, uviedli z Belgicka, Francúzska, Írska a zo Spojeného kráľovstva. Vo väčšine krajín od roku 1995 sústavne rástol počet školákov, ktorí už okúsili kanabis (20). Rozdiely medzi jednotlivými krajinami sú však značné.

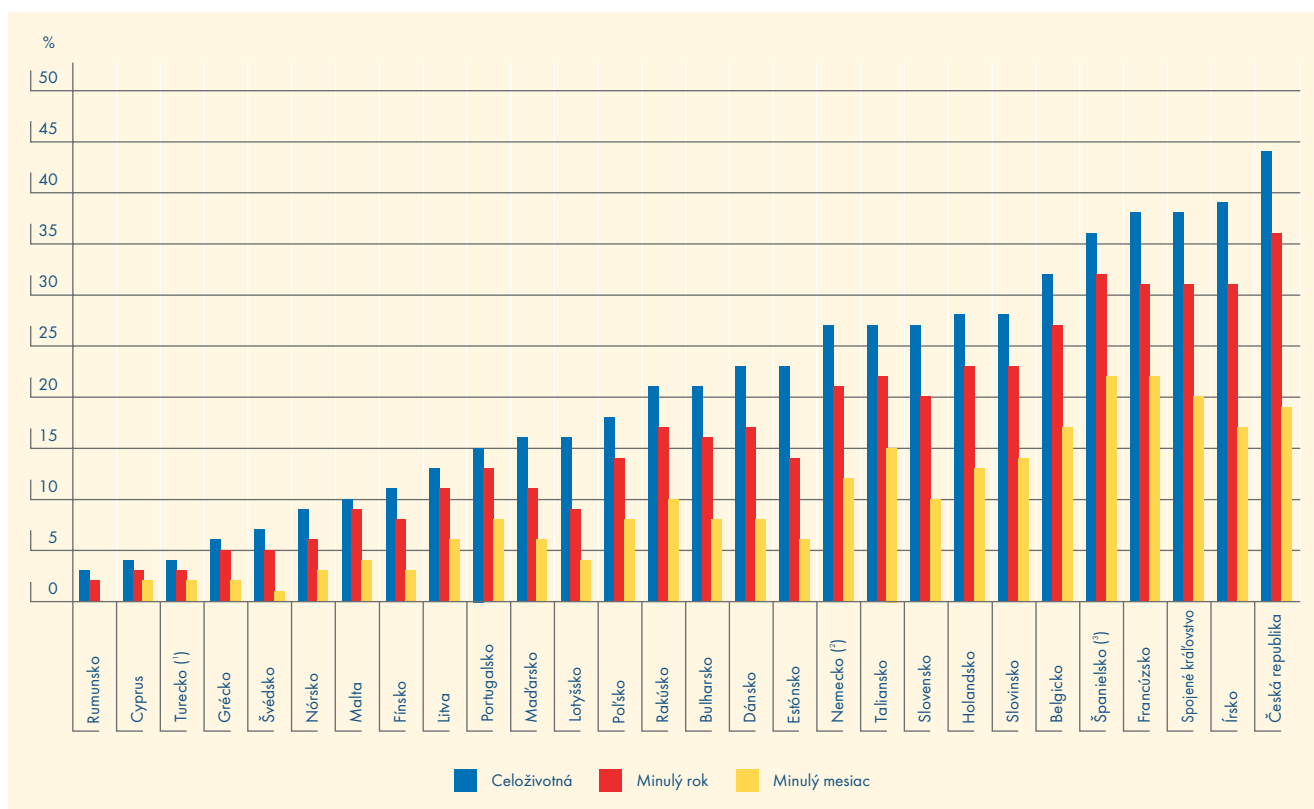
Nové údaje z prieskumov ESPAD 2003 o 15- až 16-ročných školákoch ukazujú, že celoživotná prevalencia užívania kanabisu sa pohybuje od 3 do 44 %. Od 2 do 36 % školákov priznalo užívanie drogy za posledných 12 mesiacov, kým užitie drogy v minulom mesiaci sa pohybovalo v rozmedzí od 0 % v niektorých krajinách do 19 % inde (21) (obrázok 1). Relatívne rozdiely sú v rôznych mierach prevalencie. Napríklad celoživotná prevalencia je najvyššia v Českej republike, ale súčasné užívanie (minulý mesiac) je najvyššie v Španielsku a vo Francúzsku (22 %).

Skoro vo všetkých krajinách je prevalencia užívania kanabisu vyššia medzi chlapcami než medzi dievčatami. Rozdiely podľa pohlavia sú zreteľnejšie medzi školákmi, ktorí priznali, že v živote užili kanabis 40-krát a viac (22).

Starší žiaci (17- až 18-roční) boli zahrnutí do celoštátnych školských prieskumov, ktoré sa uskutočnili v 11 členských štátoch a Bulharsku. Celoživotná prevalencia užívania kanabisu v tomto vekovom rozmedzí kolíše od menej ako 2 % na Cypre do 56 % v Českej republike, kým súčasné užívanie kanabisu (minulý mesiac) sa pohybovalo od menej ako 1 % na Cypre do takmer 30 % vo Francúzsku. Vo všetkých krajinách, v ktorých sa robil prieskum, s výnimkou Cypru, boli odhady prevalencie medzi staršími žiakmi vyššie, ako odhady pri 15- až 16-ročných žiakoch (23).

Od roku 1999 do roku 2003 vzrástol v Českej republike o 5 % počet školákov, ktorí priznali, že kanabis skúsili ako 13-roční alebo mladší. Mierne zvýšenie tohto počtu (1 – 3 %) (24) uviedli v ďalších trinástich štátoch EÚ.

**Obrázok 1:** Celoživotná, nedávna a súčasná prevalencia užívania kanabisu u 15- až 16-ročných školákov v roku 2003



(1) Turecké údaje sa týkajú jedného veľkomesta a rôznych šiestich regiónov (Adany, Ankary, Diyarbakira, Istanbulu, Izmiru a Samsunu)  
 (2) Nemecké údaje sa týkajú iba šiestich regiónov (Bavorska, Brandemburska, Berlína, Hessenska, Meklemburska-Západného Pomoranska a Durínska).  
 (3) Španielsko sa nezúčastnilo na prieskume ESPAD. Uvedené údaje sú prevzaté zo španielskeho prieskumu vykonaného v novembri a decembri 2002. Otázky o prevalencii užívania drog možno považovať za zlučiteľné s otázkami ESPAD, ale iné aspekty metódy znamenajú, že španielske údaje nie sú striktné porovnateľné.  
 Zdroj: Hibell a kol. 2004.

(20) Pozri obrázky EYE-1 (časť ii) a EYE-1 (časť ix) v štatistickej ročenke 2005.

(21) Pozri kapitolu 3 s podrobnejším opisom o užívaní kanabisu medzi školákmi.

(22) Pozri obrázok EYE-1 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

(23) Pozri tabuľky EYE-1 a EYE-3 v štatistickej ročenke 2005.

(24) Pozri obrázok EYE-1 (časť vii) v štatistickej ročenke 2005.

Zníženie (o 1 %) zistili len v Holandsku a Spojenom kráľovstve.

Podľa nedávnej štúdie Eurobarometer (2004) <sup>(25)</sup> vzrástol počet mladých ľudí vo veku 15 – 24 rokov, ktorí vyhlásili, že im daktó ponúkol kanabis, zo 46 % v roku 2002 na 50 % v roku 2004. V tom istom období vzrástol zo 65 % na 68 % aj počet mladých ľudí, ktorí priznali, že poznajú ľudí, čo užívali kanabis.

Prieskumy ESPAD ukazujú, že vnímanie kanabisu žiakmi, tak pokiaľ ide o riziká spojené s užívaním, ako aj pokiaľ ide o dostupnosť drogy, tesne koreluje s celoživotnou prevenciou užívania kanabisu. Vzťah medzi rizikom a prevenciou je opačný <sup>(26)</sup>, t. j. vnímaniu vysokého rizika zodpovedá nízka prevencia užívania a naopak, ale medzi vnímaním dostupnosti a celoživotnou prevenciou užívania <sup>(27)</sup> je kladná korelácia.

Mladí ľudia v krajinách s odhadmi nadpriemernej prevencie užívania kanabisu budú pravdepodobne stále viac než „obvykle“ náchylní užívať kanabis. Väčšina krajín, v ktorých uvádzali relatívne vysoký odhad celoživotného užívania kanabisu, uviedla aj relatívne vysoké odhady „opíjania sa“ u nás známeho ako „šnúra“ alebo „záťah“ (definovaného ako vypitie piatich alebo viacerých pohárov alkoholu po sebe) počas minulých 30 dní <sup>(28)</sup>, s pripomienkou, že oba návyky sú pravdepodobne súčasťou obvyklého životného štýlu. Výnimky z tohto vzoru uviedli vo Francúzsku, v Taliansku a Bulharsku, kde je užívanie kanabisu relatívne časté, ale opíjanie relatívne zriedkavé.

### Ostatné drogy

V 14 spomedzi štátov EÚ a kandidátskych krajín bola podľa prieskumu ESPAD 2003 <sup>(29)</sup> prevencia užívania extázy vyššia, ako užívania amfetamínu. Najnižšie úrovne celoživotného užívania extázy (2 % a menej) zistili v Dánsku, Grécku, na Cypre, v Litve, na Malte, vo Fínsku, Švédsku, v Nórsku, Rumunsku a Turecku. Vyššie hodnoty prevencie, od 3 do 4 %, uviedli Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Taliansko, Lotyšsko, Rakúsko, Poľsko, Portugalsko, Slovinsko, Slovensko a Bulharsko. Najvyššie hodnoty celoživotnej prevencie užívania extázy boli v Českej republike (8 %) a v Estónsku, Španielsku, Írsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve (po 5 %).

Pokiaľ ide o mieru prevencie v rôznych obdobiach, najvyššia miera celoživotnej prevencie užívania extázy

o roku 2003 bola 8 % v porovnaní s 5 % užívanie za posledných 12 mesiacov (nedávne užívanie) a 2 % užívania počas minulého mesiaca (súčasnú užívanie).

Nepretržité prieskumy ukazujú, že v období 1995 až 2003 všeobecne vzrástla celoživotná prevencia užívania extázy medzi 15- a 16-ročnými žiakmi, s najväčšími prírastkami v Českej republike a vo väčšine nových členských štátov <sup>(30)</sup>. Údaje o celoživotnej prevencii z prieskumov ESPAD 1999 však ukazujú kolísanie v niektorých krajinách. Pokles užívania extázy, ktorý nastal v Spojenom kráľovstve pred rokom 1999, možno pravdepodobne čiastočne pripísať rozsiahlemu spravodajstvu médií o úmrtiach súvisiacich s užívaním extázy v druhej polovici deväťdesiatych rokov.

### Psilocín a psilocybín – magické huby

Psilocín a psilocybín, psychoaktívne zložky tzv. „magických húb“ sú uvedené v zozname 1 k dohovoru OSN z roku 1971 a ako také sa kontrolujú vo všetkých členských štátoch. Právne postavenie magických húb a rozsah, v akom sa uplatňujú akékoľvek právne obmedzenia na ich pestovanie a spotrebu, sa však v členských štátoch líšia, t. j. huby sa kontrolujú, nekontrolujú alebo kontrolujú, ak sú „spracované“, teda ich stav nie je právne úplne jasný.

Po prvýkrát sa uvádzalo užívanie „magických húb“ v prieskume ESPAD v roku 2003. Odhady prevencie užívania „magických húb“ medzi 15- až 16-ročnými školákmi prevýšili odhady pri LSD alebo iných halucinogénnych drogách vo väčšine zúčastnených krajín, alebo sú rovnaké <sup>(31)</sup>. Navyše, v porovnaní s celoživotnou skúsenosťou užívania extázy bola celoživotná prevencia užívania magických húb vyššia v Belgicku, Nemecku a vo Francúzsku a rovnaká v Českej republike, Dánsku, Taliansku, Holandsku a Poľsku. Celoživotná prevencia užívania magických húb bola nulová na Cypre, vo Fínsku a v Rumunsku, stúpajúca na 4 % v Nemecku, Írsku a Spojenom kráľovstve a na 5 % v Belgicku, vo Francúzsku a v Holandsku. Najvyššia prevencia je v Českej republike (8 %). Údaje o trende užívania magických húb nie sú k dispozícii.

### Nový vývoj v oblasti prevencie

Hodnoty a správanie jednotlivcov ovplyvňuje to, čo vnímajú ako obvyklé vo svojom sociálnom prostredí

<sup>(25)</sup> V roku 2004 sa uskutočnil druhý prieskum Eurobarometra (Eurobarometer 2004), *Young people and drugs* [Mládež a drogy]. Prieskum sa uskutočnil na náhodnej vzorke 7 659 mladých ľudí vo veku 15 – 24 rokov v 15 členských štátoch, v ktorých sa konal i predchádzajúci prieskum v roku 2002.

<sup>(26)</sup> Pozri obrázok EYE-1 (časť v) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(27)</sup> Pozri obrázok EYE-1 (časť vi) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(28)</sup> Pozri obrázok EYE-1 (časť viii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(29)</sup> Pozri obrázok EYE-2 (časť iv) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(30)</sup> Pozri obrázok EYE-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(31)</sup> Pozri obrázok EYE-2 (časť v) v štatistickej ročenke 2005.

a platí to najmä o mladých ľuďoch. Ak vnímajú experimentálne užívanie kanabisu ako „normálne“ a spoločensky prijateľné (spojené s nízkou úrovňou rizika a ľahkou dostupnosťou), môže to mať rozhodujúci vplyv na ich hodnoty a správanie sa vzhľadom na užívanie kanabisu (Botvin 2000). Výzvou pre prevenciu je ponúknuť mladým ľuďom sociálne a kognitívne stratégie na vyrovanie sa s týmito vplyvmi. Nie je preto realistické posudzovať účinnosť preventívnej politiky na základe údajov o užívaní drog mladými ľuďmi, najmä nie na základe odhadov experimentálneho užívania, ktoré kopírujú spoločenské normy a nie skutočné problémové správanie.

Namiesto toho by sa mala prevencia hodnotiť podľa viacerých zrozumiteľných kritérií: jednoznačne definovaných cieľov, cieľových skupín a činností stanovených v národných stratégiách a vychádzajúcich z medzinárodnej bázy znalostí; opatrení kontroly kvality; vypracovania opatrení selektívnej prevencie a rodinnej prevencie; a regulačných opatrení o legálnych drogách s cieľom ovplyvňovať spoločenské normy, ktorých súčasťou je tolerovanie určitých spotrebných návykov alebo súhlas s nimi.

Pokiaľ ide o hodnotenie stratégií prevencie, v nových národných stratégiách Francúzska a Talianska vidieť dôležitý posun oproti predchádzajúcim politikám týchto krajín v teraz lepšie definovanej role prevencie rovnako, ako vo význame štruktúrovaných programov a prioritných oblastí výkonu opatrení. V takmer všetkých členských štátoch je zrejماً tendencia k strategickejšiemu prístupu a zraniteľné skupiny sa stále častejšie objavujú v celkovom plánovaní.

### Normatívne a štruktúrne opatrenia

Opatrenia na kontrolu legálnych drog pomáhajú vytvárať normatívne základy, na ktorých možno budovať ďalšie preventívne opatrenia. Spoločenské normy, ktoré podporujú užívanie tabaku a alkoholu a tolerujú ich vplyv na správanie, sú dobre známymi rizikovými faktormi zhovievavého postoja k nelegálnym drogám a ich užívaniu (Becoña 2002). Na rozdiel od všeobecne rozšíreného presvedčenia ovplyvňuje spoločenské názory viac politika kontroly, než masmediálne kampane alebo výchovné metódy (Hawks a kol. 2002; Canning a kol. 2004). Eurostat (2002) porovnal opatrenia na kontrolu tabaku a indikátory fajčenia detí/mladistvých v členských štátoch EÚ a zistil súvislosť medzi prísnou politikou kontroly tabaku (zákaz reklamy, vekové obmedzenie kupujúcich, zákazy atď.) a fajčiarskymi návykmi. Zistená miera výskytu fajčiarov medzi mladistvými bol vyššia v krajinách s relatívne zhovievavou politikou (napr. v Dánsku, Nemecku a Spojenom kráľovstve), než v krajinách

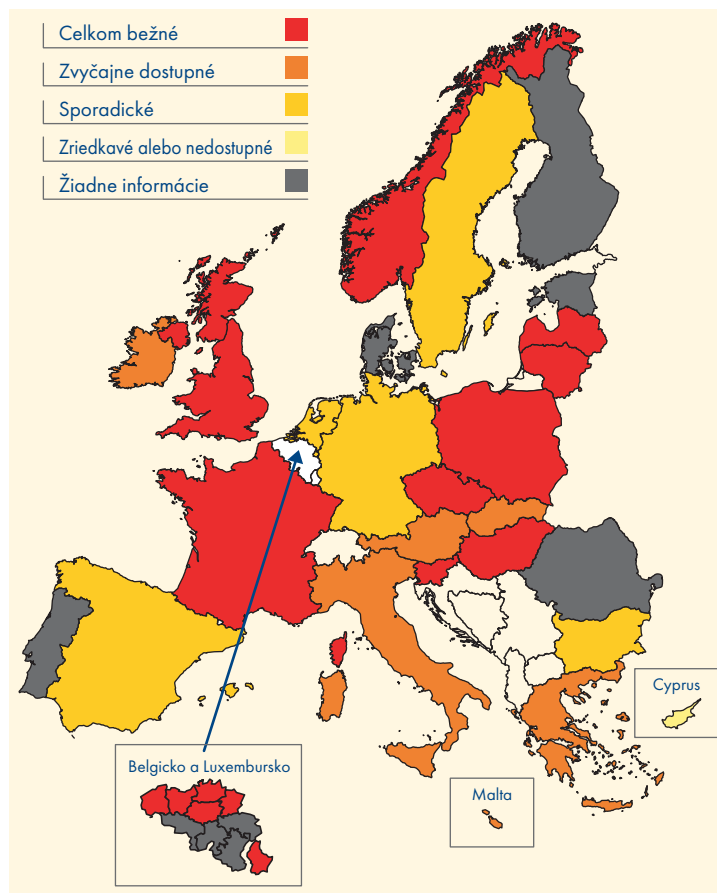
s prísnejšou kontrolou (napr. vo Francúzsku, Švédsku a v Nórsku). Je známe, že účinok preventívnych opatrení sa obmedzí, ak proti nim pôsobia alebo ich prinajmenšom nepodporujú spoločenské normy a politiky. V tejto oblasti sa ujali iniciatívy EÚ a Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) (Aspect Consortium 2004) a členské štáty stále viac spájajú politiku kontroly tabaku s drogovou prevenciou.

### Prevencia na školách

Vo všetkých členských štátoch sa považujú školy za najdôležitejšie prostredie univerzálnej prevencie a dôraz na prevenciu na školách sa v národných stratégiách a v štruktúrovanom uskutočňovaní tohto prístupu viditeľne zvýšil. Odzrkadlilo sa to v rozšírení školských drogových politík (obrázok 2) a vo vývoji špecifických modulárnych programov drogovej prevencie pre školy, ako aj v zlepšenej odbornej príprave učiteľov.

Štruktúrovanejšie programy prevencie zaviedlo (Dánsko má svoj prvý školský program životných zručností), rozšírilo (Nemecko) alebo plánuje zaviesť (Francúzsko a Taliansko vo svojich národných stratégiách)

Obrázok 2: Vývoj školskej politiky



Poznámka: Nemecká jazyková oblasť Belgicka = sporadické.  
Zdroje: Národné kontaktné miesta Reitox.



viac krajín ako v minulosti. Napríklad v roku 2003 boli zavedené preventívne programy v 60 % poľských škôl.

Grécko je obzvlášť dobrým príkladom ústupu preventívnej politiky od prístupu založeného na tradičnom a individuálnom informovaní (poradenstve) a prechodu na uskutočňovanie skutočnej stratégie verejného zdravia, ktorá môže maximalizovať dosah programových prístupov. Počet programov prevencie na školách sa v Grécku v rokoch 2000 až 2003 viac ako zdvojnásobil a počet rodinných programov sa v tom istom období strojnásobil. Aj Malta a Spojené kráľovstvo prehľadli rolu programového prístupu vo svojej preventívnej politike: program *Blueprint* sa snaží zistiť, ako prispôbiť medzinárodný výskum účinnej drogovej prevencie anglickému školskému systému a založený je na dokazovaní tvrdenia, že kombinovanie školského vzdelávania o drogách so zapojením rodičov, s mediálnymi kampaňami, miestnymi zdravotníckymi podujatiami a partnerstvom spoločenstva je účinnejšie než osamotené školské zásahy. Za päť rokov bolo na tento program vyčlenených šesť miliónov libier (8,5 mil. eur) <sup>(32)</sup>.

### Monitorovanie a kontrola kvality

Kontrola a zlepšovanie kvality prevencie závisí predovšetkým od získania vierohodného prehľadu o jestvujúcich činnostiach a ich obsahu. Členské štáty preto pripisujú stále väčší význam monitorovaniu programov prevencie, ako ilustrujú nové programy v Nemecku <sup>(33)</sup> a Nórsku <sup>(34)</sup> alebo maďarský výskumný projekt „Svetlá a tieň“, v rámci ktorého sa zhromažďovali informácie o obsahu, cieľoch, metodike, cieľových skupinách a rozšírení preventívnych programov na školách. Monitorovanie zaviedli aj v Českej republike a pomocou registračného programu *Ginger* aj vo Flámsku. Žiaľ, Španielsko upustilo od svojho programu *IDEA Prevención*, ktorý bol po mnoho rokov v Európe najlepšie prepracovaným systémom monitorovania a kvality prevencie.

Informačné systémy o prevencii pomáhajú sledovať aj výskyt neúčinných postupov a súčastí programu. Vo viacerých členských štátoch sú, napríklad, stále bežné jednorazové informačné besedy alebo prednášky odborníkov, alebo policajných dôstojníkov napriek jednotným záverom výskumu, že takéto podujatia sú v najlepšom prípade neefektívne, ak nie škodlivé (Canning a kol. 2004).

Obsah preventívnych programov možno kontrolovať len systematickým zaznamenávaním preventívnych činností a na základe znalosti ich efektívnosti sa potom zamerať na určité skupiny obyvateľstva. Usmernenia alebo normy uplatňovania preventívnych programov sú nevyhnutné najmä v krajinách, v ktorých je prevencia dôsledne decentralizovaná.

### Obsah programov a činností

Zvýšenie počtu programových prístupov a zlepšený zber štandardizovaných informácií umožnili kontrolovať a porovnávať v EÚ obsah a trendy preventívnych politík. Informácie zvyčajne prichádzajú od národných odborníkov alebo skupín odborníkov, ktorí majú spoľahlivý prehľad o situácii vo svojej krajine, čo im umožňuje pracovať so štandardizovanými hodnoteniami alebo s kvantitatívnymi údajmi o sledovaných programových podujatiach, ktoré sú k dispozícii v niektorých štátoch, napr. v Grécku a Maďarsku.

Napríklad väčšina členských štátov zaviedla ako preventívne opatrenie na školách nácvik osobných a spoločenských zručností. Medzi jeho témy patrí rozhodovanie, riešenie problémov, určovanie cieľov a asertivita, komunikácia a empatia. Táto technika založená na dôkazoch, ktorá je odvodená z teórií sociálneho učenia <sup>(35)</sup>, sa v súčasnosti javí ako dôležitá metodika vo väčšine členských štátov, dokonca aj v krajinách, v ktorých neexistujú programové prístupy (Francúzsko, Luxembursko a Švédsko) (tabuľka 2). Estónsko informuje o rozšírenom používaní knihy, podľa ktorej sa vyučujú spoločenské zručnosti.

Poskytovanie informácií naďalej hrá ústrednú rolu v drogovej prevencii vo viacerých členských štátoch (pozri tabuľku 2). Obmedzená hodnota poskytnutých informácií sa v prevencii užívania drog uznáva iba pomaly (pozri napr. švédsku národnú správu). Prístupy, ktoré sú založené výhradne na zdravotnej výchove, sú takisto obmedzené v ovplyvňovaní kognitívnych procesov a často im chýbajú konkrétne zložky nácviku správania a sociálnej interakcie. Tieto prístupy sú však v niektorých krajinách stále veľmi rozšírené napriek nášmu terajšiemu chápaniu účinnej drogovej prevencie.

Sú dve vysvetlenia, prečo tento prístup k drogovej prevencii pretrváva. Jedným je inštinktívna a tradičná domnienka, že poskytovanie informácií o drogách a rizikách spojených

<sup>(32)</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint)

<sup>(33)</sup> *PrevNet* ([www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)).

<sup>(34)</sup> [www.forebyggingstiltak.no](http://www.forebyggingstiltak.no)

<sup>(35)</sup> Správanie sa považuje za výsledok sociálneho učenia prostredníctvom vzorovej roly, noriem, postojov „dôležitých iných“ (Bandura 1977). Negatívne postoje k užívaniu drogy a ochranné sebaoposobenie môžu byť naučené alebo podmienené. Táto koncepcia je základom vytvárania rovesníckych vzorov a vzoru určitej životnej zručnosti.

s užívaním drog bude pôsobiť ako odstrašujúci prostriedok. Druhé vysvetlenie odzrkadľuje veľmi čerstvý trend inšpirovaný snahami o zníženie škôd spojených s užívaním drog a zakladá sa na presvedčení, že kognitívne zručnosti sú dôležitejšie ako behavioristické prístupy vo výučbe mladých ľudí prijímať v živote informované rozhodnutia

a voľby. Zástancovia tejto techniky veria, že behavioristické prístupy k drogovej prevencii, ako je napr. zlepšovanie životných zručností, nenútené podporujú prevenciu a demonizujú užívanie drog (Ashton 2003; Quensel 2004) a že poskytnutie informácií je najlepšou metódou, ako dať mladým ľuďom kognitívne nástroje, ktoré potrebujú.

**Tabuľka 2: Prevencia na európskych školách**

|                    | Kvalitatívne štandardy/usmernenia <sup>(1)</sup> |         |                        | Osobné sociálne zručnosti pracovníkov | Ciele                              |                          |
|--------------------|--|---------|------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
|                    | Zavedené   | Povinné | Podmienka financovania |                                       | Primárne                           | Sekundárne               |
| Belgicko fl        | Áno  | Áno     | Áno                    | Celkom bežné                          | Životné zručnosti                  | Informácie               |
| Belgicko fr        | Áno  | Áno     | Áno                    | n.a.                                  | Ochranné prostredie                | Výchovný vzťah           |
| Česká republika    | Plánované  |         | Áno                    | Celkom bežné                          | Sebaúcta                           | Ochranné prostredie      |
| Dánsko             | Nie  |         |                        | Nie                                   | Informácie                         |                          |
| Nemecko            | Nie  |         |                        | Celkom bežné                          | Životné zručnosti                  | Informácie               |
| Estónsko           | Nie  |         |                        | Zriedkavé                             | n.a.                               |                          |
| Grécko             | Áno  | Áno     | Áno                    | Celkom bežné                          | Životné zručnosti                  | Výchovný vzťah           |
| Španielsko         | Plánované  | Áno     | Áno                    | Celkom bežné                          | Životné zručnosti                  | Sebaúcta                 |
| Francúzsko         | Áno  |         |                        | Zriedkavé                             | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Írsko              | Áno  | Áno     |                        | Celkom bežné                          | Životné zručnosti                  | Sebaúcta                 |
| Taliansko          | Áno  |         |                        | Zvyčajné                              | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Cyprus             | Plánované  | Áno     | Áno                    | Sporadicky                            | Ochranné prostredie                | Životné zručnosti        |
| Lotyšsko           | Plánované  |         |                        | Sporadicky                            | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Litva              | Nie  |         |                        | Zvyčajné                              | Informácie                         |                          |
| Luxembursko        | Áno  |         | Áno                    | Zvyčajné                              | Výchovný vzťah                     | Životné zručnosti        |
| Maďarsko           | Plánované  |         |                        | Zvyčajné                              | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Malta              | Nie  |         |                        | Celkom bežné                          | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Holandsko          | Áno  |         |                        | Nie                                   | Informácie                         |                          |
| Rakúsko            | Áno  |         | Nie                    | Sporadicky                            | Životné zručnosti                  | Ochranné prostredie      |
| Poľsko             | Nie  |         |                        | Zvyčajné                              | Životné zručnosti                  | Informácie               |
| Portugalsko        | Áno  | Áno     | Áno                    | Sporadicky                            | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Slovinsko          | Plánované  |         |                        | Sporadicky                            | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Slovensko          | Nie  |         |                        | Zriedkavé                             |                                    |                          |
| Fínsko             | n.a.   |         |                        | n.a.                                  | Poskytovanie služieb pre verejnosť | Informácie               |
| Švédsko            | Nie  |         |                        | Zvyčajné                              | Ochranné prostredie                | Zaradenie do spoločnosti |
| Spojené kráľovstvo | Áno  |         |                        | Celkom bežné                          | Informácie                         | Životné zručnosti        |
| Nórsko             | Nie  |         |                        | Zvyčajné                              | Informácie                         | Sebaúcta                 |
| Bulharsko          | n.a.   |         |                        | Sporadicky                            | Informácie                         | Ochranné prostredie      |
| Rumunsko           | n.a.   |         |                        | Sporadicky                            |                                    |                          |

Poznámka: n. a. = žiadne informácie nie sú k dispozícii.

<sup>(1)</sup> Treba pripomenúť, že nejednotné európske vymedzenie „kvalitatívnych štandardov a usmernení“ a porovnateľnosť môže ovplyvňovať rôzna úroveň podrobnosti.

Napriek svojim rozdielnym tradíciám oba prístupy považujú zdravotné návyky, a osobitne, užívanie drog, za vec osobnej racionálnej voľby, zatiaľ čo v zdravotných vedách sa dospelo k podstatnej zhode v tom, že sociálne faktory (susedstvo, skupina rovesníkov, normy) a osobné faktory (temperament, akademické a citové schopnosti) majú väčší vplyv na formovanie zdravotných návykov a návykové užívanie drogy ako číre poznanie.

Pomýlené vnímanie užívania drog v populácii rovesníkov, ako normálne a spoločensky prijateľné, je najdôležitejším kognitívnym prvkom, ktorý možno ovplyvniť prevenciou. V skutočnosti 30 % celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi mladými dospelými znamená, že viac ako dve tretiny tejto populácie nikdy neužili kanabis, a to je vlastne „normálne“. Techniky, ktoré pôsobia na normatívne presvedčenie mladých ľudí sa však v Európe využívajú zriedka, napriek preukázanej prospešnosti (Reis a kol. 2000; Taylor 2000; Cunningham 2001; Cuijpers a kol. 2002).

### Selektívna prevencia

Národné protidrogové stratégie a akčné plány stále častejšie a výslovne uvádzajú zraniteľné skupiny, na ktoré sa predovšetkým majú zamerať preventívne opatrenia. Toto zameranie je dokonca výraznejšie v nových členských štátoch: v Estónsku (deti ulice, osobitné školy), Maďarsku, na Cypre, Malte, v Poľsku (zanedbávané deti a mladiství z nefunkčných rodín) a Slovinsku.

Keďže zraniteľné skupiny, na ktoré sa zameriava selektívna prevencia, majú často významné skúsenosti s legálnymi i nelegálnymi drogami, väčšina zásahov selektívnej prevencie sa obmedzuje na poskytovanie cielených informácií, individuálne poradenstvo a tvorivé alebo športové alternatívy. Je potrebné pripomenúť, že metódy využívané v komplexných programoch sociálneho vplyvu univerzálnej prevencie sú prinajmenšom rovnako účinné, ak nie ešte účinnejšie, ako v selektívnej prevencii. Normatívna reštrukturalizácia (napr. zistenie, že väčšina rovesníkov odmieta užívanie), nácvik asertivity, motivácia a stanovenie cieľov ako aj korekcia mýtov sa medzi zraniteľnou mládežou osvedčili ako veľmi účinné (Sussman a kol. 2004), ale v selektívnej prevencii v EÚ zriedka využívané metódy. Intervenčné techniky v rekreačných zariadeniach (pozri „Prevencia v rekreačných prostrediach“, s. 48) majú väčšinou formu poskytovania cielených informácií.

### Selektívna prevencia na školách

Selektívna prevencia na školách sa zameriava hlavne na krízové opatrenia a včasnú identifikáciu žiakov, ktorí majú

problémy. Jej cieľom je nájsť na úrovni školy riešenia, ktorými sa zabráni vypadnutiu alebo vylúčeniu rizikových žiakov z učebného procesu, a tým ďalšiemu zhoršeniu ich situácie. Programové prístupy ponúkajú v Nemecku, Írsku, Luxembursku a Rakúsku (Leppin 2004), kým v Poľsku a vo Fínsku poskytujú učiteľom kurzy odbornej prípravy alebo usmernenia ako rozpoznať problémových žiakov, vrátane užívania drog, a ako vhodne zasiahnuť. Medzi tradičné individualistické prístupy patria výchovné psychologické služby (napr. vo Francúzsku a na Cypre), ktoré závisia od (samo-)odporúčania. Írsko má novú intenzívnu výchovno-sociálnu službu na spoluprácu so školou a rodinou, ktorej cieľom je vo výchovne znevýhodnených oblastiach zabezpečiť, aby deti navštevovali školu pravidelne.

### Selektívne prístupy na báze spoločenských

Selektívne prístupy v spoločenských sa väčšinou orientujú na zraniteľných mladých ľudí z ulice. V severských krajinách hliadajú v uliciach rodičovské skupiny organizované v rámci snáh „nočných tulákov“. V Rakúsku masívne investovali do zlepšenia rovnováhy medzi štruktúrami drogovej prevencie, spoločenskej výchovy a sociálnej práce cestou kurzov, kvalitatívnych usmernení a spoločných seminárov, napr. pre mladých sociálnych pracovníkov v rekreačných zariadeniach. Cieľom je tiež využitie mládežníckych štruktúr sociálnej práce na opatrenia profesionálnej drogovej prevencie. V rovnakých intenciách zavádza Nórsko spoluprácu medzi školami, službami na ochranu dieťaťa a sociálnymi službami a posilňuje ich interdisciplinárne snahy. Metódy rýchleho posúdenia a zásahu (*Rapid Assessment and Response; RAR*)<sup>(36)</sup> – rýchle zhromaždenie informácií (štatistický materiál) kombinované s rozhovormi (dotazníky, účelovo vybrané skupiny) alebo pozorovaniami problémovej oblasti – sa využívajú v týchto projektoch v Nórsku, ale aj v Nemecku a Holandsku.

Zásahy zamerané na vysoko rizikové susedstvo majú tradíciu v Írsku, Spojenom kráľovstve a v malom rozsahu v Holandsku a Portugalsku. Aj Nemecko (Stöver a Kolte 2003, citovaní v nemeckej národnej správe) a Francúzsko navrhli opatrenia v tejto oblasti. V týchto krajinách je novinkou cielená drogová prevencia podľa sociálnych kritérií v určitých geografických oblastiach.

Členské štáty (napr. Írsko, Luxembursko, Maďarsko) sa svojou selektívnou preventívnou politikou tiež stále častejšie zameriavajú na určité etnické skupiny. Zameranie sa na etnickú príslušnosť je napríklad dôležitým aspektom v Maďarsku, kde je rómska populácia, vzhľadom na svoje sociálne a kultúrne charakteristiky a nepriaznivé životné podmienky, vystavená vysokému riziku súvisiacemu

<sup>(36)</sup> Svetová zdravotnícka organizácia: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* [Návod na rýchle posúdenie a rýchly zákrok v prípade užitia psychoaktívnej látky a najmä zraniteľných mladých ľudí] (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

s drogami. Prípravu rovesníkov, svojpomocné skupiny, dohľad, rôzne preventívne programy a nízkoprahové služby pre Rómov prevádzkujú mimovládne organizácie.

### Zraniteľné rodiny

Univerzálna rodinná prevencia, väčšinou večerné podujatia, prednášky, semináre a pracovné stretnutia pre rodičov sú stále všeobecne rozšírené vo viacerých členských štátoch (Nemecko, Francúzsko, Cyprus a Fínsko) napriek chýbajúcim dôkazom o svojej efektívnosti (Mendes a kol. 2001). V Grécku, Španielsku, Írsku a Nórsku však dochádza v rodinnej selektívnej prevencii k zaujímavému vývoju zavedením inovačných koncepcií, ktoré presahujú rámec rodiny/rodičov s drogovými problémami a pri užívaní drog uznávajú rolu sociálnych, hospodárskych a kultúrnych faktorov. Z hodnotenia projektov drogovej prevencie pre rodičov-prisťahovalcov v Holandsku vyplynulo, že novou schodnou cestou by mohlo byť štandardizované opatrenie, ktoré ponúknu prisťahovalecké siete ženám a mužom oddelene (Tarweij a Van Wamel 2004). V troch obciach v Nórsku uskutočnili a vyhodnotili kurzy rodičov *Parent Management Training* (PMTO, oregonský model), pôvodne metódy odbornej prípravy pre rodiny s deťmi, ktoré majú vážne poruchy správania. V ďalších dvoch krajinách realizovali iowský program posilnenia rodín *Iowa Strengthening Families Program* (IFSP). Tento intenzívny intervenčný rodinný program pre rizikové rodiny kombinuje vyučovacie metódy pre žiakov (10- až 14-ročných) s výchovným programom pre ich rodičov, zameraným na drogovú prevenciu cestou

posilňovania rodinnej príslušnosti a rodinných väzieb (Kumpfer a kol. 2003).

### Potreba indikovanej prevencie

Indikovaná prevencia sa zameriava na osoby, pri ktorých sa zistili rizikové faktory drogových problémov, napr. poruchy pozornosti/hyperaktivita (ADHD). O opatreniach drogovej prevencie, zameraných na mladých ľudí s ADHD však informovali iba z Nemecka a zo Švédska. Súčasný odhad výskytu ADHD v Nemecku naznačujú, že 2 až 6 % osôb vo veku od 6 do 18 rokov je takto postihnutých, a teda ide o jeden z najrozšírejších chronických klinických obrazov medzi deťmi a mládežou. Súčasťou preventívnej stratégie pre tieto deti vo Švédsku je kognitívny a sociálny výcvik a metodiky sa šíria školením preventivistov. Keďže takmer všetky deti predškolského veku sa zúčastňujú na primárnej zdravotnej starostlivosti a väčšinou nastúpia do základnej školy, väčšinu rizikových detí možno identifikovať systematickým skríningom a nadväznými individualizovanými opatreniami.

