ISSN 1830-0758

Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2010

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

CS

Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

VÝROČNÍ ZPRÁVA ZA ROK 2010

STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V EVROPĚ

Právní upozornění

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

Mnoho doplňujících informací o Evropské unii je k dispozici na internetu. Můžete se s nimi seznámit na portálu Europa (http://europa.eu).

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

Bezplatná telefonní linka (*)
00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Katalogové údaje jsou uvedeny na konci této publikace.

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010

ISBN 978-92-9168-427-4

doi:10.2810/31226

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2010

Reprodukce povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

Printed in Luxembourg

Vytištěno na papíře běleném bez použití chloru

Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost

Cais do Sodré, 1249-289 Lisabon, Portugalsko
Tel. +351 211210200 • Fax: +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Obsah

Předmluva 5

Poděkování 7

Úvodní poznámka 9

Komentář: Staré skutečnosti, nové hrozby a ekonomické úspory: současné podmínky evropské protidrogové politiky 13

Kapitola 1: Protidrogové politiky a legislativa

Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU • Národní protidrogové strategie • Veřejné výdaje • Národní legislativa • Výzkum 20

Kapitola 2: Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Prevence • Léčba • Minimalizace škod • Sociální vyloučení a reintegrace • Prosazování protidrogových právních předpisů a trestné činy porušující protidrogové právní předpisy • Zdravotní a sociální řešení ve věznicích 28

Kapitola 3: Konopí

Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Léčba 40

Kapitola 4: Amfetaminy, extáze a halucinogenní látky

Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Prostředí zábavních podniků • Léčba 50

Kapitola 5: Kokain a crack

Nabídka a dostupnost • Prevalence a vzorce užívání • Zdravotní důsledky • Problémové užívání a žádosti o léčbu • Léčba a minimalizace škod 61

Kapitola 6: Užívání opiátů a injekční užívání drog

Nabídka a dostupnost • Problémové užívání opiátů • Injekční užívání drog • Léčba 71

Kapitola 7: Infekční nemoci a úmrtí související s drogami

Infekční nemoci • Prevence infekčních nemocí • Úmrtí a úmrtnost • Snižování počtu úmrtí 80

Kapitola 8: Nové drogy a vznikající trendy

Opatření EU v oblasti nových drog • Fenomén produktů „spice“ • Sledování látek 91

Literatura 97

Předmluva

S hrdostí předkládáme tuto již patnáctou výroční zprávu o stavu drogové problematiky v Evropě. Základem analýzy obsažené ve zprávě jsou údaje shromážděné sítí národních kontaktních míst Reitox, která úzce spolupracují se svými národními odborníky. Zpráva těží z naší spolupráce s Evropskou komisí, Europolem, Evropskou agenturou pro léčivé přípravky a Evropským střediskem pro prevenci a kontrolu nemocí.

Tak jako vždy naleznete i v letošní zprávě komplexní přehled evropské drogové problematiky a opatření přijímaných k jejímu řešení. Naším úkolem je však víc než jen uvádět statistická čísla. Zpráva vychází z potřeby určit a sdílet osvědčené postupy a zajistit podporu důkazy podložených intervencí. Tento zásadní požadavek se týká stejnou měrou opatření zaměřených na nabídku drog i opatření cílených na poptávku. Z této zprávy jasně vyplývá, že nyní lépe chápeme, jaká opatření fungují, a že Evropa dosáhla v některých oblastech velkého pokroku. I přesto jsou stále financovány také přístupy, které postrádají pevný základ daný účinností. Při současných tlacích na veřejné finance existuje zvýšená nutnost zajistit, aby veřejné prostředky byly vynakládány moudře. A zde je naší úlohou poskytovat neutrální a nezaujaté hodnocení důkazní báze pro intervence.

Jakkoli se zpráva zaměřuje na Evropu, opakovaně uznává celosvětovou povahu drogové problematiky. Dočtete se například o narůstajících a závažných problémech s drogami, kterým nyní čelí mnohé ze zemí, s nimiž sousedíme. Nejde jen o katastrofální obtíže v oblasti veřejného zdraví dotčených zemí; tím, že tyto problémy narušují sociální rozvoj a živí korupci a organizovanou trestnou činnost, představují pro Evropskou unii skutečnou hrozbu. Evropa usiluje o vyváženou a na důkazech založenou protidrogovou politiku podpořenou řádným pochopením daného problému. Jsme hrdi na to, že evropský model rozvoje národních protidrogových informačních systémů získává stále větší vliv. A s potěšením informujeme o narůstající úloze centra EMCDDA v evropských iniciativách na pomoc zemím mimo Evropskou unii při rozvoji kapacit v této oblasti.

Odhadovaný jeden milion lidí, kteří nyní podstupují léčbu, je dokladem práce vykonané s cílem zajistit dostupnost péče pro ty, kdo ji potřebují. Současně je i připomínkou rozsahu problému, kterému Evropa nadále čelí. V této oblasti je stále největším sektorem substituční léčba závislosti na opiátech, a právě u ní zřejmě dochází ke změně postojů a objevují se dotazy na dlouhodobé výsledky léčených osob. Tyto otázky jsou důležité, je však také důležité rozpoznat přínosy, které má zvýšené poskytování léčby pro oblast veřejného zdraví a oblast sociální.

Nárůst dostupnosti léčby je pozitivní zjištění, v rámci Evropy však stále existují velké nerovnosti v přístupu k péči. V praxi je někdy léčba nejméně dostupná těm, kdo ji potřebují nejvíce. Tato nerovnost nemá jen zeměpisný rozměr. Letošní zpráva zkoumá význam prostředí věznic pro zacílení na osoby, které mají problémy s drogami. Ačkoli v tomto prostředí bylo dosaženo jistého pokroku, příliš často je cenná příležitost k intervenci u klíčové skupiny uživatelů drog promarněna.

Tuto zprávu vám předkládáme v obtížné době. Současná hospodářská situace staví členské státy před naléhavé problémy a její důsledky pro míru užívání drog a poskytování služeb je třeba obezřetně posoudit. Je příliš brzy předpovídat, jaký dopad bude mít hospodářská krize na užívání drog v Evropě – víme však, že marginalizovaná a sociálně znevýhodněná společenství jsou problémy s drogami postihována nejzávažněji. Služby pro uživatele drog jsou stále více ohrožovány rozpočtovými škrty, které by mohly mít škodlivý vliv nejen na ty, kdo užívají drogy, ale i na komunity, v nichž tito lidé žijí. To však není jediná výzva, před níž Evropa v oblasti drogové problematiky stojí. Změny v nabídce zavedených drog a objevování se nových látek stále náročněji prověřují naše modely kontroly drog. Problémy, které tyto změny přinášejí, jsou složité a vzájemně propojené. Budou vyžadovat koordinovanou a kolektivní odezvu. Pozitivním sdělením této zprávy je to, že Evropa zlepšuje svou schopnost udržovat si o tomto rychle se vyvíjejícím jevu přehled. Je to zásadní předpoklad pro porozumění náročným úkolům, před nimiž nyní stojíme, a pro zajištění toho, aby naše politika držela krok s vývojem situace v oblasti drog.

João Goulão
předseda správní rady EMCDDA

Wolfgang Götz
ředitel EMCDDA

Poděkování

EMCDDA děkuje za pomoc při přípravě této zprávy:

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

Národní kontaktní místa sítě Reitox

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

Kontaktní údaje národních kontaktních míst naleznete na internetových stránkách EMCDDA.

Úvodní poznámka

Tato výroční zpráva vychází z informací, které EMCDDA poskytly členské státy EU, kandidátské země Chorvatsko a Turecko a dále Norsko v podobě národních zpráv. Zde uváděné statistické údaje se vztahují k roku 2008 (nebo k poslednímu roku, za který byly k dispozici). Grafy a tabulky obsažené v této zprávě se mohou týkat podskupiny zemí EU – výběr je proveden na základě zemí, z nichž jsou k dispozici údaje pro příslušné období, nebo ke zdůraznění určitých trendů.

Analýza trendů zahrnuje pouze země, které poskytly dostatečné údaje, jež umožňují popsat změny v daném časovém období. Chybějící hodnoty za rok 2008 v analýze trendů v oblasti údajů o trhu s drogami mohou nahrazovat údaje za rok 2007 a u analýzy jiných trendů mohly být chybějící údaje získány interpolací.

Výchozí informace a řada upozornění, jež je třeba mít na zřeteli při čtení této výroční zprávy, jsou uvedeny níže.

Údaje o nabídce a dostupnosti drog

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

Záchyty jsou často považovány za nepřímý ukazatel nabídky, obchodních tras a dostupnosti drog. Jsou přímějším ukazatelem aktivit prosazování protidrogových právních předpisů (např. priorit, zdrojů, strategií), přičemž také odrážejí jak postupy vykazování, tak zranitelnost obchodníků. Pro pochopení spotřebitelských drogových trhů lze analyzovat také údaje o čistotě nebo potenci a spotřebitelských cenách nezákonných drog. Spotřebitelskými cenami drog oznámenými EMCDDA se rozumí ceny účtované uživatelům. Trendy v oblasti cen jsou očištěny o inflaci na národní úrovni. Zprávy o čistotě nebo potenci z většiny zemí vycházejí ze vzorku všech zachycených drog a oznámené údaje obvykle nelze vztáhnout ke konkrétní úrovni trhu s drogami. U čistoty nebo potence a spotřebitelských cen vycházejí analýzy z hlášených průměrných nebo modálních hodnot, nebo – jestliže tyto hodnoty nejsou k dispozici – ze středních hodnot. Dostupnost údajů o ceně a čistotě může být v některých zemích omezená a jejich spolehlivost a porovnatelnost může být sporná.

Údaje o záchytech, čistotě a spotřebitelských cenách drog v Evropě shromažďuje EMCDDA. Ostatní údaje o nabídce drog pocházejí z informačních systémů a analýz Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a jsou doplňovány o další informace od Europolu. Informace o prekurzorech drog jsou získávány od Evropské komise, která shromažďuje údaje o záchytech těchto látek v EU, a od Mezinárodního úřadu pro kontrolu omamných látek (INCB), který se podílí na mezinárodních iniciativách k prevenci zneužívání prekurzorů používaných při výrobě nelegálních drog.

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

Prevalence užívání drog podle průzkumů v běžné populaci

Užívání drog v běžné nebo školní populaci lze měřit pomocí reprezentativních průzkumů, které poskytují odhady podílu osob, jež uvádějí, že užily konkrétní drogy

Přístup k výroční zprávě a jejím zdrojům dat na internetu

Výroční zpráva je k dispozici ke stažení ve 22 jazycích na internetových stránkách EMCDDA. Elektronická verze obsahuje odkazy na všechny on-line zdroje citované ve výroční zprávě.

Níže uvedené zdroje jsou k dispozici pouze na internetu.

Statistický věstník 2010 uvádí úplný soubor zdrojových tabulek, z nichž vychází statistická analýza ve výroční zprávě. Poskytuje také jiné podrobnosti o použité metodice a asi 100 dalších statistických grafů.

Národní zprávy kontaktních míst zapojených do sítě Reitox podávají podrobný popis a analýzu problému drog v každé zemi.

Přehledy o jednotlivých zemích poskytují souhrnný grafický přehled klíčových aspektů situace v oblasti drog pro každou zemi.

během definovaného časového období. Průzkumy poskytují také užitečné kontextové informace o vzorcích užívání, o sociodemografických charakteristikách uživatelů a vnímání rizik a dostupnosti.

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

Provádění průzkumů je finančně náročné a jen málo evropských zemí shromažďuje informace každý rok, ačkoliv mnohé je sbírají každé dva až čtyři roky. Údaje uváděné v této zprávě vycházejí z nejaktuálnějšího dostupného výzkumu v každé zemi a ve většině případů spadají do období let 2005 až 2008. Údaje o prevalenci ve Spojeném království se týkají Anglie a Walesu, není-li uvedeno jinak, ačkoli k dispozici jsou rovněž samostatné údaje za Skotsko a Severní Irsko.

Ze tří standardních časových rámců používaných pro vykazování dat z průzkumů je nejširší celoživotní prevalence (užití drogy v některém okamžiku života jedince). V tomto parametru se neprojevuje aktuální situace v užívání drog mezi dospělou populací, ale jeho prostřednictvím lze lépe poznat vzorce užívání a incidenci. U dospělých jsou standardní věková rozpětí EMCDDA 15–64 let (všichni dospělí) a 15–34 let (mladí dospělí). K zemím, které používají vyšší nebo nižší věkové hranice, patří: Dánsko (16), Německo (18), Maďarsko (18), Malta (18), Švédsko (16) a Spojené království (16–59). Důraz je kladen na časové rámce užívání v posledním roce a v posledním měsíci (užití v průběhu posledních 12 měsíců nebo posledních 30 dnů před průzkumem) (více informací viz internetové stránky EMCDDA). U školní populace je celoživotní prevalence a prevalence v posledním roce obdobná, protože užívání nelegálních drog před 15. rokem věku je vzácné.

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

Žádosti o léčbu

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

Intervence

Informace o dostupnosti a poskytování různých intervencí v Evropě celkově vycházejí z informovaného posouzení národními odborníky, získaného prostřednictvím strukturovaných dotazníků. K některým ukazatelům jsou však k dispozici také kvantitativní údaje z monitorování.

Trestné činy porušující protidrogové právní předpisy

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

Komentář

Staré skutečnosti, nové hrozby a ekonomické úspory: současné podmínky evropské protidrogové politiky

Je nutné předejít zaplacení vysoké ceny za škrty ve výdajích

V době, kdy Evropa vstupuje do období ekonomických úspor a roste míra nezaměstnanosti mladých lidí, existují obavy z toho, že tento vývoj může být provázen nárůstem problematických forem užívání drog. Krizí postižené a marginalizované komunity byly vždy ohroženy zvýšeným rizikem problémů spojených s drogami a souběžnými škodami vyplývajícími z trestné činnosti a snížené bezpečnosti v prostředí, ve kterém žijí. Evropa nyní čelí dvojímu nebezpečí v tom smyslu, že v době, kdy může narůstat potřeba účinných řešení, by úsporná opatření mohla vést ke škrtům při jejich zajišťování. Za poslední desetiletí bylo při řešení problematiky drog dosaženo sice nerovnoměrných, avšak významných úspěchů. Statisticky hodnoty týkající se léčby dramaticky vzrostly a bylo dosaženo značného pokroku při řešení nejškodlivějších zdravotních důsledků užívání drog, například infekce HIV. Kromě toho studie prokázaly, že intervence mohou být nákladově efektivní a mohou snižovat výdaje na související problémy v oblasti zdraví, trestné činnosti a v sociální oblasti. Existuje riziko, že dnešní hospodářská situace by mohla vyvolat politická rozhodnutí, jež by pro Evropu znamenala dlouhodobé náklady, které by významně převážily veškeré krátkodobé úspory.

Zaostřeno na: metodické pokyny, rámce a zlepšování důkazní báze k posouzení snižování nabídky

Lisabonská smlouva, která vstoupila v platnost dne 1. prosince 2009, klade nový důraz na úlohu Evropské unie při stanovování směrů, ukazatelů a při podpoře výměny osvědčených postupů v oblasti problematiky drog. V době ekonomických úspor je mimořádně důležité zajistit, aby byly výdaje směřovány k intervencím s prokázanou účinností. Evropský přístup k drogám lze charakterizovat jako přístup upřednostňující důkazy před ideologií. Stále však existuje mnoho oblastí, v nichž investice směřují k přístupům, které postrádají prokazatelné důkazy o své účinnosti nebo které byly nedostatečně vyhodnoceny, zatímco přístupy, jejichž hodnota byla prokázána, nejsou vždy prováděny. V oblasti prevence se jedná o přetrvávající problém, který se však neomezuje jen na ni. V mnoha oblastech snižování poptávky existují vzory dobrých programů a panuje stále větší shoda ohledně toho, jaká opatření by mohla být účinná. Úkolem je dosáhnout konsenzu nutného pro kodifikaci těchto znalostí do souboru metodických pokynů a rámců dostatečně normativní povahy pro podporu zlepšování služeb, při současném zachování vnímavosti vůči různým kontextům zjištěným v celé Evropské unii.

V oblasti veřejného zdraví se již dlouho považuje za běžné odůvodňovat dopady intervencí. Potřeba rozšířit tento přístup na činnosti v oblasti snižování nabídky se v politické debatě v Evropské unii stává stále obecnějším tématem. Výdaje na snižování nabídky lze ve státních rozpočtech určit často jen s obtížemi. Studie však naznačují, že tyto výdaje do značné míry a se všeobecnou platností překračují výdaje na opatření v oblasti veřejného zdraví. Nedávné diskuse v Radě dospěly k závěru, že hodnocení činností v oblasti snižování nabídky je ztěžováno nedostatkem standardních ukazatelů a měřítek. Stanovit klíčové ukazatele snižování nabídky je jedním z cílů současného protidrogového akčního plánu EU. V roce 2009 zahájily Evropská komise a centrum EMCDDA společnou iniciativu, která se má tímto problémem zabývat, přičemž určení klíčových ukazatelů nabídky a mechanismu jejich provádění lze očekávat v roce 2011.

Pohledy politiky: výzvy pro model evropské protidrogové politiky

Prakticky všechny členské státy EU přijaly společný přístup založený na národní protidrogové strategii, obvykle podpořené akčním plánem, který má konkrétní cíle a podkladový harmonogram. Tento model politiky je racionální, protože umožňuje pravidelnou kontrolu pokroku a dává příležitost změnit směr politiky, pokud se ukáže jako nedostatečná. Je to rovněž přístup náročný, protože je třeba vyvíjet, sjednávat a přijímat stále nové protidrogové strategie, a to často v době, kdy je stará strategie teprve vyhodnocována. Na tyto obtíže upozorňuje letošní zpráva, v níž poprvé zaznamenáváme pokles počtu zemí s platnou

národní protidrogovou strategii. Důvodem jsou převážně praktické úkoly v oblasti hodnocení a obnovy národních strategických dokumentů, jejichž platnost uplynula v letech 2008 či 2009. Centrum EMCDDA spolupracuje s členskými státy na přípravě nástrojů hodnocení politiky, které by umožnily přezkoumávat vývoj protidrogové politiky průběžně. Problém hodnocení protidrogových politik nemá žádná jednoduchá řešení, byla by však škoda, kdyby důležitý úspěch evropského řešení drogové problematiky narušila selhání procesů a plánování.

Jak uvedla loňská zpráva, spojitost mezi problémy s alkoholem a s drogami je silná. Přesto nelze v členských státech EU nalézt žádný společný přístup z hlediska sjednocování politik v oblasti drog a alkoholu. Některé země si zachovávají samostatné politiky proti drogám a proti alkoholu, jiné je propojují a některé země dosud žádnou protialkoholní strategii nevypracovaly. Existují silné argumenty svědčící o nutnosti hledat mezi politikami proti drogám a alkoholu synergie, přinejmenším z toho důvodu, že tyto politiky budou často zacíleny na stejné populace a stejná prostředí. Náročné úkoly před stávající modely politik klade i růst trhu tzv. „legálních opojení", stejně jako zneužívání farmaceutických produktů, jak je uvedeno níže. Z hlediska veřejného zdraví je tím zdůrazněna potřeba komplexnějšího přístupu, který by zahrnoval nelegální i legální látky a případně i jiné behaviorální závislosti. Úkol je dvojí: posoudit, do jaké míry je tato zastřešující vize opodstatněná a jak by bylo možné tento přístup přetvořit ve vhodný regulační a kontrolní rámec.

Nový vývoj vnitrostátních protidrogových právních předpisů odhaluje společné a rozdílné rysy

Příklad rozdílů mezi členskými státy EU v oblasti provádění politiky i v oblastech, kde převažuje obecná shoda, lze nalézt v oblasti sankcí za trestné činy související s drogami. Ve většině zemí EU právní systémy přihlížejí k druhu a míře „škodlivosti" dané drogy a k tomu, zda daný trestný čin souvisí s účastí na trhu s drogami, nebo s osobní potřebou či držením drogy pro osobní potřebu. Tato rozlišení se mezi zeměmi velice různí. Mohou být také kodifikována zákonem nebo mohou vyplývat z procesů fungujících v rámci systémů trestního soudnictví. Není zcela zřejmé, jaké přínosy jednotlivé přístupy přinášejí nebo co představuje správnou praxi, což vyzdvihuje hodnotu případné srovnávací analýzy v této oblasti. V současné době je třeba srovnání mezi zeměmi provádět obezřetně, protože rozdíly mezi jednotlivými trestnými činy mohou být určovány právní praxí dané země, stejně tak jako povahou trestného činu samotného. Druhou otázkou je rozsah, v jakém je do praxe převáděno rozlišení, které politiky činí mezi těmi, kdo mají zisk z prodeje a přepravy drog, a těmi, kdo drogy užívají. Nejnovější údaje uvádějí mírně sestupný trend trestných činů souvisejících s nabídkou, zatímco počet trestných činů souvisejících s užíváním nadále roste.

Protidrogová léčba: dostupnější než kdy předtím, avšak se zjevnými nerovnostmi

Účinná léčba osob, jejichž problémy jsou spojeny s užíváním látek, je ústředním pilířem evropského řešení problematiky drog. Jedná se o oblast, v níž se nadále zvyšuje kvalita i množství dostupné péče. Centrum EMCDDA odhaduje, že určité formy léčby problémů s drogami se v Evropské unii každoročně dostane více než milionu osob. K rozšiřování léčby došlo především díky růstu specializované ambulantní péče podporované nízkoprahovými a terénními službami. Důležité je, že v některých zemích protidrogové služby kombinují specializovanou péči se zapojením služeb primární zdravotní péče a praktických lékařů. Některé druhy problémů s drogami, zvláště v případech osob vzdorujících léčbě, pravděpodobně nejlépe zvládnou týmy specialistů. Vhodná kombinace specializované a všeobecné péče však může být významným činitelem při zvyšování obecné dostupnosti péče, zejména jsou-li vybudovány cesty pro odesílání osob k léčbě a podpůrná síť.

Ačkoli míra poskytování léčby vzrostla, jsou v přístupu k léčbě v rámci Evropy patrné nerovnosti. Ve většině východoevropských zemí a v některých zemích jižní Evropy je dostupnost léčby poměrně omezená, jak ukazují dlouhé čekací listiny. Míru dostupnosti léčby lze smysluplně hodnotit pouze ve vztahu k relativnímu pokrytí populace, která vyžaduje péči. Rozsah, v němž dostupná péče naplňuje existující potřeby, je stále obtížné s jistotou komentovat, ačkoli v oblasti substituční léčby závislosti na opiátech bylo dosaženo určitého pokroku. Celkově centrum EMCDDA odhaduje, že substituční léčba závislosti na opiátech je v současné době poskytována zhruba 670 000 Evropanů, což představuje asi polovinu odhadovaného počtu problémových uživatelů opiátů. Tento číselný údaj se v jednotlivých zemích značně liší, přičemž vnitrostátní odhady se pohybují od méně než 10 % po více než 50 % problémových uživatelů opiátů zařazených do léčby. Rozdíly v dostupnosti péče dále dokládá zjištění, podle něhož 12 členských států, které přistoupily k Evropské unii od roku 2004, vykazuje jen přibližně 2 % případů poskytování substituční léčby.

Substituční léčba je považována i za opatření k minimalizaci škod. Spolu s výměnou jehel a stříkaček je široce prosazována jako důležitá složka komplexní strategie prevence HIV u injekčních uživatelů drog. Při celkově stabilních či sestupných trendech míry injekčního

užívání a infekce HIV související s drogami vypadá situace v Evropské unii v oblasti přenosu HIV souvisejícího s drogami oproti mnoha částem světa pozitivně. Centrum EMCDDA vydalo v roce 2010 vědeckou monografii o minimalizaci škod, která mapovala obecné zavádění koncepce minimalizace škod, v jejímž rámci jsou nyní substituční léčba i výměna stříkaček akceptovanými složkami evropských protidrogových politik. Monografie také upozornila na nutnost zlepšit důkazní bázi pro ostatní formy intervence k minimalizaci škod a na nedostatek dobře vypracovaných modelů minimalizace škod v oblasti problémů se stimulanty a souběžným užíváním více drog, což jsou vzorce užívání, jejichž význam v Evropě nyní narůstá. Monografie rovněž konstatovala, že opatřením prováděným v Evropě se stále nedaří významným způsobem ovlivnit infekci viru hepatitidy C u injekčních uživatelů a úmrtí z předávkování drogami a že by v této oblasti mohly přístupy zaměřené na minimalizaci škod sehrát důležitou úlohu.

Příprava modelů péče a řešení vyvíjející se evropské drogové problematiky

Současné vzorce užívání drog vyžadují, aby služby vyvinuly komplexnější a diferencovanější řešení odvozená od potřeb, s lepší vazbou na zdroje všeobecné zdravotní a sociální péče. Pokud jde o substituční léčbu, lze tento vývoj pozorovat u stárnoucích a více chronicky nemocných uživatelů vyžadujících péči, což je otázka, které se věnuje vybrané téma doprovázející tuto zprávu. Roste i potřeba léčby a jiných řešení v oblasti problémů souvisejících s jinými drogami než s opiáty, přičemž do kontaktu se službami se dostávají větší počty uživatelů konopí a stimulantů. Další náročný úkol představují složité vzorce souběžného užívání více drog, které obvykle zahrnují problémy související s alkoholem. Modely péče v těchto oblastech se zlepšují, přestože stále existuje značný prostor ke zlepšení v oblasti přípravy a výměny osvědčených postupů. Ačkoli možnosti čistě farmakologické léčby uživatelů stimulantů se stále jeví jako nepravděpodobné, zvýšený zájem výzkumu o tuto oblast přinesl povzbudivá zjištění včetně lepšího pochopení přínosu psychosociálních přístupů.

Konopí: důležité regionální rozdíly

Konopí zůstává v Evropě nejoblíbenější nezákonnou drogou, avšak s velkými rozdíly v prevalenci užívání, které lze mezi jednotlivými zeměmi pozorovat, což dokládá i skutečnost, že nejvyšší hlášené odhady více než 30krát překračují odhady nejnižší. Celkově vykazují trendy konzumace stabilní nebo sestupné míry užívání. V rámci tohoto dlouhodobého obrazu však lze rozlišit odchylné vzorce. Za zvláštní zmínku stojí některé země východní Evropy, kde se míry konzumace zřejmě stále zvyšují a v některých případech nyní konkurují mírám prevalence zaznamenávaným v západní Evropě nebo je překračují.

Důsledky užívání konopí pro veřejné zdraví jsou chápány stále lépe, hlavně se zaměřením na uživatele uvádějící vzorce denního a chronického užívání. Nedávné přehledy zkoumající nepříznivé zdravotní důsledky drogy uvádějí řadu účinků včetně úzkosti, panické reakce a psychotických symptomů. V několika málo zemích, které je monitorují, jsou tyto účinky důvodem podstatného počtu urgentních příjmů v nemocnicích v souvislosti s drogami.

Podle posledních údajů klesá ve většině zemí celkový počet nových klientů nastupujících léčbu a užívajících konopí jako hlavní drogu. Faktory, které tuto změnu vyvolaly, nejsou známy, zasluhují si však bližší prozkoumání, neboť tento stav by mohl naznačovat buď sníženou kapacitu služeb přijímat nové klienty, nebo pokles počtu osob doporučovaných k léčbě v souvislosti s konopím.

Značná popularita konopí v Evropě se odráží i v ročních záchytech této drogy ve výši zhruba 1 000 tun. Celkově údaje naznačují, že dostupnost konopí v jeho jednotlivých formách se na evropském trhu zřejmě spíše zvyšuje, než snižuje. I přes náznaky skutečnosti, že podomácku pěstované rostlinné konopí se rozšířilo, zůstalo množství rostlinného konopí zachycené v Evropské unii stejné, zatímco záchyty pryskyřice se zvýšily. Z hlediska objemu je rozdíl v záchytech konopné pryskyřice a rostlinného konopí v řádu deseti ku jedné. Jakýkoli závěr ohledně dostupnosti jednotlivých typů konopí v Evropě je třeba vyvozovat velmi obezřetně, protože rostlinné konopí je produkováno blíže svému trhu určení, a proto je jeho zadržení méně pravděpodobné. Rovněž se množí zprávy o zapojení aktérů organizované trestné činnosti do pěstování konopí podomácku, což vyžaduje novou aktivitu ze strany vnitrostátních i evropských orgánů pro prosazování práva.

Pochopení složitého evropského trhu stimulačních drog

Kokain zůstává v Evropě druhou nejběžněji užívanou nezákonnou drogou, i když míry prevalence a trendy se mezi zeměmi značně liší. Vysoké a stále vzrůstající míry užívání kokainu jsou pozorovány pouze v malém počtu většinou západoevropských zemí, zatímco jinde zůstává užívání této drogy omezené. To, zda bude tento stav přetrvávat, nebo zda se užívání kokainu rozšíří do dalších částí Evropy, zejména do Evropy východní, zůstává otevřenou otázkou. Obavy vyvolaly některé důkazy o tom, že je tato droga zmíněným regionem pašována ve stále

Orientační přehled – odhady užívání drog v Evropě

Odhady uvedené dále se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů (průzkumy byly provedeny v letech 2004 až 2008). Úplné soubory údajů a informace o metodice naleznete v průvodním statistickém věstníku.

Konopí

Celoživotní prevalence: nejméně 75,5 milionu (22,5 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: zhruba 23 milionů evropských dospělých (6,8 %), respektive jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití v posledním měsíci: zhruba 12,5 milionu Evropanů (3,7 %)

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,4 až 15,2 %

Kokain

Celoživotní prevalence: zhruba 14 milionů (4,1 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: 4 miliony evropských dospělých (1,3 %), respektive jedna třetina celoživotních uživatelů

Užití v posledním měsíci: zhruba 2 miliony (0,5 %)

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

Extáze

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

Užití v posledním roce: zhruba 2,5 milionu evropských dospělých (0,8 %), respektive jedna čtvrtina celoživotních uživatelů

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,1 až 3,7 %

Amfetaminy

Celoživotní prevalence: zhruba 12 milionů (3,7 % evropských dospělých)

Užití v posledním roce: zhruba 2 miliony evropských dospělých (0,6 %), respektive jedna šestina celoživotních uživatelů

Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,0 až 1,7 %

Opiáty

Problémoví uživatelé opiátů: dle odhadu 1,2 až 1,5 milionu Evropanů

Úmrtí vyvolaná drogami činila 4 % všech úmrtí Evropanů ve věku 15–39 let, u asi tří čtvrtin z nich byly zjištěny opiáty.

Hlavní droga u více než 50 % všech žádostí o léčbu drogové závislosti.

Zhruba 670 000 uživatelů opiátů podstoupilo v roce 2008 substituční léčbu.

větším množství, stejně jako sporadická hlášení o užívání kokainu v některých prostředích.

V souvislosti s pašováním kokainu nejsou nové trasy procházející východní Evropou jediným důvodem obav. Droga se nadále do Evropy dostává hlavně přes Iberský poloostrov a přímořské země severu kontinentální Evropy. Poměrně novým jevem jsou však zásahy proti zařízením pro sekundární extrakci, která zpětně získávají hydrochlorid kokainu nebo kokainovou bázi z transportních materiálů, jako je včelí vosk, hnojivo, oblečení, byliny, plasty a tekutiny. Španělsko v roce 2008 nahlásilo Europolu třicet takových zařízení. Tento vývoj naznačuje vysokou míru inovací a technologické vyspělosti subjektů dovážejících kokain do Evropské unie. Kokain může být kvůli své vysoké hodnotě také naředěn nebo smísen s jinými látkami. Užívání levamisolu (l-tetramisolu) jako příměsi kokainu je ve Spojených státech a v Evropě hlášeno ve stále větší míře, což vedlo k tomu, že evropský systém včasného varování vydal v roce 2009 výstrahu. Tato droga může pro uživatele kokainu představovat další zdravotní rizika.

Ačkoli ve službách protidrogové léčby v Evropě stále převládají klienti, jejichž problémy souvisejí s opiáty, představují uživatelé kokainu nyní asi čtvrtinu nových osob nastupujících léčbu. Většina z nich je hlášena z malé skupiny zemí, hlavně Španělska, Itálie a Spojeného království, a zahrnuje dvě odlišné skupiny: sociálně integrované muže, kteří drogu šňupají, a marginalizované uživatele drog, kteří kokain užívají injekčně nebo užívají crack spolu s jinými látkami. Další obavy vzbuzuje zvyšující se úmrtnost spojovaná s užíváním kokainu. Ročně je nyní hlášeno zhruba 1 000 úmrtí souvisejících s kokainem, přičemž k významnému nárůstu došlo ve Španělsku a ve Spojeném království, tedy dvou zemích, kde je užívání této drogy již zavedeno dlouhodobě a ve vysoké míře. Ačkoli je obvykle zjišťována i přítomnost jiných drog, je tento nárůst znepokojivý, zvláště vzhledem k přetrvávajícím obavám týkajícím se nedostatečného vykazování podílu kokainu na úmrtích uživatelů, kteří již dříve měli kardiovaskulární problémy.

Užívání amfetaminů je v Evropě nadále nižší než užívání kokainu, v mnoha zemích však amfetamin či metamfetamin zůstávají nejběžněji užívanou stimulační drogou. Problémové užívání amfetaminu hlásí zejména země ze severu Evropy, zatímco problémové užívání metamfetaminu je nadále do velké míry omezeno na Českou republiku a Slovensko. Tato situace se však pravděpodobně pomalu mění, neboť výroba metamfetaminu je nyní hlášena v Litvě a Polsku s tím, že produkce je určena hlavně pro skandinávské trhy. Zde může být droga prodávána jako náhražka amfetaminu. Problémové užívání amfetaminu

a metamfetaminu je předmětem vybraného tématu doprovázejícího tuto výroční zprávu.

Opiáty a injekční užívání drog

Užívání heroinu, zejména injekční užívání této drogy, má stále největší podíl na nemocnosti a úmrtnosti související s užíváním drog v Evropské unii. Konzervativní odhad počtu problémových uživatelů opiátů v Evropě činí 1,35 milionu, přičemž opiáty jako svou primární drogu stále uvádí většina osob nastupujících léčbu. Údaje z celé řady zdrojů poukazují na obecně stabilní až rostoucí problém opiátů v Evropské unii od let 2003/04. Záchyty heroinu vzrostly co do počtu, nikoli však co do množství, ačkoli tento jev je třeba posuzovat v kontextu narůstajících záchytů drogy v Turecku. Údaje o trendech odvozených z odhadů prevalence se jeví stabilní. V posledních dvou letech v několika zemích pomalu narůstá počet nových žádostí o léčbu a zvyšuje se počet úmrtí vyvolaných drogami, stejně jako počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. Do určité míry může být tato skutečnost odrazem dlouhodobé povahy problémů s opiáty, kdy si po vzniku závislosti uživatelé tuto závislost obvykle udrží po dlouhou dobu. V důsledku toho i poměrně malý počet nových uživatelů stačí k udržení celkové populace. Počet injekčních uživatelů drog v Evropě se odhaduje na 750 000 až 1 milion, přičemž mezi jednotlivými zeměmi existují velké rozdíly v prevalenci. Problémy týkající se kvality údajů vedou k tomu, že k tomuto odhadu je třeba přistupovat značně obezřetně. Trendy v injekčním užívání se měří mimořádně obtížně, údaje ze sledování léčby však naznačují, že střednědobý trend je sestupný a že mezi novými uživateli opiátů, kteří kontaktují léčebné služby v Evropě, jsou nyní injekční uživatelé v menšině.

Injekční užívání však zůstává nejčastějším způsobem podávání drogy u uživatelů opiátů v mnoha východoevropských zemích. To ještě zesiluje značné obavy týkající se důsledků užívání drog v oblasti veřejného zdraví v některých ze zemí sousedících s Evropskou unií. Na východní hranici Evropské unie vykazují zřejmě jak Rusko, tak Ukrajina míry problémového užívání opiátů dvakrát až čtyřikrát vyšší, než činí průměr EU. Problémy spojené s užíváním opiátů v tomto regionu zahrnují vysoké míry výskytu infekce HIV a úmrtí vyvolaných drogami.

Předávkování představuje v Evropě největší příčinu ztrát na životech spojených s užíváním nezákonných drog, kterým bylo možné předejít, a toxikologická analýza ukazuje přítomnost heroinu u většiny drogami vyvolaných úmrtí. To opět zdůrazňuje význam opiátů pro pochopení dopadu užívání drog na oblast veřejného zdraví v Evropě. Od roku 2003 ve většině evropských zemí vzrůstá počet úmrtí vyvolaných drogami stejně jako věk zemřelých, což naznačuje, že populace chronických uživatelů stárne. Předběžné údaje naznačují mírný nárůst hlášených úmrtí vyvolaných drogami v roce 2008: odhady v členských státech EU a Norsku v roce 2008 činí 7 371 případů oproti 7 021 případům v roce 2007. Tyto odhady jsou spíše konzervativní. Lze také odhadnout, že na každé smrtelné předávkování připadá 20 až 25 případů nefatálního předávkování neboli zhruba 150 000 případů v Evropské unii ročně. Kromě toho nyní panuje shoda v tom, že nefatální předávkování mohou vést ke značnému poškození zdraví a předznamenávat zvýšená rizika budoucích předávkování. Z hlediska veřejného zdraví je jedním z nejdůležitějších úkolů protidrogových služeb v Evropě vypracovat účinná opatření pro snížení počtu fatálních i nefatálních předávkování. V současné době tento úkol není naplňován.

„Legální opojení“: trvající výzva v oblasti monitorování drog a reakce na ně

Pokusy o identifikaci nových psychoaktivních látek a o vhodnou reakci na tyto látky se usilovně snaží držet krok s propracovaným, inovačním a rychle se vyvíjejícím trhem, který aktivně vyhledává nové produkty a marketingové strategie. Rok 2009, kdy bylo v Evropě poprvé zjištěno 24 nových syntetických drog, byl pro evropský systém včasného varování rokem rekordním. Tento trend pokračoval s nezmenšenou silou i v roce 2010, kdy bylo do poloviny července zjištěno 15 nových látek včetně syntetických katinonů, syntetických kanabinoidů i nových syntetických derivátů podobných kokainu a amfetaminu.

V červenci 2010 provedl vědecký výbor centra EMCDDA formální hodnocení rizik syntetického katinonu mefedron. Toto hodnocení bylo vyvoláno rostoucími obavami z toho, že tato droga je uváděna na trh jako legální alternativa stimulantů, jako jsou kokain a extáze. Hodnocení rizik bylo provedeno v rámci evropského zrychleného mechanismu kontroly nových psychoaktivních látek. Rychlost vývoje v této oblasti je však taková, že došlo nejen k tomu, že některé členské státy již zavedly právní předpisy zakazující mefedron, ale i k tomu, že některé internetové stránky prodávající mefedron již byly vyřazeny z provozu, někdy proto, aby byly rychle nahrazeny stránkami nabízejícími náhradní látky.

Je nutné zachovat bdělost a schopnost rychlé reakce na nový vývoj, například na nové chemické skupiny psychoaktivních látek zjištěných v produktech „legálního opojení“. To dokládají příklady aminoindanů (metylendioxyaminoindan, MDAI) a syntetických derivátů

kokainu (jako je fluorotropakokain). Ačkoli byly tyto látky po přijetí opatření proti mefedronu v roce 2010 stále vzácné, začaly být zjišťovány častěji a systém včasného varování obdržel první hlášení o uživatelích, kteří pocítili obtíže způsobené těmito látkami. Centrum EMCDDA pravidelně monitoruje dostupnost a možné zdravotní dopady těchto látek.

Příklad mefedronu ukazuje, jak se mohou členské státy EU dostat pod značný tlak sdělovacích prostředků a veřejnosti vyžadující rychlou reakci na potenciální novou hrozbu. Centrum EMCDDA se v úzké spolupráci s Europolem a Evropskou agenturou pro léčivé přípravky snažilo včas poskytovat spolehlivé a uvážené informace. V této rychle se vyvíjející oblasti vzrůstá potřeba zlepšit kapacity Evropy pro aktivní sledování vývoje a zejména pro testování a určování chemických složek dostupných produktových směsí a posuzování jejich možného dopadu na veřejné zdraví. Zde je problémem nedostatek standardního referenčního materiálu. Z hlediska strategií kontroly svědčí způsob výroby a uvádění těchto produktů na trh důrazně o tom, že účinná opatření budou vyžadovat zásah na evropské úrovni, který by podpořil vnitrostátní iniciativy.

Organizovaná trestná činnost rozpoznává potenciál nových syntetických látek

Stanovování právních předpisů pro tyto nové látky komplikuje řada faktorů. Některé členské státy zavedly generické právní předpisy, které upravují látky z téže chemické skupiny. Toto legislativní řešení je k dispozici pouze v některých zemích a jeho zavádění do praxe může být obtížné. Další problémy vyplývají z toho, že některé tyto látky mohou být legitimně používány mimo oblast lékařství, mohou být prodávány za údajně legitimním účelem nebo užívány pro účely výzkumu a vývoje ve farmaceutickém průmyslu. Proto nemusí ani dobře připravená kontrolní opatření vyřešit všechny problémy v této oblasti a existuje nebezpečí, že mohou ještě zesílit podněty k nežádoucímu přechodu od převážně on-line uskutečňovaného trhu „legálních opojení" k trhu za účasti organizované trestné činnosti. Všechny drogy ze skupiny katinonů, jako je mefedron, metylon a MDPV, se objevily na nelegálním trhu, kde se prodávají jako náhražky kokainu, extáze a amfetaminu nebo jako tyto drogy samotné. Europol zaznamenal zásahy proti řadě velkých nezákonných zařízení na výrobu extáze, kde bylo zjištěno tabletování mefedronu, a více než 20 evropských zemí oznámilo, že tuto drogu objevily v záchytech. Je obtížné předpovědět rozsah, v němž se nové syntetické drogy stanou zásadní součástí budoucího nelegálního trhu s drogami v Evropě. Organizace páchající trestnou činnost však pravděpodobně rychle rozpoznají potenciál látek, které lze levně koupit ve velkých množstvích, lze je v budoucnosti poměrně snadno syntetizovat a jsou atraktivní alternativou kontrolovaných drog.

„Design" drogy, která má nahradit kontrolovanou látku, není novým pojmem. V minulosti však byly tzv. designérské drogy vyráběny nezákonně a uváděny přímo na nelegální trh. Důležitým rozdílem je dnes to, že pozorujeme novou interakci mezi nelegálními a nikoli nelegálními trhy, jejímž prostřednictvím jsou chemické látky legálně dodávány, následně jsou však prodávány jako náhražky nelegálních psychoaktivních látek.

Budoucí vývoj: léčivé přípravky, padělaná léčiva a nové designerské léky

Problémy Spojených států amerických jsou dlouhodobé a vývoj na tomto trhu má někdy důsledky pro Evropu. V současné době je zásadní otázkou protidrogové politiky Spojených států amerických zneužívání léků na lékařský předpis, zvláště opiátů, jako je OxyContin. V Evropě není kromě léčiv substituujících opiáty zneužívání léků na předpis dosud považováno za větší problém. Je tomu tak částečně díky regulačnímu rámci a postupům předepisování léčiv, které se od postupů používaných ve Spojených státech amerických liší. Potenciál pro zneužití je posuzován i v rámci evropského systému farmakovigilance, za jehož činnost odpovídá Evropská agentura pro léčivé přípravky, a to v otázkách zneužívání léčiv ve spolupráci s centrem EMCDDA. Narůstajícím problémem je šíření padělaných léčivých přípravků, vyráběných a prodávaných namísto legitimních produktů. V roce 2009 obdržel systém včasného varování hlášení o látkách, jejichž základem bylo mírné pozměnění chemické struktury léčivých přípravků se známým potenciálem pro zneužití. Nárůst nových designérských léčivých přípravků by byl nevítaným doplněním úkolu, kterým je zajistit, aby nebyly léčivé přípravky na předpis využívány k jiným účelům a zneužívány. Je to i další příklad toho, jak inovace na nelegálním trhu vyžadují důraznou a společnou reakci regulačního rámce ve farmaceutické oblasti i v oblasti kontroly drog. Tento problém představuje spíše potenciální hrozbu než bezprostřední problém, avšak vzhledem k rychlosti, s jakou v této oblasti dochází k novému vývoji, je důležité předvídat budoucí úkoly. Náznaky toho, že v budoucnosti budeme zjišťovat stále větší počty nových drog odvozených z existujících farmaceutických produktů, ale určených k jiným než léčebným účelům, by byly mimořádně znepokojivé.

Kapitola 1

Protidrogové politiky a legislativa

Úvod

Monitorování a hodnocení protidrogových strategií a akčních plánů je důležitým tématem jak na národní, tak i na mezinárodní úrovni. Nedávný vývoj na tomto poli, o kterém pojednává tato kapitola, zahrnuje nový systém monitorování, který buduje Organizace spojených národů, a první výsledky provádění nového protidrogového akčního plánu EU. Jsou zde popsány také některé úspěchy a potíže související s náročným hodnocením protidrogové politiky a s aktualizačními cykly, které většina členských států EU přijala.

Kapitola rovněž podává přehled o různých právních přístupech používaných v Evropě při rozlišování mezi drogami. Patří k nim uplatňování široké škály právních předpisů, systémy klasifikace drog, pravomoci státních zástupců nebo soudců. Další formou rozlišení jsou prahová množství, která diferencují mezi vlastní potřebou a obchodováním s drogami. Tato kapitola se rovněž zabývá novými daty o veřejných výdajích souvisejících s drogami, jejich trendy a posledním vývojem ve výzkumu souvisejícím s drogami v Evropě.

Vývoj protidrogové politiky na mezinárodním poli a v EU

Sledování nového politického prohlášení a plánu činnosti OSN

Na zasedání Komise OSN pro omamné látky (CND) v roce 2009 přijaly členské státy OSN novou politickou deklaraci a akční plán k řešení celosvětového drogového problému (EMCDDA, 2009a). Přijaly také rezoluci (52/12) ke zlepšení sběru, vykazování a analýzy údajů, aby bylo možné sledovat provádění těchto nových dokumentů protidrogové politiky.

Vzhledem k potížím, které provázely konečnou revizi politické deklarace a akčních plánů předcházejícího desetiletí, vyzvala rezoluce k vývoji nástrojů pro sběr údajů a mechanismů k zajištění spolehlivých a porovnatelných dat. Na předním místě v seznamu uvažovaných aspektů byla potřeba podpořit lepší vykazování členskými státy OSN a cíl zamezit zbytečným duplikacím s existujícími mezinárodními monitorovacími systémy, včetně systémů jiných agentur OSN nebo regionálních orgánů, jako je například EMCDDA.

Nový nástroj OSN pro sběr údajů sloučí každoroční dotazník *Annual Reporting Questionnaire* (ARQ), monitorovací nástroj související s úmluvami OSN o kontrole drog, s novým souborem otázek týkajících se nově přijaté politické deklarace a akčního plánu. Nový dotazník by měl být přijat na zasedání Komise OSN pro omamné látky (CND) v roce 2011, přičemž první kolo sběru dat by mělo proběhnout krátce nato.

Řešení drogové problematiky podle Lisabonské smlouvy

Lisabonská smlouva, která vstoupila v platnost dne 1. prosince 2009, má poskytnout Evropské unii zjednodušené metody fungování a pravidla hlasování a také zeštíhlené a moderní instituce ([1]). Zlepšuje také schopnost Evropské unie jednat v několika oblastech protidrogové politiky.

Obchodováním s nelegálními drogami se zabývá oblast svobody, bezpečnosti a práva (článek 83), která upravuje stanovení minimálních pravidel týkajících se vymezení trestných činů a sankcí. Smlouva umožňuje zřízení úřadu evropského veřejného žalobce s možností rozšířit jeho působnost na závažné trestné činy s přeshraničním rozměrem (článek 86). To by mohlo v konečném důsledku vést k tomu, že určité trestné činy obchodování s drogami budou stíhány na úrovni EU.

Lisabonská smlouva se rovněž zabývá veřejným zdravím a stejně jako v minulosti opravňuje Evropskou unii, aby doplňovala opatření členských států s cílem dosáhnout snížení „škodlivých účinků drog na zdraví, včetně informačních a prevenčních opatření". V rámci nového článku o veřejném zdraví může Evropská komise v úzkém spojení s členskými státy vyvinout iniciativu s cílem stanovit směry a ukazatele, pořádat výměnu osvědčených postupů a připravit nezbytné podklady pro pravidelný dohled a hodnocení. Tím se posiluje práce, kterou Komise a středisko EMCDDA vynakládají v těchto oblastech.

([1]) Další informace viz Lisabonská smlouva na internetových stránkách Europa.

Protidrogová strategie a akční plán EU

V prvním roce nového protidrogového akčního plánu EU (2009–2012) se uskutečnila řada aktivit. Během svých předsednictví Evropské unii podpořily Česká republika i Švédsko provádění akčního plánu přijetím závěrů Rady, přičemž jeden dokument vyzýval k vytvoření klíčových ukazatelů v oblasti drogových trhů, trestné činnosti související s drogami a snižování nabídky, druhý k výměně správné praxe, metodických pokynů a standardů kvality všeobecné prevence a třetí k posílení kapacity Evropské unie ve výzkumu nezákonných drog.

Evropská komise vydala zprávu o provádění rámcového rozhodnutí Rady 2004/757/SVV ze dne 25. října 2004, které zakotvuje minimální ustanovení týkající se trestných činů a trestů v oblasti obchodování s drogami. Komise zjistila, že ačkoli rámcové rozhodnutí znamenalo první krok ke společnému přístupu v boji proti obchodování s drogami, nepřineslo zásadní sblížení vnitrostátních právních předpisů ([1]). Komise rovněž vydala pracovní dokument, který popisuje stávající mechanismy odhalování a sledování vznikajících trendů a reakci na ně v Evropské unii a navrhuje metodické pokyny pro budoucí práci ([2]). Dále byl spuštěn nový projekt na podporu zavádění systému forenzního profilování syntetických drog po celé Evropské unii ([3]). Tím, že poskytuje něco jako „otisky prstů" drog, může forenzní profilování pomoci vypátrat výrobce drog a zmapovat distribuční kanály. Další aktivity Komise v oblasti spolupráce s občanskou společností a výzkumu souvisejícího s drogami jsou popsány jinde v této kapitole. První komplexní průběžný přezkum postupu současného protidrogového akčního plánu EU (2009–2012) bude zveřejněn koncem roku 2010.

Občanská společnost a protidrogová politika

V březnu 2009 uspořádalo fórum občanské společnosti o drogové politice při Evropské komisi své třetí zasedání. Jedním ze dvou hlavních bodů programu byla Evropská akce v oblasti drog (viz níže). Dalším hlavním bodem byla budoucnost fóra, přičemž diskuse se zaměřily na praktické otázky, jako je například výběr účastníků a organizace zasedání. Zasedání také zvažovalo budoucí úlohu fóra občanské společnosti o protidrogové politice – zda by mělo zůstat neformální platformou pro výměnu zkušeností nebo se stát formálním poradním orgánem Komise.

Dalším opatřením, které má za cíl zapojit a mobilizovat občanskou společnost, je Evropská akce v oblasti drog Evropské komise. Projekt vyzývá úřady, instituce, sdružení, nevládní organizace, společnosti a osoby, aby se zavázaly ke konkrétní akci v oblasti drog. Projekt tak chce poskytnout občanské společnosti platformu ke zvyšování povědomí o drogách a rizicích souvisejících s jejich užíváním a podporovat dialog a výměnu osvědčených postupů. Do začátku března 2010 přihlásilo svůj závazek na 640 žadatelů.