Talianský akčný plán sa intenzívne zameriava na psychopatologické stavy a vážne problémy v správaní detí a mladistvých predisponovaných na užívanie a zneužívanie drog, zanedbané v ranom štádiu. Medzi zistené problémy patria problémové správanie, hyperaktivita a nepozornosť, úzkosť sprevádzaná poruchami nálady, bulímia a psychogénna obezita, poruchy osobnosti, problémy medziľudskej komunikácie, poúrazový stres a záchvaty paniky. Oba preventívne prístupy, tak univerzálne, ako aj selektívne, sú určené ako reakcia.



## Kapitola 3

### Kanabis

#### Prevalencia a vzory užívania

Kanabis je v Európe najrozšírenejšou nelegálnou drogou. Podľa najnovších prieskumov okúsilo túto látku najmenej raz (celoživotné užívanie) 3 až 31 % dospelých (vo veku od 15 do 64 rokov). Najnižšie hodnoty prevalencie celoživotného užívania sa zistili na Malte (3,5 %), v Portugalsku (7,6 %) a Poľsku (7,7 %) a najvyššie vo Francúzsku (26,2 %), v Spojenom kráľovstve (30,8 %) a Dánsku (31,3 %). Vo väčšine krajín (v 15 z 23 krajín, ktoré poskytli informácie) dosahuje celoživotná prevalencia 10 až 25 %.

Od 1 do 11 % dospelých uviedlo, že v posledných 12 mesiacoch užívali kanabis, pričom Malta, Grécko a Švédsko vykázali najnižšie hodnoty prevalencie a Česká republika, Francúzsko, Španielsko a Spojené kráľovstvo najvyššie. Väčšina krajín (14) uviedla hodnoty výskytu nedávneho užitia v rozmedzí od 3 do 7 %.

Odhad celkového počtu dospelých (15- až 64-ročných) užívajúcich kanabis v EÚ ako celku možno zostaviť z dostupných vnútroštátnych odhadov. Vyplynie z neho, že okolo 20 % všetkého obyvateľstva alebo vyše 62 miliónov ľudí dakedy okúsilo kanabis. Toto číslo sa vzťahuje na približne 6 % dospelých alebo na viac ako 20 miliónov ľudí, keď sa vezme do úvahy nedávne užívanie kanabisu (výskyt v poslednom roku). Na porovnanie – v národnom prieskume užívania drog a zdravia v roku 2003 v Spojených štátoch (SAMHSA, 2003) – 40,6 % dospelých (12-ročných a starších) priznalo, že aspoň raz vyskúšalo kanabis alebo marihuanu a 10,6 % uviedlo jej užitie počas predchádzajúcich 12 mesiacov. Medzi 18- až 25-ročnými to bolo 53,9 % (celoživotne), 28,5 % (za posledných 12 mesiacov) a 17 % (minulý mesiac) <sup>(37)</sup>.

Rovnako ako pri iných drogách, mladí dospelí trvalo uvádzajú vyššie hodnoty užívania. Od 11 do 44 % mladých Európanov vo veku 15 – 34 rokov uvádza, že v živote okúsili kanabis, s najnižším výskytom v Grécku, Portugalsku a Poľsku a najvyšším vo Francúzsku (39,9 %) v Spojenom kráľovstve (43,4 %) a Dánsku (44,6 %). Nedávne užívanie uvádzalo 3 až 22 % mladých

#### Odhadovanie užívania drog v populácii

Užívanie drog medzi všeobecným obyvateľstvom sa posudzuje prostredníctvom prieskumov, ktoré odhadujú pomernú časť obyvateľstva, ktorá užívala drogy vo vymedzených obdobiach: celoživotné užívanie (experimentovanie), užívanie v ostatných 12 mesiacoch (nedávne užívanie) alebo užívanie za posledných 30 dní (súčasnú užívanie) <sup>(1)</sup>.

EMCDDA vyvinulo súbor hlavných spoločných bodov európskeho vzorového dotazníka (*European Model Questionnaire, EMQ*), alebo iného s ním zlučiteľného dotazníka, ktorý sa používa vo väčšine prieskumov v členských štátoch EÚ. EMQ je súčasťou správy dostupnej na webovej stránke EMCDDA <sup>(2)</sup>. „Celoživotné užívanie“ môže mať ako indikátor súčasnej situácie medzi dospelými obmedzenú hodnotu (aj keď by mohlo byť prijateľným indikátorom medzi školákmi), ale v spojení s ostatnými parametrami môže poskytnúť obraz o aspektoch vzorov užívania (pokračovanie alebo prerušenie užívania) a generáčnej dynamike šírenia užívania drog. „Užívanie za posledných 12 mesiacov“ poukazuje na nedávne užívanie drogy, aj keď toto užívanie bude často príležitostné a „užívanie za posledných 30 dní“ poukazuje na súčasné užívanie, ktoré bude zahrňovať ľudí užívajúcich drogu často.

<sup>(1)</sup> Viac o metodike prieskumov obyvateľstva a metodike uplatnenej v každom celoštátnom prieskume pozri v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(2)</sup> Príručka prieskumov užívania drog vo všeobecnej populácii ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380)).

dospelých, s najnižšími hodnotami v Grécku, vo Švédsku, v Poľsku a Portugalsku a s najvyššími v Spojenom kráľovstve (19,5 %), vo Francúzsku (19,7 %) a v Českej republike (22,1 %) a 11 krajín uviedlo, že hodnoty prevalencie nedávneho užitia sú u nich 7 až 15 %.

Medzi 15- až 24-ročnými Európanmi tvrdí 9 – 45 % opýtaných, že skúsili kanabis, vo väčšine krajín s prevalenciou v intervale 20 – 35 %. Nedávne užívanie (za posledných 12 mesiacov) uviedlo 4 až 32 %, vo väčšine krajín s prevalenciou v rozsahu od 9 do 21 % <sup>(38)</sup>.

<sup>(37)</sup> Upozorňujeme, že vekové rozpätie v americkom prieskume (12-roční a starší) je širšie ako vekové rozpätie, ktoré uvádza EMCDDA pri prieskumoch v EÚ (15 – 64 rokov). Na druhej strane je vekové rozpätie mladých dospelých (18 – 25 rokov) užšie ako rozpätie uvádzané vo väčšine prieskumov EÚ (15 – 24 rokov).

<sup>(38)</sup> Pozri obrázok GPS-2 v štatistickej ročenke 2005.

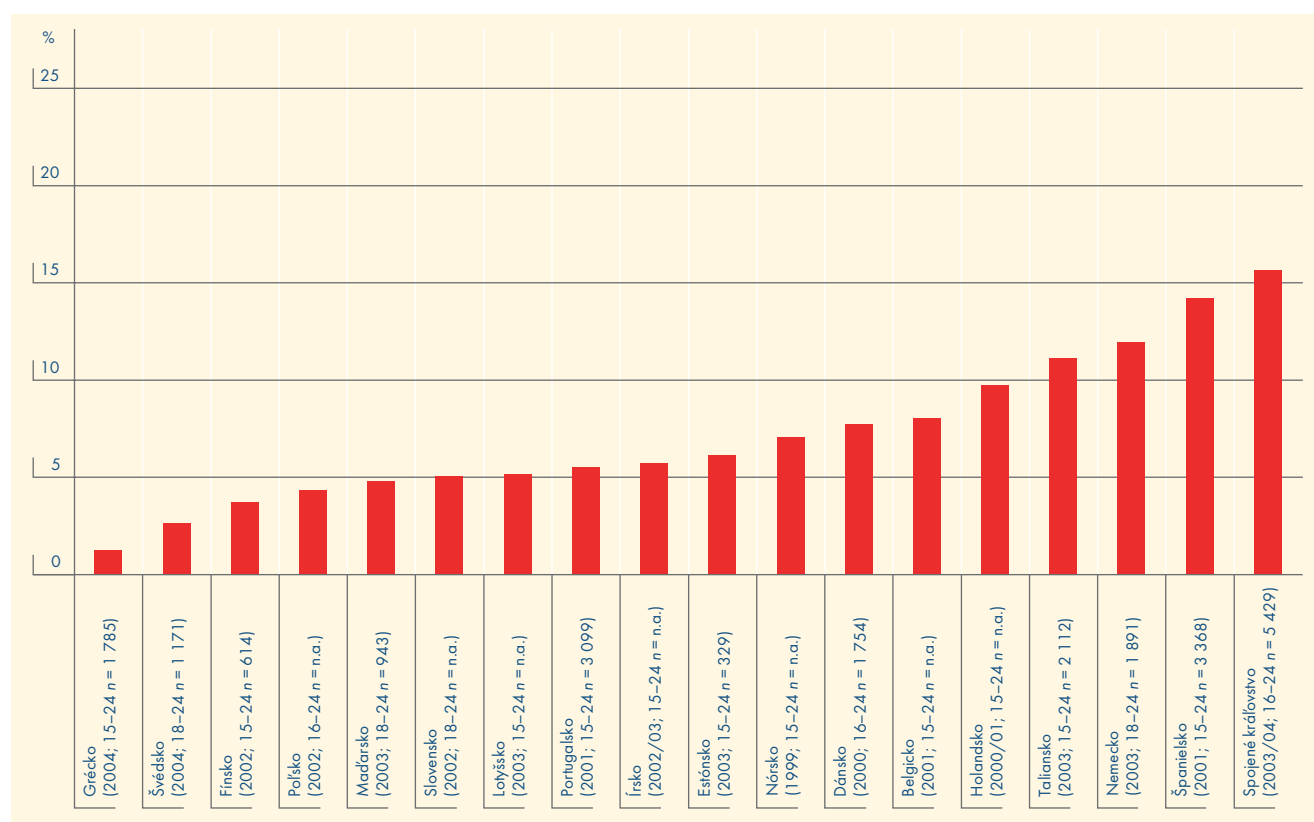
Rovnako ako pri iných nelegálnych drogách, je výskyt užívania kanabisu medzi mužmi podstatne vyšší, ako medzi ženami, aj keď veľkosť rozdielov je v jednotlivých krajinách rôzna. Pomer celoživotnej skúsenosti mužov a žien kolíše od 1,25 : 1 do 4 : 1 (1,25 až 4 muži na jednu ženu) a pri súčasnom užívaní je to približne od 2 : 1 do 6 : 1. Prieskumy tiež ukazujú, že kanabis sa častejšie užíva v mestských oblastiach alebo v oblastiach s vysokou hustotou obyvateľstva. Zaznamenané vnútroštátne rozdiely tak čiastočne môžu odzrkadľovať rozdiely v úrovni urbanizácie i keď sa hovorí, že rekreačné užívanie drog sa šíri z mestských oblastí smerom na vidiek.

Skutočnosť, že údaje o nedávnom a súčasnom užívaní sú podstatne nižšie, ako údaje o celoživotnej skúsenosti, naznačuje sklon k príležitostnému užívaniu kanabisu alebo k prerušeniu jeho užívania po určitom čase. Vo väčšine krajín EÚ priznáva 20 až 40 % dospelých, ktorí niekedy kanabis vyskúšali, že ho užíli v predchádzajúcich 12 mesiacoch a okolo 10 – 20 % priznáva jeho užitie v posledných 30 dňoch („pokračujúci výskyt“).

V ostatných výskumoch uviedlo užitie v minulom mesiaci 0,5 až 9 % všetkých dospelých (vo viacerých krajinách v rozsahu 2 až 4 %), 1,5 až 13 % mladých dospelých (vo viacerých krajinách v rozsahu 3 až 8 %) a 1,2 až 16 % 15- až 24-ročných (vo viacerých krajinách v rozsahu 5 až 10 %) (obrázok 3). Podľa veľmi hrubého odhadu bude súčasným užívateľom kanabisu 1 z 10 až 20 mladých Európanov. Medzi krajiny s najnižšou súčasnou prevalenciou patrili Malta, Grécko, Švédsko, Poľsko a Fínsko, naopak, najvyššia bola v Spojenom kráľovstve a Španielsku.

Údaje uvedené vo výročnej správe 2004 (EMCDDA 2004a) o frekvencii užívania kanabisu za uplynulých 30 dní hovoria, že približne štvrtina (19 až 33 %) opýtaných, väčšinou mladých mužov, ktorí užívali kanabis minulý mesiac, užívali ho denne alebo takmer denne<sup>(39)</sup>. Podľa odhadu bolo medzi 15- až 34-ročnými mladými Európanmi 0,9 až 3,7 % denných užívateľov kanabisu a zhruba 3 milióny ľudí v Európe mohlo užívať túto látku denne alebo takmer denne.

**Obrázok 3:** Súčasnú užívanie kanabisu (minulý mesiac) medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 24 rokov) podľa celoštátnych prieskumov



Poznámka: Údaje z najnovších celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine.

Niektoré krajiny používajú trochu iné vekové rozpätie ako štandardné vekové rozpätie EMCDDA pre mladých dospelých. Rozdiely vo vekovom rozpätí môžu v malom rozsahu spôsobovať rozdiely medzi krajinami.

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(39)</sup> Pozri výročnú správu 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informácie sa vzťahujú na „užívanie počas 20 alebo viac dní za posledných 30 dní“, označované aj ako „denné alebo takmer denné užívanie“.

## Trendy

Nedostatok dlhodobého radu konzistentných prieskumov vo väčšine štátov EÚ obmedzuje spoľahlivé určenie drogových trendov. Mnohé krajiny uskutočňujú prieskumy nepretržite, ale tieto nie sú radmi v pravom zmysle slova – napriek pokroku v harmonizácii sa líšia metódy a veľkosti vzoriek jednotlivých prieskumov a intervaly medzi nimi sú nepravidelné. Prieskumy v rôznych krajinách sa konali v rôznych rokoch a to ešte viac sťažuje určenie európskych trendov. V ideálnom prípade by sa celoštátne prieskumy medzi obyvateľstvom všetkých členských štátov mohli konať súčasne; to by veľmi uľahčilo porovnanie výsledkov na národnej úrovni (v čase) i na európskej úrovni (medzi krajinami) a uľahčilo by to aj hodnotenie plnenia európskeho protidrogového akčného plánu.

Dostupné zistenia, získané z prieskumov rôzneho typu (celoštátnych, miestnych, prieskumov medzi odvedencami a na školách) ukazujú, že užívanie kanabisu sa v deväťdesiatych rokoch minulého storočia výrazne zvýšilo najmä medzi mladými ľuďmi takmer vo všetkých krajinách EÚ a užívanie kanabisu sa v niektorých krajinách v ostatných rokoch ďalej zvyšovalo (obrázok 4).

V Spojenom kráľovstve, ktoré do roku 2000 vykazovalo najvyššie údaje, ostalo v období rokov 1998 až 2003/04 užívanie kanabisu medzi mladými dospelými relatívne stabilné a iné krajiny (Francúzsko a Španielsko <sup>(40)</sup>) ho dobehli. Pokles zistili v rokoch 1998 až 2004 v Grécku.

Dostupné výsledky z viacerých nových členských štátov, hlavne z prieskumov na školách, hovoria o podstatnom rozširovaní užívanie kanabisu v ostatných rokoch. Väčšinou sa začalo v polovici deväťdesiatich rokov a sústreďovalo sa najmä v medzi mužmi a mladými dospelými v mestskom prostredí. Nepretržité prieskumy medzi dospelými umožnili určiť ostatné trendy v Estónsku a Maďarsku (obrázok 4).

Porovnanie výsledkov z prieskumov ESPAD na školách v rokoch 1995, 1999 a 2003 (Hibell a kol. 2004) ukazuje v takmer všetkých členských štátoch a kandidátskych krajinách, ktoré sa na prieskume zúčastnili, zvýšenie prevalencie celoživotného užívanie kanabisu medzi 15- až 16-ročnými žiakmi o 2 % alebo viac (obrázok 5).

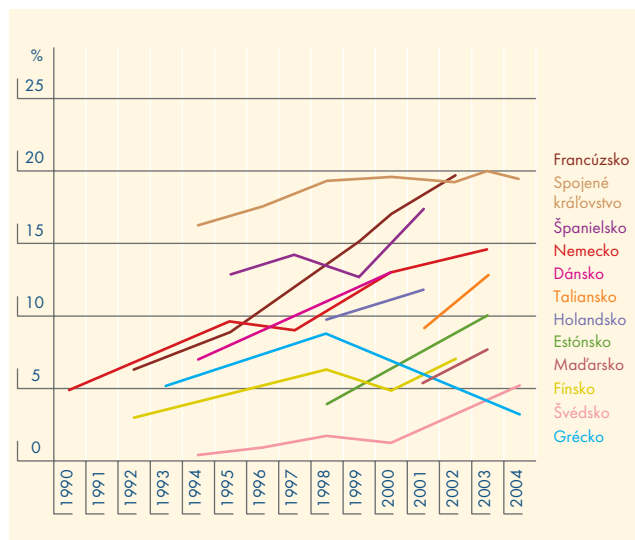
Vo viac ako polovici týchto krajín sa od roku 1995 odhadovaná prevalencia zdvojnásobila alebo strojnásobila. K najvyššiemu relatívnemu nárastu došlo hlavne vo východoeurópskych členských štátoch, ktoré v roku 1995 uvádzali hodnoty celoživotnej prevalencie užívanie kanabisu pod 10 %. V žiadnej z krajín, v ktorých sa uskutočnila trojica prieskumov ESPAD, nenastal sústavný a významný pokles celoživotného užívanie kanabisu.

Prieskumy na školách ukázali, že podľa trendov rekreačného a príležitostného užívanie kanabisu možno

členské štáty EÚ zaradiť do troch rôznych kategórií. V prvej skupine (do ktorej patria Írsko a Spojené kráľovstvo) je celoživotná prevalencia vysoká (okolo 38 až 39 %), ale v posledných ôsmich rokoch stabilná. Tieto krajiny majú dlhú históriu užívanie kanabisu a vysoké hodnoty prevalencie jeho užívanie sa vyvinuli počas osemdesiatych a deväťdesiatych rokov. V druhej skupine krajín sa celoživotná prevalencia užívanie kanabisu medzi školákmi v období podstatne zvýšila (o 26 percentuálnych bodov). Do tejto skupiny patria nové východoeurópske členské štáty spolu s Dánskom, Španielskom, Francúzskom, Talianskom a Portugalskom. V tretej skupine ostali odhady celoživotnej prevalencie medzi školákmi na relatívne nízkych hodnotách (okolo 10 % a nižších). V tejto skupine sú členské štáty severnej a južnej Európy (Fínsko, Švédsko a Nórsko, ako aj Grécko, Cyprus a Malta).

Menej jasný je obraz medzi dospelými, pretože je k dispozícii menej informácií a dostupné informácie sú rôznorodejšie, ukazuje sa však podobný vzor nedávneho vysokého, ale stabilného užívanie kanabisu (užívanie v poslednom roku) v Spojenom kráľovstve, v niektorých krajinách (napr. v Dánsku, Nemecku, Estónsku, Španielsku a vo Francúzsku) došlo k podstatnému nárastu v ostatných

**Obrázok 4:** Trendy v nedávnom užívaní kanabisu (za posledný rok) medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) podľa celoštátnych prieskumov <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Veľkosti vzoriek (respondenti) vo vekovej skupine 15- až 34-ročných za každú krajinu a rok sú uvedené v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2005.

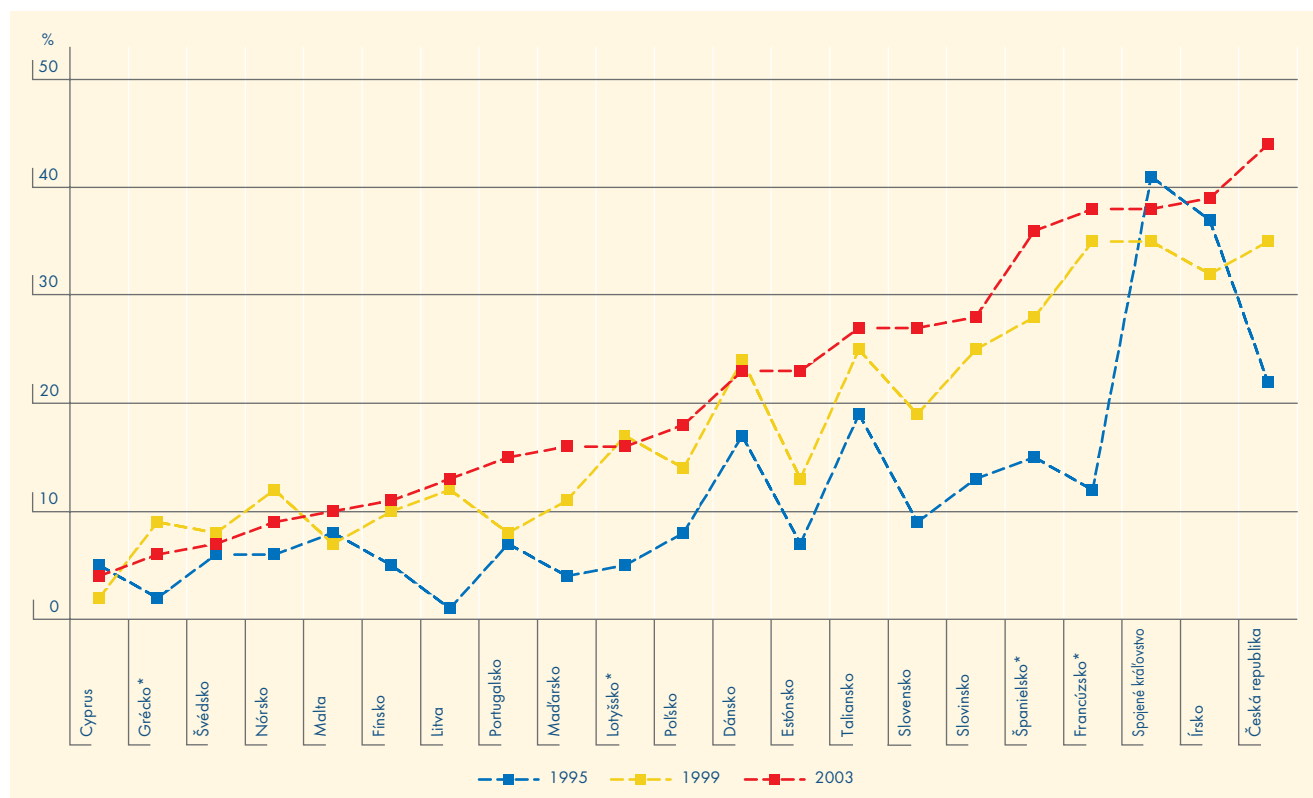
Poznámka: Údaje sú prevzaté z celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine. Číselné údaje a metodiku každého prieskumu možno nájsť v GPS-4 v štatistickej ročenke 2005.

Pri mladých dospelých používa EMCDDA vekové rozpätie 15 až 34 rokov (Dánsko a Spojené kráľovstvo od 16 rokov, Nemecko, Estónsko (od r. 1998) a Maďarsko od 18 rokov). Vo Francúzsku bolo v roku 1992 vekové rozpätie 25 – 34 rokov a v roku 1995 18 – 39 rokov.

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(40)</sup> Podľa informácií, ktoré prišli po uzávierke tejto správy, sa v prieskume medzi mladými dospelými v r. 2003 v Španielsku zistilo LYP 20,1 %.



**Obrázok 5:** Celoživotná prevalencia užívania kanabisu medzi 15- až 16-ročnými školákmi podľa prieskumov ESPAD 1995, 1999 a 2003

Poznámka: V krajinách označených hviezdikou neboli v roku 1995 prieskumy dôsledne porovnateľné s prieskumami ESPAD. Španielsko sa nezúčastnilo na prieskume ESPAD. Uvedené údaje sú prevzaté zo sérií španielskych prieskumov vykonaných v rokoch 1996, 1998 a 2002. Otázky o prevalencii užívania drog možno považovať za zlučiteľné s otázkami ESPAD, ale iné aspekty metódy znamenajú, že španielske údaje nie sú striktné porovnateľné.

Zdroj: Hibell a kol. 2004.

rokoch a v iných (napr. v Grécku, vo Fínsku a Švédsku) sa odhaduje klesajúca prevalencia alebo menej výrazné trendy. Nové prieskumy medzi školákmi a dospelými v nasledujúcich 2 až 3 rokoch pomôžu vrhnúť viac svetla na zložitú problematiku vývoja drogových trendov.

## Prevenia užívania kanabisu

Znepokojenie zo zvyšujúcej sa spotreby kanabisu medzi mládežou viedlo v niektorých krajinách k diskusiám o užitočnosti drogového testovania ako kontrolného opatrenia. Niektoré krajiny vykonali kroky v tomto smere, hoci drogové testovanie naďalej nie je obvyklé. V Českej republike sa v médiách objavili správy o testovaní moču a nasadení cvičených psov na vyhľadávanie drog v školách. Hoci tieto opatrenia majú určitú podporu, skupina odborníkov dospela k záveru, že takéto metódy by nemali byť súčasťou žiadnej účinnej stratégie primárnej prevencie. V najnovších usmerneniach pre školy, vydaných v Spojenom kráľovstve, je viacero dôležitých otázok, ktoré je potrebné uvážiť skôr ako sa zavedie program drogového testovania. Medzi ne patrí zabezpečenie primeraného súhlasu rodičov (aj žiakov, ak sa považujú za

kompetentných), uváženie, či je testovanie v súlade s povinnou pastoračnou starostlivosťou školy a prihladenie na dostupnosť služieb alebo inej vhodnej podpory. Každé rozhodnutie o podrobení žiakov testovaniu na drogy sa musí zahrnúť do drogovkej politiky školy. Na webovej stránke EMCDDA je krátka správa o drogových testoch na školách v EÚ <sup>(41)</sup>.

Kanabis je takmer vždy súčasťou programov univerzálnej (necielenej) drogovkej prevencie. Pozornosť, akú venujú médiá šíreniu užívania kanabisu medzi mládežou so stále častejšími narážkami, že užívanie kanabisu je „normálne“, potvrdzuje potrebu zaoberať sa normatívnym presvedčením mladých ľudí. Dôsledkom znepokojenia z rastúcej akceptácie užívania kanabisu medzi mládežou bolo zavedenie preventívnych programov, ktoré sa zameriavajú na ovplyvnenie názorov mladých ľudí na normálne a prijateľné správanie. O tomto probléme podrobnejšie pojednáva kapitola 2. Mnohé opatrenia pozostávajú zásadne z poskytovania informácií o kanabise v médiách, na letákoch alebo webových stránkach. Existuje však aj niekoľko zaujímavých príkladov selektívnej prevencie, ktoré možno nájsť v databáze EMCDDA

(41) <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

s vyhodnotenými projektmi prevencie EDDRA <sup>(42)</sup>.

Tieto programy sa väčšinou zameriavajú na mladých užívateľov kanabisu, ktorí spáchali trestné činy a ponúkajú im poradenstvo, zdokonaľovanie osobných schopností a pomoc štátnych orgánov. Príkladmi sú programy FRED (Nemecko), MSF-Solidarité Jeunes (Luxembursko), Ausweg (Rakúsko) a tímy pre delikventnú mládež (YOT) v Spojenom kráľovstve.

Vysoká prevalencia užívania kanabisu medzi mládežou znamená, že užívanie tejto drogy je často ústredným problémom pre tých, čo pracujú s deťmi školského veku. Jedným z potenciálne sľubných prístupov selektívnej prevencie na školách je program *Step by Step* [Krok za krokom], ktorý realizovali v Nemecku a Rakúsku. Program pomáha učiteľom zistiť medzi žiakmi užívanie drog a problémové správanie a zaoberať sa nimi <sup>(43)</sup>.

Vážnym problémom pre tých, čo sa zapodieajú opatreniami proti kanabisu je rozlíšiť, kde je hranica medzi budúcou prevenciou a budúcou liečbou. Na užívanie kanabisu vplyvajú sociálne faktory, vrstovníci a osobné vlastnosti a tieto hrajú dôležitú úlohu pri riziku, či sa u jednotlivca vyvinie dlhodobý drogový problém; preto sa preventívna práca často viac zameriava na tieto oblasti, než na drogu samotnú (Morral a kol. 2002). Napríklad, podľa zistenia pri hodnotení rakúskeho projektu *Ausweg*, mali mladí ľudia, po prvýkrát prichytení pri delikte súvisiacom s kanabisom, nedostatky osobnosti s menšou pravdepodobnosťou ako by sa čakalo, ilustrujúc, že na užívanie drogy mala významný vplyv skôr situácia, sociálne prostredie a rovesníci, než osobné psychologické problémy (Rhodes a kol. 2003; Butters 2004). Na kanabis sa však zameriava viacero projektov a radí mladým, aby znižovali užívanie drogy. Príkladom z Nemecka je *Quit the Shit* na webovej stránke ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)), ktorý je inovačným internetovým poradenským programom pre užívateľov kanabisu.

## Údaje o dopyte po liečbe

Medzi približne 480 000 žiadosťami o liečbu, uvádzanými celkom, sa uvádza kanabis ako primárna droga v asi 12 % prípadov a to ho zaraďuje na druhé miesto po heroíne. V priebehu ôsmich rokov 1996 až 2003 vzrástol podiel klientov kanabisu medzi novými klientmi, uchádzajúcimi sa o liečbu z drogovej závislosti vo viacerých krajinách <sup>(44)</sup> najmenej dvojnásobne a podobne sa zvýšil aj počet klientov. Túto analýzu však treba brať opatrne, pretože vychádza z obmedzeného

### Indikátor dopytu po liečbe

Informácie o počte ľudí, ktorí vyhľadávajú liečbu kvôli problému s drogami, umožňujú získať užitočnú predstavu o všeobecných trendoch problémového užívania drog a ponúkajú aj obraz o organizácii a využívaní liečebných zariadení v Európe. Indikátor dopytu po liečbe EMCDDA (TDI) <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> zabezpečuje jednotnú štruktúru vykazovania počtu a charakteristík klientov odporúčaných do protidrogových liečebných zariadení. Hoci údaj TDI možno považovať za dosť spoľahlivý a užitočný obraz charakteristík klientov odporučených do špecializovaných protidrogových zariadení, z viacerých technických dôvodov treba zachovať opatrnosť pri extrapolácii zistení o klientele celej škály poskytovaných služieb. Predovšetkým sa mení počet krajín, ktoré každý rok oznamujú údaje, a preto sa musia trendy určené na európskej úrovni interpretovať opatrne. Navyše treba vziať do úvahy, že rozsah údajov v jednotlivých krajinách môže byť rôzny (údaje o zahrnutých zariadeniach sú v štatistickej ročenke) a do údajov o dopyte po liečbe sa čiastočne premieta dostupnosť protidrogovej liečby v krajine.

Na uľahčenie výkladu a porovnania údajov o dopyte po liečbe treba mať na zreteli tieto okolnosti:

- Klienti, ktorí začínajú protidrogovú liečbu prvý raz, sa označujú ako „noví klienti“. Táto skupina sa považuje za analyticky významnejšiu ako indikátor trendov užívania drogy. Oznamujú sa aj analýzy za všetkých klientov. Táto skupina obsahuje nových klientov aj klientov, ktorí po prerušení alebo ukončení liečby v predchádzajúcom roku ju v sledovanom roku obnovili. Nie sú zaznamenané údaje o klientoch, ktorí počas sledovaného obdobia bez prerušenia pokračovali v liečbe začatej v predchádzajúcom roku.
- Zhromažďujú sa dva druhy údajov: súhrnné údaje o všetkých druhoch liečebných centier a podrobné údaje podľa jednotlivých druhov (strediská ambulantnej liečby, lôžkové liečebné centrá, nízkoprahové agentúry, praktickí lekári, liečebné oddelenia vo väzení, iné druhy centier). Údaje o iných druhoch centier, ako ambulantných a lôžkových sú však vo väčšine krajín zriedkavé. Z tohto dôvodu sa analýza často obmedzuje na centrá ambulantnej liečby, o ktorých sú najspoľahlivejšie údaje.
- Pripojené sú aj kvalitatívne a kontextové informácie získané z národných správ siete Reitox s cieľom pomôcť pri výklade údajov TDI.

<sup>(1)</sup> Ďalšie podrobnosti pozri na webovej stránke EMCDDA o dopyte po liečbe (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) a tiež linku na *Joint Pompidou Group-EMCDDA Treatment demand indicator protocol version 2.0*.

<sup>(2)</sup> Podrobnosti o zdrojoch údajov podľa krajín pozri v tabuľke TDI-1 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(42)</sup> <http://eddra.emcdda.eu.int/>

<sup>(43)</sup> Podrobnejšie informácie pozri na webovej stránke EDDRA: *Step by Step* ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=36](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36)) a *Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction* ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2088](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088)).

<sup>(44)</sup> Pozri tabuľky EYE-2 (časť i) a EYE-3 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

počtu krajín, ktoré môžu poskytnúť údaje potrebné na porovnanie trendu v čase.

Celkovo je teda, po heroíne, kanabis druhou najčastejšie uvádzanou drogou v správach o klientoch nastupujúcich liečbu po prvýkrát<sup>(45)</sup>. Medzi jednotlivými krajinami sú podstatné rozdiely, pokiaľ ide o kanabis, ktorý uviedli 2 až 3 % všetkých klientov v Bulharsku a Poľsku, po viac ako 20 % všetkých klientov v Dánsku, Nemecku, Maďarsku a vo Fínsku<sup>(46)</sup>. Vo všetkých krajinách, z ktorých sú údaje k dispozícii, je medzi novými klientmi vyššie percento žiadateľov o liečbu zo závislosti od kanabisu než medzi všetkými klientmi; iba pri málo výnimkách sú percentá žiadateľov v oboch prípadoch zhruba rovnaké<sup>(47)</sup>. A predsa v období ôsmich rokov 1996 až 2003 vzrástol medzi klientmi žiadajúcimi o liečbu z drogových závislostí podiel klientov závislých od kanabisu z 9,4 % na 21,9 %<sup>(48)</sup>. Túto analýzu však treba brať opatrne, pretože vychádza z obmedzeného počtu krajín, ktoré môžu poskytnúť údaje potrebné na porovnanie trendu v čase.

Medzi liečenými užívateľmi drog vysoko prevládajú muži nad ženami. Najvyššie podiely počtu mužov k počtu žien (4,8 : 1) boli zistené medzi novými klientmi žiadajúcimi o liečbu kvôli užívaniu kanabisu. Vyššie podiely mužov k ženám sa zistili v Nemecku, na Cypre, v Maďarsku a na Slovensku, a nižšie v Českej republike, Slovinsku, vo Fínsku a Švédsku. Tieto rozdiely medzi krajinami pravdepodobne odzrkadľujú kultúrne faktory alebo možno rozdiely v organizácii liečebnej služby<sup>(49)</sup>.

Osoby liečené kvôli problémom s kanabisom sú relatívne mladé, prakticky všetci novo liečení kanabisoví klienti majú menej ako 30 rokov. Tínedžeri v špecializovanej drogovej liečbe sú s vyššou pravdepodobnosťou evidovaní ako osoby s primárnym kanabisovým problémom, než klienti iných vekových skupín, pričom kvôli kanabisu žiada o liečbu 65 % žiadateľov do 15 rokov a 59 % žiadateľov vo veku 15 až 19 rokov<sup>(50)</sup>.

V rôznych krajinách sú značné rozdiely vo frekvencii užívania kanabisu medzi novými klientmi. Najvyššie percento denných užívateľov kanabisu je medzi novými klientmi užívajúcimi kanabis v Dánsku a Holandsku a najvyššie percento príležitostných užívateľov alebo osôb, ktoré neužívali kanabis v poslednom mesiaci pred nástupom na liečenie bolo zistené v Nemecku

a Grécku<sup>(51)</sup>, pravdepodobne vzhľadom na rozdiely v odporúčaní liečby. Okolo tretiny nových kanabisových klientov v Nemecku užívalo drogu príležitostne alebo ju neužívalo v mesiaci pred nástupom na liečenie, ale inde predstavuje táto skupina 11 % a okolo 60 % užíva drogu denne.

## Informácie o zachytení drog a trhu

### Výroba a obchod

V roku 2003 bol kanabis stále celosvetovo najvyrobanejšou a najpredávanéjšou nelegálnou drogou. Globálne rozšírenie výroby a jej ťažké monitorovanie však spôsobujú, že odhadovanie vyrobeného množstva kanabisu je problematické (UNODC 2003a).

Veľkovýroba kanabisovej živice je sústredená v niekoľkých málo krajinách, najmä v Maroku, kým obchod je rozšírený vo veľkom počte krajín (CND 2004, 2005). Podľa prieskumu výroby kanabisu v Maroku, ktorý vykonali UNODC a marocká vláda (2003), sa odhaduje, že okolo 40 % svetovej produkcie kanabisovej živice sa v roku 2003 vyrobilo v regióne Rif (INCB 2005). Väčšina

### Interpretácia údajov o zachytení drog a trhu

Počet zachytení drog v krajine sa zvyčajne považuje za nepriamy indikátor dodávok a dostupnosti drog, hoci odzrkadľuje aj zdroje presadzovania práva, priority a stratégie, ako aj zraniteľnosť obchodníkov voči národným a medzinárodnými stratégiám znižovania dodávok. Zachytené množstvá sa môžu z roka na rok podstatne meniť, ak sa napríklad v jednom roku párkrát zachytí veľmi veľké množstvo. Z tohto dôvodu niektoré krajiny považujú počet zachytení drog za lepší indikátor trendov. Vo všetkých krajinách vysoko prevládajú v počte zachytení drog zachytenia malých množstiev na maloobchodnej úrovni. Pôvod a miesto určenia zachytených drog môže naznačovať obchodné trasy a oblasti výroby, ale tieto informácie nie sú známe vždy. Čistotu a cenu maloobchodne predávaných drog uvádza väčšina členských štátov. Údaje však pochádzajú z radu rôznych zdrojov, nie vždy sú porovnateľné alebo spoľahlivé, a tým sťažujú presné porovnávanie medzi krajinami.

<sup>(45)</sup> Pozri tiež vybranú otázku o dopyte po liečbe od kanabisu vo výročnej správe EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Všeobecné rozdelenie a trendy sa opierajú o analýzu údajov o klientoch žiadajúcich o liečbu vo všetkých liečebných centrách a vzory užívania o údaje ambulantných liečebných centier.

<sup>(46)</sup> Pozri tabuľky TDI-2 (časť ii) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(47)</sup> Pozri tabuľky TDI-4 (časť ii) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(48)</sup> Pozri tabuľku TDI-3 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(49)</sup> Pozri tabuľku TDI-22 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(50)</sup> Pozri tabuľku TDI-10 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(51)</sup> Pozri tabuľku TDI-18 (časť iv) v štatistickej ročenke 2005.

kanabisovej živice, ktorá sa spotrebuje v EÚ, pochádza z Maroka a do Európy prichádza najmä cez Pyrenejský polostrov, hoci Holandsko predstavuje druhé najdôležitejšie stredisko distribúcie na ďalšiu prepravu do krajín EÚ (Bovenkerk a Hogewind 2002). Medzi ostatné krajiny uvádzané v roku 2003 ako zdrojové krajiny kanabisovej živice zachytenej v EÚ patria Albánsko, Afganistan, Irán, Pakistan, Nepál a India (národné správy Reitox; INCB 2005)

Ďalej sa svetom šíri globálna výroba trávového kanabisu a potenciálna výroba bola odhadnutá na najmenej 40 000 ton (CND 2005). Uvádza sa, že trávový kanabis zachytený v EÚ v roku 2003 pochádzal z rozličných krajín vrátane Holandska a Albánska, ale aj z afrických krajín (Malawi, Južná Afrika, Nigéria) a zo Spojených štátov (národné správy Reitox 2004). Okrem toho sa kanabis pestoval lokálne (vnútri i vonku) a vyrábali sa z neho výrobky vo väčšine členských štátov EÚ (národné správy Reitox 2004).

### Zachytenie drog

Celosvetovo sa v roku 2003 zachytilo spolu 1 347 ton kanabisovej živice a 5 821 ton trávového kanabisu. Väčšinu kanabisovej živice zachytili v západnej a strednej Európe (70 %), v juhovýchodnej Ázii a na Blízkom a Strednom východe (21 %), kým hlavné množstvá zachyteného trávového kanabisu boli sústredené v Severnej a Južnej Amerike (68 %) a v Afrike (26 %) (CND 2005). Pokiaľ ide o počet zachytení, kanabis je najčastejšie zachytenou drogou vo všetkých krajinách EÚ

okrem Estónska a Lotyšska, kde bol v roku 2003 vyšší počet zachytení amfetamínu. Kanabis je najčastejšie zachytenou drogou v EÚ, aj keď ide o množstvá, hoci v roku 2003 sa v niektorých málo krajinách uvádzali väčšie zachytené množstvá iných drog – amfetamínov v Estónsku a Luxembursku, heroínu v Maďarsku a kokaínu v Poľsku. Historicky sa v EÚ najviac kanabisu zachytilo v Spojenom kráľovstve, potom v Španielsku a vo Francúzsku a tento stav pravdepodobne trvá aj teraz <sup>(52)</sup>. Počas posledných piatich rokov však bola viac ako polovica celkového množstva tejto drogy v EÚ zachytená v Španielsku. Na úrovni EÚ má počet zachytení kanabisu <sup>(53)</sup> od roku 1998 viac-menej stúpajúcu tendenciu, hoci to čiastkové vykazovanie údajov z niektorých krajín sponchybňuje, od roku 2000 rastú aj zachytené množstvá <sup>(54)</sup>.

### Cena a potencia

V roku 2003 sa priemerná maloobchodná cena kanabisovej živice v Európskej únii pohybovala od 1,4 eura za gram v Španielsku do 21,5 eura za gram v Nórsku a cena trávového kanabisu od 1,1 eura za gram v Španielsku do 12 eur za gram v Lotyšsku <sup>(55)</sup>.

Potencia kanabisových výrobkov sa určuje podľa obsahu ich hlavnej aktívnej zložky – tetrahydrokanabinolu (THC). V krajinách, ktoré poskytli údaje, bola v roku 2003 v maloobchodnom predaji kanabisová živica s priemerným obsahom THC od menej ako 1 % (Poľsko) do 28 % (Slovinsko) a potencia trávového kanabisu sa pohybovala od 1 % (Maďarsko, Fínsko) do 20 % (domácky pestovaného v Holandsku) <sup>(56)</sup>.

<sup>(52)</sup> Toto treba preveriť, keď budú k dispozícii chýbajúce údaje za rok 2003. Údaje o počte zachytení kanabisu v roku 2003 chýbali z Talianska, Cypru, Holandska a Rumunska; údaje o počte zachytení aj o množstvách zachyteného kanabisu v roku 2003 neboli k dispozícii za Írsko a Spojené kráľovstvo.

<sup>(53)</sup> Pozri tabuľku SZR-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(54)</sup> Pozri tabuľku SZR-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(55)</sup> Pozri tabuľku PPP-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(56)</sup> Pozri tabuľku PPP-5 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.



## Kapitola 4

# Stimulanciá amfetamínového typu, LSD a ostatné syntetické drogy

Ak ide o prevalenciu užívania, takmer vo všetkých krajinách uvádzajú ako druhú najčastejšie užívanú látku niektorú formu syntetickej drogy. Celková prevalencia užívania týchto látok vo všeobecnej populácii je obvykle nízka, ale hodnoty prevalencie medzi mladšími vekovými skupinami sú podstatne vyššie, pričom užívanie týchto drog môže byť zvlášť vysoké v niektorých sociálnych prostrediach alebo subkultúrnych skupinách.

Medzi syntetické drogy užívané v Európe patria tak stimulanciá, ako aj halucinogénne látky. Spomedzi halucinogénnych látok je s odstupom najznámejší dietylamid kyseliny lysergovej (LSD), ale celkové úrovne jeho spotreby sú nízke a počas značného obdobia dosť stabilné. Objavili sa niektoré dôkazy rastúceho záujmu o prírodné halucinogény a touto témou sa zaoberá iná časť tejto správy.

Pojem stimulanciá amfetamínového typu (ATS) sa používa na označovanie amfetamínov aj drog zo skupiny extáz. Amfetamíny je zovšeobecňujúci pojem používaný na označenie mnohých chemicky príbuzných drog, ktoré stimulujú centrálnu nervovú sústavu a z ktorých sú v podmienkach európskeho trhu s nelegálnymi drogami najdôležitejšie dve, amfetamín a metamfetamín. Z nich amfetamín je s odstupom najbežnejšie dostupný, hoci globálne vzrastá úroveň užívania metamfetamínu. K dnešnému dňu sa významné užívanie metamfetamínu v Európe zdá obmedzené na Českú republiku, hoci sporadické údaje z iných krajín zdôrazňujú dôležitosť jeho sledovania, lebo je to droga známa celým radom pridružených závažných zdravotných problémov.

Najznámejším členom drogovej skupiny extáz je 3,4-metyléndioxy-metamfetamín (MDMA), ale v tabletkách extázy sa niekedy nachádzajú aj iné príbuzné analogické zlúčeniny. Tieto drogy sa dakedy označujú ako entaktogény, čo doslovne znamená „dotyk vnútri“ a obsahujú syntetické látky, ktoré sú chemicky príbuzné amfetamínom, ale do istej miery sa od nich líšia svojimi účinkami, lebo kombinujú niektoré účinky obvykle zisťované pri halucinogénnych látkach.

## Prevalencia a vzory užívania

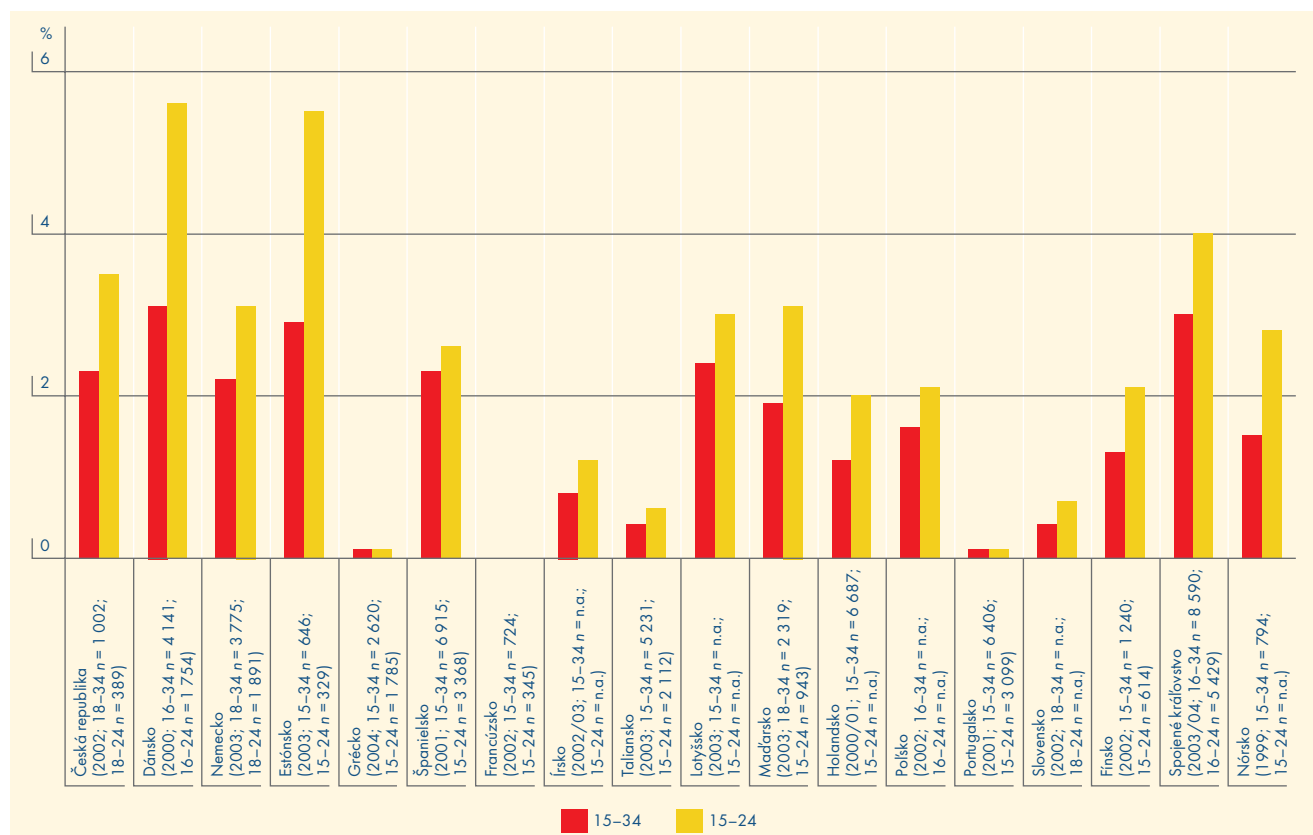
Tradične najčastejšie užívanou nelegálnou látkou po kanabise sú podľa prieskumov obyvateľstva amfetamíny, hoci ich celková prevalencia je zreteľne nižšia než prevalencia kanabisu. Zdá sa, že tento vzor sa vo viacerých krajinách mení, pričom extáza predbieha amfetamíny, a tak sa podľa prieskumov medzi všeobecným obyvateľstvom, ako aj prieskumov na školách dostáva, po kanabise, na druhé miesto. Napríklad pri prieskumoch ESPAD 2003 na školách štátov EÚ, Nórska a kandidátskych krajín (Hibell a kol. 2004) zistili v 14 krajinách vyššiu odhadovanú celoživotnú prevalenciu užívania extázy než amfetamínov<sup>(57)</sup>. Za zmienku však stojí, že extáza sa stala obľúbenou len v deväťdesiatych rokoch minulého storočia, zatiaľ čo užívanie amfetamínov má dlhšiu históriu. Vidno to z ostatných prieskumov medzi dospelými, z ktorých vyplynuli vyššie hodnoty celoživotnej skúsenosti s užívaním amfetamínov v 11 krajinách a s užívaním extázy v 10 krajinách, ale vyššie početnosti nedávneho užívania extázy (za posledných 12 mesiacov) v 15 krajinách a amfetamínov len v piatich (v dvoch krajinách boli uvádzané početnosti rovnaké).

Podľa posledných prieskumov medzi všetkými dospelými (15- až 64-ročnými) kolíše celoživotná skúsenosť s užívaním amfetamínov v členských štátoch EÚ od 0,1 do 6 %, okrem Spojeného kráľovstva, kde je to až 12 %. Nedávne užívanie je v rozmedzí od 0 do 1,5 % zreteľne nižšie v Dánsku, Estónsku a Spojenom kráľovstve, ktoré je na najvyššom stupni postupnosti.

Podobný obraz sa objavuje v prieskumoch obyvateľstva v skupine mladých dospelých (15- až 34-ročných), v ktorej kolíše celoživotná skúsenosť s užívaním amfetamínov od 0,1 % do 10 % okrem Spojeného kráľovstva, odkiaľ uviedli výnimočne vysokú hodnotu 18,4 %. Nedávne užívanie kolíše od 0 do 3 % v Dánsku, Estónsku a Spojenom kráľovstve, v ktorom je aj táto hodnota najvyššia (obrázok 6). Napriek tomu, že hodnoty zo Spojeného kráľovstva sú podstatne vyššie ako hodnoty zistené v iných krajinách, prevalencia nedávneho užívania amfetamínov (za posledných 12 mesiacov) sa veľmi podobá hodnotám

<sup>(57)</sup> Pozri obrázok EYE-2 (časť iv) v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 6:** Nedávne užívanie (posledný rok) amfetamínov medzi mladými dospelými vo vybraných vekových skupinách 15 – 34 a 15 – 24 rokov podľa prieskumov obyvateľstva



**Poznámka:** Dostupné údaje z najnovších celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine (pozri tabuľku GPS-4, vekovú skupinu 15- až 34-ročných). Niektoré krajiny používajú trochu iné vekové rozpätie ako štandardné vekové rozpätie EMCDDA pre mladých dospelých. Rozdiely vo vekovom rozpätí môžu v malom rozsahu spôsobovať rozdiely medzi krajinami.

**Zdroje:** Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

zisteným v ostatných krajinách a celkovo má naďalej klesajúcu tendenciu.

Nové údaje o užívaní amfetamínov medzi 15- až 16-ročnými školákmi pochádzajú z prieskumov ESPAD 2003<sup>(58)</sup>. Celoživotná prevalencia užívania amfetamínov kolíše od menej ako 1 % do 7 %; najvyššie celoštátne hodnoty nedávneho užívania drogy sa odhadujú na 4 % a súčasného užívania (za posledných 30 dní) na 3 %.

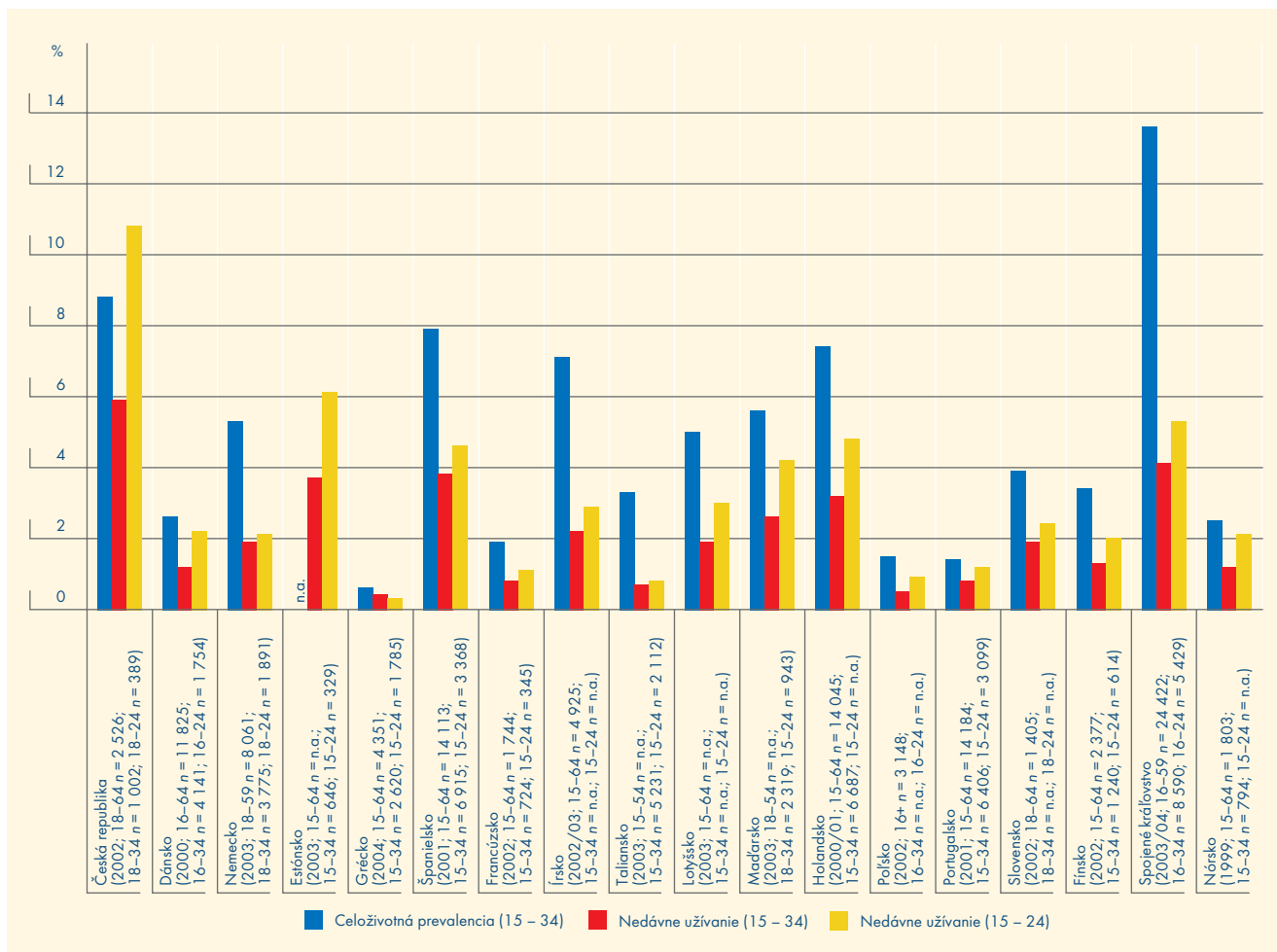
Extázu skúsilo okolo 0,2 až 6,5 % dospelého obyvateľstva, vo väčšine krajín je to hodnota od 1 do 4 %. Nedávne užívanie priznalo 0 až 2,5 % dospelých, pričom v Českej republike, Španielsku a Spojenom kráľovstve uviedli najvyššie hodnoty prevalencie.

Medzi mladými dospelými (15- až 34-ročnými) uviedlo skúsenosť s užívaním extázy 0,6 až 13,6 % opýtaných. Nedávne užívanie (prevalenciu za uplynulých 12 mesiacov) priznalo 0,4 až 6 % opýtaných, pričom v Českej republike, Estónsku, Španielsku a Spojenom kráľovstve uviedli najvyššie hodnoty prevalencie (obrázok 7).

Pretože užívanie extázy je prevažne fenomén mládeže, je užitočné analyzovať hodnoty prevalencie medzi 15- až 24-ročnými mladými a medzi 15- až 16-ročnými školákmi. V skupine 15- až 24-ročných sú hodnoty celoživotnej skúsenosti v rozmedzí od 0,4 do 13 %, pričom hodnoty nedávneho užívania kolíšu v intervale od 0,3 do 11 %. Keďže navyše sú hodnoty užívania drogy v tejto vekovej skupine medzi mužskou populáciou vyššie, ako medzi ženami, väčšina krajín uvádza hodnoty celoživotnej skúsenosti medzi 15- až 24-ročnými mladíkmi v rozmedzí 4 – 16 % a hodnoty nedávneho užívania 2 – 8 %. A napokon, sedem krajín uviedlo údaje o súčasnom užívaní (za posledných 30 dní) v intervale od 2 do 5 %, ktoré mohli zahŕňať aj pravidelné užívanie, pričom asi 1 z 20 – 50 mladých mužov vo veku 15 až 24 rokov užíval extázu pravidelne. Tieto čísla sú pravdepodobne vyššie v mestskom prostredí, najmä na diskotékach, v kluboch alebo na tanečných podujatiach s vysokou návštevnosťou (Butler a Montgomery 2004).

<sup>(58)</sup> Pozri kapitolu 2 s podrobnou analýzou výsledkov prieskumov ESPAD 2003 na školákoch.

**Obrázok 7:** Celoživotná prevencia a nedávne užívanie (posledný rok) extázy medzi mladými dospelými vo vybraných vekových skupinách 15 – 34 a 15 – 24 rokov, podľa prieskumov obyvateľstva



**Poznámka:** Údaje sú z najnovších celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine (pozri celožitovnú prevenciu v tabuľke GPS-2 a nedávne užívanie v skupine 15- až 34-ročných v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2005). Niektoré krajiny používajú trochu iné vekové rozpätie ako štandardné vekové rozpätie EMCDDA pre mladých dospelých. Rozdiely vo vekovom rozpätí môžu v malom rozsahu spôsobovať rozdiely medzi krajinami.  
**Zdroje:** Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

Odhady prevalencie užívania extázy sú medzi 15- až 16-ročnými školákmi podstatne nižšie, než medzi 15- až 24-ročnými. Celoživotná prevencia extázy medzi skúmanými školákmi kolísala od 0 do 8 %, s ešte nižšími hodnotami nedávneho užívania (0 – 4 %) a súčasného užívania (0 – 3 %). Vo väčšine krajín odhadovali súčasné užívanie na 1 až 2 % s malými odchýlkami podľa pohlavia (Hibell a kol. 2004).

Na porovnanie, pri federálnom prieskume o užívaní drog a zdraví v roku 2003 v Spojených štátoch (SAMHSA, 2003) priznalo celožitovnú skúsenosť s extázou 4,6 % dospelých (za ktorých sa považujú 12-roční a starší) a 0,9 % priznalo jej užívanie v nedávnej minulosti. Medzi 18- až 25-ročnými uviedlo v tom istom

prieskume celožitovnú skúsenosť 14,8 %, nedávne užívanie 3,7 % a súčasné užívanie (minulý mesiac) 0,7 % opýtaných <sup>(59)</sup>.

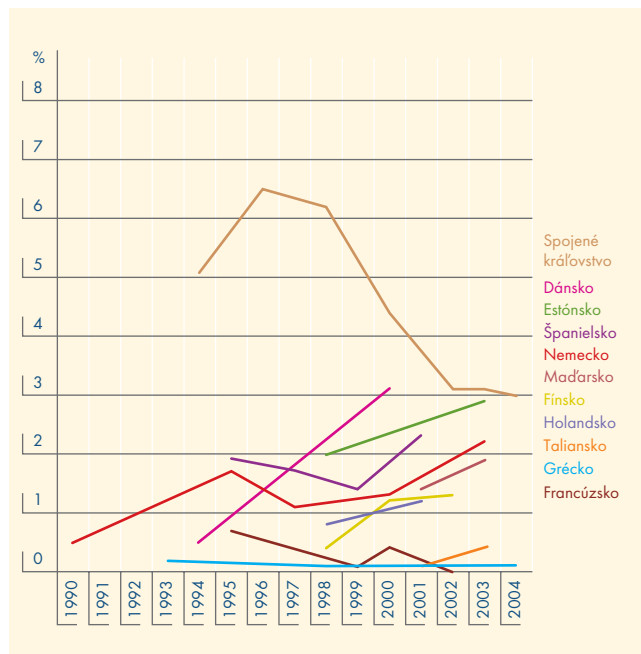
### Trendy

Prieskumy medzi obyvateľstvom ukazujú rast nedávneho užívania amfetamínov (obrázok 8) a extázy (obrázok 9) medzi mladými dospelými vo väčšine krajín s informáciami o nepretržitých prieskumoch. Pokiaľ ide o extázu, sú výnimkami Nemecko a Grécko, kde sa úroveň nezvýšila a Spojené kráľovstvo, kde sa užívanie týchto drog v ostatnom období (2002/03) stabilizovalo, aj keď na relatívne vysokej úrovni (obrázok 9).

<sup>(59)</sup> Upozorňujeme, že vekové rozpätie v americkom prieskume (12-roční a starší) je širšie ako vekové rozpätie, ktoré udáva EMCDDA pri prieskumoch v EÚ (15 – 64 rokov). Na druhej strane je vekové rozpätie mladých dospelých (18 – 25 rokov) užšie ako rozpätie uvádzané vo väčšine prieskumov EÚ (15 – 24 rokov).



**Obrázok 8:** Trendy v nedávnom užívaní (za posledný rok) amfetamínov medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) podľa prieskumov obyvateľstva <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Veľkosti vzoriek (respondenti) vo vekovej skupine 15- až 34-ročných za každú krajinu a rok sú uvedené v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2005.

**Poznámka:** Údaje sú prevzaté z celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine. Číselné údaje a metodiku každého prieskumu možno nájsť v GPS-4 v štatistickej ročenke 2005. Pri mladých dospelých používa EMCDDA vekové rozpätie 15 až 34 rokov (Dánsko a Spojené kráľovstvo od 16 rokov, Nemecko, Estónsko (od r. 1998) a Maďarsko od 18 rokov). Vo Francúzsku bolo v roku 1995 18 – 39 rokov.

**Zdroje:** Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

Ako už bolo uvedené, v mnohých krajinách už užívanie extázy prevyšuje užívanie amfetamínov; to ale vôbec neznamená, že by užívanie amfetamínov klesalo. Vo väčšine krajín schopných poskytnúť informácie z nepretržitých prieskumov užívanie amfetamínov (nedávne užívanie medzi mladými dospelými) v skutočnosti vzrástlo. Významnou výnimkou je Spojené kráľovstvo, kde od roku 1998 zaznamenali podstatný pokles v užívaní amfetamínov. To pravdepodobne vysvetľuje, prečo je v Spojenom kráľovstve prevalencia celoživotnej skúsenosti vysoká v porovnaní s nižšími úrovňami zaznamenaného nedávneho užívania. Možno špekulovať, či pokles v užívaní amfetamínov do istej miery vyrovnali prírastky v užívaní kokaínu a extázy (pozri obrázky 8 a 9).

## Údaje o dopyte po liečbe

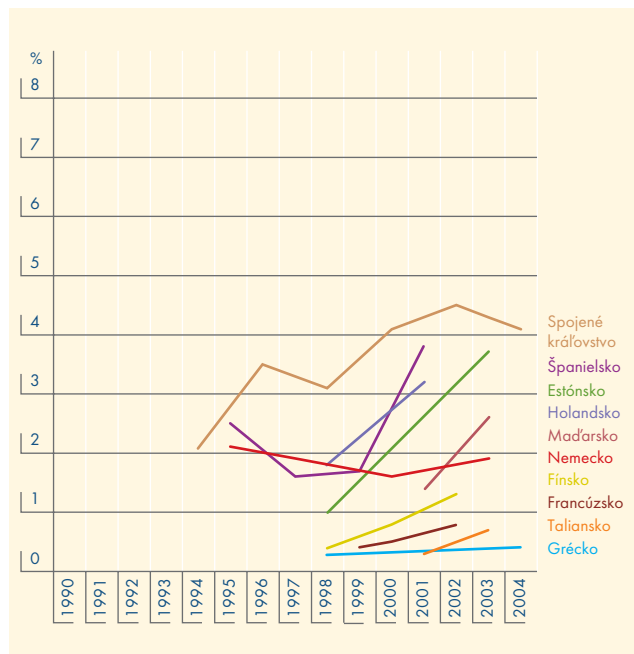
Užívanie ATS je zriedka primárnou príčinou vyhľadania protidrogovej liečby. Existujú však aj niektoré výnimky:

<sup>(60)</sup> Pozri tabuľky TDI-4 (časť ii) a TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(61)</sup> Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(62)</sup> Pozri tabuľku TDI-23 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 9:** Trendy v nedávnom užívaní (za posledný rok) extázy medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) podľa prieskumov obyvateľstva <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Veľkosti vzoriek (respondenti) vo vekovej skupine 15- až 34-ročných za každú krajinu a rok sú uvedené v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2005.

**Poznámka:** Údaje sú prevzaté z celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine. Číselné údaje a metodiku každého prieskumu možno nájsť v GPS-4 v štatistickej ročenke 2005. Pri mladých dospelých používa EMCDDA vekové rozpätie 15 až 34 rokov (Dánsko a Spojené kráľovstvo od 16 rokov, Nemecko, Estónsko (od r. 1998) a Maďarsko od 18).

**Zdroje:** Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

v Českej republike, vo Fínsku a Švédsku sú ATS, osobitne amfetamíny ešte viac ako extáza, dôvodom okolo 18 až vyše 50 % všetkých žiadostí o prvotnú liečbu. Vyše 50 % žiadostí o liečbu, vykazovaných v Českej republike, súvisí s primárnym metamfetamínovým problémom. Vidieť to aj na nových žiadostiach o liečbu, s prirátaním Slovenska <sup>(60)</sup>. Okrem toho 11 % nových európskych klientov žiadajúcich o liečbu a uvádzajúcich údaje uviedlo ATS ako sekundárnu drogu <sup>(61)</sup>.

Z porovnania údajov z rokov 2002 a 2003 vyplýva, že stúpajúci trend počtu užívateľov ATS pokračoval (+3,5 %); v rokoch 1996 až 2003 sa v 12 štátoch EÚ počet klientov, ktorí vyhľadali liečbu kvôli ATS, zvýšil z 2 204 na 5 070.

Medzi novými klientmi hľadajúcimi liečbu v ambulatných strediskách kvôli ATS užívalo 78,5 % amfetamíny a 21,4 % MDMA (extázu) <sup>(62)</sup>. Najväčší podiel klientov, užívateľov

extázy, zistili v Maďarsku, Holandsku a Spojenom kráľovstve.

Takmer tretina užívateľov ATS, ktorí požiadali o liečbu, bola vo veku 15 – 19 rokov a ďalšia tretina mala 20 až 24 rokov <sup>(63)</sup>. Veľká väčšina klientov ATS užíla po prvý raz drogu medzi 15. a 19. rokom veku <sup>(64)</sup>.

Medzi liečenými klientmi ATS sú zhodné počty príležitostných a denných užívateľov. V krajinách, kde je pomer amfetamínových klientov vyšší, užíva väčšina užívateľov drogu 2- až 6-krát za týždeň <sup>(65)</sup>.

Hlavným spôsobom podávania amfetamínov a extázy je orálne užitie (58,2 %); okolo 15 % klientov si však drogu vstrekuje; viac ako 60 % klientov ATS v niektorých krajinách sú súčasní injekční užívatelia amfetamínov (Česká republika a Fínsko) <sup>(66)</sup>.

## Úmrtia súvisiace s extázou

Pri porovnaní s úmrtiami súvisiacimi s opiátmi sú úmrtia v spojení s extázou relatívne neobvyklé, ale v niektorých krajinách nie sú zanedbateľné a sledovanie tejto úmrtnosti by sa mohlo zlepšiť. Označenie „smrť v súvislosti s extázou“ by mohlo znamenať, že extáza bola uvedená v úmrtnom liste alebo že bola zistená toxikologickou analýzou (často spolu s inými drogami) <sup>(67)</sup>.

Hoci sa spravodajstvo neharmonizovalo, údaje z národných správ siete Reitox nasvedčujú, že úmrtia súvisiace s extázou a osobitne úmrtia súvisiace len so samotnou extázou sú vo väčšine krajín EÚ zriedkavé. V roku 2003 uvádzalo viacero krajín úmrtia, ktoré súviseli s extázou: Rakúsko (jedno úmrtie súvisiace len s extázou), Česká republika (jedno úmrtie, pravdepodobne v dôsledku predávkovania MDMA), Francúzsko (osem prípadov spojených s extázou), Nemecko (dva prípady spojené len s extázou a osem s extázou v kombinácii s inými drogami – a údajmi o 8 sólo, resp. 11 prípadoch v kombinácii z roku 2002), Portugalsko (zistené v 2 % úmrtí súvisiacich s drogami) a Spojené kráľovstvo (extáza bola „spomenutá“ v 49 úmrtných listoch v roku 2000, v 76 v roku 2001 a v 75 v roku 2002). V Holandsku uviedli sedem úmrtí v dôsledku akútnej otravy psychostimulanciami, hoci látku, ktorá smrť spôsobila, výslovne neuviedli.

Niekoľko krajín informovalo o náhle hospitalizácii v súvislosti s extázou. Počet nefatálnych náhlych príhod v Amsterdame (podľa holandskej národnej správy), ktoré možno pripísať užitiu extázy, ostal v rokoch 1995 až 2003

stabilný (podobne ako pri amfetamínoch), zatiaľ čo počet príhod v dôsledku halucinogénnych húb a gama-hydroxybutyrátu (GHB) vzrástol. V Dánsku sa (podľa národnej správy) počet návštev nemocnice v dôsledku otravy stimulanciami zvýšil zo 112 prípadov v roku 1999 na 292 prípadov v roku 2003; z nich sa počet návštev súvisiacich s užitím extázy v rokoch 1999 až 2000 významne zvýšil, ale bez zreteľného trendu, kým počet návštev súvisiacich s užívaním amfetamínov v tomto období plynulo rástol.

## Prevenia

Projekty mobilnej prevencie sa prispôsobujú fragmentácii „divokej“ kultúry, takže vždy možno zastihnúť cieľovú skupinu mladých, ktorí užívajú drogu rekreačne, napr. prostredníctvom kontaktných miest pre každú „scénu“. Spomedzi krajín, v ktorých existovalo testovanie tabletiiek, sa táto prax prerušila v Nemecku a Portugalsku. V Holandsku sa tabletky testujú len v laboratóriách a vo Francúzsku navrhli, aby sa prestalo s testovaním tabletiiek v teréne. Dôvodmi týchto zmien je znížený výskyt znehodnotených tabletiiek v západnej Európe a pretrvávajúce obavy o zákonnosť postupu. V Českej republike sa však na projektoch testovania tabletiiek pokračuje a projekty boli skutočne predmetom diskusií v médiách.

## Prevenia v rekreačných prostrediach

Stále častejšie sú údaje o projektoch selektívnej prevencie v rekreačných prostrediach v nových členských štátoch a to najmä v Českej republike, na Cypre (mobilná informačná jednotka v nočných kluboch), v Maďarsku (tri organizácie), Poľsku a Slovinsku.

Obvykle ostáva obsah zásahov nezmenený a vo väčšine členských štátoch podobný; má formu protidrogových diskotiek, umeleckých vystúpení, divadla, mediálnej podpory (filmov, karikatúr atď.), seminárov, mobilných výstav a turistických podujatí (luxemburská národná správa).

Dôležité ostávajú štruktúrne prístupy. V Taliansku, Holandsku a Škandinávii sa za nevyhnutnú podmienku drogovej prevencie považuje sieť, ktorej cieľom je vplývať na kultúru nočného života. Preventivisti sa v rámci nej spájajú s vlastníkmi priestorov, ktoré sa obvykle využívajú na rekreačné užívanie drog (v Holandsku vrátane obchodov s kávou), ako aj s inými predstaviteľmi scény

<sup>(63)</sup> Pozri tabuľky TDI-11 (časť i) a TDI-11 (časť v) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(64)</sup> Pozri tabuľky TDI-10 (časť i) a TDI-10 (časť v) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(65)</sup> Pozri tabuľku TDI-18 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(66)</sup> Pozri tabuľku TDI-17 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(67)</sup> Pozri výročnú správu EMCDDA 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/sk/page038-sk.html>), kde je viac podrobností o úmrtiach súvisiacich s extázou.

nočného života, napr. vrátnikmi a personálom barov. Vo Švédsku sa takéto zásahy zavádzajú v ostatných veľkých mestách, mimo Štokholmu. Zo štúdie o podobných programoch v Holandsku vyplynulo, že „návštevníci i organizátori podujatí zaobchádzali s nelegálnymi drogami oveľa zodpovednejšie než sa očakávalo“ (Pijlman a kol. 2003). Takéto integrované prístupy majú tiež výhodu, že odpútavajú pozornosť verejnosti od prípadov a náhlych zdravotných príhod súvisiacich s nelegálnymi drogami na veľkých podujatiach a povedomie zameriavajú na celkové riziká klubového prostredia. Do tejto kategórie patria usmernenia na bezpečnejší nočný život, ktoré však dosiaľ nie sú v Európe veľmi rozšírené (Calafat a kol. 2003).

Individuálne poradenstvo online prostredníctvom webových stránok je relatívne novým prístupom, ktorý zaviedli v Rakúsku a Nemecku (www.drugcom.de). V týchto intenciách je v Rakúsku k dispozícii e-mailové poradenstvo v novom viedenskom telekomunikačnom stredisku protidrogovej pomoci a sú vypracované štandardy kvality (FSW, 2004). Väčšina webových stránok drogovej prevencie však jednoducho poskytuje odborné rady a neobsahuje diskusné fóra, a preto nejestvuje presvedčivý dôkaz efektívnosti takýchto spotrebiteľsky riadených rovesníckych spoločenstiev (Eysenbach a kol. 2004).

## Informácia o zachyteniach a o trhu <sup>(68)</sup>

Podľa informácií Úradu OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC 2003a) sa výroba ATS – „syntetických drog vrátane chemicky príbuzného amfetamínu, metamfetamínu a extázy“ – ťažko kvantifikuje, pretože „sa pri nej používajú bežne dostupné chemikálie v ľahko utajiteľných laboratóriách“. Celoročná svetová výroba ATS sa však odhaduje asi na 520 ton (UNODC 2003b). Celosvetovo sa najviac ATS – 46 ton – zachytilo v roku 2000 a po prechodnom poklese to bolo v roku 2003 opäť 34 ton (CND 2004, 2005).

## Amfetamín

Súdiac podľa počtu odhalených laboratórií sa celosvetová výroba amfetamínu naďalej sústreďuje v Európe.

V roku 2003 boli odhalené amfetamínové laboratóriá v ôsmich štátoch EÚ (Belgicku, Nemecku, Estónsku, Litve, Luxembursku, Holandsku, Poľsku a Spojenom kráľovstve). Väčšina amfetamínu zachyteného v roku 2003 v EÚ

pochádzala z Holandska, po ktorom nasledovali Poľsko a Belgicko. Správy okrem toho hovoria o amfetamíne vyrobenom v Estónsku a Litve a určenom pre severské štáty. S amfetamínom sa obchoduje hlavne vnútri regiónov (národné správy Reitox 2004; CND 2005).

Podobne, k väčšine zachytení amfetamínu došlo v Európe. V roku 2003 bolo 82 % z celkového množstva celosvetovo zachyteného amfetamínu zachytených v západnej a strednej Európe, 13 % vo východnej a v juhovýchodnej Európe a 3 % v krajinách Blízkeho a Stredného východu (CND 2005). Z členských štátov EÚ sa v posledných piatich rokoch najviac amfetamínov zachytilo v Spojenom kráľovstve <sup>(69)</sup>. Rastúci počet zachytení amfetamínu <sup>(70)</sup> vyvrcholil v EÚ ako celku v roku 1998, kým najvyššie množstvá amfetamínov <sup>(71)</sup> boli zachytené v roku 1997. Počty zachytení amfetamínu rástli i v rokoch 2001 a 2002, ale podľa dostupných údajov o trendoch z krajín, z ktorých sú dostupné údaje, sa v roku 2003 pravdepodobne stabilizovali alebo klesli. Zachytené množstvá dosť kolísali, ale zdá sa, že od roku 2002 rastú <sup>(72)</sup>.