Jednou z klíčových zásad pro další protidrogové strategie EU by měla být rovněž mobilizace občanské společnosti ([4]). To bylo uvedeno ve Stockholmském programu, který přijala Evropská rada. Program poskytuje rámec pro opatření EU v otázkách občanství, justice, bezpečnosti, azylu a přistěhovalectví pro oblast spravedlnosti, svobody a bezpečnosti na období 2010–2014.

Národní protidrogové strategie

Nový vývoj

Protidrogové strategie a akční plány jsou nyní nezbytnými nástroji národních protidrogových politik v Evropě. Téměř všech 30 zemí monitorovaných centrem EMCDDA takové koncepční dokumenty přijalo a pravidelně je obnovuje. V roce 2009 přijalo nové protidrogové strategie nebo akční plány sedm evropských zemí (viz tab. 1), přičemž dalších dvanáct nové národní dokumenty protidrogové politiky začátkem roku 2010 připravovalo ([5]).

Úkoly při obnovování dokumentů protidrogové politiky

Několik zemí v poslední době hlásilo prodlevu v obnově svých národních dokumentů protidrogové politiky ([6]). Pět zemí, jimž platnost protidrogové strategie nebo akčního plánu vypršela v prosinci 2008, nemělo o rok později ještě nové dokumenty přijato (Itálie, Lotyšsko, Litva, Portugalsko, Rumunsko). Podobně také další skupina zemí, které skončila platnost dokumentů protidrogové politiky v roce 2009, je v daném roce neobnovila. V důsledku toho poprvé od poloviny 90. let 20. století Evropa zaznamenává pokles počtu zemí s platnou národní protidrogovou strategií nebo akčním plánem.

Obnova dokumentů protidrogové politiky je komplexní proces, který zahrnuje několik kroků. Nejprve probíhá

([1]) Tisková zpráva na serveru Europa MEMO/09/548.
([2]) SEK (2009) 1090 v konečném znění.
([3]) 13405/09 CORDROGUE 63.
([4]) Dalšími dvěma klíčovými zásadami byly spolupráce se třetími zeměmi a zlepšování výzkumu a informací.
([5]) Česká republika, Estonsko, Itálie, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Turecko.
([6]) Výrazem „národní dokument protidrogové politiky" se rozumí každý úřední dokument schválený vládou, který definuje obecné zásady a konkrétní intervence nebo cíle v oblasti drog, ať je oficiálně prezentován jako protidrogová strategie, akční plán, program, nebo jako jiný politický dokument.

Tab. 1: Dokumenty protidrogové politiky přijaté v roce 2009

Země	Název dokumentu	Období	Rozsah	Poznámky
Bulharsko	Národní strategie boje proti drogám	2009–2013	Nelegální drogy	Doplněno akčním plánem (2009–2013)
Irsko	Národní protidrogová strategie – dočasná	2009–2016	Nelegální drogy	Bude nahrazena strategií proti zneužívání látek zahrnující rovněž alkohol
Španělsko	Národní protidrogová strategie	2009–2016	Nelegální drogy, alkohol a tabák	Doplněno akčním plánem (2009–2012)
Kypr	Národní strategie proti drogám	2009–2012	Nelegální drogy	
Maďarsko	Národní strategie pro řešení problému drog	2010–2018	Nelegální drogy	Bude doplněna akčními plány
Slovensko	Národní protidrogová strategie	2009–2018	Nelegální drogy	Bude doplněna akčními plány
Chorvatsko	Akční plán boje proti zneužívání omamných drog	2009–2012	Nelegální drogy	Druhý akční plán v rámci národní strategie 2006–2012

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

hodnocení stávající nebo nedávno skončené strategie nebo akčního plánu ([7]). Ve fázi vývoje nové politiky probíhají konzultace se zainteresovanými stranami a někdy s veřejností. Jelikož protidrogové strategie a akční plány koordinují úlohu jednotlivých vládních resortů, zahrnuje jejich příprava předkládání postupných návrhů různým ministerstvům. Politické dokumenty musí nakonec schválit vláda nebo parlament. Nedávné zprávy nasvědčují tomu, že celý proces může trvat šest měsíců až dva roky. Naproti tomu časové období platnosti národních dokumentů protidrogové politiky bývá obecně od čtyř do osmi let. To znamená, že má-li proces obnovy proběhnout včas, musí být někdy zahájen krátce po polovině období platnosti nebo přinejmenším několik měsíců před vypršením platnosti stávajícího politického dokumentu. Konečná hodnocení však nelze provádět, dokud strategie nebo akční plán nejsou dokončeny, a možná dokonce ještě déle, dokud se neposoudí jejich dopad s epidemiologickými a dalšími údaji.

Evropská unie a několik evropských zemí se v nedávné době potýkalo s úkolem provádět závěrečné hodnocení stávajícího dokumentu protidrogové politiky a téměř souběžně s tím navrhovat jeho náhradu. Protože situace se pravděpodobně bude v následujících letech opakovat znovu, objevily se návrhy, jak ji v budoucnu vyřešit jinak. Jedním z nich je vložit mezi dva po sobě následující plány nebo strategie přechodný rok věnovaný hodnocení a obnově politiky.

Spojitost mezi protidrogovými strategiemi a strategiemi boje proti alkoholismu

Užívání více látek – souběžné užívání několika látek – je mezi evropskými uživateli drog rozšířené a téměř všechny vzorce užívání více drog zahrnují alkohol (EMCDDA, 2009d). Odborníci v oblasti prevence, léčby, minimalizace škod a sociální reintegrace jsou si vědomi toho, že problémy s drogami a alkoholem se překrývají, a snaží se nalézt praktické postupy, které řeší obě otázky současně. Na úrovni politiky je však situace podle všeho složitější (Muscat, 2008).

Přehled protidrogových strategií a strategií boje proti alkoholu v Evropě ukazuje mnoho rozdílných národních situací, mimo jiné: absence jakékoli strategie, strategie pro nelegální drogy, avšak žádná pro alkohol, samostatné strategie pro drogy a alkohol, dvě propojené strategie a dokument politiky zabývající se jak nelegálními drogami, tak alkoholem. Jasný posun k některému z těchto modelů není patrný. Zatímco mnoho zemí nyní zřejmě přijímá strategii boje proti alkoholu (Evropská komise, 2009b) vedle své protidrogové strategie, jiné země rozšířily rozsah svých dokumentů protidrogové politiky – příkladem je rozhodnutí Irska zahrnout alkohol do nové strategie zneužívání látek.

Absence společného evropského modelu a trendu odráží mnohočetnost problémů, které vlády musí zohlednit během přípravy strategií ohledně užívání látek. K důvodům, proč zachovat oddělené strategie, patří potřeba řešit konkrétně problémy související s alkoholem, které mnohdy mají odlišný rozměr než problémy působené nelegálními drogami, nebo jednoduše uznání právních hranic mezi legálními a nelegálními drogami. Naopak význam užívání alkoholu mezi uživateli nelegálních drog nebo potřeba přijmout v rámci veřejného zdravotnictví přístupy zaměřené na životní styl a chování, a nikoli na jednotlivé látky, volají po kombinované strategii. Tato protichůdnost vedla některé země k vytvoření pragmatických řešení, jako například

([7]) Viz rámeček „Hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů".

propojení samostatných strategií proti drogám a alkoholu prostřednictvím zastřešující strategie veřejného zdraví nebo prostřednictvím národního koordinačního orgánu pro strategie proti drogám a alkoholu (např. Portugalsko). Budoucí práce v této oblasti bude spočívat v posouzení kvalit různých modelů propojení strategií proti drogám a alkoholu v Evropě.

Veřejné výdaje a společenské náklady

Veřejné výdaje vynaložené na všechny aspekty fenoménu drog v Evropě byly v roce 2005 odhadovány na 34 miliard EUR (EMCDDA, 2008d). Tento údaj zahrnuje „označené" výdaje, které jsou plánovány vládou pro úkoly související s drogami a jsou takto vymezeny v rozpočtu. Označené výdaje jsou zachyceny v oficiálních účetních dokumentech. Převážnou část veřejných výdajů souvisejících s drogami však představují výdaje „neoznačené" – tj. takto nevymezené v národním rozpočtu. Neoznačené výdaje je nutné odhadovat pomocí přístupu modelování nákladů.

Údaje za jednotlivé roky jsou k dispozici pouze pro označené výdaje. V roce 2008 uvedlo 22 členských států EU celkové označené výdaje vynaložené na drogovou problematiku ve výši 4,2 miliardy EUR. V šestnácti zemích, které poskytly údaje v roce 2005 i v roce 2008, stouply celkové označené veřejné výdaje z 2,10 miliardy EUR na 2,25 miliardy EUR. Z hlediska podílu na hrubém domácím produktu celkové označené výdaje v devíti zemích poklesly, v šesti zemích vzrostly a v jedné zemi zůstaly beze změny ([8]).

Veřejné výdaje související s drogami lze kategorizovat podle systému klasifikace funkcí vlády (Classification of the Functions of Government, COFOG). Z celkových označených výdajů kategorizovaných sedmi zeměmi poskytujícími údaje (1,82 miliardy EUR) připadala většina na dvě funkce vlády: zdravotnictví (60 %) a veřejný pořádek a bezpečnost (34 %) (tj. policejní složky, soudy, věznice). Tuto nerovnováhu lze vysvětlit skutečností, že výdaje na veřejný pořádek a bezpečnost jsou spíše často zahrnovány do širších a obecnějších programů opatření proti kriminalitě (neoznačené výdaje) (EMCDDA, 2008d).

Hodnocení národních protidrogových strategií a akčních plánů

Pro evropské země je nyní běžnou praxí, že provádějí závěrečnou revizi nebo hodnocení své národní protidrogové strategie nebo akčního plánu. Cílem je obvykle posoudit dosaženou úroveň provádění a také změny v celkové situaci v oblasti drog, aby bylo možné vytvořit další strategii nebo akční plán.

V některých zemích je předběžným hodnotícím krokem posouzení logiky, relevance a vnitřní konzistentnosti politického dokumentu. K vyjasnění podkladové teorie dané politiky, ale také ke zjištění nesrovnalostí mezi cíli, opatřeními a potřebami, slouží obsahová analýza, někdy včetně vytváření stromů problémů nebo logických rámců.

Provádění opatření předjímaných v politických dokumentech se posuzuje odlišnými metodami. V některých zemích údaje běžně poskytují instituce odpovědné za provádění. V jiných jsou požádáni poskytovatelé služeb nebo regionální úřady o vyplnění dotazníku o úrovni provádění a někdy také o problémech, s nimiž se setkávají.

Obtížnost zjišťování dopadů protidrogové strategie na problém drog uznává většina hodnotitelů. Rozbor drogové situace na základě epidemiologických ukazatelů a jiných zdravotních údajů nebo údajů o prosazování práva však obecně provází snaha nalézt souvislost mezi určitými prvky protidrogové politiky a sledovanými změnami ve stavu drogové problematiky. Analýza však bohužel málokdy zahrnuje evropské srovnání a tato skutečnost vedla k tomu, že některé země spojují poklesy v užívání konopí s obsahem své národní protidrogové politiky, zatímco údaje svědčí o větším mezinárodním trendu.

Interpretace údajů je jedním z klíčových kroků hodnocení. V některých zemích za ni zodpovídá výhradně národní koordinační orgán protidrogové politiky, zatímco v jiných jsou inventarizací dat, posouzením výsledků a formulací doporučení pro příští strategii nebo akční plán pověřeni externí hodnotitelé, zvláštní komise nebo skupiny odborníků.

Společenské náklady užívání drog

Stanovení společenských nákladů odhaluje částku, která by byla ušetřena, kdyby bylo užívání drog odstraněno, a vymezuje jednotlivé složky nákladů a podíl jednotlivých sektorů ve společnosti. Tyto informace mohou pomoci určit priority financování. Veřejné výdaje představují zlomek společenských nákladů, a to ve formě přímých nákladů pouze z pohledu státu jako celku. Společenské náklady zahrnují také nepřímé náklady (např. ztrátu produktivity v důsledku nemocnosti a úmrtnosti) a náklady soukromých zainteresovaných stran (např. soukromé zdravotní péče).

Studie společenských nákladů jsou časově náročné a nákladné. Z tohoto důvodu jsou informace o společenských nákladech užívání drog v Evropě velmi zřídka dostupné. Nedávno byly provedeny odhady společenských nákladů drog pro Finsko a Spojené království (Skotsko). Přímé náklady spojené s užíváním nelegálních drog a zneužíváním léčiv ve Finsku byly v roce 2007 odhadovány v rozmezí 200 až 300 milionů EUR. Nepřímé náklady byly v témže roce odhadovány na 500 až 1 100 milionů EUR. Největší podíl tvořilo sociální

([8]) Viz tab. PPP-10 ve Statistickém věstníku 2010.

zabezpečení, téměř třetinu všech přímých nákladů, po němž následovalo prosazování veřejného pořádku a bezpečnosti, které představovalo asi čtvrtinu nákladů. Největší část nepřímých nákladů tvořila hodnota ztraceného života v důsledku předčasné smrti.

Ve Skotsku činí nejnovější odhad ekonomických a společenských nákladů zneužívání drog 5,1 miliardy EUR za rok 2006. Polovina těchto nákladů byla připsána „širším společenským nákladům", včetně nákladů vzniklých obětem trestné činnosti páchané problémovými uživateli drog a citového strádání rodin uživatelů drog, kteří v důsledku užívání drog zemřeli. Z celkových společenských a ekonomických nákladů bylo 96 % připsáno problémovému užívání drog a 4 % rekreačnímu užívání drog.

Národní legislativa

Většina evropských zemí ve svých právních rámcích zkoumala nebo zavedla rozlišení mezi jednotlivými drogami. K nedávným příkladům patří nový český trestní zákoník, který za delikt držení drogy pro vlastní potřebu v případě konopí nebo jeho aktivní složky THC ukládá nižší horní mez trestní sazby než v případě jiných látek. Podobná možnost byla projednávána v Estonsku v roce 2009, avšak deset ze třinácti odborníků oslovených ministerstvem spravedlnosti bylo proti rozlišování trestných činů, a tak bylo rozhodnuto zákon neměnit. V Nizozemsku přijala vláda doporučení Poradního výboru pro protidrogovou politiku, aby přehodnotila počet kontrolovaných látek.

Zákonodárci v Evropské unii mají k dispozici širokou škálu možností rozlišení a kontrolních opatření, podle toho, do jaké míry je látka určena pro legální uvádění na trh a prodej díky svým komerčním, průmyslovým nebo léčivým vlastnostem. Prvním souborem možností jsou kontrolní opatření mimo protidrogové právní předpisy, které lze rozdělit do tří kategorií: neomezený prodej, omezený prodej bez lékařského dohledu a omezený prodej s lékařským dohledem. V první kategorii je ke kontrole prodeje určitého zboží uplatňován zákon na ochranu spotřebitele, například pravděpodobně psychoaktivní látky ve smart shopech, nebo nové, dosud nekontrolované látky. Druhá kategorie se týká omezení, jako jsou například věkové limity pro kupující a někdy uživatele, nebo udělování licencí prodejnám. To platí pro kontrolu alkoholu a tabáku, ale může to zahrnovat i prodej konopí v coffee shopech v Nizozemsku a prodej určitých těkavých látek, například ve Spojeném království. Třetí kategorie zahrnuje právní předpisy upravující prodej v lékárnách, včetně volného prodeje léků proti kašli a nachlazení i léků na předpis. V několika posledních letech zavedly Česká republika a Spojené království omezení prodeje léků proti nachlazení obsahujících pseudoefedrin, protože jsou nakupovány k výrobě nelegálních amfetaminů. Právní předpisy o léčivech byly rovněž účinně uplatněny v Rakousku k omezení prodeje produktů „spice", aniž by kriminalizovaly uživatele (EMCDDA, 2009a).

Protidrogové právní předpisy nabízejí druhý soubor možností, jak látky diferencovat. Tyto možnosti mohou být prezentovány v podobě diferenciační pyramidy (Ballotta a kol., 2008). Její základnu tvoří systém rozlišení daný klasifikací podle zákona. Trest za trestný čin porušující protidrogové právní předpisy se oficiálně různí podle třídy a škodlivosti látky, jež jsou definovány v seznamech uvedených v právních předpisech nebo na ně přímo navazujících. Například v Bulharsku, na Kypru, v Nizozemsku, v Portugalsku, v Rumunsku a ve Spojeném království je v zákoně pokyn nebo požadavek, aby státní

Hospodářská recese a problematika drog

Evropská komise (2009a) odhaduje, že současné zpomalení ekonomiky je srovnatelné s recesí 30. let 20. století. V roce 2009 poklesl hrubý domácí produkt členských států EU o 4,0 %, mnohem více než v předchozích krizích. Pracovní trhy EU dramaticky zeslábly, přičemž nezaměstnanost vzrostla o jednu třetinu (z 6,7 % v roce 2008) a předpokládá se, že v roce 2010 dosáhne 11 %. Zaměstnanost výrazně poklesla: očekává se, že po vytvoření 9,5 milionu pracovních míst v letech 2006–2008 přijde v letech 2009–2010 ztráta 8,5 milionu míst.

Dopady hospodářské recese na užívání drog a problémy související s drogami se zabývala konference 2010 Mezinárodní společnosti pro studium protidrogové politiky (International Society for the Study of Drug Policy, ISSDP). Jedním z obecných zjištění je to, že existuje široká škála možných mechanismů dopadu. Například nezaměstnaní dospívající mohou prodávat drogy, a tím zvyšovat dostupnost a užívání konopí mezi svými vrstevníky. Někteří mladí dospělí mohou také užívat drogy, aby se vyrovnali se stresem a ekonomickými potížemi, i když u jiných mohl pokles příjmu vést k tomu, že výdaje na drogy omezili. Také stávající problémy související s drogami mohou být ovlivněny, ať přímo tím, že se chudší uživatelé drog obracejí k úspornějším a rizikovějším způsobům aplikace, nebo nepřímo omezováním služeb v důsledku škrtů ve veřejných výdajích.

Posoudit plný dopad současné recese určitou dobu potrvá, zejména kvůli výše popsaným mnohočetným mechanismům a kvůli tomu, že účinky se projeví za několik let. Nyní však musejí vlády, které zvažují škrty výdajů v oblasti drog, zvažovat nákladovou efektivitu stávajících opatření.

zastupitelství rozlišovala mezi druhy drog u všech trestných činů. Ve Španělsku, v Lotyšsku a na Maltě se trest liší pouze v případě obvinění z obchodování s drogami. Na druhém stupni pyramidy mohou být drogy klasifikovány stejně, avšak zákon stanoví specifické výjimky v podobě nižších trestů za držení malého množství konopí pro vlastní potřebu, bez přitěžujících okolností, jako například v Belgii, České republice, Irsku a Lucembursku. Na třetí úrovni existují rozlišení podle metodiky státního zastupitelství nebo soudního precedentu. Například v Dánsku uvádí směrnice státního zástupce pokyny k ukládání různých pokut za držení různých drog, zatímco v Německu rozhodnutí ústavního soudu s odvoláním na ústavní zákaz nepřiměřeného trestu vyzývá k méně přísným opatřením u méně závažných deliktů držení konopí pro osobní potřebu.

Vrchol diferenciační pyramidy tvoří rozhodovací pravomoc státních zastupitelství nebo soudů při provádění zákona. Zde je povaha látky jedním z kritérií zohledňovaných při rozhodování, zda upustit od trestního stíhání pachatele nebo uložit nižší trest. Ačkoli údaje byly omezené, centrum EMCDDA (2009e) zjistilo, že tresty se mohou lišit i v případě, že na drogy je podle zákona pohlíženo stejně. V České republice, kde jsou podle zákona všechny drogy klasifikovány rovnocenně, představovalo 44 % trestů za trestné činy související s heroinem tresty odnětí svobody, oproti 39 % v případě pervitinu (metamfetaminu) a 11 % v případě konopí. Ve Spojeném království byly průměrné tresty v případě uložení nepodmíněného trestu odnětí svobody za držení drogy pět měsíců za kokain, sedm měsíců za extázi a deset měsíců za heroin. Průměrná délka trestu ukládaného za trestný čin obchodování s drogami (včetně dovozu a vývozu) byla 29 měsíců pro extázi a 37 měsíců pro kokain a heroin. Všechny tři látky jsou přitom zařazeny do stejné třídy. Tato skutečnost svědčí o tom, že soudní orgány vnímají i jiné rozdíly v míře škodlivosti nebo závažnosti spojené s jednotlivými drogami než ty, které případně naznačují právní předpisy.

Dalším prvkem rozlišení na všech úrovních pyramidy jsou prahová množství, která vymezují trestné činy, jako například držení pro vlastní potřebu. Nedávný tematický přehled EMCDDA o prahových množstvích zjistil významné rozdíly v právním základě a v množstvích látek. Tyto prahové hodnoty mohou být stanoveny v zákonech nebo nařízeních vlád či ministerstev (např. Česká republika, Řecko, Itálie, Kypr, Litva, Maďarsko, Rakousko), nebo v metodikách státních zastupitelství (Dánsko, Nizozemsko, Finsko, Norsko) nebo obojím způsobem (Belgie, Portugalsko), a dokonce v trestních sazbách (Finsko). Prahové hodnoty pro podobné trestné činy se mohou mezi zeměmi lišit – například trestní stíhání pro držení konopné pryskyřice může být v Litvě zahájeno pro jakékoli množství, zatímco v mnoha německých spolkových zemích pro množství 6 gramů. Prahové hodnoty rovněž neukazují žádnou konzistentnost ve vztahu mezi drogami, jelikož hmotnostní práh pro konopí se liší od trojnásobku (Kypr) až po desetinásobek (Nizozemsko) hmotnostního prahu heroinu. Hmotnostní práh pro kokain může být stejný jako pro heroin (např. Dánsko), nebo desetkrát vyšší (např. Lotyšsko).

Celkově se ukazuje, že rozlišování mezi drogami v členských státech EU není pouze záležitostí oficiální klasifikace podle protidrogových právních předpisů. Vychází také z typu zákona uplatňovaného ke kontrole drog, z metodik státních zastupitelství a soudních precedentů, stanovených relativních prahových množství a přístupu soudů k provádění zákona.

Výzkum související s drogami

Posilování výzkumné kapacity EU

V posledních letech je součástí evropské agendy posilování výzkumné kapacity v oblasti drog. V roce 2008 financovala Evropská komise studii „Srovnávací analýza výzkumu nezákonných drog v Evropské unii“ a v září 2009

Zjištění výzkumu a jazykové bariéry

Většina lektorovaných zjištění výzkumu je publikována v angličtině, což pro značný počet evropských výzkumných pracovníků, praktiků a tvůrců politik omezuje jejich dostupnost. To platí i pro práce publikované v odborných lektorovaných časopisech v jiných jazycích. V roce 2008 zjistilo centrum EMCDDA v Evropě 27 takových odborných časopisů, které vycházejí v češtině, dánštině, francouzštině, maďarštině, němčině, norštině, polštině, portugalštině, řečtině, španělštině a švédštině. Také mnoho vládních a nevládních organizací poskytuje výsledky výzkumu ve zprávách, které jsou dostupné pouze v jejich národních jazycích. Většina těchto informací zůstává dostupná pouze omezenému počtu osob.

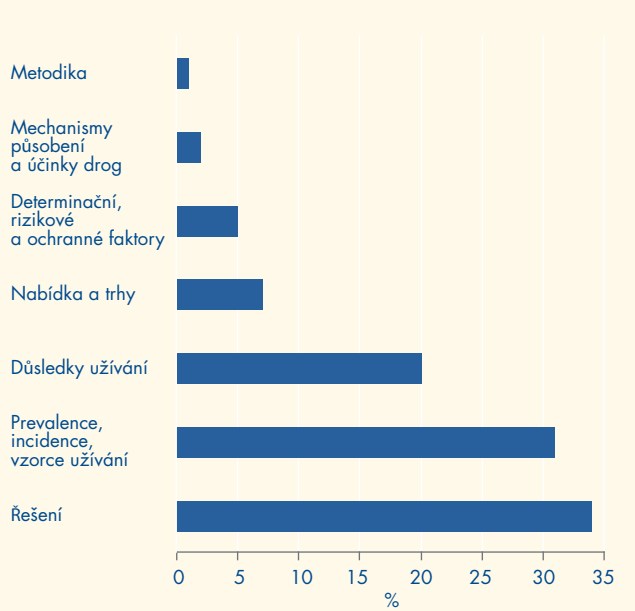
Význam jazykových bariér zdůraznila studie „Srovnávací analýza výzkumu nezákonných drog v Evropské unii“ a zabývala se jím také konference Evropské komise pod názvem „Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU“ („Zaplňování bílých míst ve výzkumu nezákonných drog v EU“). Jako první krok k překonání těchto bariér vytvořilo centrum EMCDDA tematickou oblast internetových stránek věnovanou výzkumu, která uvádí seznam národních studií s odkazy na publikované i nepublikované zprávy.

uspořádala konferenci, která se zabývala způsoby, jak v Evropské unii zlepšit kapacitu výzkumu souvisejícího s drogami ([9]). Studie a diskuse přinesly řadu důležitých postřehů o tom, jak výzkum související s drogami v Evropě probíhá.

Převážnou část výzkumu souvisejícího s drogami provádějí v Evropě členské státy, které si stanovují výzkumné priority podle svých vnitrostátních potřeb. K tomu dochází, aniž by existovala ucelená strategie výzkumu drog s vyhrazeným financováním. Namísto toho je výzkum související s drogami obvykle zařazován do zdravotních, sociálněvědních nebo dalších programů. Výzkum navíc výrazně tíhne k epidemiologii a hodnocení intervencí, přičemž není dostatečně zastoupena nabídka drog a její snižování a hodnocení protidrogové politiky. Celkově také koordinace mezi protidrogovou politikou, výzkumem a praxí postrádá ucelený dlouhodobý přístup. Národní výzkumnou činnost doplňuje sedmý rámcový program Evropského společenství pro výzkum, technologický rozvoj a demonstrace (2007–2013).

Tato studie byla podkladem pro závěry Rady EU o „posílení výzkumné kapacity EU v oblasti zakázaných drog“ ([10]), které vymezují budoucí priority: výzkum příčiny a povahy problémů souvisejících s drogami a reakce na ně a hodnotící výzkum v oblasti snížení nabídky i poptávky. Členské státy jsou rovněž vyzývány k tomu, aby posilovaly své výzkumné kapacity a koordinační mechanismy a aby s pomocí Evropské komise využily příležitostí, které nabízí sedmý rámcový program pro výzkum, například sítě Evropského výzkumného prostoru (ERA-NET) a stipendií programu Marie-Curie. Dále jsou členské státy a vědecká veřejnost vybízeny k tomu, aby „aktivně přispívaly ke konzultacím o budoucí evropské výzkumné politice a o budoucích cílech výzkumu v oblasti drog v rámci příští protidrogové strategie EU“. Rada také souhlasila se zavedením každoroční výměny v oblasti výzkumu souvisejícího s drogami, aby podpořila přeshraniční výzkumnou spolupráci. Uznala potřebu zlepšit přístup ke zjištěním výzkumu pro politické činitele a odborníky a vyzvala centrum EMCDDA k tomu, aby prostřednictvím svých tematických internetových stránek věnovaných výzkumu a prostřednictvím svého portálu správné praxe poskytovalo a šířilo informace a zjištění z výzkumu souvisejícího s drogami.

Obr. 1: Témata výzkumu národních studií souvisejících s drogami citovaná v národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox v roce 2009 (procenta všech citovaných studií)



Pozn.: Reference o studiích souvisejících s drogami v období 2007–2009 byly vyhledávány v 29 národních zprávách zemí zapojených do sítě Reitox (2009). Studie byly zařazeny do kategorií podle kontextu, v němž byly citovány.
Zdroj: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2009).

Výzkumné informace z členských států

Ve svých národních zprávách sítě Reitox za rok 2009 uvedly evropské země více než 650 výzkumných projektů provedených nebo publikovaných v letech 2007 až 2009, což je přibližně dvakrát více než v předchozím období. Tento nárůst byl ověřen v 26 z 29 zemí poskytujících údaje. Největší počet výzkumných projektů uvedlo Spojené království, a to více než 100, dále Německo a Nizozemsko a Finsko, všechny země přes 50, a Česká republika, Irsko a Švédsko, více než 30.

Stejně jako v předchozích letech představoval výzkum řešení drogové situace, prevalence, incidence a vzorců užívání drog přibližně třetinu nedávných studií a důsledky užívání drog pětinu (obr. 1). V porovnání s loňským rokem bylo citováno asi o 40 studií věnovaných nabídce a trhům více. Třebaže tato skutečnost byla do značné míry dána speciálním sběrem dat o trzích s konopím, který centrum EMCDDA koordinovalo v roce 2009, naznačuje také rostoucí zájem o studie v oblasti nabídky.

([9]) Dokumenty a prezentace této konference včetně úplné studijní zprávy jsou k dispozici na internetových stránkách konference.
([10]) K dispozici na internetových stránkách EMCDDA v části nazvané Výzkum související s drogami („Drug-related research“).

Kapitola 2
Řešení drogové problematiky v Evropě – přehled

Úvod

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

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

Prevence

Drogovou prevenci lze rozdělit do několika úrovní nebo strategií – od těch, které se zaměřují na společnost jako celek (prevence prostředí), až po ty, které se zaměřují na ohrožené jedince (indikovaná prevence). V ideálním případě mezi sebou tyto různé strategie nesoutěží, ale vzájemně se doplňují. Nejobtížnějším úkolem protidrogových politik je zajistit, aby tyto různé úrovně prevence odpovídaly stupni zranitelnosti cílových skupin (Derzon, 2007), a zajistit, aby intervence byly založeny na důkazech a měly dostatečné pokrytí.

Strategie zaměřené na prostředí

Strategie prevence zaměřené na prostředí usilují o změnu bezprostředního kulturního, sociálního, fyzického a ekonomického prostředí, v němž se lidé rozhodují o užívání drog. Tyto strategie typicky zahrnují taková opatření, jako je například zákaz kouření, stanovování cen alkoholu nebo propagace zdraví ve školách. Důkazy svědčí o tom, že opatření prevence prostředí na úrovni společnosti a zaměření na sociální klima ve školách a komunitách jsou efektivními způsoby, jak změnit vnímání norem, a v důsledku toho užívání látek (Fletcher a kol., 2008).

Téměř ve všech evropských zemích je dnes zaveden částečný nebo úplný zákaz kouření a reklamu na tabák zakazuje směrnice EU z roku 2003 (2003/33/ES). V několika evropských zemích se rovněž debatuje o návrzích minimálních cen a omezení propagace alkoholu. Deset členských států EU uvádělo v roce 2009 snahu vytvořit ve školách pozitivní a chráněné klima, včetně přísných pravidel ohledně držení a užívání látek. Země na severu Evropy také vytvořily koncept pozitivních chráněných prostředí na komunitní úrovni, například prostřednictvím obecních akčních plánů v oblasti alkoholu.

Všeobecná prevence

Všeobecná prevence je určena celé populaci, především na úrovni školy a komunity. Snaží se odvrátit nebo zpozdit nástup užívání drog a problémů souvisejících s drogami tím, že mladým lidem poskytuje dovednosti potřebné k tomu, aby látky nezačali užívat. Důkazy svědčí o tom, že dobře navržené a strukturované intervence všeobecné prevence mohou být efektivní. Nedávným dokladem toho je nizozemský kombinovaný program pro školy a rodiče, který snížil užívání alkoholu (Koning a kol., 2009). V případě ostatních intervencí, zejména kampaní v hromadných sdělovacích prostředcích, existuje jen málo důkazů o účinnosti a některé studie zjistily škodlivé účinky. Bez ohledu na to většina evropských států nadále uvádí, že alokují zdroje na varovné kampaně.

Všeobecná prevence ve školách je uváděna ve všech evropských zemích, třebaže s různým obsahem a mírou pokrytí. Dvěma hlavními typy prováděných intervencí jsou poskytování informací a následný nácvik životních dovedností. Strukturované protokoly intervencí („programy“) jsou stále poměrně vzácné. Evropa v rostoucí míře uznává, že všeobecnou prevenci ve školách je potřeba zlepšit. Jedenáct členských států EU uvádí například snahy o definování standardů prevence.

Selektivní prevence

Selektivní prevence působí na konkrétní skupiny, rodiny nebo komunity, kde může být kvůli nedostatečným sociálním vazbám a prostředkům větší pravděpodobnost, že lidé začnou užívat drogy nebo se u nich vyvine závislost na drogách. Kvůli obtížnému provádění experimentálních hodnocení jsou důkazy o účinnosti selektivní prevence nadále omezené. To se však netýká intervencí pro zranitelné rodiny, které se v různých studiích ukázaly jako efektivní (Petrie a kol., 2007). K nedávným příkladům v této oblasti patří úprava „programu posilování rodin" hodnocená ve Španělsku, která se ukázala jako efektivní při snižování prediktorů užívání drog, jako je například disruptivní chování ve škole a symptomy deprese. Pozitivní výsledky jsou rovněž uváděny ve Spojeném království, kde v prvních 699 rodinách, jež dokončily „Projekty rodinných intervencí", došlo k poklesu rizik pro děti, hlášených případů antisociálního chování, problémů s prospěchem, kriminality mladistvých, domácího násilí, problémů v oblasti duševního a tělesného zdraví a zneužívání látek.

Evropské země v průměru uvádějí poskytování selektivní prevence v omezeném rozsahu, přičemž většina intervencí se soustředí na mladistvé pachatele, zranitelné rodiny a etnické skupiny. Celkově údaje nasvědčují tomu, že pokrytí selektivní prevencí v posledních letech nevzrostlo. Z tohoto závěru však mohou existovat určité výjimky, například v některých zemích intervence ve zranitelných rodinách a protokol systematické intervence pro mladistvé pachatele FreD, který je nyní zaveden ve více než třetině členských států EU.

Indikovaná prevence

Indikovaná prevence se snaží rozpoznat jedince s problémy v chování nebo psychickými problémy, které mohou predikovat rozvoj problémového užívání látek v pozdějším věku, a zaměřit se na ně jednotlivě speciálními intervencemi. Programy indikované prevence jsou obvykle vyhodnocovány a mnohdy vykazují vysokou účinnost (EMCDDA, 2009c). Celkově zůstávají intervence v této oblasti omezené, přičemž šest zemí uvádí intervence pro děti s poruchou pozornosti / hyperaktivní poruchou nebo disruptivním chováním a deset zemí uvádí ranou intervenci a poradenství pro jednotlivce, kteří začali užívat drogy. Jednou z posledních novinek je nizozemská „Cannabis show", která vychází ze stávajícího programu prevence užívání konopí (zábavné vzdělávání mezi vrstevníky) a probíhá ve školách se zaměřením na mladé lidi s problémovým chováním a dalšími psychiatrickými problémy.

Poučení ze studií prevence

Účinnost evropských preventivních opatření zůstává nedostatečně probádána ([1]). Největší pozornost je věnována všeobecné a indikované prevenci ve školách. Souběžně probíhá debata o přenositelnosti zjištění výzkumu z jiných částí světa, především ze Spojených států amerických.

Studie EU-DAP, evropská multicentrická studie asi 7 000 žáků ve věku 12–14 let v sedmi členských státech EU, přispívá k rozvoji výzkumu prevence a ukazuje, že intervence mohou mít v rámci Evropy a na jiných kontinentech podobné výsledky.

V programu Unplugged, který tvoří 12 sezení, byl po jednom roce uváděn významný pokles rizika užívání tabáku, alkoholu a konopí. Program Unplugged usiluje o nápravu vnímání norem ohledně užívání látek, přičemž také poskytuje nácvik životních dovedností a informace o látkách. Přetrvávající přínosné efekty při kontrole po 18 měsících byly zjištěny také v ukazatelích opilosti a častého užívání konopí během posledních 30 dnů, zatímco krátkodobý účinek na každodenní kouření cigaret vymizel (Faggiano a kol., 2010).

Analýza zprostředkujících proměnných ukázala, že dopady na užívání konopí byly většinou důsledkem nápravy vnímání norem, nápravy pozitivních očekávání směřujících k látce a nápravy pozitivních postojů k nelegálním drogám. Posilování dovedností v komunikaci, rozhodování a odmítání drog bylo méně účinné.

Evropští a američtí výzkumní pracovníci nyní provádějí souběžné analýzy zahrnující studii EU-DAP a další data, aby zjistili, jak děti a dospívající reagují na prevenci v různých kontextech. Zabývají se především rozdílným vlivem pohlaví, sociálního kontextu a psychologických charakteristik.

([1]) To vedlo k založení European Society for Prevention Research (Evropské společnosti pro výzkum prevence).

Léčba

V Evropě jsou hlavními způsoby léčby problémů s drogami psychosociální intervence, substituční léčba problémového užívání opiátů a detoxifikace. Relativní význam jednotlivých léčebných modalit v každé zemi je ovlivněn několika faktory, včetně uspořádání národního systému zdravotní péče.

K dispozici není žádný soubor dat umožňující úplně popsat populaci uživatelů drog v Evropě, kteří v současnosti podstupují protidrogovou léčbu. Informace o významné podskupině této populace však zachycuje ukazatel „počet žádostí o léčbu" centra EMCDDA, který shromažďuje data o osobách nastupujících do specializovaných služeb protidrogové léčby ([11]). V roce 2008 ukazatel registroval asi 440 000 pacientů, kteří nastoupili léčbu, z nichž 40 % nastoupilo protidrogovou léčbu poprvé v životě.

([11]) Pro ukazatel „počet žádostí o léčbu" byly poskytnuty údaje z 29 zemí o specializovaných centrech protidrogové léčby, ve většině zemí s pokrytím více než 60 % zařízení (viz tab. TDI-7 ve Statistickém věstníku 2010).

Na základě široké škály zdrojů včetně ukazatele počtu žádostí o léčbu se podle konzervativního odhadu léčil z užívání nelegálních drog v Evropské unii v roce 2007 jeden milion lidí. Z nich více než polovina absolvovala substituční léčbu závislosti na opiátech. Téměř 80 % uživatelů drog v kontaktu s léčebnými službami tvořili uživatelé v Německu, Španělsku, Francii, Itálii a ve Spojeném království.

Tento odhad protidrogové léčby v Evropské unii, třebaže vyžaduje zpřesnění, naznačuje vysokou míru poskytování léčby. Zachycuje také velký nárůst v poskytování léčby od poloviny 90. let 20. století, kdy se větší dostupnost a lepší přístup k protidrogové léčbě staly prioritami protidrogové politiky. Během posledních dvou desetiletí došlo k rozšíření specializovaných ambulantních služeb a rozvoji terénních a nízkoprahových přístupů. Několik zemí rozšířilo substituční léčbu zapojením dalších poskytovatelů služeb, například všeobecných lékařů. V důsledku toho počet osob absolvujících substituční léčbu v Evropě vzrostl od roku 1993 téměř desetkrát ([12]). Změny v poskytování léčby byly vyvolány také novými skupinami klientů, například uživatelů konopí a stimulantů, kteří v posledních 15 letech nastupují léčbu v hojnějších počtech.

Zatímco v mnoha zemích se protidrogová léčba stala dostupnější, nadále existují překážky, které ztěžují uživatelům drog přístup buď k protidrogové léčbě obecně, nebo k některé z léčebných modalit, případně je od tohoto přístupu odrazují. Mezi těmito překážkami jsou předpisy jako například přísná vstupní kritéria a právní rámce, náklady léčby pro pacienty, nedostatek školeného personálu nebo malá geografická rozšířenost poskytovatelů léčby. K dalším překážkám, se kterými se uživatelé drog vyžadující léčbu potýkají, patří příliš omezené ordinační hodiny, požadavek denního docházení a nedostatečná podpora péče o děti (např. během léčby v lůžkových zařízeních), jež přinášejí konflikt s jejich osobní a profesní situací. Přístupu k léčbě mohou bránit také osobní přesvědčení a názory ohledně vhodnosti, účinnosti a výsledků konkrétních léčebných přístupů, a to jak mezi odborníky, tak mezi uživateli drog.

Jedním z důsledků překážek v přístupu k léčbě mohou být dlouhé čekací doby. Podle informací poskytnutých národními odborníky v roce 2008 jsou hlavními příčinami nynějších dlouhých čekacích dob, které se podle jednotlivých modalit léčby liší, omezená dostupnost léčby, nedostatečnost zdrojů a také zpoždění z procedurálních důvodů (viz níže).

Vybrané téma EMCDDA o léčbě starších uživatelů drog a péči o ně

Počet starších uživatelů drog v Evropě se má podle prognóz v letech 2001 až 2020 zdvojnásobit, což bude vyžadovat odpovídající a inovativní přístupy k léčbě této rostoucí populace a k péči o ni. Letošní vybrané téma publikované centrem EMCDDA zkoumá vývoj a příčiny tohoto fenoménu stárnutí za poslední dvě desetiletí. Předkládá také zdravotní a sociální charakteristiky starších uživatelů drog, aby bylo možné specifikovat jejich současné potřeby. Zprávu uzavírá přehled současných intervencí pro starší uživatele drog a osvědčených postupů v členských státech.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a on-line na internetových stránkách EMCDDA.

Ambulantní léčba

K dispozici jsou informace o přibližně 383 000 uživatelích drog, kteří v Evropě nastoupili ambulantní léčbu během roku 2008. Většina těchto uživatelů drog nastoupila léčbu ve specializovaných službách protidrogové léčby a pouze několik málo zemí uvádělo pacienty, kteří nastoupili léčbu u všeobecného lékaře nebo v nízkoprahových službách. Více než polovina osob nastupujících léčbu (53 %) uvádí jako primární drogu opiáty, především heroin, zatímco 22 % uvádí konopí a 18 % kokain ([13]). Nejběžnější cesta k léčbě je vyhledání léčby samotným klientem (36 %), dále uložení léčby systémem trestní justice (20 %). Zbývající klienti jsou doporučeni k léčbě prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb nebo neformálních sítí, včetně rodiny a přátel ([14]).

Klienti nastupující ambulantní léčbu jsou převážně muži, přičemž jejich průměrný věk je 31 let a počet mužů je čtyřikrát vyšší než počet žen. Klienti nastupující léčbu poprvé a klientky jsou v průměru o něco mladší. Nižší průměrný věk je uváděn také u klientů užívajících konopí (25) a u klientů užívajících stimulanty jiné než kokain (29), zatímco vyšší průměrný věk je uváděn u primárních uživatelů kokainu (32) a opiátů (34). V průměru uvádí nejmladší klienty Česká republika (26) a nejstarší Španělsko (33) ([15]). Poměr mezi počtem mužů a počtem žen je nejvyšší mezi klienty užívajícími konopí (5:1) a kokain (4,8:1) a nejnižší mezi klienty užívajícími stimulanty jiné než kokain (2,2:1). Bez ohledu na primární drogu jsou poměry mezi pohlavími nejvyšší v zemích na jihu Evropy a nejnižší v zemích na severu ([16]).

([12]) Viz obr. HSR-2 ve Statistickém věstníku 2010.
([13]) Viz tab. TDI-19 ve Statistickém věstníku 2010.
([14]) Viz tab. TDI-16 ve Statistickém věstníku 2010.
([15]) Viz tab. TDI-10 a TDI-103 ve Statistickém věstníku 2010.
([16]) Viz tab. TDI-21 ve Statistickém věstníku 2010.

Dvěma hlavními modalitami ambulantní léčby v Evropě jsou psychosociální intervence a substituční léčba závislosti na opiátech. Pro uživatele opiátů jsou mnohdy poskytovány v kombinaci. Psychosociální intervence nabízejí uživatelům podporu v jejich úsilí zvládnout a překonat problémy s drogami. Tyto intervence zahrnují poradenství, zvyšování motivace, kognitivně-behaviorální terapii, vedení případu, skupinovou a rodinnou terapii a prevenci relapsu. Většinou je poskytují podle podmínek dané země veřejné instituce nebo nevládní organizace. V roce 2008 odhadovali odborníci v devíti ze 27 sledovaných zemí, že na tento typ léčby není žádná čekací doba. V dalších deseti zemích národní odborníci odhadovali, že průměrné čekací doby nejsou delší než jeden měsíc. V Norsku se průměrná čekací doba odhaduje na deset týdnů, zatímco v Dánsku zákon stanoví, že léčba musí být zahájena do 14 dnů. Odborníci ze sedmi zemí nedokázali poskytnout žádný odhad.

Převažujícím způsobem léčby uživatelů opiátů je v Evropě substituční léčba. Obecně je poskytována ambulantně, i když v některých zemích je k dispozici také v lůžkových zařízeních a v rostoucí míře je poskytována ve věznicích ([17]). Substituční léčba problémového užívání opiátů je k dispozici ve všech členských státech EU a také v Chorvatsku a Norsku ([18]). V Turecku se na zavedení substituční léčby teprve čeká, i když je podle nařízení z roku 2004 o léčebných centrech povolena. Ve většině zemí jsou hlavními poskytovateli substituční léčby specializované veřejné ambulantní služby. Praktičtí lékaři v ordinacích, mnohdy ve sdílené péči se specializovanými centry, však hrají čím dál větší úlohu při poskytování tohoto typu léčby. Tito poskytovatelé fungují na různých úrovních ve třinácti zemích.

Podle odhadu absolvovalo v roce 2008 v Evropě substituční léčbu přibližně 670 000 uživatelů opiátů ([19]). Odborníci 10 z 26 zemí poskytujících údaje odhadli, že na tento typ léčby není žádná čekací doba. Ve čtyřech zemích (České republice, Dánsku, Itálii, Portugalsku), je průměrná čekací doba podle odhadu kratší než jeden měsíc. V České republice jsou čekací doby pouze na metadon, neboť buprenorfin ve vysokých dávkách mohou předepisovat praktičtí lékaři v ordinacích – i když klient musí hradit náklady na léčivo. V jiných čtyřech zemích (Maďarsku, Rumunsku, Finsku, Norsku) se odhadované čekací doby pohybují od jednoho do šesti měsíců, přičemž v dalších třech zemích (Bulharsku, Řecku, Polsku) je to více než rok. Z těchto zemí uvádí Řecko průměrnou čekací dobu 38 měsíců, přičemž podle údajů bylo v roce 2008 v pořadníku na zařazení do substituční léčby registrováno 5 261 problémových uživatelů opiátů. Národní průměrné čekací doby však mohou zakrývat značné regionální rozdíly. Například v Irsku se průměrná doba čekání na substituční léčbu pohybuje od méně než 3,5 měsíce v Dublinu až po 18 měsíců na jihovýchodě země (Comptroller and Auditor General, 2009). Odborníci ze čtyř zemí odhad čekacích dob nedokázali poskytnout.

Léčba v lůžkových zařízeních

K dispozici jsou údaje o přibližně 42 000 uživatelích drog, kteří v Evropě během roku 2008 nastoupili protidrogovou léčbu v lůžkovém zařízení. Více než polovina z nich uvádí jako hlavní drogu opiáty (57 %), přičemž většina ostatních klientů uvádí jako hlavní drogu buďto konopí (13 %), stimulanty jiné než kokain (13 %), nebo kokain (7 %). Klienti v ústavní léčbě jsou hlavně mladí muži, přičemž průměrný věk je 30 let a poměr počtu mužů k počtu žen je 3,5:1 ([20]).

Léčba v lůžkových zařízeních nebo ústavní léčba vyžaduje, aby klient po dobu několika týdnů až několika měsíců zůstával v zařízení přes noc. V mnoha případech se tyto programy snaží umožnit klientům abstinovat od užívání drog a substituční léčbu neumožňují. Detoxifikace, krátkodobá intervence pod lékařským dohledem, jejímž cílem je vyřešit abstinenční symptomy spojené s chronickým užíváním drog, je někdy podmínkou pro zahájení dlouhodobé abstinenční léčby v lůžkových zařízeních. Detoxifikace je obvykle poskytována jako ambulantní intervence v nemocnicích, specializovaných léčebných centrech nebo pobytových zařízeních s odděleními interní medicíny nebo psychiatrie.

V lůžkových zařízeních je klientům poskytnuto ubytování a individuálně strukturovaná psychosociální léčba a klienti se zúčastňují aktivit směřujících k jejich návratu do společnosti. V tomto kontextu je často využíván přístup terapeutické komunity. Ústavní protidrogovou léčbu poskytují také psychiatrické nemocnice, především klientům s psychiatrickými komorbiditami.

Přístup k ústavní psychosociální léčbě hodnotí jako okamžitý národní odborníci z Řecka, Maďarska a Turecka. Odborníci odhadují, že průměrná čekací doba je kratší než jeden měsíc ve 12 zemích a než 25 týdnů v Norsku. V Rakousku se uvádí čekací doba až několik měsíců, podle regionu a léčebného zařízení. Odborníci z deseti zemí odhad čekací doby pro tento typ léčby neposkytli.

Detoxifikace probíhá bez čekacích lhůt podle odborníků z Maďarska, Slovinska, Slovenska, Turecka a Vlámského

([17]) Viz „Pomoc uživatelům drog ve věznicích“, s. 37.
([18]) Viz tab. HSR-1 a HSR-2 ve Statistickém věstníku 2009.
([19]) Viz tab. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([20]) Viz tab. TDI-7, TDI-10, TDI-19 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2010.

společenství Belgie. V jedenácti zemích je odhadovaná čekací doba kratší než dva týdny. Průměrná čekací doba dva týdny až jeden měsíc se odhaduje na Kypru, v České republice a Řecku, zatímco v Irsku, Rakousku a Norsku se odhaduje na jeden až tři měsíce. Odborníci z pěti zemí odhad neposkytli.

Zajišťování kvality

Opatření k zajištění kvality protidrogové léčby přijímá v současné době většina evropských zemí. Tato opatření zahrnují zpracování a provádění metodických pokynů, přijetí národních protidrogových akčních plánů, které se zabývají otázkami kvality léčby, procesy certifikace kvality a akreditace a studie, které zkoumají rozdíly v kvalitě mezi jednotlivými centry protidrogové léčby nebo tato centra porovnávají.

K nejnovějšímu vývoji patří zavedení metodických pokynů pro kvalitu léčby v šesti zemích, přičemž takové metodické pokyny v nedávné době publikovaly Kypr, Turecko a Norsko. Deset zemí přijalo nové strategické dokumenty, jež v některých případech obsahovaly akreditační systémy. Polsko a Slovensko také zavedly kritéria akreditace pro centra protidrogové léčby, přičemž Slovensko zavedlo certifikaci podle ISO 9001. Čtyři země, Estonsko, Lotyšsko, Nizozemsko a Rumunsko, zkoumají rozdílnost v kvalitě služeb v rámci celého svého systému léčby.

Spojené království má dlouhou historii posuzování systému zdravotnictví a jeden z nejširších souborů nástrojů k monitorování a zlepšování kvality léčby. Ten nyní zahrnuje dokument o klinickém řízení v protidrogové léčbě (NTA, 2009), který se zabývá úrovněmi odpovědnosti a podřízenosti, zlepšováním kvality, politikami řízení rizik a postupy ke zjišťování a nápravě nekvalitních výkonů.