V roku 2003 sa priemerné ceny amfetamínu na úrovni užívateľa pohybovali od 10 eur za gram v Belgicku, Estónsku, Grécku, Lotyšsku, Maďarsku, Holandsku a na Slovensku do 37,5 eura za gram v Nórsku <sup>(73)</sup>. Priemerná maloobchodná čistota amfetamínu kolísala v roku 2003 od 7,5 % (v Nemecku) do 50 % (v Nórsku) <sup>(74)</sup>.

## Metamfetamín

Metamfetamín je z hľadiska vyrábaných a predávaných množstiev na celosvetovej úrovni najvýznamnejšie stimuluans amfetamínového typu. Najväčšie množstvá sa aj roku 2003 vyrobili a zachytili vo východnej a juhovýchodnej Ázii (v Číne, Mjanmarsku, na Filipínach, v Thajsku), po ktorých nasledovala Severná Amerika (Spojené štáty) (CND 2005). V Európe sa vyrába metamfetamín v oveľa menšom rozsahu. Tajné metamfetamínové laboratóriá vypátrali a informovali o nich v roku 2003 v Českej republike, Nemecku, Litve a na Slovensku (národné správy Reitox 2004; CND 2005). V Českej republike sa výroba metamfetamínu udáva už od začiatku osemdesiatych rokov minulého storočia (UNODC 2003a); väčšinou je určený na domácu spotrebu, hoci určitá časť z neho sa pašuje do Nemecka a Rakúska (česká národná správa 2004). České orgány v roku 2003

<sup>(68)</sup> Pozri „Interpretácia zachytenia a údaje o trhu“, s. 41.

<sup>(69)</sup> Túto situáciu treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za Spojené kráľovstvo za rok 2003. Údaje o počte zachytení amfetamínu v roku 2003 chýbali z Talianska, Cypru, Holandska a Rumunska; údaje o počte zachytení aj o množstvách zachyteného amfetamínu v roku 2003 neboli k dispozícii za Írsko a Spojené kráľovstvo.

<sup>(70)</sup> Pozri tabuľku SZR-7 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(71)</sup> Pozri tabuľku SZR-8 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(72)</sup> Toto treba preveriť po dodaní zatiaľ chýbajúcich údajov za rok 2003, najmä zo Spojeného kráľovstva.

<sup>(73)</sup> Pozri tabuľku PPP-4 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(74)</sup> Pozri tabuľku PPP-8 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

uviedli, že sa zvýšila výroba „pervitínu“ (tamajšieho metamfetamínu) zo značkových farmaceutických výrobkov v dôsledku nedostatku efedrínu (prekurzora metamfetamínu) na tamajšom čiernom trhu. Napriek tomu, že EMCDDA systematicky nezbera údaje o zachytení metamfetamínu, Česká republika, Nemecko, Litva a Nórsko poskytli údaje o jeho zachytení v roku 2003. Okrem toho Dánsko uviedlo, že metamfetamín je na nezákonnom drogovom trhu stále bežnejšou drogou a Lotyšsko informovalo o zachytení vyššieho množstva (0,8 ton) efedrínu (v porovnaní s rokom 2002) (národné správy Reitox 2004).

Uvádzaná maloobchodná cena „pervitínu“ v Českej republike kolísala od 16 do 63 eur za gram <sup>(75)</sup>, s čistotou od 50 do 75 % <sup>(76)</sup>.

### Extáza

V celosvetovom meradle zostáva Európa hlavným centrom výroby extázy, hoci jej relatívny význam v ostatných rokoch zdanlivo klesá so šírením výroby extázy do iných častí sveta, najmä do Severnej Ameriky a južnej a juhovýchodnej Ázie (CND 2005; INCB 2005). V roku 2003 klesol počet laboratórií vyrábajúcich extázu, zistených na svete (CND 2005); v EÚ uviedli odhalenie takýchto laboratórií v Belgicku, Estónsku, Litve a Holandsku (národné správy Reitox 2004; CND 2005). Uvádza sa, že extáza zachytená v EÚ pochádza najmä z Holandska, po ktorom nasleduje Belgicko, hoci aj Estónsko a Spojené kráľovstvo boli uvedené ako zdrojové krajiny (národné správy Reitox 2003).

Obchodovanie s extázou sa ešte stále vo veľkej miere sústreďuje v západnej Európe aj napriek tomu, že sa rovnako ako výroba v ostatných rokoch rozšírilo po celom svete (UNODC 2003a). Pokiaľ ide o množstvá zachytené v roku 2003, až 58 % bolo zachytených v západnej a strednej Európe, Oceánia s 23 % bola na druhom mieste (CND 2005). V roku 2002 predbehlo Holandsko prvýkrát Spojené kráľovstvo ako štát EÚ, kde zachytili najviac extázy <sup>(77)</sup>.

Počet zachytení extázy <sup>(78)</sup> v EÚ v období rokov 1998 – 2001 rýchlo rástol. Od roku 2002 však počty zachytení klesali a podľa trendov v krajinách, z ktorých sú údaje k dispozícii, bude pravdepodobne tento klesajúci trend pokračovať aj v roku 2003. Množstvá zachytenej extázy <sup>(79)</sup> od roku 1998 do roku 2000 prudko vzrástli a odvtedy stúpajú pomalšie. V roku 2003 však zachytené množstvá klesli vo väčšine krajín, ktoré poskytli údaje. Viditeľný pokles počtu zachytení i zachytených množstiev extázy v EÚ v roku 2003 treba potvrdiť po poskytnutí údajov, ktoré chýbajú za rok 2003 najmä zo Spojeného kráľovstva.

Priemerné náklady na tabletku extázy predávanej na ulici v roku 2003 kolísali od menej než 5 eur (Maďarsko, Holandsko) do 20 – 30 eur (Grécko, Taliansko) <sup>(80)</sup>.

Väčšina tabliet, predávaných ako nezákonné drogy v roku 2003, obsahovala len extázu (s aktívnou látkou MDMA) a látky podobné extáze (MDEA, MDA) ako psychoaktívne prísady. Tieto látky obsahovalo viac ako 95 % analyzovaných tabliet v Dánsku, Španielsku, Maďarsku, Holandsku, na Slovensku a v Nórsku. Dve krajiny, Estónsko a Litva však uviedli, že vysoké percento (94 % v Estónsku a 76 % v Litve) analyzovaných tabliet obsahovalo ako jedinú psychoaktívnu látku buď amfetamín, alebo metamfetamín. Obsah MDMA v tabletkách extázy značne kolíše v závislosti od výrobných šarže (dokonca aj pri tabletkách s rovnakým logom) tak v jednotlivých krajinách, ako aj medzi nimi. Priemerný obsah MDMA v tabletkách extázy sa v roku 2003 pohyboval od 54 do 78 mg <sup>(81)</sup>. Inými psychoaktívnymi látkami zistenými v tabletkách predávaných v roku 2003 ako extáza boli MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA a 1-PEA (národné správy Reitox 2004).

### LSD

Výroba LSD a obchodovanie s ním majú oveľa menší rozsah než ATS. Do roku 2000 bolo v EÚ najčastejšie zachytené LSD v Spojenom kráľovstve, ale odvtedy vykazuje Nemecko <sup>(82)</sup> najvyšší počet zachytení <sup>(83)</sup>. V rokoch 1998 – 2002, s výnimkou ustálenia v roku 2000, tak počty zachytení LSD <sup>(84)</sup>, ako aj zachytené

<sup>(75)</sup> Pozri tabuľku PPP-4 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(76)</sup> Pozri tabuľku PPP-8 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(77)</sup> Toto by bolo treba preveriť, keď budú k dispozícii chýbajúce údaje za rok 2003. Údaje o počte zachytení extázy v roku 2003 chýbali z Talianska, Cypru, Holandska a Rumunska; údaje o počte zachytení aj o množstvách zachytenej extázy v roku 2003 neboli k dispozícii za Írsko a Spojené kráľovstvo.

<sup>(78)</sup> Pozri tabuľku SZR-9 (časť iv) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(79)</sup> Pozri tabuľku SZR-10 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(80)</sup> Pozri tabuľku PPP-4 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(81)</sup> Toto sa opiera o údaje iba piatich krajín, a to Dánska, Nemecka, Francúzska, Luxemburska a Holandska.

<sup>(82)</sup> Nízky počet zachytení LSD si treba všimnúť, aby nedošlo preceňovaniu medziročných výkyvov.

<sup>(83)</sup> Toto by bolo treba preveriť, keď budú k dispozícii chýbajúce údaje za rok 2003. Údaje o počte zachytení LSD v roku 2003 chýbali z Talianska, Cypru, Holandska a Poľska; údaje o počte zachytení aj o množstvách zachyteného LSD v roku 2003 neboli k dispozícii za Írsko, Maltu, Slovinsko, Spojené kráľovstvo, Bulharsko a Rumunsko.

<sup>(84)</sup> Pozri tabuľku SZR-11 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

množstvá <sup>(85)</sup> na úrovni EÚ rovnomerne klesali. V roku 2003 však po prvý raz za deväť rokov oboje, počty zachytení LSD aj zachytené množstvá vzrástli. Výnimočne vysoké množstvá boli zachytené v Španielsku, vo Francúzsku a v Poľsku. Môže to byť znakom oživenia obchodu s LSD (a možno i jeho užívania) v EÚ. Užívateľské náklady na jednotku LSD sa v roku 2003 pohybovali od 4 eur v Spojenom kráľovstve do 25 eur v Taliansku <sup>(86)</sup>.

## Informácie systému včasného varovania

Hlavným cieľom európskeho systému včasného varovania (*European early-warning system; EWS*) v rámci jednotnej akcie EÚ 1997, ktorá sa týka nových syntetických drog <sup>(87)</sup>, je rýchly zber, analýza a výmena informácií o nových syntetických drogách hneď, ako sa objavia na európskej drogovej scéne. Nad EWS má patronát EMCDDA prostredníctvom siete Reitox a funguje v úzkej spolupráci s Europolom, ktorý mu prostredníctvom svojej siete národných jednotiek (ENU) poskytuje príslušné informácie, významné z hľadiska presadzovania práva.

Členské štáty informovali EMCDDA v roku 2004 o šiestich nových syntetických drogách, čím celkový počet sledovaných látok prevýšil 25. Medzi ne patria kruhovo substituované fenetylamiны (väčšinou zo skupiny 2C, ako aj TMA-2, 4-MTA, PMMA atď.), tryptamíny (napr. DMT, AMT, DIPT a ich deriváty) a piperazíny (vrátane BZP, mCPP). Zhromažďovali a vymieňali sa aj informácie o rôznych iných látkach vrátane niektorých katinónov (napr. substituovaných pyrolidínov). Európsku komisiu ani Európsku radu však nik nežiadal o schválenie posúdenia rizík žiadnej novej látky, pretože sa dostatočne nepreukázali riziká pre zdravie jednotlivca alebo verejné zdravie ani sociálne riziká.

Posúdeniu rizík boli v roku 2000 podrobené ketamín a GHB a EWS ich bude ďalej sledovať. Napriek tomu, že sú náznaky možného významného rozšírenia užívania týchto dvoch látok v rekreačných prostrediach, dostupné dôkazy zatiaľ nepostačujú na kvantifikáciu prevalencie alebo určenie trendov v rámci EÚ.

Zistenie ketamínu oznámili z Belgicka, Dánska, Grécka, Francúzska, Maďarska, Holandska, zo Švédska a Spojeného kráľovstva a z Nórska. Väčšinou bol zachytený biely prášok, ale vo Francúzsku a v Spojenom kráľovstve už zachytili/nakupovali aj ketamín v kvapalnej forme. Najvyššie počty zistení v telesných tekutinách

a vo vzorkách boli oznámené zo Švédska (51) a z Nórska (30), ale žiadna krajina nerozlišovala medzi užívaním na lekárske a nelegálne účely.

Identifikáciu GHB, vrátane zachytenia jeho prekurzorov GBL a 1,4-BD (chemikálií, ktoré sú bežne obchodne dostupné), uvádzali správy z Belgicka, Českej republiky, Dánska, Estónska, Francúzska, Holandska, zo Švédska, z Fínska, zo Spojeného kráľovstva a z Nórska. GHB bol zachytený tak vo forme prášku, ako aj v kvapalnej forme.

V posledných dvoch mesiacoch roku 2004 oznámili z Belgicka, Francúzska, Talianska a Holandska viaceré prípady otráv po konzumácii kokainu znehodnoteného relatívne vysokými dávkami atropínu <sup>(88)</sup>. Hneď, ako bolo zrejmé riziko kombinovanej kokaínovo-atropínovej otravy, EMCDDA vydalo pokyn partnerom EWS informovať svoje siete a najmä príslušné zdravotnícke orgány o príznakoch kokaínovo-atropínovej otravy, aby ju mohli diagnostikovať v ranom štádiu. Na základe neho sa aj viaceré členské štáty rozhodli vydať včasné varovanie svojim sieťam alebo orgánom verejného zdravia.

V máji 2005 ďalej posilnilo EWS rozhodnutie Rady (2005/387/SVV), ktorým sa nahradila jednotná akcia 1997. Rozhodnutím Rady sa rozširuje pôsobnosť akcie na všetky psychoaktívne látky (omamné drogy i syntetické drogy). Mechanizmus navyše umožňuje zaradiť do výmeny informácií o nových psychoaktívnych látkach aj lieky.

## Medzinárodná akcia proti výrobe syntetických drog a obchodovaniu s nimi

EÚ a medzinárodná spolupráca stále viac uznáva dôležitosť sledovania a kontroly chemických prekurzorov potrebných na výrobu kontrolovaných látok. Zvýšením pozornosti voči chemickým látkam potrebným na výrobu drog ako heroín, kokain a extáza možno zaviesť opatrenia na znemožnenie alebo potlačenie ich dodávky. V tejto oblasti existujú v súčasnosti tri veľké medzinárodné programy. Operácia „Purple“ sa týka manganistanu draselného, ktorý sa používa na výrobu kokainu; operácia „Topaz“ sleduje medzinárodný obchod s acetanhydridom, prekurzorom používaným na výrobu heroínu a projekt „Prism“ sa zameriava na spätné sledovanie vyšetrovaných zachytení prekurzorov stimulancií amfetamínového typu na vstupoch alebo pracoviskách laboratórií vyrábajúcich nelegálne drogy. Celkom 20 227 transakcií bolo oznámených INCB a preskúmaných v rámci týchto operácií

<sup>(85)</sup> Pozri tabuľku SZR-12 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(86)</sup> Pozri tabuľku PPP-4 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(87)</sup> Jednotná akcia 1997, ktorá sa týka výmeny informácií, hodnotenia rizika a kontroly nových syntetických drog (Ú. v. ES L 167, 25.6.1997), definuje nové syntetické drogy ako „syntetické drogy, ktoré v súčasnosti nie sú uvedené ani v jednom zo zoznamov v prílohe k Dohovoru OSN o psychotropných látkach z roku 1971, ktoré predstavujú porovnateľné závažné ohrozenie verejného zdravia ako látky uvedené v zoznamoch I a II tohto dohovoru a ktoré majú obmedzenú terapeutickú hodnotu“. Vzťahuje sa na konečné výrobky, na rozdiel od prekurzorov.

<sup>(88)</sup> Anticholinergikum atropín je prírodný alkaloid, ktorý obsahuje rastlina *Atropa belladonna*. Vážna intoxikácia môže byť smrteľná.

v uplynulých dvoch rokoch a existujú určité dôkazy o vplyve týchto akcií na výrobu drog.

Projekt Prism je obzvlášť dôležitý so zreteľom na výrobu syntetických drog v EÚ. Je to náročná oblasť práce, lebo medzi veľkým množstvom chemických látok, ktoré možno použiť na výrobu ATS, sú mnohé látky, ktoré sú potrebné na legálne obchodné činnosti alebo sú ich vedľajšími produktmi. Medzi záujmové oblasti projektu Prism patrí sledovanie medzinárodného obchodu so safrolom, ktorý sa používa na výrobu extázy; prevencia zneužívania farmaceutických prípravkov obsahujúcich pseudoefedrín; a vyhľadávanie laboratórií, v ktorých sa nelegálne vyrába 1-fenyl-2-propanón. Napriek ťažkostiam práce v tejto oblasti sa zdá, že projekt Prism uľahčoval lepšiu medzinárodnú spoluprácu, ktorej výsledkom sú úspešné represívne činnosti. Ich príkladom, ktorý zaznamenáva INCB (2005) vo svojej nedávnej správe, bola spolupráca medzi Čínou a Poľskom, ktorá viedla k odhaleniu rozsiahleho prípadu pašovania 1-fenyl-2-propanónu do Poľska.

### Opatrenia proti výrobe a obchodovaniu so syntetickými drogami v Európe

V súlade s vykonávacím plánom akcií, prijímaným so zreteľom na dodávky syntetických drog, pripravila Komisia v spolupráci s Europolom v decembri 2003 správu, v ktorej opisuje súčasný stav veľkých mnohostranných projektov zameraných na mapovanie distribučných sietí a skúseností získaných v tejto oblasti na úrovni EÚ, v členských štátoch a kandidátskych krajinách. Správa zdôrazňuje kľúčové prvky týchto projektov, ktoré sú rozhodujúce na dosiahnutie pozitívnych operatívnych výsledkov. Dospela tiež k záveru, že existuje „potenciálny prospech z kombinovania informácií a spravodajstva z rozličných oblastí súvisiacich so syntetickými drogami v spoločnej a integrovanej stratégii“.

Europol zlúčil v decembri 2004 projekty CASE a GENESIS s cieľom vytvoriť projekt Synergy, ktorého súčasťou sú:

analytický pracovný súbor (*Analytical Work File; AWF*) podporovaný 20 členskými štátmi a niektorými treťimi štátmi, porovnávací systém protizákonných laboratórií (*Europol Illicit Laboratory Comparison System; EILCS*) a systém Logo extázy (*Europol Ecstasy Logo System; EELS*). Projekt pokračuje v podpore komplexnej akcie proti syntetickým drogám v Európe (CASE) a švédskej iniciatívy o profilovaní amfetamínu, ako aj Európskej spoločnej jednotky pre prekurzory (*European Joint Unit on Precursors; EJUP*), na ktorých sa zúčastňujú odborníci zo šiestich členských štátov.

Zložka AWF zabezpečuje zber a analýzu kriminalistického spravodajstva o syntetických drogách a prekurzoroch na vysokej úrovni. Prioritou je vyšetrovanie zločineckých skupín alebo významný *modus operandi*.

EILCS zhromažďuje fotografické a technické informácie z pracovísk výroby syntetických drog a súvisiacich skládok chemického odpadu, umožňujúc vyšetrovanie prepojení medzi zachyteným zariadením, materiálmi a chemickými látkami, podnecujúc výmenu informácií, spätné sledovanie, súdne vyšetrovanie na účely dokazovania plus zisťovanie totožnosti a zameranie sa na sprostredkovateľov a pridružené zločinecké skupiny. Prostredníctvom systému EILCS je Europol európskym kontaktným miestom projektu Prism – Equipment [Prism – zariadenia], svetového programu Organizácie Spojených národov INCB na spätné sledovanie tabletovacích strojov a iných zariadení na výrobu syntetických drog.

EELS zhromažďuje fotografické a základné kriminologické informácie o spôsoboch činnosti súvisiace s významnými zachyteniami, umožňuje určovať zhodu medzi zachyteniami a so zachytenými dôkazmi začínať výmenu informácií v trestnom konaní, ďalšie vyšetrovanie a kriminologické profilovanie na dôkazné účely a zameranie sa na zločinecké skupiny.

Europol pravidelne aktualizuje a uverejňuje svoj katalóg zariadení na výrobu syntetických drog, aj svoj katalóg Logo extázy.



## Kapitola 5

### Kokaín a krak

#### Prevalencia a vzory užívania kokaínu

Podľa najnovších vnútroštátnych prieskumov obyvateľstva priznáva 0,5 % až 6 % dospelaj populácie užitie kokaínu aspoň raz v živote (t. j. celoživotnú prevalenciu), s Talianskom (4,6 %), so Španielskom (4,9 %) a Spojeným kráľovstvom (6,8 %) v hornej časti tohto intervalu.

Vo všeobecnosti uviedlo nedávne užitie kokaínu (v uplynulých 12 mesiacoch) menej ako 1 % dospelých vo väčšine krajín, rozsah je od 0,3 do 1 %. V Španielsku a Spojenom kráľovstve sú hodnoty prevalencie nad 2 %.

Napriek tomu, že údaje o prevalencii kokaínu sú oveľa nižšie ako porovnateľné údaje o kanabise, môžu byť úrovne užívania medzi mladšími dospelými vyššie, ako je priemer za celú populáciu. Celoživotná skúsenosť medzi 15- až 34-ročnými sa pohybuje od 1 do 11,6 %, pričom sa najvyššie úrovne opäť zistili v Španielsku (7,7 %) a Spojenom kráľovstve (11,6 %). Nedávne užitie sa pohybuje v intervale od 0,2 % do 4,6 %, pričom v Dánsku, Írsku, Taliansku a Holandsku sú tieto hodnoty okolo 2 %, v Španielsku a Spojenom kráľovstve nad 4 %.

Užívanie kokaínu je rozšírenejšie medzi mužmi. Prieskumy v Dánsku, Nemecku, Španielsku, Taliansku, Holandsku a Spojenom kráľovstve napríklad ukázali, že celoživotnú skúsenosť malo 5 až 13 % mužov vo veku 15 až 34 rokov. V šiestich krajinách bolo nedávne užitie vyššie ako 3 %, pritom Španielsko a Spojené kráľovstvo uvádzali 6 až 7 % (obrázok 10).

Vo všeobecnej populácii sa užívanie kokaínu po období experimentovania v mladšom dospelom veku buď zastavilo, alebo je len príležitostné a dochádza k nemu najmä cez víkendy a v rekreačných prostrediach (barov a diskoték). Ale v daktorých krajinách nemusia byť niektoré formy pravidelného užívania zanedbateľné. Súčasnú užívanie (za posledných 30 dní) uviedlo 1,5 až 4 % mladých mužov (15- až 34-ročných) v Španielsku, Taliansku, Holandsku a Spojenom kráľovstve. V mestských oblastiach budú údaje o užívaní kokaínu pravdepodobne podstatne vyššie.

V nedávnej štúdií z viacerých veľkomiest, obrovská väčšina (95 %) opýtaných, definovaná ako sociálne integrovaní užívatelia (z prostredia diskoték, klubov alebo zo súkromného styku), kokaín šnupala; iba malý zlomok z nich látku v živote fajčil alebo si vstrekoval (Prinzleve a kol. 2004).

Výsledkom veľmi hrubého odhadu nedávneho užívania kokaínu (prevalencie posledného roka), za predpokladu priemernej prevalencie okolo 1 % všetkých dospelých, bude číslo 3 až 3,5 milióna ľudí v Európe. Odhadom, podľa hodnôt súčasného užívania, ide zhruba o 1,5 milióna užívateľov<sup>(89)</sup>.

Na porovnanie s krajinami mimo Európy, v roku 2003 v národnom prieskume zdravia a užívania drog v Spojených štátoch (SAMHSA 2003) uviedlo 14,7 % dospelých (12-ročných a starších) celoživotnú skúsenosť s užitím kokaínu a 2,5 % z nich uviedlo, že užívali kokaín v predchádzajúcich 12 mesiacoch<sup>(90)</sup>. Medzi 18- až 25-ročnými to bolo 15 % (celoživotne), 6,6 % (za posledných 12 mesiacov) a 2,2 % (za minulý mesiac). Pri 18- až 25-ročných mužoch boli tieto čísla 17,4 %, 8,2 % a 2,9 %. Celkovo je celoživotná prevalencia užívania kokaínu vo všeobecnej populácii Spojených štátov vyššia, ako v krajinách s vyššou prevalenciou v Európe. Tento rozdiel však nie je taký zrejмый, lebo podľa novších meraní užívania niektoré európske štáty teraz uvádzajú odhady, ktoré prevyšujú americké údaje.

#### Trendy v užívaní kokaínu

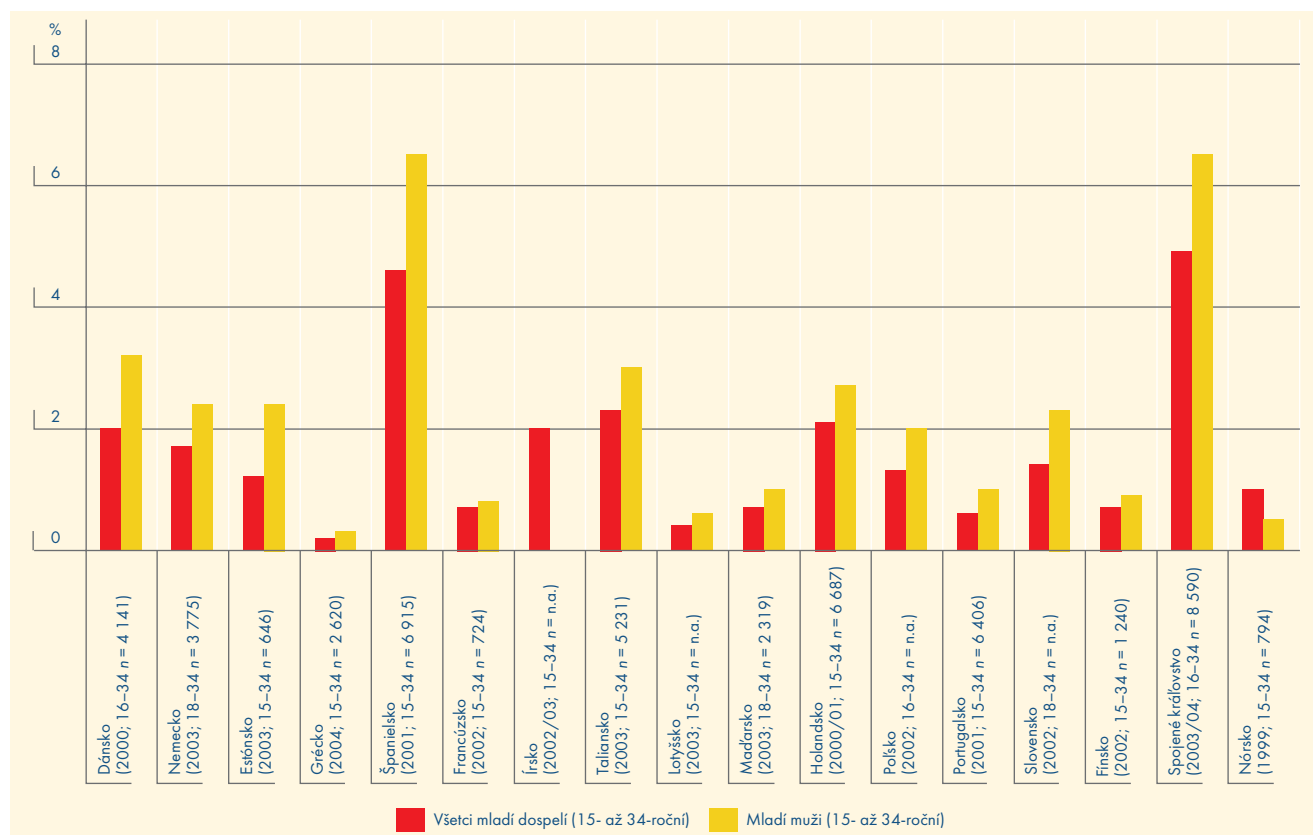
Ešte stále je ťažké určiť nesporné európske trendy užívania kokaínu na základe štúdií obyvateľstva (pozri odsek o trendoch pri kanabise). Viaceré zdroje, vrátane miestnych správ, cielených štúdií z tanečného prostredia, správ o zvyšujúcich sa indikátoroch zachytení a niektorých vyšších hodnotách indikátorov súvisiacich s problémami (úmrťami, náhlymi príhodami) však upozorňujú na zvyšujúce sa užívanie kokaínu v Európe.

<sup>(89)</sup> Tieto veľmi hrubé odhady sa jednoducho opierajú o hodnoty prevalencie v strede intervalu hodnôt národnej prevalencie (pozri tabuľku GPS-1 v štatistickej ročenke 2005). Pripomeňme, že viaceré krajiny s veľkými počtami obyvateľstva (Nemecko, Španielsko, Taliansko, Holandsko a Spojené kráľovstvo) majú porovnateľne vysoké hodnoty prevalencie, vo viacerých prípadoch vyššie než interval použitý na výpočet.

<sup>(90)</sup> Upozorňujeme, že vekové rozpätie v americkom prieskume (12-roční a starší) je širšie ako vekové rozpätie, ktoré udáva EMCDDA pri prieskumoch v EÚ (15 – 64 rokov). Na druhej strane je vekové rozpätie 18 – 25 rokov užšie ako rozpätie uvádzané vo väčšine prieskumov EÚ (15 – 24 rokov).



**Obrázok 10:** Nedávne užívanie (za posledný rok) kokaínu medzi všetkými mladými dospelými a medzi mladými mužmi podľa celoštátnych prieskumov



**Poznámka:** Údaje z najnovších celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine (pozri tabuľku GPS-4 v štatistickej ročenke 2005). Niektoré krajiny používajú trochu iné vekové rozpätie ako štandardné vekové rozpätie EMCDDA pre mladých dospelých. Rozdiely vo vekovom rozpätí môžu v malom rozsahu spôsobovať rozdiely medzi krajinami.  
**Zdroje:** Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

Nedávne užívanie kokaínu podstatne vzrástlo od roku 1996 do roku 2000 medzi mládežou v Spojenom kráľovstve a od roku 1999 do roku 2001 v Španielsku, ale odvtedy je relatívne ustálené, hoci v posledných rokoch bolo možné pozorovať mierne zvýšenie <sup>(91)</sup>. Menej výrazné zvýšenie pozorovali v Dánsku, Taliansku, Maďarsku, Holandsku a Rakúsku (v tamojších prieskumoch) a výkyvy nad hodnoty deväťdesiatych rokov v Nemecku (obrázok 11).

## Úmrtia súvisiace s kokaínom

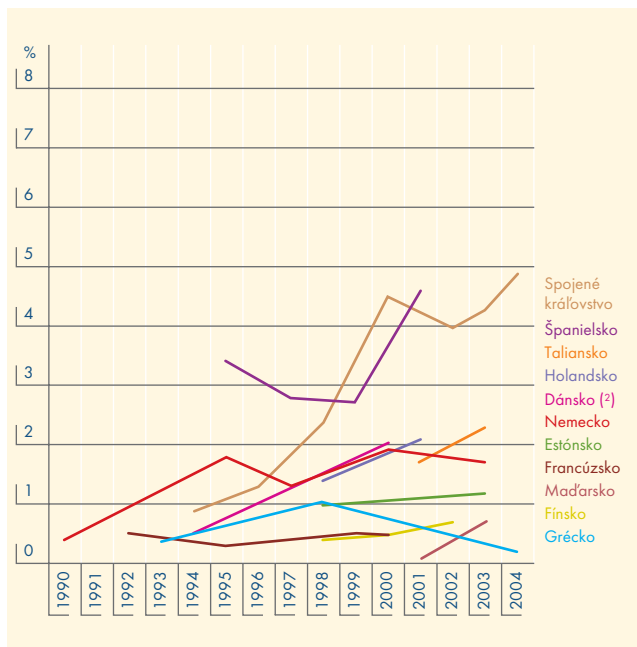
Stále rastú obavy zo zdravotných rizík užívania kokaínu, najmä vzhľadom na stúpajúcu tendenciu rekreačného užívania, pozorovanú v niektorých krajinách, osobitne v prostredí navštevovanom mládežou (na diskotékach, v kluboch). Napriek ťažkostiam pri odhadovaní počtu úmrtí súvisiacich s kokaínom môže toto meranie pôsobiť ako cenný indikátor zvýšeného rizika alebo pomôcka na určenie rizikových vzorov užívania. Aj keď sa zdá, že v Európe nie sú časté akútne úmrtia, pri ktorých je

prítomný kokaín bez opiátov, je pravdepodobné, že súčasné štatistiky neadekvátne zaznamenávajú úmrtia súvisiace s kokaínom. Dostupné informácie o úmrtiach súvisiacich s kokaínom sú na európskej úrovni obmedzené a majú rôzne formy. Užívanie kokaínu je časté medzi užívateľmi opiátov a kokaín sa popri iných látkach, ako alkohol a benzodiazepíny, bežne nachádza v toxikologických analýzách prípadov predávkovania opiátmi.

V roku 2003 poskytli informácie o kokaínovej smrti viaceré krajiny (národné správy Reitox): Nemecko (25 prípadov súvisiacich len s kokaínom a 93 súvisiacich s kokaínom v kombinácii s inými drogami; v roku 2002 to bolo 47 a 84 prípadov), Francúzsko (10 úmrtí súvisiacich len s kokaínom a jeden súvisiaci s liekmi), Grécko (2 prípady súvisiace s kokaínom), Maďarsko (4 úmrtia po predávkovaní kokaínom), Holandsko (17 úmrtí zapríčinených kokaínom v roku 2003, so zvyšujúcim sa trendom od roku 1994 s dvoma prípadmi do roku 2002 s 37 prípadmi), Rakúsko (kokaín zistili v 30 % úmrtí súvisiacich s drogami, ale samotný kokaín iba v troch

<sup>(91)</sup> Podľa informácií, ktoré prišli po uzávierke tejto správy, došlo podľa prieskumov v roku 2003 k stabilizácii (4,8 % prevalencia v poslednom roku medzi mladými dospelými oproti 4,6 % v roku 2001).

**Obrázok 11:** Trendy v nedávnom užívaní (za posledný rok) kokaínu medzi mladými dospelými (vo veku 15 – 34 rokov) podľa prieskumov obyvateľstva <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> Veľkosti vzoriek (respondenti) vo vekovej skupine 15- až 34-ročných za každú krajinu a rok sú uvedené v tabuľke GPS-4 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(2)</sup> V Dánsku sa číselný údaj za rok 1994 vzťahuje na „tvrdé drogy“. Poznámka: Údaje sú prevzaté z celoštátnych prieskumov, ktoré sú k dispozícii v každej krajine. Číselné údaje a metodiku každého prieskumu možno nájsť v GPS-4 v štatistickej ročenke 2005. Pri mladých dospelých používa EMCDDA vekové rozpätie 15 až 34 rokov (Dánsko a Spojené kráľovstvo od 16 rokov, Nemecko, Estónsko (od r. 1998) a Maďarsko od 18 rokov). Vo Francúzsku bolo v roku 1992 vekové rozpätie 25 – 34 rokov a v roku 1995 18 – 39 rokov.

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté z prieskumov obyvateľstva, zo správ alebo z vedeckých článkov. Pozri tiež tabuľku GPS-0 v štatistickej ročenke 2005.

prípadoch a v jednom prípade v spojení s plynom), Portugalsko (kokaín bol zistený v 37 % úmrtí súvisiacich s drogami) a Spojené kráľovstvo (počet „zmienok“ o kokaíne v úmrtých listoch stúpol z 85 v roku 2000 na 115 v roku 2001 a na 171 v roku 2002, pritom v období 1993 až 2002 vzrástol osemnásobne). Španielsko uviedlo vo svojej národnej správe Reitox v roku 2003, že v roku 2001 bol kokaín prítomný pri 54 % všetkých úmrtí súvisiacich s drogami; v 39 prípadoch (8 % všetkých úmrtí súvisiacich s drogami) nastala smrť bez účasti opiátov, z nich 21 zapríčinil len kokaín a päť kokaín s alkoholom.

Napriek obmedzeniam dostupných informácií sa zdá, že kokaín hral určujúcu rolu v 1 až 15 % úmrtí súvisiacich s drogami v krajinách, ktoré boli schopné rozlíšiť druhy drog zapríčiňujúcich smrť, pritom viaceré krajiny (Nemecko, Španielsko, Francúzsko a Maďarsko) uviedli

okolo 8 – 12 % úmrtí, ktoré súviseli s drogami. Hoci veľmi ťažko možno tieto výsledky extrapolovať na celú Európu, na úrovni EÚ to znamená niekoľko sto úmrtí súvisiacich s kokaínom ročne. Aj keď sú údaje oveľa nižšie ako pri úmrtiach zapríčinených opiátmi, úmrtia súvisiace s kokaínom sú vážnym a možno zväčšujúcim sa problémom; v niekoľkých málo krajinách, v ktorých možno odhadnúť trendy, majú trendy stúpajúcu tendenciu.

Kokaín môže byť navyše faktorom napomáhajúcim smrť kvôli kardiovaskulárnym problémom (arytmiami, infarktu myokardu a krvácaniam do mozgu; pozri Ghuran a Nolan 2000) najmä užívateľov s predispozíciou a mnoho týchto úmrtí ostane pravdepodobne neoznámených.

## Údaje o dopyte po liečbe <sup>(2)</sup>

Po opiátoch a kanabise je kokaín najčastejšie uvádzanou hlavnou drogou, ktorú užívajú osoby nastupujúce na protidrogovú liečbu a v celej EÚ je dôvodom okolo 10 % všetkých žiadostí o liečbu. Toto celkové číslo však odzrkadľuje veľké rozdiely medzi krajinami: vo väčšine krajín je počet žiadostí súvisiacich s užívaním kokaínu celkom nízky, ale v Španielsku žiada o liečbu kvôli užívaniu kokaínu 26 % všetkých žiadateľov a v Holandsku až 38 % <sup>(93)</sup>. Vo väčšine krajín sú percentá nových klientov žiadajúcich o liečbu z primárneho užívania kokaínu vyššie ako všetkých klientov dovedna <sup>(94)</sup>. Kokaín uvádza aj ako druhotnú drogu 13 % nových klientov uchádzajúcich sa o liečbu v ambulantných centrách <sup>(95)</sup>.

Mnohé krajiny uvádzajú prírastky v užívaní kokaínu medzi klientmi, ktorí sa uchádzajú o liečbu; od roku 1996 do roku 2003 sa podiel nových klientov žiadajúcich o liečbu kvôli užívaniu kokaínu zvýšil zo 4,8 % na 9,3 % a počet nových klientov žiadajúcich o liečbu kvôli primárnemu užívaniu kokaínu vzrástol z 2 535 na 6 123. V Holandsku v roku 2003 po prvýkrát prevýšil počet nových klientov žiadajúcich o liečbu kvôli užívaniu kokaínu počet žiadateľov o liečbu kvôli užívaniu opiátov. Z analýzy údajov o liečbe, vypracovanej v Londýne, v období 1995/1996 až 2000/2001 sa počet klientov užívajúcich kokaín viac ako zdvojnásobil (GLADA 2004), aj keď len z dolnej základnej čiary (zo 735 na 1 917).