Studie zadaná centrem EMCDDA zjistila 60 národních metodických pokynů k léčbě v sedmnácti z dvaadvaceti zemí v Evropě poskytujících údaje. Modalitami, kterými se metodické pokyny nejčastěji zabývají, jsou psychosociální léčba (29), substituční léčba závislosti na opiátech (28) a detoxifikace (22). U zemí s vysokými počty pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech je podle všeho vyšší pravděpodobnost, že mají vypracované metodické pokyny k léčbě pro každou modalitu.

Sedmnáct zemí hlásí metodické pokyny specificky pro léčbu uživatelů opiátů. Pět zemí má metodické pokyny zaměřené na užívání různých látek, přičemž Maďarsko a Německo mají metodické pokyny pro poruchy související s užíváním amfetaminů a konopí. Deset zemí se zabývá dlouhodobými problémovými uživateli drog a devět vytvořilo metodické pokyny pro mladé uživatele drog. Osm zemí se také zabývá uživateli drog se souběžnými onemocněními.

Téměř všechny metodické pokyny se zaměřují na odborné pracovníky provádějící léčbu (58) a poskytovatele služeb (52) a téměř polovina z nich se zaměřuje na plánovače zdravotní péče (25). Portugalsko je jedinou zemí zmiňující metodické pokyny zaměřené na klienty, přičemž Dánsko uvádí zaměření na tvůrce politik. Odborní pracovníci provádějící léčbu se podíleli na přípravě metodických pokynů v 17 zemích, ve čtyřech zemích to byli jiní odborní pracovníci. V devíti zemích se na ní rovněž podíleli výzkumní pracovníci, ve třech tvůrci politik a v jedné klienti. Více informací ohledně národních metodických pokynů k léčbě poskytuje Portál správné praxe EMCDDA.

Minimalizace škod

Prevence a minimalizace škod souvisejících s drogami je cílem veřejného zdravotnictví všech členských států a protidrogové strategie EU ([21]). Pro plánování služeb jsou nyní rovněž dostupné přehledy vědeckých důkazů o intervencích k minimalizaci škod i studie ukazující dopad těchto intervencí (EMCDDA, 2010a). K hlavním intervencím v této oblasti patří substituční léčba závislosti na opiátech a programy výměny jehel a stříkaček, které se zaměřují na úmrtí z předávkování a šíření infekčních nemocí. Dostupnost těchto opatření je hlášena ve všech zemích s výjimkou Turecka. Třebaže existují značné rozdíly v rozsahu a úrovni poskytování služeb (viz kapitoly 6 a 7), obecným evropským trendem je růst a konsolidace opatření k minimalizaci škod.

Nová monografie EMCDDA o minimalizaci škod

Centrum EMCDDA vydalo v roce 2010 publikaci „Harm reduction: evidence, impacts and challenges“ („Minimalizace škod: důkazy, dopady a výzvy“). Monografie podává komplexní přehled této oblasti v šestnácti kapitolách, jejichž autory je více než padesát evropských a mezinárodních odborníků. První část monografie je ohlédnutím za vznikem a rozšířením pojmu minimalizace škod a zabývá se jím z různých hledisek, včetně pohledu mezinárodních organizací, výzkumných pracovníků a uživatelů drog. Druhá část je věnována současným důkazům a dopadům a dokládá, jak se tato koncepce rozšířila na širokou škálu vzorců chování a škod, včetně souvislostí s alkoholem, tabákem a rekreačním užíváním drog. Poslední část se zabývá výzvami a inovacemi a potřebou integrovat a upravovat intervence podle individuálních a sociálních potřeb.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a on-line na internetových stránkách EMCDDA.

([21]) KOM(2007) 199 v konečném znění.

Většina evropských zemí poskytuje celou škálu dalších zdravotnických a sociálních služeb, včetně těch, které doporučují Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN (UNODC) a Společný program OSN pro AIDS (UNAIDS) (2009), jako součást „komplexního balíčku" prevence HIV mezi injekčními uživateli drog. Běžně nabízené intervence závisejí na národním kontextu, avšak zahrnují individuální hodnocení rizik a poradenství, cílené informace a osvětu ohledně bezpečnějšího užívání, distribuci injekčního náčiní jiného než injekčních stříkaček a jehel, propagaci užívání kondomů mezi injekčními uživateli drog, testování na infekční nemoci a poradenství v této oblasti, antiretrovirovou léčbu a očkování proti virové hepatitidě. Mnohé z těchto služeb poskytují nízkoprahová zařízení. Řešení v oblasti minimalizace škod zaměřená na prevenci úmrtí vyvolaných drogami jsou však vzácná ([22]), a to i přes rostoucí povědomí o potřebě takových intervencí. K novým iniciativám v této oblasti patří včasná varování nebo výstrahy o látkách spojených s vyššími riziky ([23]). Například všechna nízkoprahová zařízení v České republice byla v roce 2009 informována o možném pronikání fentanylu na místní drogový trh.

Po nedávných zdokonaleních léčby hepatitidy C zvyšuje nyní většina zemí své úsilí v prevenci, zjišťování a léčbě hepatitidy mezi uživateli drog, včetně těch v substituční léčbě. K příkladům z nedávné doby patří nový národní plán boje proti hepatitidě ve Francii, pilotní studie přípravy doporučení k prevenci HCV v Německu a metodika léčby hepatitidy v České republice, Nizozemsku a Spojeném království. Několik zemí rovněž hlásí studie a screeningové kampaně v prostředí věznic, mimo jiné Belgie, Francie, Lucembursko a Maďarsko.

Záběr řešení zaměřených na minimalizaci škod překročil rámec ochrany před epidemií HIV/AIDS směrem k širšímu pohledu na naplňování zdravotních a sociálních potřeb problémových uživatelů drog, zvláště těch sociálně vyloučených. Zahrnutí minimalizace škod do protidrogových intervencí také usnadnilo sběr dat o drogové problematice. Národní inventury služeb a studie kvality služeb (Česká republika, Německo, Irsko, Finsko) a průzkumy klientů (Estonsko, Litva, Lucembursko, Maďarsko) podávají lepší představu o poskytování služeb a potřebách uživatelů. Pomáhají také prosazovat posuzování kvality a výměnu osvědčených postupů s cílem zlepšit materiály a techniky prevence a nové intervence.

Sociální vyloučení a reintegrace

Sociální reintegrace je uznávána jako nezbytná složka komplexních protidrogových strategií. Může být prováděna v kterémkoli stádiu užívání drog a v různých prostředích a zahrnuje budování kapacit, zlepšování sociálních dovedností, opatření umožňující a podporující zaměstnání a opatření k získání nebo zlepšení bydlení. V praxi mohou reintegrační programy zahrnovat pracovní poradenství, umístěnky na pracoviště a podporu bydlení. Intervence ve věznicích, které mají dopad na relaps a recidivu, mohou nasměrovat osoby ve výkonu trestu na komunitní služby bydlení a sociální služby během přípravy na propuštění. Obecně výsledky opatření sociální reintegrace mnohdy záleží na efektivní spolupráci mezi institucemi zdravotnictví a sociální péče.

Ačkoli neexistuje žádný přímý příčinný vztah mezi problematičtějšími formami užívání drog a sociálním vyloučením, mnohdy jsou spjaty. Údaje ukazují, že bezdomovectví postihlo 9 % klientů nastupujících ambulantní protidrogovou léčbu a asi 13 % osob nastupujících pobytovou léčbu v roce 2008. Asi 40 % klientů nastupujících léčbu v obou prostředích nemělo dokončené sekundární vzdělání, zatímco 47 % osob nastupujících ambulantní léčbu a 71 % osob nastupujících léčbu v lůžkových zařízeních uvedlo, že jsou buďto nezaměstnaní, nebo ekonomicky neaktivní ([24]). To se za stávající ekonomické situace, kdy rostoucí nezaměstnanost zvyšuje konkurenci na trhu práce, nemusí lepšit ([25]).

Všechny země poskytující údaje uvádějí dostupnost programů a služeb v oblasti bydlení, vzdělání a zaměstnanosti. Ty jsou zaměřeny specificky na uživatele drog nebo řeší potřeby sociálně vyloučených skupin obecně. Irsko a Švédsko projednávají model „bydlení především" pro osoby bez domova s problémy duševního zdraví a užívání látek. Tento model je mnohdy spojen s integrovanými komunitními léčebnými a sociálními službami a s vedením jednolivých případů. Přístup k bydlení není podmíněn střízlivostí a absencí drog, jak tomu pro tuto problematickou skupinu bývá. Přístup „bydlení především" ukázal pozitivní výsledky u lidí bez domova s nejrůznějšími sociálními a zdravotními proměnnými, včetně užívání látek (Pleace, 2008).

Důležitou úlohu v sociální reintegraci uživatelů drog hraje zvyšování zaměstnatelnosti a přístup k placené práci. Země jako například Německo, Itálie, Rakousko, Portugalsko a Spojené království ve stále větší míře upřednostňují aspekty procesu vyléčení související se

([22]) Viz tab. HSR-8 ve Statistickém věstníku 2010.
([23]) Viz rámeček „Epidemie antraxu mezi uživateli heroinu ve Spojeném království a Německu" v kapitole 7.
([24]) Viz tab. TDI-12, TDI-13 a TDI-15 ve Statistickém věstníku 2010.
([25]) Viz „Hospodářská recese a problematika drog" v kapitole 1.

zaměstnáním, a to prostřednictvím nových iniciativ a alokací zvýšených finančních prostředků do této oblasti.

Prosazování protidrogových právních předpisů a trestné činy porušující protidrogové právní předpisy

Prosazování protidrogových právních předpisů je významnou složkou národních a evropských protidrogových politik a zahrnuje širokou škálu intervencí, které provádějí především policejní a policii podobné instituce (např. celní správa). Údaje o aktivitách prosazování protidrogových právních předpisů jsou mnohdy méně rozvinuté a přístupné než data v jiných oblastech protidrogové politiky. Jednou pozoruhodnou výjimkou jsou údaje o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy, kterými se zabývá tento oddíl. Rozebírána jsou zde také nedávná opatření k prosazování právních předpisů proti komerční produkci konopí a nový vývoj v oblasti mezinárodní spolupráce v boji proti obchodování s drogami.

Prosazování protidrogových právních předpisů

V roce 2010 otevřel Europol „analytický pracovní soubor" zaměřený na konopí ([26]). Projekt zahrnuje složku věnovanou pěstování konopí, která má zlepšit sdílení zpravodajských informací v rámci Evropské unie ohledně zapojení organizovaného zločinu do výroby konopí. Přichází poté, kdy vnitrostátní orgány pro prosazování právních předpisů nejméně sedmi zemí oznámily, že kriminální organizace se podílejí na komerčním pěstování konopí, což je činnost, která může být zřejmě velmi výnosná ([27]).

Rozsah nelegálního pěstování konopí v Evropě je obtížné odhadnout, jelikož není k dispozici dostatek údajů o počtu pěstitelů a oseté výměře. Kvalitativní studie a údaje o záchytech (viz kapitola 3) nasvědčují tomu, že domácí produkce od 90. let 20. století pravděpodobně výrazně stoupla, zvláště v západní Evropě. Kvalitativní studie ukazují, že motivace pěstitelů se pohybuje od pěstování několika rostlin pro osobní potřebu až po produkci několika tisíc rostlin pro komerční účely.

Komerční pěstování konopí, zvláště ve velkých krytých pěstírnách, představuje podle hlášení problém z hlediska trestné činnosti a veřejné bezpečnosti v Belgii, Německu, Nizozemsku a Spojeném království. Kriminální organizace ve Spojeném království údajně využívají mladé nelegální přistěhovalce z Asie. Navíc zakládání komerčních pěstíren uvnitř budov mnohdy vyžaduje přestavbu objektu, což může nemovitost poškodit. Další riziko pro bezpečnost objektu souvisí s velkou spotřebou elektřiny nutnou pro umělé osvětlení rostlin konopí pěstovaných v interiéru. Podle hlášení způsobují nebezpečné metody překlenutí elektroměrů – aby se odběratel vyhnul placení nebo nevzbudil podezření – nebo špatně upravené rozvody v krytých pěstírnách požáry.

Pěstování konopí je řešeno ve stávajících rámcích prosazování právních předpisů proti drogám a organizované trestné činnosti, některé evropské země však v nedávné době vypracovaly v této oblasti konkrétní strategie. Belgie stanovila boj proti nezákonné produkci konopí jako prioritu svého Národního plánu bezpečnosti na období 2008–2012, zatímco Nizozemsko a Spojené království vypracovaly mnohostranné strategie, aby zvýšily odhalování a likvidaci komerčních pěstíren. Tyto strategie zahrnují taková opatření, jako je například zvyšování povědomí o této problematice v běžné populaci a v některých klíčových odvětvích (např. dodavatelé elektřiny, železářství), která mají vybídnout k ohlašování pěstíren konopí policii. Vedle toho vznikají partnerství mezi orgány pro prosazování právních předpisů a dodavateli elektřiny, bytovou správou, pojišťovnami a dalšími odvětvími zainteresovanými na boji proti komerčním pěstírnám. Jsou také přijímány kroky ke zlepšení účinnosti práce policie. Například v Nizozemsku byla v červenci 2008 založena „pracovní skupina proti organizovanému pěstování konopí", aby koordinovala stávající úsilí policie, místní správy, soudců a daňových úřadů. Policejní složky nyní mohou být vybaveny detekční technikou, jakou používá armáda, včetně infračervených kamer pro pořizování tepelných snímků, a provádět rozsáhlejší operace k likvidaci pěstíren a zatýkání podezřelých, jako byla například „Operace Mazurka" v Severním Irsku, která v roce 2008 vedla k zatčení 101 osob.

Opatření zaměřená na pěstování konopí byla hlášena také v jiných zemích. Například v roce 2008 proběhla v Irsku rozsáhlá operace proti „výrobnám konopí" a v Německu vytvořila spolková kriminální policie (Bundeskriminalamt) speciální jednotku, která se zaměřuje na trestné činy v souvislosti s konopím po celé zemi.

Trestné činy porušující protidrogové právní předpisy

Výchozí zprávy o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy, především od policie, jsou jedinými v Evropě běžně dostupnými údaji o trestné

([26]) Analytický pracovní soubor je v zásadě zabezpečenou databází obsahující informace poskytované zúčastněnými zeměmi podle pravidel přísného utajení. Umožňuje Europolu podporovat národní složky pro prosazování právních předpisů.

([27]) Viz rámeček „Příjmy a zisky z nelegálního pěstování konopí" v kapitole 3.

([28]) Pojednání o vztahu mezi drogami a trestnou činností a definice „trestné činnosti související s drogami" – viz EMCDDA (2007a).

Vývoj meziagenturních platforem

Koncepce meziagenturních platforem, v nichž si orgány pro prosazování právních předpisů a vojenské agentury z různých zemí předávají zpravodajské informace a koordinují záchyty drog předtím, než se dostanou na drogové trhy, pochází z Ameriky. Vzorem pro tuto formu spolupráce je Společná skupina pro meziagenturní spolupráci – Jih (Joint Interagency Task Force-South, JIATF-S), vytvořená v Panamě v roce 1994 a nyní sídlící v Key West (Florida). Vojensky vedená platforma JIATF-S koordinuje letecké a námořní záchytné operace na jih od Spojených států amerických prováděné vojenskými a zpravodajskými agenturami a orgány pro prosazování právních předpisů a přidruženými zeměmi včetně Španělska, Francie, Nizozemska a Spojeného království.

V Evropě byly ke koordinaci opatření proti obchodování s drogami v nedávné době vytvořeny dvě meziagenturní platformy, obě vedené orgány pro prosazování právních předpisů. V roce 2007 bylo vytvořeno Centrum pro námořní analýzu a operace – narkotika (Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics,MAOC-N) v rámci Evropské unie, a to smlouvou mezi Irskem, Španělskem, Francií, Itálií, Nizozemskem, Portugalskem a Spojeným královstvím. MAOC-N sídlí v Lisabonu a koordinuje zadržování drogových zásilek přepravovaných přes Atlantik. Skupina JIATF-S byla od počátku s projektem MAOC-N spojena a nyní je pozorovatelem stejně jako Evropská komise, Europol, Německo, Řecko, Kanada, Maroko, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a z nedávné doby také Kapverdy. Druhá meziagenturní platforma, Centrum pro boj proti obchodování s narkotiky ve Středomoří (Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée, CeCLAD-M), byla založena v roce 2008. CeCLAD-M je útvarem francouzské policie, který sdružuje zástupce francouzských orgánů pro prosazování právních předpisů a námořnictva a dále představitele z Řecka, Španělska, Itálie, Kypru, Portugalska, Spojeného království, Maroka a Senegalu. Centrum sídlí v Toulonu a může navrhovat zadržení podezřelých plavidel a letadel ve Středozemním moři.

Obdobné platformy mohou být v budoucnu zakládány v oblastech východního Středomoří a Černého moře. Evropská komise také nedávno podpořila studii, která se zabývala proveditelností zřízení evropské platformy pro předávání zpravodajských informací a budování kapacit v západní Africe.

činnosti související s drogami ([28]). Tyto údaje se obvykle týkají trestné činnosti související s užíváním drog (užíváním a držením drog pro vlastní potřebu) nebo s nabídkou drog (výrobou, obchodováním a nezákonným zacházením s drogami), i když v některých zemích mohou být hlášeny i další typy trestných činů (např. související s prekurzory drog).

Údaje o trestných činech porušujících protidrogové právní předpisy jsou přímým ukazatelem aktivity orgánů pro prosazování právních předpisů, jelikož se týkají konsensuálních trestných činů, které potenciální oběti obvykle nehlásí. Mnohdy jsou vnímány jako nepřímé ukazatele užívání drog a obchodování s drogami, třebaže zahrnují pouze ty aktivity, o nichž se orgány pro prosazování právních předpisů dozvěděly. Navíc také pravděpodobně odrážejí národní rozdíly v legislativě, prioritách a zdrojích. Vedle toho se národní informační systémy v Evropě liší, zvláště co se týká evidence a výkaznictví. Z těchto důvodů je obtížné provést validní porovnání mezi zeměmi a je vhodnější porovnávat trendy spíše než absolutní čísla.

Index EU, vycházející z údajů poskytnutých 21 členskými státy, které představují 85 % populace ve věku 15–64 let v Evropské unii, ukazuje, že počet hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy vzrostl v letech 2003 až 2008 odhadem o 35 %. Zohledníme-li všechny země poskytující údaje, poukazují data za toto období na vzestupné trendy v patnácti zemích a stabilizaci nebo celkový pokles v devíti zemích ([29]).

Trestné činy spojené s užíváním a nabídkou drog

V rovnováze mezi trestnými činy porušujícími protidrogové právní předpisy souvisejícími s užíváním a těmi, jež souvisely s nabídkou, nedošlo ve srovnání s předchozími lety k žádnému většímu posunu. Ve většině evropských zemí (23) představovaly v roce 2008 trestné činy související s užíváním drog nebo držením drog pro vlastní potřebu nadále většinu trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy, přičemž nejvyšší podíly (81–92 %) hlásí Estonsko, Španělsko, Francie, Rakousko, Slovinsko a Švédsko. V České republice však převažují trestné činy související s nabídkou (87 %) ([30]).

V letech 2003 až 2008 vzrostl počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s užíváním drog v 19 zemích poskytujících údaje, přičemž pouze Bulharsko, Německo, Řecko, Rakousko a Slovinsko uvádějí za toto období pokles. Celkový počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s užíváním drog v období 2003 až 2008 poklesl v Evropské unii odhadem o 37 % (obr. 2).

Počet trestných činů souvisejících s nabídkou drog v období 2003–2008 rovněž stoupal, avšak mnohem pomalejším tempem, přičemž nárůst v Evropské unii činil asi 10 %. Za toto období hlásí 17 zemí celkový nárůst v počtu trestných činů souvisejících s nabídkou drog, zatímco osm zemí hlásí pokles ([31]).

([29]) Viz obr. DLO-1 a tab. DLO-1 ve Statistickém věstníku 2010.
([30]) Viz tab. DLO-2 ve Statistickém věstníku 2010.
([31]) Viz obr. DLO-1 a tab. DLO-5 ve Statistickém věstníku 2010.

Trendy u jednotlivých drog

Konopí zůstává v Evropě nadále nejčastěji hlášenou nezákonnou drogou, co se týče trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy ([32]). Ve většině evropských zemí trestné činy související s konopím v roce 2008 tvořily 50 až 75 % hlášených trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy. Trestné činy související s jinými drogami počtem převyšují trestné činy související s konopím pouze ve třech zemích: v České republice a Lotyšsku s metamfetaminem (57 % a 33 %) a v Litvě s heroinem (26 %).

V období 2003–2008 počet trestných činů porušujících protidrogové právní předpisy v souvislosti s konopím vzrostl v 15 sledovaných zemích, což vedlo k odhadovanému nárůstu o 29 % v Evropské unii (obr. 2). Sestupné trendy hlásí Bulharsko, Česká republika, Německo, Itálie, Rakousko a Slovinsko ([33]).

Trestné činy související s kokainem vzrostly za období 2003–2008 v 17 zemích poskytujících údaje, přičemž Bulharsko, Německo, Itálie a Rakousko hlásily sestupné trendy. V Evropské unii za stejné období počet trestných činů souvisejících s kokainem celkově vzrostl asi o 45 %, přičemž v posledním roce vykazoval ustálení ([34]).

Změna sestupného trendu na vzestupný hlášená v loňském roce u trestných činů souvisejících s heroinem je nyní potvrzena: průměr EU u těchto trestných činů za období 2003–2008 stoupl o 39 %. Počet trestných činů souvisejících s heroinem vzrostl v 16 zemích poskytujících údaje, přičemž v Bulharsku, Německu, Itálii a Rakousku byl za období 2003–2008 hlášen pokles ([35]).

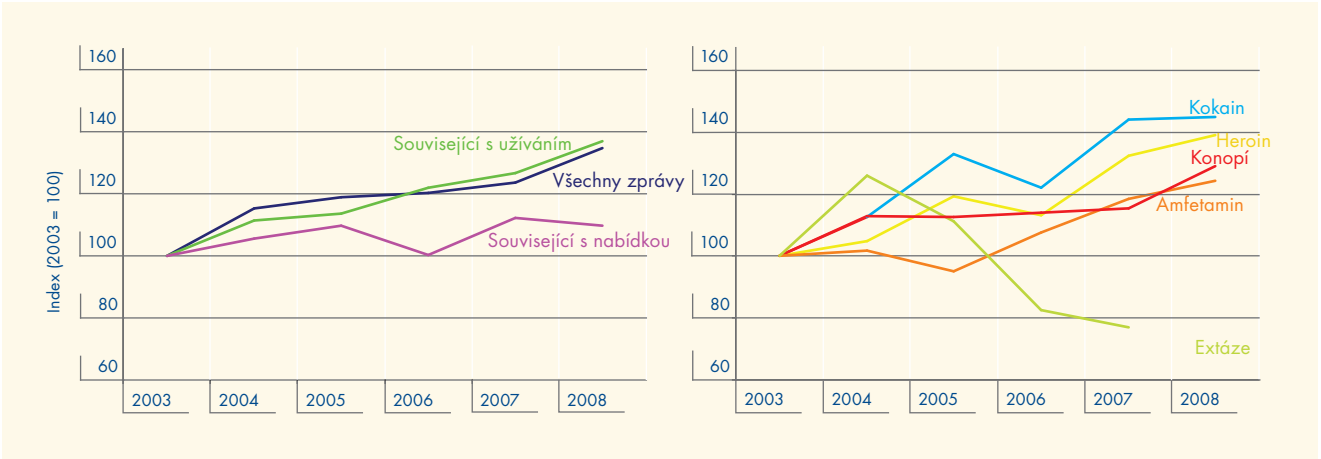
Počet trestných činů souvisejících s amfetaminy hlášených v Evropské unii vykazuje nadále stoupající trend, při odhadovaném nárůstu 24 % v období 2003 až 2008. Naproti tomu trestné činy související s extází za stejné období poklesly odhadem o 35 % (obr. 2).

Zdravotní a sociální řešení ve věznicích

V Evropské unii je ve věznicích neustále přes 600 000 lidí ([36]), což představuje v průměru 120 vězňů na 100 000 obyvatel ([37]). Národní údaje o vězeňské populaci se pohybují od 66 do 285 vězňů na 100 000 obyvatel, přičemž většina členských států střední a východní Evropy uvádí vyšší než průměrné počty. Národní údaje a průměr EU však zůstávají značně pod hodnotami, které uvádějí Rusko (609) a USA (753) ([38]).

Ve většině zemí EU tvoří vězni odsouzení za trestné činy porušující protidrogové právní předpisy 10 až 30 % vězeňské populace. Neznámé procento ostatních je odsouzeno za majetkové trestné činy, kterými si opatřují prostředky na drogovou závislost, nebo za jinou trestnou činnost související s drogami.

Obr. 2: Trendy ve zprávách o deliktech souvisejících s drogami podle typu deliktu a podle typu drogy v členských státech EU



Pozn.: Trendy představují dostupné informace o počtu národních zpráv o deliktech souvisejících s drogami (trestných i netrestných) hlášených všemi orgány pro prosazování práva ve všech členských státech EU; všechny řady jsou indexovány k základu 100 v roce 2003 a váženy podle velikosti národní populace, čímž je dán celkový trend EU. Další informace viz obr. DLO-1 a DLO-3 ve Statistickém věstníku 2010.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

([32]) Viz tab. DLO-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([33]) Viz tab. DLO-6 ve Statistickém věstníku 2010.
([34]) Viz obr. DLO-3 a tab. DLO-8 ve Statistickém věstníku 2010.
([35]) Viz tab. DLO-7 ve Statistickém věstníku 2010.
([36]) Údaje o věznicích v Evropě uvádí Rada Evropy.
([37]) Výraz „vězeň" zahrnuje jak osoby ve vazbě, tak odsouzené.
([38]) Zdroj: *World prison brief* pro údaj ze Spojených států amerických a Ruska.

Užívání drog ve vězeňské populaci

I nadále přetrvává nedostatečná standardizace definic, výzkumných otázek a metodik používaných ve studiích o užívání drog ve věznicích (generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele, 2008; Vandam, 2009), i když existující studie ukazují, že užívání drog má nadále větší prevalenci mezi vězni než v běžné populaci. Údaje z několika studií provedených od roku 2003 dále ukazují, že v prevalenci užívání drog mezi vězni jsou značné rozdíly: například pravidelné užívání drog v měsíci před nástupem do věznice uváděla v některých zemích jen 3 % respondentů, zato v jiných až 77 %. Studie rovněž nasvědčují tomu, že mezi vězni jsou pravděpodobně častější nejškodlivější formy užívání drog, když asi 6 až 38 % dotázaných v průzkumech uvedlo, že někdy v životě užívali drogy injekčně ([39]).

Po nástupu do věznice většina uživatelů užívání drog omezila nebo s ním přestala, především kvůli problémům se získáváním látek. Skutečnost, že nelegální drogy si najdou cestu do většiny věznic i přes všechna opatření přijatá ke snížení jejich nabídky, však v Evropě uznávají jak odborníci na vězeňství, tak tvůrci politik. Ve studiích provedených od roku 2003 se odhady užívání drog ve věznici pohybují od 1 % do 56 % vězňů. V národní studii provedené v Portugalsku v roce 2007 uvedlo pravidelné užívání drog v posledním měsíci pobytu ve věznici 12 % vězňů ([40]). Studie 246 vězňů v Lucembursku zjistila, že 31 % užívalo drogy ve věznici injekčně, zatímco studie ve třech dalších zemích uváděly míru injekčního užívání 10 % nebo více ([41]). Injekční uživatelé drog ve vazbě podle všeho sdílejí injekční náčiní v porovnání s uživateli mimo věznici častěji. To vyvolává obavy ohledně potenciálního šíření infekčních chorob ve vězeňské populaci.

Zdraví v evropských věznicích

Vězni mají nárok na lékařskou péči stejné úrovně jako osoby žijící na svobodě a vězeňské zdravotnické služby by měly být schopny poskytnout léčbu problémů souvisejících s užíváním drog v podmínkách srovnatelných s těmi, jež jsou nabízeny lidem mimo věznici (CPT, 2006; WHO, 2007). Tato obecná zásada rovnocennosti je v Evropské unii uznána prostřednictvím doporučení Rady ze dne 18. června 2003 o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí ([42]), přičemž nový protidrogový akční plán EU (2009–2012) vyzývá k jeho provádění.

Spolupráce mezi věznicemi a zdravotními a sociálními službami se v Evropě rozvíjí. K příkladům patří přenos odpovědnosti za vězeňské zdravotnictví z národní justice na zdravotní správu ve Francii, Itálii, Švédsku, Norsku a Anglii a Walesu (plánuje se také ve Skotsku), integrace komunitních zdravotnických zařízení do multidisciplinárních vězeňských týmů v Lucembursku, Portugalsku, Slovinsku a Švédsku a rostoucí poskytování intramurálních služeb komunitními protidrogovými zařízeními, která nyní ve většině zemí existují.

Národní protidrogové strategie a akční plány mnohdy zahrnují cíle péče ve věznicích, jako například zlepšení rovnocennosti, kvality a kontinuity vězeňské léčby a péče. Některé země vypracovaly pro systémy vězeňství specifické strategie. Španělsko a Lucembursko provádějí vězeňské zdravotní politiky více než deset let a dokumentují jejich účinnost. V poslední době byli v Belgii jmenováni koordinátoři vězeňské protidrogové politiky a bylo zřízeno centrální pracoviště, kde spolupracuje personál věznice a protidrogoví specialisté na tom, aby byli vězni po propuštění v kontaktu s léčbou. V maďarské vězeňské službě byl v roce 2008 zřízen výbor pro otázky drog. Protidrogový akční plán na období 2007–2009 české vězeňské služby je vodítkem při provádění nových služeb a zahrnuje prvek monitorování a hodnocení. Ve Spojeném království usiluje protidrogová strategie na období 2008–2011 Národní služby pro management pachatelů trestné činnosti (National Offender Management Service) (NOMS, 2009) o poskytování raných intervencí pro mladé lidi a kontrolu pachatelů s problémy zneužívání drog, aby snížila škody působené drogami a alkoholem.

Pomoc uživatelům drog ve věznicích

Vězni v Evropě mají přístup k řadě služeb souvisejících s užíváním drog a s ním spojenými problémy. Patří k nim informace o drogách a zdraví, zdravotní péče v případě infekčních chorob, léčba drogové závislosti, opatření k minimalizaci škod a příprava na propuštění ([43]).

V posledních letech vypracovaly mezinárodní organizace informace a metodiku týkající se zvládání infekčních chorob ve věznicích. Úřad UNODC ve spolupráci s WHO a UNAIDS publikoval sérii informačních materiálů pro vězeňské správy a další rozhodující činitele, které vysvětlují, jak vypracovat efektivní národní řešení problematiky HIV/AIDS v prostředí věznic (UNODC, WHO a UNAIDS, 2006). Další dokument poskytuje

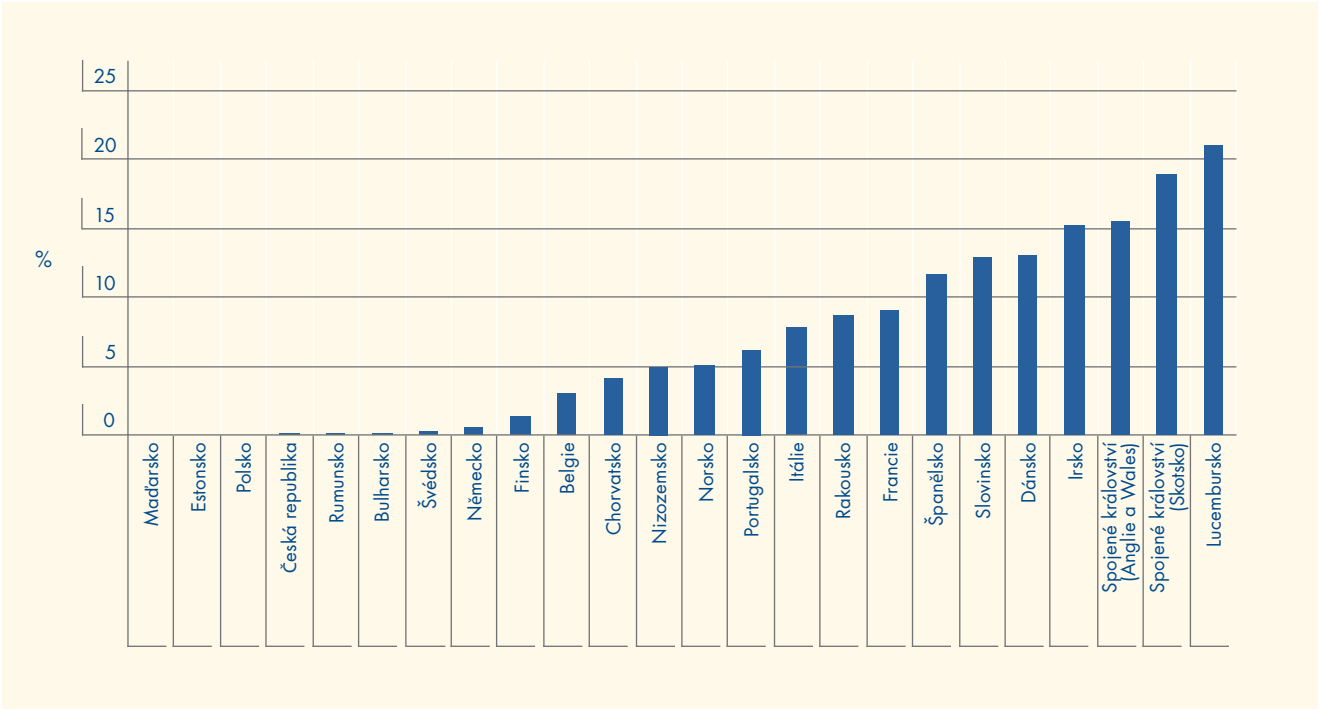
([39]) Viz tab. DUP-2 a DUP-105 ve Statistickém věstníku 2010.
([40]) Viz tab. DUP-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([41]) Viz tab. DUP-4 ve Statistickém věstníku 2010.
([42]) Úř. věst L 165, 3.7.2003, s. 31.
([43]) Viz tab. HSR-7 ve Statistickém věstníku 2010.

vodítko k tomu, jak efektivněji předávat informace o poradenství ohledně infekčních chorob a testování v prostředí věznic a zlepšit sdělování výsledků vězňům (UNODC, UNAIDS a WHO, 2010).

Několik málo zemí jasně definovalo soubor oblastí zdravotní péče a standardů ve věznicích, mimo jiné Česká republika, Španělsko, Lucembursko a Spojené království, a kroky v tomto směru podnikají i další země. Několik zemí nyní hlásí, že posuzují dostupnost a kvalitu zdravotní péče pro uživatele drog ve věznicích. Například v Irsku byla v jedné studii (Irská vězeňská služba, 2009) zjištěna potřeba upravit kapacity vězeňských lékárenských služeb podle růstu poskytování substituční léčby, zatímco ve Francii zjistil nový dozorčí orgán (vrchní inspektorát věznic a dalších uzavřených institucí) nedostatky ve vězeňské zdravotní péči a identifikoval rizika infekce. Nizozemsko zavedlo novou směrnici ohledně péče o uživatele drog ve věznicích, která věnuje zvláštní pozornost infekčním nemocem souvisejícím s drogami ([44]). Kvalita vězeňských služeb se v několika zemích rovněž zvyšuje díky investicím a školení. V Belgii absolvovali všichni vězeňští pracovníci školení o politikách proti alkoholu a drogám ve věznicích, vězeňští lékaři v Chorvatsku byli vyškoleni v substituční léčbě a projekt pod vedením Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) poskytl školení v prevenci HIV a protidrogové osvětě lotyšským vězeňským lékařům, sociálním pracovníkům a psychologům, kteří pak školili vězně. Ve Finsku musejí nové vězeňské léčebné programy získat akreditaci od organizace Criminal Sanctions Agency.

Po rozšíření komunitní substituční léčby závislosti na opiátech hlásí řada zemí nárůst počtu klientů substituční léčby závislosti na opiátech, kteří nastupují do věznic. Kontinuita péče v substituční léčbě je zvláště důležitá, vzhledem k vysokému počtu případů úmrtí z předávkování po propuštění (EMCDDA, 2009a) a kvůli snížení rizika trestné činnosti páchané z důvodu získání prostředků na užívání nelegálních drog. V roce 2008 začaly umožňovat pokračování substituční léčby závislosti na opiátech ve věznicích Bulharsko, Estonsko a Rumunsko. Tento způsob léčby však není dostupný ve věznicích v Řecku, na Kypru, v Litvě, Lotyšsku, na Slovensku a v Turecku. Lze odhadnout, že v šesti členských státech dostává substituční léčbu závislosti na opiátech více než 10 % všech vězňů, zatímco v osmi dalších zemích je odpovídající číslo v rozmezí 3 až 10 % (obr. 3). Ve většině zemí je detoxifikace nadále „výchozí" léčbou pro uživatele opiátů nastupující do nápravných zařízení.

Obr. 3: Procento vězeňské populace v substituční léčbě závislosti na opiátech



Pozn.: Údaje jsou uváděny pro všechny země, kde je ve věznicích dostupná substituční léčba, s výjimkou Malty. Údaje jsou za rok 2008, s výjimkou Rakouska a Skotska (2007), Belgie a Nizozemska (2009). Poznámky a zdroje viz tab. HSR-9 ve Statistickém věstníku 2010.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

([44]) Viz Portál správné praxe.

Kapitola 3
Konopí

Úvod

Konopí je nejrozšířenější nelegální drogou v Evropě, kam se dováží a kde se i podomácku pěstuje. Ve většině zemí užívání konopí během 90. let 20. století a v prvních letech 21. století stouplo, i když mezi zeměmi zůstávají značné rozdíly. Navíc v posledních letech došlo k lepšímu pochopení zdravotních důsledků dlouhodobého a rozšířeného užívání této drogy a k nárůstu počtu hlášených žádostí o léčbu problémů souvisejících s konopím. Evropa nyní možná vstupuje do nové fáze, kdy údaje z průzkumů v běžné populaci a ve školách ukazují na stabilizovanou situaci nebo dokonce na pokles užívání konopí. Míra užívání však zůstává z historického hlediska vysoká a v evropské debatě o drogách zůstává klíčovou otázkou, jak užívání konopí efektivně řešit.

Nabídka a dostupnost

Výroba a obchodování

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

Pěstování konopí v Evropě je rozšířené a podle všeho je na vzestupu. V roce 2008 uvádělo pěstování konopí podomácku 29 evropských zemí poskytujících informace, ačkoli rozsah a povaha tohoto fenoménu zřejmě značně kolísají. Významná část konopí užívaného v Evropě je však pravděpodobně výsledkem meziregionálního obchodování.

Rostlinné konopí se do Evropy také dováží, většinou z Afriky (např. z Nigérie, Kapverd, Jižní Afriky) a méně často z americké oblasti, zvláště z karibských ostrovů, z Blízkého Východu (Libanonu) a z Asie (Thajska). V nedávné zprávě (INCB, 2010b) jsou jako země původu uváděny také Albánie, Bývalá jugoslávská republika Makedonie, Moldavsko, Černá Hora a Srbsko.

Celosvětová produkce konopné pryskyřice se v roce 2008 odhaduje v rozmezí 2 200 až 9 900 tun

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

	Konopná pryskyřice	Rostlinné konopí
Odhad celosvětové produkce (v tunách)	2 200–9 900	13 300–66 100
Celosvětově zadržené množství (v tunách)	1 637	6 563
Zadržené množství (v tunách)		
EU a Norsko	892	60
(včetně Chorvatska a Turecka)	(900)	(92)
Počet záchytů		
EU a Norsko	367 400	273 800
(včetně Chorvatska a Turecka)	(368 700)	(288 600)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram)		
Rozpětí	3–10	3–16
(Mezikvartilové rozpětí) (1)	(6–9)	(5–9)
Průměrná potence (obsah THC v %)		
Rozpětí	3–16	1–10
(Mezikvartilové rozpětí) (1)	(6–10)	(5–8)

(1) Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.
Pozn.: Všechny údaje jsou za rok 2008.
Zdroje: Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (2009, 2010b) pro celosvětové hodnoty, národní kontaktní místa sítě Reitox pro údaje za Evropu.

(UNODC, 2009), přičemž jako hlavní producenti se uvádějí Afghánistán a Maroko. Nedávný průzkum nasvědčuje tomu, že Afghánistán je pravděpodobně v současnosti největším světovým výrobcem konopné pryskyřice, přičemž produkce se odhaduje v rozmezí 1 500 až 3 500 tun za rok (UNODC, 2010a). Poslední dostupný odhad pro Maroko uváděl produkci konopné pryskyřice asi 1 000 tun v roce 2005 (UNODC a vláda Maroka, 2007). Přestože v Evropě se prodává část konopné pryskyřice produkované v Afghánistánu, je pravděpodobné, že hlavním dodavatelem této drogy do Evropy zůstává Maroko. Konopná pryskyřice z Maroka se obvykle pašuje do Evropy přes Iberský poloostrov a Nizozemsko.

Záchyty drogy

V roce 2008 bylo celosvětově zachyceno odhadem 6 563 tun rostlinného konopí a 1 637 tun konopné pryskyřice, což oproti předchozímu roku znamená celkový nárůst asi o 17 % (UNODC, 2010b). Na záchytech rostlinného konopí se největším množstvím nadále podílela Severní Amerika (48 %), zatímco záchyty konopné pryskyřice se nadále soustředily do západní a střední Evropy (57 %).

V Evropě bylo v roce 2008 provedeno 289 000 záchytů rostlinného konopí, což představuje 92 tun ([45]). Počet záchytů vzrostl v období mezi lety 2003 a 2008 dvaapůlkrát. Množství zachyceného rostlinného konopí zůstává od roku 2003 – s výjimkou období 2004–2005, kdy pokleslo přibližně na 65 tun – relativně stabilní těsně nad hranicí 90 tun ([46]). Spojené království si připsalo přibližně polovinu celkového počtu záchytů, které ročně představují 20 tun nebo více za období 2005–2007. Rekordní záchyty v roce 2008 hlásilo Turecko (31 tun) a Německo (9 tun).

Publikace EMCDDA „Insights“: Výroba konopí a trhy v Evropě

V roce 2011 vydá centrum EMCDDA novou publikaci řady „Insight“ o výrobě a trzích konopí. Zpráva se zaměří na nabídku konopných produktů v evropských zemích a prozkoumá typy dostupných produktů, jejich původ, jejich podíly na trhu a další otázky týkající se distribuce a struktur trhu. Zvláštní pozornost bude věnována pěstování konopí uvnitř evropských hranic, které je v posledních letech stále patrnější.

Záchyty konopné pryskyřice v Evropě převyšují záchyty rostlinného konopí jak co do počtu, tak co do zachyceného množství ([47]). V roce 2008 bylo provedeno 369 000 záchytů konopné pryskyřice, které vyústily v zadržení 900 tun drogy, téměř desetinásobku zadrženého množství rostlinného konopí. V letech 2003 až 2008 počet záchytů konopné pryskyřice vytrvale vzrůstal, zatímco množství zachycené pryskyřice po počátečním poklesu stoupá od roku 2006. Asi polovinu z celkového počtu záchytů konopné pryskyřice a asi tři čtvrtiny množství zadrženého v roce 2008 hlásilo nadále Španělsko, přičemž rekordní množství konopné pryskyřice zadržela Francie (71 tun), Portugalsko (61 tun) a Itálie (34 tun).

Počet záchytů rostlin konopí od roku 2003 stoupá, přičemž v roce 2008 dosáhl odhadem počtu 19 000 případů. Země vyjadřují zadržené množství buďto počtem zachycených rostlin, nebo jejich hmotností. Počet zachycených rostlin vzrostl z 1,7 milionu v roce 2003 na 2,6 milionu v roce 2007, než v roce 2008 poklesl na 1,2 milionu ([48]). Hmotnost zachycených rostlin vzrostla za toto období čtyřiapůlkrát na 43 tun v roce 2008, z čehož Španělsko hlásilo 24 tun a Bulharsko 15 tun.

Cena a potence

Potence konopných produktů je dána obsahem delta-9-tetrahydrokanabinolu (THC), jejich hlavní účinné složky. Potence konopí značně kolísá mezi zeměmi i uvnitř nich a také mezi jednotlivými konopnými produkty. Informace o potenci konopí vychází většinou z forenzní analýzy vybraného vzorku zadrženého konopí. Není zřejmé, do jaké míry analyzované vzorky odrážejí celkový trh, a z tohoto důvodu je třeba údaje o potenci interpretovat obezřetně.

V roce 2008 se hlášený národní průměr obsahu THC v konopné pryskyřici pohyboval od 3 % do 16 %. Průměrná potence rostlinného konopí (pokud možno s výjimkou rostliny sinsemilla – což je forma rostlinného konopí s nejvyšší potencí) se pohybovala od 1 % do 10 %. Průměrnou potenci formy sinsemilla hlásilo pouze několik málo zemí: vždy byla vyšší než u dováženého rostlinného konopí a pohybovala se mezi 12 % v Norsku a hodnotou těsně nad 16 % v Nizozemsku a Spojeném království. V období 2003–2008 se průměrná potence konopné pryskyřice v jedenácti zemích poskytujících dostatečné údaje lišila, přičemž potence rostlinného

([45]) Údaje o záchytech drogy v Evropě zmíněné v této kapitole jsou uvedeny v tab. SZR-1 až SZR-6 ve Statistickém věstníku 2010.
([46]) Tato analýza je předběžná, protože údaje ze Spojeného království za rok 2008 dosud nejsou k dispozici.
([47]) V důsledku rozdílů ve velikosti zásilek a překročených vzdálenostech i v důsledku nutnosti překračovat mezinárodní hranice je riziko záchytu pravděpodobně vyšší u konopné pryskyřice než u podomácku pěstovaného rostlinného konopí.
([48]) Analýza nezahrnuje Tureckem uváděné záchyty 31 milionů rostlin konopí v roce 2003 a 20 milionů rostlin v roce 2004, protože údaje o zachycených množstvích nejsou pro následující roky dostupné.

konopí v šesti zemích poskytujících údaje vzrostla a ve čtyřech poklesla. Informace o potenci místně produkovaného rostlinného konopí za určitý počet let je k dispozici pouze pro Nizozemsko, kde byl zaznamenán pokles průměrné potence rostliny *nederwiet*, a to z maxima 20 % v roce 2004 na 16 % v letech 2007 a 2008 ([49]).

Průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice se v roce 2008 pohybovala od 3 EUR do 10 EUR za gram v sedmnácti zemích, které poskytly informace, přičemž dvanáct z nich uvedlo hodnoty od 6 EUR do 9 EUR. Průměrná spotřebitelská cena rostlinného konopí se pohybovala od 3 EUR do 16 EUR za gram v 16 zemích, které poskytly informace, přičemž 10 z nich uvedlo ceny od 5 EUR do 9 EUR. Průměrná spotřebitelská cena konopné pryskyřice poklesla nebo zůstala stejná ve všech zemích s údaji za období 2003–2008 s výjimkou Belgie a Rakouska, kde vzrostla. Během stejného období ukazují údaje dostupné pro rostlinné konopí na stabilní nebo rostoucí ceny v Evropě, přičemž sestupné trendy jsou hlášeny pouze v Maďarsku a Turecku.

Příjmy a zisky z nelegálního pěstování konopí

Odhady vydané policejními složkami nasvědčují tomu, že rostliny konopí zachycené v roce 2008 mohly přinést tržby ve výši 70 milionů EUR v Belgii a 76 milionů EUR ve Spojeném království (NPIA, 2009), přičemž v Německu by se velkoobchodní zisky pohybovaly v rozmezí 36 až 61 milionů EUR. Celkové příjmy z nelegální komerční produkce konopí je však obtížné posoudit, protože tyto číselné údaje se týkají pouze zachycených rostlin konopí. Také odhad zisků musí zohlednit několik dalších proměnných.

Příjmy z nelegální komerční produkce konopí jsou závislé na několika faktorech, mimo jiné: na oseté výměře, počtu rostlin, průměrném výnosu z rostliny a počtu sklizní za rok. Vysoká hustota rostlin a časté sklizně obecně snižují výnos z každé rostliny. Dosažené příjmy rovněž závisejí na tom, zda se sklizeň prodá na maloobchodním nebo velkoobchodním trhu, neboť ceny na maloobchodním trhu jsou obvykle vyšší.

Náklady spojené s nelegální komerční produkcí konopí zahrnují: prostory, semena nebo sazenice, půdu nebo minerální vlnu, živiny, osvětlení a čerpadla, nástroje a ventilaci a pracovní sílu. Významnou položkou výrobních nákladů je také elektřina, pokud není získávána nelegálně.

K výpočtu příjmu a zisku z nelegálních konopných plantáží vytvořily nizozemské orgány pro prosazování právních předpisů technické standardy, které pravidelně aktualizují. Nové metodiky jsou také vyvíjeny v Belgii a ve Spojeném království.

Prevalence a vzorce užívání

Užívání konopí v běžné populaci

Podle konzervativních odhadů užilo konopí alespoň jednou v životě (celoživotní prevalence) asi 75,5 milionu Evropanů, tj. více než každá pátá osoba ve věku 15–64 let (shrnutí dat viz tab. 3). Mezi zeměmi existují značné rozdíly, přičemž národní prevalence se pohybuje od 1,5 % do 38,6 %. Pro většinu zemí se odhady prevalence pohybují v rozmezí 10–30 %.

Odhaduje se, že konopí užilo v posledním roce asi 23 milionu Evropanů neboli v průměru 6,8 % všech osob ve věku 15–64 let. Odhady prevalence v posledním měsíci budou zahrnovat ty, kdo drogu užívají pravidelněji, i když ne nutně denně nebo intenzivně. Odhaduje se, že v posledním měsíci užilo drogu asi 12,5 milionu Evropanů, v průměru asi 3,7 % všech osob ve věku 15–64 let.

Užívání konopí mezi mladými dospělými

Užívání konopí je rozšířené převážně mezi mladými lidmi (15–34 let), přičemž nejvyšší prevalence užití v posledním roce se obvykle uvádí u osob ve věku 15 až 24 let. Je tomu tak ve všech zemích poskytujících údaje s výjimkou Portugalska ([50]).

Údaje z průzkumů v populaci ukazují, že konopí někdy užilo v průměru 31,6 % mladých dospělých v Evropě (15–34 let), přičemž 12,6 % drogu užilo v posledním roce a 6,9 % v posledním měsíci. Ještě větší je podle odhadů podíl Evropanů ve věkové skupině 15–24 let, kteří užili konopí v posledním roce (16 %) nebo v posledním měsíci (8,4 %). Národní odhady prevalence užívání konopí se v jednotlivých zemích značně liší ve všech ukazatelích prevalence. Například odhady prevalence užívání v posledním roce mezi mladými dospělými na horním konci stupnice uvádějí hodnoty více než 30krát vyšší než v případě zemí s nejnižší prevalencí.

Užívání konopí je obecně vyšší u mužů než u žen. Například poměr mezi počtem mužů a počtem žen se mezi osobami, které uvedly, že v posledním roce užily konopí, pohyboval v rozmezí od 6,4:1 v Portugalsku až po 1,4:1 v Bulharsku ([51]).