Tieto údaje sú pravdepodobne ovplyvnené malým, ale rastúcim problémom kraku (pôvodne písané „crack“) (fajčiteľným derivátom kokaínu), na ktorý upozornili tak Holandsko, ako aj Spojené kráľovstvo, kde sa počet klientov kokaínového kraku v ostatných rokoch zvýšil. Hoci sú počty problematických užívateľov nízke, majú tendenciu

<sup>(92)</sup> Všeobecné rozdelenie a trendy sa opierajú o analýzu údajov o klientoch žiadajúcich o liečbu vo všetkých liečebných centrách a profily klientov a vzory užívania o údaje ambulantných liečebných centier.

<sup>(93)</sup> Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005. Údaje zo Španielska za rok 2002.

<sup>(94)</sup> Pozri tabuľku TDI-4 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(95)</sup> Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2005.

sústredovať sa v niekoľkých najväčších mestských oblastiach, a preto sú najlepšie viditeľné v správach o monitoringu podľa jednotlivých veľkých miest.

Užívatelia kraku majú skôr odlišný sociálny pôvod ako užívatelia kokaínového prášku. Užívatelia kokaínového kraku bývajú s vyššou pravdepodobnosťou sociálne znevýhodnení a určité skutočnosti nasvedčujú, že obyvateľstvo etnických menšín je pravdepodobne obzvlášť citlivé na problémy s krakom: dve tretiny černochoch žiadajúcich o protidrogovú liečbu v Londýne sú primárne užívateľmi kokaínu (GLADA 2004) a 30 % klientov kraku v Holandsku malo neholandský pôvod. Napriek obavám z kraku treba pripomenúť, že hoci s drogou súvisia určité škody tak jednotlivcov, ktorí ju užívajú, ako aj spoločností, v ktorých žijú, ostáva tento problém lokalizovaný v Európe. Treba poznamenať, že údaje o klientoch kraku pochádzajú najmä z dvoch štátov, Holandska a Spojeného kráľovstva.

Celkovo sa väčšina žiadostí o liečbu z kokaínovej závislosti v Európe kraku netýka. Okolo 70 % nových kokaínových klientov užíva kokaín hydrochlorid (kokaínový prášok) (väčšinou drogu šnupú) a zvyšných 30 % užíva krak. Okolo 5 % nových kokaínových klientov uviedlo injekčné užívanie kokaínu.

Noví klienti žiadajúci o liečbu kvôli primárnemu užívaniu kokaínu sú väčšinou muži (pomer mužov k ženám je 3,7 : 1). Zistili sa medzi krajinami rozdielne rozdelenia podľa pohlaví<sup>(96)</sup>. V kvalitatívnej výskumnej štúdii, vypracovanej v Taliansku o klientoch žiadajúcich o liečbu kvôli užívaniu stimulancií, hlavne kokaínu, sa uvádza, že v spotrebe sa ženy takmer vyrovnajú mužom, ale pri ľuďoch žiadajúcich o liečbu kvôli kokaínu a iným stimulanciám sa pomer mužov k ženám prudko zvyšuje v prospech mužov (Macchia a kol. 2004).

Noví klienti užívajúci kokaín ako primárnu drogu sú v priemere starší ako užívatelia iných drog (priemerný vek 30 rokov v skupine 20- až 34-ročných); menší, hoci významný je podiel klientov 35- až 39-ročných<sup>(97)</sup>.

Kokaín sa často užíva v kombinácii s inou vedľajšou drogou, často s kanabisom (40 %) alebo alkoholom (37 %). Miestne štúdie injekčných užívateľov drogy uvádzajú, že v niektorých oblastiach sa stále obľúbenejšou stáva injekčná kombinácia heroínu a kokaínu (niekedy označovaná injekčnými užívateľmi ako *speedballing*). Ak je to tak, nie je to zrejme z celkových údajov o žiadostiach o liečbu väčšiny krajín, v ktorých iba malé percento klientov uviedlo kombinované užívanie heroínu

a kokaínu. Neplatí to však o všetkých krajinách; napríklad v Holandsku hovorí analýza údajov o užívateľoch žiadajúcich o liečbu z kokaínovej závislosti, že veľa kokaínových klientov užíva viaceré drogy a najväčšiu skupinu tvoria užívatelia oboch, kokaínu i heroínu (Mol a kol. 2002).

## Liečba problémového užívania kokaínu

Neexistuje zavedená a všeobecne rozšírená farmakologická liečba dostupná pre problémových užívateľov kokaínu, akú majú osoby trpiace problémami s opiátovými drogami. Na systematické uľahčenie možno niekedy predpísať užívateľom kokaínu lieky, ktoré ale zvyčajne pôsobia krátkodobo a cielene na zmiernenie problémov súvisiacich s užívaním kokaínu, napr. proti úzkosti alebo poruchám spánku. Dlhodobejšie možnosti liečby užívateľov kokaínu obvykle poskytujú všeobecné protidrogové zariadenia. Možnosti celkovej liečby osôb s problémami s kokaínom sa však javia ako nedostatočne rozvinuté (Haasen 2003). Pravdepodobne práve dochádza k zmene, lebo niektoré krajiny začínajú vyvíjať nové liečebné opatrenia zamerané na osoby s kokaínovými problémami; príkladom je vývoj osobitných služieb orientovaných na užívanie kraku v Anglicku (NTA 2003).

Väčšina vedeckej literatúry o liečbe kokaínových problémov sa opiera o americké štúdie, a preto nemôže zohľadňovať európsky kontext. Žiaľ, hodnotenie liečby problémového užívania kokaínu v EÚ je stále zriedkavé, čiastočne jednoducho vzhľadom na skutočnosť, že liečebné zariadenia zaznamenali historicky relatívne zriedka kokaínové problémy. Jeden európsky systematický prehľad literatúry o kokaínovej liečbe (Rigter a kol. 2004) si všimol všeobecne nízke dodržiavanie liečebných opatrení problémovými užívateľmi kokaínu a vysoké percento recidív. Existuje niekoľko dôkazov, že psychoterapiou možno napomôcť zníženie spotreby, ale nenašiel sa žiadny presvedčivý dôkaz účinnosti akupunktúry na liečbu kokaínových problémov. Celkovo však treba tieto zistenia vidieť v kontexte jednoducho chýbajúcej presvedčivej európskej základne dôkazov na usmernenie liečebných zámkov v tejto oblasti. Napríklad vôbec nie je nepochybne známe, či sú špecifické zákroky zamerané na kokaín účinnejšie, ako zaradenie klientov s kokaínovými problémami do programov všeobecnejšej, drogovovo nešpecifickej liečby. Okrem toho ostáva otvorenou otázkou, či je možné pre problémových užívateľov kokaínu vyvinúť farmakologickú liečbu, ktorá by sa mohla stať „možnosťou štandardnej liečby“ tak, ako sa stali metadón a buprenorfín štandardnými prístupmi v liečbe závislosti od opiátov. Treba poznamenať, že mechanizmy, akými opiátové drogy a stimulancia ako kokaín pôsobia na organizmus, sú rozdielne, a to znamená,

<sup>(96)</sup> Pozri tabuľku TDI-22 v štatistickej ročenke 2005 a *Differences in patterns of drug use between women and men* [Rozdiely medzi vzormi užívania drog žien a mužov] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

<sup>(97)</sup> Pozri tabuľku TDI-10 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

že aj terapeutické možnosti liečby drogových problémov sa pravdepodobne budú líšiť. Pomerne zaujímavá práca sa v súčasnosti venuje v Spojených štátoch vývoju opatrení, ktoré by mohli dočasne blokovat účinok užívania kokaínu na jeho užívateľa a bude zaujímavé vidieť, či táto práca prinesie do budúcnosti nové možnosti liečby.

## Znižovanie zdravotného poškodenia spôsobeného užívaním drog

V uplynulých niekoľkých rokoch sa rýchlo rozšírili opatrenia zamerané na prevenciu a zníženie škôd spojených s užívaním kokaínu a kraku a najmä na internete sa objavili nové špecifické informácie o kokaíne a kraku. Linky telefonickej pomoci v Belgicku, Francúzsku a Portugalsku dostali viac požiadaviek na informácie o užívaní kokaínu a kraku než kedykoľvek v minulosti, hoci percento týchto hovorov ostáva stále hlboko pod podielom hovorov týkajúcich sa legálnych drog a kanabisu. Viac odbornej prípravy na primerané zvládnutie problémov vznikajúcich pri užívaní kokaínu a kraku v početných prostrediach, v ktorých je to najnovší jav (víkendová scéna v Dubline, alebo techno-scéna vo Viedni), je dostupnej pre pracovníkov protidrogových zariadení.

Špecializované poradenstvo a ponuky liečby pre užívateľov kokaínu a kraku sú k dispozícii vo veľkých mestských centrách, napríklad vo Frankfurtu (Suchthilfezentrum Bleichstraße: [www.drogenberatung-ij.de](http://www.drogenberatung-ij.de)), v Barcelone (Hospital Vall d'Hebron: [www.vhebron.es](http://www.vhebron.es)), vo Viedni (ChEck iT!: [www.checkyourdrugs.at](http://www.checkyourdrugs.at)) a v Londýne ([www.cracklondon.org.uk](http://www.cracklondon.org.uk)).

## Informácie o zachytení a trhu <sup>(98)</sup>

### Výroba a obchod

Ďaleko najväčším zdrojom nelegálnej koky na svete je Kolumbia, po ktorej nasledujú Peru a Bolívia. Globálna výroba kokaínu sa v roku 2003 odhadovala na 655 ton, ku ktorým Kolumbia prispela 67 %, Peru 24 % a Bolívia 9 % (CND 2005). Väčšina kokaínu zachyteného v Európe pochádza priamo z Južnej Ameriky (z Kolumbie) alebo prichádza cez Strednú Ameriku a Karibik. V roku 2003 sa ako tranzitné krajiny kokaínu dovážaného do EÚ uvádzali

najmä Brazília a Venezuela spolu s Argentínou, Kostarikou a Curaçaom (národné správy Reitox 2004; CND 2005). Ďalšími tranzitnými oblasťami boli južná a západná Afrika (INCB 2005). Hlavnými miestami vstupu do EÚ ostalo Španielsko, Holandsko a Portugalsko (národné správy Reitox 2004; CND 2005; INCB 2005).

### Zachytenie drog

Z údajov o zachytení drog vyplýva, že kokaín je po kanabisovej tráve a kanabisovej živici treťou najčastejšie obchodovanou drogou sveta. Súdiac podľa objemu 490,5 tony, zachyteného na celom svete v roku 2003, s kokaínom sa aj v roku 2003 najviac obchodovalo v Severnej a Južnej Amerike (82 %) a Európe. Na Európu pripadlo 17 % celkového množstva kokaínu zachyteného na svete, čo je viac oproti predchádzajúcemu roku (CND 2005). Väčšina kokaínu zachyteného v Európe sa získala v západných štátoch. V ostatných piatich rokoch bolo Španielsko krajinou EÚ s najvyššou úrovňou zachytenia kokaínu. V roku 2003 tam zaznamenali viac ako polovicu celkového počtu zachytení a vyše polovice celkového množstva zachyteného v EÚ <sup>(99)</sup>.

V období 1998 – 2002 sa počet zachytení kokaínu <sup>(100)</sup> zvýšil vo všetkých krajinách okrem Nemecka a Portugalska. V tom istom období množstvá kokaínu, zachytené v EÚ <sup>(101)</sup> kolísali, aj keď trend bol stúpajúci. Podľa trendov v krajinách, z ktorých boli údaje k dispozícii sa však zdá, že počty zachytení kokaínu na úrovni EÚ v roku 2003 klesli (menovite v Španielsku), kým zachytené množstvá kokaínu podstatne vzrástli (osobitne v Španielsku a Holandsku). V roku 2003 sa v EÚ podarilo zachytiť obzvlášť veľké množstvá kokaínu.

Niektoré krajiny EÚ udávajú zachytenia kraku, ktoré sa však niekedy nedajú odlišiť od zachytení kokaínu. Preto vyššie uvedené trendy zachytenia kokaínu môžu zahŕňať aj krak.

### Cena a čistota

Priemerná cena <sup>(102)</sup> kokaínu na maloobchodnej úrovni bola v roku 2003 značne rozdielna a pohybovala sa od 34 eur za gram v Španielsku do 175 eur za gram v Nórsku.

V porovnaní s heroínom je priemerná čistota kokaínu na úrovni užívateľov vysoká – v roku 2003 sa pohybovala od 32 % v Českej republike a Nemecku do 83 % v Poľsku <sup>(103)</sup>.

<sup>(98)</sup> Pozri „Interpretácia údajov o zachytení drog a trhu“, s. 41.

<sup>(99)</sup> Toto by bolo treba preveriť, keď budú k dispozícii chýbajúce údaje za rok 2003. Údaje o počte zachytení kokaínu v roku 2003 chýbali z Talianska, Cypru, Holandska a Rumunska; údaje o počte zachytení aj o množstvách zachyteného kokaínu v roku 2003 neboli k dispozícii za Írsko a Spojené kráľovstvo.

<sup>(100)</sup> Pozri tabuľku SZR-5 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(101)</sup> Pozri tabuľku SZR-6 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(102)</sup> Pozri tabuľku PPP-3 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(103)</sup> Pozri tabuľku PPP-7 (časť i) v štatistickej ročenke 2005. Poznávame, že odhady priemernej čistoty kokaínu v Českej republike a Poľsku v roku 2003 vychádzajú z malého počtu vzoriek (n = 5, resp. n = 6).



## Kapitola 6

### Heroín a injekčné užívanie drog

Pravidelné a trvalé užívanie heroínu, injekčné užívanie drog a v niektorých krajinách aj intenzívne užívanie stimulancií sú príčiny podstatnej časti zdravotných a sociálnych problémov súvisiacich s drogami v Európe. Počet osôb, ktorých sa to týka, je v pomere k celkovej populácii malý, avšak účinok problémového užívania drog je značný. EMCDDA spolupracuje s členskými štátmi na novom vymedzení pojmu „problémového užívania drog“ a vývoji stratégií na meranie tak jeho rozsahu, ako aj dosahu s cieľom pomôcť pochopiť rozsah tohto problému a umožniť sledovanie trendov v čase.

#### Problémové užívanie drog

Na pracovné účely sa problémové užívanie drog (*Problem drug use*; PDU) definuje ako „dlhotrvajúce injekčné užívanie drog/pravidelné užívanie opiátov, kokaínu alebo amfetamínov“<sup>(104)</sup>. Rozdielne definície a metodické nejasnosti sťažujú spoľahlivé odhady v tejto oblasti a pri výklade rozdielov medzi krajinami alebo v čase treba postupovať opatrne.

Problémové užívanie drog možno rozdeliť na dve dôležité podskupiny. Všeobecne možno odlíšiť užívanie heroínu, ktoré z historického hľadiska predstavuje väčšiu časť PDU vo väčšine krajín EÚ, od problémového užívania stimulancií, ktoré prevláda vo Fínsku a Švédsku, kde primárni užívatelia amfetamínov tvoria väčšinu problémových užívateľov drog. Podobne v Českej republike, užívatelia metamfetamínu tradične tvoria významné percento problémových užívateľov drog.

Problémové užívanie drog sa stáva rozmanitejšie. Vo väčšine krajín napríklad neustále narastá význam problémov so súčasným užívaním viacerých drog, zatiaľ čo niektoré krajiny, kde historicky prevládali problémy s opiátmi, dnes uvádzajú prechod na iné drogy. V Španielsku sa odhaduje klesanie počtu problémových užívateľov opiátov a pozoruje sa nárast problémov spojených s kokaínom; spoľahlivé vývojové trendy PDU v čase, ktoré zahŕňajú problematické užívanie kokaínu však nie sú k dispozícii. Nemecko a Holandsko uvádzajú rastúci podiel užívateľov kraku vo svojej populácii problémovo užívajúcej drogy, aj keď sa celkový odhad počtu problémových užívateľov drog v Holandsku nezmenil.

#### Prevalencia

Odhady prevalencie problémového užívania drog na národnej úrovni sa v období 1999 – 2003 pohybujú od 2 do 10 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov (stredné hodnoty odhadov) alebo až do 1 % dospelaj populácie<sup>(105)</sup>. Zdanlivo sú medzi krajinami veľké rozdiely v prevalencii, hoci keď sa v jednej krajine použijú rozdielne metódy, výsledky sú do značnej miery konzistentné. Vyššie odhady uvádzajú Dánsko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Rakúsko, Portugalsko, Španielsko a Spojené kráľovstvo (6 – 10 prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov), nižšiu hodnotu uvádzajú Nemecko, Grécko, Holandsko a Poľsko (menej ako štyri prípady na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov) (obrázok 12). Z nových štátov EÚ a kandidátskych krajín sú k dispozícii dobre zdokumentované odhady len z Českej republiky, Poľska a zo Slovinska, v ktorých sa hodnoty pohybujú na dolnej hranici až uprostred rozpätia na úrovniach 3,6, 1,9 a 5,3 prípadu na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov. Vážená priemerná hodnota PDU v EÚ je pravdepodobne medzi štyrmi až siedmimi prípadmi na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, čo predstavuje 1,2 – 2,1 milióna problémových užívateľov drog v EÚ, z ktorých je 850 000 až 1,3 milióna injekčných užívateľov. Tieto odhady však zďaleka nie sú spoľahlivé a po dodaní ďalších údajov z nových členských štátov ich treba spresniť.

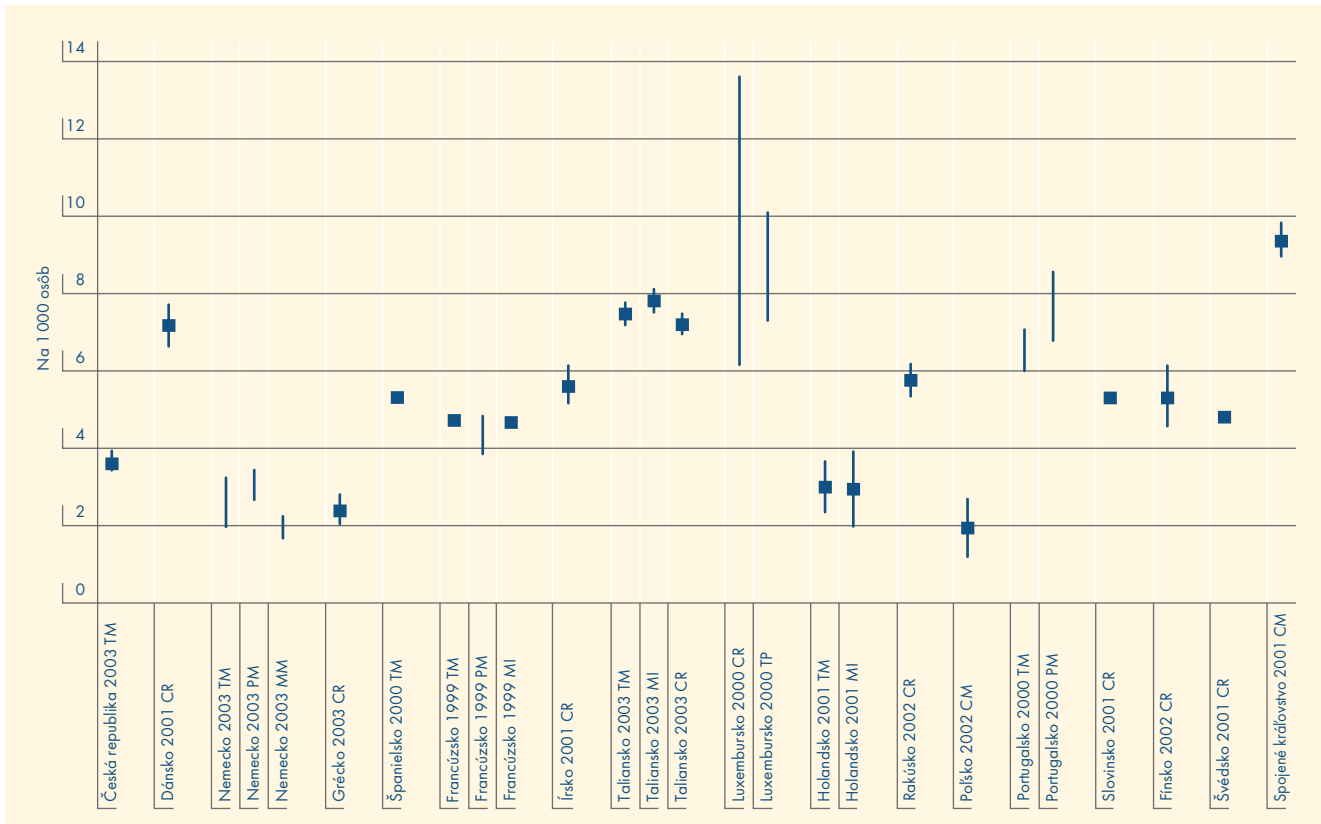
Miestne a regionálne odhady naznačujú, že v prevalencii PDU v jednotlivých mestách a regiónoch môžu byť veľké rozdiely. Najvyššie miestne odhady prevalencie v období 1999 – 2003 uvádzajú Írsko, Portugalsko a Spojené kráľovstvo s početnosťami 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) a 25 (časť Londýna) až 29 (Dundee) a 34 (Glasgow) prípadov na 1 000 obyvateľov (obrázok 13). Nápadná je však geografická rozdielnosť na miestnej úrovni s prevalenciou odhadovanou na 6 promile v inej časti Londýna. Svedčí to o potrebe zvýšiť dostupnosť spoľahlivých odhadov miestnej prevalencie v mnohých iných krajinách, v ktorých môžu byť miestne alebo regionálne hodnoty prevalencie obzvlášť vysoké (alebo nízke), ale sa nemerajú.

Napriek značnému zlepšeniu odhadovacích metód, nedostatok spoľahlivých a konzistentných historických

<sup>(104)</sup> Bližšie informácie pozri metodické poznámky o problémovom užívaní drog v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(105)</sup> Pozri tabuľku PDU-1 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 12:** Odhad miery problémového užívania drog v rokoch 1999 – 2003 (v počtoch prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 až 64 rokov)



**Poznámky:** CR – Capture-recapture; TM – liečebný multiplikátor; PM – politický multiplikátor; MI – multivariačný indikátor; TP – redukované Poissonovo rozdelenie; CM – kombinované metódy. Podrobnejšie údaje sú v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2005. Symbol označuje bodový odhad a úsečka označuje interval neurčitosti, ktorý môže byť buď intervalom spoľahlivosti 95 %, alebo intervalom vyplývajúcim z analýzy citlivosti (pozri tabuľku PDU-3). Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od metód a zdroja údajov; z tohto dôvodu treba pri porovnávaní postupovať opatrne. Španielsky odhad nezahŕňa problémové užívanie kokáínu; vyšší odhad, ktorý prihliada aj na túto skupinu, ale nemusí byť až tak spoľahlivý, je k dispozícii v tabuľkách PDU-2 a PDU-3.

**Zdroje:** Národné kontaktné miesta. Pozri tiež EMCDDA (2003).

údajov komplikuje posudzovanie trendov problémového užívania drog. Správy o zmenách v odhadoch z niektorých krajín, podporené údajmi z ďalších indikátorov svedčia o zvyšovaní PDU od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia (EMCDDA 2004a); zdá sa však, že v posledných rokoch došlo v niektorých krajinách k ustáleniu.

Opakované odhady sú k dispozícii z rokov 1999 až 2003 zo 16 krajín (počítajúc do toho Dánsko a Švédsko s údajmi z rokov 1998 až 2001 a Spojené kráľovstvo, z ktorého sú údaje za roky 1996 až 2001). Z týchto 16 krajín uviedlo šesť krajín (Dánsko, Fínsko, Nórsko, Rakúsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo) stúpajúce odhadované počty PDU, päť (Česká republika, Írsko, Nemecko, Grécko a Slovinsko) uviedlo ustálenú alebo klesajúcu prevalenciu a päť (Španielsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko a Portugalsko) uviedli rozdielne trendy v závislosti od použitej odhadovacej metódy, ktorá sa môže čiastočne

vzťahovať na odlišné cieľové skupiny medzi problémovými užívateľmi drog (<sup>106</sup>).

### Injekčné užívanie drog

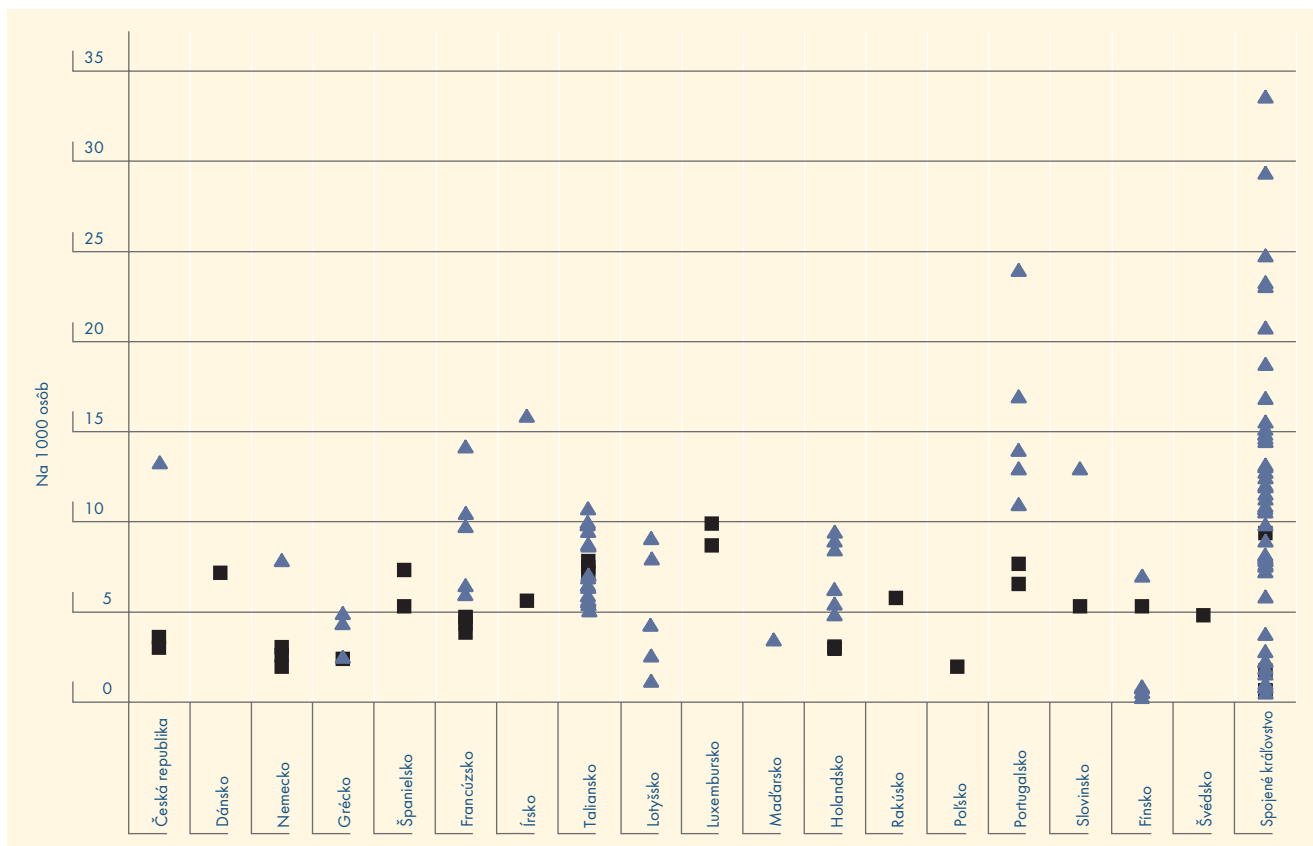
Injekční užívatelia drog (*Injecting drug users*; IDU) sú vystavení veľmi vysokému riziku nepriaznivých následkov. Preto je dôležité samostatne sa zaoberať injekčným užívaním drog ako hlavnou kategóriou PDU.

Napriek dôležitosti pre verejné zdravie, málo krajín poskytuje celoštátne alebo miestne odhady injekčného užívania drog. Podľa dostupných odhadov na národnej úrovni pripadá jeden až šesť prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, čo svedčí o podstatných rozdieloch v prevalencii IDU medzi krajinami (<sup>107</sup>). Najvyššie celoštátne odhady IDU uvádza Luxembursko s hodnotami okolo šiestich prípadov na

(<sup>106</sup>) Pozri tabuľku PDU-4 v štatistickej ročenke 2005.

(<sup>107</sup>) Pozri tabuľku PDU-2 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 13:** Celoštátne a miestne odhady prevalencie problémového užívania drog 1999 – 2003 (v počtoch prípadov na 1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov)



**Poznámky:** Čierny štvorec = vzorky s pokrytím na celoštátnej úrovni; modrý trojuholník = vzorky s pokrytím na miestnej/regiónálnej úrovni. Cieľové skupiny sa môžu mierne líšiť v závislosti od metódy a zdroja údajov; z tohto dôvodu treba pri porovnávaní postupovať opatrne. Podrobnejšie údaje sú v tabuľkách PDU-1, PDU-2 a PDU-3 v štatistickej ročenke 2005. Vzor odhadov miestnej prevalencie veľmi závisí od dostupnosti a miesta štúdií; ak sú však dostupné, miestne odhady môžu svedčiť v určitých veľkých mestách alebo regiónoch o prevalencii, ktorá je odlišná od celoštátneho priemeru.  
**Zdroje:** Národné kontaktné miesta. Pozri tiež EMCDDA (2003).

1 000 obyvateľov vo veku 15 – 64 rokov, kým Grécko uvádza najnižší odhad IDU s čosi viac ako jedným prípadom na 1 000. Hoci sú odhady prevalencie injekčného užívania drog nedostatočné, preukazujú po roku 1999 v Nórsku stúpajúcu prevalenciu, zatiaľ čo v Portugalsku odlišné metódy odhadu svedčia o odlišných trendoch<sup>(108)</sup>.

Analýza hodnôt injekčného užívania medzi liečenými užívateľmi heroínu svedčí o výrazných rozdieloch hodnôt medzi krajinami, ako aj o zmenách trendov v čase<sup>(109)</sup>. V niektorých krajinách (Španielsko, Holandsko a Portugalsko) si heroín vstrekuje len relatívne malé percento užívateľov, zatiaľ čo vo väčšine iných krajín je injekčné užívanie heroínu stále normou. V niektorých starších štátoch EÚ, z ktorých sú k dispozícii údaje (Dánsko, Španielsko, Francúzsko, Grécko, Taliansko a Spojené kráľovstvo), klesli počty injekčných užívateľov medzi liečenými užívateľmi heroínu. Vo väčšine nových členských štátov, aspoň tam,

kde sú k dispozícii údaje, takmer všetci liečení užívatelia heroínu sú injekční užívatelia.

### Údaje o dopyte po liečbe

Z celkového počtu žiadostí o liečbu je 60 % známych žiadostí o liečbu kvôli opiátom, hoci v mnohých prípadoch nebola zaznamenaná primárna droga – vyše polovica (54 %) týchto opiátových klientov sú známi ako injekční užívatelia a pri 10 % nevedno, či sú injekční, alebo nie. Okolo 10 % nových klientov uvádza opiáty aj ako sekundárnu drogu<sup>(110)</sup>.

Opiáty (väčšinou heroín) ostávajú v mnohých krajinách hlavnou drogou, kvôli ktorej klienti vyhľadajú liečbu, ale medzi krajinami sa zistili významné rozdiely. V závislosti od miery, v akej sú v liečenej populácii zastúpené osoby s heroínovými problémami, možno členské štáty EÚ a kandidátske krajiny rozdeliť zhruba na tri skupiny:

<sup>(108)</sup> Pozri tabuľku PDU-5 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(109)</sup> Pozri tabuľku PDU-3 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(110)</sup> Pozri tabuľku TDI-24 v štatistickej ročenke 2005.



- do 40 % – Česká republika, Holandsko, Poľsko, Fínsko, Švédsko;
- 50 – 70 % – Dánsko, Nemecko, Španielsko, Írsko, Cyprus, Lotyšsko, Slovensko, Rumunsko;
- nad 70 % – Francúzsko, Grécko, Taliansko, Litva, Luxembursko, Malta, Slovinsko, Spojené kráľovstvo, Bulharsko <sup>(111)</sup>.

Uvádza sa stúpajúca prevalencia opiatových klientov, ktorí pokračujú v liečbe mnoho rokov, zatiaľ čo počet nových žiadostí o liečbu kvôli opiátom klesá (národné správy Reitox 2004; Drug Misuse Research Division 2004 [Divízia výskumu zneužívania drog]). V niektorých krajinách možno sledovať trendy užívania heroínu medzi novými liečenými klientmi od roku 1996 do roku 2003 a tieto sa vyznačujú celkovým poklesom absolútnych počtov záujemcov o liečbu.

Relatívny príspevok liečby kvôli opiátom k veľkosti novo liečenej populácie výraznejšie klesol, pretože vzrástol počet klientov, pri ktorých sa uvádzali problémy primárne súvisiace s inými drogami. Na druhej strane to môže byť dôsledok prechodu niektorých užívateľov opiátov z heroínu na kokaín (Ouwehand a kol. 2004), diferencovania liečebného systému, ktorý sa stal prístupnejší pre iných problematických užívateľov drog alebo nižšieho prijímania nových problémových užívateľov (holandská národná správa).

V poslednom desaťročí sa v rôznych krajinách zistili rozdielne trendy s prudkým poklesom počtov heroínových klientov v Dánsku, Nemecku, Holandsku, na Slovensku a vo Fínsku a s miernym vzostupom v Bulharsku a Spojenom kráľovstve <sup>(112)</sup>.

Analýza údajov o nových klientoch navštevujúcich strediská ambulantnej liečby umožňuje podrobnejšie opísať profil užívateľov opiátov. O novú liečbu, primárne kvôli užívaniu opiátov, žiada 2,8-krát viac mužov ako žien; pomery pohlaví sú však podľa krajiny značne rozdielne od 5 : 1 do 2 : 1 s výnimkami na Cypre, kde je veľmi vysoký pomer mužov k ženám (11 : 1) a vo Švédsku, kde je veľmi nízky (0,9 : 1) a kde medzi užívateľmi opiátov ženy prevyšujú počet mužov <sup>(113)</sup>.

Väčšina užívateľov opiátov má 20 až 34 rokov a vo vekovej skupine 30- až 39-ročných viac ako polovica klientov vyhľadá liečbu kvôli užívaniu opiátov. Podľa údajov smeruje trend k staršej opiátovej klientele; napríklad v Holandsku má vyše 40 % nových opiátových

klientov viac ako 40 rokov. Výnimkami sú Rumunsko a Slovinsko, kde zistili klientov liečených zo závislosti od opiátov vo veľmi mladej populácii (15- až 19-ročných) <sup>(114)</sup>.

Väčšina opiátových klientov uvádza, že prvý raz užíli opiáty vo veku 15 až 24 rokov a približne 50 % klientov užílo drogu pred dovŕšením 20. roku <sup>(115)</sup>. Keď sa porovná vek prvého užitia s vekom nástupu na prvé liečenie, je časový interval medzi prvým užitím a prvou žiadosťou o liečbu vo všeobecnosti 5 až 10 rokov. Nízky vek pri začatí užívania opiátov je často spojený s radom problémov so správaním a sociálnou depriváciou (národná správa Spojeného kráľovstva).

Vo väčšine krajín 60 až 90 % opiátových klientov užíva drogu denne, zatiaľ čo niektorí klienti neužívali opiáty v uplynulom mesiaci alebo ich užívali len príležitostne; to pravdepodobne vysvetľujú klienti, ktorí prestali užívať drogu pred nástupom na liečenie <sup>(116)</sup>.

Štyridsať percent klientov si drogu vstrekuje a ďalších 40 % ju fajčí alebo inhaluje. Uvádzajú sa rozdiely v spôsobe užívania v starých a nových členských štátoch <sup>(117)</sup> (obrázok 14), pričom podiel injekčných užívateľov opiátov je vyšší ako 60 % v nových členských štátoch a nižší ako 60 % v starých členských štátoch (s výnimkou Fínska, kde je medzi klientmi až 78,4 % injekčných užívateľov opiátov). Najnižší podiel injekčných užívateľov (8,3 %) medzi opiátovými klientmi je v Holandsku <sup>(118)</sup>.

Mnoho nových klientov užíva opiáty spolu s inou drogou, často s kanabisom (47 %) alebo alkoholom (24 %). Medzi jednotlivými krajinami sú však značné rozdiely: v Českej republike a na Slovensku užíva takmer polovica klientov opiáty spolu s inými stimulanciami než s kokaínom; v Grécku 18 % a na Malte 29 % klientov užíva opiáty s kokaínom ako sekundárnou drogou; vo Fínsku 37 % užívateľov opiátov (hlavne buprenorfínu) uviedlo užívanie hypnotík a sedatív (hlavne benzodiazepínov) ako sekundárnych drog <sup>(119)</sup>.

## Infekčné choroby súvisiace s drogami

### HIV a AIDS

#### Posledné trendy v oznámených prípadoch infekcie HIV

HIV ukázal prudké epidemické rozšírenie medzi IDU v nových členských štátoch EÚ pobaltského regiónu po

<sup>(111)</sup> Pozri tabuľku TDI-5 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(112)</sup> Pozri tabuľku TDI-3 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(113)</sup> Pozri tabuľku TDI-22 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(114)</sup> Pozri tabuľku TDI-10 (časť iii) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(115)</sup> Pozri tabuľku TDI-11 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005.

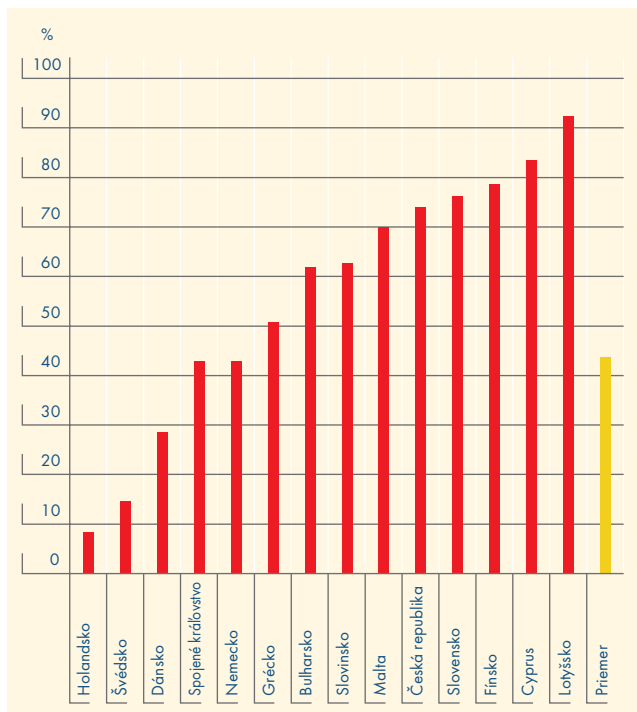
<sup>(116)</sup> Pozri tabuľku TDI-18 (časť i) v štatistickej ročenke 2005. Iba v Nemecku uvádzajú 70 % nových klientov, ktorí užívali opiáty príležitostne alebo ich neužívali minulý mesiac.