Užívání konopí je zvláště rozšířené v určitých skupinách mladých lidí, například mezi těmi, kteří často navštěvují noční kluby, hospody a hudební akce (Hoare, 2009). Cílené průzkumy nedávno provedené v prostředí

([49]) Údaje o potenci a ceně viz tab. PPP-1 a PPP-5 ve Statistickém věstníku 2010.
([50]) Viz obr. GPS-1 ve Statistickém věstníku 2010.
([51]) Viz tab. GPS-4 (část iii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.

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

Věková skupina	Časový rámec užívání		
	Celoživotní	V posledním roce	V posledním měsíci
15–64 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	75,5 milionu	23 milionu	12,5 milionu
Evropský průměr	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Rozpětí	1,5–38,6 %	0,4–15,2 %	0,1–8,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (1,5 %) Malta (3,5 %) Kypr (6,6 %) Bulharsko (7,3 %)	Rumunsko (0,4 %) Malta (0,8 %) Řecko (1,7 %) Švédsko (1,9 %)	Rumunsko (0,1 %) Malta, Švédsko (0,5 %) Řecko, Polsko (0,9 %) Litva, Maďarsko (1,2 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Dánsko (38,6 %) Česká republika (34,2 %) Itálie (32,0 %) Spojené království (31,1 %)	Česká republika (15,2 %) Itálie (14,3 %) Španělsko (10,1 %) Francie (8,6 %)	Česká republika (8,5 %) Španělsko (7,1 %) Itálie (6,9 %) Francie (4,8 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	42 milionu	17 milionu	9,5 milionu
Evropský průměr	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Rozpětí	2,9–53,3 %	0,9–28,2 %	0,3–16,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (2,9 %) Malta (4,8 %) Kypr (9,9 %) Řecko (10,8 %)	Rumunsko (0,9 %) Malta (1,9 %) Řecko (3,2 %) Kypr (3,4 %)	Rumunsko (0,3 %) Švédsko (1,0 %) Řecko (1,5 %) Polsko (1,9 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (53,3 %) Dánsko (48,0 %) Francie (43,6 %) Spojené království (40,5 %)	Česká republika (28,2 %) Itálie (20,3 %) Španělsko (18,8 %) Francie (16,7 %)	Česká republika (16,7 %) Španělsko (13,4 %) Itálie (9,9 %) Francie (9,8 %)
15–24 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	19,5 milionu	10 milionu	5,5 milionu
Evropský průměr	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Rozpětí	3,7–58,6 %	1,5–37,3 %	0,5–22,4 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (3,7 %) Malta (4,9 %) Kypr (6,9 %) Řecko (9,0 %)	Rumunsko (1,5 %) Řecko, Kypr (3,6 %) Švédsko (4,9 %) Portugalsko (6,6 %)	Rumunsko (0,5 %) Řecko, Švédsko (1,2 %) Kypr (2,0 %) Polsko (2,5 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (58,6 %) Francie (42,0 %) Dánsko (41,1 %) Německo (39,0 %)	Česká republika (37,3 %) Španělsko (24,1 %) Itálie (22,3 %) Francie (21,7 %)	Česká republika (22,4 %) Španělsko (16,9 %) Francie (12,7 %) Itálie (11,0 %)

Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v období 2001 až 2008/2009 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 let (334 milionů), 15–34 let (133 milionů) a 15–24 let (63 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci" ve Statistickém věstníku 2010.

elektronické taneční hudby v České republice, Rakousku a Spojeném království uváděly, že přes 80 % respondentů někdy v životě užilo konopí, což je procento, které je mnohem vyšší, než je evropský průměr mezi mladými dospělými (Measham a Moore, 2009).

Užívání konopí mezi studenty

Průzkum ESPAD, který se provádí každé čtyři roky, poskytuje srovnatelná data o užívání alkoholu a drog mezi studenty ve věku 15 až 16 let v Evropě (Hibell a kol.,

2009). V roce 2007 byl průzkum proveden v 25 členských státech EU a dále v Norsku a Chorvatsku. Národní školní průzkumy v roce 2008 navíc uskutečnilo Španělsko, Itálie, Švédsko a Spojené království, Belgie (Vlámské společenství Belgie) provedla regionální školní průzkum.

Údaje z národních školních průzkumů ESPAD za rok 2007 a 2008 ukazují, že nejvyšší celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty škol ve věku 15 až 16 let je v České republice (45 %), zatímco Estonsko, Francie, Nizozemsko, Slovensko a Spojené království hlásí prevalenci v rozmezí 26 až 32 %. Celoživotní prevalenci užívání konopí v rozpětí 13 až 25 % hlásí 15 zemí. Nejnižší prevalence (méně než 10 %) jsou hlášeny v Řecku, na Kypru, v Rumunsku, Finsku, Švédsku a Norsku. Rozdíl mezi pohlavími v užívání konopí je méně výrazný mezi studenty škol než mezi mladými dospělými. Poměr počtu mužů k počtu žen v užívání konopí mezi studenty škol se pohybuje od těsného rozdílu ve Španělsku a Spojeném království až po 2:1 nebo vyšší na Kypru, v Řecku, Polsku a Rumunsku ([52]).

Mezinárodní srovnání

Evropské údaje lze srovnat s údaji z jiných částí světa. Například v Kanadě (údaje za rok 2008) je celoživotní prevalence užívání konopí mezi mladými dospělými 53,8 % a prevalence užití v posledním roce 24,1 %. Ve Spojených státech amerických odhadla organizace SAMHSA (2008) celoživotní prevalenci užívání konopí na 49 % (16–34 let, přepočítalo centrum EMCDDA) a prevalence užití v posledním roce 21,5 %, zatímco v Austrálii (údaje za rok 2007) jsou tato čísla 47 % a 16 % pro osoby ve věku 14 až 39 let. Všechny tyto údaje jsou vyšší než evropské průměry, které činí 31,6 %, respektive 12,6 %.

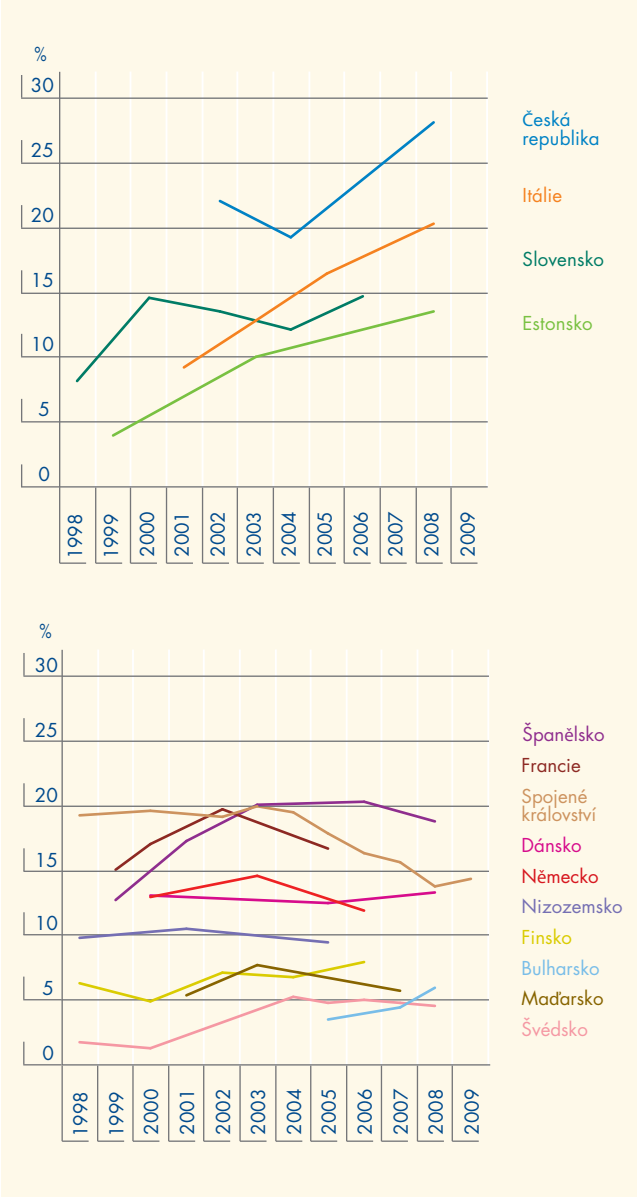
Česká republika, Španělsko, Francie a Slovensko hlásí úrovně celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty, které jsou porovnatelné s úrovněmi hlášenými ve Spojených státech amerických a v Austrálii ([53]).

Trendy v užívání konopí

V období 1998 až 2008 lze v patnácti zemích, které jsou schopny poskytnout dostatečné údaje, sledovat tři hlavní trendy v užívání konopí mezi dospělými (obr. 4). Pět zemí (Bulharsko, Řecko, Maďarsko, Finsko, Švédsko) uvedlo nízkou prevalenci (méně než 9 %) a relativně stabilní prevalenci užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými. Šest zemí (Dánsko, Německo, Španělsko, Francie, Nizozemsko, Spojené království) uvedlo vyšší prevalenci, která je však v posledních letech stabilní nebo klesá. Čtyři další země (Česká republika, Estonsko, Itálie, Slovensko) rovněž hlásily vyšší míru užívání konopí mezi mladými dospělými, avšak v posledních letech se stoupajícími trendy.

Při pohledu na novější trendy v užívání konopí mezi mladými dospělými uvádí většina z dvanácti zemí s opakovanými průzkumy během období 2003–2008 stabilní situaci (Dánsko, Německo, Španělsko, Maďarsko, Švédsko, Finsko, Spojené království). Pět zemí hlásí během tohoto období zvýšené užívání konopí – nejméně o dva procentní body v Bulharsku, Estonsku a na Slovensku a asi o osm procentních bodů v České republice a Itálii.

Obr. 4: Trendy prevalence užití konopí v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15 až 34 let)



Pozn.: Další informace viz obr. GPS-4 ve Statistickém věstníku 2010.
Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2009), převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

([52]) Viz tab. EYE-20 (část ii) a (část iii) ve Statistickém věstníku 2010.
([53]) Viz obr. EYE-1 (část xii) ve Statistickém věstníku 2010.

Obdobné vývojové trendy byly zjištěny v celé Evropě v časových trendech užívání konopí mezi studenty škol v letech 1995 až 2007 (EMCDDA, 2009a). Sedm zemí, především ze severu nebo jihu Evropy (Řecko, Kypr, Malta, Rumunsko, Finsko, Švédsko, Norsko), hlásí během celého období celkově stabilní a nízkou celoživotní prevalenci užívání konopí. Většina západoevropských zemí, stejně jako Chorvatsko a Slovinsko, které do roku 2003 měly vysokou nebo výrazně stoupající celoživotní prevalenci užívání konopí, zaznamenala v roce 2007 pokles nebo ustálení. Z těchto jedenácti zemí devět hlásí pokles a dvě ustálený trend. Situace je poněkud odlišná ve většině zemí střední a východní Evropy, kde se vzestupný trend sledovaný v období 1995 až 2003 podle všeho vyrovnává. V tomto regionu hlásí šest zemí stabilní situaci a dvě hlásí v období 2003 až 2007 vzestup.

Tři země, které v roce 2008 prováděly školní průzkumy (Belgie – Vlámské společenství Belgie, Švédsko a Spojené království), uvádějí oproti roku 2007 neměnnou nebo nižší celoživotní prevalenci užívání konopí, zatímco Španělsko hlásí pokles o více než tři procentní body. Údaje školních průzkumů ze Spojených států amerických a Austrálie rovněž svědčí o klesajícím trendu, který byl poprvé zaznamenán v Austrálii v roce 1999 ([54]).

Vzorce užívání konopí

Dostupná data ukazují na rozmanitost vzorců užívání konopí, od experimentálního užívání až po užívání kvůli závislosti. Mnoho jedinců látku užije jednou nebo dvakrát, jiní ji užívají příležitostně nebo po určitou omezenou dobu. Z osob ve věku 15–64 let, které někdy užily konopí, tak 30 % učinilo v posledním roce ([55]). Z těch, kteří drogu užili v posledním roce, tak v průměru polovina učinila v posledním měsíci.

Údaje ze vzorku 13 evropských zemí, které představují 77 % dospělé populace Evropské unie a Norska, ukazují, že z odhadovaného počtu 12,5 milionu Evropanů, kteří v posledním měsíci užili konopí, asi 40 % pravděpodobně konzumovalo drogu po dobu 1–3 dnů v daném měsíci; asi jedna třetina 4–19 dnů a jedna čtvrtina 20 dnů nebo více. Z těchto údajů lze odhadnout, že více než 1 % dospělých Evropanů, t.j. asi 4 miliony, užívá konopí téměř denně. Většina těchto uživatelů konopí, asi 3 miliony, je ve věku 15 až 34 let, což představuje přibližně 2 až 2,5 % všech Evropanů v této věkové skupině ([56]). Denní nebo téměř denní užívání konopí může mít asi čtyřikrát vyšší prevalenci u mužů než u žen.

Rizikové faktory začátku užívání konopí a vzniku závislosti

Výzkumní pracovníci se pokusili zjistit, proč se někteří uživatelé konopí stanou závislými, zatímco jiní ne. Jedním ze zjištění bylo to, že faktory související se začátkem užívání konopí jsou mnohdy odlišné od faktorů, které vedou k problémovému užívání a k závislosti na konopí. Některé vnější faktory (užívání drog vrstevníky a dostupnost konopí) a faktory týkající se daného jedince (např. pozitivní postoj k budoucímu užívání drog) jsou specificky spojeny se začátkem užívání konopí (Von Sydow a kol., 2002). Některé jiné faktory jsou s různou intenzitou spojeny jak se začátkem užívání konopí, tak se závislostí na konopí. Mezi nimi jsou genetické faktory (Agrawal a Lynskey, 2006), individuální faktory, jako například mužské pohlaví, duševní poruchy a užívání jiných látek (alkoholu, tabáku a dalších). Se začátkem užívání konopí jsou spojeny rodinné faktory, jako například špatný vztah s matkou a vyrůstání v neúplné rodině, zatímco se závislostí na konopí je spojen rozvod nebo odloučení rodičů a úmrtí rodiče před 15. rokem věku dané osoby (Coffey a kol., 2003; Swift a kol., 2008; Von Sydow, 2002).

Mezi faktory specificky spojené s progresí k závislosti patří intenzivní nebo rizikové vzorce užívání konopí, dlouhodobé užívání a raný nástup užívání. Jedinci, kteří prožívají pozitivní účinky (např. štěstí, smích) na začátku užívání konopí (ve věku 14–16 let), měli zvýšené riziko závislosti na konopí v pozdějším životě. S progresí k závislosti jsou spojeny také různé psychologické faktory a faktory duševního zdraví (včetně nízké sebeúcty, nízké úrovně sebeovládání a dovedností potřebých pro zvládání situací) a socioekonomické faktory (včetně nízkého socioekonomického statusu a špatné finanční situace) (Coffey a kol., 2003; Fergusson a kol., 2003; Swift a kol., 2008; Von Sydow, 2002).

Deset evropských zemí poskytujících údaje do studie ESPAD o studentech škol ve věku 15 až 16 let uvádí, že relativně vysoké procento (5–12 %) chlapců užilo konopí při 40 nebo více příležitostech. Tento podíl byl nejméně dvojnásobkem procenta zjištěného u dívek. Většina těchto zemí rovněž hlásila, že 5 až 9 % respondentů zahájilo užívání konopí ve věku 13 let nebo dříve. Tato skupina vzbuzuje obavy, protože raný začátek užívání je spojován s rozvojem intenzivních a problematických forem užívání drog v pozdějším životě.

Závislost je v rostoucí míře uznávána jako možný důsledek pravidelného užívání konopí, dokonce i mezi mladšími uživateli ([57]). Závažnost důsledků závislosti na konopí se však může jevit jako nižší, než je tomu u jiných

([54]) Viz obr. EYE-1 (část xii) ve Statistickém věstníku 2010.
([55]) Viz obr. GPS-2 ve Statistickém věstníku 2010.
([56]) Evropské průměry jsou odhadem založeným na váženém průměru (pro populaci) pro země, které poskytly informace, a zemím, které informace neposkytly, jsou přiřazeny. Získaná čísla jsou 1,2 % pro všechny dospělé (15–64 let) a 2,3 % pro mladé dospělé (15–34 let). Viz tab. GPS-10 ve Statistickém věstníku 2010.
([57]) Viz rámeček „Rizikové faktory startu užívání konopí a závislosti".

psychoaktivních látek (např. heroinu nebo kokainu). Rozvoj závislosti na konopí může být také postupnější než u jiných drog (Wagner a Anthony, 2002). Uvádí se, že polovina závislých uživatelů konopí, kteří přestali drogu užívat, tak dokázala učinit bez léčby (Cunningham, 2000). Někteří uživatelé konopí – především intenzivní uživatelé – však mohou mít problémy, aniž nutně splňují klinická kritéria závislosti ([58]).

Užívání konopí je spojeno s příslušností ke zranitelným nebo sociálně znevýhodněným skupinám, jako jsou například žáci předčasně ukončující školní docházku, záškoláci, děti v ústavní péči, mladiství pachatelé a mladí lidé žijící v ekonomicky deprivovaných lokalitách (EMCDDA, 2008c). Může být rovněž spojeno s užíváním jiných látek. Například mladí dospělí (ve věku 15 až 34 let), kteří uváděli časté nebo intenzivní užívání alkoholu v minulém roce, měli ve srovnání s běžnou populací dvakrát až šestkrát vyšší pravděpodobnost užívání konopí. A přestože většina uživatelů konopí jiné nelegální drogy neužívá, je u nich tato pravděpodobnost vyšší než u běžné populace. Adolescentní uživatelé konopí rovněž uvádějí v porovnání s běžnou populací žáků škol ve věku 15 až 16 let dvakrát až třikrát vyšší prevalenci kouření tabáku.

Někteří uživatelé konopí přistupují k rizikovějším vzorcům užívání, jako je například užívání konopí s velmi vysokým obsahem THC nebo ve velkých množstvích a inhalace z vodní dýmky („bong“) namísto „jointu“. Tito uživatelé celkově uvádějí více zdravotních problémů, včetně závislosti (Chabrol a kol., 2003; Swift a kol., 1998).

Léčba

Žádosti o léčbu

V roce 2008 bylo konopí primární drogou asi ve 21 % případů nastoupení léčby (85 000 klientů) hlášených 27 zeměmi, což z konopí činí druhou nejčastěji hlášenou drogu po heroinu. Uživatelé konopí jako primární drogy představují méně než 5 % počtu osob nastupujících léčbu v Bulharsku, Estonsku, Litvě, Lucembursku a Slovinsku a více než 30 % v Dánsku, Německu, Francii, Maďarsku a Nizozemsku, přičemž většina klientů užívajících konopí nastupuje léčbu ambulantně ([59]).

Tyto rozdíly lze vysvětlit prevalencí užívání konopí, potřebami protidrogové léčby, poskytováním a organizací léčby nebo postupy odesílání k léčbě. Co se týká dvou zemí s největšími podíly klientů užívajících konopí, v první se zaměřují poradenská centra na mladé uživatele drog (Francie), zatímco v druhé zemi (Maďarsko) je pachatelům trestné činnosti užívajícím konopí nabízena protidrogová léčba jako alternativa trestu. V obou těchto zemích má významnou úlohu při odesílání klientů k léčbě systém trestní justice, avšak členské státy celkově uvádějí, že většina uživatelů konopí, kteří v Evropě nastupují k léčbě, tak činí ze svého vlastního popudu. Někteří uživatelé také mohou nastoupit protidrogovou léčbu, protože mají jiné, skryté nemoci, například problémy duševního zdraví, a vhodnou léčbu jinde nemohou najít (Zachrisson a kol., 2006).

Mnozí klienti užívající konopí uvádějí také užívání alkoholu nebo jiných drog. Podle údajů shromážděných ve 14 zemích 65 % z nich užívá další drogu, většinou alkohol nebo kokain, a někteří uvádějí užívání jak alkoholu, tak kokainu (EMCDDA, 2009d). Konopí uvádí jako sekundární drogu 24 % všech ambulantně léčených uživatelů drog ([60]).

Trendy v počtu nových žádostí o léčbu drogové závislosti

V 18 zemích, u nichž jsou dostupná data, vzrostl v letech 2003 až 2007 počet uživatelů konopí jako primární drogy mezi osobami poprvé nastupujícími léčbu z asi 23 000 na 35 000, než v roce 2008 mírně poklesl na 33 000. Počínaje rokem 2005 a 2006 uvádí 13 zemí pokles v počtu nových klientů užívajících konopí ([61]). To může být odrazem nedávných sestupných trendů v užívání konopí, avšak může to mít také souvislost s naplněním kapacity služeb nebo využíváním jiných služeb (např. primární zdravotní péče a péče o duševní zdraví).

Profily klientů

V Evropě jsou klienty nastupujícími ambulantní léčbu kvůli primárnímu užívání konopí většinou mladí muži, přičemž poměr počtu mužů k počtu žen je 5:1 a průměrný věk je 25 let. Mezi uživateli drog poprvé nastupujícími k ambulantní léčbě uvádí užívání konopí jako primární drogy 69 % osob ve věku 15–19 let a 83 % osob mladších 15 let ([62]).

Celkově je 22 % uživatelů konopí jako primární drogy nastupujících ambulantní léčbu příležitostnými uživateli (nebo konopí neužilo v měsíci před nastoupením léčby), kteří jsou pravděpodobně často odesláni k léčbě systémem trestní justice – 11 % užívá konopí jednou týdně nebo méně často, asi 17 % ho užívá dvakrát až šestkrát týdně a 50 % jsou každodenní uživatelé, nejproblematičtější skupina. Mezi zeměmi jsou patrné značné rozdíly.

([58]) Viz rámeček „Nepříznivé zdravotní důsledky užívání konopí“.
([59]) Viz obr. TDI-2 (část ii) a tab. TDI-5 (část ii) a TDI-24 ve Statistickém věstníku 2010.
([60]) Viz tab. TDI-22 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.
([61]) Viz obr. TDI-1 a tab. TDI-3 (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.
([62]) Viz tab. TDI-10 (část iii) a (část iv) a TDI-21 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.

V Maďarsku, Rumunsku a Chorvatsku je většina klientů užívajících konopí příležitostnými uživateli, zatímco v Belgii, Bulharsku, Dánsku, Irsku, Španělsku, Francii, na Maltě a v Nizozemsku je více než 50 % každodenními uživateli ([63]).

Poskytování léčby

Léčba užívání konopí v Evropě zahrnuje širokou škálu opatření, včetně léčby prostřednictvím internetu, poradenství, strukturovaných psychosociálních intervencí a léčby v ústavním prostředí. Mnohdy se na tomto poli překrývají selektivní prevence, minimalizace škod a léčebné intervence (viz kapitola 2).

Ve Francii poskytuje síť poradenských center pro mladistvé, která jsou známa též jako konopné kliniky, uživatelům služby s různou délkou trvání a přístupy podle závažnosti užívání drog. Ve studii provedené ve 226 ze všech 274 poradenských center v roce 2007 bylo 47 % ambulantních pacientů diagnostikováno jako příležitostní uživatelé, kteří nevykazují žádné symptomy závislosti nebo zneužívání, a asi 30 % z nich žádné další poradenství nenavštěvovalo (Obradovic, 2009). Naproti tomu z 53 % klientů, u nichž byla na příjmu stanovena diagnóza závislosti nebo zneužívání, bylo 80 % nabídnuto další poradenství a většina ostatních byla odeslána do center protidrogové léčby. Polovina klientů, kteří absolvovali druhé poradenské sezení, uváděla snížení míry užívání konopí. Častěji se to týkalo uživatelů, kteří vyhledali léčbu sami, a těch, které k léčbě doporučila odborná zdravotnická zařízení, přičemž osoby odeslané k léčbě systémem trestní justice měly vyšší pravděpodobnost, že léčbu po několika sezeních předčasně ukončí.

Jako alternativu k trestnímu stíhání odesílá systém trestní justice v Maďarsku způsobilé pachatele drogových deliktů do „služby preventivního poradenství“ a závažnější případy do specializovaných léčebných zařízení. Uživatelé odeslaní k léčbě systémem trestní justice – asi 85 % všech klientů užívajících konopí – se musejí zúčastnit protidrogové léčby nebo psychosociálního poradenství nejméně jednou za čtrnáct dní po dobu šesti měsíců, aby získali propouštěcí certifikát. V opačném případě jim hrozí trestní stíhání.

Německo, Nizozemsko a Spojené království nabízejí léčbu užívání konopí prostřednictvím internetu, aby umožnili přístup k léčbě těm uživatelům, kteří se zdráhají vyhledat pomoc v systému specializované léčby. Léčebné intervence on-line zahrnují buďto svépomocný program bez kontaktu s poradci, nebo strukturovaný program s naplánovanými kontakty (viz EMCDDA, 2009b). V Nizozemsku se v současnosti na tomto poli připravuje známka jakosti a metodické pokyny.

Nizozemsko také uvádí hodnocení nové rodinné motivační intervence pro uživatele konopí, u nichž nedávno propukla schizofrenie. Tato intervence se snaží omezit užívání konopí, zvýšit míru dodržování medikace a zlepšit vztahy mezi rodiči a dětmi v této skupině. Předběžné výsledky po třech měsících ukazují významný pokles užívání konopí v porovnání s obvyklým psychologickým vzděláváním, zatímco ostatní výsledné proměnné se nelišily.

Nedávné studie léčby uživatelů konopí

Účinnost intervencí cílených na uživatele konopí posuzovalo poměrně málo studií (Levin a Kleber, 2008), bez ohledu na vzestup počtu žádostí o léčbu. Byl prováděn výzkum jak farmakoterapeutických, tak

Nepříznivé zdravotní důsledky užívání konopí

Nepříznivými zdravotními důsledky spojenými s užíváním konopí se zabývalo několik nedávných přehledů (EMCDDA, 2008a; Hall a Degenhardt, 2009). Patří k nim akutní účinky, jako například úzkost, panická reakce a psychotické symptomy, které často uvádějí osoby užívající drogu poprvé. V několika málo zemích, které je monitorují, jsou tyto účinky důvodem podstatného počtu žádostí o urgentní příjem v nemocnicích v souvislosti s drogami. Užívání konopí rovněž podle všeho zvyšuje riziko účasti na dopravní nehodě, a to dvakrát až třikrát (EMCDDA, 2008b).

Užívání konopí může mít také chronické účinky, které mohou přímo souviset se vzorci užívání (četností a množstvím). Patří k nim závislost na konopí, ale také chronická bronchitida a další respirační onemocnění. Užívání konopí během těhotenství může snížit porodní hmotnost, avšak nezdá se, že by způsobovalo vrozené vady. Spojitost užívání konopí s depresí a sebevraždou dosud není jistá.

Dopad konopí na kognitivní výkonnost a jeho reverzibilita zůstávají nejasné. Pravidelné užívání konopí v adolescenci může nepříznivě ovlivnit duševní zdraví mladých dospělých, přičemž důkazy svědčí o zvýšeném riziku psychotických symptomů a poruch stoupajících s rostoucí četností užívání (Hall a Degenhardt, 2009; Moore a kol., 2007).

Zatímco individuální riziko související s užíváním konopí se jeví jako nižší než u heroinu nebo kokainu, zdravotní problémy přece jen existují a v důsledku vysoké prevalence užívání může být dopad konopí na zdraví veřejnosti významný. Zvláštní pozornost je třeba věnovat užívání konopí adolescenty a lidmi s problémy duševního zdraví. Dalšími důvody k obavám jsou časté užívání konopí, užívání po delší časové úseky, při řízení nebo jiných potenciálně nebezpečných činnostech.

([63]) Viz tab. TDI-18 (část ii) a TDI-111 (část viii) ve Statistickém věstníku 2010.

psychosociálních intervencí, avšak výsledky nejsou průkazné.

Nedávno publikovaná randomizovaná kontrolní studie posuzovala účinnost motivačních rozhovorů v porovnání s poskytováním informací o drogách a poradenstvím a nezjistila v užívání konopí žádné významné rozdíly (McCambridge a kol., 2008). Zjistila rovněž, že počet klientů, kteří přestanou užívat konopí, může ovlivnit také sám protidrogový pracovník, což může přenositelnost intervencí omezit. Evropské studie v této oblasti posuzují účinnost multidimenzionální rodinné terapie (INCANT), zvyšování motivace, kognitivně-behaviorální terapie a psychosociálního řešení problémů (CANDIS) a internetových léčebných programů.

Nedávno byly publikovány dvě studie o farmakoterapii závislosti na konopí, ani jedna z nich však neuvedla významné výsledky. V Nizozemsku porovnávala randomizovaná kontrolní studie účinky inhibitoru zpětného vychytávání serotoninu (olanzapin) a antagonisty dopaminu (risperidon) u pacientů s komorbidním psychotickým onemocněním (van Nimwegen a kol., 2008). Ve Spojených státech amerických porovnávala předběžná studie účinky antidepresiva (nefazodon), inhibitoru zpětného vychytávání serotoninu (bupropion s prodlouženým uvolňováním) a placeba na užívání a abstinenční symptomy mezi uživateli konopí (Carpenter a kol., 2009).

Zavádění vědy do praxe v protidrogové léčbě

Protidrogová léčba mnohdy přijímá vědecky ověřené metody do své klinické praxe pomalu. Příklady tohoto rozporu mezi vědou a praxí je omezené poskytování substituční léčby závislosti na opiátech v několika evropských zemích a ojediněné uplatňování incentivní terapie při léčbě závislosti na kokainu. K důvodům, které se nabízejí jako vysvětlení, patří: osobní zaujetí pro určité modely léčby, nedostatečné vyškolení nebo financování, neúčinné šíření poznatků a nedostatečná organizační připravenost na nové praktické postupy (Miller a kol., 2006).

K překonání těchto bariér byla v Německu nedávno uspořádána konference, která zkoumala přenos projektů experimentální léčby užívání konopí s důkazy o účinnosti do klinické praxe (Kipke a kol., 2009). Mezi zkoumanými projekty byly „CANDIS“, „Quit the shit“ a „FreD“, z nichž všechny byly popsány v dřívějších publikacích EMCDDA. Konference zjistila, že k charakteristikám programu, které přenos do klinické praxe usnadňovaly, patří: slučitelnost se stávajícími nabídkami léčby; jasné, strukturované protokoly; semináře pro specialisty a platformy pro výměnu zkušeností. Hlavními zjištěnými překážkami byly problémy v řízení kooperace, například s externími partnery (jako je policie) a nedostatečné financování po experimentálním stádiu.

Aspekty přenositelnosti by měly být integrovány do počátečního plánování experimentálních intervencí. Širší přijetí intervencí se silnými nebo dlouhodobými empirickými důkazy vyžaduje odhodlání všech zainteresovaných stran.

Kapitola 4
Amfetaminy, extáze a halucinogenní látky

Úvod

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

Amfetamin a metamfetamin jsou látky stimulující centrální nervovou soustavu. Z obou drog je amfetamin v Evropě mnohem dostupnější, zatímco významné užívání metamfetaminu bylo až do nedávné doby podle všeho omezeno na Českou republiku a Slovensko. Některé země na severu Evropy nyní uvádějí zvýšenou přítomnost metamfetaminu na svých drogových trzích.

Extáze je označení pro syntetické látky, které jsou chemicky příbuzné amfetaminům, avšak liší se do určité míry svými účinky. Nejznámějším zástupcem skupiny drog zvaných extáze je 3,4-metylendioxy-metamfetamin (MDMA), avšak v tabletách extáze se někdy nacházejí jiné analogické látky (MDA, MDEA). Extáze byla v Evropě před koncem 80. let 20. století prakticky neznámá, ale v 90. letech 20. století zaznamenala rychlý vzestup. Obliba této drogy je historicky spojena s taneční scénou a obecně je užívání syntetických drog spojeno s konkrétními subkulturami nebo sociálním prostředím a v rostoucí míře s intenzivním epizodickým užíváním alkoholu.

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

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

	Amfetamin	Metamfetamin	Extáze	LSD
Odhad celosvětové produkce (v tunách) (1)	197–624 (2)		57–136	není k dispozici
Celosvětově zadržené množství (v tunách)	23,0	17,9	2,3	0,1
Zadržené množství EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	8,3 tuny (8,4 tuny)	300 kilogramů (300 kilogramů)	Tablety 12,7 milionu (13,7 milionu)	Jednotky 141 100 (141 800)
Počet záchytů EU a Norsko (včetně Chorvatska a Turecka)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR) Rozpětí (Mezikvartilové rozpětí) (3)	Gram 6–36 (9–19)	Gram 12–126	Tableta 2–19 (4–9)	Dávka 4–30 (7–12)
Rozpětí průměrné čistoty nebo obsah MDMA	3–34 %	22–80 %	17–95 mg	není k dispozici

(1) Údaje o produkci vycházejí z odhadů spotřeby a dat o záchytech.
(2) Dostupné jsou pouze souhrnné odhady celosvětové výroby amfetaminu a metamfetaminu.
(3) Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.
Pozn.: Všechny údaje jsou za rok 2008; není k dispozici – údaje nejsou dostupné.
Zdroje: Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (2010b) pro celosvětové hodnoty, národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

jsou například ty, které se nacházejí v halucinogenních houbách.

Nabídka a dostupnost

Prekurzory syntetických drog

Činnost při prosazování práva se zaměřuje na kontrolované chemické látky potřebné k výrobě nelegálních drog a tato oblast je jednou z těch, v nichž je mezinárodní spolupráce zvláště cenná. Projekt Prism je mezinárodní iniciativa, která vznikla s cílem předcházet zneužívání prekurzorů používaných při nezákonné výrobě syntetických drog, a to prostřednictvím systému předvývozních hlášení pro zákonné obchody a hlášení zadržených zásilek a záchytů provedených při podezřelých transakcích. Informace o činnosti v této oblasti jsou hlášeny Mezinárodnímu úřadu pro kontrolu omamných látek (INCB, 2010a).

Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek hlásí v roce 2008 celosvětově pokles záchytů dvou klíčových prekurzorů metamfetaminu, 12,6 tuny efedrinu (oproti 22,7 tuny v roce 2007 a 10,3 tuny v roce 2006) a 5,1 tuny pseudoefedrinu (oproti 25 tunám v roce 2007 a 0,7 tuny v roce 2006). Členské státy EU (především Nizozemsko a Spojené království) si připsaly 0,3 tuny efedrinu, asi polovinu množství zachyceného v předchozím roce, a přes 0,5 tuny pseudoefedrinu, téměř výhradně ve Francii.

Naproti tomu celosvětové záchyty 1-fenyl-2-propanonu (P2P, BMK), který lze použít k nelegální výrobě amfetaminu a metamfetaminu, prudce stouply z 834 litrů v roce 2007 na 5 620 litrů v roce 2008. Záchyty P2P v Evropské unii dosáhly 2 757 litrů, oproti 773 litrům v roce 2007.

V roce 2008 nebyly hlášeny žádné záchyty 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanonu (3,4-MDP2P, PMK), používaného k výrobě MDMA, na rozdíl od globálních záchytů 2 297 a 8 816 litrů v roce 2007, resp. 2006. Celosvětové záchyty safrolu, který může nahradit 3,4-MDP2P při syntéze MDMA, klesly na 1 904 litrů z maxima 45 986 litrů v roce 2007. Většina záchytů safrolu v roce 2008 se uskutečnila v Evropské unii.

Amfetamin

Celosvětová produkce amfetaminu zůstává nadále soustředěna v Evropě, kde se nacházelo více než 80 % všech laboratoří na výrobu amfetaminu hlášených v roce 2008 (UNODC, 2010b). Celosvětové záchyty amfetaminů zůstaly v roce 2008 v zásadě neměnné, přičemž dosáhly přibližně 23 tun (viz tab. 4). Z tohoto množství byla více než třetina zachycena v západní a střední Evropě, což odráží úlohu Evropy jako hlavního producenta i spotřebitele této drogy (UNODC, 2010b).

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

Odhaduje se, že v Evropě bylo v roce 2008 provedeno 37 500 záchytů práškového amfetaminu v celkovém objemu 8,3 tuny ([64]). Počet záchytů amfetaminu se v posledních pěti letech pohyboval kolem vyrovnaného trendu, ačkoli ve srovnání s rokem 2003 zůstaly počty záchytů na vyšších úrovních, zatímco zachycená množství v letech 2003–2008 stoupla ([65]).

Čistota vzorků amfetaminu zachycených v Evropě v roce 2008 značně kolísala a jakékoliv komentáře o průměrných hodnotách musí být velmi opatrné. Průměrná čistota vzorků se pohybovala od méně než 10 % v Dánsku, Rakousku, Portugalsku, Slovinsku, Spojeném království, Chorvatsku a Turecku až po více než 25 % v Lotyšsku, Nizozemsku, Polsku a Norsku. Za posledních pět let je čistota amfetaminu ve většině ze 17 zemí, které poskytly údaje, jež postačují k analýze trendů, stabilní nebo klesá ([66]).

V roce 2008 se průměrná spotřebitelská cena amfetaminu ve více než polovině ze 17 sledovaných zemí pohybovala mezi 9 a 20 EUR za gram. Spotřebitelská cena amfetaminu poklesla nebo zůstala stejná ve všech 13 zemích poskytujících údaje za období 2003–2008, s výjimkou Španělska, kde se po nárůstech v předchozích letech propadla v roce 2008 na rekordně nízkou hodnotu ([67]).

Výroba amfetaminu v Evropě

V roce 2009 vytvořilo centrum EMCDDA a Europol ediční řadu společných publikací o nabídce nelegálních drog v Evropě. Po zprávách o metamfetaminu a kokainu poskytuje třetí zpráva v této řadě publikovaná v roce 2010 komplexní přehled problematiky výroby amfetaminu a obchodování s ním a zabývá se řešeními na evropské a mezinárodní úrovni. V následujících letech budou do této řady zařazeny zprávy o nabídce dalších drog v Evropě, včetně extáze a heroinu.

Zpráva je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a on-line na internetových stránkách EMCDDA.

([64]) Tato analýza je předběžná, protože údaje ze Spojeného království za rok 2008 dosud nejsou k dispozici.
([65]) Údaje o záchytech drogy v Evropě zmíněné v této kapitole jsou uvedeny v tab. SZR-11 až SZR-18 ve Statistickém věstníku 2010.
([66]) Údaje o čistotě drog v Evropě zmíněné v této kapitole jsou uvedeny v tab. PPP-8 ve Statistickém věstníku 2010.
([67]) Údaje o evropských cenách drog zmíněné v této kapitole jsou uvedeny v tab. PPP-4 ve Statistickém věstníku 2010.

Metamfetamin

Počet celosvětově hlášených laboratoří na výrobu metamfetaminu v roce 2008 vzrostl o 29 %. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán v Severní Americe, avšak vzrostl i počet hlášení tajných laboratoří ve východní a jihovýchodní Asii. Vedle toho byla hlášena zvýšená aktivita související s výrobou metamfetaminu v Latinské Americe a Oceánii. V roce 2008 bylo zabaveno 17,9 tuny metamfetaminu, což je pokračováním stabilního trendu od roku 2004. Většina této drogy byla zachycena ve východní a jihovýchodní Asii (zejména v Číně) a dále v Severní Americe (UNODC, 2010b).

Nezákonná výroba metamfetaminu v Evropě je do značné míry omezena na Českou republiku, kde bylo v roce 2008 zjištěno 458 výroben (obr. 5). Jedná se o nejvyšší počet metamfetaminových „kuchyňských laboratoří" dosud hlášených Českou republikou. Záchyty prekurzorů v roce 2008 rovněž vzrostly. Výroba drogy je hlášena také v Litvě, v Polsku a na Slovensku.

V roce 2008 bylo v Evropě hlášeno téměř 4 700 záchytů metamfetaminu v celkovém objemu přibližně 300 kg. V letech 2003 až 2008 počet záchytů metamfetaminu stále vzrůstal. Za stejné období vzrostla zachycená množství na rekordní hodnotu v roce 2007 a mírně poklesla v roce 2008, především kvůli poklesu množství zachyceného v Norsku, které je v Evropě hlavní zemí, kde dochází k záchytům této drogy.

Extáze

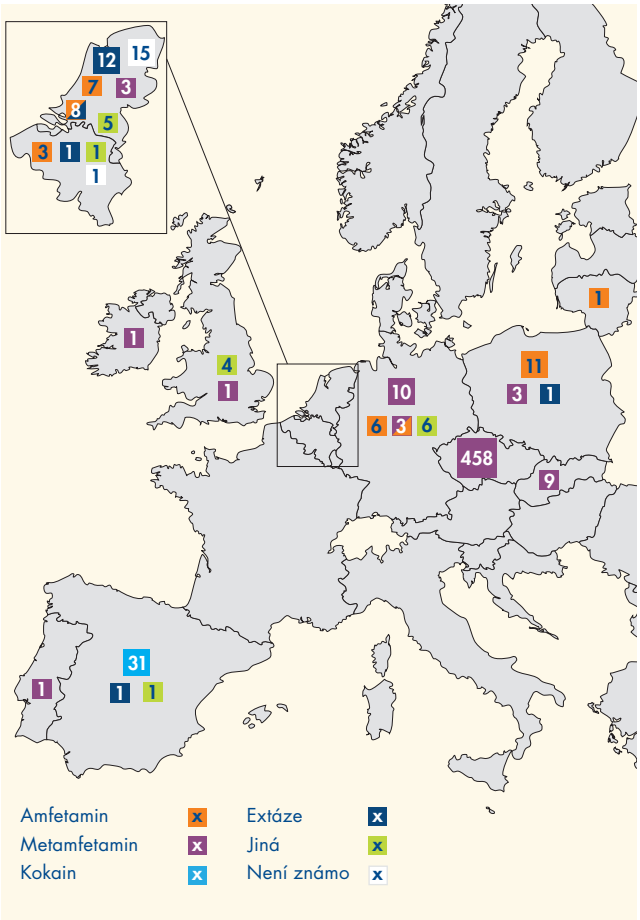
Celosvětová produkce extáze v roce 2008 se odhaduje na 57 až 136 tun (UNODC, 2010b). Výroba drogy se podle všeho i nadále geograficky rozšiřovala, přičemž se vyskytuje blíže ke spotřebitelským trhům ve východní a jihovýchodní Asii, Severní Americe a Oceánii. Navzdory tomu zůstává západní a střední Evropa hlavním místem výroby extáze, která se soustřeďuje v Nizozemsku a v Belgii.

Záchyty extáze v roce 2008 celosvětově poklesly na velmi nízkou úroveň (2,3 tuny) (UNODC, 2010b). V západní a střední Evropě poklesly záchyty z 1,5 tuny v roce 2007 na 0,3 tuny v roce 2008.

V roce 2008 bylo v Evropě hlášeno přes 19 100 záchytů, které vedly k zachycení odhadovaného počtu 13,7 milionu tablet extáze. Jedná se však o předběžné posouzení, protože údaje za rok 2008 nebyly dostupné pro Nizozemsko a Spojené království, které v roce 2007 dohromady hlásily záchyty 18,4 milionu tablet.

Počet záchytů extáze hlášených v Evropě od doby ustálení v letech 2003 až 2006 mírně klesá, zatímco zachycená množství v letech 2003 až 2008 celkově poklesla ([68]).

Obr. 5: Nelegální zařízení na výrobu drog zlikvidovaná v Evropské unii podle hlášení podávaných Europolu



Pozn.: Vychází z údajů hlášených Europolu jedenácti členskými státy EU. Typ drogy je označen barvou, s uvedením počtu zařízení hlášených v dané zemi. Zařízení zpracovávající kombinace amfetaminu a metamfetaminu nebo amfetaminu a extáze jsou označena dvoubarevnými symboly. Zařízení zpracovávající jiné syntetické drogy nebo kombinace jsou označena jako „jiná". Uvedena jsou rovněž zařízení, u nichž látky nejsou známy. Hlášená zařízení zahrnovala jednotky na výrobu drog, zpracování do tablet a skladování, které zde nejsou rozlišovány. Všechna hlášená zařízení na zpracování kokainu se podílela na přeměně nebo sekundární extrakci drogy.

Zdroj: Europol.

V Evropě byl ve většině tablet extáze analyzovaných v roce 2008 jedinou přítomnou psychoaktivní látkou MDMA nebo jiná látka podobná extázi (MDEA, MDA), přičemž 19 zemí uvedlo, že tomu tak bylo u více než 60 % z celkového počtu analyzovaných tablet. Sedm zemí nyní hlásí nižší podíly tablet extáze s MDMA či analogickými látkami (Španělsko, Kypr, Lotyšsko, Lucembursko, Slovinsko, Spojené království, Chorvatsko). Některé země hlásí, že v podstatném množství analyzovaných tablet extáze byl zjištěn mCPP, který podle mezinárodních protidrogových úmluv není na seznamu kontrolovaných látek (viz kapitola 8).

Typický obsah MDMA v tabletách extáze testovaných v roce 2008 byl v rozmezí 5 až 72 mg ve všech jedenácti

([68]) Tato analýza je předběžná, protože údaje z Nizozemska a Spojeného království za rok 2008 dosud nejsou k dispozici.

zemích poskytujících údaje. Navíc několik zemí (Belgie, Bulharsko, Německo, Estonsko, Lotyšsko, Nizozemsko, Slovensko, Norsko) hlásilo tablety extáze s vysokou dávkou MDMA, které obsahují více než 130 mg MDMA. Obsah MDMA v tabletách extáze nevykazuje žádné zřetelné trendy.

Extáze je nyní mnohem levnější než v 90. letech 20. století, kdy začala být v širokém měřítku k dostání. Ačkoliv se objevují údaje, že se tablety prodávají za méně než 2 EUR, většina zemí nyní uvádí typické spotřebitelské ceny v rozmezí 4–10 EUR za tabletu. Dostupné údaje za období 2003–2008 nasvědčují tomu, že spotřebitelská cena očištěná o inflaci nadále klesá.

Halucinogenní látky

Užívání LSD a obchodování s LSD v Evropě je nadále považováno za okrajové. Počet záchytů LSD v letech 2003 až 2008 vzrostl, zatímco množství v tomto období se po dosažení maxima v roce 2005 díky rekordním záchytům ve Spojeném království pohybují na mnohem nižších úrovních ([69]). Spotřebitelské ceny LSD (očištěné o inflaci) od roku 2003 zůstaly stejné nebo mírně poklesly v osmi zemích, zatímco v Belgii a Švédsku byl hlášen jejich nárůst. V roce 2008 se ve většině z třinácti zemí poskytujících údaje pohybovala průměrná cena v rozmezí 5 až 12 EUR za dávku.

Prevalence a vzorce užívání

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

Amfetaminy

Odhady prevalence užívání drogy naznačují, že amfetaminy vyzkoušelo asi 12 milionů Evropanů a asi 2 miliony drogu zkusily v posledním roce (shrnutí údajů viz tab. 5).

Celoživotní prevalence užívání amfetaminů mladými dospělými (15–34 let) se mezi zeměmi značně liší, od 0,1 % až po 15,4 %, přičemž vážený evropský průměr je 5,2 %. Užití amfetaminů v posledním roce v této věkové skupině se pohybuje v rozmezí od 0,1 % do 3,2 %, přičemž většina zemí hlásí odhady prevalence v rozmezí 0,5 % a 2,0 %. Odhaduje se, že amfetaminy užilo v posledním roce asi 1,5 milionu (1,2 %) mladých Evropanů.

Celoživotní prevalence užívání amfetaminů se mezi studenty ve věku 15 až 16 let pohybuje od 1 % do 8 % v 26 členských státech EU, Norsku a Chorvatsku, kde proběhl průzkum v roce 2007, i když prevalenci vyšší než 5 % hlásily pouze Bulharsko, Lotyšsko (obě 6 %) a Rakousko (8 %). Pět zemí, které v roce 2008 provedly školní průzkumy (Belgie – Vlámské společenství Belgie, Španělsko, Itálie, Švédsko, Spojené království), hlásilo celoživotní prevalenci užívání amfetaminů 3 % nebo méně ([70]).

Problémové užívání amfetaminů

Ukazatel EMCDDA „problémové užívání drog" lze aplikovat na užívání amfetaminu, kde jako takový definuje injekční nebo dlouhodobé anebo pravidelné užívání této látky. Nejnovější národní odhad počtu problémových uživatelů amfetaminu poskytlo pouze Finsko, a to v rozmezí 12 000 až 22 000 v roce 2005, což je asi čtyřikrát více než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů v zemi.

Podíl uživatelů drog uvádějících, že nastoupili léčbu kvůli užívání amfetaminu jako primární drogy, je relativně nízký (méně než 5 %) ve většině evropských zemí (18 z 27 zemí poskytujících údaje), avšak představuje značné procento hlášených nástupů k léčbě ve Švédsku (32 %), Finsku (20 %) a Lotyšsku (15 %). Pět dalších zemí (Belgie, Dánsko, Německo, Maďarsko, Nizozemsko) hlásí, že z celkového počtu nástupů k léčbě uvádí amfetamin jako primární drogu 6 až 10 % klientů, jinde je tento podíl nižší než 5 %. Amfetamin je rovněž hlášen jako sekundární droga ostatními klienty v léčbě ([71]).

Průměrný věk uživatelů amfetaminu nastupujících léčbu je asi 30 let, přičemž pacienti v ústavní léčbě jsou mladší (28 let). Poměr počtu mužů k počtu žen mezi uživateli amfetaminu (2:1) je nižší než u jiných nelegálních drog. Česká republika, Estonsko, Lotyšsko, Litva, Švédsko a Finsko vesměs hlásí mezi primárními uživateli amfetaminu

([69]) Tato analýza je předběžná, protože údaje ze Spojeného království za rok 2008 dosud nejsou k dispozici.
([70]) Viz tab. EYE-11 ve Statistickém věstníku 2010.
([71]) Viz tab. TDI-5 (část ii) a TDI-22 ve Statistickém věstníku 2010.

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

Věková skupina	Časový rámec užívání	
	Celoživotní	V posledním roce
15–64 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	12 milionů	2 milionů
Evropský průměr	3,7 %	0,6 %
Rozpětí	0,0–12,3 %	0,0–1,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,0 %) Řecko (0,1 %) Malta (0,4 %) Kypr (0,8 %)	Rumunsko, Malta, Řecko (0,0 %) Francie (0,1 %) Portugalsko (0,2 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (12,3 %) Dánsko (6,3 %) Švédsko (5,0 %) Česká republika (4,3 %)	Česká republika (1,7 %) Spojené království, Dánsko (1,2 %) Norsko, Estonsko (1,1 %)
15–34 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	7 milionů	1,5 milionů
Evropský průměr	5,2 %	1,2 %
Rozpětí	0,1–15,4 %	0,1–3,2 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,2 %) Malta (0,7 %) Kypr (0,8 %)	Rumunsko, Řecko (0,1 %) Francie (0,2 %) Kypr (0,3 %) Portugalsko (0,4 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (15,4%) Dánsko (10,5 %) Česká republika (7,8 %) Lotyšsko (6,1 %)	Česká republika (3,2 %) Dánsko (3,1 %) Estonsko (2,5 %) Spojené království (2,3 %)

Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v letech 2001 až 2008/2009 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 let (334 milionů) a 15–34 let (133 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci" ve Statistickém věstníku 2010.

relativně vysokou míru injekčního užívání, a to od 57 % až po 82 % ([72]).

Trendy mezi uživateli amfetaminu nastupujícími léčbu zůstaly v období 2003 až 2008 v zásadě stabilní ve většině zemí ([73]).

Problémové užívání metamfetaminu

Oproti jiným částem světa, kde užívání metamfetaminu v posledních letech vzrostlo, se míra jeho užívání v Evropě jeví jako omezená. Z historického hlediska se užívání této drogy v Evropě koncentruje v České republice a na Slovensku. V roce 2008 byl počet problémových uživatelů metamfetaminu v České republice odhadován na přibližně 20 700–21 800 (2,8 až 2,9 případu na 1 000 osob ve věku 15–64 let), zhruba dvojnásobek počtu problémových uživatelů opiátů. Na Slovensku bylo v roce 2007 podle

Vybrané téma: Problémové užívání amfetaminu a metamfetaminu, související důsledky a řešení

Amfetaminy, a zvláště metamfetamin, jsou uváděny jako důvody závažných problémů v několika částech světa. V Evropě uvádí významné škody působené těmito drogami a značné počty uživatelů amfetaminu a metamfetaminu pouze několik málo zemí. Nové vybrané téma EMCDDA se zaměřuje na historický a nedávný vývoj v těchto zemích. Zpráva se zabývá epidemiologií především chronického a intenzivního užívání amfetaminů a metamfetaminů a jejich zdravotními a sociálními souvislostmi. Popisuje také vytvořená zdravotní, sociální a právní řešení problémů spojených s těmito drogami.

Toto vybrané téma je k dispozici pouze v angličtině v tištěné verzi a on-line na internetových stránkách EMCDDA.

([72]) Viz tab. TDI-5 (část iv) a TDI-37 ve Statistickém věstníku 2010.
([73]) Úplná analýza viz vybrané téma z roku 2010 o problémovém užívání amfetaminu a metamfetaminu.

odhadu přibližně 5 800–15 700 problémových uživatelů metamfetaminu (1,5 až 4,0 případy na 1 000 osob ve věku 15–64 let), přibližně o 20 % méně než odhadovaný počet problémových uživatelů opiátů. V nedávné době se metamfetamin objevil na drogovém trhu v dalších zemích, zvláště v severní Evropě (v Norsku, Švédsku, Lotyšsku a v menší míře ve Finsku), kde podle všeho částečně nahrazuje amfetamin, od kterého je pro uživatele prakticky nerozlišitelný. V Evropě problémoví uživatelé metamfetaminu užívají drogu typicky injekčně nebo šňupáním. Kouření je uváděno zřídka, opět na rozdíl od ostatních částí světa.

Metamfetamin hlásí jako primární drogu velký podíl klientů nastupujících léčbu v České republice (59 %) a na Slovensku (29 %). Injekční užívání uvádí jako hlavní způsob podávání drogy 80 % klientů užívajících metamfetamin v České republice a 36 % na Slovensku ([74]). Často se uvádí užívání dalších drog, hlavně heroinu, konopí a alkoholu. Obě země uvádějí, že užívání metamfetaminu jako sekundární drogy je běžné, zvláště mezi mladými lidmi v substituční léčbě.

Uživatelé metamfetaminu nastupující k léčbě v České republice a na Slovensku jsou relativně mladí, v průměru 25–26 let. Česká republika hlásí, že počet žen nastupujících léčbu kvůli primárnímu užívání metamfetaminu vzrůstá, zvláště v mladších věkových skupinách. V obou zemích v období 2003 až 2008 stoupal počet klientů poprvé nastupujících léčbu kvůli problémům souvisejícím s metamfetaminem ([75]).

Extáze

Užívání extáze je rozšířeno u mladších dospělých, přičemž muži udávají mnohem vyšší míru konzumace než ženy ve všech zemích s výjimkou Švédska a Finska. Z přibližně 2,5 milionu (0,8 %) dospělých Evropanů, kteří extázi užili v posledním roce, jsou prakticky všichni ve věkové skupině 15–34 let (shrnutí údajů viz tab. 6). Ještě vyšší míra užívání extáze se vyskytuje ve věkové skupině 15–24 let, kde se celoživotní prevalence pohybuje v rozmezí od méně než 1 % v Řecku a Rumunsku až po 20,8 % v České republice, po níž následuje Slovensko a Spojené království (obě 9,9 %) a Lotyšsko (9,4 %), i když většina zemí hlásí odhady v rozmezí 2,1–6,8 % ([76]). Většina zemí odhaduje užití extáze v posledním roce v této věkové skupině v rozmezí 1,0–3,7 %, existuje však značný rozdíl mezi nejnižším národním odhadem 0,3 % a nejvyšším 11,3 %.

Celoživotní prevalence užívání extáze mezi 15–16letými studenty se ve většině zemí sledovaných v roce 2007 pohybuje v rozmezí 1 až 5 %. Pouze čtyři země hlásily vyšší prevalenci: Bulharsko, Estonsko, Slovensko (všechny 6 %) a Lotyšsko (7 %). Pět zemí, které prováděly v roce 2008 školní průzkumy (Belgie – Vlámské společenství Belgie, Španělsko, Itálie, Švédsko a Spojené království), uvádělo celoživotní prevalence užívání extáze 4 % nebo méně ([77]).

Léčbu kvůli problémům souvisejícím s extází vyhledává jen málo uživatelů. V roce 2008 uvedlo extázi jako primární drogu méně než 1 % osob nastupujících léčbu v 21 ze 27 zemí poskytujících údaje. Jinde tento podíl kolísá v rozmezí 1 až 3 %. S průměrným věkem 24 let patří klienti užívající extázi k nejmladším skupinám nastupujícím protidrogovou léčbu. Na každou ženu nastupující léčbu připadají 2–3 muži. Klienti užívající extázi často uvádějí souběžné užívání dalších látek, včetně alkoholu, kokainu a v menší míře konopí a amfetaminů ([78]).

LSD a halucinogenní houby

Celoživotní prevalence užívání LSD v populaci mladých dospělých (15–34 let) se pohybuje v rozmezí od nulové hodnoty až po 6,1 %, s výjimkou České republiky, kde průzkum užívání drog zjistil vyšší prevalenci (10,3 %). Pro užití v posledním roce se uvádí mnohem nižší rozmezí prevalence ([79]).

V několika málo zemích poskytujících srovnatelné údaje je míra užívání halucinogenních hub obvykle vyšší než míra užívání LSD. Odhady celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub mezi mladými dospělými se pohybují od 0,3 % až po 14,1 % a odhady prevalence užití v posledním roce jsou v rozmezí 0,2–5,9 %.

Mezi 15–16letými studenty jsou odhady prevalence užívání halucinogenních hub vyšší než u LSD a ostatních halucinogenů v deseti z 26 zemí poskytujících údaje o těchto látkách. Většina zemí hlásí odhad celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub v rozmezí 1 až 4 %, přičemž Slovensko (5 %) a Česká republika (7 %) hlásí hodnoty vyšší ([80]).

Trendy v užívání amfetaminů a extáze

Nejnovější údaje podporují ustalující se trendy užívání amfetaminů a extáze v Evropě uvedené v dřívějších zprávách. Po všeobecném vzestupu v 90. letech 20. století

([74]) Viz tab. TDI-5 (část ii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.
([75]) Viz tab. TDI-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([76]) Viz tab. GPS-7 (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.
([77]) Viz tab. EYE-11 ve Statistickém věstníku 2010.
([78]) Viz tab. TDI-5 a TDI-37 (část i), (část ii) a (část iii) ve Statistickém věstníku 2010.
([79]) Viz tab. GPS-1 ve Statistickém věstníku 2010.
([80]) Údaje ze studie ESPAD pro všechny země s výjimkou Španělska. Viz obr. EYE-2 (část v) ve Statistickém věstníku 2010.

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

Věková skupina	Časový rámec užívání	
	Celoživotní	V posledním roce
15–64 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	11 milionů	2,5 milionů
Evropský průměr	3,3 %	0,8 %
Rozpětí	0,3–9,6 %	0,1–3,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,3 %) Řecko (0,4 %) Malta (0,7 %) Polsko (1,2 %)	Rumunsko, Švédsko (0,1 %) Malta, Řecko (0,2 %) Polsko (0,3 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (9,6 %) Spojené království (8,6 %) Irsko (5,4 %) Lotyšsko (4,7 %)	Česká republika (3,7 %) Spojené království (1,8 %) Slovensko (1,6 %) Lotyšsko (1,5 %)
15–34 let		
Odhad počtu uživatelů v Evropě	8 milionů	2,5 milionů
Evropský průměr	5,8 %	1,7 %
Rozpětí	0,6–18,4 %	0,2–7,7 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko, Řecko (0,6 %) Malta (1,4 %) Polsko (2,1 %) Kypr (2,4 %)	Rumunsko, Švédsko (0,2 %) Řecko (0,4 %) Polsko (0,7 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Česká republika (18,4 %) Spojené království (13,8 %) Irsko (9,0 %) Lotyšsko (8,5 %)	Česká republika (7,7 %) Spojené království (3,9 %) Slovensko, Lotyšsko, Nizozemsko (2,7 %)

Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v období 2001 až 2008/2009 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 let (334 milionů) a 15–34 let (133 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci" ve Statistickém věstníku 2010.

nyní průzkumy populace ukazují na celkové ustálení obliby obou drog, ačkoliv několik málo zemí zaznamenalo v nedávné době nárůst. Národní trendy v běžné populaci však nemusejí odrážet trendy v užívání stimulantů na místní úrovni nebo v různých subpopulacích. Cílené průzkumy v prostředí nočních podniků nasvědčují tomu, že prevalence a vzorce užívání stimulačních drog spolu s alkoholem zůstávají vysoké, přičemž některé studie svědčí o tom, že vzorce užívání drog mezi návštěvníky klubů se v rostoucí míře polarizují oproti běžné populaci (Measham a Moore, 2009). Naproti tomu pozorování prováděná v nedávné době v Německu svědčí o tom, že užívání látek v klubech v této zemi klesá.

Ve Spojeném království poklesla prevalence užití amfetaminu v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let) z 6,2 % v roce 1998 na 2,3 % v letech 2008–2009. V Dánsku vzrostla z 0,5 % v roce 1994 na 3,1 % v roce 2000 a poté se ustálila ([81]). V ostatních zemích, které poskytly údaje opakovaných průzkumů za podobné období (Německo, Řecko, Španělsko, Francie, Nizozemsko, Slovensko, Finsko), jsou trendy v zásadě neměnné (obr. 6). V období 2003–2008 hlásí pouze dvě z jedenácti zemí s dostatečnými údaji o prevalenci užití amfetaminů v posledním roce ve věkové skupině 15–34 let změnu o více než jeden procentní bod (Bulharsko z 0,9 % v roce 2005 na 2,1 % v roce 2008 a Česká republika z 1,5 % v roce 2004 na 3,2 % v roce 2008).

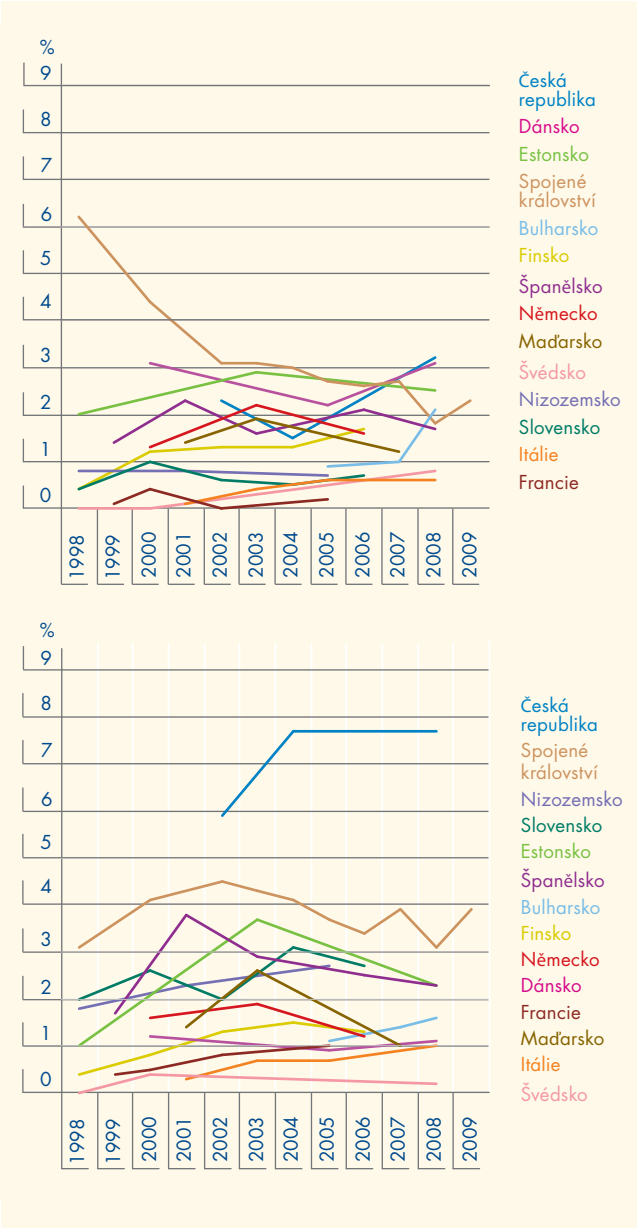
V zemích, které hlásí vyšší než průměrnou míru užívání extáze, dosáhla prevalence užívání této drogy mezi 15–34letými nejvyšších hodnot typicky v rozmezí 3 až 5 % někdy na počátku 21. století (Estonsko, Španělsko, Slovensko, Spojené království; viz obr. 6). Výjimkou je Česká republika, kde se odhaduje, že v posledním roce užilo extázi 7,7 % osob ve věkové skupině 15–34 let, přičemž trend za období 2003–2008 je vzestupný. Za toto období většina ostatních zemí hlásí stabilní trend, s výjimkou

([81]) V Dánsku se informace za rok 1994 týká „tvrdých drog", za které jsou považovány hlavně amfetaminy.

Estonska a Maďarska, kde prevalence užití extáze v posledním roce mezi mladými dospělými na začátku 21. století vzrostla a od té doby poklesla.

V osmi zemích (Dánsko, Francie, Španělsko, Irsko, Itálie, Rakousko, Portugalsko, Spojené království) nejnovější průzkumy ukazují, že v populaci mladých dospělých překračuje prevalence užití kokainu v posledním roce prevalenci užití amfetaminu a extáze v posledním roce.

Obr. 6: Trendy v prevalenci užití v posledním roce pro amfetaminy (nahoře) a extázi (dole) mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Pozn.: Uvedeny jsou pouze údaje pro země s nejméně třemi průzkumy v období 1998 až 2009. Další informace viz obr. GPS-8 a GPS-21 ve Statistickém věstníku 2010.
Zdroje: Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox, převzato z průzkumů populace, zpráv nebo vědeckých článků.

Školní průzkumy provedené v roce 2007 (ESPAD) a 2008 celkově naznačují, že mezi studenty ve věku 15 až 16 let celkově došlo jen k malé změně v míře experimentování s amfetaminem a extází. Uvažujeme-li v období 2003 až 2007 rozdíl alespoň dvou procentních bodů, pak celoživotní prevalence užívání amfetaminu vzrostla v devíti zemích. Podle stejného měřítka vzrostlo užívání extáze v sedmi zemích. Pokles v celoživotní prevalenci užívání amfetaminů zaznamenalo pouze Estonsko a Itálie, zatímco Česká republika, Portugalsko a Chorvatsko hlásily pokles v užívání extáze. Zbývající země hlásí stabilní trend.

Amfetaminy a extáze v prostředí zábavních podniků: užívání a intervence

Údaje o prevalenci užívání stimulantů ze studií provedených v prostředí nočních podniků v roce 2008 poskytlo devět zemí. Odhady ukazují značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a prostředími, kdy se celoživotní prevalence užívání extáze pohybuje od 10 % až po 85 % a užívání amfetaminů od 5 % až po 69 %. Tři z těchto studií rovněž uvedly odhady celoživotní prevalence užívání halucinogenních hub, které se pohybovaly v rozmezí 34 až 54 %. Rozdíly v prevalenci a vzorcích užívání drog uváděné návštěvníky klubů, kde se hraje elektronická taneční hudba různých žánrů, byly zjištěny v šesti zemích (Německo, Francie, Maďarsko, Nizozemsko, Rumunsko, Spojené království), přičemž v užívání extáze se konzistentně ukazuje těsnější spojitost s určitými hudebními žánry oproti jiným. Užívání extáze bylo také mnohem běžnější než užívání amfetaminů ve zkoumaných zábavních podnicích ve třech zemích, které poskytly údaje (Česká republika, Nizozemsko, Spojené království). Například 9 % návštěvníků klubů v Amsterodamu uvedlo, že během večera, kdy probíhal průzkum, užilo extázi, a 42 % návštěvníků klubů v Manchesteru uvedlo, že během večera, kdy probíhal průzkum, si extázi vzali nebo měli v úmyslu si ji vzít. Odpovídající číselné hodnoty pro amfetaminy byly 3,6 % (Amsterodam) a 8 % (Manchester).

Intervence v prostředí nočních podniků z nedávné doby hlásilo pouze 13 evropských zemí. Jako hlavní aktivity byly uváděny poskytování informací a materiálů o minimalizaci škod, avšak málo informačních strategií se zabývalo vnímáním hodnot, které stojí za zábavní kulturou mladých. Přístupy zaměřené na prostředí, jako například zdraví neškodící návštěvy zábavních podniků, bezpečná doprava, programy kontroly prodeje alkoholických nápojů a policejního dohledu, odpočinkové zóny, testy na alkohol a krizové intervence hlásí jednotlivě nebo v kombinaci sedm zemí (Belgie, Dánsko, Německo, Španělsko, Lucembursko, Nizozemsko, Spojené království). Spolupráci

mezi subjekty zainteresovanými v problematice nočních podniků – obcemi, policií a majiteli restaurací nebo klubů – nyní hlásí Španělsko a Itálie.

V Evropě se v rostoucí míře uznávají škody spojené s užíváním alkoholu v prostředí nočních podniků. Strategie založené na prostředí a zaměřené na alkohol hlásí Dánsko, Lucembursko, Švédsko a Spojené království a v některých oblastech také Španělsko. K intervencím prováděným v těchto zemích patří: odpovědné podávání alkoholu, školení personálu, vyšší daň z alkoholických limonád, minimální věková hranice 16 let pro nákup alkoholických nápojů a nulová tolerance pro mladé řidiče.

Jelikož užívání alkoholu a jiných drog je pevně spjato s prostředím nočních podniků, mohou předpisy zaměřené na užívání alkoholu snížit také užívání stimulantů. Nedávný průzkum kriminality v Británii uvedl, že četnost návštěv nočních podniků má silnou souvislost se souběžným užíváním více drog ([82]). Údaje analyzované střediskem EMCDDA z průzkumů v běžné populaci v devíti evropských zemích ukazují, že mezi častými nebo intenzivními uživateli alkoholu je prevalence užívání amfetaminů nebo extáze mnohem vyšší než průměrná (EMCDDA, 2009d). Analýza údajů školního průzkumu ESPAD pro 22 zemí ukazuje, že 85,5 % 15–16letých studentů, kteří užili extázi v posledním měsíci, rovněž požilo při jedné příležitosti pět nebo více alkoholických nápojů (EMCDDA, 2009d). A jak uvádí Nizozemsko, uživatelé mohou brát stimulační drogy, jako například kokain a amfetaminy, aby vystřízlivěli po nadměrném pití.

Léčba

Uživatelům amfetaminů se obecně dostává léčby v ambulantních protidrogových službách, které se v zemích s historicky významnou úrovní užívání amfetaminů mohou specializovat na léčbu tohoto typu problémů s drogami. Léčba nejproblematičtějších uživatelů amfetaminů může být poskytována v lůžkových zařízeních protidrogových služeb nebo v psychiatrických klinikách či nemocnicích. To platí zvláště v případech, kdy je závislost na amfetaminu komplikována souběžnými psychiatrickými onemocněními. V Evropě jsou farmaceutické přípravky (antidepresiva, sedativa a antipsychotika) podávány k léčbě raných abstinenčních symptomů na začátku detoxifikace, která je obvykle poskytována ve specializovaných psychiatrických lůžkových zařízeních. V České republice uživatelé metamfetaminu doporučení do detoxifikačních center často přicházejí ve stavu akutní toxické psychózy, která je typicky provázena agresivitou vůči sobě a okolí. Takové pacienty je mnohdy nutné fyzicky zvládnout, komunikace s nimi je obtížná a obvykle odmítají jakoukoli péči.

Uživatelé s psychotickými stavy jsou léčeni atypickými antipsychotiky v lůžkových psychiatrických zařízeních. Česká republika rovněž uvádí, že kvůli nízkému věku klientů a vysokému výskytu rodinných problémů je běžné pracovat s uživateli metamfetaminu v kontextu rodinné terapie.

Několik zemí uvádí absenci farmakologické substituční látky pro léčbu závislosti na amfetaminech jako problém bránící udržení uživatelů amfetaminů v léčbě. Třebaže pro léčbu vysoce problémových uživatelů amfetaminů v Anglii a Walesu je k dispozici dexamfetamin, národní metodiky klinického managementu drogové závislosti nedoporučují jeho užívání pro tyto účely kvůli nedostatečně prokázané účinnosti (NTA, 2007).

Účinnost léčby

Chronické užívání metamfetaminu může vést ke kognitivnímu poškození a to může snížit schopnost uživatele získat přínos z psychologických, kognitivních a behaviorálních terapií (Rose a Grant, 2008). Tím lze vysvětlit usilovnou snahu výzkumu o vývoj farmakologické intervence. V některých případech mají zkoumané léky umožnit pacientům podstoupit psychologickou intervenci.

Intervence založené na důkazech

Užívání drog a alkoholu v prostředí zábavních podniků může působit širokou škálu zdravotních a sociálních problémů v důsledku násilí, nedobrovolného a nechráněného sexu, dopravních nehod, požívání alkoholu nezletilými a obtěžování veřejnosti. Nedávný přehled účinnosti intervencí v tomto prostředí zjistil, že většina těch nejčastěji uplatňovaných není podložena důkazy (Calafat a kol., 2009). Patří k nim poskytování informací k minimalizaci škod, prosazování střídmosti, odpovědné podávání alkoholu, školení pracovníků kontrolujících vstup a programy předem určených řidičů. V některých případech může nedostatečná účinnost souviset se špatným prováděním.

Byly zjištěny důkazy, že kombinace školení pro klienty i personál, povinná spolupráce mezi úřady a zábavním průmyslem a prosazování právních předpisů (udělování licencí, ověřování věku) jsou nejlepšími strategiemi, jak snížit počet úrazů, problémové vzorce pití a dostupnost alkoholu pro mladé lidi. Dopady na užívání nelegálních drog byly bohužel posuzovány jen málokdy.

K dalším společenským opatřením, která účinně snižují míru užívání látek v prostředí nočních podniků, patří zdanění alkoholu, omezené prodejní hodiny, omezení hustoty prodejní sítě, stanoviště kontroly řízení pod vlivem alkoholu, snížení povolených limitů koncentrace alkoholu v krvi, minimální zákonem stanovený věk pro nákup alkoholu a pozastavení licence.

([82]) Definováno jako užívání dvou nebo více nelegálních drog v témže období, např. v posledním roce.

V nedávné době byla publikována nebo právě probíhá řada klinických studií farmaceutických látek pro léčbu závislosti na amfetaminu. Z devíti publikovaných studií proběhlo šest ve Spojených státech amerických, dvě ve Švédsku a jedna v Austrálii. Mezi zkoumanými látkami byly inhibitory zpětného vychytávání dopaminu metylfenidát a bupropion, které podporují abstinenci u pacientů závislých na metamfetaminu, antipsychotikum aripiprazol, anxiolytikum ondansetron, psychotropní látka amineptin, antihistaminikum mirtazapin, neuroprotektivum modafinil a antagonista opioidních receptorů naltrexon. Ze všech studií byl pouze naltrexon spojen s významným léčebným přínosem z hlediska snížení míry užívání (buďto prokázané vzorky moči, nebo uváděné samotným pacientem) a míry nepřerušené abstinence. Studie ve Spojených státech amerických rovněž zkoumají, zda citicolin, který může zlepšovat mentální funkce u pacientů závislých na metamfetaminu, zlepšuje účinnost jiných druhů farmakoterapie.

V neposlední řadě jedna kontrolovaná studie ukázala, že ambulantní léčba pod dohledem protidrogového soudu vedla k lepším výsledkům než léčba bez dohledu. V jedné klinické studii vedlo doplnění incentivní terapie k lepším výsledkům než současná léčba sama o sobě. V nedávné disertační práci byla také popsána možnost podávání vakcíny s protidrogovými monoklonálními protilátkami k prevenci předávkování a relapsu.

Kapitola 5

Kokain a crack

Úvod

Užívání kokainu a záchyty této drogy během posledního desetiletí vzrostly a kokain je nyní druhou nejvíce užívanou nelegální drogou v Evropě, hned po konopí. Míra užívání se mezi zeměmi značně liší, přičemž užívání kokainu se soustřeďuje na západě a jihu Evropy. Mezi uživateli kokainu je také značná různorodost, a to jak ve vzorcích užívání, tak sociodemograficky. Existují občasní uživatelé kokainu, sociálně integrovaní pravidelní uživatelé a více marginalizovaní a často závislí uživatelé, včetně současných a dřívějších uživatelů opiátů. Tato různorodost komplikuje posouzení prevalence užívání této drogy, jejích zdravotních a sociálních důsledků a potřebných řešení.

Nabídka a dostupnost

Výroba a obchodování

Pěstování keřů koky, zdroje kokainu, je nadále soustředěno do tří zemí v oblasti And. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC, 2010b) odhadl, že celkovou výměru 158 000 hektarů keřů koky v roce 2009 lze vyjádřit v potenciální výrobě jako 842 až 1 111 tun čistého kokainu, oproti odhadovaným 865 tunám v roce 2008 (UNODC, 2010b). Odhadovaná výměra v roce 2009 se odhaduje na 158 000 hektarů, což znamená pokles ze 167 600 hektarů v roce 2008. Pokles o 5 % je do značné míry připisován snížení výměry koky v Kolumbii, které nebylo vyváženo zvýšením výměry v Peru a Bolívii.

Převážná část procesu přeměny listů koky na hydrochlorid kokainu se nadále odehrává v Kolumbii, Peru a v Bolívii, i když může probíhat také v dalších zemích. Význam Kolumbie v produkci kokainu dokládají informace o zlikvidovaných laboratořích a záchytech permanganátu draselného, což je chemické činidlo používané při syntéze hydrochloridu kokainu. V roce 2008 bylo v Kolumbii zlikvidováno 3 200 kokainových laboratoří (INCB, 2010b) a celkem 42 tun permanganátu draselného (90 % celosvětových záchytů) (INCB, 2010a).

Dostupné informace nasvědčují tomu, že kokain je i nadále pašován do Evropy po různých leteckých a námořních trasách. Předtím, než dorazí do Evropy, procházejí zásilky kokainu různými zeměmi, jako jsou např. Argentina,

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

	Kokain	Crack [1]
Odhad celosvětové produkce (v tunách)	842–1 111	není k dispozici
Celosvětově zadržené množství (v tunách)	711 [2]	není k dispozici
Zadržené množství (v tunách)		
EU a Norsko	67	0,06
(včetně Chorvatska a Turecka)	(67)	(0,06)
Počet záchytů		
EU a Norsko	95 700	10 100
(včetně Chorvatska a Turecka)	(96 300)	(10 100)
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram)		
Rozpětí	37–107	45–82
(Mezikvartilové rozpětí) [3]	(50–70)	
Rozpětí průměrné čistoty (%)	13–62	20–89

[1] Protože soubor zemí poskytujících informace je malý, je třeba interpretovat údaje obezřetně.
[2] Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) odhaduje, že toto číslo odpovídá 412 tunám čistého kokainu.
[3] Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášených průměrných cen.
Pozn.: Všechny údaje jsou za rok 2008 s výjimkou odhadu celosvětové produkce (2009); není k dispozici – údaje nejsou dostupné.
Zdroje: Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (2010b) pro celosvětové hodnoty, národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

Brazílie, Ekvádor, Venezuela a Mexiko. Pro překládku při dopravě drogy do Evropy se často využívají také karibské země. V posledních letech byly zjištěny alternativní trasy přes západní Afriku (EMCDDA a Europol, 2010). Přestože v záchytech kokainu přepravovaného přes západní Afriku byl za rok 2008 hlášen „zásadní pokles" (UNODC, 2009), je pravděpodobné, že regionem nadále procházejí významná množství drogy (EMCDDA a Europol, 2010).

Vstupními body při pašování kokainu do Evropy jsou podle všeho Iberský poloostrov, zvláště Španělsko, a přímořské země severu kontinentální Evropy, zvláště Nizozemsko. Jako důležité tranzitní nebo cílové země uvnitř Evropy bývají často uváděny Francie, Itálie a Spojené království. Nedávné zprávy také nasvědčují tomu, že pašování kokainu se možná rozšiřuje na východ (EMCDDA a Europol, 2010; INCB, 2010b). Souhrnný číselný údaj za deset zemí střední a východní Evropy ukazuje nárůst počtu záchytů kokainu z 469 případů v roce 2003 na 1 212 v roce 2008, ty však stále představují jen asi 1 % z celé Evropy.

Laboratoře pro „sekundární extrakci" kokainu v Evropě

Tajné laboratoře vybudované obchodníky s drogami ke zpracování kokainu v Evropě plní odlišnou funkci než kokainové laboratoře v Jižní Americe, kde se z listů koky nebo z kokové pasty získává kokainová báze nebo hydrochlorid kokainu. Většina laboratoří odhalená evropskými orgány pro prosazování právních předpisů podle všeho extrahuje kokain z materiálů, do nichž byl zapracován před vývozem.

Hydrochlorid kokainu a méně často kokainová báze byly objeveny v nejrůznějších „transportních" materiálech, jako je včelí vosk, hnojivo, oblečení, byliny a tekutiny. Proces zapracování se může lišit svou složitostí od prostého namáčení šatů v roztoku kokainu a vody až po zapracování drogy do plastu. V posledně uvedeném případě je k extrakci kokainu nutný zpětný chemický proces. Po extrakci lze drogu naředit různými ředicími látkami a slisovat do kokainových kostek s vyraženými logy, která v zemi výrobce označují kokain vysoké čistoty.

V roce 2008 obdržel Europol hlášení o odhalení 30 laboratoří různé velikosti na „sekundární extrakci" kokainu, přičemž všechny byly ve Španělsku. V Nizozemsku byla v Roosendaalu v provincii Brabantsko zabavena středně velká laboratoř na extrakci kokainu z kakaového prášku. Už o rok dříve nizozemské úřady zlikvidovaly dvě laboratoře na „sekundární extrakci" v téže provincii, přičemž zabavily osm tun plastu (polypropylenu) obsahujícího kokain. Dokumentace zajištěná v laboratořích ukázala, že v daném roce bylo z Kolumbie dovezeno více než 50 tun tohoto plastu.

Záchyty drogy

Kokain je po rostlinném konopí a konopné pryskyřici nejčastěji pašovanou drogou na světě. V roce 2008 zůstaly celosvětové záchyty kokainu do značné míry stabilní na úrovni asi 711 tun (tab. 7) (UNODC, 2010b). Největší zachycené množství nadále hlásí Jižní Amerika, kde bylo zabaveno 60 % celosvětového objemu (CND, 2009), následuje Severní Amerika s 28 % a západní a střední Evropa s 11 % (UNODC, 2009).

Počet záchytů kokainu posledních 20 let v Evropě stoupá, výrazněji pak od roku 2004. V roce 2008 se počet záchytů kokainu v Evropě zvýšil na 96 000 případů, i když celkové zadržené množství kleslo na 67 tun oproti 121 tunám v roce 2006 a 76 tunám v roce 2007. Propad celkového množství zadrženého kokainu je do značné míry přičítán poklesům množství zachycených od roku 2006 ve Španělsku a Portugalsku ([83]). Lze to vysvětlit změnami tras nebo způsobů pašování, nebo změnami v prioritách při prosazování právních předpisů. V roce 2008 bylo zemí s největším zachyceným množstvím kokainu a nejvyšším počtem záchytů této drogy v Evropě – asi polovinou z celku – nadále Španělsko. Tato analýza je předběžná, jelikož dosud nejsou k dispozici údaje za rok 2008 z Nizozemska, které v roce 2007 hlásilo druhé největší zachycené množství kokainu.

Čistota a cena

Průměrná čistota testovaných vzorků kokainu se v roce 2008 ve většině zemí poskytujících údaje pohybovala v rozmezí 25 až 55 %, i když nižší hodnoty hlásilo Dánsko (pouze maloobchod, 23 %) a některé části Spojeného království (Skotsko, 13 %) a vyšší hodnoty Belgie (59 %), Francie (60 %) a Rumunsko (62 %) ([84]). Dostatečné údaje pro analýzu trendů čistoty kokainu za období 2003–2008 poskytlo 21 zemí, přičemž sedmnáct z nich hlásilo pokles, tři stabilní situaci (Německo, Řecko, Francie) a Portugalsko zaznamenalo nárůst.

V roce 2008 se průměrná spotřebitelská cena kokainu ve více než polovině z 18 sledovaných zemí pohybovala mezi 50 a 70 EUR za gram. Nižší ceny hlásilo Polsko a Portugalsko a vyšší Česká republika, Itálie, Lotyšsko a Švédsko. Až na jednu výjimku hlásily všechny země, které měly k dispozici dostatečné údaje pro porovnání, v letech 2003 až 2008 pokles spotřebitelské ceny kokainu. Pouze Polsko hlásilo za toto období vzestup, i když s poklesem v roce 2008.

([83]) Viz tab. SZR-9 a SZR-10 ve Statistickém věstníku 2010.
([84]) Údaje o čistotě a ceně viz tab. PPP-3 a PPP-7 ve Statistickém věstníku 2010.

Prevalence a vzorce užívání

Užívání kokainu v běžné populaci

Celkově zůstává kokain po konopí druhou nejčastěji užívanou nezákonnou drogou v Evropě, i když míra užívání se mezi zeměmi značně liší. Podle odhadů jej alespoň jednou za život užilo asi 14 milionů Evropanů, v průměru 4,1 % dospělých ve věku 15–64 let (shrnutí údajů viz tab. 8). Národní údaje se pohybují od 0,1 % do 9,4 %, přičemž 12 ze 24 zemí, včetně většiny zemí střední a východní Evropy, hlásí mezi všemi dospělými nízkou celoživotní prevalenci užívání (0,5–2 %).

Odhaduje se, že v posledním roce užily tuto drogu asi 4 miliony Evropanů (v průměru 1,3 %), i když jsou mezi zeměmi opět rozdíly. Nedávné národní průzkumy hlásí odhady prevalence užití v posledním roce v rozmezí nula až 3,1 %. Odhad prevalence užití kokainu v posledním měsíci představuje v Evropě asi 0,5 % dospělé populace neboli asi 2 miliony lidí.

Malý počet zemí uvádí míru užívání kokainu vyšší než evropský průměr (Dánsko, Španělsko, Irsko, Itálie, Spojené království). Ve všech těchto zemích až na jedinou je kokain nejběžněji užívanou nelegální stimulační drogou. Touto výjimkou je Dánsko, které hlásí podobnou prevalenci užívání kokainu a amfetaminů.

Užívání kokainu mezi mladými dospělými

Podle odhadů užilo kokain alespoň jednou v životě 8 milionů mladých dospělých v Evropě (15–34 let), neboli v průměru 5,9 %. Národní údaje se pohybují od 0,1 po 14,9 %. Evropský průměr užití kokainu v posledním roce se u této věkové skupiny odhaduje na 2,3 % (asi 3 miliony) a užití v posledním měsíci na 0,9 % (1,5 milionu).

Míra užívání je zvláště vysoká u mladých mužů (15–34 let), přičemž Dánsko, Španělsko, Irsko, Itálie a Spojené království uvádějí prevalenci užití kokainu v posledním roce mezi 4 a 8,4 % ([85]). Dvanáct ze zemí poskytujících údaje uvádí poměr mezi počtem mužů a žen v prevalenci užití kokainu v posledním roce u mladých dospělých nejméně 2:1 ([86]).

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

Věková skupina	Časový rámec užívání		
	Celoživotní	V posledním roce	V posledním měsíci
15–64 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	14 milionů	4 miliony	2 miliony
Evropský průměr	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Rozpětí	0,1–9,4 %	0,0–3,1 %	0,0–1,5 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Malta (0,4 %) Litva (0,5 %) Řecko (0,7 %)	Rumunsko (0,0 %) Řecko (0,1 %) Maďarsko, Polsko, Litva (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumunsko, Řecko (0,0 %) Malta, Švédsko, Polsko, Litva, Estonsko, Finsko (0,1 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (9,4 %) Španělsko (8,3 %) Itálie (7,0 %) Irsko (5,3 %)	Španělsko (3,1 %) Spojené království (3,0 %) Itálie (2,1 %) Irsko (1,7 %)	Spojené království (1,5 %) Španělsko (1,1 %) Itálie (0,7 %), Rakousko (0,6 %)
15–34 let			
Odhad počtu uživatelů v Evropě	8 milionů	3 miliony	1,5 milionu
Evropský průměr	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Rozpětí	0,1–14,9 %	0,1–6,2 %	0,0–2,9 %
Země s nejnižší prevalencí	Rumunsko (0,1 %) Litva (0,7 %) Malta (0,9 %) Řecko (1,0 %)	Rumunsko (0,1 %) Řecko (0,2 %) Polsko, Litva (0,3 %) Maďarsko (0,4 %)	Rumunsko (0,0 %) Řecko, Polsko, Litva (0,1 %) Maďarsko, Estonsko (0,2 %)
Země s nejvyšší prevalencí	Spojené království (14,9 %) Španělsko (11,8 %) Dánsko (9,5 %) Irsko (8,2 %)	Spojené království (6,2 %) Španělsko (5,5 %) Dánsko (3,4 %) Irsko (3,1 %)	Spojené království (2,9 %) Španělsko (1,9 %) Itálie (1,1 %) Irsko (1,0 %)

Evropské odhady prevalence vycházejí z vážených průměrů v nejnovějších národních průzkumech provedených v období 2001 až 2008/2009 (převážně v období 2004–2008), a proto je nelze přiřadit k jedinému roku. Průměrná prevalence pro Evropu byla vypočtena váženým průměrem podle populace relevantní věkové skupiny v každé zemi. Zemím, pro které nebyly k dispozici žádné informace, byla přisouzena průměrná prevalence v EU. Populace použité jako základ: 15–64 let (334 milionů) a 15–34 let (133 milionů). Zde shrnuté údaje jsou dostupné v části „Průzkumy v běžné populaci" ve Statistickém věstníku 2010.

([85]) Viz obr. GPS-13 ve Statistickém věstníku 2010.
([86]) Viz tab. GPS-5 (část iii) a (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.

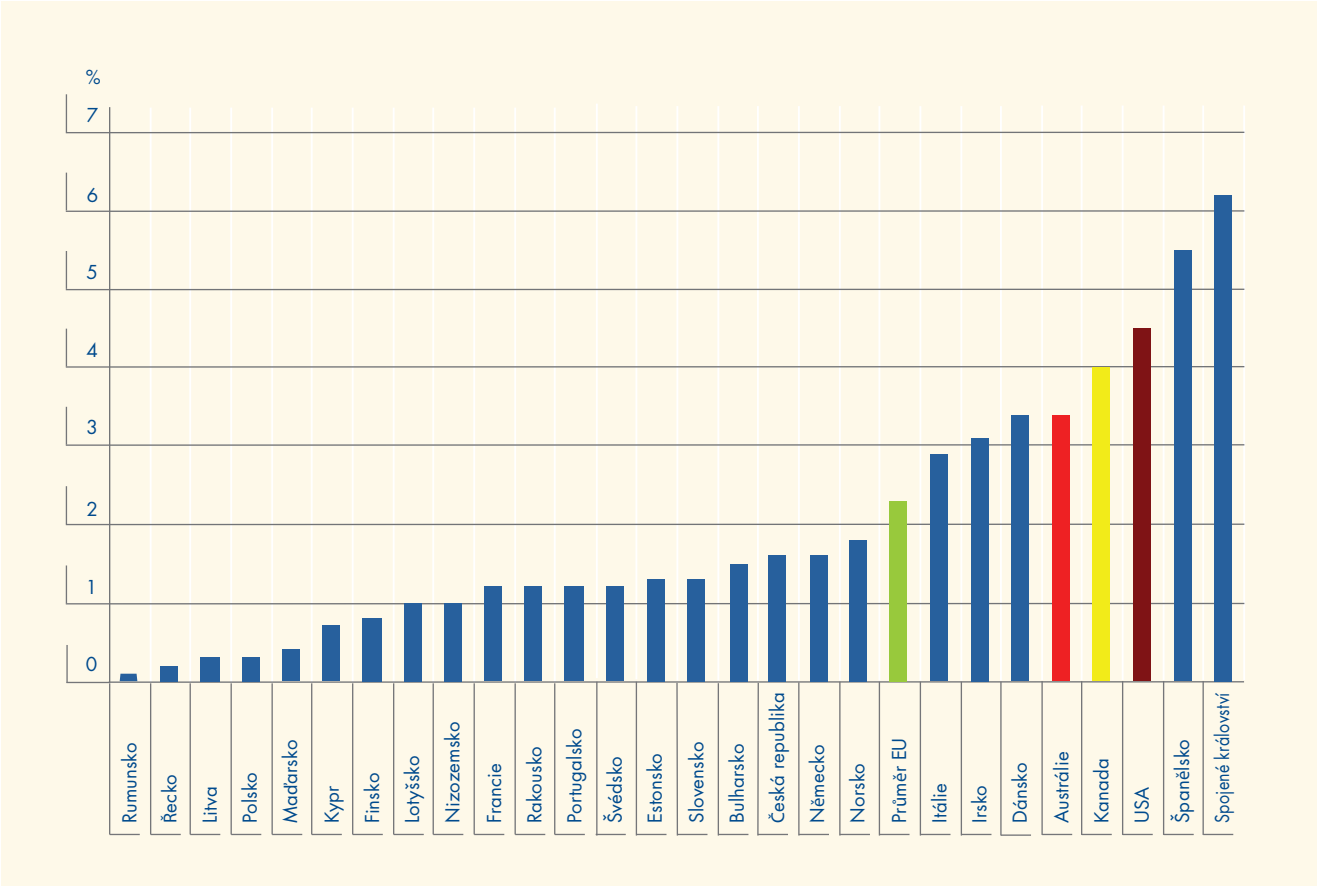
Průřezové populační a cílené průzkumy ukázaly, že užívání kokainu je spojeno se specifickým životním stylem a prostředím. Například analýza údajů z průzkumu kriminality v Británii za rok 2008/09 zjistila, že užití kokainu v posledním roce uvádí 14,2 % 16–24letých, kteří v posledním měsíci navštívili noční podnik nejméně čtyřikrát, v porovnání s 4,0 % u těch, kteří noční podnik nenavštívili (Hoare, 2009). Cílené průzkumy provedené nedávno v prostředí elektronické nebo elektronické taneční hudby v České republice, Nizozemsku, Rakousku a Spojeném království uváděly velmi vysokou celoživotní prevalenci užívání kokainu, která se pohybovala od 17,6 % až po 86 %. Užívání kokainu může být rovněž přímo spojeno s těmito prostředími: v průzkumu provedeném mezi návštěvníky amsterodamských klubů v roce 2008 uvedlo 4,6 % z 646 respondentů, že během večera, kdy probíhal průzkum, užilo kokain, zatímco průzkum na místě mezi 323 návštěvníky klubů ve Spojeném království uváděl, že kokain během večera užilo nebo hodlalo užít 22 %.

Údaje z průzkumů v běžné populaci rovněž ukazují, že prevalence intenzivního epizodického pití ([87]) je mnohem vyšší mezi uživateli kokainu než v běžné populaci (EMCDDA 2009d). Nizozemsko také uvádí, že uživatelé mohou brát kokain, aby vystřízlivěli po nadměrném pití.

Užívání kokainu mezi studenty

Odhady prevalence užívání kokainu mezi studenty jsou mnohem nižší než v případě užívání konopí. Celoživotní prevalence užívání kokainu u 15–16letých studentů v průzkumu ESPAD z r. 2007 byla mezi 1 a 2 % v polovině z 28 států poskytujících údaje. Většina ostatních zemí hlásila prevalenci mezi 3 a 4 %, přičemž Francie a Spojené království hlásily 5 %, resp. 6 %. Tam, kde jsou dostupné údaje od starších studentů (17–18letých), je

Obr. 7: Prevalence užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (15–34 let) v Evropě, Austrálii, Kanadě a USA



Pozn.: Údaje jsou z posledního dostupného průzkumu v každé zemi. Průměrná evropská prevalence byla vypočtena jako průměr národních prevalencí vážených podle velikosti národní populace 15–34letých (2006, převzato z Eurostatu). Údaje ze Spojených států amerických a Austrálie byly přepočteny z původních výsledků průzkumu pro věkové pásmo 16–34, resp. 14–39 let. Další informace viz obr. GPS-20 ve Statistickém věstníku 2010.

Zdroje: Národní kontaktní místa sítě Reitox.
SAMHSA (USA), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.
Kanada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.
Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

([87]) Definováno jako konzumace šesti nebo více sklenic alkoholu při jedné příležitosti nejméně jednou týdně během posledních 12 měsíců.

celoživotní prevalence užívání kokainu obecně vyšší, přičemž ve Španělsku dosahuje 8 % ([88]).

Mezinárodní srovnání

Celkově je odhadovaná prevalence užití kokainu v posledním roce nižší u mladých dospělých v Evropské unii (2,3 %) než u jejich protějšků v Austrálii (3,4 % u osob ve věku 14–39 let), Kanadě (4,0 %) a Spojených státech amerických (4,5 % u osob ve věku 16–34 let). Dánsko však hlásí stejné číselné údaje jako Austrálie, přičemž Španělsko a Spojené království hlásí čísla vyšší než Kanada a Spojené království (obr. 7).

Trendy v užívání kokainu

Trendy v užívání kokainu v Evropě vykazují různé vzorce. Ve dvou zemích s nejvyšší prevalencí užívání kokainu (Španělsko a Spojené království) užívání této drogy koncem 90. let 20. století dramaticky vzrostlo, aby následně přešlo do stabilnějšího, i když i obecně stoupajícího trendu. Ve třech dalších zemích (Dánsko, Irsko, Itálie) byla rostoucí prevalence méně výrazná a došlo k ní o něco později. Míra užívání v těchto zemích je však na evropské poměry vysoká. Mezi dalšími zeměmi, které v období 1998 až 2008/09 prováděly opakované průzkumy, se prevalence užití v loňském roce mezi mladými dospělými (15–34 let) zdá stabilnější, přičemž číselné hodnoty se pohybují za dané období pod 2 % (obr. 8).

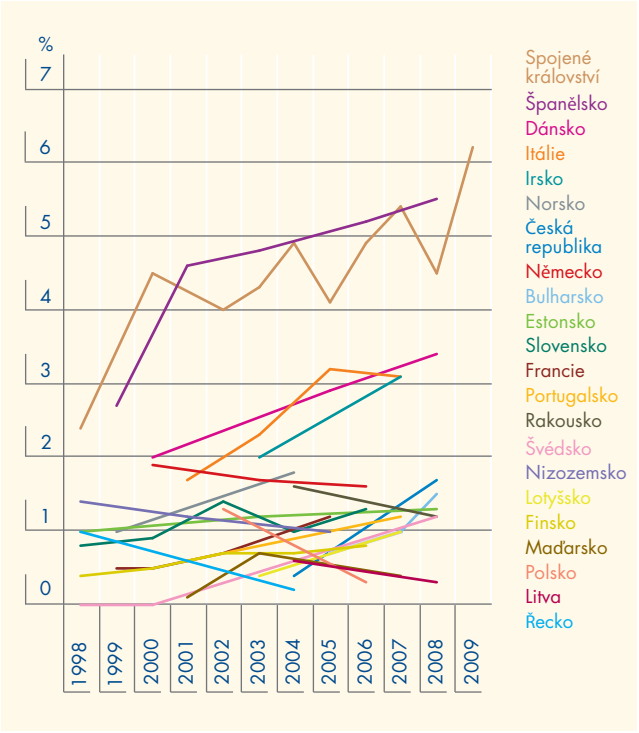
Při pohledu na novější trendy v patnácti zemích, kde v období 2003–2008 proběhly opakované průzkumy, vzrostla prevalence užití v posledním roce u mladých dospělých (15–34 let) nejméně dvojnásobně, i když ve třech zemích (Bulharsko, Česká republika, Lotyšsko) ještě zůstala pod 2 %. Ve dvou zemích vzrostla asi o 50 % (Irsko, Spojené království) a v osmi zemích byla stabilní nebo poklesla (Německo, Estonsko, Litva, Maďarsko, Rakousko, Polsko, Slovensko, Finsko).

Ve školních průzkumech ESPAD provedených v roce 2007 vzrostla celoživotní prevalence užívání kokainu u 15–16letých studentů nejméně o dva procentní body od roku 2003 ve Francii, na Kypru, na Maltě, ve Slovinsku a na Slovensku. Španělský školní průzkum hlásil v období 2004 až 2007 pokles o dva procentní body. V pěti zemích, které v roce 2008 prováděly školní průzkumy, nebyly hlášeny žádné změny větší než 1 %.

Vzorce užívání kokainu

V některých evropských zemích užije značný počet lidí kokain experimentálně pouze jednou nebo dvakrát (Van der Poel a kol., 2009). Mezi pravidelnějšími nebo

Obr. 8: Trendy v prevalenci užití kokainu v posledním roce mezi mladými dospělými (ve věku 15–34 let)



Pozn.: Další informace viz obr. GPS-14 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

intenzivnějšími uživateli kokainu lze rozlišit dvě široké skupiny. První skupinu tvoří „sociálně integrovaní" uživatelé, kteří užívají kokain spíše o víkendech, na večírcích nebo při jiných zvláštních příležitostech, někdy ve velkých množstvích („jízdy") nebo často. Mnoho sociálně integrovaných uživatelů uvádí, že užívání kokainu zvládá stanovením pravidel, například co do množství, četnosti nebo kontextu užívání (Decorte, 2000). Někteří z těchto uživatelů mohou mít zdravotní problémy související s užíváním kokainu nebo se u nich rozvinou nutkavé vzorce užívání, které vyžadují léčbu. Studie však nasvědčují tomu, že značný podíl osob, které mají problémy související s kokainem, se vyléčí, aniž jsou oficiálně léčeny (Cunningham, 2000).

Druhá skupina zahrnuje více „marginalizované" nebo „sociálně vyloučené" uživatele, včetně bývalých nebo současných uživatelů opiátů, kteří mohou užívat crack nebo injekčně užívat kokain. Také v této skupině jsou intenzivní uživatelé kokainu a „cracku", kteří patří k sociálně znevýhodněným skupinám, jako jsou například sexuální pracovnice nebo imigranti (Prinzleve a kol., 2004).

Zdravotní důsledky užívání kokainu

Zdravotní důsledky užívání kokainu jsou pravděpodobně podceňovány. Je tomu tak částečně z důvodu nespecifické

([88]) Viz tab. EYE-3 až EYE-10 ve Statistickém věstníku 2010.

nebo chronické povahy patologií typicky vznikajících při dlouhodobém užívání kokainu a částečně z důvodu obtížně stanovitelných příčinných vztahů mezi onemocněním a užíváním drogy ([89]). Pravidelné užívání kokainu, včetně šňupání, může být spojeno s kardiovaskulárními, neurologickými a psychickými problémy a s rizikem úrazů a přenosem infekčních chorob při nechráněném sexu (Brugal a kol., 2009). Studie provedená ve Spojených státech amerických rovněž ukázala, že asi u 5 % uživatelů kokainu může závislost vzniknout v prvním roce užívání, třebaže ke vzniku závislosti v delším časovém horizontu nedošlo u více než 20 % uživatelů (Wagner a Anthony, 2002).