<sup>(117)</sup> Iba krajiny, ktorých údaje boli k dispozícii.

<sup>(118)</sup> Pozri tabuľku TDI-17 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(119)</sup> Pozri tabuľku TDI-25 (časť ii) v štatistickej ročenke 2005. Pozri tiež vybranú otázku buprenorfín. Každý klient môže uviesť až štyri sekundárne drogy.

**Obrazok 14:** Podiel nových ambulantných klientov, ktorí injekčne užívajú opiáty z celkového počtu opiátových klientov v jednotlivých krajinách v roku 2003



Poznámka: Uvedené sú iba údaje z krajín, v ktorých užívajú klienti opiáty ako primárnu drogu alebo z krajín, ktoré poskytli údaje.  
Zdroj: Národné správy Reitox (2004).

rozsiahlych epidémiách vo východnej Európe (EuroHIV 2004) (pozri rámček „HIV a AIDS vo východnej Európe“). Výskyt novo diagnostikovaných prípadov dosiahol v Estónsku a Lotyšsku vrchol v roku 2001 a v Litve v roku 2002, ale neskôr ich počty dramaticky klesli. Tento model je charakteristický pre epidémie nákaz HIV medzi IDU. Vypukne, pretože sa celá hlavná skupina IDU s najvyšším rizikom nainfikuje v krátkom období, po ktorom nasleduje pokles výskytu, lebo niet vnímavých IDU a potom sa ustáli na úrovni, ktorá závisí od rýchlosti pribúdania nových, vysoko rizikových IDU. Dodatočný účinok zmeny správania však nemožno vylúčiť a ak nastane, môže byť čiastočne výsledkom špecifických opatrení (pozri „Prevencia infekčných chorôb súvisiacich s drogami“, s. 67).

V 15 krajinách EÚ, s výnimkou Portugalska, ostáva v ostatných rokoch výskyt novo diagnostikovaných prípadov HIV nízky. Porovnania na úrovni EÚ sú však neúplné, pretože údaje o prípadoch nákazy HIV sa nezvereňujú (Španielsko a Taliansko) alebo v niektorých krajinách, najviac postihnutých AIDS, sa s ich zverejňovaním iba začína (Francúzsko). V roku 2003 vykázalo Portugalsko veľmi vysoký výskyt 88 prípadov na milión obyvateľov, ale aj prudký pokles od roku 2000

(keď bol výskyt 245 prípadov na milión). Tento pokles treba vykladať opatrne, keďže oznamovanie európskych údajov sa v Portugalsku v roku 2000 iba zaviedlo.

### Séroprevencia HIV

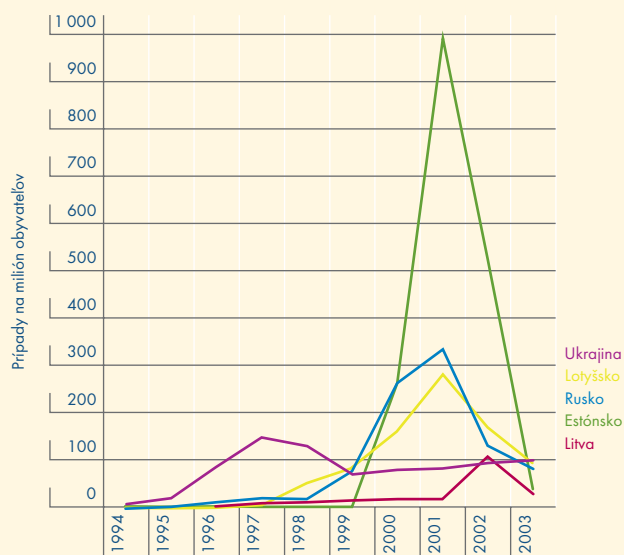
Údaje o séroprevencii medzi IDU (percento nakazených vo vzorkách IDU) sú dôležitým doplnkom oznamovaných údajov prípadov nákazy HIV. Opakované štúdie

### HIV a AIDS vo východnej Európe

Vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti (*Human Immunodeficiency Virus*; HIV) sa masívne a epidemicky šíri nedávno medzi IDU v Rusku a na Ukrajine, rovnako ako v pobaltských členských štátoch EÚ. V roku 2001 dosiahol počet novo diagnostikovaných infekcií súvisiacich s intravenóznym užívaním drog vrchol v Estónsku s 991 a v Ruskej Federácii s 333 prípadmi na milión obyvateľov. Na Ukrajine sa však v dôsledku rozšíreného prenosu súvisiaceho s injekčným užívaním drog dosiahol vrchol so 146 prípadmi na milión obyvateľov už v roku 1997, potom počet novo diagnostikovaných nákaz HIV súvisiacich s IDU klesol, ale najnovšie opäť stúpa.

Výskyt AIDS medzi IDU rýchlo stúpa v Lotyšsku a na Ukrajine, čo svedčí o pravdepodobne nedostatočnom prístupe k protívirusovej liečbe a jej nedostatočnom rozšírení (pozri „Vysoko aktívna antiretrovirová terapia v európskom regióne WHO“, s. 65).

### Prípady nákazy HIV, najnovšie diagnostikované u injekčných užívateľov drog vo vybraných krajinách EÚ, v Rusku a na Ukrajine podľa rokov oznámenia



Zdroj: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (2004) [Európske stredisko pre epidemiologické monitorovanie AIDS].

séroprevalencie a rutinné sledovanie údajov z diagnostických testov môžu potvrdiť trendy v evidencii prípadov a môžu poskytnúť aj podrobnejšie informácie o určitých regiónoch a prostrediach. Údaje o prevalencii sú však z rozličných zdrojov, takže v niektorých prípadoch môže byť porovnanie ťažké, a preto ich treba vykladať opatrne.

Najnovšie zaznamenaný rast počtu oznámených prípadov HIV vo väčšine prípadov potvrdili dostupné údaje o séroprevalencii; napr. v Lotyšsku celoštátna prevalencia vo vzorkách liečených a testovaných IDU vzrástla z 1,5 % (5/336) v roku 1997 na 14 % (302/2 203) v roku 2001, aby potom v roku 2003 klesla na 7 % (65/987). V Rakúsku, kde nie sú dostupné oznamované údaje o prípadoch HIV medzi IDU, svedčí prevalencia HIV v národných vzorkách úmrtí (priamo súvisiacich s drogami o určitom zvýšení na 7 % (11/163) v roku 2003 z 1 % (1/117) v roku 1998, ale počty sú nízke a trend je štatisticky nevýznamný.

V rokoch 2002 a 2003 bola prevalencia HIV medzi IDU, väčšinou v protidrogovej liečbe, v rôznych krajinách veľmi rozdielna od 0 % v Bulharsku, Maďarsku, Slovinsku a na Slovensku po najviac 37,5 % (54/144) v jednom talianskom meste (Bolzano 2003 – užívatelia na liečení a vo väzeniach) <sup>(120)</sup>. Najvyššie hodnoty prevalencie v národných vzorkách (nad 10 % v roku 2002/03) boli zistené v Taliansku, Lotyšsku a Portugalsku <sup>(121)</sup>; údaje z roku 2001 naznačujú veľmi vysokú prevalenciu aj v Španielsku, ale novšie údaje chýbajú <sup>(122)</sup>. Najvyššie údaje o prevalencii v regionálnych a miestnych vzorkách (nad 20 % v rokoch 2002 – 2003) oznámili zo Španielska, z Talianska, Lotyšska a Poľska <sup>(123)</sup>, hoci neboli poskytnuté najnovšie údaje z niektorých krajín a oblastí s najvyššou prevalenciou v predchádzajúcich rokoch. V Lotyšsku a Poľsku svedčia miestne štúdie o najnovšom prenose HIV na podklade veľmi vysokej prevalencie medzi mladými IDU <sup>(124)</sup>. V prípade poľskej štúdie sa tento najnovší prenos potvrdil 23 % prevalenciou na vzorke 127 nových injekčných užívateľov <sup>(125)</sup>.

Aj časové trendy prevalencie sa v rôznych krajinách líšia. Hoci v ostatných rokoch vypukli epidémie v pobaltskom regióne, údaje o séroprevalencii HIV zo vzoriek IDU svedčia o poklese od polovice uplynulých deväťdesiatych rokov v niektorých najviac postihnutých krajinách

(Španielsko, Francúzsko a Taliansko) nasledovanom ustálením v ostatných rokoch <sup>(126)</sup>. Ak je však séroprevalencia vysoká a ustálená, prenos bude pravdepodobne pokračovať. Údaje o nových IDU zjavne svedčia o pokračujúcom a dokonca stúpajúcom šírení v Španielsku v rokoch 1999 a 2000. V niektorých iných krajinách (vo Francúzsku 2001 – 2003, v Portugalsku 1999 – 2000) nasvedčovali miestne a regionálne údaje o nových mladých IDU určitému (zvýšenému) prenosu, ale veľkosti vzoriek sú príliš malé, aby trendy mohli byť štatisticky významné <sup>(127)</sup>. Na druhej strane si treba všimnúť, že vo viacerých krajinách ostala v rokoch 2002 a 2003 prevalencia HIV medzi IDU veľmi nízka. Nižšia ako 1 % bola prevalencia HIV v Českej republike, Grécku (celoštátno údaje), Maďarsku, Slovinsku, na Slovensku, vo Fínsku, v Rumunsku (údaje len za rok 2001), Bulharsku a Nórsku (údaje za Oslo). V niektorých krajinách (napr. v Maďarsku) patrila tak prevalencia HIV, ako aj vírusu hepatitídy C (HCV) k najnižším v EÚ, svedčiac o nízkej úrovni rizika injekčného užívania (pozri ďalej odsek „Hepatitída typu B a C“).

### Výskyt AIDS

V Lotyšsku sa zvýšil výskyt AIDS medzi IDU z 0 v roku 1997 na odhadovaných 19 prípadov na milión obyvateľov v rokoch 2002 a 2003 <sup>(128)</sup>. Krajinou s najvyšším výskytom

### Vysoko aktívna antiretrovírusová terapia v európskom regióne WHO

WHO na základe odhadov pokrytia vysoko aktívnou antiretrovírusovou terapiou (HAART) usudzuje, že v EÚ a vo väčšine strednej Európy má k HAART prístup vyše 75 % osôb, ktoré ju potrebujú.

Z pobaltských štátov sa však odhaduje „nízke“ pokrytie v Estónsku a Litve (20 až 50 %) a „veľmi nízke“ v Lotyšsku (pod 25 %). „Veľmi nízke“ pokrytie sa odhaduje vo väčšine krajín východnej Európy.

Samostatné odhady pokrytia potrieb IDU nie sú k dispozícii, ale zo štúdií vyplýva, že IDU sú často vystavení vyššiemu riziku nedostatočného prístupu k HAART, než ľudia infikovaní inou cestou.

Zdroj: Regionálny úrad SZO pre Európu, databáza „Health for All“ ([www.euro.who.int/hfadb](http://www.euro.who.int/hfadb)) (vstup 8. marca 2005).

<sup>(120)</sup> Pozri tabuľku INF-3 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(121)</sup> Údaje z Portugalska a Talianska sa neobmedzujú na IDU, a preto môže byť prevalencia medzi IDU odhadnutá príliš nízko.

<sup>(122)</sup> Pozri tabuľky INF-1 a INF-8 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(123)</sup> Pozri tabuľku INF-8 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(124)</sup> IDU do 25 rokov: 33 % infikovaných medzi 55 mladými IDU v Poľsku a 20 % medzi 107 mladými IDU v Lotyšsku.

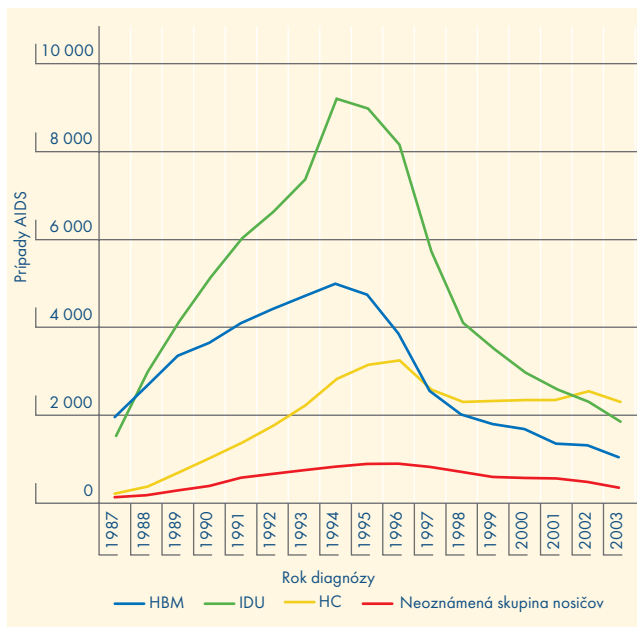
<sup>(125)</sup> Pozri tabuľku INF-10 a obrázky INF-4 a INF-5 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(126)</sup> Pozri tabuľku INF-16 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(127)</sup> Pozri tabuľky INF-26 a INF-27 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(128)</sup> Pozri tabuľku INF-1 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 15:** Prípady AIDS podľa skupín nosičov a roku diagnostikovania (1987 – 2003) upravené podľa oneskoreného oznámenia, EÚ



**Poznámka:** Údaje podľa troch hlavných skupín nosičov a prípadov bez oznámenia skupiny nosičov.  
 HBM – homosexuáli a bisexuáli; IDU – injekčné užívanie drog; HC – heterosexuálny kontakt  
 Nezahrnuté sú krajiny: Francúzsko, Holandsko (neposkytli údaje za celé obdobie) a Cyprus (neposkytli žiadne údaje).  
**Zdroj:** EuroHIV; údaje oznámené do 31. decembra 2003.

vo EÚ však ostáva Portugalsko s 33 prípadmi na milión, napriek tomu, že výskyt od roku 1999 klesá. Výskyt AIDS, zapríčinený IDU v EÚ, vyvrcholil začiatkom deväťdesiatych rokov a odvtedy klesá. Najviac postihnutou krajinou bývalo Španielsko, v ktorom výskyt vyvrcholil 124 prípadmi na milión v roku 1994, ale do roku 2003 došlo k poklesu na odhadovaných 16 prípadov na milión.

Pokles výskytu AIDS koncom deväťdesiatych rokov je dôsledkom zavedenia vysoko aktívnej antiretrovirusovej liečby (HAART) v roku 1996, ktorá bráni rozvinutiu AIDS u ľudí nakazených HIV (pozri rámček HAART). V prípade IDU mohli hrať dôležitú úlohu aj preventívne opatrenia proti HIV a v niektorých krajinách mohol byť faktorom pokles počtu injekčných užívateľov (pozri „Injekčné užívanie drog“, s. 61)

Každoročné údaje o výskyte ukazujú, že do roku 2002 bolo možné najväčší počet prípadov AIDS v EÚ prisudzovať vnútrožilovému užívaniu drog; potom tento

spôsob prenosu predbehol heterosexuálny pohlavný styk, kopírujúc zmeny v epidemiológii HIV v predchádzajúcich rokoch (obrázok 15). Treba však poznamenať, že vzory infekcie sa v jednotlivých krajinách môžu značne líšiť<sup>(129)</sup>.

### Hepatitis typu B a C

Prevalencia protilátok proti vírusu hepatitídy C (HCV) medzi IDU je vo všeobecnosti mimoriadne vysoká napriek tomu, že aj tu sú veľké rozdiely tak v rámci jednotlivých krajín, ako aj medzi nimi<sup>(130)</sup>. Hodnoty prevalencie nad 60 % hlásili medzi vzorkami IDU v rokoch 2002 – 03 z Belgicka, Estónska, Grécka, Talianska, Poľska, Portugalska a Nórska, kým vzorky s prevalenciou pod 40 % uvádzali Belgicko, Česká republika, Grécko, Maďarsko, Rakúsko, Slovinsko, Slovensko, Fínsko a Spojené kráľovstvo (obrázok 16)<sup>(131)</sup>.

Údaje o prevalencii u mladých IDU (mladších ako 25 rokov) sú k dispozícii len z niekoľkých krajín a v niektorých prípadoch sú veľkosti vzoriek malé. Z dostupných údajov bola medzi mladými IDU v rokoch 2002 – 03 zistená najvyššia prevalencia (nad 40 %) vo vzorkách z Grécka, Rakúska a Poľska a najnižšia prevalencia (pod 20 %) vo vzorkách z Maďarska, zo Slovinska, z Fínska a zo Spojeného kráľovstva<sup>(132)</sup>. Údaje o prevalencii HCV medzi novými injekčnými užívateľmi (injekčné užívanie počas menej ako dvoch rokov) sú dokonca ešte striedamejšie, ale dostupné informácie za roky 2002 – 03 ukazujú, že najvyššia prevalencia (nad 40 %) je vo vzorkách z Belgicka a Poľska a najnižšia prevalencia (pod 20 %) vo vzorkách z Českej republiky, Grécka a Slovinska<sup>(133)</sup>. Údaje o hepatitíde C oznamované za obdobie 1992 – 2003 nasvedčujú, že v krajinách, ktoré údaje poskytli, pripadá veľká väčšina oznámených prípadov hepatitídy C na IDU (oznámenia sa väčšinou obmedzili na diagnostikované prípady akútnej infekcie) (obrázok 17).

Aj prevalencia markerov vírusu hepatitídy B (HBV) je veľmi rôzna tak v jednotlivých krajinách, ako aj medzi nimi<sup>(134)</sup>. Najúplnejšie údaje sú podľa protilátky anti-HBc, ktorá ukazuje históriu infekcie a medzi osobami s negatívnym výsledkom testov tie, ktoré prichádzajú do úvahy na vakcináciu. V rokoch 2002 – 03 oznámili vzorky IDU s prevalenciou nad 60 % z Belgicka, Estónska a Talianska, vzorky s prevalenciou pod 30 % z Belgicka, Španielska, Talianska, Rakúska, Portugalska, zo Slovinska, Slovenska a Spojeného kráľovstva<sup>(135)</sup>. Údaje o hepatitíde typu B

<sup>(129)</sup> Pozri tabuľku INF-2 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(130)</sup> Pozri tabuľky INF-2 a INF-11 v štatistickej ročenke 2005.

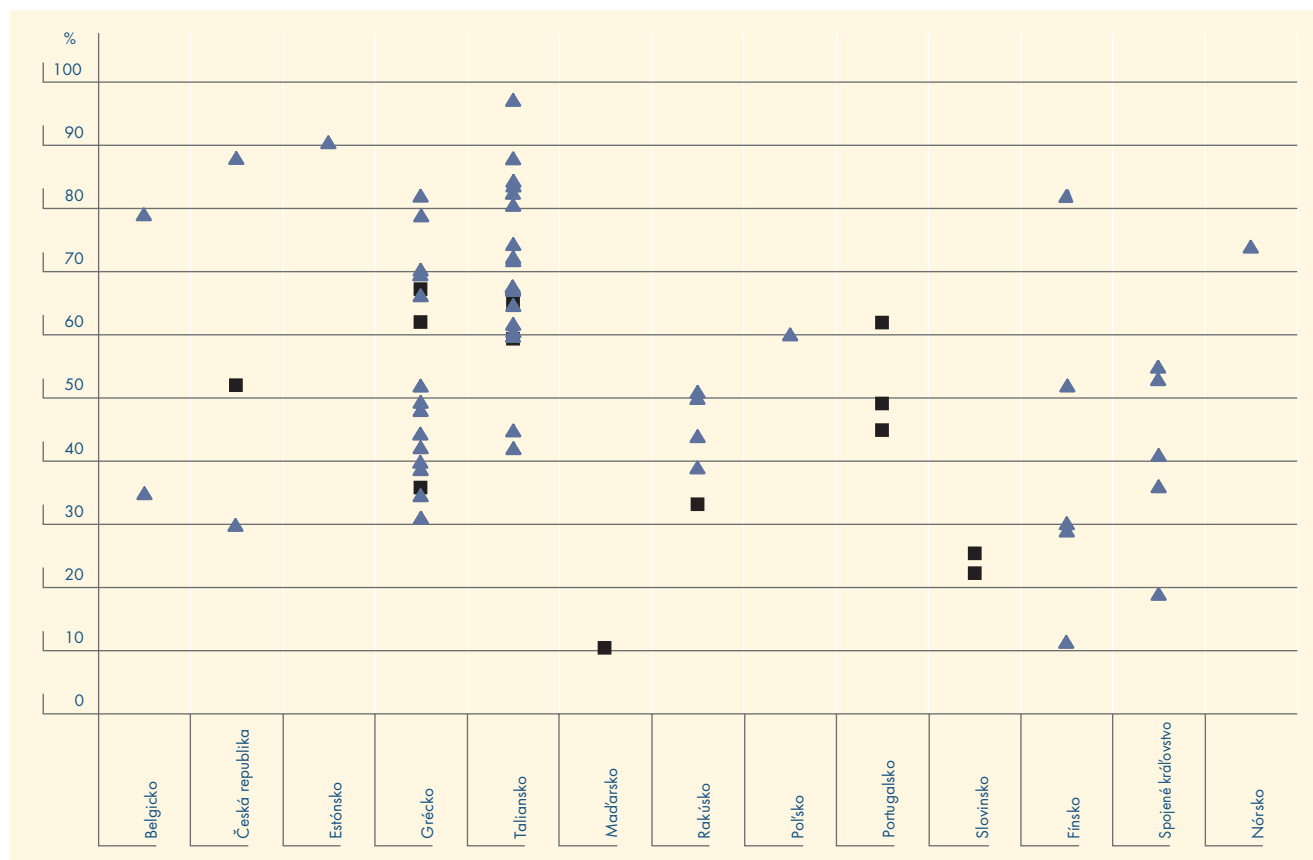
<sup>(131)</sup> Pozri tiež obrázok INF-21 v štatistickej ročenke 2005 a Mathei a kol. 2005.

<sup>(132)</sup> Pozri tabuľku INF-12 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(133)</sup> Pozri tabuľku INF-13 a obrázky INF-7 a INF-8 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(134)</sup> Pozri tabuľky INF-3, INF-14 a INF-15 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(135)</sup> Pozri obrázky INF-9, INF-10, INF-22 a INF-23 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 16:** Celoštátne a miestne odhady prevalencie HCV medzi injekčnými užívateľmi drog v rokoch 2002 – 2003

**Poznámka:** Čierny štvorec = vzorky s pokrytím na celoštátnej úrovni; modrý trojuholník = vzorky s pokrytím na miestnej/regionálnej úrovni. Rozdiely medzi krajinami treba vykladať opatrne vzhľadom na rozdielne typy prostredia alebo metódy štúdia; v rôznych štátoch boli zvolené odlišné stratégie výberu vzoriek. V údajoch Španielska a Portugalska a v niektorých údajoch Českej republiky nie sú zohľadnení IDU, a preto je prevalencia vírusu hepatitídy typu C medzi IDU pravdepodobne podhodnotená (vo vzorkách nie sú známe podiely užívateľov drog, ktorí ich neužívali injekčne). Údaje za Portugalsko, Slovinsko a Slovensko sú obmedzené na údaje o výskyte medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa liečia a pravdepodobne nie sú reprezentatívnou skupinou prevalencie medzi injekčnými užívateľmi drog, ktorí sa neliečia.

**Zdroje:** Národné kontaktné miesta Reitox (2004). Úplné údaje o primárnych zdrojoch, štúdiách a údajoch spred roku 2002 pozri v tabuľke INF-11 v štatistickej ročenke 2005.

oznámené za obdobie 1992 – 2003 z krajín, ktoré ich poskytli, svedčia o zvyšujúcom sa percente IDU (<sup>136</sup>). Veľká väčšina akútnych prípadov hepatitídy B v severskom regióne bola medzi IDU a prípady vypuknutia hepatitídy B sa zhodovali so zvýšeným výskytom injekčného užívania drog vo viacerých krajinách (Blystad a kol. 2005).

Stručný prehľad iných infekčných chorôb súvisiacich s drogami pozri vo výročnej správe 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/sk/page074-sk.html>).

### Prevenia infekčných chorôb súvisiacich s drogami

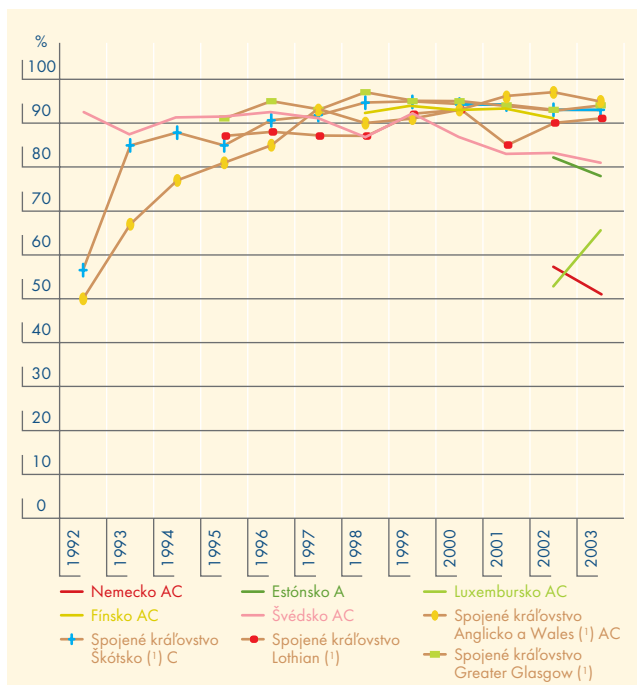
Napriek tomu, že sa národné politiky členských štátov rôznia, odzrkadľujú ich špecifickú drogovú situáciu

a politický kontext, a tiež stále viac dokazujú zhodu vznikajúcu na európskej úrovni o kľúčových prvkoch potrebných na účinné opatrenia v boji proti HIV a iným infekčným chorobám medzi IDU (<sup>137</sup>). Medzi primerané odpovede patrí rozšírený prístup k drogovej liečbe (SZO 2005), rozvoj nízkoprahových služieb a poskytovanie sterilných pomôcok a výchovných programov, hoci treba pripomenúť, že medzi krajinami sú rozdiely v zdôrazňovaní týchto rôznych prvkov služieb. Osobitne dôležitá by mala byť dostatočná dostupnosť orálnej substitučnej liečby pre injekčných užívateľov opioidov, pretože významne znižuje drogovú závislosť a vysoké riziko prenosu HIV (Gowing a kol. 2005; Sullivan a kol. 2005).

<sup>136</sup> Pozri obrázok INF-14 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>137</sup> Na ostatných dvoch konferenciách zástupcovia európskych vlád potvrdili svoje partnerstvo v boji proti HIV/AIDS a stanovili opatrenia na posilnenie vlastných odpovedí v tejto oblasti (Dublinské vyhlásenie, február 2004 a Vilniuské vyhlásenie, september 2004). Všetky rozhodujúce dokumenty EÚ o HIV/AIDS možno nájsť na webovej stránke verejného zdravia Európskej komisie. ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_threats/com/aids/keydocs\\_aids\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm)).

**Obrázok 17:** Oznamované prípady hepatitídy C, percentá prípadov oznamovaných ako IDU, 1992 – 2003



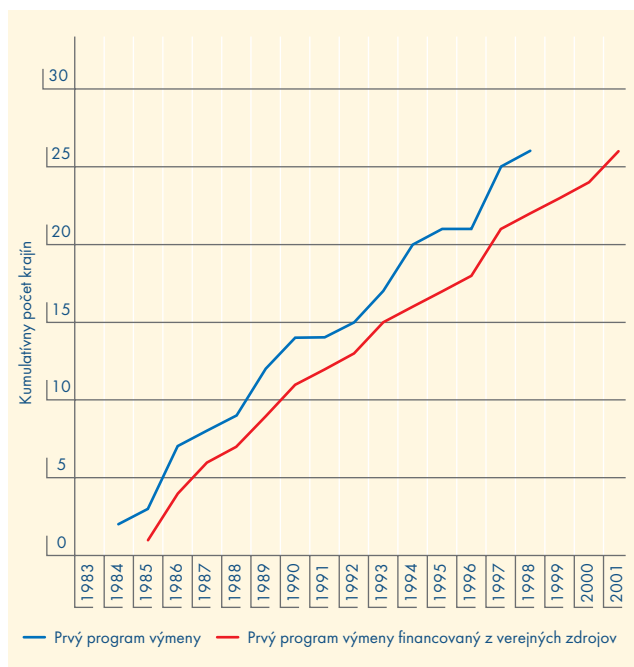
(!) Údaje neplatia celoštátne.  
 Poznámka: A – akútne prípady; AC – akútne a chronické prípady; C – chronické prípady  
 Zdroj: Kontaktné miesta Reitox.

### Dostupnosť ihliel a striekačiek

Programy poskytovania injekčných ihliel a striekačiek (*Needle and syringe programme*; NSP) sa v Európskej únii začali zavádzať v polovici osemdesiatych rokov ako priama odpoveď na hroziacu epidémiu nákazy HIV medzi injekčnými užívateľmi drog a rýchlo sa rozšírili v deväťdesiatych rokoch (obrázok 18). V roku 1993 už existovali programy financované z verejných prostriedkov vo viac ako polovici terajších 25 členských štátov EÚ a v Nórsku. Dnes sú NSP dostupné v Bulharsku, Rumunsku a Nórsku ako aj vo všetkých štátoch EÚ okrem Cypru, kde však možno sterilné pomôcky dostať v lekárnach zdarma a o úradnom zavedení NSP sa uvažuje<sup>(138)</sup>. Keď sa už raz tieto programy v krajine zaviedli, geografické pokrytie miestami výdaja pre NSP sa vo všeobecnosti rozširuje plynule. V mnohých krajinách sa už dosiahlo úplné geografické pokrytie prostredníctvom lekární, ktoré sú rozhodujúcimi partnermi vo viacerých členských štátoch. Vo Švédsku však ostali iba dva programy, ktoré spustili v roku 1986 na juhu krajiny; a v Grécku je obmedzený počet NSP, ktoré sú dostupné iba v Aténach<sup>(139)</sup>.

V krajinách EÚ a Nórsku sú NSP zvyčajne pevnou súčasťou činnosti nízko-rahových drogových

**Obrázok 18:** Zavedenie programov výmeny ihliel a striekačiek v 23 krajinách EÚ, Nórsku a Bulharsku



Zdroj: Národné správy Reitox, 2004.

poradenských agentúr (pozri rámček „Uľahčovanie prístupu k službám“), práce v teréne a starostlivosti o bezdomovcov. Pretože agentúry, ktoré majú nízky prah prístupu, úspešne zasahujú skryté populácie aktívnych užívateľov drog, môžu byť dôležitým východiskovým bodom na styk, prevenciu, výchovu a osvetu ako aj odporúčanie na liečbu. Stále viac sa uznáva, že nízko-rahové služby môžu byť životne dôležitou platformou na poskytovanie základnej lekárskej starostlivosti, skrining infekčných chorôb, vakcináciu a liečbu vírusových ochorení členov spoločenstva, ktorí môžu z rozličných príčin považovať formálnejšie zdravotnícke služby za ťažko prístupné.

V 16 členských štátoch EÚ a Nórsku opisujú programy výmeny ihliel a striekačiek ako prevládajúci prístup prevencie infekčných chorôb medzi užívateľmi drog a ako obvyklý prístup v ďalších šiestich; v dvoch tretinách krajín EÚ sa považujú za hlavné taktické opatrenie proti infekčným chorobám medzi užívateľmi drog<sup>(140)</sup>.

### Dôkaz o účinnosti programov výmeny ihliel a striekačiek

Vedecký výskum účinnosti NSP na obmedzovanie HIV/AIDS medzi IDU sa datuje od osemdesiatych

<sup>(138)</sup> Pozri tabuľku NSP-2 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(139)</sup> Pozri „Needle and syringe availability“ [Dostupnosť ihliel a striekačiek] v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(140)</sup> Pozri prehľad národných opatrení proti infekčným chorobám na webovej stránke EMCDDA (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

### Uľahčovanie prístupu k službám

Pojem „nízkoprahovosť“ označuje vytvorenie prostredia, ktoré uľahčuje užívateľom drog prístup k sociálnym a zdravotníckym službám. Na zníženie svojho prístupového prahu sú agentúry umiestnené na určitých miestach a majú pracovný čas prispôsobený potrebám svojich klientov, vrátane neskorých večerných alebo nočných hodín. Nízkoprahové agentúry často poskytujú svoje služby aj prostredníctvom pracovníkov v teréne. Využívanie služieb agentúr si vyžaduje málo byrokracie, často je bezplatné a nespája sa so záväzkom klienta neužívať alebo prestať užívať drogy. Tieto agentúry sa zameriavajú na súčasných užívateľov, ktorí nikdy neboli v styku s inými protidrogovými a zdravotníckymi službami alebo ktorí takýto styk prerušili. Ich služby sú zamerané na „ťažko dosiahnuteľné“ skupiny užívateľov, skupiny obzvlášť rizikové a tiež na experimentálnych užívateľov (napr. poskytovaním svojich služieb v kluboch a na diskotékach alebo v inom prostredí zábavy). Nízkoprahové prostredie môže byť v pouličných agentúrach, ambulantných denných centrách a terénnych staniách zdravotníckej starostlivosti a tiež v núdzových prístreškoch. V rámci komplexného systému starostlivosti zohrávajú tieto agentúry, vzhľadom na svoju ľahkú prístupnosť, dôležitú úlohu v pôsobení na „skrytejšie“ alebo „ťažšie dosiahnuteľné“ spoločenstvá užívateľov drog. Popri motivovaní užívateľov, aby vyhľadali liečbu a vydávaní odporúčaní, často poskytujú služby „orientované na prežitie“, vrátane stravy, oblečenia, prístrešia, sterilných injekčných pomôcok a lekárskej starostlivosti. Sú hlavným prostredím šírenia správ zdravotníckej osvety a zvyšovania znalostí a zručností týkajúcich sa bezpečného užívania medzi osobami, ktoré buď užívajú drogy experimentálne, alebo závislým, alebo problematickým spôsobom. Stále častejšie poskytujú aj liečebnú starostlivosť.

rokov minulého storočia<sup>(141)</sup>. Z prehľadu literatúry, ktorý uverejnila SZO v roku 2004, vyplýva, že existuje presvedčivý dôkaz o podstatnom ústupe infekcií HIV so zvyšujúcou sa dostupnosťou a využívaním sterilných injekčných pomôcok injekčnými užívateľmi drog a nejestvuje dôkaz o žiadnych veľkých nežiaducich negatívnych následkoch (SZO 2004). Prehľad však uzatvára, že samotné NSP nie sú dostatočné na kontrolovanie infekcie HIV medzi IDU a že tieto programy musí podporovať rad doplnkových opatrení na kontrolu šírenia infekcie HIV injekčnými užívateľmi drog a medzi nimi. Z kontroly efektívnosti nákladov NSP de Wit a Bos (2004) usudzujú, že z hľadiska nákladov sa NSP zdajú

efektívne v prevencii šírenia HIV a okrem redukovania HIV prinášajú dodatočný a cenný prospech, napr. v nadväzovaní styku ťažko dosiahnuteľnej populácie užívateľov drog so zdravotníckymi a sociálnymi službami.

### Prevencia hepatitídy

Injekční užívateľia drog sú vystavení veľmi vysokému riziku infekcií HBV a HCV a 50 – 80 % užívateľov drog sa infikuje do piatich rokov od začatia injekčného užívania, čo môže vyústiť do chronických infekcií, ktoré môžu poškodiť a napokon zničiť pečeň (EMCDDA 2004b). Zatiaľ čo proti hepatitíde C vakcíny niet, hepatitíde B možno účinne predchádzať vakcináciou<sup>(142)</sup>.

Viaceré krajiny EÚ v uplynulom desaťročí zaviedli alebo znovu zaviedli hepatitídu B do svojich národných imunizačných programov a vakcinácia je teraz súčasťou rutinných programov vakcinácie detí vo väčšine krajín EÚ. Iba Dánsko, Holandsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo a Nórsko dosiaľ nepostupujú podľa odporúčania SZO<sup>(143)</sup>.

Vo väčšine krajín EÚ a v Nórsku sa v súčasnosti uskutočňujú cieľené vakcinačné programy pre užívateľov drog, aj keď potrvá ešte niekoľko desaťročí, kým zmiznú významné rizikové populácie. Na dosiahnutie svojich cieľových populácií sa vakcinácia podáva užívateľom drog na ľahko dostupných kontaktných miestach a stále častejšie aj vo väzeniach<sup>(144)</sup>.

Kampane imunizácie proti hepatitíde B sa často kombinujú s vakcináciou proti hepatitíde A a poradenstvom, testovaním a odporúčaním opatrení týkajúcich sa vírusu hepatitídy C. Napriek tomu, že liečbu hepatitídy C poskytujú vo všetkých krajinách, prístup užívateľov drog k nej je v praxi ťažký. Pretože sa úradné lekárske usmernenia považujú za dôležitý nástroj v riadení liečebných opatrení pri hepatitíde C, boli v rokoch 2003 – 04 predmetom analýzy EMCDDA<sup>(145)</sup>. Väčšina usmernení odporúčala liečiť užívateľov drog až po vyliečení z drogovej závislosti alebo po stabilizovaní orálnou substitučnou liečbou počas obdobia, ktoré môže trvať od troch mesiacov do dvoch rokov. Čím sú usmerňujúce dokumenty novšie, s tým väčšou pravdepodobnosťou sa v nich prihliada na výskum preukazujúci prospešnosť multidisciplinárneho prístupu tímov hepatológov a špecialistov v oblasti užívania drog pre užívateľov drog. Pribúdanie rád v ostatnom čase na národnej úrovni pravdepodobne rozšíri možnosti liečby a zlepši výsledky v prospech užívateľov drog.

<sup>(141)</sup> Pozri zoznam hlavných prehľadov na webovej stránke EMCDDA (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

<sup>(142)</sup> Ďalšie informácie o hepatitíde pozri na webovej stránke EMCDDA ([www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192](http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192)).

<sup>(143)</sup> Správa 14. globálnej poradnej skupiny: Rozšírený program imunizácie, 14. – 18. októbra 1991, Antalya, Turecko, schválený Svetovým zdravotníckym zhromaždením v r. 1992.

<sup>(144)</sup> Pozri tabuľku vakcinácie proti hepatitíde B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

<sup>(145)</sup> Štúdia usmernení v liečbe hepatitídy C u injekčných užívateľov drog (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

## Úmrtia súvisiace s drogami

### Úmrtia súvisiace s heroínom

Pojem „úmrtia súvisiace s drogami“ sa v tejto časti používa na označenie úmrtí zapríčinených priamo konzumáciou jednej alebo viacerých drog, ktoré nastali krátko po užití látky alebo látok. Tieto úmrtia sú známe ako „predávkovanie“, „otrava“ alebo „drogová smrť“<sup>(146)</sup>.