Studie v zemích s vysokou mírou užívání nasvědčují tomu, že značný podíl srdečních chorob u mladých lidí může souviset s užíváním kokainu (Qureshi a kol., 2001). V těchto zemích kokain podle všeho figuroval ve významném procentu urgentních příjmů v nemocnicích, například ve 32 % případů v Nizozemsku a ve většině případů ve Španělsku a ve Spojených státech amerických. Nedávná studie ve Španělsku provedená mezi 720 pravidelnými uživateli kokainu ve věku 18 až 20 let, kteří nebyli pravidelnými uživateli heroinu, zjistila, že 27 % během posledního roku zažilo akutní intoxikaci kokainem. Z nich mělo 35 % symptomy psychózy (halucinace nebo delirium) a více než 50 % bolesti na hrudi (Santos a kol., v tisku).

Injekční užívání kokainu a užívání cracku je spojeno s největšími zdravotními riziky, včetně kardiovaskulárních příhod a problémů duševního zdraví. Ty jsou obvykle ještě zhoršovány sociální marginalizací a dalšími specifickými problémy, jako jsou například rizika související s injekční aplikací, včetně přenosu infekčních chorob a předávkování (EMCDDA, 2007c).

Obecně existují v Evropě údaje svědčící o významné a pravděpodobně rostoucí zdravotní zátěži spojené s užíváním kokainu, která dosud není plně vymezena a rozpoznána. V nedávné době se objevily také obavy ohledně spojitosti mezi užíváním kokainu a násilnou kriminalitou v nočních podnicích (Measham a Moore, 2009).

Problémové užívání kokainu a žádosti o léčbu

Jako problémové uživatele kokainu definuje EMCDDA ty, kdo jej užívají po dlouhá časová období nebo kdo látku užívají injekčně. Odhady velikosti této populace udávají přibližný počet osob, které potenciálně potřebují léčbu. V těchto odhadech však jsou nedostatečně zastoupeni sociálně integrovaní problémoví uživatelé kokainu, přestože mohou léčbu potřebovat. Národní odhady problémových uživatelů kokainu jsou dostupné pouze pro Itálii, zatímco pro Spojené království (Anglii) jsou k dispozici regionální odhady a odhady užívání cracku. V Itálii byl počet problémových uživatelů kokainu v roce 2008 odhadován na 172 000 (4,2 až 4,6 na 1 000 osob ve věku 15–64 let) ([90]). Údaje o trendu problémového užívání kokainu a další zdroje dat ukazují na postupný nárůst užívání kokainu v Itálii.

Užívání cracku je mezi sociálně integrovanými uživateli kokainu velmi neobvyklé a dochází k němu hlavně mezi marginalizovanými znevýhodněnými skupinami, jako jsou sexuální pracovnice, problémoví uživatelé opiátů a někdy specifické etnické menšiny (např. ve Francii, Nizozemsku

Levamisol jako příměs kokainu

Příměsi nebo „ředicí látky" jsou látky úmyslně přidávané do drog, zvláště práškových, kvůli zvýšení prodejní hodnoty a ekonomického přínosu. Odlišují se od nečistot, což jsou malá množství nežádoucích látek ze syntetického procesu (King, 2009).

Kokain může být kvůli své vysoké hodnotě naředěn několikrát, a to jednou nebo více látkami. Mohou to být inertní ředicí látky (jako například cukry a škrob), které zvyšují objem drogy. K zesílení nebo napodobení účinků drogy nebo vylepšení jejího vzhledu mohou být použity také farmakologicky aktivní příměsi. Do této kategorie patří analgetika (např. paracetamol), lokální anestetika (např. lidokain), antihistaminy (např. hydroxyzin), diltiazem a atropin (Meijers, 2007).

Užívání levamisolu (l-tetramisolu) jako příměsi kokainu je ve Spojených státech amerických a v Evropě hlášeno od roku 2004. Levamisol se používá jako antiparazitikum ve veterinární medicíně a dříve se používal v lidské medicíně jako imunostimulant. Je-li užíván po delší období ve vysokých dávkách, může vyvolávat nepříznivé účinky, z nichž nejvíce znepokojujícím je agranulocytóza ([1]).

Levamisol nebývá v záchytech kokainu běžně zjištěn a zřídkakdy bývá kvantifikován. Dostupné informace však svědčí o tom, že stoupá jak podíl vzorků kokainu s příměsí levamisolu, tak koncentrace levamisolu v droze. Tato skutečnost vedla k tomu, že evropský systém včasného varování (viz kapitola 8) vydal výstrahu a zahájil další sběr dat. Výstraha systému veřejného zdravotnictví ve Spojených státech amerických oznámila, že přes 70 % záchytů kokainu analyzovaných v roce 2009 obsahovalo levamisol ([2]) a do konce téhož roku bylo v zemi hlášeno 20 potvrzených nebo pravděpodobných případů agranulocytózy (se dvěma úmrtími). Počet případů se však vzhledem k počtu uživatelů kokainu jeví jako velmi nízký.

([1]) Agranulocytóza je hematologické onemocnění, které vede k rychle se rozvíjejícím, život ohrožujícím infekcím.
([2]) Tisková zpráva SAMHSA.

([89]) Viz rámeček „Úmrtí způsobená kokainem" v kapitole 7.
([90]) Viz tab. PDU-102 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.

a Spojeném království). Dochází k němu v některých evropských městech (Prinzleve a kol., 2004; Connolly a kol., 2008). Většina žádostí o léčbu se týkala užívání cracku a většinu záchytů v Evropě hlásí Spojené království. Užívání cracku je rovněž považováno za hlavní součást problému drog v Londýně. Odhady problémového užívání cracku v Anglii z roku 2006/07 se pohybují v rozmezí 1,4 až 17,0 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let, přičemž národní průměr je 5,2–5,6 případu na 1 000 obyvatel ([91]). Odhaduje se, že více než dvě třetiny problémových uživatelů cracku jsou také problémovými uživateli opiátů.

V zemích s nejvyšší prevalencí často užívají práškový kokain nebo crack uživatelé opiátů v substituční léčbě (hlavně ve Španělsku, Itálii, Nizozemsku, Spojeném království). Korelace mezi užíváním kokainu a alkoholu existuje také u pacientů v substituční léčbě.

Žádosti o léčbu

Kokain, hlavně práškový kokain, uvedlo v Evropě v roce 2008 jako hlavní důvod nastoupení léčby asi 17 % všech léčených klientů, což odpovídá asi 70 000 případů v 27 evropských zemích. Mezi těmi, kdo nastoupili léčbu poprvé, byl podíl osob uvádějících kokain jako primární drogu vyšší (24 %).

Co se týká podílu a počtu klientů primárně užívajících kokain, existují mezi zeměmi velké rozdíly. Největší podíl hlásí Španělsko (46 %), Nizozemsko (33 %) a Itálie (28 %). V Belgii, Irsku, na Kypru, v Lucembursku a Spojeném království představují uživatelé kokainu 11 až 15 % všech léčených klientů. Jinde v Evropě představuje kokain méně než 10 % klientů protidrogové léčby, přičemž osm zemí hlásí méně než 1 % ([92]).

Počet klientů nastupujících protidrogovou léčbu kvůli užívání kokainu jako primární drogy v Evropě několik let vzrůstá, i když tento trend silně ovlivňuje několik málo zemí (Španělsko, Itálie, Nizozemsko, Spojené království). Na základě údajů ze 17 zemí stoupl počet uživatelů kokainu nastupujících léčbu z přibližně 37 000 v roce 2003 na 52 000 v roce 2008, přičemž jejich podíl vzrostl ze 17 % na 19 % všech klientů. Mezi klienty nastupujícími protidrogovou léčbu poprvé stoupl počet klientů užívajících kokain z přibližně 18 000 na 28 000 a jejich podíl z 22 % na 27 % (podle údajů z 18 zemí). Ze zemí s největším podílem klientů užívajících kokain hlásí od roku 2005 stabilní situaci nebo sestupný trend v počtu a podílu nových klientů uvádějících kokain jako hlavní drogu Španělsko, Itálie a Nizozemsko, zatímco Spojené království hlásí nárůst ([93]).

Profil léčených klientů

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

Mezi ambulantně léčenými klienty užívajícími kokain je jeden z nejvyšších poměrů počtu mužů k počtu žen (pět mužů na jednu ženu) a jeden z nejvyšších průměrných věků (kolem 32 let) ze všech klientů v protidrogové léčbě. To platí zvláště v případě některých zemí s vysokými počty uživatelů kokainu jako primární drogy, především Itálie, kde je poměr obou pohlaví 6:1 a průměrný věk 34 let. Klienti užívající primárně kokain uvádějí vyšší věk při prvním užití hlavní drogy (22,3 roku, 87 % před dosažením věku 30 let) v porovnání s klienty užívajícími primárně jiné drogy a průměrná doba mezi prvním užitím kokainu a prvním nastoupením léčby je asi devět let.

Většina klientů užívajících kokain drogu šňupe (63 %) nebo kouří (31 %), přičemž pouze 3 % uvádějí injekční užívání ([94]). Téměř polovina z nich užívala drogu jednou až šestkrát týdně v měsíci před nastoupením léčby, 26 % ji užívalo denně a 25 % ji během této doby vůbec neužilo ([95]). Analýza údajů o léčbě ze 14 zemí v roce 2006 ukázala, že asi 63 % klientů užívajících kokain užívá více drog souběžně. Z těchto klientů 42 % užívá také alkohol, 28 % konopí a 16 % heroin. Kokain také zmiňuje jako sekundární drogu 32 % ambulantně léčených klientů, zvláště těch, kteří užívají primárně heroin (EMCDDA, 2009d).

V roce 2008 bylo hlášeno, že ambulantní léčbu kvůli užívání cracku jako primární drogy nastoupilo asi 10 000 klientů, což představuje 16 % všech klientů užívajících kokain a 3 % všech uživatelů drog nastupujících ambulantní léčbu. Většinu klientů užívajících crack (asi 7 500) hlásí Spojené království, kde představují 42 % klientů užívajících kokain a 5,6 % všech klientů protidrogové léčby. Také Nizozemsko hlásí, že klienti užívající crack v roce 2008 tvořili značný podíl všech uživatelů drog nastupujících léčbu ([96]).

([91]) Viz tab. PDU-103 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.
([92]) Viz obr. TDI-2 a tab. TDI-5 (část i) a (část ii) a TDI-24 ve Statistickém věstníku 2010; údaje ze Španělska jsou za rok 2007.
([93]) Viz obr. TDI-1 a TDI-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([94]) Viz tab. TDI-17 (část iv) ve Statistickém věstníku 2010.
([95]) Viz tab. TDI-18 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.
([96]) Od roku 2008 jsou v Nizozemsku uživatelé kokainu uvádějící jako způsob podávání drogy „kouření" považováni za uživatele cracku. To vedlo k výraznému zvýšení čísel uváděných v předchozích letech. Identifikace klientů užívajících crack může být nedostatečná také v dalších zemích.

Celkově lze mezi léčenými uživateli kokainu vymezit dvě hlavní skupiny: sociálně integrovaní jedinci užívající práškový kokain a více marginalizovaná skupina klientů užívající kokain, často crack, v kombinaci s opiáty. První skupina typicky uvádí šňupání drogy a někdy její konzumaci ve spojení s dalšími látkami, např. alkoholem nebo konopím, avšak ne s opiáty. Někteří příslušníci této skupiny jsou odesláni k léčbě systémem trestní justice. Druhá skupina často uvádí injekční užívání drog, užívá kokain i opiáty, někdy kouří crack a vykazuje povážlivý zdravotní stav a sociální podmínky. V této skupině, kam patří dřívější uživatelé heroinu, kteří nastupují znovu léčbu kvůli užívání kokainu, může být identifikace primární drogy obtížná (NTA, 2010) ([97]).

Léčba a minimalizace škod

Poskytování léčby

V Evropě je léčba závislosti na kokainu a cracku obecně poskytována ve specializovaných ambulantních léčebných službách. Vzhledem k tomu, že v současnosti není k dispozici žádná efektivní farmakoterapie, je klientům užívajícím kokain poskytována psychosociální léčba, jako je například poradenství a kognitivně-behaviorální terapie. Některé země vydávají pokyny pro léčbu problémového užívání kokainu (např. Německo, Spojené království). Metodické pokyny ve Spojeném království doporučují podle potřeb klienta tři až dvacet léčebných sezení, která mají řešit ambivalentní postoj ke změně, zlepšit rozpoznávání a zvládání spouštěčů a nutkání užít kokain, minimalizovat škody související s kokainem a předcházet relapsu (NTA, 2006).

Farmakoterapie se v Evropě obecně používá ke zmírnění symptomů závislosti na kokainu, zvláště úzkosti. Kvalitativní studie zabývající se současnými postupy léčby závislosti na kokainu ve Francii zjistila, že i přes omezené důkazy o účinnosti jsou předepisovány určité léky, jako například metylfenidát, modafinil nebo topiramát, a to ke snížení míry neodolatelné chuti na drogu nebo pro účely substituce (Escots a Suderie, 2009).

Veřejná zařízení protidrogové léčby v Evropě se většinou orientují na potřeby uživatelů opiátů a sociálně integrovaní uživatelé práškového kokainu se možná zdráhají dostavit se k léčbě kvůli vnímanému stigmatu. Dánsko, Irsko, Itálie a Rakousko proto vytvořily pro tuto populaci specifické programy. Společným znakem je to, že léčbu lze poskytovat mimo běžné provozní hodiny, aby bylo možné vyhovět pracovním povinnostem uživatelů a zajistit diskrétnost.

Dvě nedávné studie zkoumaly účinnost psychosociální léčby poskytované uživatelům práškového kokainu (NTA, 2010) a cracku (Marsden a kol., 2009) v centrech protidrogové léčby v Anglii. Obě porovnávaly změny v užívání drog před léčbou a po šesti měsících léčby (nebo dříve v případě propuštění). V první studii ukončilo užívání drogy 61 % uživatelů práškového kokainu (1 864 z 3 075) a dalších 11 % svou míru užívání významně snížilo. Ve druhé studii dodržovalo abstinenci po šesti měsících léčby 52 % uživatelů cracku (3 941 ze 7 636). Méně pozitivní je zjištění, že substituční léčba závislosti na opiátech není tak efektivní u klientů užívajících heroin a crack jako u těch, kteří užívají pouze heroin. Toto zjištění potvrzuje škodlivý dopad souběžného užívání kokainu nebo cracku na výsledky substituční léčby a potvrzuje potřebu vyvíjet nové strategie k léčbě kombinované závislosti na heroinu a kokainu nebo cracku.

Nedávné studie léčby závislosti na kokainu

V léčbě závislosti na kokainu bylo posuzováno přes 50 různých látek. Dosud nebyla nalezena žádná, která by jasně prokázala účinnost, a Evropská agentura pro léčivé přípravky ani Americký úřad pro kontrolu léčiv a potravin žádnou látku pro léčbu závislosti na kokainu neschválily (Kleber a kol., 2007). Je však registrováno více než 100 probíhajících randomizovaných kontrolních studií k testování nových látek, někdy ve spojení s psychologickými intervencemi.

Užívání disulfiramu, látky působící proti metabolismu alkoholu, bylo spojeno se snížením míry užívání kokainu

Kokainová vakcína

Kokainová vakcína byla poprvé testována na začátku 90. let 20. století ve studiích na zvířatech. Po podání vyvolává tvorbu protilátek, které se váží na molekuly kokainu v krvi, a tím umožňují přirozeně se vyskytujícím enzymům, aby je přeměnily na neaktivní molekuly.

První randomizovaná kontrolní studie vakcíny byla provedena ve Spojených státech amerických a zahrnovala 115 subjektů účastnících se substituční léčby závislosti na opiátech. Studie zjistila, že účastníci, kteří dostávali vakcínu, a došlo u nich k vytvoření odpovídající hladiny protilátek, udrželi abstinenci. Avšak pouze asi u čtyř z deseti (38 %) očkovaných uživatelů opiátů došlo k vytvoření takové hladiny protilátek, která zajistila dvouměsíční blokádu kokainu (Martell a kol., 2009). Podobné výsledky byly zaznamenány v pozdější studii deseti uživatelů kokainu mužského pohlaví, kteří drogu kouřili, byli závislí a nevyhledávali protidrogovou léčbu.

([97]) Viz tab. TDI-10, TDI-11 (část iii), TDI-21 a TDI-103 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.

u pacientů, kteří se zároveň potýkali s alkoholismem. Snížení bylo připisováno poklesu disinhibice a zhoršeného úsudku v souvislosti s alkoholem. Nedávné studie rovněž zjistily přímý dopad disulfiramu na metabolismus kokainu. Vzhledem k omezené kvalitě důkazů však byla vyslovena domněnka, že kliničtí pracovníci by měli zvažovat možné přínosy proti možným nepříznivým účinkům disulfiramu (Pani a kol., 2010).

Užíváním řady antikonvulziv se zabývalo 15 studií, do kterých bylo zařazeno 1 066 pacientů (Minozzi a kol., 2009). Léky nebyly významně lepší než placebo z hlediska udržení pacientů v léčbě, snížení počtu a typu vedlejších účinků nebo snížení míry užívání kokainu. Antipsychotika byla posuzována v sedmi studiích s 293 pacienty (Amato a kol., 2009). Studie byly obecně příliš malého rozsahu na to, aby možné účinky potvrdily, avšak dostupné výsledky nesvědčí ve prospěch uplatnění těchto léků při léčbě závislosti na kokainu.

U pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech bylo zjištěno, že užívání bupropionu, dextroamfetaminu a modafinilu je spojeno s vyšší mírou dlouhodobé abstinence od kokainu, než jaké dosahovalo placebo (Castells a kol., 2010).

Mezi nefarmakologickými intervencemi dosahovaly pozitivních výsledků některé psychosociální intervence, které vedly ke snížení počtu případů předčasně ukončené léčby, snížení míry užívání kokainu a zlepšení docházky, zvláště pokud byly poskytovány zároveň s incentivní terapií s kupóny (Knapp a kol., 2007). Několik probíhajících studií dále zkoumá účinky intervencí založených na pobídkách, v některých případech ve spojení s behaviorální terapií a farmakologickými intervencemi. Konečně léčba ušní akupunkturou nezaznamenala významné výsledky (Gates a kol., 2006).

Minimalizace škod

Intervence k minimalizaci škod zacílené na problémové uživatele cracku a kokainu jsou novou oblastí činnosti v mnoha členských státech. Jedním z důvodů omezeného poskytování intervencí na tomto poli, zvláště u uživatelů cracku, mohou být nedostatečné znalosti klíčových pracovníků o této droze, cílové skupině a jejích potřebách. Nedávný přehled intervencí minimalizace škod pro uživatele stimulantů došel k závěru, že je třeba věnovat více pozornosti specifikaci škod souvisejících s užíváním kokainu než vývoji intervencí, které je mají snižovat (Grund a kol., 2010).

Členské státy obvykle poskytují injekčním uživatelům kokainu tytéž služby a zařízení jako uživatelům opiátů, včetně doporučení ohledně bezpečnějšího užívání, nácviku bezpečnější injekční aplikace a programů výměny jehel a stříkaček. Injekční užívání kokainu však může být spojeno s vyššími riziky sdílení injekčního náčiní a častou injekční aplikací, jež může vést ke kolapsu cév a vpichům v rizikovějších částech těla (např. na nohou, rukou, chodidlech a v třeslech). Proto by doporučení pro bezpečnější užívání měla být upravena pro tato specifická rizika a neměla by být uplatňována politika výměny injekčních stříkaček kus za kus. Vzhledem k možné vysoké četnosti injekční aplikace by poskytování sterilního náčiní injekčním uživatelům nemělo být omezováno (van Beek a kol., 2001). V některých zemích poskytují nízkoprahová zařízení také čisté dýmky na crack (Španělsko, Francie).

Intervence k minimalizaci škod zaměřené na uživatele kokainu v prostředí zábavních podniků se soustředí hlavně na osvětu. Programy nabízejí mladým lidem rady a informace o rizicích spojených s užíváním alkoholu a drog obecně, obvykle včetně materiálu o rizicích užívání kokainu. Alternativy minimalizace škod pro tuto cílovou skupinu, která v Evropě představuje převážnou většinu uživatelů kokainu, v podstatě téměř neexistují.

Kapitola 6

Užívání opiátů a injekční užívání drog

Úvod

Užívání heroinu, zvláště injekční, je úzce spjato s problémy veřejného zdraví a sociálními problémy v Evropě od 70. let 20. století. Dnes má tato droga stále největší podíl na nemocnosti a úmrtnosti související s užíváním drog v Evropské unii. Během 90. let 20. století a na začátku tohoto století byl sledován pokles užívání heroinu a souvisejících problémů, i když novější údaje naznačují, že v některých zemích se tento trend možná obrátil. Navíc zprávy o užívání syntetických opiátů, např. fentanylu, a injekční užívání stimulačních drog, jako je například kokain nebo amfetaminy, odráží čím dál větší mnohostrannost problémového užívání drog v Evropě.

Nabídka a dostupnost

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

Výroba a obchodování

Heroin užívaný v Evropě pochází převážně z Afghánistánu, který zůstává největším dodavatelem nelegálního opia na světě. Dalšími zeměmi jsou Myanmar (dříve Barma), který zásobuje hlavně trhy ve východní a jihovýchodní Asii, dále Pákistán, Laos, následuje Mexiko a Kolumbie, které jsou považovány za největší dodavatele heroinu do Spojených států amerických (UNODC, 2009). Celosvětová výroba opia v roce 2009 podle odhadu poklesla poté, kdy v roce 2007 dosáhla svého vrcholu, a to hlavně kvůli poklesu produkce v Afghánistánu z 8 200 tun asi na 6 900 tun. Nejnovější odhad celosvětové potenciální výroby heroinu je 657 tun, což znamená pokles z odhadované úrovně asi 750 tun v roce 2007 a 2008 (UNODC, 2010b).

Heroin se dostává do Evropy dvěma hlavními cestami. Po historicky významné balkánské cestě se sem dostává heroin vyrobený v Afghánistánu přes Pákistán, Írán a Turecko a poté přes další tranzitní nebo cílové země (Albánii, Maďarsko, Bulharsko, Českou republiku, bývalé jugoslávské republiky, Rumunsko, Slovensko, Rakousko, Itálii). Heroin se dostává do Evropy také po „hedvábné stezce" přes střední Asii a Rusko a poté přes Bělorusko, Polsko a Ukrajinu, mimo jiné do skandinávských zemí přes Litvu (INCB, 2010b). V Evropské unii hraje významnou roli jako sekundární distribuční centrum Nizozemsko a v menší míře Belgie.

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

Výroba a záchyty drogy	Heroin
Odhad celosvětové produkce (v tunách)	657
Celosvětově zadržené množství (v tunách)	
Heroin	75
Morfin	17
Zadržené množství (v tunách)	
EU a Norsko	8
(včetně Chorvatska a Turecka)	(24)
Počet záchytů	
EU a Norsko	54 400
(včetně Chorvatska a Turecka)	(56 600)
Cena a čistota v Evropě [1]	**Hnědý heroin**
Průměrná spotřebitelská cena (EUR za gram)	
Rozpětí	25–133
(Mezikvartilové rozpětí) [2]	(33–80)
Průměrná čistota (%)	
Rozpětí	7–43

([1]) Protože spotřebitelskou cenu a čistotu bílého heroinu hlásí jen několik málo zemí, údaje nejsou v tabulce uvedeny. Lze je nalézt v tab. PPP-2 a PPP-6 ve Statistickém věstníku 2010.
([2]) Interval, v němž se nachází prostředních 50 % hodnot hlášené průměrné ceny nebo čistoty.
Pozn.: Všechny údaje jsou za rok 2008 s výjimkou odhadů celosvětové produkce (2009).
Zdroje: Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) (2010b) pro celosvětové hodnoty, národní kontaktní místa sítě Reitox pro evropské údaje.

Záchyty drogy

Celosvětové záchyty opia v letech 2007 až 2008 výrazně stouply, a to z 510 na 657 tun (tab. 9). Více než 80 % celkového množství bylo zachyceno v Íránu a asi 7 % v Afghánistánu. Celosvětové záchyty heroinu v roce 2008 stouply na 75 tun, zatímco celosvětové záchyty morfinu poklesly na 17 tun (UNODC, 2010b).

V Evropě vedlo v roce 2008 odhadovaných 56 600 záchytů k zadržení 23,6 tuny heroinu. Největší počet záchytů v roce 2008 uvedlo opět Spojené království, zatímco Turecko znovu oznámilo největší zadržené množství, a to 15,5 tuny zadržených v roce 2008 ([98]). Údaje za období 2003–2008 z 26 zemí poskytujících údaje naznačují, že počet záchytů od roku 2003 stoupá. Celkový trend v množství heroinu zachyceného v Turecku se od trendu pozorovaného v Evropské unii liší (obr. 9). Zatímco Turecko hlásilo za období 2003 až 2008 trojnásobný nárůst množství zachyceného heroinu, množství zachycené za toto období v Evropské unii zaznamenalo částečný pokles, hlavně v důsledku poklesů hlášených v Itálii a Spojeném království, což jsou dvě země, které v Evropské unii zachytí největší množství ([99]).

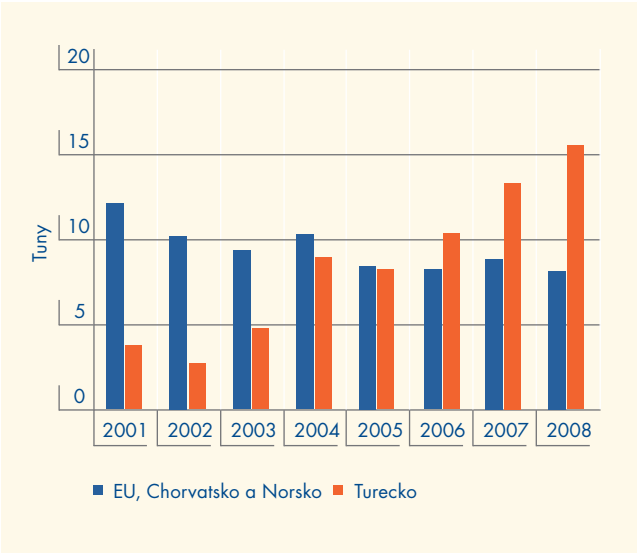
Celosvětové záchyty acetanhydridu (používaného při výrobě heroinu) vzrostly z 57 300 litrů v roce 2007 na 199 300 litrů v roce 2008, přičemž zachycená největší množství hlásilo Slovinsko (86 100 litrů) a Maďarsko (63 600 litrů). Úřad INCB vybízí Evropskou komisi a členské státy EU k tomu, aby předcházely zneužití acetanhydridu pocházejícího z vnitřního trhu (INCB, 2010a).

Čistota a cena

V roce 2008 se typická čistota testovaného hnědého heroinu ve většině sledovaných zemí pohybovala mezi 15 a 30 %; nižší hodnoty hlásila Francie (11 %), Rakousko (pouze maloobchod, 11 %) a Turecko (pouze maloobchod, 7 %) a vyšší hodnoty Bulharsko (31 %), Portugalsko (32 %), Rumunsko (43 %) a Norsko (31 %). V období 2003 až 2008 čistota hnědého heroinu stoupla v osmi zemích, zatímco ve čtyřech dalších zůstala stejná nebo poklesla. Typická čistota bílého heroinu v těch několika málo evropských zemích, které poskytly údaje, byla obecně vyšší (30–50 %) ([100]).

Spotřebitelská cena hnědého heroinu byla i nadále vyšší v severských zemích než ve zbytku Evropy, přičemž Švédsko hlásilo průměrnou cenu 133 EUR za gram

Obr. 9: Odhadovaná množství heroinu zachyceného v Evropské unii, Chorvatsku a Norsku a v Turecku



Pozn.: Celkové množství zachyceného heroinu vychází z údajů ze všech zemí poskytujících údaje centru EMCDDA (27 členských států EU, Chorvatsko, Turecko a Norsko). Chybějící údaje byly získány extrapolací z dat za bezprostředně předcházející roky.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

a Dánsko 107 EUR. V osmi dalších zemích poskytujících údaje se spotřebitelská cena hnědého heroinu pohybovala v rozmezí 25 až 80 EUR za gram. Za období 2003–2008 spotřebitelská cena hnědého heroinu vzrostla v pěti z devíti evropských zemí, které hlásily časové trendy, a ve čtyřech poklesla. V několika málo zemích, které tento údaj hlásí, se spotřebitelská cena bílého heroinu pohybovala v roce 2008 mezi 24 a 213 EUR za gram.

Odhady prevalence problémového užívání opiátů

Údaje v této části byly odvozeny z ukazatele EMCDDA pro problémové užívání drog (PDU z angl. *problem drug use*), který zahrnuje hlavně injekční užívání drog a užívání opiátů, ačkoliv v několika zemích jsou důležitou složkou také uživatelé amfetaminů nebo kokainu. Vzhledem k relativně nízké prevalenci a skryté povaze problémového užívání drog jsou k získání odhadů prevalence z dostupných zdrojů dat (hlavně údaje o protidrogové léčbě a údaje o prosazování právních předpisů) zapotřebí statistické extrapolace. Většina zemí je schopna poskytnout konkrétní odhady „problémových uživatelů opiátů“, avšak stojí za zmínku, že jsou to často uživatelé více drog a čísla udávající prevalenci v městských oblastech a v sociálně vyloučených skupinách jsou mnohdy mnohem vyšší.

([98]) Viz tab. SZR-7 a SZR-8 ve Statistickém věstníku 2010. Upozorňujeme, že pro účely odhadu byly chybějící údaje o celkových záchytech v Evropě za rok 2008 nahrazeny údaji z roku 2007.
([99]) Tato analýza je předběžná, protože údaje ze Spojeného království za rok 2008 dosud nejsou k dispozici.
([100]) Údaje o čistotě a ceně viz tab. PPP-2 a PPP-6 ve Statistickém věstníku 2010.

Odhadovaná prevalence problémového užívání opiátů se v evropských zemích v období 2003–2008 pohybovala zhruba mezi jedním a osmi případy na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (obr. 10), celková prevalence problémového užívání drog se odhaduje na dva až deset případů na 1 000 obyvatel. Zeměmi, které hlásí nejvyšší dobře doložené odhady problémového užívání opiátů, jsou Irsko, Malta, Itálie a Lucembursko, zatímco nejnižší odhady uvádí Česká republika, Kypr, Lotyšsko, Polsko a Finsko (Česká republika i Finsko mají vysoké odhadované počty problémových uživatelů amfetaminů). Pouze Turecko hlásí čísla nižší než jeden případ na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let.

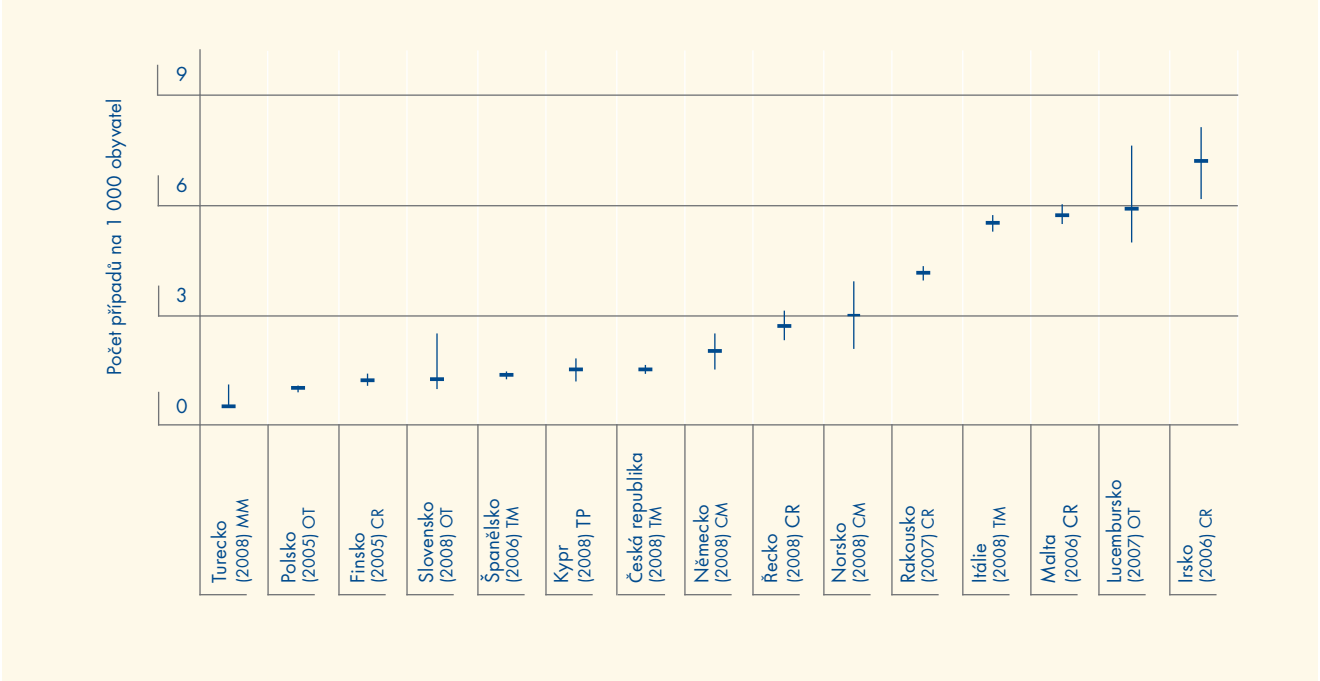
Průměrná prevalence problémového užívání opiátů v Evropské unii a Norsku se odhaduje na 3,6 až 4,4 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. To odpovídá asi 1,35 milionu (1,2–1,5 milionu) problémových uživatelů opiátů v Evropské unii a Norsku v roce 2008 ([101]). Tento odhad zahrnuje uživatele v substituční léčbě, avšak počet vězňů, zvláště ve výkonu delších trestů, může být podhodnocen.

Léčení uživatelé opiátů

Většina (53 %) osob nastupujících specializovanou protidrogovou léčbu v roce 2008 v Evropě nadále uváděla jako primární drogu opiáty, přičemž heroin uvedlo 48 % všech klientů ([102]). V Evropě však existují značné rozdíly v podílu uživatelů drog nastupujících léčbu v souvislosti s těmito drogami, přičemž klienti užívající opiáty představují více než 90 % osob nastupujících léčbu v Bulharsku, Estonsku a ve Slovinsku, 50 až 90 % v patnácti zemích a 10 až 49 % v dalších devíti ([103]). Vedle asi 200 000 osob nastupujících léčbu v roce 2008, které uvedly opiáty jako primární drogu, uvedlo opiáty jako sekundární drogu dalších 47 000 uživatelů jiných drog ([104]).

Mnoho uživatelů opiátů je zapsáno v programech poskytujících dlouhodobou péči, zvláště substituční léčbu. To se odráží ve vyšším podílu primárních uživatelů opiátů mezi uživateli drog již léčenými z dřívějších let. Nedávná analýza údajů poskytnutých devíti zeměmi zjistila, že primární uživatelé opiátů tvořili 61 % všech hlášených

Obr. 10: Odhady roční prevalence problémového užívání opiátů (v populaci ve věku 15–64 let)



Pozn.: Vodorovná čárka označuje bodový odhad, svislá čárka označuje interval nejistoty: tím může být buď 95% interval spolehlivosti, nebo interval založený na analýze citlivosti. Cílové skupiny se mohou mírně lišit v důsledku různých metod odhadu a zdrojů dat, proto je nutné provádět srovnání opatrně. Nestandardní věková rozpětí byla použita ve studiích z Finska (15–54 let), Malty (12–64 let) a Polska (bez rozdílu věku). Všechny tři hodnoty byly upraveny pro populaci ve věku 15–64 let. V případě Německa představuje interval nejvyšší a nejnižší mez všech existujících odhadů a bodový odhad je prostým průměrem středních hodnot. Byly použity zkratky metod odhadu: CR, metoda zpětného záchytu; TM, léčebný násobitel; MM, násobitel úmrtnosti; CM, kombinované metody; TP, zkrácené Poissonovo rozdělení; OT, ostatní metody. Další podrobnosti viz obr. PDU-1 (část ii) a tab. PDU-102 ve Statistickém věstníku 2010.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

([101]) Tento odhad byl na základě nových údajů upraven z 1,4 na 1,35 milionu. Kvůli velkému rozpětí intervalů spolehlivosti a skutečnosti, že odhad vychází z údajů za různé roky, nelze dospět k závěru, že došlo k poklesu v prevalenci problémového užívání opiátů v Evropě.

([102]) Viz obr. TDI-2 (část ii), tab. TDI-5 a TDI-113 ve Statistickém věstníku 2010.

([103]) Viz tab. TDI-5 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.

([104]) Viz tab. TDI-22 ve Statistickém věstníku 2010.

klientů v léčbě, ale pouze 38 % klientů nastupujících léčbu poprvé v životě ([105]).

Trendy v problémovém užívání opiátů

Omezený počet opakovaných odhadů incidence a prevalence problémového užívání opiátů spolu se statistickou nejistotou ohledně jednotlivých odhadů přispívají k tomu, že monitorování trendů v čase je obtížné. Údaje z osmi zemí s odhady prevalence opakovanými v období 2003–2008 však naznačují relativně stabilní situaci. Zdánlivý nárůst pozorovaný v Rakousku až do roku 2005 nebyl potvrzen nejnovějším odhadem, který je nyní pod úrovní roku 2003. Irsko hlásilo v období 2001 až 2006 nárůst, který byl méně výrazný v Dublinu (21 %) než mimo hlavní město (164 %) ([106]).

Tam, kde odpovídající a aktuální odhady incidence a prevalence problémového užívání opiátů nejsou k dispozici, lze i přesto analyzovat trendy v čase podle jiných, především nepřímých ukazatelů, jako jsou žádosti o léčbu. Na základě vzorku 19 zemí celkový počet primárních uživatelů heroinu nastupujících léčbu a klientů nastupujících léčbu poprvé v letech 2003 až 2008 vzrostl ([107]). Při zaměření na novější časový rámec vzrostl v letech 2007 a 2008 v 11 zemích počet uživatelů nastupujících léčbu kvůli primárnímu užívání heroinu. Co se týká klientů poprvé nastupujících léčbu, celkový vzestupný trend se v roce 2008 ustálil, i když šest zemí nadále hlásilo zvýšené počty ([108]).

Údaje o úmrtích vyvolaných drogami v roce 2008, která většinou souvisejí s užíváním opiátů, nijak nenaznačují návrat ke klesajícímu trendu pozorovanému do roku 2003 (viz kapitola 7). Více než polovina zemí poskytujících údaje zaznamenala v letech 2007 až 2008 rostoucí počty úmrtí vyvolaných drogami ([109]). Počet záchytů heroinu v Evropě od roku 2003 rovněž vzrostl, přičemž množství zachycená v Evropské unii poklesla. Loni hlášená změna v počtu trestných činů souvisejících s heroinem ze sestupného trendu na vzestupný je nyní potvrzena – ve většině evropských zemí poskytujících dostatečné údaje došlo za období 2003–2008 k nárůstu.

Francouzský systém TREND, který vychází z kvalitativních a kvantitativních dat, uvedl užívání heroinu a opiátových léků novými skupinami, včetně sociálně integrovaných jedinců a návštěvníků „technopárty“. Malý podíl uživatelů heroinu v cílených vzorcích sociálně integrovaných jedinců uvádějí také další kvalitativní studie (Eisenbach-Stangl a kol., 2009). K nim mohou patřit experimentální uživatelé a osoby, které jsou schopny užívání drogy zvládnout (Shewan a Dalgarno, 2005; Warburton a kol., 2005).

Dostupné údaje naznačují, že klesající trend ukazatelů opiátů sledovaný až do roku 2003 se vyrovnal. To je snad nejlépe patrné na záchytech drogy a úmrtích vyvolaných drogami od roku 2003 a po roce 2004 na nových žádostech o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. K těmto změnám došlo souběžně se zvýšením produkce opia v Afghánistánu do roku 2007, což vzbuzuje obavy, že tyto události by mohly souviset s rostoucí dostupností heroinu na evropském trhu.

Injekční užívání drog

Injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů z užívání drog, jako jsou krví

Problémové užívání opiátů a injekční užívání drog v zemích sousedících s Evropskou unií

Ze zemí sousedících s Evropskou unií má největší populaci uživatelů opiátů Rusko, kde se hlášené odhady pohybují mezi 1,5 a 6,0 miliony uživatelů (UNODC, 2005). Nedávná studie založená na metodě léčebného násobitele – jedné z metod doporučených centrem EMCDDA – uvedla odhad 1,68 milionu problémových uživatelů opiátů, což lze vyjádřit jako 16 na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (UNODC, 2009). Ruská federální služba pro kontrolu drog (Russian Federal Drug Control Service) odhaduje, že na předávkování zemře každý rok 10 000 uživatelů heroinu (INCB, 2010b). Druhou největší populaci uživatelů opiátů na hranicích Evropské unie má pravděpodobně Ukrajina, s odhadovaným počtem 323 000 až 423 000 uživatelů opiátů. To představuje 10–13 případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let (UNODC, 2009). Vnímaný vzestup užívání opiátů hlásily Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) v roce 2008 také Albánie, Bělorusko a Moldavsko.

Pro rok 2007 bylo odhadnuto, že v Rusku mohlo být v té době asi 1 825 000 injekčních uživatelů drog (17,8 na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let) a na Ukrajině 375 000 (11,6 na 1 000 obyvatel), přičemž téměř 40 % z nich v obou zemích jsou HIV pozitivní (Mathers a kol., 2008). Výskyt nově hlášených infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog je v Rusku (79 na milion obyvatel v roce 2006) a na Ukrajině (153 na milion obyvatel v roce 2006) také mnohem vyšší než v jiných zemích a regionech světa, jako je například Austrálie, Kanada, Evropská unie a USA (Wiessing a kol., 2009).

([105]) Viz tab. TDI-38 ve Statistickém věstníku 2010.
([106]) Úplné informace včetně intervalů spolehlivosti viz tab. PDU-6 (část ii) a PDU-102 ve Statistickém věstníku 2010.
([107]) Viz obr. TDI-1 a TDI-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([108]) Kolísání hodnot v čase může být částečně důsledkem změn v pokrytí dat nebo dostupnosti léčby a celkové trendy může silně ovlivňovat Itálie a Spojené království, které udávají nejvyšší počty nových klientů užívajících heroin. Viz tab. TDI-3 a TDI-5 ve Statistickém věstníku 2009 a 2010.
([109]) Viz tab. DRD-2 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.

přenášené infekce (např. HIV/AIDS, hepatitida) nebo předávkování drogami. Ve většině evropských zemí je injekční aplikace běžně spojena s užíváním opiátů, i když v několika málo zemích je spojena s užíváním amfetaminů. Nové odhady míry injekčního užívání drog dokázalo poskytnout pouze 14 zemí ([110]), bez ohledu na jejich význam pro veřejné zdraví. Zlepšení úrovně dostupných informací o této zvláštní populaci zůstává nadále významnou výzvou ve vývoji systémů pro monitorování zdraví v Evropě.

Dostupné odhady naznačují, že mezi zeměmi existují v prevalenci injekčního užívání drog velké rozdíly. Odhady pro většinu zemí se pohybují od méně než jednoho až po pět případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let, přičemž Estonsko hlásí výjimečně vysokou úroveň 15 případů na 1 000 obyvatel. Pokud poslední údaj vyloučíme jako mimořádnou hodnotu, je vážený průměr asi 2,6 případu na 1 000 osob ve věku 15–64 let ([111]), což by při extrapolaci na počet obyvatel Evropské unie odpovídalo třem čtvrtinám milionu až jednomu milionu aktivních injekčních uživatelů drog. Počet bývalých injekčních uživatelů drog bude pravděpodobně větší (Sweeting a kol., 2008), avšak není pro většinu zemí EU znám.

Uživatelé opiátů nastupující specializovanou protidrogovou léčbu často uvádějí injekční užívání jako obvyklý způsob podávání. To platí o více než polovině klientů užívajících opiáty v 16 zemích, 25 až 50 % v šesti zemích a méně než 25 % v dalších pěti zemích. Nejnižší podíly injekčních uživatelů na počtu uživatelů opiátů nastupujících léčbu hlásí Nizozemsko (5 %) a Španělsko (19 %), zatímco nejvyšší uvádí Litva (99 %), Rumunsko (95 %), Estonsko (91 %) a Slovensko (86 %)([112]).

Vyvodit závěry z časových trendů v prevalenci injekčního užívání drog je obtížné kvůli nedostatku údajů a kvůli širokému intervalu nejistoty odhadů. Dostupné údaje však svědčí o stabilní situaci v České republice, Řecku, na Kypru a v Norsku ([113]). Statisticky významný pokles byl zaznamenán ve Spojeném království, a to v letech 2004 až 2006. Mezi uživateli heroinu nastupujícími léčbu celkově v posledních letech poklesl podíl injekčních uživatelů, přičemž statisticky významné poklesy v letech 2002 až 2007 hlásilo 13 zemí. Nárůst za toto období hlásily pouze tři země (Bulharsko, Litva, Slovensko) ([114]). Podíl injekčních uživatelů je rovněž celkově poněkud nižší mezi uživateli opiátů nastupujícími léčbu poprvé (38 %) než mezi všemi uživateli opiátů nastupujícími léčbu (42 %). To platí o 20 ze 23 zemí poskytujících údaje. Podrobnější analýza prevalence a trendů injekčního užívání drog je uvedena jinde (EMCDDA, 2010c).

Léčba problémového užívání opiátů

Údaje shromážděné ukazatelem EMCDDA uvádějícím počet žádostí o léčbu lze použít k popisu charakteristik podstatné podskupiny uživatelů drog nastupujících léčbu a konkrétněji osob, které během roku vyhledaly specializované služby protidrogové léčby.

Neinjekční užívání opiátů

Po ustálení nebo poklesu injekčního užívání v několika evropských zemích je věnována pozornost jiným způsobům aplikace, jako je například inhalace látky ve formě ohřátých par („honění draka“, kouření) nebo ve formě prášku (čichání, šňupání) nebo požitím. Odhady populací neinjekčních uživatelů opiátů hlásí málo zemí, přičemž pouze Norsko poskytlo údaj z nedávné doby. V roce 2008 bylo odhadováno, že kouření je jediným způsobem administrace drogy pro 1 450 uživatelů heroinu neboli asi 15 % všech odhadovaných uživatelů heroinu v Norsku. Údaje o uživatelích nastupujících do specializovaných služeb protidrogové léčby potvrzují v populacích uživatelů opiátů v některých zemích přítomnost značně početných skupin uživatelů, kteří drogu kouří nebo šňupají. Například kouření uváděla jako hlavní způsob administrace polovina až tři čtvrtiny primárních uživatelů opiátů nastupujících ambulantní léčbu v Belgii, Irsku, Španělsku, Nizozemsku a Spojeném království. Šňupání také uváděla jako hlavní způsob administrace asi třetina klientů užívajících opiáty v Rakousku a asi polovina v Řecku a Francii ([1]).

Výběr způsobu administrace závisí na několika faktorech, jako je účinnost, tlak sociálního okolí, obavy o zdravotní důsledky (Bravo a kol., 2003) a typ užívaného opiátu. Například běžně dostupný hnědý heroin (základní chemická forma), který pochází převážně z Afghánistánu, je primárně užíván kouřením a vdechováním výparů z ohřáté hliníkové fólie. Bílý heroin (v podobě soli), který typicky pochází z jihovýchodní Asie, lze v práškové formě snadno šňupat. Lze jej také rozpustit ve studené vodě bez přísad a užít injekčně, ale kouření nebo vdechování výparů z ohřáté hliníkové fólie je jen velmi málo účinné. Léky pro substituční léčbu problémového užívání opiátů jsou běžně distribuovány v tekuté formě namísto tablet nebo mohou obsahovat přidané látky, které snižují nebo mění účinky drogy při injekčním užití.

([1]) Viz tab. TDI-17 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.

([110]) Viz obr. PDU-2 ve Statistickém věstníku 2010.
([111]) Vážený průměr je 0,26 %, při intervalu nejistoty (vážené průměry dolních a horních mezí odhadů jednotlivých zemí) 0,23 až 0,30 %, což vede k odhadu 886 606 (788 778 až 1 040 852) pro rok 2008. K tomuto odhadu je třeba přistupovat obezřetně, protože vychází z údajů, jež jsou k dispozici pouze z 12 ze 27 členských států EU a z Norska.
([112]) Viz tab. TDI-5 ve Statistickém věstníku 2010.
([113]) Viz tab. PDU-6 (část iii) ve Statistickém věstníku 2010.
([114]) Viz tab. PDU-104 ve Statistickém věstníku 2010.

Průměrný věk klientů nastupujících ambulantní léčbu kvůli primárnímu užívání opiátů je 34 let, přičemž klientky a uživatelé nastupující léčbu poprvé jsou v průměru mladší ([115]). Téměř všechny země hlásí od roku 2003 rostoucí průměrný věk klientů užívajících opiáty. Celkově je poměr počtu mužů k počtu žen u klientů užívajících opiáty 3,5:1, i když ženy tvoří vyšší podíl klientů užívajících opiáty v severských zemích (např. Švédsko, Finsko) a nižší podíl v jižních zemích (např. Řecko, Španělsko, Itálie) ([116]).

Uživatelé opiátů nastupující léčbu uvádějí vyšší míru nezaměstnanosti a nižší úroveň dosaženého vzdělání a vyšší míru psychických onemocnění než klienti uvádějící jiné primární drogy ([117]). Téměř všichni uživatelé opiátů nastupující k léčbě uvádějí počátek užívání před dosažením 30. roku a asi polovina před 20. rokem věku. Mezi prvním užitím opiátů a prvním kontaktem s protidrogovou léčbou se uvádí průměrná prodleva asi deset let ([118]).

Poskytování léčby a pokrytí

Léčba uživatelů opiátů se většinou provádí v ambulantních zařízeních, k nimž mohou patřit specializovaná centra, ordinace praktických lékařů a nízkoprahová zařízení (viz kapitola 2). V několika málo zemích jsou významnou složkou systému protidrogové léčby lůžková zařízení, zejména v Bulharsku, Řecku, Lotyšsku, Polsku, Rumunsku, Finsku a Švédsku ([119]). Škála možností dostupných v Evropě pro léčbu závislosti na opiátech je široká a v rostoucí míře diferencovaná, i když se geograficky liší z hlediska dostupnosti a pokrytí. Abstinenční a substituční léčby užívání opiátů jsou dostupné ve všech členských státech EU, v Chorvatsku a v Norsku. V Turecku je použití substituční léčby v současnosti předmětem studie.