Vo väčšine prípadov „úmrtí súvisiacich s drogami“ spôsobených nelegálnymi látkami sa v EÚ uvádzajú opiáty, hoci v mnohých prípadoch sa počas toxikologického vyšetrenia zistí aj prítomnosť iných látok, najmä alkoholu, benzodiazepínov a v daktorých krajinách kokaínu<sup>(147)</sup>.

V rokoch 1990 až 2002 oznámili krajiny EÚ každý rok 7 000 – 9 000 úmrtí zapríčinených predávkovaním<sup>(148)</sup>, spolu viac ako 100 000 úmrtí počas tohto obdobia. Tieto čísla možno považovať za minimálne odhady, pretože mnohé krajiny pravdepodobne uviedli nižšie hodnoty.

Predávkovanie opiátmi je jednou z hlavných príčin smrti mladých ľudí v Európe, najmä mužov v mestských oblastiach (EMCDDA 2004c). V súčasnosti je predávkovanie aj hlavnou príčinou smrti medzi užívateľmi opiátov v EÚ ako celku; napríklad v roku 2001 oznámilo vtedajších 15 členských štátov EÚ 8 347 úmrtí súvisiacich s drogami v porovnaní s 1 633 úmrtiami na AIDS medzi IDU (EuroHIV 2004)<sup>(149)</sup>, pritom nemožno prehliadať náklady a možné dlhodobé problémy spôsobené nákazou HIV.

Väčšina užívateľov drog, ktorí sa predávkovali, sú muži, ktorí tvoria 60 až 100 % všetkých prípadov a vo väčšine krajín 75 až 90 %. Väčšina obetí predávkovania boli dvadsiatnici alebo tridsiatnici s priemerným vekom okolo 35 rokov (v rozpätí 22 až 45 rokov). Najnižší priemerný vek je v niekoľkých nových členských štátoch (Estónsku, Lotyšsku, Litve a Rumunsku), vo viacerých z nich je relatívne vysoký podiel obetí predávkovania mladších ako 25 rokov, čo môže svedčiť o mladšej populácii užívateľov heroínu v týchto krajinách<sup>(150)</sup>.

### Úmrtia súvisiace s metadónom

Niekoľko krajín uviedlo v národných správach siete Reitox za rok 2004 významný podiel úmrtí súvisiacich s drogami, pri ktorých bola zistená prítomnosť metadónu. Informácie

sa poskytujú podľa národnej terminológie a v niektorých prípadoch je ťažké presne posúdiť, akú rolu hral metadón pri úmrtí; v podaktorých prípadoch išlo o skutočnú otravu metadónom, ale inak bola prítomnosť látky iba spomenutá. Dánsko uviedlo, že metadón bol prítomný v 49 % úmrtí zapríčinených otravou (v 97 zo 198 prípadov, v ktorých bol len metadón príčinou smrti v 64 prípadoch). Nemecko uviedlo, že 23 % prípadov bolo prisúdených „substitučným látkam“, z ktorých v 3 % išlo len o tieto látky (v 55 prípadoch) a v 20 % prípadov o ich kombináciu s alkoholom a omamnými drogami (v 354 prípadoch), kým v roku 2002 to bolo celkovo 30 % (7 % samotných a 23 % v kombinácii). Spojené kráľovstvo uviedlo 418 prípadov so „zmienu“ o metadóne, ktorá ešte neznamená príčinnú súvislosť. Ostatné krajiny uvádzali prítomnosť metadónu pri úmrtiach súvisiacich s drogami menej často: Francúzsko (osem prípadov so samotným alebo s inými látkami), Rakúsko (zistený v 10 % smrteľných prípadov), Portugalsko (v 3 % prípadov) a Slovinsko (štyri prípady smrti následkom užitia metadónu). Aj Írsko a Nórsko uviedli vo svojich národných správach v sieti Reitox v roku 2003 významné počty prípadov súvisiacich s prítomnosťou metadónu.

Metadón, rovnako ako všetky opiáty, je potenciálne toxickou látkou, ale výsledky výskumov jednoznačne ukazujú, že substitučná liečba znižuje medzi účastníkmi programu riziko úmrtnosti z predávkovania. Niekoľko štúdií preukázalo, že úmrtia, pri ktorých je prítomný metadón, spôsobilo skôr jeho nelegálne, než predpísané užívanie a pri iných štúdiách sa zistilo zvýšené riziko v počiatočných štádiách metadónovej udržiavacej liečby. Tieto zistenia poukazujú na potrebu zabezpečiť dobré štandardy kvality substitučných programov.

### Úmrtia súvisiace s fentanylom a buprenorfínom

V ostatných rokoch informovali pobaltské štáty o niekoľkých úmrtiach, pri ktorých bol v toxikologickom náleze fentanyl, často v sprievode heroínu. Vo svojej národnej správe v roku 2003 uviedlo Švédsko 13 úmrtí súvisiacich s fentanylom medzi IDU, pričom v predchádzajúcich rokoch išlo len o občasné prípady. Informácie o role buprenorfínu pri úmrtiach súvisiacich s drogami pozri vo vybranej otázke o buprenorfíne.

<sup>(146)</sup> Toto je definícia schválená skupinou národných odborníkov EMCDDA: pozri metodické poznámky „Drug-related death EMCDDA definition“ v štatistickej ročenke 2005 a DRD Standard protocol, version 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). Väčšina krajín má národné definície prípadov, ktoré sa v súčasnosti zhodujú z definíciou EMCDDA alebo sú relatívne podobné, hoci niektoré krajiny zahŕňajú aj prípady úmrtia zapríčinené psychoaktívnymi liekmi alebo nezapríčinené predávkovaním (pozri „Národné definície úmrtí súvisiacich s drogami“ v štatistickej ročenke 2005).

<sup>(147)</sup> Pozri tabuľku DRD-1 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(148)</sup> Pozri tabuľky DRD-2 a DRD-3 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(149)</sup> Údaj o úmrtiach na AIDS sa vzťahuje na západnú oblasť európskej WHO a zahŕňa aj úmrtia vo viacerých krajinách, ktoré nie sú členmi EÚ, napr. Švajčiarsko, Island a Izrael.

<sup>(150)</sup> Pozri obrázok DRD-2 v štatistickej ročenke 2005.



## Trendy akútnych úmrtí súvisiacich s drogami

Trendy úmrtnosti súvisiacej s drogami sú v jednotlivých krajinách <sup>(151)</sup> a dokonca i v jednotlivých regiónoch odlišné v dôsledku rozdielov vo vývoji heroínovej epidémie, v prevalencii užívania heroínu, rizikového správania (napr. v podiele injekčných užívateľov, užívaní viacerých drog), poskytovaní liečebných a pomocných služieb užívateľom drog a možno aj v dostupnosti a vlastnostiach heroínu. Významnú rolu môžu pravdepodobne zohrávať aj rozdiely v organizácii a politike pohotovostných lekárskejších služieb.

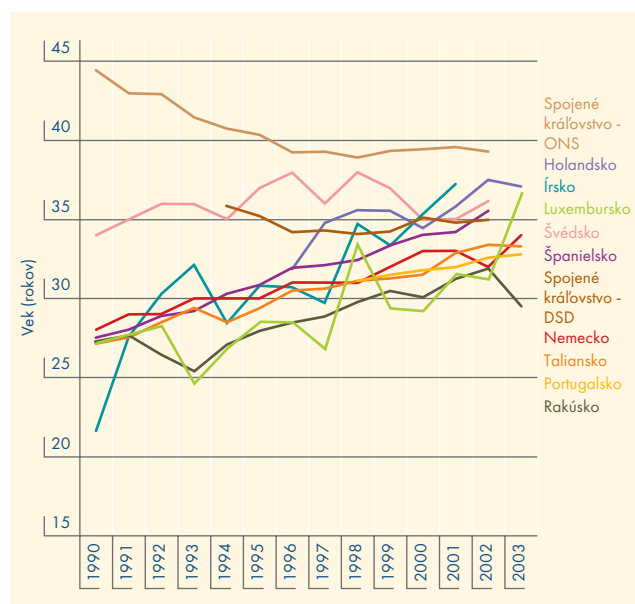
Majúc na zreteli tieto hranice, možno v EÚ identifikovať niektoré všeobecné trendy, najmä v členských štátoch EÚ-15, odkiaľ sú k dispozícii dlhodobejšie a systematickejšie súbory údajov. Celkovo bol výrazný nárast úmrtnosti spojenej s drogami pozorovaný v osemdesiatych rokoch a začiatkom deväťdesiatych rokov minulého storočia. Napriek poklesu v niektorých krajinách, tento nárast, hoci miernejším tempom, pokračoval v Európe aj v období 1990 – 2000. V roku 2000 sa uvádzalo 8 930 úmrtí v porovnaní so 6 426 v roku 1990 (t. j. 40-percentný nárast) <sup>(152)</sup>. Vo väčšine starších členských štátov možno pozorovať trend starnutia obetí predávkovania, ktorý svedčí o „efekte starnúcej kohorty“, ktorý by mohol súvisieť s klesajúcim počtom nových mladých toxikomanov (obrázok 19).

Od roku 2000 však viaceré krajiny EÚ uvádzajú klesajúce počty úmrtí súvisiacich s drogami. V členských štátoch EÚ-15 a Nórsku klesol celkový počet prípadov z 8 930 v roku 2000 na 8 394 v roku 2001 (pokles o 6 %) a 7 122 prípadov v roku 2002 <sup>(153)</sup> (ďalší 15 % pokles). Iba 10 krajín poskytlo informácie za rok 2003, a preto treba brať závery o trendoch v EÚ s rezervou. Z údajov týchto 10 krajín však vyplýva v roku 2003 pokles 5 % alebo len tretinový pokles oproti roku 2002. Z 10 krajín, ktoré poskytli informácie za rok 2003, tri uviedli prírastky, jedna nezmenený stav a zo šiestich, ktoré uvádzali pokles, možno za významný považovať pokles v Grécku (22 %) a Taliansku (17 %) <sup>(154)</sup>. Tento vývoj by mal budiť vážne obavy, pretože je možné, že faktory, ktoré zapríčinili pokles počtu úmrtí v súvislosti s drogami v rokoch 2000 až 2002 (zníženie takmer o 20 %), boli v roku 2003 zrušené; toto je obzvlášť dôležité, pretože úmrtia súvisiace s drogami sú stále na historicky vysokých úrovniach – približne na tej istej úrovni ako začiatkom deväťdesiatych rokov (obrázok 20).

Úmrtia mladých ľudí do 25 rokov veku súvisiace s drogami celkovo klesajú relatívne plynulo od roku 1996, naznačujúc možný pokles počtu mladých injekčných užívateľov (obrázky 19 a 20) v dôsledku klesajúceho alebo stabilizovaného trendu vo väčšine z členských štátov EÚ-15 okrem Francúzska, Švédska a Nórska. V niekoľkých nových členských štátoch však od polovice deväťdesiatych rokov do roku 2000 – 2002 pozorovali zreteľný rast podielu obetí mladších ako 25-ročných, ktorý svedčí o rastúcom získavaní mladých užívateľov <sup>(155)</sup>. Navyše, k poklesu pozorovanému na úrovni EÚ-15 od roku 2000 došlo iba medzi mužmi (pokles o 21,9 %). Pri ženách bol pokles oveľa menší (14,5 %) a zdá sa, že na rozdiel od mužov, sa pri ženách trend v roku 2003 obracia <sup>(156)</sup>.

Určiť trendy v nových členských štátoch je ťažké, pretože sú k dispozícii obmedzené informácie. Hoci v jednotlivých krajinách sú rozdiely, dostupné informácie naznačujú, že počty úmrtí súvisiacich s drogami začali zreteľnejšie stúpať v prvej polovici deväťdesiatych rokov. Nasvedčujú

**Obrázok 19:** Trendy priemerného veku obetí akútnej smrti súvisiacej s drogami v niektorých členských štátoch EÚ-15 v období 1990 – 2001/03



Poznámka: Údaj sa týka krajín, ktoré oznámili priemerný vek obetí vo väčšine rokov sledovaného obdobia.

Informácie založené na „národných definíciách“ ako sú uvedené v tabuľke DRD-6 v štatistickej ročenke 2005. V Anglicku a Walese sa používa „definícia stratégie pre drogy“.

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté z registrov celoštátnej evidencie zomrelých alebo z osobitných registrov (súdnicva alebo polície).

<sup>(151)</sup> Pozri obrázok DRD-7 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(152)</sup> Pozri obrázok DRD-8 v štatistickej ročenke 2005.

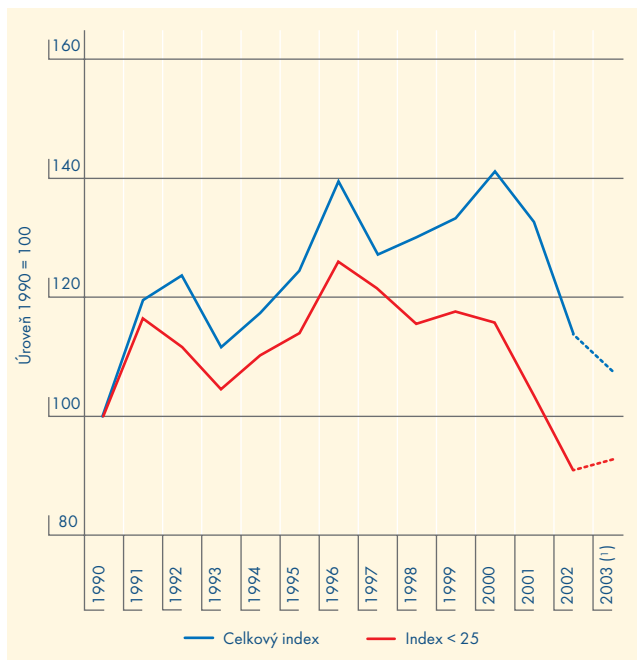
<sup>(153)</sup> V tom nie sú údaje za Belgicko a Írsko v roku 2002 (v roku 2001 bolo v Írsku 88 prípadov).

<sup>(154)</sup> Na základe jednoduchého štatistického Poissonovho modelu. Aj policajné údaje z Nórska svedčia o zreteľnom poklese v roku 2003.

<sup>(155)</sup> Pozri obrázok DRD-9 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(156)</sup> Pozri obrázok DRD-6 v štatistickej ročenke 2005.

**Obrázok 20:** Celkový trend akútnych úmrtí súvisiacich s drogami v členských štátoch EÚ-15 a trend podielu obeť mladších ako 25 rokov, ktoré zomreli v súvislosti s drogami v období 1990 – 2003



(\*) Údaj za rok 2003 je predbežný, pretože iba desať krajín poskytlo údaje za rok 2003. Údaj za rok 2003 zohľadňuje krajiny, ktoré poskytli údaje tak za rok 2002, ako aj 2003.

Poznámka: Index: 1990 = 100. Počty prípadov v jednotlivých krajinách sú za jednotlivé roky uvedené v tabuľke DRD-2 (part i a v) v štatistickej ročenke 2005. Belgicko neposkytlo údaje za roky 1998 – 2001 a Írsko za rok 2002. Na úpravy zohľadňujúce túto situáciu bola použitá výpočtová metóda, definovaná v EMCDDA (2001).

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté zo všeobecných registrov evidencie úmrtnosti alebo osobitných registrov (súdnych alebo policajných), na základe národných definícií uvedených v tabuľke DRD-6 v štatistickej ročenke 2005.

tomu aj zvýšenie podielu obeť do 25 rokov veku, ku ktorému došlo od polovice deväťdesiatych rokov do roku 1999 – 2000 vo väčšine krajín, ktoré informácie poskytli<sup>(157)</sup>. V nových členských štátoch, z ktorých sú údaje k dispozícii, vzrástol počet obeť mladších ako 25 rokov podstatne viac, než celkový počet od roku 1996 dosiaľ (obrázok 21), čo podporuje domnienku o najnovšej epidémii. Od roku 2000 sa počty úmrtí zapríčinených nelegálnymi látkami stabilizovali alebo klesli v Bulharsku, Českej republike<sup>(158)</sup>, Lotyšsku (v roku 2003) a Maďarsku. Celkovo sa zdá, že v ostatných rokoch nastal určitý stupeň stabilizácie, ale toto konštatovanie treba brať opatrne, pretože kvalita a rozsah správ sú stále v mnohých krajinách obmedzené. Pravdepodobné zvýšenie užívania heroínu, ku ktorému došlo v deväťdesiatych rokoch vo viacerých z nových členských štátov by sa mohlo vyrovnávať s pribúdajúcimi opatreniami liečebných služieb v ostatných

rokoch alebo inými faktormi, ale ťažko predpovedať budúci trend (obrázok 21).

Možno uzavrieť, že napriek pozitívnemu vývoju v rokoch 2000 až 2002, súvisiacemu možno s faktormi, ako bol vo viacerých krajinách ústup užívateľov opiátov od injekčného užívania a zlepšenie poskytovania liečby, ako aj možná stabilizácia alebo pokles počtu užívateľov opiátov, sú z dlhodobej perspektívy súčasné čísla vysoké a nasvedčujú, že zlepšenie pravdepodobne nepokračuje.

### Celková úmrtnosť užívateľov opiátov

Úmrtnosť užívateľov opiátov je aj viac ako 20-krát vyššia, ako úmrtnosť všeobecnej populácie v rovnakom veku. Táto zvýšená úmrtnosť je obzvlášť vysoká medzi injekčnými užívateľmi. Napriek nízkej prevalencii závislosti od opiátov má táto okolnosť významný vplyv na úmrtnosť mladých dospelých v Európe (Bargagli a kol. 2004).

Medzi prípady úmrtí mladých užívateľov opiátov patrí nielen predávkovanie, ale aj AIDS a iné infekčné choroby a strata života zapríčinená vonkajšími vplyvmi (úrazmi, násilím, samovraždami atď.). Hlavnou príčinou smrti v kohortách s nízkou prevalenciou infekcií HIV je predávkovanie. V ostatných rokoch, dokonca aj v kohortách s vysokou prevalenciou infekcií HIV podstatne klesol počet úmrtí na AIDS vďaka zvýšenej dostupnosti liečby HAART po roku 1995 (pozri vyššie, celkové údaje v Európe)<sup>(159)</sup>.

S pribúdajúcim vekom užívateľov opiátov sa postupne zvyšuje ich úmrtnosť, pretože k predávkovaniu a vonkajším príčinám smrti, ako sú samovraždy a násilie (holandská národná správa), pribúdajú chronické okolnosti (ako je cirhóza, rakovina, choroby dýchacích ciest, endokarditída, AIDS).

K vysokej úmrtnosti užívateľov drog môžu okrem samotného užívania drog podstatne prispievať životné podmienky a iné faktory (bezdomovstvo, duševná choroba, násilie, podvýživa atď.). Zo štúdií vyplýva, že úmrtnosť psychiatrických pacientov je štyrikrát vyššia ako úmrtnosť všeobecnej populácie (Korkeila 2000) a úmrtnosť bezdomovcov je tiež tri- až štyrikrát vyššia ako všeobecnej populácie (Hwang 2001).

### Zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami

#### Politika protiopatrení

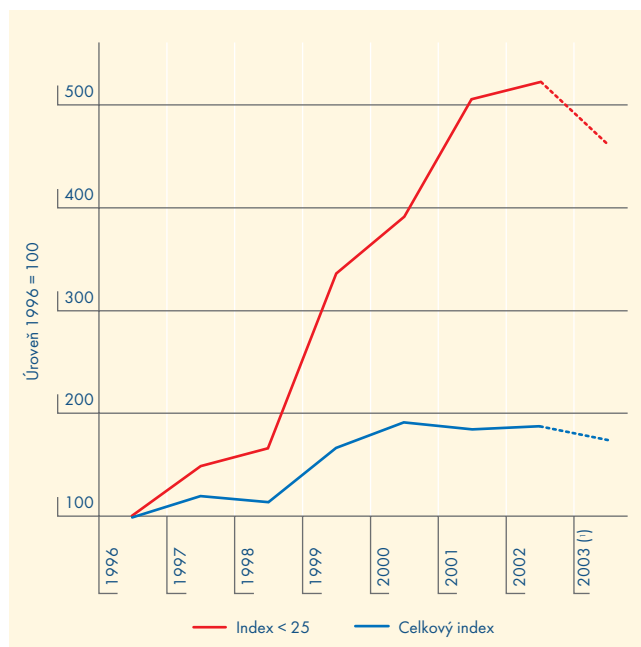
Politický cieľ EÚ v rokoch 2000 – 2004, ktorým je podstatné zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami,

<sup>(157)</sup> Pozri obrázok DRD-9 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(158)</sup> Berúc do úvahy len prípady podľa „Výberu D“ EMCDDA, do ktorého patria nelegálne drogy. Národná definícia zahŕňa mnoho prípadov zapríčinených psychoaktívnymi liekmi (75 %).

<sup>(159)</sup> Úmrtnosť užívateľov drog v EÚ: koordinácia realizácie nových skupinových štúdií, sledovanie a analýza jestvujúcich skupín a vývoj nových metód a výstupov. Správa EMCDDA CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

**Obrázok 21:** Celkový trend akútnych úmrtí súvisiacich s drogami v nových členských štátoch a kandidátskych krajinách a trend podielu obetí mladších ako 25 rokov v období 1996 – 2003



(1) Údaj za rok 2003 je predbežný.

Poznámka: Zahrnuté sú krajiny Česká republika, Estónsko, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Slovinsko a Bulharsko.

Index: 1996 = 100. Počty prípadov v jednotlivých krajinách sú za jednotlivé roky uvedené v tabuľke DRD-2 (part ii) v štatistickej ročenke 2005.

Je dôležité pripomenúť, že index bol vypočítaný s využitím údajov z obmedzeného počtu krajín. Pripomíname tiež, že Česká republika a Estónsko majú podstatný podiel na obetiach mladších ako 25 rokov. Estónsko neposkytlo údaje za roky 1996 a 2003, Maďarsko za rok 2002 a Česká republika za obdobie 1996 – 2000. Podrobnosti o výpočtovej metóde sú v EMCDDA (2001).

Zdroje: Národné správy Reitox (2004), prevzaté zo všeobecných registrov evidencie úmrtnosti alebo z osobitných registrov (súdnych alebo policajných), na základe národných definícií uvedených v tabuľke DRD-6 v štatistickej ročenke 2005.

sa stretol v členských štátoch s významnou úrovňou akceptácie. Osem z členských štátov EÚ-15 (Nemecko, Grécko, Španielsko, Írsko, Luxembursko, Portugalsko, Fínsko a Spojené kráľovstvo) plus štyri nové štáty EÚ (Cyprus, Lotyšsko, Litva a Poľsko) zaradili zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami do svojich dokumentov národnej stratégie<sup>(160)</sup>. Skutočnosť, že viaceré členské štáty stále nemajú spoľahlivé informácie o počtoch úmrtí súvisiacich s drogami, je však dôležitou prekážkou stanovenia primeranej politiky protiopatrení.

Nová protidrogová stratégia EÚ (2005 – 2012) priznáva vysokú prioritu zlepšovaniu prístupu k radu služieb, ktoré môžu znížiť chorobnosť a úmrtnosť spojenú s drogovou závislosťou a počet úmrtí súvisiacich s drogami bol zvolený

za jeden z hlavných indikátorov napredovania k tomuto cieľu v prvom štvorročnom akčnom pláne (2005 – 08)<sup>(161)</sup>.

### Intervencie

Hlavnou intervenciou, pokiaľ ide o dosah na úmrtia súvisiace s drogami, je vhodné poskytovanie liečby, a to najmä substitučnej (SZO 1998; ACMD 2000; Brugal a kol. 2005). Počas osemdesiatich rokov a dokonca ešte viac v deväťdesiatych rokoch minulého storočia sa substitučná liečba v Európe rýchlo rozšírila najmä v členských štátoch EÚ s vysokou prevalenciou injekčného užívania heroínu. V súčasnosti je vyše pol milióna užívateľov heroínu v EÚ – čo je štvrtina až polovica odhadovanej cieľovej skupiny užívateľov heroínu – zapojených do programov substitučnej liečby.

V krajinách, v ktorých je viac ako polovica všetkých problémových užívateľov drog v substitučnej liečbe, je zníženie úrovne injekčného užívania drog a s ním súvisiaceho rizikového správania s následným znížením počtu úmrtí zapríčinených predávkovaním pravdepodobné.

V roku 2003 odporučila Európska rada členským štátom EÚ viacero opatrení na zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami<sup>(162)</sup>. Popri zabezpečení liečby drogovej závislosti medzi ne patrí zlepšovanie výchovy a šírenie informácií o riziku a zvládání predávkovania medzi užívateľmi drog, ich rovesníkmi a rodinami a aktívne stratégie nadväzovania styku s osobami, ktoré nemajú styk so službami, prostredníctvom práce v teréne a ľahko prístupných, atraktívnych protidrogových služieb. Úroveň realizácie odporúčania a jeho účinky dôkladne posúdi Komisia v správe očakávanej v roku 2006.

Demografický profil obetí predávkovania ukazuje, že neliečení starší užívatelia heroínu sú najviac ohrození smrťou z predávkovania drogou. Špecifickým opatrením, ktoré je účinné pri tejto prioritnej skupine, je zriadenie zariadení s dohľadom nad konzumáciou drogy<sup>(163)</sup>. Takéto služby sa v súčasnosti prevádzkujú v 15 nemeckých a 15 holandských mestách ako aj v Madride, Barcelone a Bilbau (v Španielsku) a v Osle (v Nórsku).

### Liečba závislosti od opiátov

Možnosti dostupnej liečby problémového užívania opiátov sa zjednodušene dajú rozdeliť na tri hlavné kategórie: lekársky asistovanú liečbu (MAT), bezdrogovú, tzv. „čistú“ liečbu a abstinenciu liečbu (o ktorej tu nebude reč). Riešenie problémov závislosti a abstinencie je však len

<sup>(160)</sup> Pozri prehľadovú tabuľku: Strategies and selected measures to reduce drug-related deaths [Stratégie a vybrané opatrenia na zníženie počtu úmrtí súvisiacich s drogami] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

<sup>(161)</sup> Pozri EU Drug strategy 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>) [Protidrogová stratégia EÚ 2005 – 2012].

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

<sup>(163)</sup> European report on drug consumption rooms [Európska správa o miestnostiach na konzumáciu drog] (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

**Tabuľka 3: Látky uplatňované v lekárskej asistovanej liečbe v Európe (vrátane klinických skúšok)**

| Krajina            | Metadón | Buprenorfin | Dihydrokodeín | Pomalý morfín | Heroín | Naltrexón / naloxón | Klondín |
|--------------------|---------|-------------|---------------|---------------|--------|---------------------|---------|
| Belgicko           | X       | X           | X             |               |        | X                   | X       |
| Česká republika    | X       | X           |               |               |        |                     |         |
| Dánsko             | X       | X           |               |               |        |                     |         |
| Nemecko            | X       | X           | X             |               | X      | X                   |         |
| Estónsko           | X       | X           |               |               |        |                     |         |
| Grécko             | X       | X           |               |               |        | X                   |         |
| Španielsko         | X       | X           |               |               | X      |                     |         |
| Francúzsko         | X       | X           |               | X             |        |                     |         |
| Írsko              | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Taliansko          | X       | X           |               |               |        | X                   | X       |
| Cyprus             |         |             |               |               |        |                     |         |
| Lotyšsko           | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Litva              | X       | X           |               |               |        | X                   |         |
| Luxembursko        | X       | X           |               | X             |        |                     |         |
| Maďarsko           | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Malta              | X       |             | X             |               |        | X                   | X       |
| Holandsko          | X       | X           |               |               | X      | X                   | X       |
| Rakúsko            | X       | X           | X             | X             |        |                     |         |
| Poľsko             | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Portugalsko        | X       | X           |               |               |        | X                   | X       |
| Slovinsko          | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Fínsko             | X       | X           |               |               |        |                     |         |
| Švédsko            | X       | X           |               |               |        |                     |         |
| Spojené kráľovstvo | X       | X           | X             |               | X      | X                   | X       |
| Bulharsko          | X       |             |               | X             |        |                     |         |
| Rumunsko           | X       |             |               |               |        |                     |         |
| Nórsko             | X       | X           |               |               |        |                     |         |

Poznámky: K dispozícii neboli údaje zo Slovenska ani z Turecka.  
Zdroj: Štandardná tabuľka dostupnosti liečby súvisiacej s drogami.

jednou stránkou úspešnej liečby problémov s opiátmi. Pomoc jednotlivcovi pri jeho návrate do spoločnosti cestou sociálnej integrácie, t. j. nájdenie práce a bezpečného bývania a rozvinutie nevyhnutných sociálnych a iných zručností s cieľom zabrániť recidíve, sú pri dlhodobejšom zabezpečovaní kladného výsledku pravdepodobne rovnako dôležité. V početných štúdiách sa uvádza, že osoby, ktoré majú problémy s opiátovými drogami, často nastupujú na liečenie viackrát a že ciele liečby, najmä abstinencia, sa nemusia bezpodmienečne dosiahnuť

pri prvom liečebnom styku, ale ich možno dosiahnuť opakovanými terapeutickými intervenciami.

### Lekárska asistovaná liečba

K lekárskej asistovanej liečbe (MAT) patrí tak substitučná liečba agonistami (metadónom, buprenorfinom, dihydrokodeínom, heroínom, pomaly uvoľňovaným morfínom), ako aj liečba antagonistami (napríklad naltrexómom), ktoré sa používajú oveľa menej.

Tabuľka 4: Odhad klientov v substitučnej liečbe v Európe v roku 2003

| Krajina            | Klienti v zariadeniach špecializovaných na metadónovú liečbu | Klienti v zariadeniach špecializovaných na buprenorfínovú liečbu | Spolu klienti v špecializovaných zariadeniach na substitučnú liečbu |
|--------------------|--|--|---|
| Belgicko           | 1 922  | 48   | 1 970   |
| Česká republika    | 368  | 204  | 572   |
| Dánsko             | 4 971  | 484  | 5 455   |
| Nemecko            | 65 000   | 9 000  | 74 000  |
| Estónsko           | 60   | 13   | 73  |
| Grécko             | 2 018  | 275  | 2 293   |
| Španielsko         | 88 678   | 36   | 88 714  |
| Francúzsko         | 15 000   | 13 000   | 28 000  |
| Írsko (1)          | 5 561  | 0  | 5 561   |
| Taliansko          | 79 065   | 7 113  | 86 178  |
| Cyprus             | 0  | 0  | 0   |
| Lotyšsko           | 67   | 0  | 67  |
| Litva              | 332  | n.a.   | 332   |
| Luxembursko        | 133  | 10   | 143   |
| Maďarsko           | 750  | 0  | 750   |
| Malta              | 698  | 0  | 698   |
| Holandsko          | 12 000   | n.a.   | 12 000  |
| Rakúsko (2)        | 1 796  | 1 667  | 6 413 (3)   |
| Poľsko             | 865  | 0  | 865   |
| Portugalsko        | 9 765  | 2 743  | 12 508  |
| Slovinsko          | 1 909  | 0  | 1 909   |
| Fínsko             | 170  | 430  | 600   |
| Švédsko            | 800  | 1 300  | 2 100   |
| Spojené kráľovstvo | 128 000  | n.a.   | 128 000   |
| Bulharsko          | 380  | 0  | 380   |
| Rumunsko           | 400  | 0  | 400   |
| Nórsko             | 1 947  | 484  | 2 431   |
| Celkom (4)         | 422 655  | 36 807   | 462 412 (5)   |

(1) Toto je skôr počet prípadov než počet osôb liečených za rok.

(2) V Rakúsku sa okolo 46 % klientov podrobilo inej substitučnej liečbe než metadónovej a buprenorfínovej, a tento počet je prirátaný, aby sa dosiahol správny celkový počet. Pomerný prehľad vychádza z prvoliečby.

(3) Vyšší súhrnný celkový súčet zohľadňuje odhadovaných 2 950 klientov v substitučnej liečbe inými drogami (najmä pomaly sa uvoľňujúcim morfiénom) než metadónom a buprenorfínom v Rakúsku.

(4) n. a. = žiadne informácie nie sú k dispozícii. Vo výpočte celkových súčtov bola za „n. a.“ dosadzovaná 0, a preto sumy predstavujú minimálne hodnoty.

Poznámky: K dispozícii neboli údaje zo Slovenska ani z Turecka.

Zdroj: Štandardná tabuľka dostupnosti liečby súvisiacej s drogami.

Metadón je dostupný takmer vo všetkých členských štátoch (pozri tabuľku 3) a stále je najčastejšie predpisovanou substitučnou liečbou v Európe. V posledných rokoch sa však možnosti liečby rozšírili. Buprenorfín je už dostupný v 18 z 26 krajín, ktoré o tom informovali. Liečba inými agonistami, ako aj liečba antagonistami (naltrexómom, naloxómom alebo

klonidínom), sa v EÚ uplatňuje menej často. V Belgicku sa v súčasnosti pracuje na štúdiu zavedenia kontrolovaného predpisovania heroínu a Rakúsko dostalo znalecký posudok o asistovanej liečbe chronických toxikomanov závislých od opiátov pomocou heroínu, ktorý sa opiera o výsledky existujúcich medzinárodných programov.

Najnovšie čísla ukazujú, že v roku 2003 bolo v substitučnej liečbe v špecializovaných zariadeniach EÚ vyše 450 000 klientov, z ktorých vyše 90 % dostávalo metadón (tabuľka 4). Okrem nich sa klienti zúčastňovali na iných druhoch substitučnej liečby (napr. dihydrokodeínom, pomaly uvoľňovaným morfínom alebo heroínom) a ďalších substitučne liečili v inom prostredí napr. praktickí lekári. Spôľahlivé údaje o týchto aspektoch substitučnej liečby, žiaľ, vo viacerých členských štátoch nie sú v súčasnosti k dispozícii a v dôsledku toho nie je možné určiť súhrnné údaje za EÚ ako celok.

Niektoré krajiny však majú spoľahlivé údaje alebo odhady o počtoch klientov, ktorí sa podrobujú substitučnej liečbe u praktického lekára, a tým doplnili dôležité informácie k celkovým odhadom o klientoch substitučnej liečby v EÚ. Klientov, ktorých v roku 2003 liečili praktickí lekári metadónom, bolo vo Francúzsku 8 500, v Írsku 2 682, v Luxembursku 851 a v Holandsku 930. Okrem toho praktickí lekári v Českej republike liečili 1 200 a vo Francúzsku 70 000 svojich klientov buprenorfínom. Odhaduje sa, že v týchto piatich krajinách sa podrobilo substitučnej liečbe u svojho praktického lekára dovedna 81 743 klientov. Keď máme na zreteli tých vyše 450 000 klientov v substitučnej liečbe v špecializovaných zariadeniach, celkový počet klientov v substitučnej liečbe už s približne 530 000 prekročil polmiliónovú hranicu. A opäť, pretože informácie nie sú úplné, číslo 530 000 predstavuje dolnú odhadovanú hranicu počtu užívateľov drog v substitučnej liečbe.

Úroveň dostupnosti substitučnej liečby sa medzi EÚ-15 a novými členskými štátmi a kandidátskymi krajinami značne líši. Hoci majú vyše 20 % celkového počtu obyvateľov, v nových členských štátoch a kandidátskych krajinách je len 1,3 % klientov v substitučnej liečbe (v tom nie je Turecko, odkiaľ nie sú údaje o substitučnej liečbe k dispozícii). Z nových členských štátov iba dva, Česká republika a Slovinsko, poskytli odhady prevalencie problémového užívania drog a v oboch týchto krajinách je substitučná liečba dostupná len pre menšiu časť problémových užívateľov drog (16 % v ČR a 26 % v Slovinsku), ako je priemer v európskej pätnástke (35 %). Napriek chýbajúcim odhadom prevalencie problémového užívania drog v ostatných nových členských štátoch a kandidátskych krajinách je úroveň substitučnej liečby hlboko pod úrovňou v členských štátoch EÚ-15. Situácia vzbudzuje znepokojenie, keď uvážime vysoké riziko šírenia infekčných chorôb v niektorých krajinách a preventívnu úlohu, ktorú môže zohrávať MAT pri jeho obmedzovaní (pozri napr. UNODC 2002).

V ostatných rokoch sa objavili dva odlišné trendy v MAT. Prvým je pokračovanie trendu zvyšujúcej sa dostupnosti

substitučnej liečby, hoci sa zvyšovanie zdôrazňuje menej. Navyše sa diverzifikujú poskytované látky; napríklad počet krajín, ktoré uviedli používanie buprenorfínu, sa v roku 2003 zvýšil na 14 oproti šiestim v roku 1999/2000.

Tretím trendom, aj keď nie takým výrazným, je rastúca účasť praktických lekárov na poskytovaní MAT. Účasť praktických lekárov v roku 2000/2001 uviedli iba tri z 15 členských štátov (Belgicko, Francúzsko a Spojené kráľovstvo) (Solberg a kol. 2002), ale teraz ich bolo 10 z 15 starých členských štátov EÚ (Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Luxembursko, Holandsko, Rakúsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo) a tri nové členské štáty (Česká republika, Malta a Slovinsko).

### „Čistá“ liečba

„Čistá“, t. j. bezdrogová liečba spočíva v uplatňovaní psychosociálnych a edukačných techník na dosiahnutie dlhodobej drogovej abstinencie. Tradične býva „čistá“ liečba dlhodobá a v domácom prostredí, napr. v terapeutických skupinách. V súčasnosti často prebieha aj v prostrediach spoločenstiev.

Na rozdiel od MAT, pri ktorej v mnohých členských štátoch existujú centralizované celoštátne registre, registre bezdrogovej liečby sú zriedkavé a spoľahlivé, zrozumiteľné kvantitatívne údaje o tomto spôsobe liečby sú vzácnosťou. Aj keď nie je možné robiť presné porovnanie s MAT, správy z členských štátov naznačujú, že MAT je hlavnou formou liečby problémových užívateľov opiátov vo väčšine členských štátov EÚ aj na súhrnnej úrovni EÚ. Niektoré krajiny (Estónsko, Cyprus, Litva, Poľsko a Fínsko) však uviedli, že všeobecne uprednostňujú bezdrogovú liečbu pred MAT. Vo viacerých krajinách, najmä v Grécku, Španielsku a Nórsku sú MAT a bezdrogová liečba zdanlivo na rovnakej úrovni.

### Nový vývoj v zabezpečovaní kvality

Niekoľko krajín (Nemecko, Rakúsko a Portugalsko) vydalo príručky pre zdravotníckych pracovníkov pôsobiacich v liečbe súvisiacej s drogami. Snahy v rámci protidrogovej stratégie vlády Spojeného kráľovstva ukázali, že investovaním do rozpočtu, organizácie, sledovania a pracovníkov možno skrátiť zoznamy čakateľov a viac problémových užívateľov drog môže získať prístup k liečbe a ostať v nej. V Anglicku bolo v rokoch 2003 – 04 o 41 % viac problémových užívateľov drog v styku so službami protidrogovej liečby, než v rokoch 1998 – 1999 a čakacie lehoty sa od roku 2001 skrátili o dve tretiny. V rokoch 2003 – 2004 úspešne dokončilo štruktúrovanú liečbu alebo bolo znovu prijatých na liečenie 72 % klientov oproti 57 % v rokoch 2002 – 2003 (NTA 2004).

Prostredie, v ktorom sa bezdrogová liečba zabezpečuje, je veľmi rozmanité. V jednej skupine štátov (Nemecko, Grécko, Španielsko, Francúzsko, Cyprus, Luxembursko, Holandsko, Poľsko, Slovinsko, Spojené kráľovstvo) sa bezdrogová liečba problémových užívateľov opiátov uskutočňuje prevažne v ambulantnom prostredí, kým menšia skupina krajín uvádza prevažné využívanie lôžkových zariadení (Írsko, Taliansko, Rakúsko) a inde nehovoria o prevahe (Švédsko, Nórsko).

### Resocializácia

Resocializácia sa definuje ako „akýkoľvek sociálny zásah s cieľom integrovať bývalých alebo súčasných problémových užívateľov drog do spoločnosti“. Tri „pilieri“ resocializácie sú (1) bývanie, (2) vzdelávanie a (3) zamestnanie (vrátane odbornej prípravy). Uplatniť možno aj iné opatrenia, napr. poradenstvo a aktivity voľného času.

Resocializácia je menej dobre zavedenou reakciou na problémové užívanie drog než liečba a z tohto dôvodu je aj sledovanie a vykazovanie v tejto oblasti menej systematické. Niektoré krajiny uviedli kvalitatívne posúdenie svojich snáh v oblasti resocializácie, ale žiadna v dostatočnom rozsahu. Všetky krajiny, ktoré poskytli informácie (Estónsko, Írsko, Malta, Holandsko, Rumunsko, Švédsko a Nórsko), konštatujú nedostatky vo svojich resocializačných službách alebo programoch. Výnimkou z pravidla je Grécko, kde je jednak relatívne široká paleta resocializačných programov, jednak spoľahlivé údaje o počte klientov, ktorí sa na nich zúčastnili.

### Informácie o zachytení a trhu <sup>(164)</sup>

#### Výroba, obchod a zachytávanie opiátov

Afganistan sa, najmä po opätovnom rozšírení celkových pestovateľských plôch v roku 2004, stal najväčším dodávateľom nelegálneho ópia na svete.

V roku 2004 sa odhadovala svetová výroba nelegálneho ópia na asi 4 850 ton (4 766 ton v roku 2003), na ktorých sa Afganistan podieľal 87 % a Mjanmarsko 8 %. Svetová výroba ópia ostávala v posledných piatich rokoch stabilná s výnimkou roku 2001, keď zákaz pestovania opiového maku v Afganistane, presadzovaný talibanským režimom, spôsobil dramatický, ale krátkodobý pokles. Do úvahy prichádzajúca svetová výroba heroínu bola odhadnutá na 485 ton v roku 2004 (477 ton v roku 2003) (CND 2005).

Heroín konzumovaný v EÚ sa (stále vo väčšej miere) vyrába väčšinou v Afganistane alebo pozdĺž trás obchodu s ópiom, najmä v Turecku (UNODC 2003a; INCB 2005) a do Európy vstupuje dvoma hlavnými obchodnými cestami. Historicky dôležitá balkánska cesta naďalej hrá pri pašovaní heroínu rozhodujúcu úlohu. Po prechode cez Pakistan, Irán a Turecko sa potom trasa rozdelí na južnú vetvu prechádzajúcu Gréckom, Bývalou juhoslávskou republikou Macedónsko, Albánskom, časťou Talianska, Srbskom, Čiernou Horou a Bosnou a Hercegovinou a na severnú vetvu cez Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko a Rakúsko. INCB (2005) uvádza, že v roku 2003 bola severná vetva balkánskej cesty hlavnou cestou obchodu s heroínom. Od polovice deväťdesiatych rokov minulého storočia sa heroín v čoraz väčšom rozsahu pašuje do Európy po „Hodvábnej ceste“ cez Strednú Áziu, Kaspické more a Ruskú federáciu, Bielorusko alebo Ukrajinu (národné správy Reitox 2004; UNODC 2003; CND 2005; INCB 2005). Hoci tieto trasy sú najdôležitejšie, heroín určený do Európy zachytili v roku 2003 vo viacerých krajinách východnej a západnej Afriky a oboch Amerík (CND 2005; INCB 2005).

Popri dovážanom heroíne sa niektoré opiátové drogy vyrábajú aj v EÚ. Ide hlavne o obmedzenú domácku výrobu výrobkov z maku siateho (napr. makovej slamy, makového koncentráту z rozdrvených stoniek alebo makovic) vo viacerých východoeurópskych členských štátoch EÚ ako sú Estónsko, Lotyšsko a Litva (národné správy Reitox 2004). Zdá sa, že tieto výrobky znovu získali obľubu v roku 2003 najmä v Estónsku.

Pokiaľ ide o množstvá, aj v roku 2003 sa najviac heroínu na svete zachytilo v Ázii (56 %) a Európe (34 %). Podiel Európy sa zvyšuje, najmä heroínom zachyteným v krajinách východnej a juhovýchodnej Európy (CND 2005). V EÚ je od roku 1998 najväčší počet zachytení aj najväčšie množstvá zachyteného heroínu v Spojenom kráľovstve, po ktorom v počte zachytení nasleduje Španielsko a v zachytenom množstve Taliansko <sup>(165)</sup>. V roku 2002 bolo v Spojenom kráľovstve okolo 30 % zachytení heroínu aj 30 % celkového množstva heroínu zachyteného v EÚ.

Množstvá zachyteného heroínu <sup>(166)</sup> v EÚ v ostatných piatich rokoch rástli s ustálením v rokoch 2000 – 2002, zatiaľ čo počty zachytení v tom istom období klesali. Vychádzajúc z trendov v krajinách, z ktorých sú dostupné údaje, sa zdá, že tak počet zachytení, ako aj množstvá zachyteného heroínu v EÚ v roku 2003 klesli <sup>(167)</sup>.

<sup>(164)</sup> Pozri „Interpretácia údajov o zachytení a trhu“, s. 41.

<sup>(165)</sup> Údaje treba preveriť po dodaní chýbajúcich údajov za rok 2003. Údaje o počtoch zachytení heroínu v roku 2003 neboli k dispozícii z Talianska, Cypru, Holandska a Rumunska; údaje o počte zachytení ani o zachytených množstvách heroínu za rok 2003 neboli k dispozícii z Írska a Spojeného kráľovstva.

<sup>(166)</sup> Pozri tabuľku SZR-4 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(167)</sup> Pozri tabuľku SZR-3 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

Zachytenia fentanylu a metylfentanylu – syntetických opiátov s až 100-krát vyššou potenciou ako heroín – uvádzalo v roku 2003 znovu Estónsko, kým Lotyšsko oznámilo prvé zachytenie 3-metylfentanylu v roku 2003 a Rakúsko prvé zachytenie fentanylu v januári 2004. Nízka kvalita heroínu dostupného na miestnom trhu v Estónsku sa od roku 2002 vyrovnáva uvedením týchto dvoch syntetických opiátov pod názvami „biely Číňan“, „biely Peržan“ alebo „syntetický heroín“ na trh (národné správy Reitox 2004).

Hoci EMCDDA systematicky nezhrmažďuje údaje o zachytení benzodiazepínov, ktoré užívatelia heroínu zvyknú užívať ako náhradu, Španielsko, Litva, Švédsko a Nórsko uviedli, že ich (najmä Rohypnol) v roku 2003 zachytili.

#### **Buprenorfín – liečba, zneužívanie a predpisovanie v praxi vo výročnej správe EMCDDA 2005: vybrané otázky**

V uplynulých 10 rokoch bol v Európe, ako alternatíva metadónu na liečbu závislosti od opiátov, stále častejšie k dispozícii buprenorfín. Buprenorfín, pôvodne vyvinutý ako analgetikum, navrhl po prvýkrát na liečbu opiátovej závislosti koncom sedemdesiatych rokov minulého storočia. Správa opisuje zavedenie buprenorfínu na protiopiátovú liečbu v členských štátoch EÚ-15 a jeho rozšírenie v týchto krajinách a v nových členských štátoch.

Porovnáva účinnosť a náklady pri buprenorfíne a metadóne. Opisuje buprenorfínovú liečbu v Európe a uvádza porovnania medzi členskými štátmi, v ktorých sa buprenorfín používa ako hlavná látka na liečenie závislosti od opiátov a členskými štátmi, v ktorých sa lekárske asistovaná liečba (MAT) uskutočňuje hlavne s metadónom. Zo zistení vyplýva, že okolo 20 % klientov v MAT v EÚ dnes dostáva buprenorfín, hoci väčšina z nich je v jednej krajine (vo Francúzsku). Buprenorfín sa vcelku rozšíril do mnohých krajín, ale skutočný počet klientov je stále obmedzený vo väčšine členských štátov.

#### **Cena a čistota heroínu**

V Európe sa heroín vyskytuje v dvoch formách: bežne je dostupný hnedý heroín (jeho základná chemická forma) a menej bežný a drahší biely heroín (vo forme soli), ktorý obyčajne pochádza z juhovýchodnej Ázie. V roku 2003 sa priemerná cena hnedého heroínu na ulici v krajinách EÚ pohybovala od 27 eur za gram v Belgicku do 144 eur za gram vo Švédsku, zatiaľ čo cena bieleho heroínu kolísala od 25 eur za gram (Slovensko) do 216 eur za gram (Švédsko) <sup>(168)</sup>. Tento cenový rozdiel pravdepodobne zodpovedá čistote predávanej drogy.

V roku 2003 sa priemerná čistota hnedého heroínu na ulici v EÚ pohybovala od 6 % v Rakúsku do 40 % na Malte. Údaje o čistote bieleho heroínu uviedlo len niekoľko málo krajín <sup>(169)</sup>; kolísali od priemerne 6 % vo Fínsku do 70 % v Nórsku <sup>(170)</sup>.

Posudzuje buprenorfín z perspektívy možného zneužívania. Prvou predzvesťou je rozšírené zneužívanie buprenorfínu v iba niekoľkých málo krajinách a inde je neobvyklé. Uvádza určitý dôkaz, ktorý sa týka zneužívania buprenorfínu v určitých populáciách alebo vekových skupinách, alebo pokusov zistiť totožnosť určitých skupín zneužívateľov buprenorfínu. Napriek veľmi zriedkavým úmrtiam zapríčineným zneužívaním buprenorfínu, vedecká literatúra a niektoré európske krajiny uvádzajú niekoľko úmrtí. Správa porovnáva oznámenia o úmrtiach súvisiacich so zneužívaním buprenorfínu s oznámeniami o zneužívaní metadónu.

Vybrané otázky dospievajú k záverom o relatívnych prednostiach buprenorfínu a metadónu v liečbe závislosti od opiátov. Buprenorfín sa stotožňuje s možnosťou rozšíriť dostupnosť MAT a prístup k nej.

Táto vybraná otázka je v tlačenej verzii a na internete len v angličtine (<http://issues05.emcdda.eu.int>) in „Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices“, *EMCDDA annual report 2005: selected issues*.

<sup>(168)</sup> Pozri tabuľku PPP-2 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(169)</sup> Pozri tabuľku PPP-6 (časť i) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(170)</sup> Malý počet vzoriek v Nórsku (n = 8).





## Kapitola 7

# Otázky kriminality a väzenských zariadení

### Drogová kriminalita

O kriminalite v súvislosti s drogami sa hovorí, keď ide o trestné činy spáchané pod vplyvom drog; trestné činy spáchané s cieľom financovať užívanie drog; trestné činy, ku ktorým dochádza v súvislosti s fungovaním nezákonného trhu s drogami a keď ide o porušovanie protidrogových právnych predpisov. V EÚ sú dostupné rutinné údaje len o poslednom druhu kriminality – o porušovaní protidrogových právnych predpisov.

„Správy“<sup>(171)</sup> o porušovaní protidrogových právnych predpisov odrážajú rozdiely vo vnútroštátnej legislatíve, v spôsoboch uplatňovania a presadzovania práva a prioritách a prostriedkoch, ktoré orgány trestnej justície uplatňujú v súvislosti s určitými trestnými činmi. Medzi jednotlivými krajinami pritom existujú aj značne odlišné systémy informovania o porušovaní protidrogovej legislatívy, najmä pokiaľ ide o postupy pri vykazovaní a zaznamenávaní, t. j. čo, kedy a ako sa zaznamenáva. Vzhľadom na tieto rozdiely je ťažké porovnávať jednotlivé krajiny EÚ.

V období 1998 až 2003 sa vo väčšine krajín EÚ zvýšil počet „správ“ o porušení protidrogovej legislatívy. K obzvlášť výraznému zvýšeniu (dvojnásobnému a väčšiemu) došlo v Estónsku a Poľsku. Počet „správ“ však v roku 2003 klesol v Belgicku, Španielsku, Taliansku (od roku 2001), v Maďarsku, na Malte a v Slovinsku (od roku 2002)<sup>(172)</sup>.

Vo väčšine členských štátov EÚ naďalej súvisí väčšina porušení protidrogovej legislatívy s užívaním alebo prechovávaním drog na osobnú spotrebu<sup>(173)</sup>, ktoré kolidujú od 39 % všetkých porušení protidrogovej legislatívy v Poľsku do 87 % v Rakúsku a Spojenom kráľovstve. V Českej republike sa 91 % a v Luxembursku 46 % všetkých oznámených porušení protidrogovej legislatívy týka dilerstva drog alebo obchodovania s drogami, zatiaľ

#### Užívanie drog a kriminalita: niekoľko údajov

V prieskume vykonanom v roku 2004 v Českej republike odhadli policajní dôstojníci, ktorí pracovali v regionálnych ústrediach, že približne 40 % obyčajných krádeží a približne 30 % vlámaní bolo spáchaných s cieľom nakúpiť drogy. Z rutinných údajov o zaznamenaných trestných činoch v tej istej krajine vyplýva, že v roku 2003 bolo 0,7 % všetkých trestných činov spáchaných páchatelmi pod vplyvom omamných alebo psychotropných látok (okrem alkoholu) (česká národná správa).

Vo Fínsku v období 2000 až 2003 bol pomer vrážd a znásilnení spáchaných pod vplyvom nezákonných drog oveľa nižší ako podiel tých istých trestných činov spáchaných pod vplyvom alkoholu (6 % oproti 64 % pri vraždách a 2 % oproti 71 % pri znásilnení) (Lehti a Kivivuori; citovaní vo fínskej národnej správe). Hoci sa prítomnosť drog v súvislosti s lúpežnou trestnou činnosťou v ostatnom desaťročí zdanlivo zvýšila, prítomnosť alkoholu je pri lúpežných trestných činoch vždy obvyklejšia (43 % lúpeží pod vplyvom alkoholu oproti 9 % pod vplyvom drog).

Počet „priamo hospodársky podmienených trestných činov“ – trestných činov spáchaných s cieľom nadobudnúť omamné látky alebo substitúty, alebo alternatívne drogy – klesol v roku 2003 v Nemecku na 2 568 prípadov, z ktorých vyše 70 % súviselo s falšovaním lekárskeho predpisov alebo krádežou tlačív lekárskeho predpisov (BKA 2004).

V Lotyšsku rutinné údaje ministerstva vnútra ukázali, že 2,8 % všetkých zistených trestných činov v roku 2003 (3,1 % v roku 2002) bolo spáchaných páchatelmi pod vplyvom omamných látok (lotyšská národná správa).

čo v Taliansku a Španielsku – kde užívanie a prechovávanie drog na osobnú spotrebu nie sú trestnými činmi – súviseli všetky drogové trestné činy s dilerstvom

<sup>(171)</sup> Pojem „správy“ sa v súvislosti s porušovaním protidrogovej legislatívy uvádza v úvodzovkách, pretože popisuje rôzne koncepcie v rôznych krajinách (policajné správy o osobách podozrivých z porušenia drogovej legislatívy, obvinenia z porušenia drogovej legislatívy atď.). Presnú definíciu pre jednotlivé krajiny pozri v metodických poznámkach k definíciám „správ“ o porušení protidrogovej legislatívy v štatistickej ročenke 2005. (Poznámka: Pojem „zatknutie“ sa používal vo výročných správach do roku 2001.)

<sup>(172)</sup> Pozri tabuľku DLO-1 (časť i) v štatistickej ročenke 2005. Údaje o „správach“ o porušení drogovej legislatívy v roku 2003 neboli k dispozícii z Dánska, Nemecka, Írska, Lotyšska, zo Slovenska a Spojeného kráľovstva.

<sup>(173)</sup> Pozri tabuľku DLO-2 v štatistickej ročenke 2005.

alebo obchodovaním. Nakoniec v Portugalsku <sup>(174)</sup> a Nórsku <sup>(175)</sup> súviselo 59 % trestných činov dovedna s užívaním drog a obchodovaním s nimi.

Vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje, sa okrem Portugalska v päťročnom období 1998 – 2003 zvýšil podiel porušení protidrogovej legislatívy súvisiacich s užívaním/prechovávaním drog na celkovom počte drogových trestných činov <sup>(176)</sup>. Hoci zvyšovanie bolo väčšinou pomalé, výraznejšie vzostupné trendy boli zrejmé v Belgicku, Luxembursku a Slovinsku a v Írsku do roku 2001. V Portugalsku začal podiel trestných činov spojených s užívaním drog klesať v roku 2000, rok pred zrušením trestnosti užívania a prechovávanía drog na osobnú spotrebu v júli 2001 <sup>(177)</sup>. V roku 2003 uviedli pokles Česká republika, Luxembursko, Rakúsko a Slovinsko.

Nelegálnou drogou, ktorej sa oznámené porušenia protidrogovej legislatívy najčastejšie týkali, bol vo väčšine členských štátov kanabis <sup>(178)</sup>. V krajinách, kde to tak nebolo, predstavovali trestné činy súvisiace v roku 2003 s kanabisom 39 % (Taliansku) až 87 % (Francúzsko) všetkých porušení protidrogovej legislatívy. Trestné činy súvisiace s „tvrdými drogami“ <sup>(179)</sup> prevládali v Holandsku (58 %), kým väčšina drogových trestných činov v Českej republike súvisela s amfetamínmi (48 %). Relatívny podiel trestných činov súvisiacich s porušením protidrogovej legislatívy, bez ohľadu na to, o ktorú drogu ide, je ovplyvnený mnohými faktormi, vrátane operačných priorít orgánov činných v trestnom konaní a výslovných alebo tichých strategických rozhodnutí o diferencovanom zameraní sa na rôzne typy trestných činov súvisiacich s drogami.

Od roku 1998 podiel drogovej kriminality spojenej s kanabisom <sup>(180)</sup> rastie v Nemecku, Španielsku, vo Francúzsku, v Írsku, Litve, Luxembursku, na Malte a v Portugalsku, nezmenenú úroveň si zachováva v Belgicku, Českej republike, Holandsku, Slovinsku,

vo Švédsku a v Spojenom kráľovstve a klesá v Taliansku a Rakúsku <sup>(181)</sup>.

V tom istom období sa znížil podiel trestných činov súvisiacich s heroínom vo všetkých štátoch EÚ, ktoré poskytli údaje, okrem Rakúska a Spojeného kráľovstva, v ktorých sa zvýšil <sup>(182)</sup>. Naopak, od roku 1998 sa zvýšil podiel trestných činov súvisiacich s kokaínom na celkovom počte trestných činov súvisiacich s drogami vo všetkých krajinách, ktoré poskytli údaje, okrem Nemecka, ktoré oznámilo klesajúce trendy <sup>(183)</sup>.

## Užívatelia drog a väzenie

### Užívatelia drog vo väzení

Rutinné celoštátne informácie o typoch a vzoroch užívania drog medzi väzňami sú zriedkavé a nesystematické. Mnoho dostupných údajov v EÚ pochádza zo štúdií *ad hoc*, ktoré využívajú vzorky rôznej veľkosti a ktorých výsledky (a trendy) je veľmi ťažké extrapolovať.

V porovnaní so všeobecnou populáciou sú vo väzenskej populácii užívatelia drog zastúpení nadpriemerne. Vo väčšine štúdií v EÚ sa uvádza celoživotná prevalencia užívania drog medzi väzňami nad 50 %; vo väzenských populáciách, centrách policajného zadržania a rôznych krajinách však kolíše od 22 % do 86 % <sup>(184)</sup>. V EÚ sa prevalencia pravidelného užívania drog alebo drogovej závislosti v dobe predchádzajúcej uväzneniu pohybuje od 8 % do 73 % <sup>(185)</sup>.

Väčšina užívateľov drog po nástupe do väzenia užívanie drog obmedzí alebo s ním skončí. Mnohí väzni však pokračujú v užívaní drog aj po uväznení a niektorí začínajú užívať (alebo injekčne užívať) drogy až vo väzení. Podľa dostupných štúdií počas pobytu vo väzení uvádza užitie drog 8 % až 60 % väzňov a 10 % až 42 % uvádza ich pravidelné užívanie <sup>(186)</sup>.

<sup>(174)</sup> V Portugalsku ostávajú trestnými činmi súvisiacimi s drogami „dílterstvo a obchodovanie s drogami“, lebo v júli 2001 boli užívanie drog a ich prechovávanie odkriminalizované.

<sup>(175)</sup> V Nórsku sa nerozlišuje „dílterstvo drog/obchod s drogami“ od „užívania drog/dílterstva a obchodu s drogami“. Ostatné porušenia protidrogovej legislatívy preto súvisia len s „užívaním drog“.

<sup>(176)</sup> Pozri tabuľku DLO-4 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(177)</sup> Zákon o odkriminalizovaní užívania a držania drog na osobnú spotrebu bol prijatý v novembri 2000 a účinnosť nadobudol v júli 2001.

<sup>(178)</sup> Pozri tabuľku DLO-3 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(179)</sup> V Holandsku sa ako „tvrdé drogy“ definujú drogy, ktoré spôsobujú nepriateľné riziká verejného zdravia, napr. heroín, kokaín, extáza a LSD.

<sup>(180)</sup> Rozdelenie podľa typov drog a drogových trestných činov v čase poskytli tieto krajiny: Belgicko, Česká republika, Nemecko, Španielsko, Francúzsko, Írsko, Taliansko, Litva, Luxembursko, Malta, Holandsko (len „mäkké drogy“/kanabis a „tvrdé drogy“), Rakúsko, Portugalsko, Slovinsko, Švédsko a Spojené kráľovstvo.

<sup>(181)</sup> Pozri tabuľku DLO-5 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(182)</sup> Pozri tabuľku DLO-6 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(183)</sup> Pozri tabuľku DLO-7 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(184)</sup> Pozri tabuľku DUP-1 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(185)</sup> Pozri tabuľku DUP-5 (príloha) v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(186)</sup> Pozri tabuľku DUP-3 v štatistickej ročenke 2005.

Celoživotná prevalencia injekčného užívania drog medzi väzňami sa všeobecne uvádza v rozmedzí 15 % až 50 %; niektoré štúdie však uvádzajú hodnoty od 1 % do 69 %. Dostupné porovnateľné údaje (Rakúsko 1999, Anglicko a Wales 1997 – 98) svedčia, že mladí páchatelia sú injekčnými užívateľmi s menšou pravdepodobnosťou, než dospelí a že vo väzenskej populácii užívajú injekčne drogy skôr ženy než muži<sup>(187)</sup>. Na základe viacerých štúdií realizovaných v EÚ Bird a Rotily (2002) zistili, že asi tretinu dospelých väzňov mužského pohlavia tvoria injekční užívatelia drog. Z údajov kontaktných miest siete Reitox vyplýva, že 0,2 % až 34 % väzňov<sup>(188)</sup> si vo väzení drogy vstrekuje. Táto skutočnosť otvára otázku prístupu väzenskej populácie k sterilným injekčným pomôckam a spoločným hygienickým postupom a otázku možného šírenia infekčných chorôb.

### Pomoc užívateľom drog vo väzení a ich liečba

Vo všetkých členských štátoch a kandidátskych krajinách sú zavedené systémy na zabezpečovanie dostupnej pomoci užívateľom drog vo väzení, aj keď sa rôzne služby a ich dostupnosť značne líšia. Pozoruhodný je trend rastúceho uznania skutočnosti, že väzni majú rovnaké práva ako ostatné obyvateľstvo, pokiaľ ide o prístup k zdravotníckej starostlivosti vrátane pomoci užívateľom drog a ich liečenia (Regionálny úrad SZO pre Európu 2002; národné správy Írska, Litvy a Fínska). Medzi službami, ktoré by mali byť pre väzňov dostupné, sú stratégie prevencie vrátane bezdrogových programov, detoxifikačnej liečby, liečby metadónom a inými látkami, poradenstva a vzdelávania.

Krajiny však informujú o rozličných problémoch pri poskytovaní vhodnej pomoci. Napríklad, v Estónsku je dostupnosť služieb neistá, v Litve niet žiadnych osobitných služieb pre užívateľov drog; v Poľsku je priveľa čakateľov na liečbu; Švédsko uvádza preplnené väznice a nízke počty väzenských pracovníkov; a v Rumunsku chýba vhodná legislatíva. Hoci na Cypre nemajú žiadny integrovaný podporný program pre uväznených užívateľov drog, vykonali niektoré preventívne opatrenia.

Aktivity v oblasti vzdelávania a odbornej prípravy predstavujú všeobecné preventívne stratégie. Vo väčšine štátov EÚ a kandidátskych krajín sa tieto aktivity realizovali tak medzi užívateľmi drog vo väzeniach, ako aj medzi pracovníkmi väzníc. Medzi krajinami informujúcimi o týchto aktivitách sú Estónsko, Španielsko, Cyprus, Maďarsko, Rumunsko a Slovinsko (národné správy Reitox).

Iným preventívnym prvkom je zriaďovanie bezdrogových „čistých“ oddelení vo väzniciach. Účasť uväznených užívateľov drog v nich je dobrovoľná, všeobecne po

podpísaní písomného vyhlásenia o prijatí určitých podmienok, napr. pravidelného testovania moču. Takéto oddelenia existujú vo všetkých členských štátoch EÚ-15. Bezdrogové oddelenia boli zriadené aj vo väčšine „nových“ členských štátov. Vyhodnotenie bezdrogovej zóny v jednom rakúskom väzení ukázalo, že väzni prepustení z bezdrogovej zóny boli znovu odsúdení podstatne menej často, než väzni prepustení z normálnych oddelení väzenia (35 % oproti 62 %).

Najobvyklejšou liečebnou metódou vo väzeniach je bezdrogová liečba, ktorá existuje vo všetkých členských štátoch (okrem Cypru a Lotyšska), aj keď jej dostupnosť býva rôzna. Vo viacerých krajinách, napr. v Belgicku, Českej republike, Grécku, Luxembursku a Spojenom kráľovstve poskytujú liečebné centrá v spoločenstvách podporu a liečbu, ako aj doliečovaciu starostlivosť.

Vo väčšine krajín nie je dostupnosť substitučnej udržiavacej liečby vo väzení rovnaká ako jej dostupnosť mimo väzenia. Iba v Španielsku je rozšírená udržiavacia liečba s 18 % všetkých uväznených alebo 82 % problémových užívateľov drog vo väzení, ktorí sa na tejto liečbe zúčastňujú. Aj Luxembursko má vysoké pokrytie. Medzi krajiny, ktoré uvádzali významné zvýšenie dostupnosti lekárskej asistovanej liečby hlavne buprenorfinom, patria Francúzsko a Írsko (národné správy Reitox). V Holandsku je lekársky asistovaná liečba dostupná iba pre krátkodobo zadržaných, ktorí užívali pred uväznením metadón, kým v Poľsku zaviedli prvý program metadónovej liečby so 14 klientmi vo vyšetrovacej väzbe.

### Nový vývoj v boji proti šíreniu infekčných chorôb vo väzení

V Estónsku sa v roku 2003 zlepšila situácia v prevencii šírenia HIV. Počet primárnych testov HIV sa zvýšil 2,6-násobne v porovnaní s rokom 2002, hoci počet pozitívnych testov vzrástol iba mierne. Kvantitatívne i kvalitatívne sa zlepšili aj poradenské služby pred testami a po nich. V Rumunsku vyvinuli v spolupráci s niektorými medzinárodnými mimovládnyimi organizáciami (NGO) programy zamerané na prevenciu šírenia HIV/AIDS v nápravných zariadeniach a medzi väzňami.

Španielsko je jedinou krajinou, ktorá systematicky zavádza vo väzeniach programy výmeny injekčných ihliel a striekačiek. V roku 2003 v týchto programoch rozdelili dovedna 18 260 striekačiek. V ostatných členských štátoch ani kandidátskych krajinách sa nepredpokladá zavedenie podobných programov.

<sup>(187)</sup> Pozri tabuľku DUP-2 v štatistickej ročenke 2005.

<sup>(188)</sup> Pozri tabuľku DUP-4 v štatistickej ročenke 2005.

### Alternatívy uväznenia – zameranie na delikventných problémových užívateľov drog v EÚ vo výročnej správe EMCCDA 2005: vybrané otázky

Väzenie je obzvlášť škodlivým prostredím pre problémových užívateľov drog a široká politická zhoda panuje v otázke zásady liečby ako alternatívy k väzeniu. Delikventom užívajúcim drogy možno ponúknuť, ako alternatívu väzenia, rad sankcií, ktorými možno odložiť, zrušiť, nahradiť alebo doplniť rozsudok o odňatí slobody pre tých užívateľov drog, ktorí spáchali trestný čin trestaný podľa vnútroštátneho právneho poriadku obvykle väzením. Vybrané otázky sa zameriavajú na opatrenia, ktoré obsahujú komponent drogovej liečby.

Zmluvy, stratégie a akčné plány Organizácie Spojených národov a Európskej únie od šesťdesiatych rokov minulého storočia viackrát potvrdili a zdôraznili zásadu poskytovania liečby, vzdelávania a resocializácie ako alternatívu odsúdenia a trestu za trestné činy súvisiace s drogami. Bola preložená do vnútroštátnych právnych predpisov členských štátov EÚ a systémy trestného súdnictva a aj systémy zdravotníckych a sociálnych služieb sa jej prispôbili. Mladí užívatelia drog sú obzvlášť zraniteľní po vstupe do brutálneho kruhu drog a zločinu, a preto existuje osobitné odhodlanie vyhnúť sa uväzneniu mladých páchatel'ov.

Zavedenie alternatívnych opatrení k uväzneniu však čelí určitým ťažkostiam zapríčineným rozdielnosťou dotknutých administratívnych systémov a odlišnými východiskovými zásadami. Vyvíja sa úsilie, ktorého cieľom je preklenutie medzier medzi právnymi systémami a systémami

zdravotníckych a sociálnych služieb, t. j. medzi policajnými zložkami, súdnictvom, väzenstvom a službami protidrogovej liečby, prostredníctvom koordinačných štruktúr a iniciatív. Mechanizmy neformálnej spolupráce na lokálnej úrovni sú často predvojom stálejších inštitucionalizovaných foriem.

Prechod k alternatívam väzenia sa v posledných desaťročiach zvýšil v členských štátoch EÚ-15 a v niektorých dokonca v ostatnej dobe stagnoval, kým s legislatívou a zavádzaním alternatív sa začalo neskôr v „nových“ členských štátoch. Liečbu delikventov, ktorí problematcky užívajú drogy, obvykle zabezpečuje systém štandardnej liečby. Vo väčšine krajín sa zvyčajne poskytuje liečba v lôžkovom prostredí, ale existuje aj možnosť zapojenia do ambulantlych programov liečby.

Európske štúdie, ktoré hodnotili liečbu ako alternatívu väzenia, sú zriedkavé a čiastočne nič nepreukazujú. Podľa ostatných výskumov liečby sa však zotrvanie v liečbe ukázalo ako rozhodujúci indikátor úspechu a podiel predčasne opúšťajúcich liečbu je jedným z najväčších problémov alternatív väzby. Preukázané výsledky svedčia, že pre úspešnosť je dôležitá poskytovaná kvalita liečby a nie spôsob, ako sa klient na liečenie dostal. Zdá sa, že liečba ako alternatíva väzenia funguje optimálne, ak sú toxikomani na liečbu motivovaní, ak liečebné zariadenia uplatňujú dobré klinické štandardy a majú dostatok kvalifikovaných pracovníkov.

Táto vybraná otázka je v tlačenej verzii a na internete len v angličtine (<http://issues05.emccda.eu.int>) in „Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU“, *EMCCDA annual report 2005: selected issues*.



## Literatúra

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londýn.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londýn.
- Ashton, M. (2003), The American STAR comes to England, *Drug and Alcohol Findings* 8, s. 21 – 26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločností, Luxemburg ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/tobacco\\_fr\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf)).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bargagli, A. M. a kol. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6. konferencia Europad, Paríž.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. a Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates behavioural risks – results from European prisons, *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. a Aavitsland, P. (2005), Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities, *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors, *Addictive Behaviours* 25, s. 887 – 897.
- Bovenkerk, F. a Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., a kol. (2005), Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain, *Addiction*, v tlači.
- Butler, G. K. L. a Montgomery, A. M. J. (2004), Impulsivity, risk taking and recreational „ecstasy“ (MDMA) use, *Drug and Alcohol Dependence* 76, s. 55 – 62.
- Butters, J. E. (2004), The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, s. 381 – 390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., a kol. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. a Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londýn.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komisia OSN pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Komisia OSN pre omamné látky, Hospodárska a sociálna rada OSN, Viedeň.
- Cuijpers, P., a kol. (2002), The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project, *Addiction* 97, s. 67 – 73.
- Cunningham, J. A. (2001), Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study, *Journal of Studies on Alcohol* 62, s. 228 – 233.
- De Wit, A. a Bos, J. (2004) Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature, v *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon, s. 329 – 343.
- Drug Misuse Research Division (2004), Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002, *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EMCDDA (2001), Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, projekt CT.99.RTX.04, koordinoval the Trimbos Institute, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2003), National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000, CT.00.RTX.23, koordinoval Institut für Therapieforchung, Mníchov, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Výročná správa 2004: stav drogovej problematiky v Európskej únii a v Nórsku*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- EMCDDA (2004b), Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options, *EMCDDA Monographs* 7, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon. (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

- EMCDDA (2004c), *Pozornosť upriamená na drogy 13. Predávkovanie – hlavná príčina zbytočnej smrti mladých ľudí*, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Lisabon.
- Eurobarometer (2004), *Young people and drugs, Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generálne riaditeľstvo pre tlač a komunikáciu, Európska komisia, Brusel.
- EuroHIV (Európske centrum pre epidemiologické monitorovanie AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, No. 70, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločností, Luxemburg, s. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., a kol. (2004), *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*, *BMJ* 328, s. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Viedeň.
- Ghuran, A. a Nolan, J. (2000), *Recreational drug misuse: issues for the cardiologist*, *Heart* 83, s. 627 – 633.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. a Ali, R. (2005), *Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review)*, *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londýn. ([http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs\\_and\\_alcohol/docs/coc\\_strategy\\_evidence.pdf](http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf)).
- Haasen, C. (2003), *Prejav na „Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004“ v EMCDDA, november 2003*.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., a kol. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., a kol. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Švédská rada pre informácie o alkohole a iných drogách (CAN) a Pempidou Group Rady Európy.
- Hwang, S. (2001), *Mental illness and mortality among homeless people*, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, s. 81 – 82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. a Whiteside, H. O. (2003), *Family-based interventions for substance use and misuse prevention*, *Substance Use and Misuse* 38, s. 1759 – 1787.
- Leppin, A. (2004), *Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung Qualität schulischer Suchtprävention am 20.4.2004 in Kärnten* (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. a Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Miláno.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., a kol. (2005), *Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences*, *Epidemiology and Infection* 133, s. 127 – 136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., a kol. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca ([www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. I. a De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. a Paddock, S. M. (2002), *Reassessing the marijuana gateway effect*, *Addiction* 97, s. 1493 – 1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), *New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers*, vyhlásenie pre tlač z 13. júna 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), *54 per cent more drug misusers get treatment in England*, vyhlásenie pre tlač z 30. septembra 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. a Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. and Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbo-instituut, Utrecht.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., a kol. (2004), *Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups*, *European Addiction Research* 10, s. 147 – 155.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. a Baer, J. (2000), *Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education*, *Journal of Drug Education* 30, s. 399 – 421.
- Národné správy Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., a kol. (2003), *Risk factors associated with drug use: the importance of «risk environment»*, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, s. 303 – 329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. a Van Laar, M. (2004), *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies*, 2004, Trimbo-instituut/Národný drogový monitor (NDM), Utrecht.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *2003 National Survey on Drug Use and Health* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G. a Nilson, M. (2002), *An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway*, *International Journal of Drug Policy* 13, s. 477 – 484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. a Fiellin, D. A. (2005), *Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users*, *Addiction* 100, s. 150 – 158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., a kol. (2004), *The motivation, skills and decision-making model of «drug abuse» prevention*, *Substance Use and Misuse* 39, s. 1971 – 2016.



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

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

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

UNODC a marocká vláda (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Viedeň.

SZO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva.

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

SZO (2005), Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users, *Evidence for action technical papers*, konečný návrh, marec 2005, SZO, Ženeva.

Regionálny úrad SZO pre Európu (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Regionálny úrad SZO pre Európu, Ženeva.







Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť

**Výročná správa 2005: stav drogovej problematiky v Európe**

Luxemburg: Úrad pre vydávanie úradných publikácií Európskych spoločenstiev  
2005 – 87 s. – 21 x 29,7 cm  
ISBN 92-9168-243-8



## **PREDAJ A PREDPLATENIE PUBLIKÁCIÍ**

Platené publikácie, ktoré vydáva Úrad pre úradné publikácie, môžete dostať v našich predajných kanceláriách na celom svete.

### ***Ako treba postupovať, aby ste získali niektorú z našich publikácií?***

Zadovážte si zoznam našich predajných kancelárií, vyberte si kanceláriu, ktorá Vám najviac vyhovuje a zašlite na jej adresu objednávku.

### ***Ako si zadovážite zoznam predajných kancelárií?***

- Potrebnú informáciu nájdete na internetových stránkach Úradu pre úradné publikácie <http://publications.eu.int/>
- Zoznam si môžete objednať faxom na čísle (352) 2929-42758 a bude Vám zaslaný v tlačenej verzii.

## 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 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 strediska 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 všeobecnú 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.