Abstinenční léčba je terapeutickým přístupem, který obecně vyžaduje od klientů, aby abstinovali od všech látek, včetně substitučních léčiv. Pacienti se zúčastňují denních činností a dostává se jim intenzivní psychologické podpory. Zatímco abstinenční léčba může probíhat jak ambulantně, tak v lůžkovém zařízení, typem léčby nejčastěji uváděným členskými státy jsou pobytové programy, které uplatňují zásady terapeutické komunity nebo minnesotský model. Francie a Česká republika v současnosti provádějí výstupní hodnocení svých terapeutických komunit, jejichž výsledky se očekávají v roce 2010. Podle francouzského akčního plánu má být dostupnost této modality léčby v budoucnosti rozšířena. Terapeutické komunity jsou nejrozšířenějším typem protidrogové léčby v Polsku. Z ekonomických důvodů a kvůli měnícím se profilům pacientů je však délka trvání léčebných programů podle hlášených údajů postupně zkracována. Konečně Chorvatsko a Portugalsko v nedávné době vypracovaly metodické pokyny pro terapeutické komunity.

Substituční léčba, obecně integrovaná s psychosociální péčí, je typicky poskytována ve specializovaných ambulantních centrech. Třináct zemí uvádí, že substituční léčbu poskytují také praktičtí lékaři, obvykle na základě dohody o sdílené péči se specializovanými léčebnými centry. Praktičtí lékaři mohou dosáhnout lepších výsledků než specializovaná centra z hlediska udržení pacienta v léčbě, míry abstinence a souběžné konzumace dalších drog. To bylo zjištěno ve 12měsíční naturalistické studii 2 694 klientů v substituční léčbě v Německu (Wittchen a kol., 2008). Jiné studie ukázaly, že implementace substituční léčby v prostředí primární péče je nejen proveditelná, ale může být také nákladově efektivní (Gossop a kol., 2003; Hutchinson a kol., 2000).

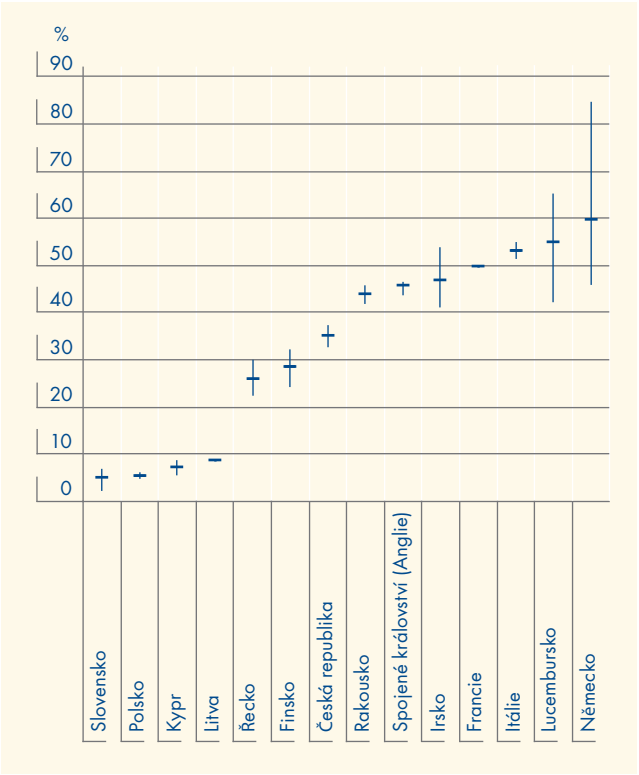
Celkový počet uživatelů opiátů v substituční léčbě v Evropské unii, Chorvatsku a Norsku stále roste, přičemž odhad je 670 000 klientů v roce 2008, což znamená nárůst z 650 000 v roce 2007 ([120]) a asi půl milionu v roce 2003. Počty klientů vykázaly určitý nárůst v několika zemích střední a východní Evropy, avšak země, které přistoupily k Evropské unii po roce 2004, nadále tvoří jen asi 2 % celkového počtu klientů substituční léčby s problémovým užíváním opiátů v Evropské unii ([121]).

Porovnání počtu klientů substituční léčby v Evropské unii s odhadovaným počtem problémových uživatelů opiátů svědčí o přibližně 50% pokrytí léčbou. Pokrytí se však mezi zeměmi značně liší, přičemž sedm ze čtrnácti zemí, pro něž jsou k dispozici odhady počtů problémových uživatelů opiátů, uvádí méně než 40 % a čtyři z těchto zemí uvádí méně než 10% pokrytí (viz obr. 11). Lze však odhadnout, že dva ze tří problémových uživatelů opiátů v Evropské unii žijí v zemích, kde je pokrytí substituční léčbou vysoké ([122]).

Většina klientů v substituční léčbě v Evropě dostává metadon (70–75 %), klesá však počet zemí, kde je jedinou dostupnou látkou. Buprenorfin ve vysokých

([115]) Viz tab. TDI-10, TDI-32 a TDI-103 ve Statistickém věstníku 2010.
([116]) Viz tab. TDI-5 a TDI-21 ve Statistickém věstníku 2010.
([117]) Viz též kapitola 2.
([118]) Viz tab. TDI-11, TDI-33, TDI-107 a TDI-109 ve Statistickém věstníku 2010.
([119]) Viz tab. TDI-24 ve Statistickém věstníku 2010.
([120]) Viz tab. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2010.
([121]) Viz obr. HSR-2 ve Statistickém věstníku 2010.
([122]) K těmto odhadům je třeba přistupovat obezřetně, jelikož soubory dat jsou stále ještě nepřesné.

Obr. 11: Odhadovaný podíl problémových uživatelů opiátů v substituční léčbě



Pozn.: Další informace viz obr. HSR-1 ve Statistickém věstníku 2010.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

dávkách je nyní k dispozici ve všech členských státech kromě čtyř (Bulharska, Španělska, Maďarska, Polska) a používá se ve 20–25 % všech případů substituční léčby poskytované v Evropě a ve více než 50 % v České republice, Francii, na Kypru, v Lotyšsku, Švédsku a Chorvatsku. Ve Francii, kde vždy převažoval buprenorfin, je nyní rostoucímu podílu klientů v substituční léčbě předepisován metadon. Ve 14 zemích byla zavedena kombinace buprenorfin-naloxon, kterou Evropská agentura pro léčivé přípravky schválila v roce 2006. K dalším možnostem, které tvoří malé procento všech případů substituční léčby, patří morfin s prodlouženým uvolňováním (Bulharsko, Rakousko, Slovinsko), kodein (Německo, Kypr, Rakousko) a diacetylmorfin (heroin). Preskripce heroinu je nyní zavedena jako způsob léčby v Dánsku, Německu a Nizozemsku. Existuje také ve Španělsku a ve Spojeném království, přičemž v Belgii a Lucembursku probíhá příprava pilotních projektů.

Přístup k léčbě

Předpisy ohledně poskytování substituční léčby a vydávání substitučních látek pro léčbu závislosti na opiátech jsou pro její dostupnost klíčové. Právní rámce umožňují předepisovat jednu nebo více substitučních látek všem praktickým lékařům (Belgie, Česká republika, Dánsko, Německo, Francie, Itálie, Kypr, Nizozemsko, Portugalsko, Spojené království, Chorvatsko), nebo těm, kteří jsou k jejímu poskytování konkrétně vyškoleni nebo akreditováni (Německo, Irsko, Lucembursko, Rakousko, Slovinsko, Norsko). V ostatních zemích (Bulharsko, Estonsko, Řecko, Španělsko, Litva, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko, Finsko, Švédsko) mohou substituční léčbu poskytovat pouze specializovaná léčebná střediska.

Ve většině evropských zemí mohou substituční látky vydávat praktičtí lékaři, lékárny nebo mobilní terénní pracoviště. Není tomu tak však v Bulharsku, Estonsku, Řecku, Litvě, v Polsku a na Slovensku, kde mohou substituční látky vydávat pouze specializovaná léčebná centra. Buprenorfin ve vysokých dávkách mohou vydávat všichni praktičtí lékaři v České republice nebo kterákoli lékárna v Lotyšsku. V Rumunsku, Maďarsku a Finsku smějí lékárny vydávat pouze kombinaci buprenorfin-naloxon. Uvádí se, že jelikož v Maďarsku a Rumunsku je tento lék k dispozici teprve krátce a je drahý, dostává ho v těchto dvou zemích pouze malý počet klientů.

V nedávné době byly shromážděny informace o nákladech opiátové substituční léčby pro klienty. Z 26 sledovaných zemí 17 uvedlo, že lék (ve většině případů metadon) je zdarma, nejedná-li se o léčbu u soukromých poskytovatelů. V Belgii a Lucembursku musí klient hradit část nákladů na léky pouze tehdy, pokud je předepíše praktický lékař. V České republice, Lotyšsku, Portugalsku, Maďarsku a Finsku je léčba metadonem zdarma, avšak buprenorfin nebo kombinaci buprenorfin-naloxon musí hradit v plném rozsahu nebo částečně klient. Například v Lotyšsku jsou měsíční náklady na denní dávku 8 mg buprenorfinu asi 250 EUR. Metadon je obecně levnější než ostatní substituční léky s podobnou účinností, jako například buprenorfin (WHO, 2009), což částečně vysvětluje, proč mnoho národních zdravotních pojištění hradí metadon v plném rozsahu oproti jiným substitučním lékům. Generické verze buprenorfinu ve vysokých dávkách, které jsou levnější, jsou k dispozici od roku 2006 ve Francii, kde jsou předepisovány přibližně 30 000 klientů (30 % všech klientů na buprenorfinu).

Informace o nákladech, poskytování substituční léčby a podávání substitučních léků vykazují v Evropě regionální odlišnosti. Země na severu a východě Evropy často uplatňují cílenější model s vyšším vstupním prahem, zatímco mnoho zemí na západě Evropy uplatňuje multicentrický a nízkoprahový model. Tyto rozdíly mohou odrážet různé modely péče, přičemž priorita se v některých zemích klade na cíl abstinence a na psychosociální přístupy, v jiných na stabilizaci a udržení klientů v léčbě a přístupy minimalizace škod.

Publikace EMCDDA „Insight“ o asistovaném léčebném podávání heroinu

Asistované léčebné podávání heroinu je v současné době poskytováno asi 1 500 chronickým problémovým uživatelům opiátů v pěti členských státech EU. Většina z těchto zemí a dále Švýcarsko a Kanada provedly k posouzení výsledků tohoto typu léčby experimentální studie. V roce 2011 vydá centrum EMCDDA s podporou mezinárodního týmu výzkumných a klinických pracovníků studii o tomto typu léčby, která uvede přehled vědeckých důkazů shromážděných v posledních letech. Publikace „Insight“ rovněž uvede přehled vývoje, provozního zajištění a klinických postupů při asistovaném léčebném podávání heroinu a popíše některé výzvy spojené s jeho prováděním. Nastíní také soubor minimálních standardů kvality.

Účinnost a kvalita léčby

Substituční léčba závislosti na opiátech kombinovaná s psychosociálními intervencemi je podle zjištění nejúčinnějším způsobem léčby uživatelů opiátů. V porovnání s detoxifikací nebo žádnou léčbou vykazuje léčba metadonem nebo buprenorfinem ve vysokých dávkách významně lepší výsledky z hlediska užívání drog, trestné činnosti, rizikového chování a přenosu HIV, předávkování a celkové úmrtnosti a také vyšší míru udržení pacienta v léčbě (WHO, 2009).

Výsledná abstinence od opiátů je z dlouhodobého hlediska obecně nízká (Mattick a kol., 2009), avšak může pacientům pomoci, jestliže je jejich informovaným rozhodnutím podstoupit tento typ léčby. V lůžkových nebo ambulantních zařízeních se detoxifikace dosahuje snižováním dávek metadonu nebo buprenorfinu (upřednostňovaná léčba), nebo pomocí alfa-2 agonistů. Techniky zrychlené detoxifikace, které využívají opioidních antagonistů v kombinaci s těžkými sedativy se z bezpečnostních důvodů nedoporučují (Gowing a kol., 2010). Po odnětí opiátů by pacientům, kteří jsou motivováni k abstinenci od užívání opiátů, mělo být doporučeno zvážit naltrexon kvůli prevenci relapsu.

Aby se předešlo injekčnímu zneužívání buprenorfinu, byla vytvořena kombinace buprenorfinu a naloxonu (na trh dodávaná jako Suboxon). Jeho účinnost při prevenci nitrožilní aplikace buprenorfinu však dosud není jasná (Bruce a kol., 2009, Simojoki a kol., 2008).

Kapitola 7
Infekční nemoci a úmrtí související s drogami

Úvod

Užívání drog může mít širokou škálu negativních důsledků, jako jsou úrazy, poruchy duševního zdraví, plicní choroby, kardiovaskulární problémy, nezaměstnanost nebo bezdomovectví. Škodlivé důsledky se vyskytují zvláště u problémových uživatelů drog, jejichž celkové zdraví a socioekonomická situace mohou být mnohem horší než v běžné populaci.

Užívání opiátů a injekční užívání drog jsou dvě formy užívání drog, které jsou s těmito škodlivými účinky úzce spjaty, zejména s předávkováním a přenosem infekčních chorob. Počet smrtelných předávkování hlášený v Evropské unii za poslední dvě desetiletí odpovídá přibližně jednomu úmrtí z předávkování každou hodinu. Výzkum rovněž ukazuje, že v posledních dvou desetiletích zemřel značný počet uživatelů drog z dalších příčin, jako jsou AIDS nebo sebevraždy.

Snižování úmrtnosti a nemocnosti související s užíváním drog je pro evropské protidrogové politiky ústředním tématem. Hlavní úsilí v této oblasti je vynakládáno prostřednictvím intervencí, které se soustředí na nejrizikovější skupiny a zaměřují se na chování přímo spojené se škodlivými účinky drog.

Infekční nemoci související s drogami

K nejzávažnějším zdravotním následkům užívání drog patří infekční nemoci, jako je HIV a hepatitida B a C. I v zemích, kde je prevalence HIV u injekčních uživatelů drog nízká, postihují uživatele drog v nepoměrném rozsahu jiné infekční nemoci včetně hepatitidy A, B, C a D, sexuálně přenosných nemocí, tuberkulózy, tetanu, botulismu, antraxu a lidského T-lymfotropního viru. EMCDDA systematicky sleduje infekce HIV a hepatitidy B a C u injekčních uživatelů drog ([123]).

HIV a AIDS

Na konci roku 2008 zůstával výskyt hlášených infekcí HIV u injekčních uživatelů drog ve většině zemí Evropské unie nadále nízký a celková situace v EU se v celosvětovém měřítku jeví jako poměrně pozitivní (ECDC a WHO-Europe, 2009; Wiessing a kol., 2009). Alespoň částečně je to pravděpodobně důsledek větší dostupnosti opatření pro prevenci, léčbu a minimalizaci škod, včetně substituční léčby a programů výměny jehel a injekčních stříkaček (Wiessing a kol., 2009). Významnou úlohu možná sehrály také jiné faktory, jako je pokles injekčního užívání drog hlášený z některých zemí. V některých částech Evropy však údaje naznačují, že míra přenosu HIV spojeného s injekčním užíváním drog byla v roce 2008 nadále poměrně vysoká, z čehož vyplývá nutnost zajistit pokrytí místní prevencí a její účinnost.

Trendy v infekci HIV

Údaje o nově hlášených případech spojených s injekčním užíváním drog v roce 2008 naznačují, že míra infekce v Evropské unii nadále celkově klesá poté, co v letech 2001–2002 dosáhla vrcholu způsobeného epidemií v Estonsku, Lotyšsku a Litvě ([124]). V roce 2008 činila celková míra nově hlášených infekcí mezi injekčními uživateli drog ve 23 členských státech EU, pro které jsou k dispozici národní údaje, 2,6 případu na milion obyvatel, což je pokles ze 3,7 případu na milion obyvatel v roce 2007 ([125]). Všechny čtyři země vykazující nejvyšší počty nově diagnostikovaných infekcí (Estonsko, Lotyšsko, Litva, Portugalsko) pokračovaly v sestupném trendu, s výrazným poklesem v Estonsku a Lotyšsku (obr. 12). V Estonsku došlo k poklesu z 86 případů na milion obyvatel v roce 2007 na 27 v roce 2008 a v Lotyšsku ze 62 případů na milion v roce 2007 na 44 na milion v roce 2008.

Celkově nebyl v letech 2003 až 2008 zaznamenán v nově diagnostikovaných infekcích HIV mezi injekčními uživateli drog výrazný nárůst a hlášené výskyty zůstávají nízké. V Bulharsku však výskyt mezi injekčními uživateli vzrostl z 0,0 nových případů na milion obyvatel v roce 2003 na 6,8 na milion obyvatel v roce 2008, zatímco

([123]) Podrobnosti o metodách a definicích viz Statistický věstník 2010.

([124]) Postupy hlášení infekce HIV se v posledních letech změnily a k dispozici jsou nyní údaje podle roku stanovení diagnózy namísto roku hlášení (ECDC a WHO-Europe, 2009). Důsledkem jsou v některých zemích nižší číselné hodnoty, které pravděpodobně budou přesněji odrážet skutečnou incidenci (např. Portugalsko). V některých případech však může prodleva hlášení také vést k podhodnocení incidence. Viz tab. INF-104 ve Statistickém věstníku 2010.

([125]) Národní údaje nejsou dostupné pro Dánsko, Španělsko, Itálii a Rakousko.

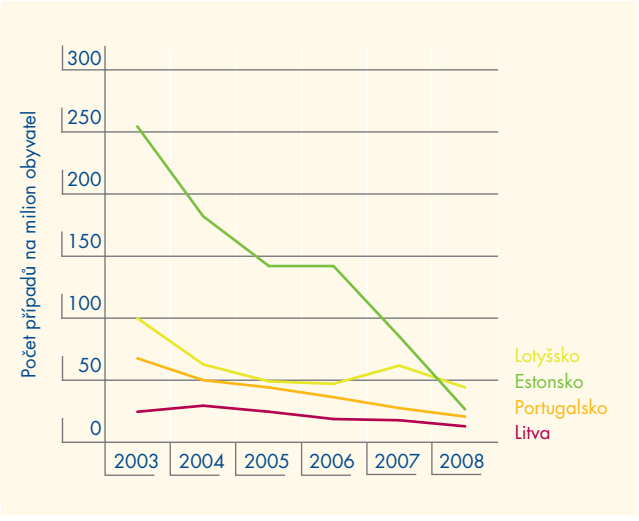
ve Švédsku bylo v roce 2007 zaznamenáno maximum 6,7 případu, což svědčí o přetrvávajícím potenciálu epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog.

Údaje o trendech získané monitorováním prevalence HIV na vzorcích injekčních uživatelů drog významně doplňují údaje získané hlášením případů HIV. Údaje o prevalenci za období 2003–2008 jsou k dispozici pro 24 zemí ([126]). V 16 zemích zůstala prevalence HIV nezměněna. V sedmi zemích (Bulharsko, Španělsko, Francie, Itálie, Polsko, Portugalsko, Norsko) vykázala prevalence HIV pokles, přičemž v šesti z nich to bylo na základě národních vzorků, zatímco ve Francii vychází trend z údajů z pěti měst. Ve třech zemích byl hlášen regionální nárůst: v Bulharsku (v Sofii), v Itálii ve dvou z 21 regionů a v Litvě (ve Vilniusu). V těchto třech zemích je však v počtech nově diagnostikovaných případů infekce HIV mezi injekčními uživateli drog sestupný trend.

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

I přes rychle klesající trendy je míra hlášených nových diagnóz HIV v roce 2008 související s injekčním užíváním drog nadále vysoká v Lotyšsku (44 případů na milion obyvatel), Estonsku (27), Portugalsku (20,7) a Litvě (12,5), což svědčí o tom, že k přenosu mezi injekčními uživateli drog v těchto zemích nadále dochází.

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



Pozn.: Údaje nahlášené do konce října 2009.
Zdroje: ECDC a WHO-Europe.

Další náznaky o probíhajícím přenosu HIV přinášejí zprávy o prevalenci vyšší než 5 % mezi mladými injekčními uživateli drog (vzorky 50 nebo více injekčních uživatelů drog mladších 25 let) v několika zemích: Estonsko (dva regiony, 2005), Francie (pět měst, 2006), Lotyšsko (jedno město, 2007), Litva (jedno město, 2006) a Polsko (jedno město, 2005) ([127]). I když je třeba údaje hodnotit s jistou obezřetností, protože některé vzorky jsou malé, ukazují údaje statisticky významné nárůsty v prevalenci HIV mezi mladými injekčními uživateli v letech 2003 až 2008 v Belgii (Vlámské společenství Belgie) a Bulharsku, zatímco poklesy lze sledovat ve Švédsku a Španělsku. Údaje o prevalenci mezi novými injekčními uživateli (užívajícími drogy injekčně méně než dva roky) nadále svědčí ve prospěch pravděpodobného poklesu v této skupině ve Švédsku ([128]).

Výskyt AIDS a dostupnost vysoce účinné antiretrovirové léčby

Informace o výskytu AIDS jsou důležité, neboť mohou ukazovat nový výskyt symptomatických onemocnění, i když nejsou dobrým ukazatelem přenosu HIV. Vysoká míra incidence AIDS může naznačovat, že mnohým injekčním uživatelům drog nakaženým HIV se nedostane vysoce účinné antiretrovirové léčby v dostatečně rané fázi jejich nákazy, aby z léčby získali maximální přínos. Nedávný přehled potvrzuje, že v některých zemích EU tomu tak může nadále být (Mathers a kol., 2010).

Zemí s nejvyšší incidencí AIDS související s injekčním užíváním drog je Estonsko, s odhadovaným počtem 30,6 nového případu na milion obyvatel v roce 2008, což je pokles ze 33,5 nového případu na milion obyvatel v roce 2007. Relativně vysokou incidenci AIDS hlásí rovněž Lotyšsko, Litva, Portugalsko a Španělsko: 25,5, 10,7, 10,2, resp. 8,9 nového případu na milion obyvatel. Z těchto čtyř zemí má sestupný trend Španělsko a Portugalsko, nikoli však Lotyšsko a Litva ([129]).

Hepatitida B a C

I když prevalence HIV je vysoká pouze v některých členských státech EU, prevalence virové hepatitidy, a zejména infekce způsobené virem hepatitidy C (HCV), je mezi injekčními uživateli drog v Evropě obecně vysoká. Míra protilátek HCV v národních vzorcích injekčních uživatelů drog se v letech 2007–2008 pohybovala asi od 12 do 85 %, přičemž osm z 12 zemí obvykle uvádí úroveň přesahující 40 % ([130]). Tři země (Česká republika,

([126]) Viz tab. INF-108 ve Statistickém věstníku 2010.
([127]) Viz tab. INF-109 ve Statistickém věstníku 2010.
([128]) Viz tab. INF-110 ve Statistickém věstníku 2010.
([129]) Viz obr. INF-1 a tab. INF-104 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.
([130]) Viz tab. INF-111 ve Statistickém věstníku 2010.

Epidemie antraxu mezi uživateli heroinu ve Spojeném království a v Německu

Antrax je akutní infekční onemocnění způsobené bakterií *Bacillus anthracis*. Nejčastěji se vyskytuje u divokých a domácích zvířat a je endemické v řadě zemědělských zemí, v Evropě je však velmi vzácné.

V prosinci 2009 vydalo Spojené království výstrahu o epidemii antraxu mezi injekčními uživateli drog ve Skotsku. Do 31. května 2010 bylo ve Skotsku potvrzeno 42 případů, z nichž 13 vedlo k úmrtí, přičemž další tři případy (dva smrtelné) se objevily v Anglii a dva (jeden smrtelný) v Německu. Kmen bakterie zjištěný v Německu a Anglii byl nerozlišitelný od kmene zjištěného ve Skotsku, což silně nasvědčuje společnému zdroji infekce. Navíc, jelikož se všechny hlášené případy vyskytly mezi uživateli heroinu, je pravděpodobné, že zdrojem je kontaminovaná zásilka heroinu. Do konce května 2010 však ve vzorcích heroinu odebraných ve Skotsku nebyly prokázány žádné spory antraxu.

Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a centrum EMCDDA provedly společná hodnocení rizik souvisejících s touto epidemií. Pravidelně byly také šířeny aktuální informace, které vedly k následným hlášením o shlucích úmrtí uživatelů drog v dalších zemích. U těch se však prokázalo, že s infekcí antraxu nesouvisejí.

Maďarsko, Slovinsko) hlásí prevalenci nižší než 25 % v národních vzorcích injekčních uživatelů drog, i když výskyt infekce na této úrovni stále představuje významný problém pro veřejné zdraví.

V jednotlivých zemích se úroveň prevalence HCV může značně lišit, neboť se zde projevují regionální rozdíly i charakteristika příslušné výběrové populace. Například v Itálii se pohybují regionální odhady od asi 31 % až po 87 % (obr. 13).

Nedávné studie (2007–2008) ukazují široký rozptyl hodnot prevalence u injekčních uživatelů drog mladších 25 let a těch, kteří užívají drogu injekčně méně než dva roky, což naznačuje různou incidenci HCV v těchto populacích v Evropě ([131]). Tyto studie však také ukazují, že mnozí injekční uživatelé drog se virem nakazí na počátku injekčního užívání. To znamená, že pro zahájení účinných preventivních opatření proti infekci HCV je zde jen krátké období.

Prevalence protilátek proti viru hepatitidy B (HBV) se také do značné míry liší, možná částečně kvůli rozdílům v proočkovanosti, ačkoliv roli zde mohou hrát i jiné faktory. Nejúplnější soubor údajů je k dispozici pro protilátky hlavního antigenu hepatitidy B (anti-HBc), který indikuje historii infekce. V období 2007–2008 vykázaly prevalenci anti-HBc vyšší než 40 % čtyři země z devíti, které poskytly údaje o injekčních uživatelích drog ([132]).

V prevalenci HCV je sledován sestup v devíti zemích a vzestup ve třech zemích, přičemž čtyři další země mají soubory dat vykazující oba typy trendů, i když je zapotřebí k nim přistupovat obezřetně vzhledem k omezené velikosti vzorku v některých případech ([133]). Studie mladých injekčních uživatelů (mladších 25 let) svědčí většinou o stabilní prevalenci a určitých sestupných trendech, i když v jednom řeckém regionu (Attica) je hlášen nárůst. To potvrzují údaje o nových injekčních uživatelích (užívajících injekčně drogy méně než dva roky) pro Řecko, a to jak v regionu Attica, tak na národní úrovni. Údaje pro nové injekční uživatele rovněž ukazují nárůst ve Slovinsku, i když vzorky jsou malé, a pokles v Portugalsku (celostátně) a Švédsku (Stockholm).

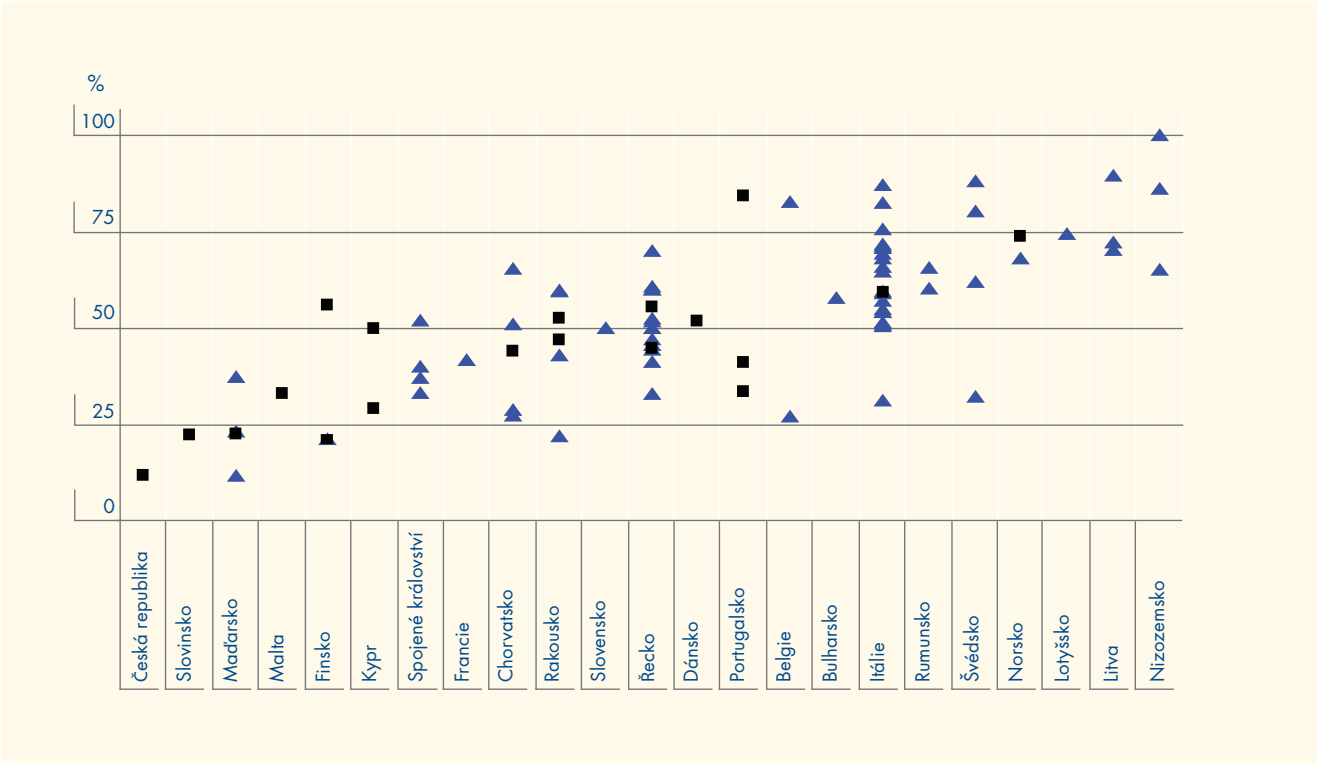
Trendy u oznámených případů hepatitidy B a C ukazují rozdílný obraz, ale ten je obtížné interpretovat kvůli nízké kvalitě údajů. Určitý náhled do epidemiologie těchto infekcí může poskytnout podíl injekčních uživatelů drog na počtu všech hlášených případů, kde jsou rizikové faktory známy (Wiessing a kol., 2008). U hepatitidy B podíl injekčních uživatelů drog v letech 2003 až 2008 poklesl v osmi ze 17 zemí. V případě hepatitidy C podíl injekčních uživatelů drog na počtu ohlášených případů v období 2003 až 2008 v šesti zemích poklesl a ve třech dalších vzrostl (Česká republika, Malta, Spojené království) ([134]).

Prevence a řešení infekčních nemocí

Prevence infekčních onemocnění mezi uživateli drog je významným cílem Evropské unie v oblasti veřejného zdraví a součástí národních protidrogových strategií většiny členských států. Země řeší šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog kombinací přístupů, včetně: protidrogové léčby, zvláště substituční léčby závislosti na opiátech, poskytování sterilního injekčního náčiní a dalších pomůcek a komunitních aktivit, které poskytují informace, osvětu, testování a behaviorální intervence, často prostřednictvím terénních nebo nízkoprahových zařízení ([135]). Tato opatření spolu s antiretrovirovou léčbou a diagnostikou a léčbou tuberkulózy prosazují agentury OSN jako hlavní intervence v prevenci a léčbě HIV u injekčních uživatelů drog a v péči o ně (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

([131]) Viz obr. INF-6 (část ii) a (část iii) ve Statistickém věstníku 2010.
([132]) Viz tab. INF-115 ve Statistickém věstníku 2010.
([133]) Viz tab. INF-111 ve Statistickém věstníku 2010.
([134]) Viz tab. INF-105 a INF-106 ve Statistickém věstníku 2010.
([135]) Další informace o národních prioritách a úrovni poskytování služeb viz tab. HSR-6 ve Statistickém věstníku 2009.

Obr. 13: Prevalence protilátek HCV mezi injekčními uživateli drog



Pozn.: Údaje za roky 2007 a 2008. Černé čtverečky jsou vzorky s celostátním pokrytím; modré trojúhelníčky jsou vzorky s nižším než celostátním (místním nebo regionálním) pokrytím. Rozdíly mezi zeměmi je třeba interpretovat obezřetně z důvodu rozdílů v typech prostředí a metodách studií; národní strategie výběru vzorků se liší. Země jsou uvedeny v pořadí rostoucí prevalence, na základě průměru celostátních dat, nebo pokud nejsou dostupná, dat nižší než celostátní úrovně. Další informace viz obr. INF-6 ve Statistickém věstníku 2010.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

V Evropě dostupnost protidrogové léčby a opatření k minimalizaci škod od poloviny 90. let 20. století značně stoupla. Jak substituční léčba závislosti na opiátech, tak programy výměny jehel a stříkaček nyní existují ve všech zemích s výjimkou Turecka. Přestože poskytování těchto intervencí zůstává v řadě zemí omezené, odhaduje se, že substituční léčbu závislosti na opiátech dostává jeden ze dvou problémových uživatelů opiátů v Evropě (viz kapitola 6). Nedávný přehled (Kimber a kol., 2010) dochází k závěru, že v současnosti existují dostatečné důkazy o tom, že tento typ léčby snižuje přenos HIV a rizikové injekční chování uváděné samotnými uživateli. Důkazy o snížení přenosu hepatitidy C jsou ovšem omezenější. Kohortová studie v Amsterodamu však zjistila, že „plná účast" v programech výměny jehel a stříkaček a v substituční léčbě závislosti na opiátech byla spojena s mnohem nižší incidencí HIV i HCV mezi injekčními uživateli drog (Van den Berg a kol., 2007), zatímco nedávná kohortová studie ve Spojeném království uvedla souvislost mezi substituční léčbou závislosti na opiátech a statisticky významným poklesem incidence HCV (Craine a kol., 2009).

Intervence

Nejčastěji uváděnou prioritou je přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní. Údaje o poskytování injekčních stříkaček prostřednictvím specializovaných programů výměny jehel a stříkaček v letech 2007–2008 jsou dostupné ze všech zemí kromě čtyř ([136]). Údaje ukazují, že prostřednictvím těchto programů je rozdáno asi 40 milionů injekčních stříkaček za rok. To odpovídá průměru 80 injekčních stříkaček na každého odhadovaného injekčního uživatele drog v zemích poskytujících údaje o injekčních stříkačkách.

Průměrný počet injekčních stříkaček rozdaných za rok na každého injekčního uživatele drog lze vypočítat pro 13 evropských zemí (obr. 14). V sedmi z těchto zemí odpovídá počet injekčních stříkaček rozdaných specializovanými programy číslu méně než 100 na každého injekčního uživatele, pět zemí rozdá 140 až 175 injekčních stříkaček a Norsko uvádí distribuci více než 320 injekčních stříkaček na každého injekčního uživatele ([137]). Pro prevenci HIV posuzují agentury OSN distribuci 100 injekčních stříkaček na každého injekčního uživatele drog ročně jako nízkou a 200 injekčních

([136]) Viz tab. HSR-6 ve Statistickém věstníku 2009 a tab. HSR-5 ve Statistickém věstníku 2010. Za rok 2007/08 nebyly k dispozici údaje o počtu injekčních stříkaček z Dánska, Německa, Itálie a Spojeného království.

([137]) Tato čísla nezahrnují prodeje lékáren, které mohou v řadě zemí představovat významný zdroj sterilních injekčních stříkaček pro uživatele drog.

stříkaček na každého injekčního uživatele drog jako vysokou (WHO, UNODC a UNAIDS, 2009).

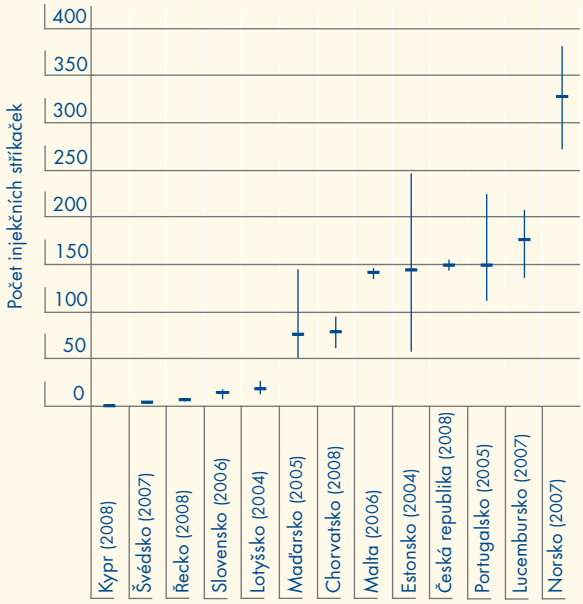
Nedávná studie nákladové efektivnosti programů výměny jehel a stříkaček v Austrálii, kde se každoročně rozdá 30 milionů injekčních stříkaček, odhaduje, že tyto programy od svého zavedení v roce 2000 předešly více než 32 000 případů infekce HIV a téměř 100 000 případů hepatitidy C (Národní centrum pro epidemiologii a klinický výzkum HIV, 2009).

Nové údaje za rok 2008 ze 14 zemí ukazují nárůst poskytování injekčních stříkaček uživatelům drog v Belgii (Vlámské společenství Belgie), České republice, Estonsku, Maďarsku, Spojeném království (Severním Irsku) a Chorvatsku, čímž potvrzují dřívější trendy. Nárůsty hlásí také Portugalsko a Litva, kde tato čísla předtím poklesla. Pokles ve srovnání s rokem 2007 hlásilo Řecko, Rumunsko a Slovensko a dále Lucembursko a Polsko, kde byl sestupný trend pozorován už rok předtím. Program na Kypru nebyl uživateli drog využíván.

Programy výměny jehel a stříkaček v Evropě v rostoucí míře poskytují řadu dalších předmětů souvisejících s injekčním užíváním (např. nádobky pro mísení), aby zabránily jejích sdílení. Poskytují také vybavení, které lze použít pro neinjekční užívání drog, například dýmky nebo hliníkovou fólii, aby uživatele vedly k ukončení injekční aplikace. Další příklad uvádí Česká republika, kde nízkoprahová zařízení začínají poskytovat injekčním uživatelům metamfetaminu tvrdé želatinové tobolky, které lze naplnit drogou a polknout.

Evropské země hlásí nedávné pokroky v diagnostice, prevenci a léčbě chronické hepatitidy. K nim patří přijetí specifických programů nebo akčních plánů (např. Dánsko, Francie, Spojené království – Anglie, Skotsko a Severní Irsko). Stávající intervence zahrnují poskytování specifických informačních materiálů, nácvik bezpečnějšího injekčního užívání zaměřený na mladé injekční uživatele, prováděný prostřednictvím terénních týmů (např. Rumunsko), prostřednictvím vrstevnického vzdělávání (např. ve věznicích ve Španělsku a Lucembursku) a prostřednictvím snadno přístupného a zdarma poskytovaného poradenství a testování. Spojené království také hlásí uplatnění incentivní terapie k podpoře testování. Další hlášená opatření se zaměřují na udržení nízké míry injekčního užívání prostřednictvím udržení pacienta v protidrogové léčbě, na integraci služeb proti virové hepatitidě do zařízení, která slouží uživatelům drog, a na revizi metodiky léčby HCV s cílem zlepšit přístup k takové léčbě (např. Česká republika). Několik zemí rovněž zahájilo iniciativy zaměřené na zvýšení znalostí a povědomí o chronické virové hepatitidě mezi

Obr. 14: Injekční stříkačky distribuované prostřednictvím specializovaných programů, v přepočtu na každého odhadovaného injekčního uživatele drog



Pozn.: Na základě odhadů injekčního užívání drog z uvedených let a nejnovějších dostupných údajů o počtu injekčních stříkaček poskytnutých prostřednictvím specializovaných programů výměny jehel a stříkaček (2006–2008). Úplné poznámky a zdroje viz obr. HSR-3 ve Statistickém věstníku 2010.

Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

poskytovateli zdravotní péče a sociálních služeb (Rakousko) a mezi veřejností (např. Německo, Irsko, Nizozemsko).

Úmrtí a úmrtnost související s drogami

Užívání drog je jednou z hlavních příčin zdravotních problémů a úmrtí mladých lidí v Evropě a může se značnou měrou podílet na všech úmrtích dospělých osob. Studie zjistily, že 10 až 23 % úmrtí osob ve věku 15 až 49 let lze připsat užívání opiátů (Bargagli a kol., 2006; Bloor a kol., 2008).

Celková úmrtnost související s užíváním drog zahrnuje úmrtí způsobená přímo nebo nepřímo užíváním drog. Sem patří úmrtí způsobená předávkováním drogami (úmrtí vyvolaná drogami), HIV/AIDS, dopravními nehodami – zvláště při kombinaci s alkoholem, násilím, sebevraždami a chronickými onemocněními v důsledku opakovaného užívání (např. kardiovaskulární problémy uživatelů kokainu) ([138]).

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

Úmrtí vyvolaná drogami

V období 1995–2007 hlásily každoročně členské státy EU, Chorvatsko, Turecko a Norsko 6 400 až 8 500 úmrtí vyvolaných drogami. Téměř polovinu všech úmrtí vyvolaných drogami v roce 2007 hlásily Spojené království a Německo. Úmrtnost v populaci v důsledku předávkování se mezi zeměmi liší, přičemž se pohybuje od 2 až po téměř 85 úmrtí na milion obyvatel ve věku 15–64 let (průměr 21 úmrtí na milion obyvatel). Více než 20 úmrtí na milion obyvatel hlásí 14 z 28 evropských zemí a více než 40 úmrtí na milion obyvatel šest zemí. Mezi Evropany ve věku 15–39 let bylo předávkování drogami důvodem 4 % všech úmrtí ([139]). Oblasti s vyšší prevalencí problémového užívání drog mohou být zasaženy nepoměrně více. Například v roce 2008 byl počet úmrtí vyvolaných drogami ve Skotsku 112,5 na milion obyvatel, což je mnohem vyšší údaj než za celé Spojené království (38,7 na milion obyvatel).

Počet hlášených úmrtí vyvolaných drogami může být ovlivněn prevalencí a vzorci užívání drog (injekční užívání, souběžné užívání více drog), věkem a komorbiditami uživatelů drog a dostupností léčby a pohotovostních služeb a také kvalitou sběru dat a vykazování. Zvýšení spolehlivosti evropských údajů v posledních letech umožňuje lepší popis trendů a většina zemí nyní přijala případovou definici v souladu s definicí EMCDDA ([140]). Srovnání mezi zeměmi je však třeba provádět obezřetně, protože mezi jednotlivými zeměmi jsou rozdíly v kvalitě zjišťování případů a postupech vykazování.

Úmrtí související s opiáty

Heroin

Ve většině případů úmrtí vyvolaných drogami, jež jsou hlášeny v Evropě, jsou přítomny opiáty, především heroin nebo jeho metabolity. Ve 20 zemích, které poskytly údaje v roce 2008, tvořily opiáty více než tři čtvrtiny všech případů (77–100 %), přičemž 11 z těchto zemí hlásilo podíl vyšší než 85 % ([141]). K látkám často detekovaným vedle heroinu patří alkohol, benzodiazepiny, další opiáty a v některých zemích kokain. To naznačuje, že k podstatnému podílu úmrtí způsobených drogami dochází v kontextu souběžného užívání více drog.

Většinu případů úmrtí na předávkování heroinem, k nimž dochází v Evropě, tvoří muži (81 %). Ve většině zemí je průměrný věk osob umírajících na předávkování kolem 35 let a v mnoha případech stoupá. To svědčí o možné stabilizaci nebo snížení počtu mladých uživatelů heroinu a stárnoucí kohortě problémových uživatelů opiátů. Celkově dochází ke 13 % úmrtí z předávkování, jež jsou v Evropě hlášena, u osob mladších 25 let, i když Rakousko, Rumunsko a Malta (v malých počtech) uvádějí podíl 40 % nebo více. To může ukazovat na mladší populaci užívající heroin nebo užívající drogy injekčně v těchto zemích ([142]).

S případy fatálních a nefatálních předávkování heroinem je spojena řada faktorů. Patří k nim injekční a souběžné užívání dalších látek, zejména alkoholu, benzodiazepinů a některých antidepresiv. S předávkováním souvisí také nárazové užívání drogy, komorbidita, bezdomovectví, špatný stav duševního zdraví (např. deprese), absence protidrogové léčby, předávkování v minulosti a nepřítomnost jiných osob v okamžiku předávkování (Rome a kol., 2008). Obdobím zvláště vysokého rizika předávkování je doba bezprostředně po propuštění z věznice nebo protidrogové léčby, jak dokládá řada longitudinálních studií (WHO, 2010) .

Ostatní opiáty

Substituční léčba závislosti na opiátech významně snižuje riziko fatálního předávkování, jak dokládá norská studie vzorku 3 800 osob s až sedmiletým sledováním, která ukázala snížení úmrtnosti během léčby ve srovnání se stavem před léčbou. Snížení rizik bylo významné jak v úmrtích z předávkování (relativní riziko 0,2), tak v úmrtích ze všech příčin (relativní riziko 0,5) (Clausen a kol., 2008).

Každý rok jsou také hlášena úmrtí za přítomnosti látek používaných v substituční léčbě závislosti na opiátech. To odráží velký počet uživatelů drog, kteří podstupují tento typ léčby, a neznamená to, že tyto látky byly příčinou smrti. Úmrtí z předávkování u klientů v substituční léčbě může být výsledkem kombinace drog, jelikož někteří léčení klienti nadále užívají pouliční opiáty, oddávají se intenzivnímu pití a přitom užívají předepisované psychoaktivní látky. K většině úmrtí zapříčiněných substitučními látkami (mnohdy v kombinaci s jinými látkami) však dochází u osob, které nejsou v substituční léčbě (Heinemann a kol., 2000).

Úmrtí v důsledku otravy buprenorfinem nejsou častá navzdory čím dál tím většímu používání této látky v substituční léčbě v Evropě (viz kapitola 6). Ve Finsku nicméně buprenorfin zůstává nejběžnějším opiátem detekovaným při soudních pitvách, obvykle však

([139]) Viz obr. DRD-7 (část i) a tab. DRD-5 (část ii) a DRD-107 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.
([140]) Podrobné metodické informace viz Statistický věstník 2010.
([141]) Jelikož většinu případů hlášených centru EMCDDA tvoří předávkování opiáty (hlavně heroinem), jsou zde k popisu a analýze úmrtí související s užíváním heroinu použity obecné charakteristiky hlášených úmrtí vyvolaných drogami. Viz obr. DRD-1 ve Statistickém věstníku 2010.
([142]) Viz obr. DRD-2 a DRD-3 a tab. DRD-1 (část i) ve Statistickém věstníku 2010.

Nefatální předávkování opiáty

Studie uvádějí, že předávkování zažila většina uživatelů opiátů (typicky 50–60 %) a že k 8 až 12 % předávkování došlo během posledních šesti měsíců, přičemž u některých uživatelů k němu došlo více než jednou. Na každé úmrtí vyvolané drogami připadá podle odhadu 20 až 25 nefatálních předávkování. Počet nefatálních předávkování, k nimž dojde každoročně v Evropě, nelze odhadnout přesně, protože monitorování je velmi omezené a definice se mezi zeměmi mohou lišit. Dostupné informace však nasvědčují tomu, že každoroční počet nefatálních předávkování v Evropě by se mohl pohybovat v rozmezí 120 000 až 175 000 případů.

Předávkování v minulosti výrazně zvyšuje riziko úmrtí při pozdějším předávkování (Stoové a kol., 2009). Nefatální předávkování navíc mohou způsobovat širokou škálu onemocnění, včetně poškození plic, zánětu plic a poškození svalů. Předávkování mohou také vést k neurologickému poškození a větší počet předávkování v minulosti je významným prediktorem slabších kognitivních výkonů. Celková nemocnost bude pravděpodobně větší mezi staršími, zkušenějšími a závislejšími uživateli (Warner-Smith a kol., 2001).

Včasné rozpoznání případu předávkování opiáty a intervence pohotovostních služeb mohou být zásadní pro odvrácení úmrtí. Kontakt s pohotovostními službami i poskytování léčby akutní otravy představuje příležitost, jak získat informace o prevenci předávkování a doporučení k poradenství a léčbě.

Monitorování nefatálních předávkování umožňuje křížovou validaci informací o úmrtích souvisejících s drogami. Například v České republice v letech 2001 až 2008 počet hospitalizací kvůli nefatálnímu předávkování opiáty poklesl, což odráží pokles úmrtí souvisejících s opiáty. Zároveň vzrostl počet nefatálních předávkování a úmrtí souvisejících s užíváním metamfetaminu.

v kombinaci s jinými látkami, jako je alkohol, amfetamin, konopí a léky, nebo při injekčním podání.

V Estonsku byla většina úmrtí vyvolaných drogami v roce 2007 a 2008 spojena s užíváním 3-metylfentanylu. Ve Finsku byly hlášeny opiáty jako oxycodon, tramadol nebo fentanyl, i když úloha těchto drog při úmrtích nebyla specifikována.

Úmrtí související s jinými drogami

Úmrtí způsobená akutní otravou kokainem se jeví jako relativně málo běžná ([143]). Jelikož se však předávkování kokainem obtížněji definují a identifikují než úmrtí související s opiáty, mohou být v hlášeních podhodnocena.

V roce 2008 bylo v patnácti zemích hlášeno asi 1 000 úmrtí souvisejících s kokainem. Existují známky toho, že kokain je zjištěn v rostoucím počtu úmrtí vyvolaných drogami, jež jsou v evropských zemích hlášena, avšak kvůli nedostatečné porovnatelnosti dostupných údajů nelze evropský trend popsat. Výrazný nárůst počtu úmrtí souvisejících s kokainem byl v posledních letech sledován ve dvou zemích s nejvyšší prevalencí užívání kokainu v běžné populaci. Ve Španělsku došlo v letech 2002 až 2007 k výraznému nárůstu počtu úmrtí za přítomnosti kokainu a absence opiátů. Ve Spojeném království vzrostl počet úmrtních listů zmiňujících kokain na dvojnásobek mezi roky 2003 (161) a 2008 (325).

Úmrtí, při kterých je přítomna extáze, nejsou hlášena často a v mnoha těchto případech nebyla droga identifikována jako přímá příčina smrti ([144]). Vybrané téma EMCDDA z roku 2010 o problémovém užívání amfetaminu a metamfetaminu uvádí přehled údajů o úmrtích souvisejících s těmito dvěma látkami.

Trendy v úmrtích vyvolaných drogami

Počet úmrtí vyvolaných drogami se v Evropě v průběhu 80. let a na počátku 90. let 20. století prudce zvýšil, souběžně s nárůstem užívání heroinu a injekčního užívání drog, a poté zůstal na vysoké úrovni ([145]).

V letech 2000 až 2003 většina členských států EU uváděla pokles (23 %), po němž v letech 2003 až 2007 následoval vzestup (11 %) v počtu úmrtí. Předběžné údaje dostupné za rok 2008 naznačují číselnou hodnotu nejméně stejně vysokou jako v předchozích letech, přičemž 11 z 18 zemí hlásí nárůst, je-li možné provést srovnání. Spojené království a Německo, které si připisují většinu ohlášených případů v Evropě, vykazují od roku 2003, resp. 2006 progresivní meziroční růst. Ostatní země (např. Francie, Finsko, Norsko) také hlásí nárůst.

Důvody počtu hlášených úmrtí vyvolaných drogami je obtížné vysvětlit, zvláště vzhledem k náznakům poklesu injekčního užívání drog a zvýšení počtu uživatelů opiátů, kteří jsou v kontaktu s léčebnými službami a službami minimalizace škod. K možným vysvětlením, která vyžadují další zkoumání, patří: vyšší míra souběžného užívání více drog (EMCDDA, 2009d) nebo vysoce rizikového chování, vyšší počty relapsujících uživatelů opiátů propouštěných z věznice nebo léčby a stárnoucí kohorta uživatelů drog, pravděpodobně se zranitelnější populací chronických uživatelů drog. Například několik zemí (mimo jiné Německo, Španělsko, Spojené království) hlásí vyšší podíl případů osob ve věku nad 35 let, což odráží vzestupný trend v průměrném věku při úmrtích vyvolaných drogami (obr. 15).

([143]) Viz rámeček „Úmrtí způsobená kokainem".
([144]) Údaje o úmrtích souvisejících s jinými drogami než heroinem viz tab. DRD-108 ve Statistickém věstníku 2010.
([145]) Viz obr. DRD-8 a DRD-11 ve Statistickém věstníku 2010.

Úmrtí způsobená kokainem

Úmrtí způsobená kokainem jsou mnohem složitějším jevem než předávkování opiáty, která mají relativně jasný klinický obraz. Proto může řada úmrtí způsobených kokainem uniknout pozornosti policie nebo forenzních odborníků, a to kvůli formě svých projevů a kvůli sociálnímu profilu obětí.

Užívání kokainu může vyvolávat smrtelné následky různými mechanismy. K farmakologickým předávkováním čistým kokainem sice dochází, ale fatální následky bývají obvykle spojeny pouze s požitím drogy ve velkém množství. Většinu úmrtí spojených s užíváním kokainu způsobují kardiovaskulární nebo cerebrovaskulární příhody (Sporer, 1999). Ty nezávisejí na velikosti dávky a mohou nastat také u občasných uživatelů a při nízkých dávkách, zvláště u lidí s již existujícími kardiovaskulárními nebo cerebrovaskulárními problémy. K většině úmrtí s přítomností kokainu však dochází u problémových uživatelů postižených patologickými stavy v důsledku chronického užívání drog (koronární ateroskleróza, ventrikulární hypertrofie nebo jiné problémy) (Darke a kol., 2006). Ty může zhoršovat užívání alkoholu (Kolodgie a kol., 1999) a kouření tabáku. U neznámého procenta úmrtí souvisejících s kokainem nemusí být spojitost s užíváním této drogy rozpoznána kvůli malé klinické specificitě a kvůli tomu, že k úmrtí může dojít několik dní nebo týdnů po akutním problému. Patologie způsobené pravidelným užíváním kokainu mohou také být základem pozdějších infarktů myokardu, které jsou spuštěny jinými faktory, podobně jako v případě kouření tabáku.

Posoudit skutečnou míru zdravotních problémů a ztráty životů souvisejících s kokainem představuje specifický úkol a toto posouzení bude vyžadovat odlišné metody, než jaké se používají pro úmrtí z předávkování opiáty.

Celková úmrtnost související s užíváním drog

Celková úmrtnost související s užíváním drog zahrnuje úmrtí vyvolaná drogami a úmrtí způsobená užíváním drog nepřímo, jako například přenosem infekčních chorob, kardiovaskulárními problémy a úrazy. Přestože počet úmrtí nepřímo souvisejících s užíváním drog je obtížné vyčíslit, jeho dopad na veřejné zdraví může být značný. Úmrtí související s drogami jsou soustředěna hlavně mezi problémové uživatele drog, i když k některým (např. dopravním nehodám) dochází i mezi příležitostnými uživateli.

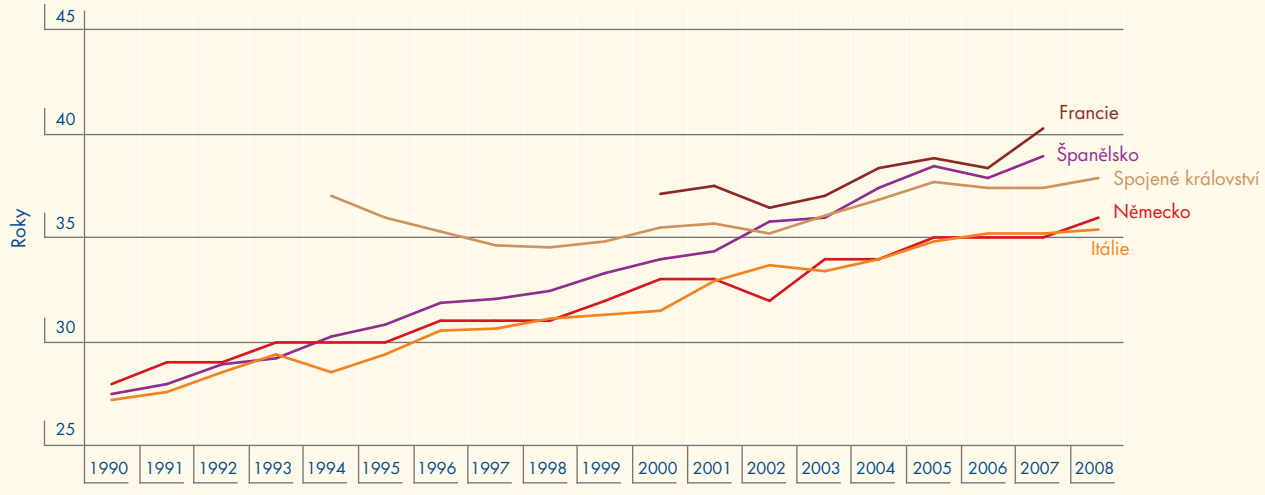
Odhady celkové úmrtnosti související s drogami lze odvodit různými způsoby, například spojením informací z kohortové studie úmrtnosti s odhady prevalence užívání drog. Dalším přístupem je využívání existujících všeobecných statistik úmrtnosti a odhadování podílu úmrtí souvisejících s užíváním drog.

Kohortové studie úmrtnosti

Kohortové studie úmrtnosti sledují tytéž skupiny problémových uživatelů v čase a pomocí souvstažnosti s rejstříky úmrtnosti se snaží určit příčiny všech úmrtí, k nimž v dané skupině dojde. Tento typ studií může stanovit celkovou úmrtnost a příčinně specifickou úmrtnost pro danou kohortu a může odhadnout, do jaké míry úmrtnost ve skupině překračuje úmrtnost v běžné populaci ([146]).

V závislosti na prostředí výběru (např. studie prováděné v zařízeních protidrogové léčby) a kritériích pro zařazení (např. injekční uživatelé drog) většina kohortových studií uvádí úmrtnost mezi problémovými uživateli drog

Obr. 15: Trendy průměrného věku úmrtí vyvolaných drogami v některých evropských zemích



Pozn.: Další informace viz obr. DRD-3 ve Statistickém věstníku 2010. Údaje ze Spojeného království vycházejí z definice protidrogové strategie.
Zdroj: Národní kontaktní místa sítě Reitox.

([146]) Informace o kohortových studiích úmrtnosti viz klíčové ukazatele na internetových stránkách EMCDDA.

v rozmezí 1 až 2 % ročně. Tyto údaje o úmrtnosti jsou zhruba 10krát až 20krát vyšší než u stejné věkové skupiny v běžné populaci. Relativní důležitost různých příčin úmrtí se mezi jednotlivými zeměmi a v čase liší. Obecně bývá hlavní příčinou úmrtí předávkování drogami, které je příčinou až 50–60 % úmrtí mezi injekčními uživateli drog v zemích s nízkou prevalencí HIV/AIDS. Vedle HIV/AIDS a dalších chorob patří k často uváděným příčinám úmrtí sebevražda a zneužívání alkoholu, jak dokládá nedávná studie ve Stockholmu, která zjistila, že 17 % úmrtí v kohortě uživatelů převážně opiátů byly sebevraždy a 15 % nehody. Alkohol figuroval ve 30 % úmrtí (Stenbacka a kol., 2010).

Úmrtí nepřímo související s užíváním drog

Kombinací existujících údajů z Eurostatu a sledování HIV/AIDS odhadlo centrum EMCDDA, že v roce 2007 v Evropské unii zemřelo asi 2 100 osob na HIV/AIDS, které lze připsat užívání drog ([147]), přičemž k 90 % těchto úmrtí došlo ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku. Po zavedení vysoce aktivní retrovirové léčby v roce 1996 poklesla úmrtnost na HIV/AIDS výrazně ve většině členských států EU, avšak v Estonsku a Lotyšsku od roku 2003 stoupá. Nejvyšší úmrtnost na HIV/AIDS mezi uživateli drog hlásí Portugalsko, po něm Estonsko, Španělsko, Lotyšsko a Itálie, přičemž ve většině ostatních zemí jsou tato čísla nízká ([148]).

K dalším chorobám, které jsou příčinou určitého podílu úmrtí mezi uživateli drog, patří chronická onemocnění, jako například choroby jater hlavně v důsledku nákazy hepatitidou C (HCV) a často zhoršené nadměrným užíváním alkoholu a souběžnou infekcí HIV. Úmrtí způsobená jinými infekčními nemocemi jsou vzácnější. K neinfekčním příčinám úmrtí patří hlavně rakovina a kardiovaskulární potíže ([149]).

Dalším příčinám úmrtí mezi uživateli drog byla věnována mnohem menší pozornost, bez ohledu na skutečnosti, které naznačují, že mají na úmrtnost značný dopad. Nedávná studie WHO (Degenhardt a kol., 2009) odhadla, že v Evropě mohou sebevraždy a úrazy představovat asi jednu třetinu úmrtí, která lze připsat problémovému užívání drog, což by znamenalo několik tisíc úmrtí ročně. Co se týká konkrétně sebevražd, z přehledu literatury (Darke a Ross, 2002) vyplynulo, že uživatelé heroinu měli 14krát vyšší riziko sebevraždy než běžná populace.

Informace o počtu úmrtí souvisejících s řízením pod vlivem drog jsou nadále vzácné. Některé studie naznačují, že s užíváním nelegálních drog jsou spojena zvýšená rizika nehod a že užívání drog a alkoholu v kombinaci způsobuje ještě další poškození (EMCDDA, 2008b).

Snižování počtu úmrtí

Patnáct evropských zemí hlásí, že jejich národní protidrogová strategie zahrnuje část věnovanou snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami, že takové politiky existují na regionální úrovni nebo že mají specifický akční plán prevence úmrtí souvisejících s drogami. Rakousko uvádí, že strategický dokument se připravuje.

Intervence

Léčba významně snižuje riziko úmrtí uživatelů drog (Davoli a kol., 2007), i když se objevují rizika související s tolerancí drog při zahájení nebo ukončení léčby. Studie ukazují, že riziko úmrtí vyvolaného drogami při relapsu po léčbě nebo v týdnech následujících po propuštění z věznice je významně zvýšené. To vedlo k publikaci doporučení WHO-Europe ohledně prevence předávkování ve věznicích a zlepšení kontinuity péče po propuštění (WHO, 2010).

Ve svých pokynech pro substituční léčbu v nedávné době uvedly Dánsko a Norsko prioritně buprenorfin kvůli jeho farmakologickému bezpečnostnímu profilu. Španělsko v nedávné době schválilo kombinaci buprenorfin-naloxon pro pacienty v programech substituční léčby prováděných národním zdravotnickým systémem s cílem snížit úmrtí vyvolaná drogami.

Vedle zlepšení přístupu k protidrogové léčbě byly zkoumány další intervence ke snížení rizika předávkování uživatelů drog. Tyto intervence se zabývají osobnostními a situačními faktory a faktory souvisejícími s užíváním drog. Nedávný přehled důkazů (Rome a kol., 2008) doporučil zvýšit povědomí praktických lékařů o nebezpečích souběžné preskripce více léků, zvláště antidepresiv. V Lucembursku byla přijata opatření ke kontrole souběžné preskripce více léků klientům v substituční léčbě, která mají snížit akutní stavy, v nichž figuruje užívání benzodiazepinů.

Jako běžná intervence ke snížení počtu úmrtí vyvolaných drogami je v Evropě hlášeno poskytování informačních materiálů ([150]). Mnoho zemí uvádí, že zajišťuje prevenci předávkování a učí uživatele drog a jejich sousedy, přátele a rodiče a také poskytovatele služeb, kteří s uživateli drog pracují, předávkování rozpoznat a řešit. Poskytování těchto intervencí je však mnohdy sporadické a omezené.

([147]) Viz tab. DRD-5 (část iii) ve Statistickém věstníku 2010.
([148]) Viz obr. DRD-7 (část ii) ve Statistickém věstníku 2010.
([149]) Co se týká konkrétně souvislosti s kokainem, viz „Zdravotní důsledky užívání kokainu“ v kapitole 5.
([150]) Viz tab. HSR-8 ve Statistickém věstníku 2009.

Po epidemii předávkování fentanylem vyzývají nyní estonští odborníci k tomu, aby v zemi byly zavedeny programy k prevenci předávkování. Belgie, Česká republika, Estonsko a Nizozemsko hlásí provozování systémů včasného varování, které shromažďují a šíří informace o nových drogách nebo nebezpečných kombinacích prostřednictvím nízkoprahových agentur, ubytoven nebo léčebných zařízení. V Nizozemsku byl v roce 2009 testován a v současnosti je rozšiřován systém monitorování akutních zdravotních příhod souvisejících s drogami.

Přístupem, který by mohl zachránit mnoho životů, je školení o předávkování kombinované s dávkou naloxonu – který působí proti účinkům opiátů – k domácí aplikaci. Intervence se zaměřují na uživatele drog a jejich rodiny, tedy osoby, které by mohly být s uživatelem při předávkování, a mají jim umožnit podniknout účinná opatření ještě před příjezdem pohotovostní služby. Studie ukazují, že vyškolené osoby měly lepší znalosti příznaků předávkování a vyšší důvěru v použití naloxonu. V roce 2009 byl v Anglii zahájen projekt, v němž byly 950 příslušníkům rodin uživatelů drog rozdány injekční stříkačky už předem naplněné naloxonem. Balíčky obsahující jednorázové injekce naloxonu jsou v rámci probíhající studie rozdávány také uživatelům opiátů propouštěným z věznice v Anglii, Skotsku a Walesu. Předem naplněné injekční stříkačky jsou k dispozici v Itálii prostřednictvím protidrogových zařízení, používají se zkušebně v Portugalsku a byly zavedeny v Bulharsku. V rámci uživateli vedeného projektu v Kodani bylo zahájeno poskytování naloxonu ve formě nosního spreje.

Rychlou intervenci při prvních příznacích předávkování umožňují aplikační místnosti s dohledem. Provozní údaje naznačují, že předávkování drogami v těchto zařízeních jsou úspěšně zvládána, přičemž nebyla hlášena žádná smrtelná předávkování. Poskytnutí okamžité pomoci rovněž snižuje dopad nefatálních předávkování, včetně nevratného poškození mozku a jiných životně důležitých orgánů v důsledku hypoxie (Hedrich a kol., 2010).

Kapitola 8

Nové drogy a vznikající trendy

Úvod

Užívání nových psychoaktivních látek a nové vzorce užívání drog, třebaže se obvykle nejdříve objevují u omezených podskupin populace nebo na několika málo místech, mohou mít významné důsledky pro veřejné zdraví a protidrogovou politiku. Poskytování včasných a objektivních informací tvůrcům politik, odborným pracovníkům a širší veřejnosti o nových hrozbách je metodicky a prakticky náročné. Má však také rostoucí význam, vzhledem ke stále dynamičtější a rychle se vyvíjející povaze problému drog v Evropě. Systém včasného varování Evropské unie byl vyvinut jako mechanismus rychlé reakce na objevení nových psychoaktivních látek na drogové scéně.

V posledních letech se objevil velký počet nových, neregulovaných syntetických sloučenin. Tyto látky jsou nabízeny na internetu jako „legální opojení" a mají obcházet kontrolu drog. Pro současné přístupy monitorování a kontroly nových psychoaktivních látek představují výzvu. Jak uvádí tato kapitola, za poslední dva roky se objevily nové rostlinné produkty konzumovatelné kouřením, které jsou smíseny se syntetickými kanabinoidy, a stoupla obliba různých syntetických katinonů.

Monitorování nových psychoaktivních látek v Evropě

Rozhodnutí Rady o nových psychoaktivních látkách ([1]) zřizuje evropský mechanismus pro rychlou výměnu informací o nových psychoaktivních látkách, které mohou představovat zdravotní a sociální hrozby (EMCDDA, 2007b). Centrum EMCDDA a Europol v úzké spolupráci se svými sítěmi národních partnerů mají ústřední úlohu v provádění systému včasného varování. Jakmile je na evropském trhu zjištěna nová psychoaktivní látka, zajistí členské státy předání informací o výrobě, obchodování a užívání drogy centru EMCDDA a Europolu prostřednictvím národních kontaktních míst sítě Reitox a národních jednotek Europolu. Rozhodnutí Rady rovněž poskytuje rámec pro hodnocení rizik spojených s novými látkami (viz EMCDDA, 2010b). Prostřednictvím systému včasného varování mohou být předávány také informace o látkách známé a uznávané léčebné hodnoty, ty však podle rozhodnutí Rady nemohou být předmětem hodnocení rizik.

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

Opatření v oblasti nových drog

V roce 2009 bylo prostřednictvím evropského systému včasného varování oficiálně ohlášeno 24 nových syntetických psychoaktivních látek. Jedná se o největší počet hlášený za jediný rok a příčinou nárůstu je především zjištění devíti nových syntetických kanabinoidů v loňském roce. V roce 2009 byly hlášeny také nové látky ze skupin chemických sloučenin, které nové psychoaktivní drogy obvykle poskytují: pět fenetylaminů, dva tryptaminy a čtyři syntetické katinony. Nebyly hlášeny žádné nové piperaziny ani psychoaktivní rostliny.

Od zřízení systému včasného varování v roce 1997 bylo centru EMCDDA a Europolu ohlášeno více než 110 látek. V posledních pěti letech se objevily nové skupiny látek. Patří k nim různé piperaziny, syntetické katinony a syntetické kanabinoidy. V posledních dvou letech hlášení však nebyly identifikovány žádné piperaziny. Pouze šest látek bylo rostlinných nebo rostlinného původu a je pravděpodobné, že nejčastěji hlášenými novými látkami budou i nadále v budoucnosti syntetické psychoaktivní látky.

V roce 2009 byly hlášeny tři látky s léčivými vlastnostmi. Byl mezi nimi pregabalin, lék na předpis dodávaný na trh pod názvem Lyrica a používaný k léčbě neuropatické bolesti, epilepsie a generalizované anxiózní poruchy. Nedávný přehled farmakovigilančních údajů naznačuje obavy související s jeho zneužíváním ve Finsku, Švédsku a Norsku. Informace ze systému včasného varování také nasvědčují tomu, že pregabalin možná figuroval při úmrtích uživatelů ve Finsku, Švédsku a Spojeném království, kde byl zjištěn při forenzních toxikologických rozborech. Údaje uváděné uživateli naznačují, že pregabalin má účinky podobné alkoholu, GHB (kyselině gamahydroxymáselné), extázi a benzodiazepinům. Údajně také zmírňuje symptomy abstinence od heroinu (opiátů).

Systém včasného varování rovněž monitoruje neregulované psychoaktivní produkty – tzv. „legální opojení" – prodávané na internetu a v obchodech typu „smart shop" nebo „head shop", nabízené agresivními a promyšlenými marketingovými strategiemi a v některých případech s úmyslně zavádějícím označením obsahujícím deklarované složky, jež se od skutečného složení liší. Trh s „legálním opojením" vyniká rychlostí, s jakou dodavatelé obcházejí kontrolu drog nabídkou nových alternativ.

Mefedron

V posledních několika letech byly systémem včasného varování hlášeny ve zvýšené míře syntetické katinony. V současné době je monitorováno patnáct těchto látek, včetně mefedronu, metylonu, metedronu a MDPV ([151]). Tyto „designérské" sloučeniny jsou deriváty katinonu, který je jednou z psychoaktivních složek v rostlině zvané kata (*Catha edulis*) a je strukturou příbuzný amfetaminu ([152]).

Mefedron je derivátem metkatinonu – drogy uvedené na seznamu látek úmluvy OSN z roku 1971. V Evropě se poprvé objevil v roce 2007 a podle všeho si získal oblibu u mladých uživatelů drog, což vedlo ke zvláštní poptávce po této látce. To podle všeho platí zvláště ve Spojeném království, kde si mefedron získal pozornost sdělovacích prostředků. Zprávy z dalších členských států svědčí o tom, že se užívá i jinde v Evropě.

Záchyty významných množství mefedronu hlásilo v roce 2009 Německo, Nizozemsko, Švédsko a Spojené království. Ve Švédsku potvrdil toxikologický rozbor užití, že mefedron sehrál úlohu při jednom úmrtí, přičemž i ve Spojeném království je zkoumán určitý počet úmrtí z hlediska možného užití mefedronu. Kontrolní opatření proti mefedronu nedávno zavedlo Dánsko, Německo, Estonsko, Irsko, Rumunsko, Švédsko, Spojené království, Chorvatsko a Norsko.

Mefedron je běžně dostupný na internetu, kde může být prodáván jako legální alternativa kokainu nebo extáze. V reklamách bývá látka různě označována jako „sloučenina určená pro výzkum", „sůl do koupele", „pro botanický výzkum", „potrava pro rostliny" nebo „hnojivo pro rostliny", často s nápisem „není určeno ke konzumaci", aby bylo možné obejít potenciální kontrolní mechanismy. Seznam složek mnohdy vůbec neuvádí přítomnost psychoaktivních látek. Vyhledávání v on-line obchodech s mefedronem provedené v březnu 2010 v angličtině ukázalo, že látka se prodává nejméně na 77 internetových stránkách. Většina těchto stránek prodávala pouze mefedron a působila ve Spojeném království. Poté, co Spojené království v dubnu 2010 klasifikovalo mefedron a další syntetické katinony jako kontrolované drogy, přestala většina internetových stránek nabízejících mefedron existovat.

Údaje o užívání 29 látek včetně řady „legálních opojení" byly shromážděny v on-line průzkumu provedeném na konci roku 2009 ve spolupráci s časopisem Mixmag ze Spojeného království, který se věnuje taneční hudbě ([153]). Mefedron byl mezi 2 295 respondenty uváděn jako čtvrtá nejčastěji užívaná droga (po konopí, extázi a kokainu) a nejčastěji užívané „legální opojení". Asi jedna třetina (33,6 %) uvedla, že jej užila v posledním měsíci, 37,3 % v posledním roce a 41,7 % někdy v životě. Čísla pro metylon byla 7,5 %, 10,0 %, resp. 10,8 %. Malý rozdíl mezi prevalencí užití v posledním měsíci a celoživotní prevalencí svědčí o novém a rychle se šířícím jevu. Tato zjištění však nelze považovat za reprezentativní pro širší populaci návštěvníků klubů kvůli metodologickým omezením on-line průzkumů. Tyto průzkumy však mohou poskytnout rychlý přístup ke specifickým populacím (Verster a kol., 2010).

Monitorování on-line obchodů s drogami

Systém včasného varování každoročně monitoruje marketing nových psychoaktivních látek na internetu od roku 2006. Změny v použitých metodách zvýšily kvalitu a pokrytí průzkumů, avšak údaje za jednotlivé roky nejsou přímo porovnatelné.

V roce 2010 bylo identifikováno 170 on-line obchodů s drogami, z nichž 30 nabízelo jak „legální opojení", tak halucinogenní houby, obvykle s širokou nabídkou produktů

Společná zpráva EMCDDA a Europolu o mefedronu

V lednu 2010 provedlo centrum EMCDDA a Europol hodnocení dostupných informací o mefedronu na základě kritérií stanovených v provozních pokynech systému včasného varování (EMCDDA, 2007b). K těm patří zachycená množství materiálu, důkazy o zapojení organizované trestné činnosti, důkazy o mezinárodním obchodování, toxikofarmakologické vlastnosti psychoaktivní látky, důkazy o možnosti dalšího (rychlého) šíření a důkazy o případech závažné intoxikace nebo úmrtí.

Centrum EMCDDA a Europol se shodly na tom, že informace dostupné o mefedronu splňují kritéria pro vypracování společné zprávy. Výsledná společná zpráva centra EMCDDA a Europolu byla předložena Radě Evropské unie, Evropské komisi a Evropské agentuře pro léčivé přípravky a bylo přijato rozhodnutí zahájit oficiální postup hodnocení rizik této látky.

([151]) Mefedron (4-metylmetkatinon); metylon (3,4-metylendioxymetkatinon); metedron (4-metoxymetkatinon) a MDPV (3,4-metylendioxypyrovaleron).
([152]) Profily drog týkající se katy a syntetických katinonových derivátů jsou dostupné na internetových stránkách EMCDDA.
([153]) Osobní sdělení Adama Winstocka, King's College London.

z obou skupin: 34 nabízelo pouze halucinogenní houby a 106 prodávalo „legální opojení“, avšak ne halucinogenní houby ([154]).

Od roku 2006, kdy byl prodej těchto produktů zjištěn u 39 obchodů (EMCDDA, 2006), počet prodejců halucinogenních hub podle všeho vzrostl. V roce 2010 bylo identifikováno 64 on-line obchodů prodávajících halucinogenní houby. Většina z nich prodávala soupravy pro pěstování, spóry a muchomůrku červenou (*Amanita muscaria*) spíše než houby obsahující psilocybin.

V on-line průzkumu z roku 2009, který se zaměřil na „legální opojení“, měl největší počet on-line obchodů působiště ve Spojeném království, dále v Německu a Nizozemsku. Krátkodobá studie z roku 2010 s omezeným rozsahem ukázala odlišný vzorec, kdy 38 on-line obchodů mělo působiště v Nizozemsku, 20 ve Spojeném království a 20 v Německu. K zemím, kde se nacházelo alespoň pět on-line obchodů, patří Polsko, Francie a Maďarsko, přičemž menší počty obchodů sídlily v České republice, Španělsku, Portugalsku, na Slovensku, v Itálii a ve Švédsku. 38 on-line obchodů sídlilo ve Spojených státech amerických a 15 on-line obchodů se nepodařilo lokalizovat. Na rozdíl od on-line obchodů lokalizovaných ve Spojeném království je mnoho obchodů sídlících v Nizozemsku spojeno se specializovanými obchody. Celkem 73 % on-line obchodů používá angličtinu, přičemž 42 % žádný jiný jazyk nenabízí.

Krátkodobá studie on-line obchodů s drogami: metody

Průzkum v roce 2010 se uskutečnil od 25. ledna do 5. února a zaměřil se na on-line obchody s drogami (maloobchod a velkoobchod) dostupné kterémukoli uživateli internetu v Evropě, který má zájem nakoupit „legální opojení“ (včetně „spice“), GHB/GBL nebo halucinogenní houby. On-line obchody, které nezajišťovaly expedici zboží do nejméně jednoho členského státu EU, nebyly zahrnuty.

Řetězce pro vyhledávání byly nejprve testovány v angličtině, aby bylo možné zjistit, které z nich generují nejvyšší podíl relevantních odkazů. Vyhledávání pak bylo provedeno v 15 jazycích, kterými jako svou mateřštinou hovoří 84 % obyvatel Evropské unie ([1]). Použity byly tři různé vyhledávače: Metacrawler, Google a „národní“ vyhledávač podle dané země a jazyka.

Výběr vzorků spočíval v prozkoumání prvních 100 odkazů a pokračoval, dokud se 20 po sobě následujících odkazů neukázalo jako irelevantních. Pro každou zjištěnou internetovou stránku byly shromážděny následující informace: prodávané produkty, popisy produktů, ceny, dostupnost skladem, do kterých zemí se dodává, složení, zdravotní upozornění a recenze uživatelů.

([1]) Angličtina, čeština, dánština, francouzština, italština, maďarština, maltština, němčina, nizozemština, polština, portugalština, řečtina, slovenština, španělština a švédština.

Fenomén produktů „spice“

Produkty „spice“ se prodávají na internetu a ve specializovaných obchodech jako směs ke kouření. V roce 2008 forenzní chemické rozbory zjistily, že se nejedná o neškodný rostlinný produkt, jak se tvrdí. Skutečné psychoaktivní složky produktu „spice“ byly identifikovány jako syntetické přísady – látky jako například agonista kanabinoidních receptorů ([155]) JWH-018, které napodobují účinky tetrahydrokanabinolu (THC) v konopí.

Tzv. fenoménu „spice“ se i v roce 2009 nadále dostávalo značné pozornosti. Během roku se názvy a značková balení produktů typu „spice“ rozrůznily. Psychoaktivní sloučeniny přidávané do těchto produktů se rovněž měnily v reakci na nová kontrolní opatření (EMCDDA, 2009f). V roce 2009 bylo systémem včasného varování hlášeno devět nových syntetických kanabinoidů ([156]).

Rozmanitost a počet syntetických kanabinoidů nebo jiných látek, které lze přidat do rostlinných produktů, představují výzvy z hlediska jejich identifikace, sledování a posouzení rizik. O farmakologii, toxikologii a bezpečnostních profilech těchto sloučenin u člověka není známo téměř nic. Také typ a množství přidaných syntetických kanabinoidů se mohou značně lišit a některé z těchto sloučenin mohou být vysoce aktivní ve velmi malých dávkách. V důsledku toho nelze vyloučit náhodné předávkování s rizikem závažných psychických nebo jiných komplikací.

Žádný ze syntetických kanabinoidů nepodléhá kontrole podle úmluv OSN a nejsou žádné informace o tom, že by některý z nich byl schválen jako léčivo v Evropské unii. V době přípravy této zprávy několik členských států zakázalo nebo jinak kontrolovalo „spice“, produkty typu „spice“ a související sloučeniny ([157]). Údajné rostlinné přísady produktů „spice“ nepodléhají mezinárodní kontrole, některé členské státy (Lotyšsko, Polsko, Rumunsko) však zařadily jednu nebo více z nich na své seznamy kontrolovaných látek. Mimo Evropskou unii kontroluje „rostlinné směsi spice“ v rámci své regulace potravin Švýcarsko.

([154]) Viz rámeček „Krátkodobá studie on-line obchodů s drogami: metody“.
([155]) Agonista je chemická látka, která se váže na specifický receptor buňky a spouští určitou aktivitu buňky. Agonista často napodobuje působení endogenních neboli přirozeně se vyskytujících látek.
([156]) Viz profil drogy *Syntetické kanabinoidy a „spice“* na internetových stránkách EMCDDA.
([157]) Dánsko, Německo, Estonsko, Irsko, Francie, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Rakousko, Polsko, Rumunsko, Švédsko, Spojené království.

V on-line průzkumu z roku 2010 počet on-line obchodů nabízejících „spice" v porovnání s předchozím rokem prudce poklesl. Přestože měl průzkum z roku 2010 širší pokrytí, identifikoval pouze 21 obchodů nabízejících produkty typu „spice" oproti 55 obchodům v roce 2009. Letos se dva z on-line obchodů nabízejících „spice" nacházely ve Spojeném království, což znamená pokles z loňských třiadvaceti. V nejnovější krátkodobé studii uvádělo 15 obchodů, že má „spice" k dispozici, přičemž osm z nich odhalilo, kde se nacházejí: tři z nich ve Spojených státech amerických a po jednom ve Španělsku, Polsku, Portugalsku, Rumunsku a Spojeném království. Zbývající šestice on-line obchodů, které nabízely produkty typu „spice", uváděla, že mají vyprodané zásoby, a možná jen využívala tuto značku k přilákání zákazníků.

Na rozdíl od nelegálních drog nebyly hlášeny žádné velké záchyty produktů typu „spice" a není dostatek zpráv o trestné činnosti spojené s tímto jevem. Tato skutečnost kombinovaná s omezeným rozsahem znalostí o chemickém složení a účincích nových sloučenin vytváří kolem monitorování těchto produktů „šedou zónu".

Prevalence užívání „legálních opojení"

Výraz „legální opojení" zahrnuje širokou škálu produktů od rostlinných směsí po syntetické nebo „designérské" drogy a „párty pilulky", které se užívají různými způsoby (kouřením, šňupáním, požitím). Vedle toho mohou být tyto produkty nabízeny jako odorizéry místností, vonné směsi nebo soli do koupele, třebaže jsou určeny pro jiné použití. Tato rozmanitost ztěžuje sběr a interpretaci údajů o prevalenci „legálních opojení".

Údaje o prevalenci užívání „legálních opojení" uvádí jen málo nedávných studií. Polská studie z roku 2008 mezi 18letými studenty zjistila, že 3,5 % užilo „legální opojení" nejméně jednou, což je číslo srovnatelné s údajem pro halucinogenní houby (3,6 %). Užití „legálních opojení" během posledních 12 měsíců uvedlo 2,6 % studentů ([158]).

Průzkum provedený mezi 1 463 studenty ve věku 15 až 18 let ve školách poskytujících všeobecné a odborné vzdělání ve Frankfurtu zjistil, že asi 6 % respondentů uvedlo, že nejméně jednou užilo „spice", a 3 % tento produkt užila během posledních 30 dnů. Tyto číselné hodnoty mohly být ovlivněny mediální pozorností věnovanou produktu „spice" v době průzkumu, protože pouze 1 % respondentů uvedlo, že „spice" užilo více než pětkrát. Téměř dvě třetiny osob, které uvedly, že někdy užily „spice", také uvedly, že v posledním měsíci užily konopí.

Nejnovější on-line průzkum časopisu Mixmag, který se zaměřuje na návštěvníky klubů ve Spojeném království, zjistil, že 56,6 % respondentů uvedlo, že užilo „legální opojení". Mezi nimi byly rostlinné produkty „spice" a „magic", benzylpiperazinové a další párty pilulky, přičemž prevalence užití v posledním měsíci byla 2,0 %, resp. 4,6 % a 5,3 %. Respondenti uváděli, že tyto drogy získali od přátel (95 %), nebo si je koupili přes internet (92 %), v obchodech (78 %), festivalových stáncích (67 %) nebo od dealerů (51 %).

Sledování ostatních látek

Piperaziny: BZP a mCPP

Zaznamenávat a interpretovat data o záchytech piperazinů je čím dál více komplikované. Je tomu tak proto, že v práškách a tabletách lze nalézt mnoho směsí látek ([159]), avšak také proto, že piperaziny jsou rovněž kombinovány s dalšími drogami, jako je například amfetamin a MDMA. Navíc forenzní vědecké laboratoře nemají vždy zdroje k tomu, aby identifikovaly všechny složky směsí, zvláště pak ty, které nepodléhají kontrole.

Dostupnost BZP podle všeho poklesla po rozhodnutí Rady z roku 2008 zařadit tuto látku v celé Evropské unii pod působnost kontrolních opatření ([160]). Některé členské státy však nadále hlásí velké záchyty BZP.

V roce 2009 byl mCPP podle všeho i nadále nejběžněji dostupnou „novou syntetickou drogou" ([161]) na evropském trhu s extází, buďto samostatně, nebo v kombinaci s MDMA. Informace ze systému včasného varování, včetně zpráv od uživatelů v Nizozemsku a záchytů v Dánsku a Spojeném království, nasvědčují tomu, že podíl tablet extáze obsahujících mCPP (nebo obecně piperaziny) v první polovině roku 2009 výrazně stoupl a možná předstihl podíl tablet extáze s obsahem MDMA. Nizozemský systém monitorování informací o drogách (Dutch Drug Information Monitoring System) rovněž hlásil, že počet vzorků zaslaných k analýze se oproti předchozím rokům zdvojnásobil, pravděpodobně v důsledku vzrůstajících obav ohledně nepříznivých účinků piperazinů. Podíl tablet extáze obsahující tyto látky v druhé polovině

([158]) Průzkum CBOS z roku 2008, vzorek 1 400 adolescentů v závěrečných ročnících vyšších středních škol; 15 % účastníků uvedlo, že během posledních 12 měsíců užilo drogy.

([159]) Například: BZP (1-benzylpiperazin); CPP (chlorofenylpiperazin); TFMPP (1-(3-trifluorometylfenyl)-piperazin) a DBZP (1,4-dibenzylpiperazin). CPP má tři poziční izomery, často obtížné rozlišitelné, z nichž převažuje mCPP (1-(3-chlorofenyl)piperazin).

([160]) Rozhodnutí Rady 2008/206/JVV ze dne 3. března 2008 o vymezení 1-benzylpiperazinu (BZP) jako nové psychoaktivní látky, která má podléhat kontrolním opatřením a trestněprávním ustanovením (Úř. věst. L 63, 7.3.2008)

([161]) mCPP není mezinárodně kontrolovanou látkou, avšak několik evropských zemí přijalo v posledních letech opatření k jeho kontrole (Belgie, Dánsko, Německo, Řecko, Kypr, Lotyšsko, Litva, Maďarsko, Malta, Rumunsko, Slovensko, Chorvatsko, Turecko, Norsko).

roku 2009 možná poklesl, i když ve Spojeném království byla tato skutečnost možná částečně vyvážena zvýšením dostupnosti derivátů katinonu.

Tyto změny odrážejí stále větší složitost trhu s extází, kterou lze vysvětlit kolísáním dostupnosti chemické látky PMK, prekurzoru MDMA.

GHB/GBL a ketamin

GHB (kyselina gama hydroxymáselná) podléhá mezinárodní kontrole od roku 2001, zatímco ketamin, který je léčivem, je v členských státech kontrolovanou látkou buďto na základě jejich právních předpisů ohledně drog, nebo léčiv. Užívání gama-butyrolaktonu (GBL), který se po požití rychle přeměňuje na GHB, v Evropě v poslední době rovněž vzbudilo obavy. GBL je na úrovni EU považován za „nezakázaný prekurzor drogy" a je zahrnut do dobrovolného programu monitorování prekurzorů drog. V některých zemích (Itálie, Lotyšsko, Rakousko, Švédsko, Spojené království, Norsko) je kontrolovanou látkou v rámci jejich národních protidrogových právních předpisů.

Prevalence užívání GHB a ketaminu v běžné populaci je nízká, může však být mnohem vyšší ve specifických skupinách, prostředích a zeměpisných oblastech. On-line průzkum časopisu Mixmag zaměřený na návštěvníky klubů ve Spojeném království zjistil prevalenci užití v posledním měsíci 1,7 % pro GHB a 1,6 % pro GBL, avšak 32,4 % pro ketamin. Průzkum mezi návštěvníky klubů v Amsterodamu provedený v letech 2003 a 2008 (646 respondentů) vykázal mírný nárůst prevalence užití GHB v posledním měsíci ze 4,2 % na 4,7 %. V České republice zjistil průzkum mezi 363 návštěvníky klubů v roce 2008 prevalenci užití v posledním měsíci 0,3 % pro GHB a 0,6 % pro ketamin. V Londýně zjistil průzkum mezi 173 návštěvníky klubů, kteří v ošetřovně klubu vyhledali lékařskou pomoc, že až dvě třetiny si ji vyžádaly kvůli užití GHB/GBL (Wood a kol., 2009). Průzkum pravidelně prováděný mezi studenty ve věku 15 až 16 let ve Frankfurtu zjistil, že počty těch, kteří dostali nabídku GHB, vzrostl z 1 % v roce 2002 na 5 % v roce 2008.

Krátkodobá internetová studie EMCDDA z roku 2010 nezjistila žádné on-line obchody registrované v EU, které nabízejí GHB, zato GBL byl zjištěn ve čtyřech on-line obchodech. Žádný z nich však podle všeho neinzeroval GBL jako drogu, ani nenaznačoval, že ho lze použít pro jeho psychoaktivní vlastnosti.

Literatura ([162])

Agrawal, A. a Lynskey, M.T. (2006), „The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence“, *Addiction* 101, s. 801–12.

Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. a Davoli, M. (2007), „Antipsychotic medications for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 3.

Ballotta, D., Bergeron, H. a Hughes, B. (2008), „Cannabis control in Europe“ v: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografie EMCDDA č. 8, svazek 1, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, s. 97–117.

Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. a kol. (2006), „Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries“, *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.

Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. a McKeganey, N. (2008), „Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study“, *BMJ* 337:a478.

Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. a Silva, T. (2003), „Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic“, *Addiction* 98, s. 749–60.

Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. a Altice, F.L. (2009), „Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market“, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, s. 68–72.

Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. a kol. (2009), „Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain“, *European Addiction Research* 15, s. 171–8.

Calafat, A., Juan, M. a Duch, M.A. (2009), „Preventive interventions in nightlife: a review“, *Adicciones* 21, s. 387–414.

Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. a Levin, F.R. (2009), „A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence“, *American Journal of Addiction* 18, s. 53–64.

Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. a Capellà, D. (2010), „Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 2.

Chabrol, H., Roura, C. a Armitage, J. (2003), „Bongs, a method of using cannabis linked to dependence“, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.

Clausen, T., Anchersen, K. a Waal, H. (2008), „Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study“, *Drug and Alcohol Dependence* 94, s. 151–7.

CND (Komise OSN pro omamné látky) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Komise pro omamné látky, OSN, Vídeň.

Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. a Patton, G. (2003), „Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study“, *British Journal of Psychiatry* 182, s. 330–6.

Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (k dispozici online).

Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. a kol. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy,* HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (k dispozici online).

Costa Storti, C. a De Grauwe, P. (2010), „Modelling disorganized crime: the cannabis market“, *Bulletin of Narcotic Drugs* (připravuje se).

CPT (Evropský výbor pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání) (2006), *The CPT standards – 'Substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (k dispozici online).

Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. a kol. (2009), „Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size“, *Epidemiology and Infection* 137, s. 1255–65.

Cunningham, J.A. (2000), „Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?“, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211–13.

([162]) Hypertextové odkazy na on-line zdroje lze nalézt v PDF verzi výroční zprávy, která je dostupná na internetových stránkách EMCDDA (http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010).

Darke, S. a Ross, J. (2002), „Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods", *Addiction* 97, s. 1383–94.

Darke, S., Kaye, S. a Dufflou, J. (2006), „Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes", *Addiction* 101, s. 1771–7.

Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. a kol. (2007), „Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–9.

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities,* University Press, Belgie.

Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. a Linskey, M. (2009), „Illicit drug use", v: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors,* svazek 1, Majid Ezzati a kol. (editoři), Světová zdravotnická organizace, Ženeva (k dispozici online).

Derzon, J. H. (2007), „Using correlational evidence to select youth for prevention programming", *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421–47.

Generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele, Brusel (k dispozici online).

ECDC a Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, Stockholm.

Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. a Thom, B. (Eds.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Spojené království).

EMCDDA (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, EMCDDA Thematic paper, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (k dispozici online).

EMCDDA (2007a), *Drogy a trestná činnost: složitý vztah*, Drugs in focus, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines,* Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografie EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EMCDDA Insights, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people,* vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe,* vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2009a), *Výroční zpráva za rok 2009: Stav drogové problematiky v Evropě*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EMCDDA Insights, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EMCDDA Thematic paper, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk (k dispozici online).

EMCDDA (2009d), *Polydrug use: patterns and responses,* vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, EMCDDA Thematic paper, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (k dispozici online).

EMCDDA (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editors), Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, vybrané téma EMCDDA, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

EMCDDA a Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, společné publikace EMCDDA-Europol, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

Escots, S. a Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paříž.

Evropská komise (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk.

Evropská komise (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (k dispozici online).

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. a kol. (2010), „The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial", *Drug and Alcohol Dependence* 108, s. 56–64.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. a Madden, P.A.F. (2003), „Early reactions to cannabis predict later dependence", *Archives of General Psychiatry* 60, s. 1033–39.

Fletcher, A., Bonell, C. a Hargreaves, J. (2008), „School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies", *Journal of Adolescent Health* 42, s. 209–20.

Gates, S., Smith, L.A. a Foxcroft, D. (2006), „Auricular acupuncture for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 1.

Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. a Marsden, J. (2003), „Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up", *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, s. 313–21.

Gowing, L., Ali, R. a White, J.M. (2010), „Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 1.

Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. a kol. (2010), „The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction", v: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges,* EMCDDA Monograph, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editoři), Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, s. 191–232.

Hall, W. a Degenhardt, L. (2009), „Adverse health effects of non-medical cannabis use", *Lancet* 374, s. 1383–91.

Hedrich, D., Kerr, T. a Dubois-Arber, F. (2010), „Drug consumption facilities in Europe and beyond", v: *Harm reduction: evidence and impacts,* EMCDDA Monograph, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editoři), Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, s. 305–31.

Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A. a Puschel, K. (2000), „Methadone-related fatalities in Hamburg 1990–1999: implications for quality standards in maintenance treatment?", *Forensic Science International* 113, s. 449–55.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. a kol. (2009), *„The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries"*, Švédská rada pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN), Stockholm.

Hoare, J. (2009), „Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey", *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.

Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. a kol. (2000), „One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme", *Addiction* 95, s. 1055–68.

INCB (Mezinárodní úřad pro kontrolu omamných látek při OSN) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, OSN, New York (k dispozici online).

INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, OSN, New York (k dispozici online).

Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report* 2008 (k dispozici online).

Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. a kol. (2010), „Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness", v: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Monograph, Rhodes, T. a Hedrich, D. (editoři), Úřad pro publikace Evropské unie, Lucemburk, s. 115–63.

King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.

Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. a Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), „Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis", *Sucht* 55, s. 365–8.

Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. a kol. (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, druhé vydání, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), s. 5–123.

Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. a Lima, M.S. (2007), „Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews,* číslo 3.

Kolodgie, F.D. a kol. (1999), „Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers", *Experimental and Molecular Pathology* 66, s. 109–22.

Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. a kol. (2009), „Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously", *Addiction* 104, s. 1669–78.

Levin, F.R. a Kleber, H.D. (2008), „Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review", *American Journal of Addiction* 17, s. 161–64.

Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. a kol. (2009), „Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study", *Lancet* 374, s. 1262–70.

Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. a kol. (2009), „Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial", *Archives of General Psychiatry* 66, s. 1116–23.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2010), „HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage", *Lancet* 375, s. 1014–28.

Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. a kol. (2008), „Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet* 372, s. 1733–45.

Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. a Davoli, M. (2009), „Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 3.

McCambridge, J., Slym, R.L. a Strang, J. (2008), „Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users", *Addiction* 103, s. 1819–20.

Measham, F. a Moore, K. (2009), „Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy", *Criminology and Criminal Justice* 9, s. 437–64.

Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants,* Trimbos Instituut, Utrecht.

Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. a Brigham, G.S. (2006), „Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions", *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, s. 25–39.

Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. a kol. (2008), „Anticonvulsants for cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 2.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. a kol. (2007), „Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review", *Lancet* 370, s. 319–28.

Muscat, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Štrasburk.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (k dispozici online).

NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008–2011,* Ministerstvo spravedlnosti, Londýn.

NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest,* březen (k dispozici online).

NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers*: update (k dispozici online).

NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (k dispozici online).

NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londýn (k dispozici online).

NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (k dispozici online).

Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004–2007) – Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.

Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. a Davoli, M. (2010), „Disulfiram for the treatment of cocaine dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, číslo 1.

Petrie, J., Bunn, F. a Byrne, G. (2007), „Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, s. 177–91.

Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (k dispozici online).

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. 147–55.

Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. a Hopkins, L.N. (2001), „Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Circulation* 103, s. 502–06.

Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reitox (2009), k dispozici na internetové stránce EMCDDA.

Rome, A., Shaw, A. a Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.

Rose, M.E. a Grant, J.E. (2008), „Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions", *Annals of Clinical Psychiatry* 20, s. 145–55.

SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.

Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. a kol. (v tisku), „Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine", *Drug and Alcohol Dependence*.

Shewan, D. a Dalgarno, P. (2005), „Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)", *British Journal of Health Psychology* 10, s. 33–48.

Simojoki, K., Vorma, H. a Alho, H. (2008), „A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)", *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (k dispozici online).

Sporer, K.A. (1999), „Acute heroin overdose", *Annals of Internal Medicine* 130, s. 585–90.

Stenbacka, M., Leifman, A. a Romelsjo, A. (2010), „Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up", *Drug and Alcohol Review* 29, s. 21–7.

Stoové, M.A., Dietze, P.M. a Jolley, D. (2009), „Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data", *Drug and Alcohol Review* 28, s. 347–52.

Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. a Hickman, M. (2008), „Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population", *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–95.

Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. a Patton, G.C. (2008), „Adolescent cannabis users at 24 years : trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood", *Addiction* 103, s. 1361–70.

Swift, W., Hall, W., Didcott, P. a Reilly, D. (1998), „Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area", *Addiction* 93, s. 1149–60.

UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň (k dispozici online).

UNODC (2010b), *World drug report 2010*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC a vláda Maroka (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC, UNAIDS a WHO (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, technická zpráva, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

UNODC, WHO a UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, Vídeň.

Van Beek, I., Dwyer, R. a Malcolm, A. (2001), „Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!", *Drug and Alcohol Review* 20, s. 333–42.

Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. a Prins, M. (2007), „Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users", *Addiction* 102, s. 1454–62.

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. a kol. (2009), „Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands", *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–51.

Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. a Linszen, D. (2008), „Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial", *Canadian Journal of Psychiatry* 53, s. 400–5.

Vandam, L. (2009), „Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature", v: *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. a kol. (editoři), Maklu, Antverpy.

Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. a van Laar, M.W. (2010), „The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety", *Open Addiction Journal* 3, s. 24–31.

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. a Wittchen H.U. (2002), „What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults", *Drug and Alcohol Dependence* 68, s. 49–64.

Wagner, F.A. a Anthony, J.C. (2002), „From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol", *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479–88.

Warburton, H., Turnbull, P.J. a Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. a Hall, W. (2001), „Heroin overdose: causes and consequences", *Addiction* 96, s. 1113–25.

WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Kodaň (k dispozici online).

WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.

WHO (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Regionální úřad pro Evropu Světové zdravotnické organizace, Kodaň.

WHO, UNODC a UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Světová zdravotnická organizace, Ženeva.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. a Cowan, S.A. (2008), „European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability", *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (k dispozici online)

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. a Griffiths, P. (2009), „Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users", *American Journal of Public Health* 99, s. 1049–52.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. a kol. (2008), „Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2 694 patients", *Drug and Alcohol Dependence* 95, s. 245–57.

Wood, D.M., Nicolauo, M. a Dargan, P.I. (2009), „Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment", *Substance Use & Misuse* 44, s. 1495–502.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. a Mykletun, A. (2006), „Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey", *BMC Public Health* 6:34 (k dispozici online).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě

Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie

2010 – 102 s. – 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-427-4

doi:10.2810/31226

Jak získat publikace EU

Bezplatné publikace:

- prostřednictvím stránek EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu);
- v zastoupeních a delegacích Evropské unie.
  Jejich kontaktní údaje naleznete na adrese http://ec.europa.eu
  nebo si je můžete vyžádat faxem na čísle +352 2929-42758.

Placené publikace:

- prostřednictvím stránek EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu).

Předplatné (např. roční řady *Úředního věstníku Evropské unie*, sbírky rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie):

- u některého z prodejců Úřadu pro publikace Evropské unie
  (http://publications.europa.eu/others/agents/index_cs.htm).

TD-AC-10-001-CS-C

O Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost

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

EMCDDA shromažďuje, analyzuje a šíří věcné, objektivní, spolehlivé a srovnatelné informace o drogách a drogové závislosti. Svým uživatelům tak poskytuje fakty podložený obrázek tohoto jevu na celoevropské úrovni.

Publikace centra jsou hlavním zdrojem informací pro širokou škálu zájemců, včetně tvůrců politiky a jejich poradců, odborníků a výzkumných pracovníků zabývajících se drogovou problematikou, a v širším smyslu pro sdělovací prostředky a laickou veřejnost.

Výroční zpráva EMCDDA obsahuje přehled o stavu drogové problematiky v EU a je základním referenčním materiálem pro každého, kdo se zajímá o nejnovější poznatky o drogách v Evropě.

Úřad pro publikace

ISBN 978-929168427-4